

INNOVAZIONE e-SALUTE



LA SANITÀ CHE VOGLIAMO.

Dal Welfare di comunità
all'umanizzazione delle cure.

NUMERO

1

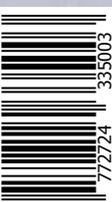
ANNO

1

PREZZO

€ 10,00

ISSN 2724-3354



9 772724 355003

AiSDeT

Associazione italiana di Sanità Digitale e Telemedicina

www.aisdet.it

INNOVAZIONE e-SALUTE

Rivista di Innovazione per l'Italia,
Fucina di idee e progetti per il futuro
www.innovazioneperitalia.it

Anno 1
Numero 1
Dicembre 2020
Periodico trimestrale

Collaborazioni editoriali

AISdeT (Associazione Italiana di Sanità Digitale e
Telemedicina)

Editore

Composervice Italia s.r.l.
Via Ciullo d'Alcamo 15/17 - 90143 Palermo

Direttore Responsabile

Giuseppe Pecoraro

Direttore editoriale

Massimo Caruso

Progetto grafico e impaginazione

Katarzyna Leszczynska

Crediti fotografici

Shutterstock, Pixabay, Pexels

Hanno collaborato a questo numero

Maria Teresa Addis
Raffaele Antonelli Incalzi
Nili Appleton
Luca Buccoliero
Giorgio Casati
Anna Maria Corrigan
Nicola Ferrara
Antonio Gaudio
Francesco Landi
Dario Leasca
Salvino Leone
Antonino Noto
Giuseppe Noto
Donatella Pagliacci
Francesco Patti
Claudio Pedone
Enzo Picciolo
Alessandra Piccolo
Silvia Pogliaghi
Stefania Polvani
Christian Pristipino
Giuseppe Storelli
Pieremilio Vasta

Servizi editoriali

Edizioni Kalós
Via Ciullo D'Alcamo 15 - 90143 Palermo
www.edizionikalos.com

Registrazione

Autorizzazione 7/2020
Registro stampa presso Tribunale di Palermo
del 14/07/2020

Abbonamenti e informazioni pubblicitarie

info@edizionikalos.com
info@innovazioneperitalia.it

Informazioni redazionali

segreteria@innovazioneperitalia.it

Costo unitario formato cartaceo 10 euro
Costo unitario formato digitale 7.50 euro

Per ricevere la rivista in formato cartaceo o digitale
scrivere a: segreteria@innovazioneperitalia.it

Questo numero è stato stampato
nel mese di novembre 2020

Indice

SSN. Riprogettare il sistema della misurazione delle performance spostando l'attenzione alle persone.	4
Comunità e persone al centro, proviamoci davvero!	10
La strada della Sanità post Covid. Da costruire camminando	16
Sanità. Per un sistema di equilibri che faccia la differenza senza creare disuguaglianze	22
L'epidemia COVID-19 come apprendimento verso un modello innovativo e sistemico di Clinical Governance	30
Il punto di vista. Intervista a Silvestro Scotti, Segretario generale nazionale FIMMG	38
La sanità umanizzata, che vogliamo	40
Per una Salute Narrativa	48
Riprogettare la Sanità e le nuove tecnologie: binomio imprescindibile	54
Tecnologie digitali per il "Patient Journey"	60
Health organizations that will excel are those that will be able to change and adapt to existing circumstances, and to offer as many services as possible remotely	68
La Sanità di domani. Innovazioni organizzative e di processo	72
Il SSN come Bene Comune. L'esperienza in Sicilia dei Comitati consultivi	80
Reingegnerizzare la Rete dell'Emergenza-Urgenza	88
L'importanza della tutela dei dati sanitari	94
Il modello di Televisita per Sclerosi Multipla che manca	100
La Sanità che vogliamo: il parere del Geriatra	104

