Proposte essenziali per la sanità personalizzata, digitale e interconnessa

Antonio Monteleone espone, nel presente contributo, tre proposte ritenute condizioni sine qua non per porre basi solide al prossimo domani della sanità in Italia. Si tratta di idee elaborate dall'autore alla luce delle disposizioni e degli orientamenti normativi in atto e indirizzate al vicino futuro, senza trascurare le criticità presenti che non possono paralizzare e neppure impastoiare un inarrestabile processo e un illuminato rafforzamento del sistema sanitario italiano.

Di Antonio Monteleone *(Presidente AGeSPI Lombardia)*

Sono diversi i provvedimenti normativi di recente emanazione finalizzati ad attuare un nuovo assetto, istituzionale, organizzativo e di finanziamento, dell'assistenza pubblica nel nostro Paese. Altri atti sono invece in corso di definizione e determinanti saranno i prossimi passi da compiere, allo scopo di implementare un sistema di Long Term Care, e non solo, di cui l'Italia ha estremamente bisogno. Proprio partendo dal contesto attuale in cui il nostro Paese si trova, si espongono tre proposte operative che vanno nella direzione di tradurre, in modo concreto, i contenuti di questi recenti provvedimenti normativi in tema di salute e sanità, di medicina territoriale e di cronicità, affrontando le criticità presenti nel nostro sistema sanitario. Tali criticità vanno risolte gradualmente, con una programmazione ben modulata nel tempo e che dev'essere alimentata e sostenuta da precisi dati epidemiologici.

Gli attuali scenari normativi per una sanità personalizzata e digitale

Il Decreto del Ministero della Salute 77/22 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"* **evidenzia**, in più punti, **sul piano organizzativo, la centralità strategica del MMG/PLS** per migliorare l'assistenza prestata e, s**ul piano infrastrutturale, l'obbligo di individuare forme semplificate e ordinarie per la stratificazione della popolazione**, così da intercettare i reali bisogni di salute della popolazione, a cominciare da quella con problemi cronici, ed essere così in grado di pianificare tempestivamente prestazioni e servizi meglio rispondenti alle attese.

Nello specifico, al paragrafo 2 – Sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN – del suddetto DM 77/22 leggiamo " *L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società*".

Il paragrafo 3 – **Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico** – riporta quanto di seguito:

- *"Il Progetto di Salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del bisogno di salute indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo*

sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo".

- "*Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza, e per le quali il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale*".

Alla "Sezione 1: Requisiti funzionali e livelli di servizio" del Decreto Ministero della Salute 21 settembre 2022 – **Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina – requisiti funzionali e livelli di servizio** – si cita "*L'eleggibilità clinica è a giudizio insindacabile del medico, che, in base alle condizioni cliniche e sociali del paziente, valuta se proporre al paziente i servizi di telemedicina (ad esempio, una visita di controllo in modalità televisita). Saranno, inoltre, valutate sia l'idoneità che la dotazione tecnologica di cui il paziente dispone (es. smartphone con caratteristiche adeguate all'istallazione di specifiche app per la televisita), e la capacità di utilizzo degli appositi kit per la telemedicina. In quest'ultimo caso può anche essere necessario un sopralluogo per verificare le caratteristiche fisiche, impiantistiche ed igieniche del domicilio del paziente. Contestualmente andranno verificati gli aspetti connessi con la digital literacy del paziente e/o del caregiver al fine di valutare l'appropriatezza dei dispositivi e il grado di autonomia nell'uso*".

Alla luce di quanto previsto dagli atti normativi richiamati e con l'intento di riportare tali contenuti e obiettivi sul terreno di una concreta eseguibilità, ritengo opportuno agire attenendosi alle procedure che seguono.

La valutazione routinaria o necessaria dello stato complessivo di salute

Il MMG/PLS attua due diverse modalità di Valutazione dello Stato Complessivo di Salute della persona, definibili la prima Routinaria e la seconda Necessaria.

La **Valutazione Routinaria dello Stato Complessivo di Salute** viene effettuata, a seguito di certificata autorizzazione da parte dell'assistito, tramite un questionario semplificato e informatizzato direttamente sul FSE al compimento del 65° anno di età e ha l'obiettivo di definire proattivamente e in modo complessivo lo stato di salute di una persona. Essa, in assenza di patologie significative viene ripetuta dopo due anni fino al 75° anno e quindi ogni anno.

La **Valutazione Necessaria dello Stato Complessivo di Salute** è propria dell'insorgere di una condizione di malattia cronica o di una sua riacutizzazione.

Qualora siano evidenziati problemi interrelati di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona, il MMG/PLS promuove la **Valutazione Multidimensionale** con cui, l'apposita équipe definisce il **Progetto di Salute** e i relativi interventi appropriati, sostenibili e personalizzati, nonché la loro rivalutazione periodica. Il MMG/PLS inoltre decide l'**eleggibilità del paziente per i servizi di telemedicina** e attiva l'Assistente Sociale dell'ASL (ATS o ASST in Lombardia) per verificare la capacità o meno dello stesso paziente e del suo intorno familiare di avvalersi del servizio in remoto. L'AS può accedere a una specifica sezione di sua competenza del FSE. Tale sezione è però visibile sia dal paziente sia dal MMG/PLS. Un simile modo di procedere, grazie al **flusso di dati selezionati e anonimi dal FSE** consentirà a livello regionale di avere un quadro evolutivo dei bisogni prioritari della popolazione e di predisporre una corretta programmazione delle risposte più appropriate.

