Accompagnare il cambiamento con nuovi percorsi formativi dedicati ai professionisti delle attività socio sanitarie: l'esperienza CARD – UniUD "Master Card"

Silvio Brusaferro

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE

Common to all health systems is a dependence on their workforce to achieve the objective of health improvement

É comune a tutti si sistemi sanitari la dipendenza dalle risorse umane per raggiungere l'obiettivo del miglioramento della salute

CA Dubois, M McKee, E Nolte

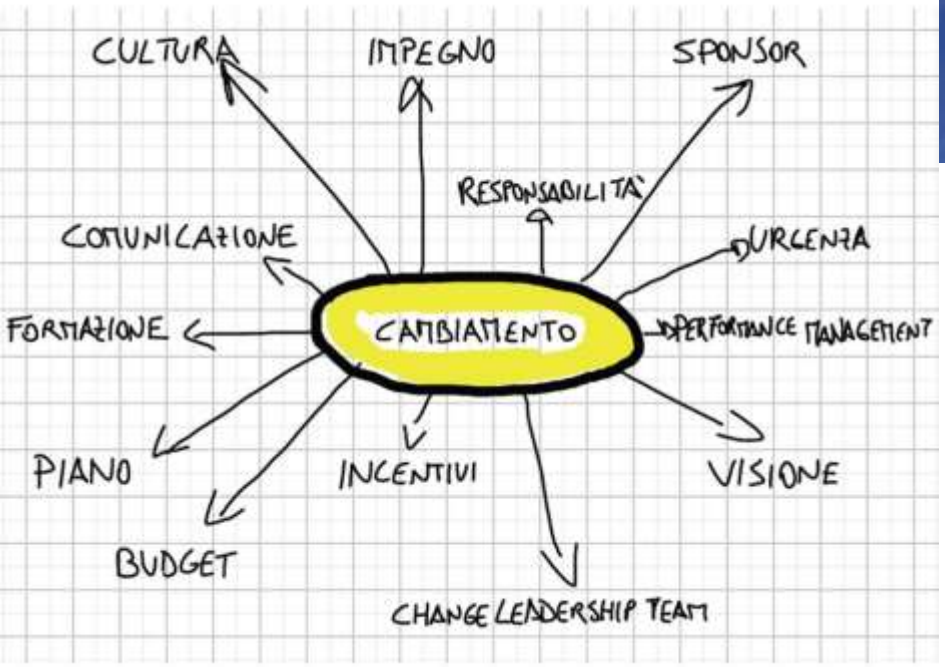
L’intervento

- Alcuni tratti del cambiamento
- La formazione dei professionisti
- L’esperienza “MasterCard”
- Spunti per procedere

L’intervento

- **Alcuni tratti del cambiamento**
- La formazione dei professionisti
- L’esperienza “MasterCard”
- Spunti per procedere

Alcuni anni fa ci dicevamo della necessità di cambiare



Oggi il cambiamento è in corso …

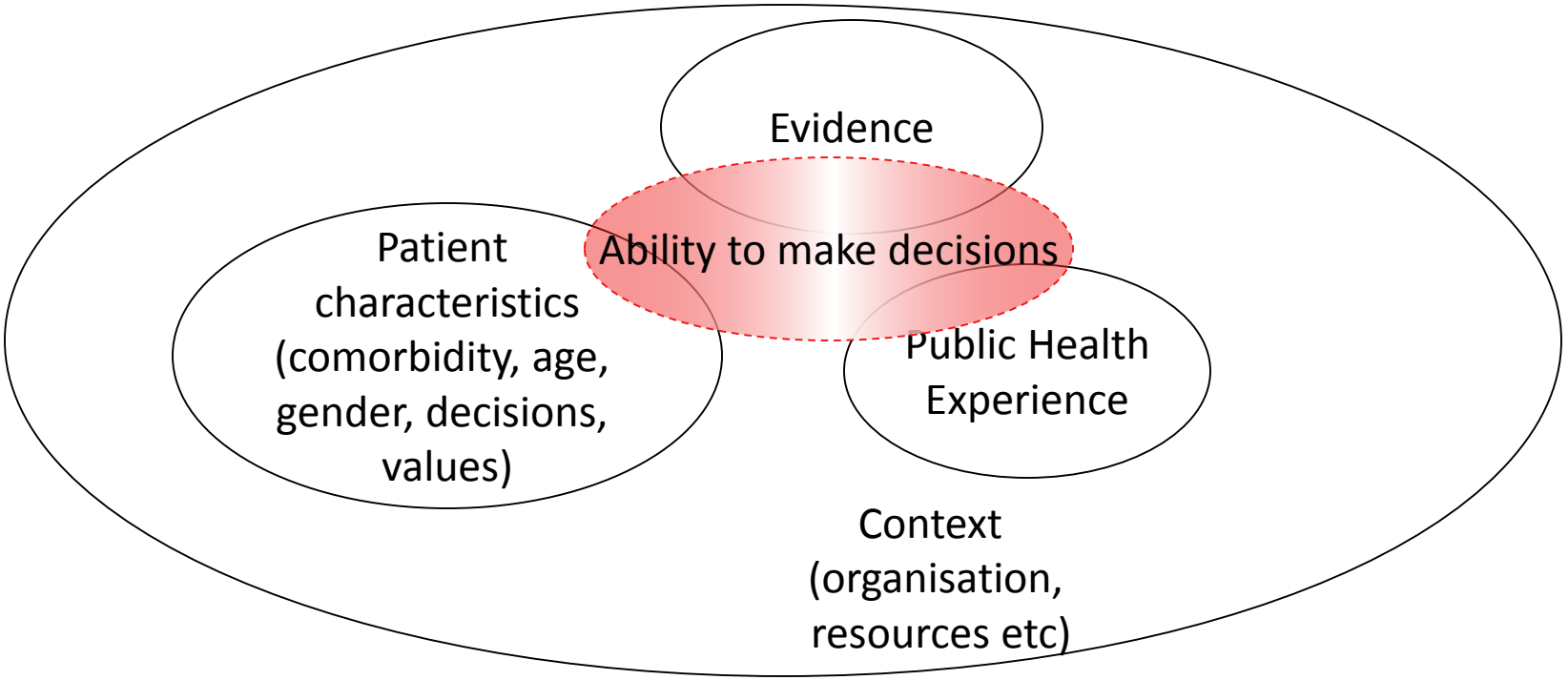
Tendenze nei nuovi modelli organizzativi

INTEGRAZIONE

- Tra sociale e sanitario
- Delle varie fasi del percorso paziente
- Multi professionale
- Multidisciplinare
- Per intensità di cure

GARANZIA

- Efficacia
- Sicurezza
- Qualità delle cure
- Appropriatezza
- Equità
- Continuità delle cure
- Efficienza e la riduzione dei costi (sostenibilità).



"Evidence does not make decisions, people do"

(Haynes RB et al., 2002)

Evidence Based Medicine (EBM)

“utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove disponibili, nel corso del processo decisionale riguardante l'assistenza al malato”

Sackett, David L., et al. "Evidence based medicine: what it is and what it isn't." Bmj 312.7023 (1996): 71-72.

"Evidence-based medicine is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values."

Sackett, DL; Richardson, WS ; Rosenberg, W ; Haynes, RB. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 2000.

“The systematic search for, and appraisal of, best evidence in order to make clinical decisions that might require changes in current practice, while taking into account the individual needs of the patient.”

Carnwell, Ros. "Essential differences between research and evidence-based practice." Nurse Researcher 8.2 (2001): 55-68.

Linee guida

"raccomandazioni sviluppate sistematicamente per assistere professionisti e pazienti nella scelta delle modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche"

National Research Council. Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program. Washington, DC: The National Academies Press, 1990

"le linee guida per pratica clinica sono documenti che includono raccomandazioni finalizzate a ottimizzare l'assistenza al paziente fondate su una revisione sistematica delle prove di efficacia e su una valutazione di benefici e danni di opzioni assistenziali alternative".

IOM (Institute of Medicine). Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Washington, DC: The National Academies Press, 2011

Narrative Based Medicine **(NBM)**

Greenhalgh, Trisha. "Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world." BMJ: British Medical Journal 318.7179 (1999): 323.
Greenhalgh, Trisha, and Brian Hurwitz. "Narrative based medicine: Why study narrative?." BMJ: British Medical Journal 318.7175 (1999): 48.

"The study of narrative offers a possibility of developing an understanding that cannot be arrived at by any other means."