**SSN. Riprogettare
il sistema della
misurazione delle
performance
spostando
l'attenzione alle
persone.**

Giorgio Casati, Direttore Generale ASL di Latina

A seguito della dichiarazione dello stato di emergenza nazionale del 30 gennaio 2020 e, soprattutto, con l'inizio della diffusione del contagio da COVID-19, sostanzialmente riconducibile ai primi casi ufficialmente riscontrati nei Comuni di Codogno e Vò Euganeo a partire dal 20 febbraio 2020, il Servizio Sanitario Nazionale è stato sottoposto ad uno straordinario *stress test* che ha messo in evidenza i lati estremi, in senso positivo e negativo, del nostro sistema sanitario.

Sul fronte delle positività, è indubbio che il Sistema Sanitario tutto ha dimostrato una incredibile capacità di rapido adattamento alla nuova situazione nella quale ci si trovava ad operare: ospedali completamente riconvertiti nel giro di pochi giorni; riorientamento dei servizi e dei professionisti sulle linee di attività, territoriali ed ospedaliere, con abbattimento delle tradizionali barriere organizzative che caratterizzano, da sempre, il nostro Sistema. Positività che, complessivamente e aldilà delle inevitabili situazioni di criticità che si generano in queste situazioni, hanno consentito al nostro Paese di gestire, almeno fino ad ora, la peggiore pandemia dei tempi moderni con risultati apprezzati anche a livello internazionale.

È chiaro che la pressione derivante dalla necessità di fronteggiare l'emergenza, tra l'altro iniziata in modo estremamente drammatico, e l'adozione di provvedimenti volti ad assicurare flessibilità e rapidità dei processi decisionali, hanno giocato un ruolo decisivo nell'esaltare le capacità reattive del sistema così come per rinviare la motivazione di tutti gli operatori del sistema salute nazionale.

Sul fronte delle negatività, invece, sono emerse tutte quelle situazioni sulle quali, nonostante le buone intenzioni e i tanti documenti di programmazione, non si è stati capaci, nel passato, di investire in modo adeguato e, pertanto, le aziende e i professionisti sanitari si sono trovati, nonostante la dimostrata propensione alla

flessibilità e a compensare le lacune di sistema, in una situazione di debolezza oggettiva. Ci si riferisce, in particolare, al mancato adeguamento strutturale degli spazi delle strutture sanitarie e delle tecnologie ma, anche, ai limiti dei programmi di digitalizzazione della sanità, storicamente più orientati ai processi amministrativi che non a quelli clinico-assistenziali. Condizione, quest'ultima, che non ha consentito, se non in misura molto limitata, di sfruttare le opportunità, in caso di pandemia più necessarie che mai, offerte dalla telemedicina, nella gestione del singolo caso, o dell'analisi dei *big-data*, per quanto riguarda le attività di pianificazione e programmazione degli interventi da effettuare.

Una ulteriore negatività, infine, riguarda la comunicazione. Nel corso dei mesi che hanno caratterizzato l'emergenza, infatti, si è costruito attorno al tema pandemico un sistema di comunicazione confuso che ha veicolato informazioni contrastanti, talora anche legato a meccanismi competitivi di ricerca di consenso di carattere politico, che ha impattato negativamente sui comportamenti individuali e collettivi della popolazione riducendo, in modo significativo, l'efficacia di un'azione che, di per sé, presentava elementi di elevata criticità e generando, a livello locale, l'adozione di provvedimenti spesso difficilmente comprensibili nell'ambito della gestione di un'emergenza di carattere nazionale e internazionale.

In questa fase, in cui l'emergenza è tutt'altro che risolta, è opportuno comunque interrogarsi allo scopo di comprendere quali lezioni sono state apprese dallo *stress test* al quale il SSN è stato sottoposto e, soprattutto, quali di queste lezioni possono essere utili per migliorare lo stesso Sistema non già per affrontare l'attuale condizione di emergenza o, nell'eventualità, di una nuova ma, soprattutto, per la gestione ordinaria dei processi clinico assistenziali o socio-assistenziali.