Coordinamento regionale dei Centri Servizi per la Telemedicina

Al paragrafo “Il Centro servizi” del Decreto Ministero della Salute 21 settembre 2022 – **Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina. Requisiti funzionali e livelli di servizio** – leggiamo:

“*Per ogni infrastruttura regionale di telemedicina deve essere prevista la presenza di uno o più Centri servizi, con compiti prettamente tecnici, ed uno o più Centri erogatore, con compiti prettamente sanitari. Le due realtà, a seconda dei diversi contesti territoriali, possono anche coesistere in un’unica organizzazione. (…)*

Il telemonitoraggio base, quindi, è prevalentemente orientato alla gestione di pazienti cronici. Esso risulta trasversale alle diverse patologie e deve garantire un’interfaccia utente e un’esperienza utente omogenea all’interno dell’Infrastruttura regionale di telemedicina. (…)

Una volta aggregati i dati a livello di Infrastruttura regionale di telemedicina sarà possibile implementare delle logiche di validazione e controllo della qualità, sia in termini di precisione delle misurazioni sia in termini di adesione del paziente al piano di telemonitoraggio previsto (Validazione e dataquality).

Dal punto di vista dell’esperienza utente dell’assistito è fondamentale che a livello regionale l’Infrastruttura regionale di telemedicina sia in grado di offrire gli elementi per la gestione efficace e puntuale della fase di arruolamento (Onboarding del paziente) sia in termini di utilizzo e setup del dispositivo (Configurazione medical device) sia per quanto concerne le funzionalità applicative dedicate al paziente in prospettiva accessibili anche tramite i portali FSE”.

Il quadro proposto è a rischio di generare errori, confusione e sfasamenti temporali tra i **diversi contesti territoriali**. Infatti, ogni qualvolta compare il concetto di medicina, ad esempio in tele-medicina, occorre agire sempre secondo tre criteri fondamentali cui attenersi e su cui l’Assessorato deve vigilare:

- **appropriatezza**
- **responsabilità sanitaria**
- **rispetto della privacy.**

La transizione digitale, inoltre, prospetta numerose criticità di cui ne richiamo qui solo alcune:

- Adeguamento normativo e tariffario
- Definizione degli out-come e loro misurazione
- Indisponibilità di confermate evidenze in grado di alimentare linee guida
- Carenza di personale sanitario
- …

Perciò **ritengo importante istituire presso gli Assessorati alla Sanità e al Welfare di ciascuna Regione e PA un Coordinamento Regionale dei Centri Servizi per la Telemedicina**, con personale sia medico sia tecnico per fornire la necessaria assistenza da un lato al lavoro di *governance* proprio delle Regioni e PA attraverso le deleghe agli specifici Assessorati, aggregando i dati e rielaborandoli a fini decisori e programmatori, e dall’altra inviando indicazioni ai singoli Centri Servizi. **Il Coordinamento regionale devessere pertanto costituito da personale altamente qualificato** e in grado, secondo il *modus operandi* suggerito dal Progetto PON GOV Cronicità, di facilitare il traghettamento verso il futuro attraverso la definizione, il trasferimento e il supporto all’adozione di un insieme di strumenti metodologici e operativi comuni, con un approccio graduale basato su:

- analisi, confronto e valutazione delle esperienze già in corso o via via implementate
- modellizzazione delle buone pratiche e definizione di criteri e condizioni di trasferibilità
- supporto all'adattamento di pratiche innovative e all'adozione di tecniche e strumenti di *change management*.

L'armonizzazione normativa

Diversi provvedimenti di ridisegno e riassetto del SSN sono stati già approvati, alcuni dei quali in precedenza citati, mentre altri sono all'orizzonte.

Il PNRR prevede la riforma dell'assistenza agli anziani, per cui entro marzo 2023 il Parlamento dovrà approvare la relativa Legge Delega ed entro marzo 2024 il Governo dovrà predisporre i Decreti Delegati per l'attuazione. Il testo di partenza è lo Schema di Disegno di Legge Delega approvato il 10 ottobre scorso dal precedente Governo. In conferenza delle Regioni si discute sulla necessità di arrivare a breve all'istituzione di una Cabina di regia sull'autonomia a Palazzo Chigi per predisporre, in 6 mesi di tempo, la **completa attuazione dei Lep (livelli essenziali delle prestazioni)** su diritti civili e sociali e i correlati costi e fabbisogni. Tema strettamente collegato all'integrazione tra sociale e sanitario.

L'insieme di questo lavoro richiede sia uno sforzo importante per evitare le contraddizioni o i semplici disallineamenti normativi che ne inficino l'efficacia, sia un'esatta previsione delle risorse finanziarie e di personale per poter stilare un appropriato calendario attuativo. Probabilmente **tale impegno può essere attribuito a una specifica sezione del PON GOV – Programma Operativo Nazionale Capacità Istituzionale con personale condiviso con AGENAS e ISS.**

BIBLIOGRAFIA

Consiglio dei Ministri 10 ottobre 2022, *Schema di disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, anche in attuazione della missione 5, componente 2, riforma 2, del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in materia di assistenza agli anziani non autosufficienti.*

Ministero della Salute – Decreto 23 maggio 2022, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

Ministero della salute – Decreto 21 settembre 2022, *Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina – Requisiti funzionali e livelli di servizio*.