

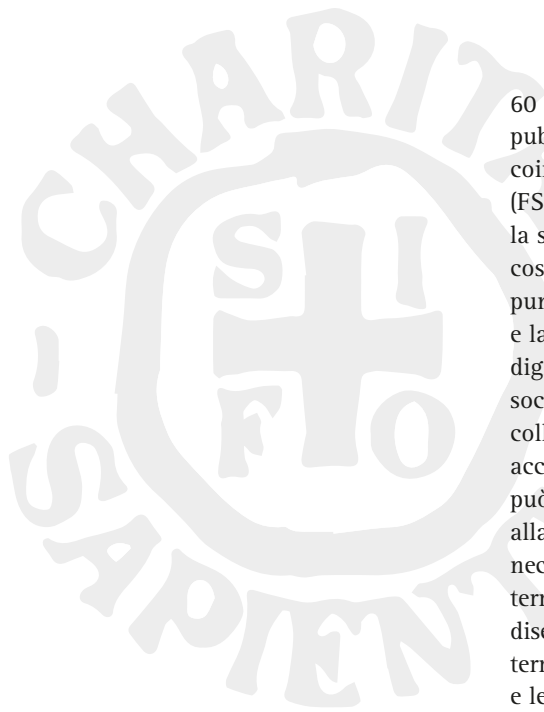
DM77: i nuovi modelli territoriali, digital health e domiciliarità delle cure alla luce del PNRR

Marisa Fiordelisi
Socio SIFO Regione Piemonte

Parole chiave: Cambiamento, Digitalizzazione, Polypharmacy, Trasversalità.

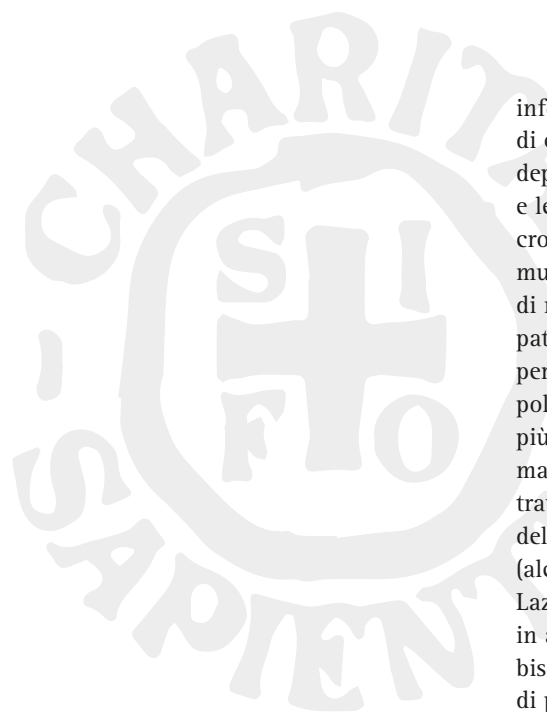
In occasione del XLIII Congresso Nazionale SIFO, nella giornata di sabato 29 ottobre, presso l'Auditorium Europa, si è svolta la main session a indirizzo manageriale relativa ai nuovi modelli territoriali, di *digital health* e domiciliarità delle cure alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La sessione è stata guidata dai tutor di sessione dott. Arturo Cavaliere e dott. Carlo Piccinni e moderata dalle dott.sse Daniela Donetti e Roberta Volpini. Nell'introduzione alla sessione si è ribadito più volte quanto il PNRR rappresenti un'importante sfida per tutti gli attori del SSN e allo stesso tempo un'opportunità di rinnovamento e di miglioramento dell'attuale *setting* organizzativo. I cambiamenti previsti permetteranno infatti di avviare un processo di rivisitazione dell'offerta della medicina di prossimità, una medicina che deve essere quanto più capillarmente vicina al paziente e alle sue necessità, e al contempo permetteranno alle strutture ospedaliere di puntare ancor più sulla gestione delle acuzie. Questa nuova visione organizzativa si basa sulle evidenze scientifiche e le innovazioni tecnologiche; nella Missione 6 salute del PNRR si parla infatti molto di telemedicina e intelligenza artificiale, tuttavia si intende che il processo di cambiamento debba essere basato su un'attenta programmazione e pianificazione. Come ricordato dal dott. Domenico Mantoan, Direttore Generale di Agenas, la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (DM 77/2022) ha tracciato un traguardo rispetto agli obiettivi del PNRR di garantire equità di accesso alle cure, nonché rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio. Tale Regolamento si configura infatti come un documento programmatico recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. L'implementazione della medicina territoriale, secondo questo modello, sarà garante di un'equità di accesso alle cure e del rafforzamento della prevenzione sul territorio, e un ruolo attivo è previsto anche per le farmacie territoriali sia nell'assistenza di prossimità sia all'interno del processo di digitalizzazione del servizio sanitario.