Una delle tematiche che, durante l'emergenza COVID-19, ha

polarizzato il dibattito politico, riguarda l'eterogeneità dei modelli sanitari regionali, dell'efficacia degli stessi rispetto alla situazione che l'intero Paese ha dovuto affrontare e le difformità di approccio conseguenti nella formulazione di misure di contenimento del contagio all'interno di un confronto continuo tra Stato e Regioni. Le differenze di modello e di approccio, sono state così evidenti ed oggetto di dibattito pubblico, purtroppo non sempre basato su evidenze scientifiche, al punto di porre il tema dell'eventuale necessità di rivedere il rapporto di poteri ed autonomie tra l'organismo centrale di governo nazionale e quelli di governo regionale.

A quasi venti anni dalla riforma del titolo V della Costituzione, infatti, ci si potrebbe interrogare se e in che misura, pur nella salvaguardia di livelli di autonomia che devono essere riconosciuti ai singoli sistemi regionali, si renda necessario prevedere che, sull'intero territorio nazionale, debba essere rispettato un minimo comun denominatore quale elemento riconoscibile di un Servizio Sanitario Nazionale unitario.

Da un certo punto di vista, si potrebbe affermare che il nostro modello è effettivamente costruito sulla base di questo principio generale sebbene, come è emerso proprio durante l'emergenza, sia stato possibile verificare l'esatto contrario. In effetti, l'omogeneizzazione tra sistemi sanitari regionali, ovvero la ricerca e la realizzazione di livelli assistenziali uniformi di base, è problematica che non può essere affrontata come tema contabile, misurato attraverso i modelli LA, o mediante l'emanazione di nomenclatori tariffari. Realizzare uno "zoccolo" di Sistema Sanitario comune ed omogeneo, in realtà, significa formulare modelli assistenziali, organizzativi e di sviluppo di processi decisionali, anche (ma non solo) legati alle modalità di allocazione delle risorse fra i diversi ambiti di intervento del sistema sanitario, che travalicano principi contabili e modelli di tipo prestazionale.

Lo stesso tema della necessità di "investire" sul territorio, sia esso

inteso come prevenzione che assistenza primaria o entrambe, è figlia di un modello che misura quante risorse sono state contabilizzate nei diversi settori di intervento, secondo un modello a "canne d'organo", preoccupato di misurare discutibili risultati intermedi (costi e prestazioni) nel rispetto del sistema delle responsabilità organizzative delle aziende sanitarie, anziché valutare se e in che modo le diverse attività svolte, spesso difficilmente separabili nei contenuti reali indipendentemente dalla collocazione organizzativa del soggetto erogatore, si sviluppano in modo integrato tra i vari soggetti organizzativi dell'azienda e sono, quindi, effettivamente in grado di rispondere alle esigenze dei pazienti e, più in generale, alla *mission* dell'azienda sanitaria e del Sistema nel suo complesso. Detto in altri termini, allo scopo di valutare se un'azienda sanitaria o il Sistema stanno "investendo" nella prevenzione, non è sufficiente misurare quante risorse sono

state assegnate o consumate dal Dipartimento di Prevenzione. A tale scopo sarebbe opportuno comprendere se si stanno sviluppando politiche ed azioni di prevenzione integrata atteso che tale funzione non si concentra nel solo Dipartimento citato ma, anche, negli studi dei medici di medicina generale, negli ambulatori, in ospedale seguendo, oltre alla collettività nel suo insieme, anche i singoli pazienti come persone portatrici di bisogni di salute complessivi prima ancora che come portatori di singole malattie. Non vi è dubbio che un modello di governo basato, prevalentemente, su evidenze contabili nasce dalla difficoltà di ricercare e definire un sistema di misurazione a valutazione sui risultati finali che dovrebbe generare un sistema sanitario: la modificazione dello stato di bisogno (di salute) delle persone. Il tema, in effetti, non è affatto semplice ma la cosa più evidente è che senza elementi di valutazione, perché nemmeno misurati, non si creeranno mai le

condizioni per spostare l'attenzione del modello di governo dalle risorse ai risultati.

