D.M. 77/2022: arriva il Progetto di salute

Il Decreto del Ministero del Salute n. 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale ha introdotto un nuovo strumento per l'assistenza globale dei pazienti territoriali: il Progetto di salute. In questo contributo, Franco Pesaresi propone un'analisi dello strumento come definito dal quadro normativo e propone alcune valutazioni rispetto alla sua attuazione nel sistema organizzativo dei servizi.

Di Franco Pesaresi *(Direttore ASP Ambito 9 - Jesi Network Non Autosufficienza -NNA, Asiquas)*

Il Progetto di salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo Fascicolo sanitario elettronico (FSE).

Il Progetto di salute: di che cosa si tratta?

*Il **Progetto di salute** è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando 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* (D.M.S. 77/2022).

La definizione formale proposta dal Decreto non è chiarissima per cui, per comprendere appieno il ruolo del **Progetto di salute**, occorre estrarre analiticamente tutte le informazioni contenute nella definizione relative alle sue funzioni che sono essenzialmente le seguenti:

- si attiva all'accesso della persona al SSN ed è composto dal PAI, dall'eventuale PRI e da tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente;
- traccia, orienta e supporta la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di *e-health*;
- rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) del paziente, anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di *e-health*;
- organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE);
- permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito, in relazione al progetto individuale di salute erogato.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a disposizione (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica

integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del Progetto di salute ("*Planetary Health*").

Il Progetto di salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche (DMS 77/2022).

Progetto di salute individuale e di comunità

Il tema del Progetto di salute viene ripreso anche quando il D.M.S. 77/2022 si occupa delle funzioni delle Case della Comunità (CdC). In quelle pagine si afferma, fra l'altro, che la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, *è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, **definendo il proprio progetto di salute**, le priorità di azione e i correlati servizi*.

Si comprende così che, a seconda del target, si possono prevedere:

1. Un **Progetto di salute individuale**, legato ad una logica di presa in carico individuale dei pazienti, principalmente cronici;
2. Un **Progetto di salute di comunità**, che abbia come territorio di riferimento, non il distretto sanitario, ma il territorio della Casa della Salute (mediamente 40.000-50.000 abitanti). Il Progetto di salute di Comunità, attraverso la raccolta delle informazioni, il dialogo fra le professioni integrate e la comunità e gli utenti, propone la riprogettazione dei servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare.

Il progetto di salute semplice e complesso

In funzione della stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socio-sanitari è possibile definire un Progetto di salute individuale in **semplice o complesso**, come indicato nella tabella 1. Che cosa differenzia i progetti semplici da quelli complessi? Due aspetti. **I progetti di salute semplici si differenziano da quelli complessi perché i primi prevedono un'assistenza a pazienti stabili che non necessitano di un PAI o di un PRI e non contemplano la definizione di un budget di salute**.

PROGETTO DI SALUTE	COMPOSIZIONE	DESCRIZIONE
SEMPLICE	**Piano di autocura**	*Descrizione delle attività* e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale.
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze). Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale.
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di *follow-up*	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
	Piano delle attività di *e-health*	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze. Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale. Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto. Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari. Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare.
COMPLESSO	**Piano di autocura**	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale.
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze). Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale.
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia.
	Agenda di *follow-up*	Valutazione degli obiettivi e dei risultati.
	Piano delle attività di e-health	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze. Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale. Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto. Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari. Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare.
	Budget di salute	*Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti.*

Nota: le differenze fra progetto di salute semplice e complesso sono evidenziate dal corsivo.
Fonte: D.M. 77/2022

Tabella 1 – Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione

Le figure professionali coinvolte nel Progetto di salute

Quali sono le figure professionali che provvedono all'individuazione dei bisogni socioassistenziali che poi portano alla definizione del Progetto di Salute? L'équipe multiprofessionale minima è composta:

- dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta;
- dal medico specialista;
- dall'infermiere.

Quando la complessità clinico-assistenziale è maggiore, le figure professionali coinvolte saranno più numerose e in continua evoluzione, in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa. Figure professionali e specifici compiti in relazione alla gestione del progetto di salute sono evidenziati nella tabella 2.

FIGURE PROFESSIONALI	COMPITI
MMG e PLS **Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi**	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita. Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno si che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'Equipe	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Fonte: D.M. 77/2023

Tabella 2 – Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'équipe multiprofessionale

La descrizione del personale coinvolto (tabella 2) nel progetto di salute e la sua descrizione (tabella 1), relativamente ai progetti semplici e complessi, ci fa comprendere che **il Progetto di salute nasce e si sviluppa solo all'interno del mondo sanitario. Il PAI viene costruito solo con prestazioni sanitarie e mancano del tutto i servizi e le prestazioni sociali e socioassistenziali erogate da enti locali e loro fornitori**. Il fatto che tra il personale sanitario coinvolto ci sia anche l'assistente sociale non garantisce in alcun modo l'erogazione di prestazioni integrate a carico degli enti locali perché non è indicato in nessun modo la sua afferenza ai comuni. **In sostanza il Progetto di salute non prevede un PAI "integrato" tra sanità e sociale.** Integrazione che, ovviamente, può anche non essere generalizzata in tutte le situazioni ma che sicuramente nei casi complessi svolge un ruolo strategico.

La valutazione di processo e di esito

Il modello di stratificazione della popolazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici (*Planetary Health*) e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e di esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio.