Il dott. Carlo Nicora ha proseguito riportando il punto di vista e il ruolo delle Direzioni Generali nella pianificazione e realizzazione dell'assistenza di prossimità. Punti cruciali nella pianificazione risiedono nella progettazione di modelli regionali, l'organizzazione degli ospedali di comunità e delle case di comunità, la riorganizzazione della telemedicina e la digitalizzazione delle cure, il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG) e delle altre figure professionali. La digitalizzazione diventa pertanto sfida e opportunità, e si estrinseca in due ambiti: il primo in farmacia ospedaliera e il secondo per la gestione digitale del territorio. Nel primo caso, i dati suggeriscono che il livello di digitalizzazione negli ospedali sia ancora da migliorare, basti pensare che in Lombardia il 50% delle ASST non ha una cartella clinica informatizzata, per cui la Regione ha predisposto un piano di intervento con un investimento di oltre



60 milioni e in due anni si conta di informatizzare tutte le strutture ospedaliere pubbliche. Per quanto riguarda il sistema di digitalizzazione del territorio, questo coinvolge principalmente l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e della telemedicina. Le regioni, perciò, dovrebbero costruire un modello per la sanità digitale, di cui la telemedicina rappresenta solo una piccola parte. Nella costruzione del modello, le regioni devono affrontare principalmente i seguenti punti: la raccolta sistematica digitalizzata dei dati sanitari, la digitalizzazione e la digitalizzazione dei processi, l'intelligenza artificiale. Il sistema di gestione digitale del territorio si estrinseca in: governo e controllo dell'offerta dei servizi sociosanitari in tempo reale sul territorio, omogeneità delle modalità operative, collaborazione multidisciplinare di tutti gli operatori e semplificazione e accelerazione della telemedicina. Il sistema di digitalizzazione del territorio può essere visto come un passaggio "dall'analogico al digitale"; tuttavia, oltre alla necessità di costruire un modello per la digitalizzazione del territorio, è necessario anche un modello di gestione, qualora ancora non presente, del territorio. In tal senso le principali azioni della Regione potrebbero riguardare: il disegnare nuovi ruoli degli attori sul territorio, oltre che il monitoraggio dei dati territoriali. La rete territoriale entro il 2026 dovrà rafforzarsi e razionalizzarsi, e le criticità, ricordate dal dott. Nicora, saranno rappresentate principalmente dalla frammentazione degli ambulatori e la quota presente di privato-accreditato, e dalla scarsa disponibilità dei medici e di altri professionisti sanitari (si conta una presenza sul territorio nazionale del -30% degli infermieri rispetto allo standard europeo). Occorre pertanto una pianificazione strategica del fabbisogno e la pianificazione dell'offerta formativa, così come l'acquisizione da parte delle figure coinvolte di nuove competenze gestionali e di governo clinico. Un documento recente della Conferenza Stato-Regioni mette in evidenza un altro aspetto importante: servono le risorse economiche e una copertura finanziaria sufficiente. Pertanto, solo un'adeguata pianificazione di tutte le attività permetterà l'assistenza integrata multidisciplinare, l'offerta di servizi diversificati, l'assistenza personalizzata, l'investimento nella formazione e nella creazione di competenze, un nuovo ruolo delle cure primarie, la produzione di servizi in prossimità del cittadino, la casa come luogo di cura e la soddisfazione del cittadino nel luogo di cura.