Journal of Public Health Research 2015; volume 4:577

Review

Framework for selecting best practices in public health: a systematic literature review

Eileen Ng,[1] Pierpaolo de Colombani[2]
[1]University of Oxford, UK; [2]World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

Practice Based Evidence

- Evidence based: un insieme di fatti o informazioni che indicano se una convinzione o una infomrazione è valida o vera
  - WHO GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation)
- **Practice based evidence**: assessment sul campo di un intervento in contesto operativo normale
- **Research based evidence:** dati empirici derivati dal testare una ipotesi circa l'efficacia di un intervento
- Ambedue complementari -→ **evidence based practice**

Supporting Knowledge into Action:

The Canadian Best Practices Initiative for Health Promotion and Chronic Disease Prevention

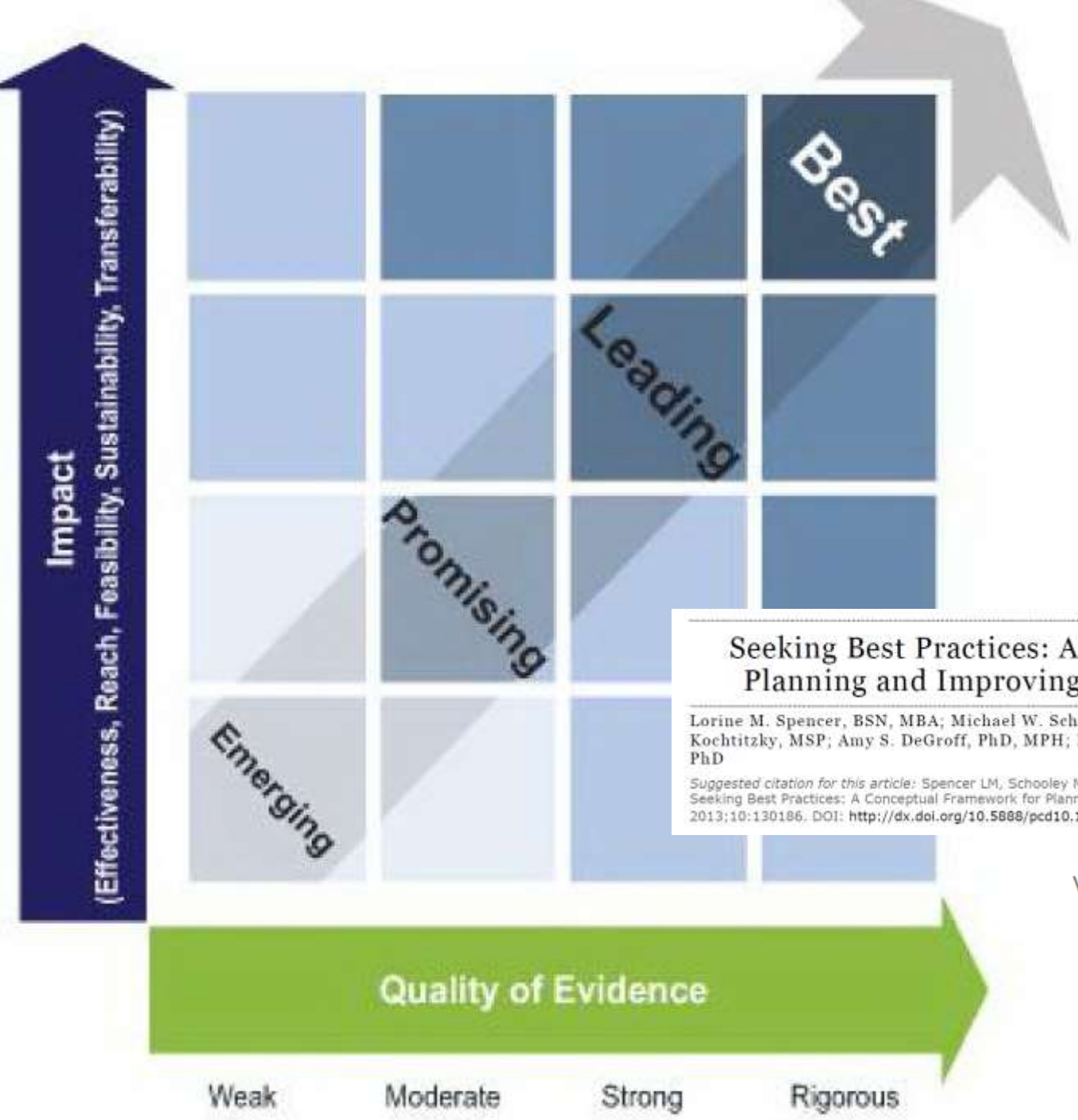
Nina Jetha, Kerry Robinson, Tricia Wilkerson, Nancy Dubois, Vincent Turgeon, Marie DesMeules

- Public health practitioners and policy-makers working to address the burden of chronic disease **are increasingly seeking to use best practices** given the need to make thoughtful program and policy choices with **limited resources**.

- While the evidence base in chronic disease prevention is growing, there is often a **disconnect between the desire to use best practices and their implementation**.

- This is related not only to individual and organizational barriers in terms of time and resources, but also to **lack of agreement on what constitutes best practice** and what sources of evidence are valid guides for practice.

- This is compounded by **lack of user-friendly and streamlined access to credible best practice evidence** and decision making/practice supports.

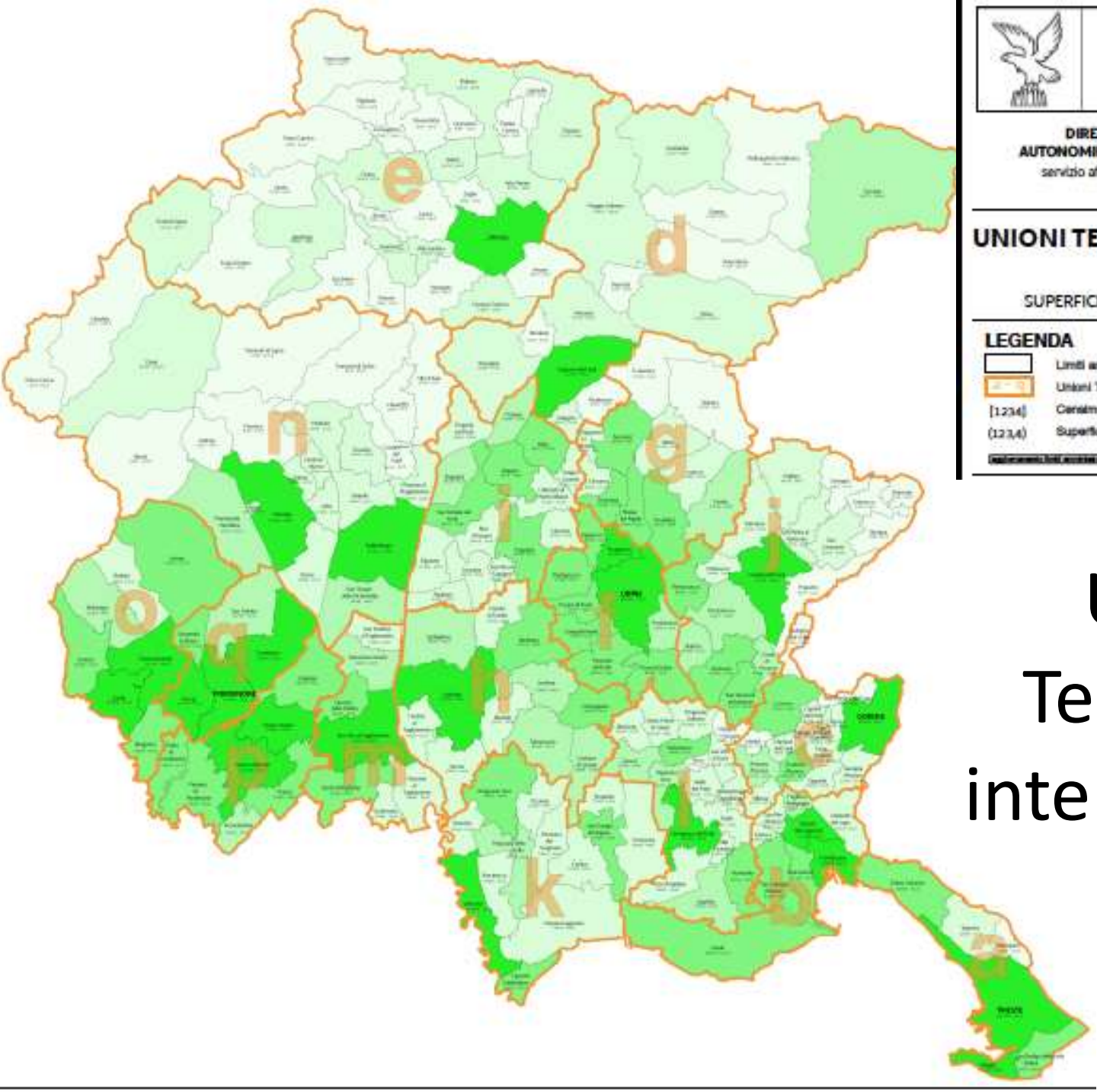


Seeking Best Practices: A Conceptual Framework for Planning and Improving Evidence-Based Practices

Lorine M. Spencer, BSN, MBA; Michael W. Schooley, MPH; Lynda A. Anderson, PhD; Chris S. Kochtitzky, MSP; Amy S. DeGroff, PhD, MPH; Heather M. Devlin, MA; Shawna L. Mercer, MSc, PhD

Suggested citation for this article: Spencer LM, Schooley MW, Anderson LA, Kochtitzky CS, DeGroff AS, Devlin HM, et al. Seeking Best Practices: A Conceptual Framework for Planning and Improving Evidence-Based Practices. Prev Chronic Dis 2013;10:130186. DOI: http://dx.doi.org/10.5888/pcd10.130186.

Volume 10 — December 12, 2013



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE FUNZIONE PUBBLICA, AUTONOMIE LOCALI E COORDINAMENTO DELLE RIFORME
servizio affari istituzionali e locali, polizia locale e sicurezza
- via Sabbadini, 31 Udine -

UNIONI TERRITORIALI INTERCOMUNALI (UTI)