Tale approccio consente una **valutazione di processo e di esito che si articola su due livelli**:

1. **quello della singola persona**, con cui viene definito il Progetto di salute e i relativi interventi;
2. **quello di popolazione**, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Questo livello di valutazione si connette direttamente con il "Progetto di salute di comunità" presentato nelle pagine precedenti.

Progetto di salute e stratificazione del rischio

L'articolo 7 del Decreto Legge n. 34/2020 pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse. Tale modello di stratificazione[1], che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di salute.

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà, secondo gli obiettivi, lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico.

Progetto di salute e digitalizzazione

Come abbiamo visto **il Progetto di salute richiede la necessità di competenze digitali non solo da parte di chi eroga i servizi sanitari ma anche da parte del cittadino**. Una forte digitalizzazione è innanzitutto una precondizione per la stratificazione della popolazione che è direttamente associata al Progetto di salute. La costruzione di sistemi di sorveglianza informatizzati a livello territoriale che raccolgano informazioni sui fattori di rischio della popolazione assistita e in particolare dei malati cronici, in stretta collaborazione con l'assistenza primaria, è chiave di volta per definire le dimensioni di un dato problema di salute all'interno delle comunità, sviluppare attività preventive, individuare proattivamente i soggetti a maggior

rischio di recidive e progressione di malattia, pianificare le azioni cliniche necessarie, verificarne l'impatto e progettare strategie d'intervento centrate sui profilo di rischio (De Maria *et al.*, 2023).

Allo stesso modo, un'adeguata digitalizzazione del sistema è necessaria per il funzionamento del Progetto di salute che prevede, per esempio, un ampio uso della telemedicina come è verificabile anche dalla tabella 1. La telemedicina è parte integrante del Progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute. Ma anche la piena funzionalità del PAI comporta significativi fabbisogni di interoperabilità nei processi di prenotazione, refertazione, consulenza tra professionisti, che può anche essere risolta solo con una logica di sviluppo progressivo nel tempo, fino ad arrivare a generare a partire dalle prescrizioni contenute nel PAI, un processo automatizzato di prenotazione in back office, senza che il paziente debba più passare dal CUP. Il Progetto di salute prevede pertanto delle attività di *e-health* che riguardano la schedulazione delle prestazioni sanitarie, auto e telemonitoraggio, teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.

Affinché queste attività possano essere svolte, è prevista addirittura una valutazione della competenza digitale degli assistiti. Bisogna però riconoscere che nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile, le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti e richiedere anche delle competenze di base dell'utenza. Non si tratta pertanto di un percorso immediato o già predisposto ma che richiede che i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, a qualunque livello, supportino l'attuazione del Progetto di salute con l'obiettivo esplicito di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure, per garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio.

Qualche valutazione

La definizione del Progetto di salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra setting assistenziali e fondato sulla proattività del SSN. **Si tratta di una idea molto ambiziosa e, anche solo per questo, affascinante ma che richiede una organizzazione adeguata ed una serie di aspetti ancora da definire e perfezionare**. Se ne propongono alcuni.

Innanzitutto **andrebbe approfondito l'aspetto delle figure professionali a cui affidare il Progetto di salute. La definizione dell'équipe minima sembrerebbe affidare al medico di medicina generale** (MMG) **il coordinamento dell'équipe minima** (in tabella 2 viene identificato come il "referente principale") **ma successivamente non sono seguiti atti di nessun genere per dare seguito a questa impegnativa previsione**. Così come **sono da definire i rapporti e del MMG con gli specialisti[2]e con l'infermiere**. Peraltro non è chiaro se l'infermiere è di competenza dell'eventuale aggregazione dei Medici di medicina generale o se viene fornito dall'azienda sanitaria e se si tratti, come sarebbe auspicabile, dell'infermiere di famiglia. Tenendo conto che il Progetto di salute incorpora ed è tanta parte del Progetto assistenziale individualizzato (PAI) e che lo stesso viene elaborato dalla Unità valutativa integrata, **occorre che sia ben definito il rapporto e la ripartizione delle competenze fra l'équipe minima e l'Unità valutativa multidimensionale**.

Il secondo aspetto che emerge è la **contraddizione fra l'approccio globale del progetto di salute che richiama esplicitamente la *Planetary Health* e l'assenza di un richiamo esplicito del Progetto di salute alla necessità di interventi integrati fra servizi sanitari e i servizi socio-assistenziali**. La presa in carico olistica della Persona prevista dal Progetto di salute richiede di tener conto anche dei suoi bisogni socioassistenziali e delle risposte assistenziali a tali bisogni che devono armonizzarsi ed integrarsi con i servizi di tipo sanitario.

Infine, occorre sottolineare che **il Progetto di salute affida un ruolo straordinario alla digitalizzazione del sistema**. Anzi, si può affermare che il Progetto di salute è fondato su una forte digitalizzazione ed informatizzazione del sistema e che, **senza questo passaggio, diventa difficile pensare alla fase attuativa del Progetto di salute**. Proprio in questi mesi, anche grazie alle risorse del PNRR, stiamo vivendo una fase di riorganizzazione e di forte potenziamento della digitalizzazione del sistema sanitario che si concluderà entro il 2026. È facile presumere, pertanto, che una possibile messa a terra del Progetto di salute possa pienamente svilupparsi una volta completato il processo di rinnovamento e di potenziamento dei servizi digitali ed informativi delle aziende sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonchè di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*.

Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*.

De Maria R., Falcone M., Nube G., Enrichens F. (2023), *Pon Gov Cronicità. La presa in carico: origine ed evoluzione*, in Quotidiano Sanità, 27 marzo.

Ministero della Salute (2023), *Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità*, settembre.