È emersa nella sessione anche l'importanza di saper analizzare i dati forniti dal territorio, a tal proposito è stata riportata l'esperienza della Regione Lazio presentata dal dott. Mirko Di Martino. Nel DM 77/2022 è citata infatti l'importanza della stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche del territorio come strumento di analisi dei fabbisogni, finalizzato alla stima dei bisogni assistenziali dalla programmazione alla presa in carico del paziente. Da qui la necessità di definire le strategie di intervento che tengano conto non solo dei criteri clinici, ma anche dei fattori individuali e socio-familiari che possono incidere sull'effettiva capacità del paziente di gestire la sua patologia. L'obiettivo ultimo è quello di sperimentare un modello di analisi che permetta di definire le modalità di presa in carico di categorie omogenee di assistiti in relazione alla tipologia e alla necessità di bisogno assistenziale. Nella stratificazione della popolazione si può immaginare graficamente una piramide alla cui base c'è la popolazione sana, che non è da escludere dal ragionamento poiché nelle case di comunità sarà coinvolta nel monitoraggio dei fattori di rischio e nella prevenzione. Nel mezzo della piramide vi sono i pazienti affetti da singola patologia, in cui sono fondamentali i PDTA. Nella punta della piramide, rappresentata dai pazienti affetti da multimorbilità e politerapie, si parla di superamento del PDTA per dirigersi verso i piani assistenziali individualizzati, che rappresentano una personalizzazione dei percorsi assistenziali. Le



informazioni estrapolabili dai dati sono: informazioni sulle cronicità, sull'indice di complessità (intensità del percorso assistenziale), la polypharmacy e il deprescribing, il livello socio-economico degli assistiti, le caratteristiche familiari e le esposizioni ambientali (ad esempio l'influenza da PM-10). Nell'ambito della cronicità, gli assistiti sono stati stratificati per numero di patologie croniche, e i multicronici raggruppati secondo medio bassa o alta intensità clinica. I pattern di multicronicità possono essere inoltre differenti e si riscontrano pattern di patologia frequentemente associati fra di loro. Questi pattern sono fondamentali per la programmazione delle azioni multidisciplinari. Per quanto riguarda la polypharmacy, nel Lazio quasi il 32% dei cronici assume contemporaneamente più di 10 farmaci differenti, per cui non si può più pensare al paziente in maniera destrutturata dalle patologie da cui è affetto: diminuisce l'aderenza al trattamento e aumenta la probabilità di interazioni farmacologiche. Nell'ambito della popolazione sana sono stati misurati: fattori di rischio comportamentali (alcol, fumo, obesità, sedentarietà), ambientali (il 45% circa degli assistiti del Lazio risiede in aree il cui valore di PM-10 supera spesso i limiti, con implicazioni in ambito cardiologico, oncologico e respiratorio), per cui anche in questo caso bisogna identificare aree di intervento strategiche locali nell'ambito dell'assistenza di prossimità. Infine, la valutazione della qualità dell'assistenza sul territorio si basa su 17 indicatori rappresentativi di 7 aree assistenziali (monitoraggio di aderenza, visite specialistiche, ospedalizzazioni evitabili, monitoraggi dei parametri biochimici, ecc.), che permettono di misurare i risultati attesi mediante l'analisi degli scostamenti e di apportare interventi correttivi. L'analisi del dato e la misurazione degli interventi permetteranno di lavorare sull'efficienza, ma anche sull'equità dell'accesso alle cure.

Successivamente, il dott. Cavalieri ha relazionato sul ruolo del farmacista ospedaliero e dei servizi farmaceutici come possibile connettore dei diversi setting assistenziali alla luce del DM 77/2022. Il farmacista SSN infatti assume da sempre un ruolo di rilievo nei servizi territoriali, nella sicurezza delle cure e nelle "transitions of care", per cui anche in questi nuovi modelli assistenziali può essere visto come punto di *trait d'union* fra l'ospedale e il territorio. Nella sessione, è stata suggerita l'importanza per le ASL di godere di una logistica centralizzata aziendale, secondo un modello Hub & Spoke, in grado di coprire con traccia informatica tutto il processo di gestione del farmaco dalla prescrizione alla dispensazione, sotto la governance del servizio farmaceutico. Per aumentare la capacità distributiva sul territorio è stato pensato un nuovo modello distributivo qualificato presso gli ospedali di comunità che sarà presente per ogni distretto – insieme alle centrali operative territoriali (COT) e alle case di comunità –, con armadi informatizzati in rete con il servizio farmaceutico del centro di riferimento prescrittivo aziendale e tutte le figure coinvolte. Secondo questo modello, tutto inizia con la prescrizione fatta dal centro di riferimento ad alta intensità, il servizio farmaceutico dell'ospedale erogherebbe successivamente il primo ciclo di terapie e stamperebbe il QR-code valido per i successivi cicli di cura, che potrebbero essere distribuiti direttamente grazie agli armadi informatizzati 7 giorni su 7 negli ospedali di comunità o nelle case di comunità, presso il distretto di prossimità. Il farmacista potrebbe integrarsi in tale processo con la teleassistenza e il teleconsulto, e offrire al paziente chiarimenti, anche grazie alle tecniche di counseling acquisite, circa la prescrizione e la modalità di assunzione delle terapie. Inoltre, nel DM 77/2022 si parla di domicilio come primo luogo di cura, per cui è necessario pensare all'*home-delivery*. A tal proposito è stato sviluppato un progetto pilota SIFO che coinvolge le Regioni Campania, Lazio, Veneto e Abruzzo, rivolto a pazienti fragili e senza caregiver, per cui l'*home-delivery* diventa una vera e propria necessità. Attraverso un'app, nell'ambito