SUPERFICIE e POPOLAZIONE CENSIMENTO 2011

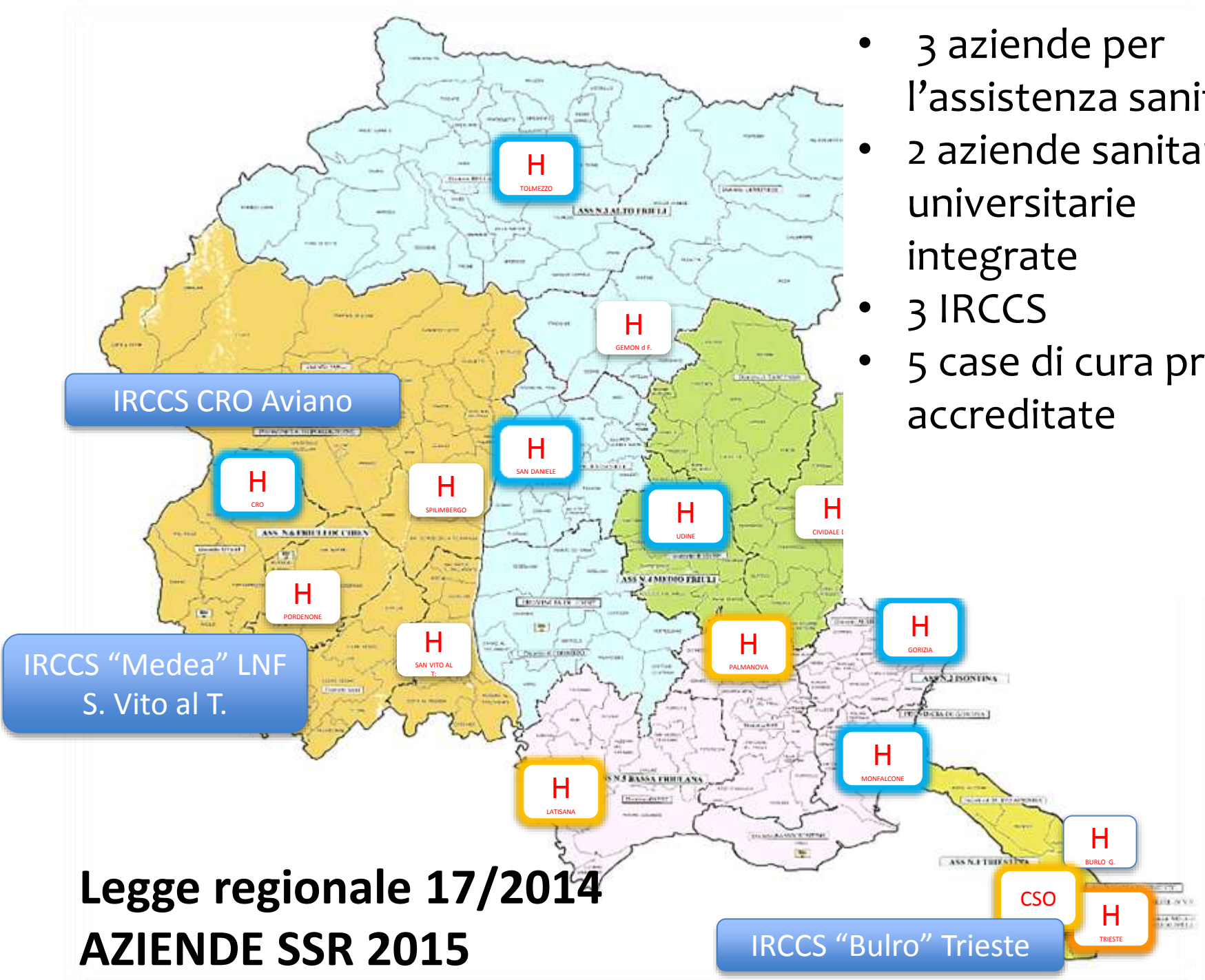
LEGENDA

- Limiti amministrativi comunali
- Unioni Territoriali Intercomunali (UTI)
- [1234] Censimento abitanti 2011
- (1234) Superficie comunale - kmq

suddivisione abitanti in fasce

- 1 - 1000 (47)
- 1001 - 3000 (83)
- 3001 - 5000 (23)
- 5001 - 10000 (41)
- > 10001 (23)

Unioni Territoriali intercomunali



- 3 aziende per l'assistenza sanitaria
- 2 aziende sanitarie universitarie integrate
- 3 IRCCS
- 5 case di cura private accreditate

Legge regionale 17/2014
AZIENDE SSR 2015

AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)

- Sono aggregazioni funzionali di professionisti, distinte per MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, la cui finalità è il raggiungimento di **obiettivi di salute definiti dalla programmazione regionale e aziendale**
- Condividono sistematicamente
  - buone pratiche, peer review, ricerca etc.
  - Obiettivi di gestione e PDTA
  - Strumenti di valutazione della qualità (LL GG, audit)
- Monitoraggio e verifica degli obiettivi da parte del Distretto
- I medici della AFT lavorano nei propri studi, sono individuati nell'ambito del distretto e adottano percorsi di integrazione con MCA e ospedale
- La Regione, con le OO.SS., individua le AFT, tenendo conto, per i MMG, di: pop. ≤ 30.000 ab. e almeno 20 medici

Legge regionale 17/2014

decreto Balduzzi del 13 settembre 2012 n.158

CAP Centri Assistenza Primaria

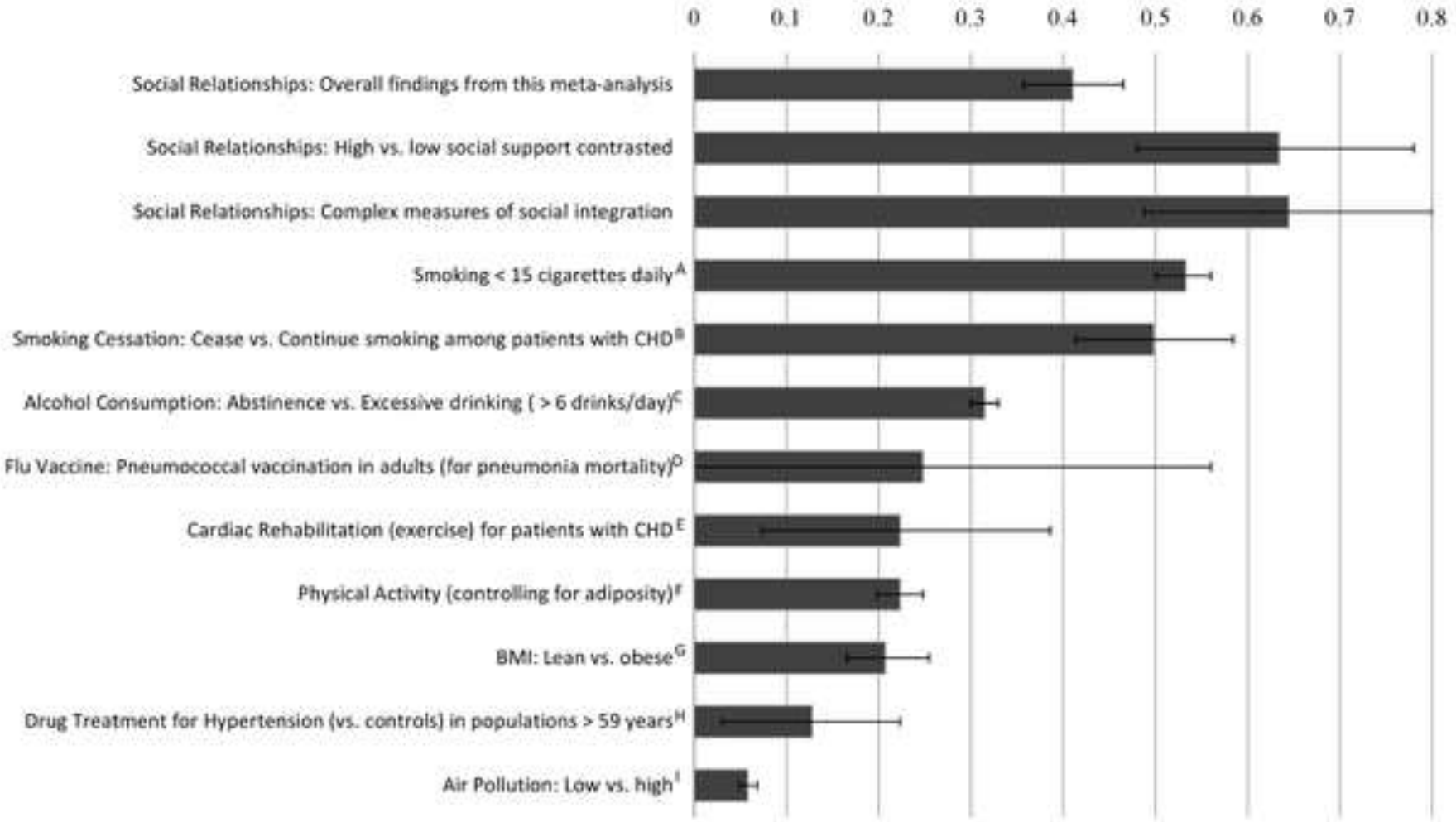
- Gruppi di
  - Medici convenzionati (MMG, PLS, MCA)
  - Specialisti e altri Professionisti sanitari convenzionati
  - eventuali altri operatori sanitari
- **Sede unica** o con sede di riferimento, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale
- **Garantiscono LEA, presa in carico, integr. socio-san., medicina d'iniziativa, assistenza h. 24, 7 gg. su 7**
- attivate secondo i bisogni della popolazione, caratteristiche oro-geografiche e demografiche
- Aspetti organizzativi ed economici disciplinati da Regione e OO. SS.

Legge regionale 17/2014

decreto Balduzzi del 13 settembre 2012 n.158

Come incidono le relazioni personali sullo stato di salute?

Comparison of odds (lnOR) of decreased mortality across several conditions associated with mortality.



Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010) Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med 7(7): e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
http://127.0.0.1:8081/plosmedicine/article?id=info:doi/10.1371/journal.pmed.1000316

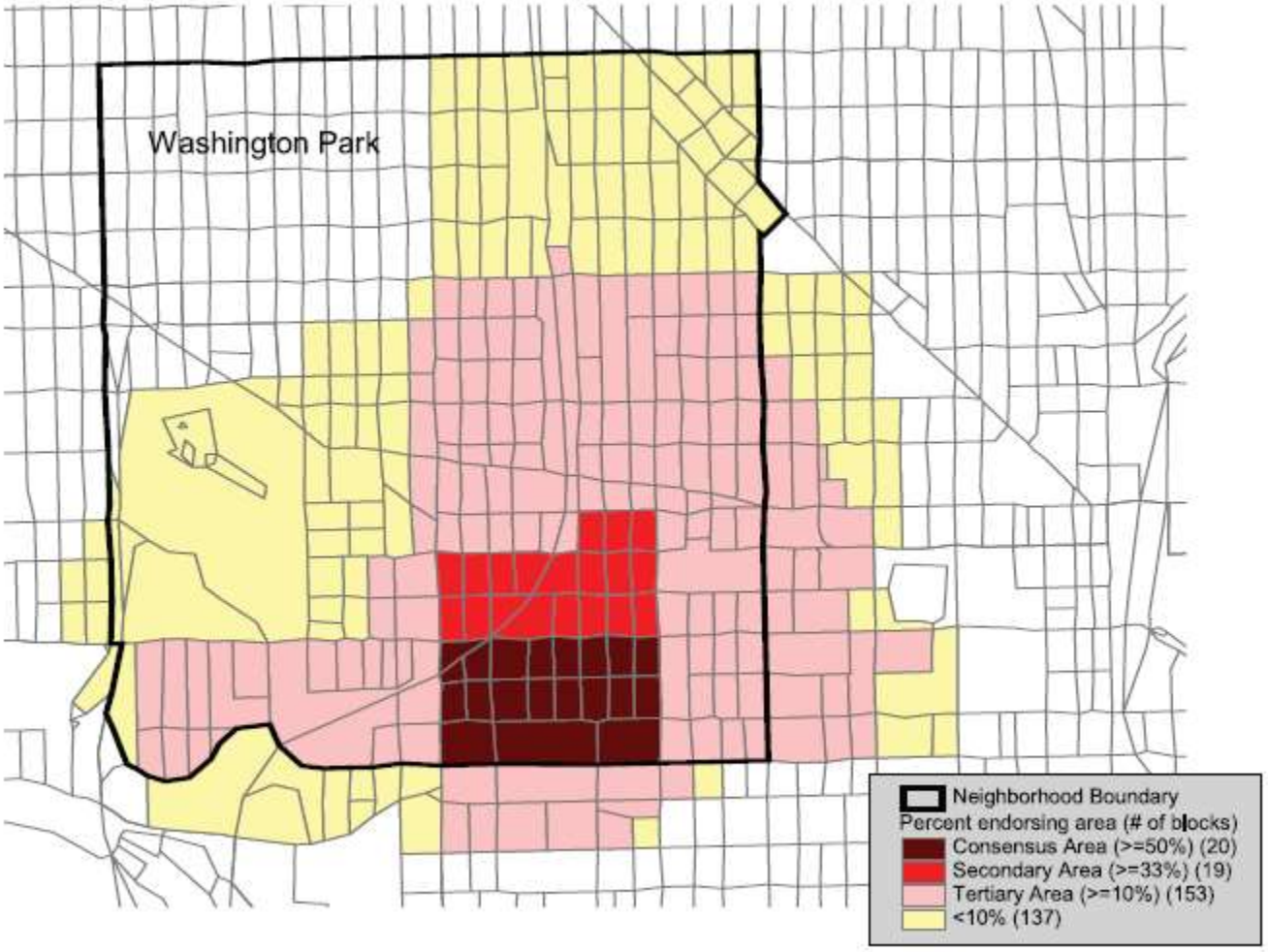
PLOS | MEDICINE

verso comunità di prossimità

- La comunità di prossimità può essere definita come
- la rete di contatti
  - rapidamente accessibili
  - attorno ad una persona,
  - siano essi reali o virtuali,
- che possono attivarsi per soddisfare
  - un bisogno di salute e
  - sostenere la vita di relazione di un individuo.

L’idea di «vicinato» non coincide sempre coi confini amministrativi

FIGURE 2
Step 2. Determine Blocks in Maps



Finding Place in *Making Connections* Communities

Applying GIS to Residents' Perceptions of Their Neighborhoods

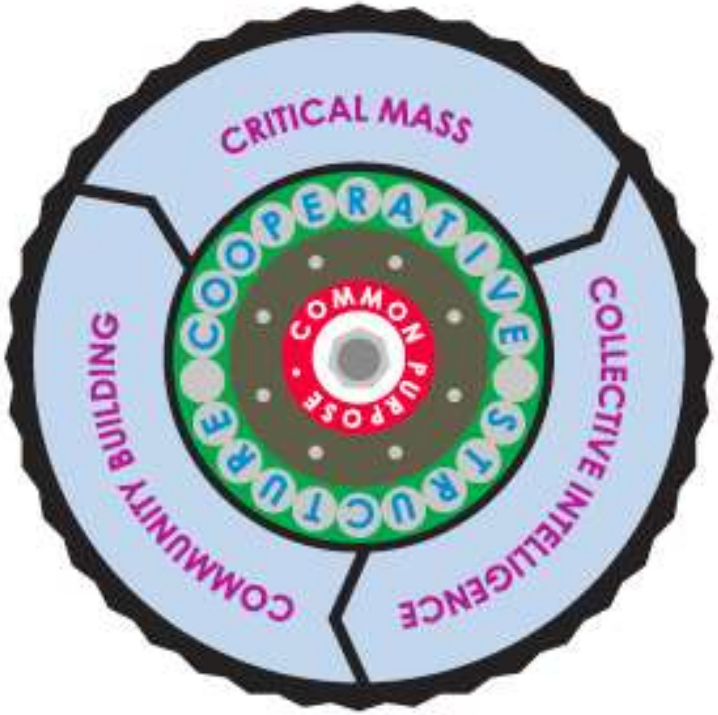
CLAUDIA J. COULTON, TSUI CHAN, AND KRISTEN MIKELBANK

January 2010

The Health Foundation
Inspiring Improvement

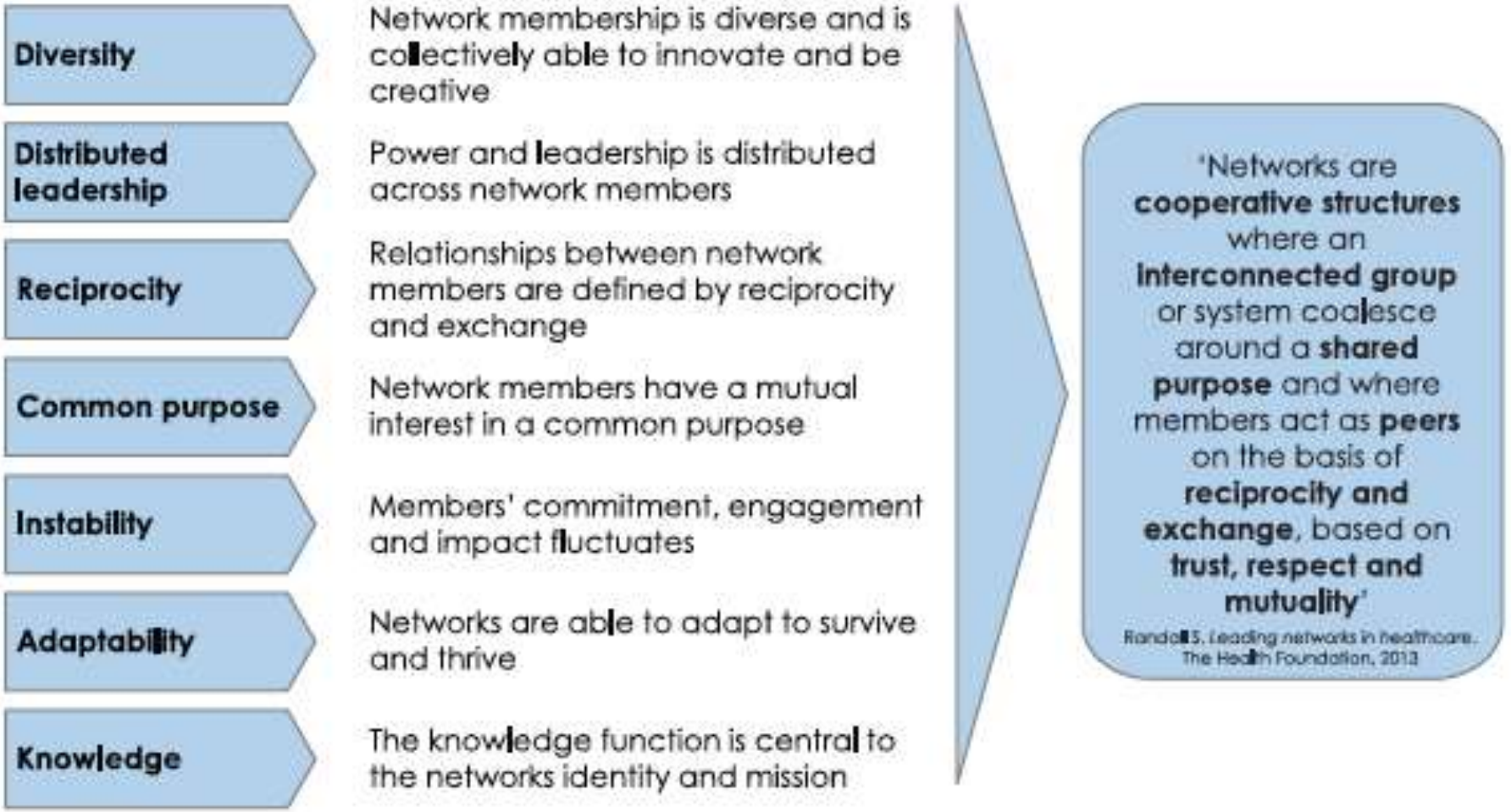
Effective networks for improvement

Developing and managing effective networks to support quality improvement in healthcare