di questo progetto innovativo di presa in carico dei pazienti, sarà inoltre possibile misurare le condizioni cliniche degli assistiti, il telemonitoraggio e il monitoraggio dell'aderenza e persistenza.

Infine, si è svolta la tavola rotonda sulle tematiche trattate in precedenza. I discussant partecipanti sono stati i dott. e le dott.sse Anna Baldini, Paolo Bordon, Tiziano Carradori, Nicola Draoli, Paolo Petralia, Carlo Piccinni, Gennaro Sosto e Gennaro Volpe. Le parole su cui ci si è concentrati sono: informazione, organizzazione e preparazione. Da un'indagine sulla telemedicina a seguito della pandemia riportata dalla dott.ssa Baldini, è emerso che c'è ancora tanto da lavorare: soltanto il 32% dei MMG intervistati era a conoscenza di tutte le direttive sulla telemedicina che sono state emanate. L'empowerment pertanto non deve riguardare solo i cittadini, ma tutto il sistema per concorrere a far sì che questa riforma – che ha degli strumenti potentissimi per avvicinare le persone al posto di cura – trovi un'attuazione piena, in cui tutti poi diventino veramente attori. Un altro tema affrontato è stato quello della trasversalità: se bisogna bypassare la logica a silos, bisogna settarsi in una posizione trasversale nell'organizzazione tra ospedali e territorio per arrivare a quello che è l'obiettivo della cura domiciliare. Un'altra parola chiave importante, accanto all'informazione, è la formazione: si è parlato di sanità digitale, ma per attuarla bisognerà agire molto sulla formazione degli operatori coinvolti. Sarà inoltre necessario abbandonare un approccio sperimentale per avvicinarsi a un approccio gestionale concreto, offrendo agli operatori, adeguatamente formati, gli strumenti di telemedicina che si affiancano alle altre soluzioni organizzative già in possesso. Questo è un impegno molto importante, così come quello previsto dal DM 77/2022 sulla realizzazione fisica degli spazi, per esempio dovrà esserci una casa della comunità ogni 50.000 abitanti, in cui è previsto il lavoro integrato tra specialisti e il MMG. In tutto questo è fondamentale il *community building*, in un sistema in cui da sola la sanità non può agire, perché condizionata dall'ambiente da cui è circondata. Restano due criticità, ovvero la sostenibilità rispetto a due tematiche già citate: una è il tema delle risorse professionali, l'altra è il tema delle risorse economiche. Una delle figure di spicco nel PNRR è l'infermiere, quale infermiere di comunità e di famiglia. Come spiega il DM 77/2022 questa figura non è solo un erogatore di prestazioni, per cui si apre per l'infermiere una nuova modalità di presa in carico del cittadino con un ruolo proattivo non solo verso i problemi di salute ma verso i determinanti della salute stessa. Concludendo, la parola chiave sembra essere "cambiamento", che significa iniziare realmente ad avere una visione diversa. In questo processo il ruolo del farmacista dovrà adeguarsi attivamente al cambiamento, continuando a giocare un ruolo fondamentale nell'interconnessione dei percorsi di cura e nell'analisi e monitoraggio del dato di prescrizione farmaceutica e di ospedalizzazione.