Aspetti di un network

Figure 1: Distinctive features of networks

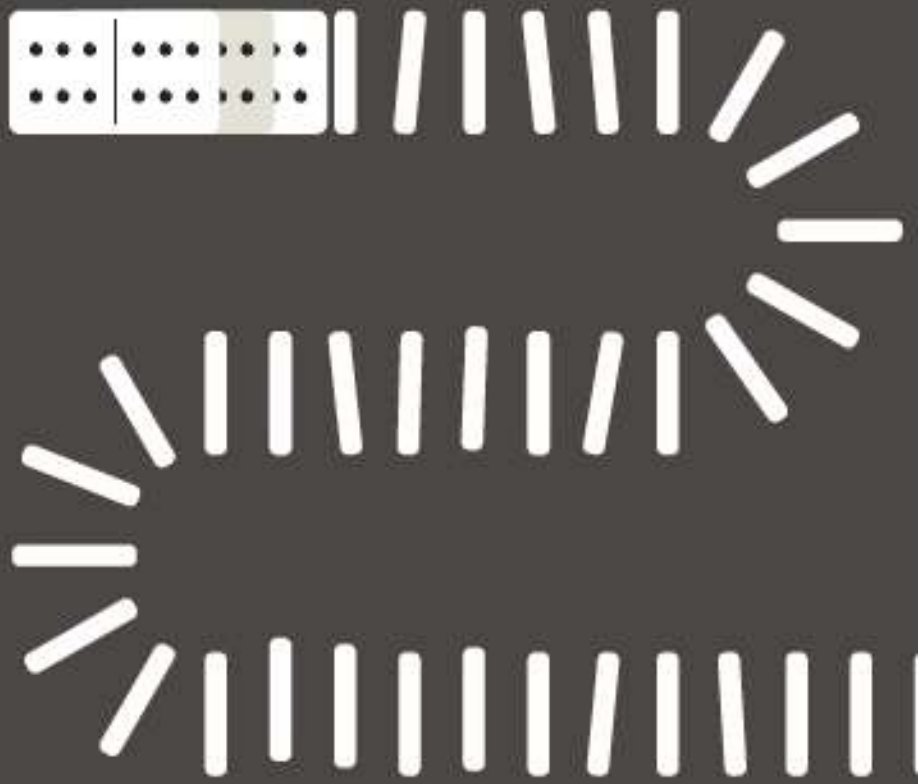


Adapted from: Malby B, Mervyn K. *Summary of the literature to inform the Health Foundation questions*. Centre for Innovation in Health Management, University of Leeds. April 2012. p7. www.cihm.leeds.ac.uk/new/wp-content/uploads/2012/07/Summary-of-literature-May-2012-FIN1.pdf

Behavioural insights in health care

Nudging to reduce inefficiency and waste

Chris Perry, Krishna Chhatralia, Dom Damesick,
Sylvie Hobden, Leanora Volpe



The Health Foundation

MINDSPACE

Figure 2: The MINDSPACE mnemonic – a 'checklist of influences on our behaviour'[5]

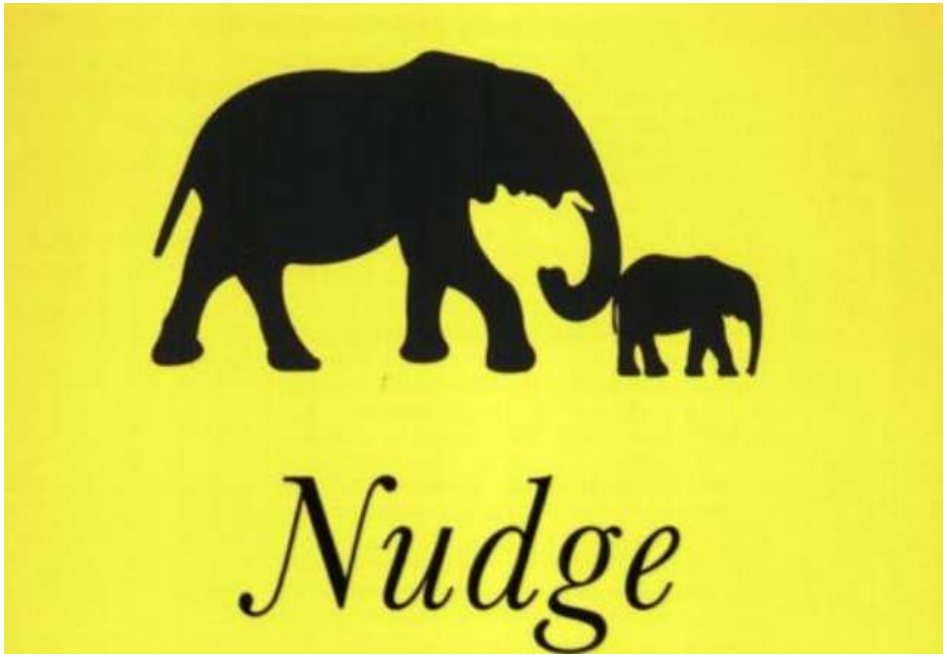
Messenger	We are heavily influenced by who communicates information
Incentives	Our responses to incentives are shaped by predictable mental shortcuts such as strongly avoiding losses
Norms	We are strongly influenced by what others do
Defaults	We 'go with the flow' of pre-set options
Salience	Our attention is drawn to what is novel and seems relevant to us
Priming	Our acts are often influenced by subconscious cues
Affect	Our emotional associations can powerfully shape our actions
Commitments	We seek to be consistent with our public promises, and reciprocate acts
Ego	We act in ways that make us feel better about ourselves

Why corporate power is a public health priority

The marketing campaigns of multinational corporations are harming our physical, mental, and collective wellbeing. **Gerard Hastings** urges the public health movement to take action

Gerard Hastings *director*

Le tecniche di persuasione del cliente da parte del marketing sono un esempio di come il cittadino sia spesso messo in secondo piano.



Nulla toglie che la sanità pubblica possa usare queste stesse tecniche per ribaltarne l'effetto e generare salute.

BMJ 2012;345:e5124 doi: 10.1136/bmj.e5124 (Published 21 August 2012)

VIEWPOINT

JAMA, July 18, 2012—Vol 308, No. 3 243

Lewis A. Lipsitz, MD

Understanding Health Care as a Complex System

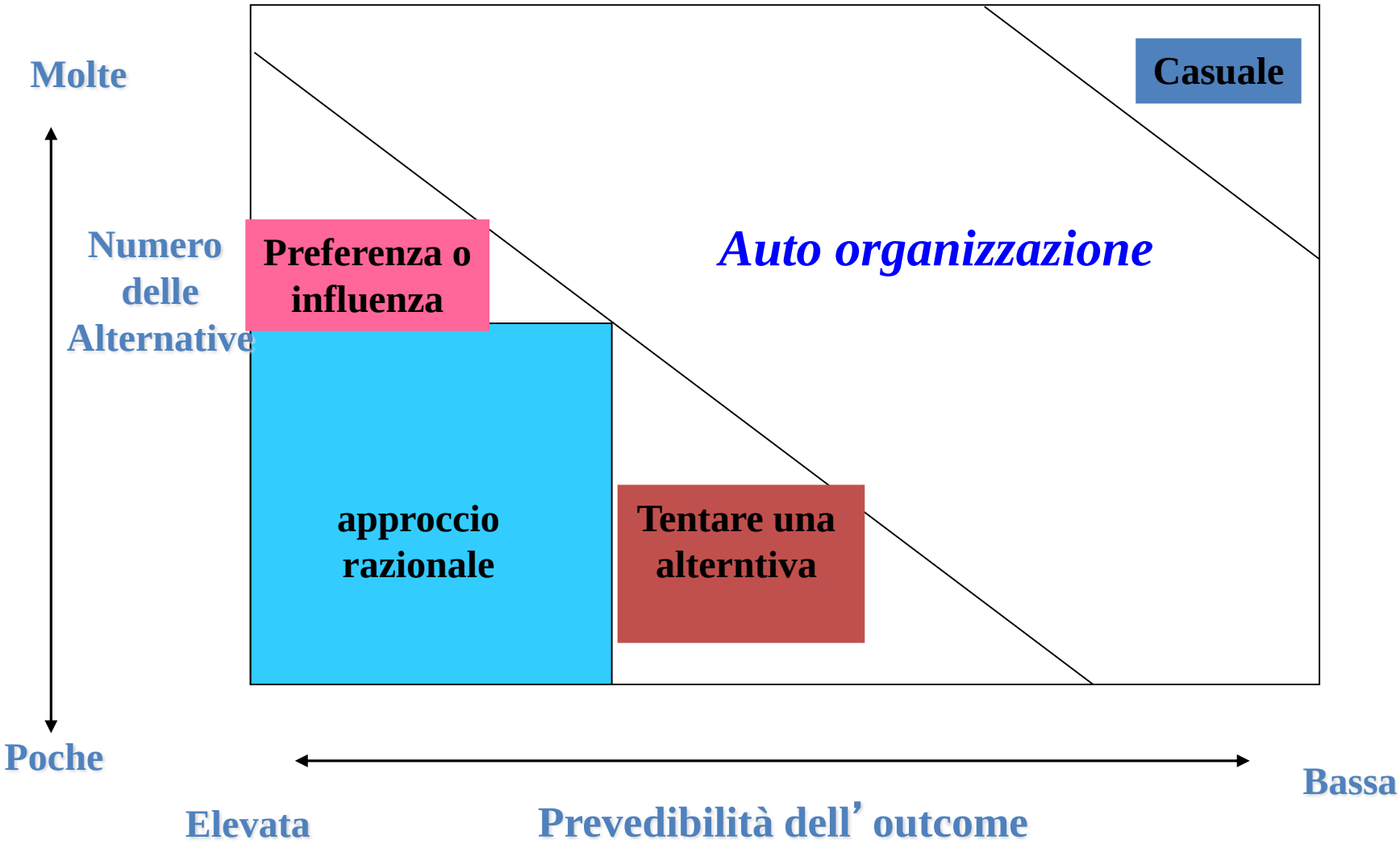
The Foundation for Unintended Consequences

un insieme di agenti individuali che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili e dove le azioni di un agente cambiano il contesto per altri agenti

- Non linearità
- Autorganizzazione e comportamenti emergenti
- Regole semplici che governano i sistemi

Prendere decisioni in condizioni di certezza ed incertezza

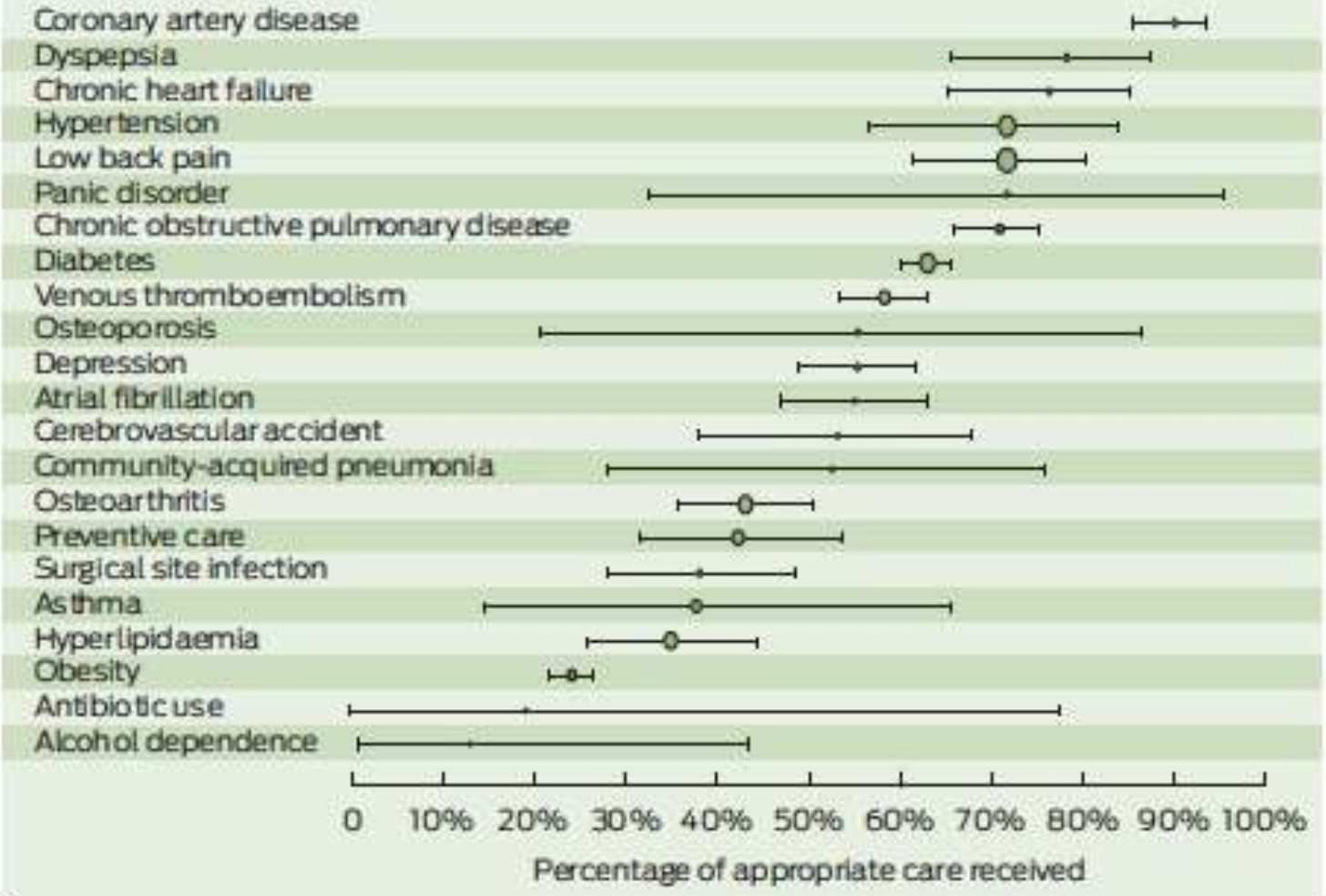
(Olson EE, Eoyang GH. Facilitating organization change 2001)



CareTrack: assessing the appropriateness of health care delivery in Australia

MJA 197 (2) · 16 July 2012

5 Percentage of eligible encounters at which appropriate care was received,* 2009–2010



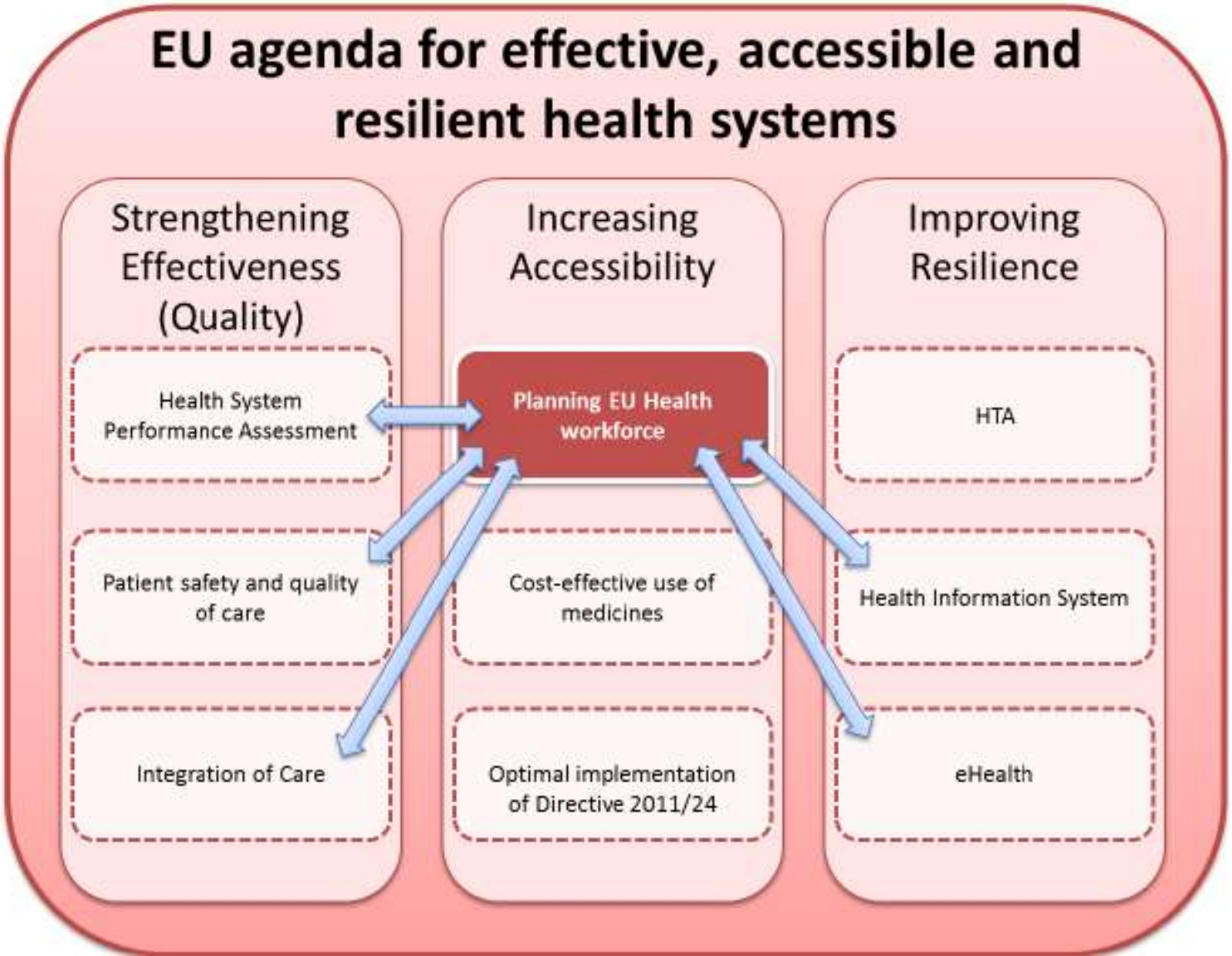
* Bars indicate 95% confidence intervals. Circle size represents the number of eligible encounters for each condition.

L’intervento

- Alcuni tratti del cambiamento
- **La formazione dei professionisti**
- L’esperienza “MasterCard”
- Spunti per procedere

Commission communication on Effective, Accessible and Resilient Health Systems (2014)

European Commission



Trends identificati

- Nuovi RUOLI: nuovi ruoli, nuovi compiti, nuove competenze per ricoprire una posizione nelle organizzazioni sanitarie;
- Nuove Abilità (SKILLS): sviluppo di nuove competenze e miglioramento di alcune abilità da parte di rpofessiosniti che già operano nelle organizzazioni sanitarie;
- SKILLS transfer: nuovi compiti e nuove reponsabilità per il personale oprante a diversi livelli nelle organizzaizoni sanitarie (task shifting)

Cosa viene richiesto al professionista che opera in sanità

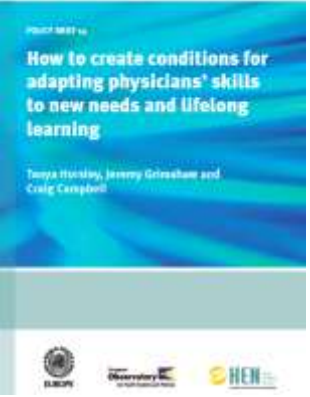
- ***Competenza :*** Quello che gli individui conoscono o sono in grado di fare in termini di conoscenza, abilità ed attitudini.

- ***Capacità di adattamento (capability):*** L'ambito nel quale un individuo può adattarsi al cambiamento, generare nuove conoscenze e continuare a migliorare le sue performance.

- ***Auto riflessione critica (appraisal) :*** Processo strutturato che facilita il riflettere su se stessi e sul proprio operato.

Vita professionale e formazione

	Formazione di base	Formazione specialistica	Formazione continua Life Long Learning
Medici, ecc.	Corso di laurea a ciclo unico	Specializzazione, Master 2° livello	ECM, Specialistica continua / Obbligatoria Aziendale Ecc. / Sviluppo Professionale Retraining
Professioni sanitarie	Corso di laurea magistrale	laurea specialistica, Master di 1° e 2° livello	
Altre figure laureate	Corso di laurea magistrale		



Competenza per essere efficace nell'apprendere nella prospettiva Life Long Learning

1. Abilità a creare ed usare un profilo della pratica che descriva i problemi e gli aspetti dell'attività personale
2. Abilità ad esplorare sistematicamente ed efficacemente il proprio ambiente alla ricerca di nuove e rilevanti idee
3. Abilità a definire un sistema personale di gestione delle conoscenze come fondamento della "information literacy"
4. Abilità a formulare "buone" domande e trasformarle in opportunità di apprendimento
5. Abilità ad usare processi e strumenti per valutare costantemente l'impatto dell'apprendimento su conoscenza, abilità e performance

Il modello di valutazione della formazione di Kirkpatrick

Kirkpatrick's 4 Levels of Evaluation

Reaction	Le reazioni dei destinatari della formazione e le loro percezioni relative all'attività formativa misurate attraverso sondaggi successivi all' azione formativa.
Learning	Il miglioramento delle competenze, abilità, capacità acquisite dopo e grazie all'attività formativa.
Application	I miglioramenti della perrformance lavorativa connessi all'applicazione sul lavoro di quanto appreso durante le attività formative.
Business Results	I miglioramenti economici che il business riceve dall'attività formativa aziendale (riduzione dei costi, miglioramento della qualità, incremento della produzione, riduzione dei tassi di rumover, ecc...)

Investire in leadership, formare i leader

- La leadership è una chiave essenziale per la gestione dei sistemi complessi
- La leadership ha una dimensione etica
  - personale
  - comunità
- Leader si può diventare attraverso un percorso formativo
- È opportuno investire in leadership diffusa piuttosto che su singoli leader
- Ci vuole tempo !

Health services processes and tools for health workforce competencies.

Improving performance

- Periodic performance audits with feedback.
- Self-assessments.
- Patient satisfaction surveys.
- Patient reported outcomes.
- Adverse reaction or anonymous malpractice reporting.
- Interviews and case-based oral exams.
- Peer reviews.
- Operations meetings and quality circles.

Miglioramento delle performance

Mentoring

- Coaching and mentorship.
- Champion system/role model system.
- Training of trainers.

mentoring

- Learning plans designed between managers/clinical leaders and staff themselves.
- In-service trainings and seminars.
- International exchanges, study abroad or study tours.
- Conferences.
- Temporary placements for observational learning.

Health workforce governance: Processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery

Erica Barbazza[a], Margrieta Langins[b], Hans Kluge[b], Juan Tello[a,*]

Health Policy 119 (2015) 1645–1654

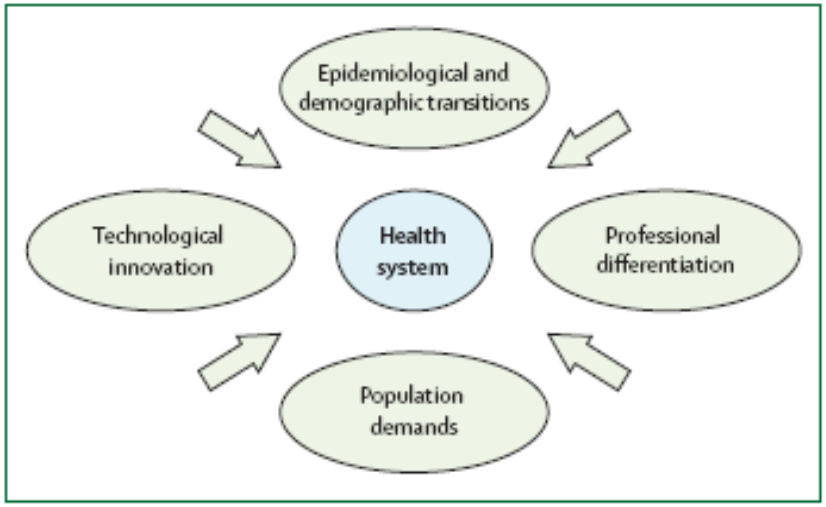


Figure 2: Emerging challenges to health systems

[Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.](#)

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H.

Lancet. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58. Epub 2010 Nov 26.

Domanda di professionisti sanitari

Numero e tipologia di staff definiti con specifiche competenze e credenziali

Assunzione dei professionisti

Job Description

Sistema formativo

Determinazione di quanti e quali professionisti debbono essere preparati in un dato periodo di tempo

Valutazione

Della adesione dei professionisti alle attese predefinite (standard, performance, attività)

L’intervento

- Alcuni tratti del cambiamento
- La formazione dei professionisti
- **L’esperienza “MasterCard”**
- Spunti per procedere

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI UDINE

A.A. 2014/15

CARD Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

ASSOCIATA FISPPAS

MASTER UNIVERSITARIO

GOVERNARE E DIRIGERE I SERVIZI SOCIOSANITARI

L'INNOVAZIONE NEL LAVORO INTEGRATO DEI SERVIZI TERRITORIALI PER LA PERSONA E LA COMUNITÁ

INIZIATIVA A FAVORE DELL'OCCUPAZIONE GIOVANILE FONDO SOCIALE EUROPEO

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

garanzia giovani

consorzio friulformazione

Obiettivi del master

Il Master mira alla formazione multidisciplinare di professionisti che operano nei servizi sanitari, sociosanitari, socioassistenziali.

In particolare ha lo scopo di:

- Facilitare il cambiamento in atto nei servizi a baricentro territoriale;
- Offrire opportunità di qualificazione innovativa, di progresso professionale, di sviluppo del lavoro territoriale, di capacità di realizzare e gestire nuove e buone pratiche territoriali;
- Condividere tra professionisti di discipline diverse e differenti appartenenze istituzionali percorsi possibili di miglioramento della qualità dei servizi e delle strutture territoriali.

- Fornire occasioni di confronto ed interscambio culturale tra

Competenze

- Lavorare in team multidisciplinari e multiprofessionali;
- Fornire servizi personalizzati di assistenza integrata;
- Realizzare reti di supporto alla persona nella comunità locale.

Il team

Paolo Da Col

Mario Casini

A sostegno dell'apprendimento sono sempre a disposizione 4 tutors:

- ✓ **2** tutors clinici (mentors);
- ✓ **1** tutor formativo;
- ✓ **1** tutor di supporto organizzativo.

Elisa Fabbro

Giacomo Meula

1^ edizione master: iscritti

- **26** iscritti (età media 41 aa)

  Professione:

  - 9 infermieri;
  - 4 medici;
  - 4 assistenti sociali;
  - 3 educatori professionali;
  - 2 fisioterapisti;
  - 1 amministrativo;
  - 1 logopedista;
  - 1 ostetrica;
  - 1 psicologa.

Aree Tematiche degli elaborati

Anziani

- L'arte della qualità della vita nelle strutture residenziali per anziani
- L'anziano, la sua casa, la sua comunità e la sua demenza. Un gioco di equilibrismi o di equilibrio?

Materno infantile

- La centrale operativa per "pazienti speciali" presso la SOC di Pediatria dell'ospedale di San Daniele
- Il puerperio: sostegno alla genitorialità ed organizzazione dei servizi consultoriali
- Progettazione e implementazione di un modello di transizione dall'età pediatrica all'età adulta per persone affette da malattie rare

Aree Tematiche degli elaborati

Disabilità

- La presa in carico del paziente con Grave Cerebrolesione Acquisita in FVG
- Qualità della vita e disabilità intellettiva
- L'educatore professionale come risorsa per diminuire il tasso di istituzionalizzazione delle persone con disabilità
- La Rete nei servizi socio-sanitari per i disabili: il ruolo del Disability Manager

Demenza

- La demenza. Ricognizione delle dimensioni della problematica per ipotizzare un intervento di comunità
- L'integrazione corpo-mente nella persona affetta da disturbo psicotico attraverso la presa in carico integrata

Aree Tematiche degli elaborati

Interim Report (fine 1° semestre)

Organizzazione dei servizi

- Il sistema di cure domiciliari di oggi ed suoi possibili sviluppi nell'ambito di Codroipo
- La governance del centro di assistenza primaria (CAP) del distretto di Cividale
- La continuità ospedale- territorio nei pazienti di area critica nella ASL 7 della Sardegna
- Il diabete nella rete territoriale: un nuovo metodo di approccio
- "PROGETTO SOLLIEVO" - I Centri Sollievo –
- I servizi sociosanitari territoriali: il Distretto e il Servizio di Salute Mentale Realtà diverse, ma simili
- La realizzazione del Centro di Assistenza Primaria presso il Comune di Tavagnacco
- SOCIAL NETWORK ANALYSIS- Strumento quantitativo di analisi e progettazione per l'organizzazione integrata in Sanità
- La prevenzione della retinopatia diabetica proposta per l'esecuzione di uno screening nell' ULSS di Treviso

Aree Tematiche degli elaborati

Interim Report (fine 1° semestre)

Salute e comunità

- La Community care e le reti social
- il progetto micro aree - microwin. Un'esperienza innovativa
- Interferire per comporre un mosaico: il ruolo degli operatori territoriali nel welfare community

Aree Tematiche degli elaborati

Interim Report (fine 1° semestre)

Competenze dei professionisti

- Case manager tra efficienza e qualità dei servizi sociosanitari. Quale futuro insieme?
- CARE COMPETENCE. Un modello per la valutazione delle competenze degli infermieri delle Cure Domiciliari dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento
- CARE COMPETENCE. Un modello per la valutazione delle competenze degli infermieri delle Cure Domiciliari dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento
- Le prestazioni di particolare impegno professionale dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta: una proposta per la rendicontazione paperless alle aziende per l'assistenza sanitaria

2^ edizione master (2016-2018)

(avvio previsto per settembre 2016)

Programma moduli master - 1 livello	ore	CFU
1. La Persona e la Comunità, baricentro dei nuovi servizi territoriali	20	2,5
2. Aspetti di bioetica e la person centred care nell'evoluzione dei sistemi di welfare	20	2,5
3. L'integrazione tra mondo della sanità, del sociale, del terzo settore	20	2,5
4. L' Health need assessment	20	2,5
5. l servizi territoriali integrati alla persona- la home care	20	2,5
6. La committenza nella produzione dei servizi territoriali	20	2,5
7. La long term care e la gestione della non autosufficienza	20	2,5
8 L' Information and Communication Technology per i servizi territoriali	16	2,0
9. l PDTA, con particolare riferimento alle malattie di lungo termine - un riesame della clinical governance	20	2,5
10. Principi di Project management	12	1,5
11. Misurare la qualità	20	3,5
12. Gestire le risorse umane e motivare il progresso professionale	28	3
13. l Distretti e la Medicina di famiglia	28	3,5
14. La gestione delle risorse economiche	16	2
15. Diritto amministrativo e procedure di gestione	24	2,5
Stage	300	12
TESI FINALE		5,5
TOTALE	**600**	60

2^ edizione master (2016-2018)

Programma moduli master - 2 livello	ore	CFU
1.La Persona e la Comunità, baricentro dei nuovi servizi territoriali	20	2,5
2. Aspetti di bioetica e la person centred care nell'evoluzione dei sistemi di welfare	20	2,5
3. L'integrazione tra mondo della sanità, del sociale, del terzo settore	20	2,5
4. L' Health need assessment	20	2,5
5. l servizi territoriali integrati alla persona- la home care	20	2,5
6. La committenza nella produzione dei servizi territoriali	20	2,5
7. La long term care e la gestione della non autosufficienza	20	2,5
8. L'Information and Communication Technology per i servizi territoriali	16	2
9. l PDTA con particolare riferimento alle malattie di lungo termine - un riesame della clinical governance	20	2,5
10. Principi di Project management	12	1,5
11. Misurare la qualità	20	3,5
12. Gestire le risorse umane e motivare il progresso professionale	28	3
13. l Distretti e la Medicina di famiglia.	28	3,5
14. La salute e l'evoluzione delle cure primarie. l servizi di salute nei contesti nazionali ed internazionali.	20	2,5
15. Diritto amministrativo e procedure di gestione	24	2,5
16. **Economia e organizzazione aziendale**	**40**	**2,5**
Stage	300	12
PRIMA SESSIONE TESI FINALE		

L’intervento

- Alcuni tratti del cambiamento
- La formazione dei professionisti
- L’esperienza “MasterCard”
- **Spunti per procedere**

Take home message 1

Examining new options and opportunities for providers of NHS care

The Dalton Review

i. One size does not fit all

ii. Quicker transformational and transactional change is required

iii. Ambitious organisations with a proven track record should be encouraged to expand their reach and have greater impact

iv. Overall sustainability for the provider sector is a priority

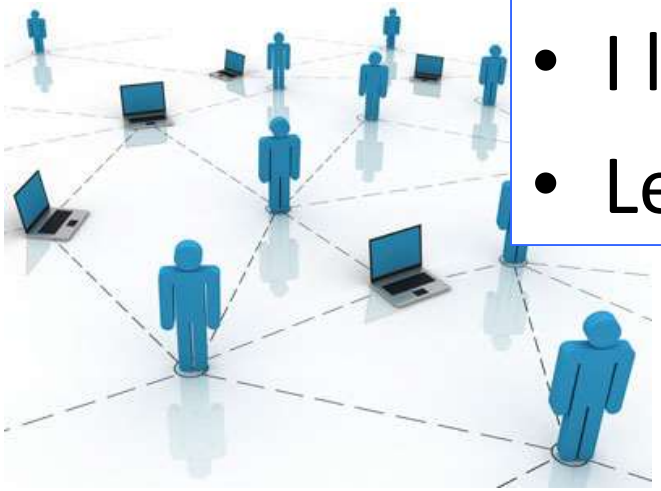
v. A dedicated implementation programme is needed to make change happen

- Non abbiamo “la “ ricetta
- Abbiamo delle evidenze
- Abbiamo un storia
- Abbiamo dei valori da attualizzare
- Abbiamo un capitale sociale
- Dobbiamo sperimentare

Take Home Message 2

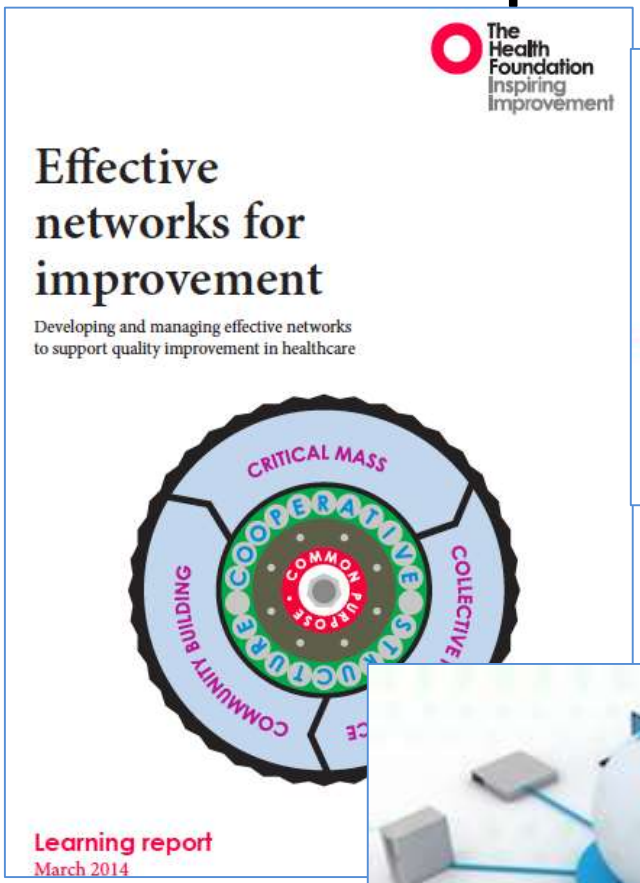
Take Home Message 3
Attivare le reti

- PDTA
- Autoaiuto
- Solidarietà/prossimità
- Rafforza i legami sociali

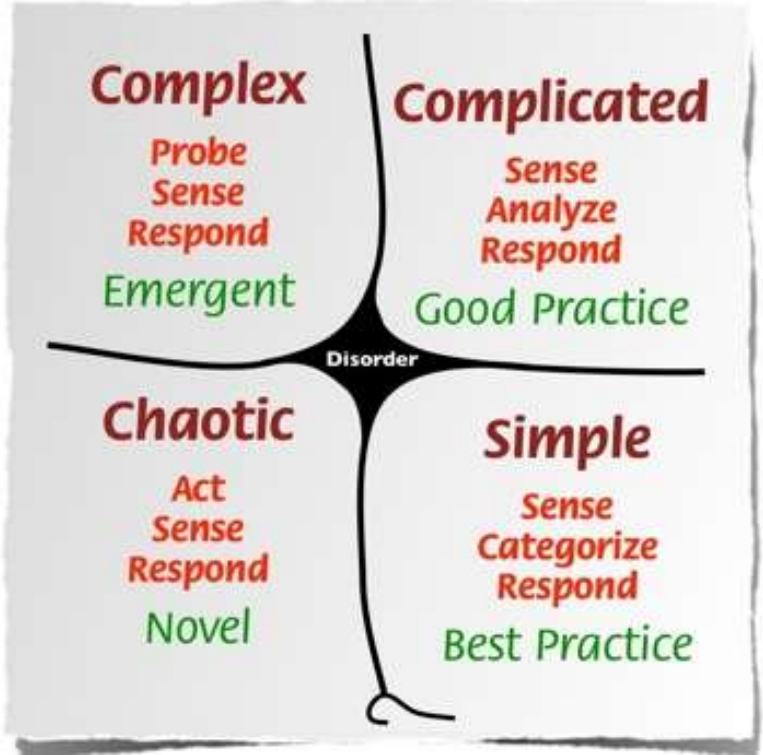


- I nodi
- I valori
- Le regole
- I linguaggi
- Le relazioni

Network, complexity, big data, IT, and implementation sciences



Take home message 4



Come sapremo di essere sulla strada giusta?

Obiettivi del piano	Misure strategiche da mettere in atto	Indicatori di performance (in 20 anni)
Riduzione del rischio di cancro	↓ prevalenza fumatori ↓sovrappeso e obesità ↑ frutta e verdura nella dieta ↑ attività fisica ↑ copertura vaccinale HPV	**Riduzione dell'incidenza del cancro**
Aumento del tasso di cura del cancro	↑ screening k mammella ↑ screening k colon-retto ↑ screening k cervice ↑ identificazione stadio k ↑ diagnosi di stadio 1 ↓ tempo di RT ↑ partecipazione a trial clinici	**Riduzione di mortalità per cancro** **Aumento di sopravvivenza**
Miglioramento della qualità di vita dei pazienti con cancro	• Aderenza alle linee guida • Misure di accuratezza della diagnosi • Raccolta di informazioni su stato socioeconomico e etnia in pz con cancro • Tempo diagnosi-trattamento • Tempo diagnosi-chirurgia • Valutazione della qualità di vita del paziente con cancro • Autovalutazione degli outcomes da parte del paziente • Valutazione delle terapie di supporto e della OS • Valutazione del carico psicologico del paziente	**Miglioramento della qualità di vita**

Take home message 5

GOVERNARE e DIRIGERE I SERVIZI SOCIOSANITARI

Work in progress

settembre 2016

LESSICO CONDIVISO

Qui PUOI TROVARE

- ATTEGGIAMENTO A-GIUDICANTE
- PERSONA E COMUNITÀ
- VITA BUONA E VITA AUTENTICA
- BENE COMUNE

Grazie per l'attenzione!