Qualche tentativo in questa direzione, a dire il vero, esiste ma si tratta di esperienze concentrate su oggetti molto specifici ed incapaci di rappresentare la complessiva azione del sistema sanitario. Misurare la percentuale di interventi sulla frattura del femore al fine di valutare se gli stessi sono stati effettuati entro un lasso di tempo predefinito, è modalità sicuramente efficace per migliorare quel segmento specifico di processo ma, al tempo stesso, non è in grado di apprezzare gli sforzi compiuti per prevenire gli incidenti che lo determinano e neppure il grado di recupero, a distanza dell'intervento, dell'autosufficienza del paziente. Si tratta di un approccio che, tra l'altro, focalizza l'attenzione e le energie organizzative dell'Azienda e del Sistema su un risultato puntuale con il rischio concreto che altre problematiche di salute, non oggetto di una così specifica attenzione, vengano trascurate.



La condizione fondamentale per spostare l'attenzione del governo del Sistema dalle risorse ai risultati passa inequivocabilmente dalla capacità riprogettare complessivamente il sistema della misurazione delle performance spostando l'attenzione dalle strutture, in cui un'azienda sanitaria si articola da un punto di vista organizzativo, alle persone. Solo in questo modo, attraverso un'adeguata attività di elaborazione dei dati, sarebbe possibile comprendere se e in che misura le azioni intraprese dal Sistema Sanitario sono state in grado di modificare i bisogni delle persone ed identificare i necessari interventi correttivi. In altri termini, ciò consentirebbe di valutare appieno, sulla base di elementi oggettivi, la capacità del Sistema di rispondere alla *mission*, di identificare quegli elementi di omogeneità tra Sistemi regionali che dovrebbero rappresentare il minimo comun denominatore di un Sistema nazionale e, in ultima analisi, lo strumento di supporto per favorire una migliore allocazione ed utilizzo delle risorse.

Da un punto di vista tecnico, da più parti si indentifica nel concetto ampio di telemedicina la possibile soluzione per favorire questo cruciale e necessario passaggio. La telemedicina, in effetti, consente di trasmettere, archiviare, elaborare elementi conoscitivi sullo stato di salute di una persona mettendo in connessione contemporaneamente due o più nodi di una rete clinica o, alternativa, un paziente con una struttura sanitaria.

La telemedicina, attraverso le diverse modalità con la quale può svilupparsi (televisita, teleconsulto, telecooperazione sanitaria e telesalute o telemonitoraggio) offre una serie di opportunità di grande rilievo in grado, al tempo stesso, di promuovere l'approccio multidisciplinare nell'affrontare le problematiche di salute del paziente, di aumentare il grado di accessibilità del sistema sanitario oltre a facilitare l'archiviazione dei dati clinici del paziente per successive elaborazioni ed utilizzi.

Rispetto al tema legato alla necessità di spostare l'attenzione del modello di governo del Sistema dalle risorse ai risultati, è opportuno sottolineare che la telemedicina rappresenta elemento di discontinuità, rispetto allo stato attuale delle cose, solo nell'ipotesi di un significativo investimento per la promozione e la diffusione degli strumenti del telemonitoraggio. La diffusione di strumenti come la televisita, teleconsulto e telecooperazione sanitaria rappresentano una nuova e diversa modalità di lavoro, di estrema utilità per il miglioramento dell'accessibilità ai servizi, la loro efficacia ed efficienza ma il cui contributo alla misurazione dei risultati del sistema sanitario avrebbe dovuto essere già assolto attraverso lo sviluppo dei sistemi e degli strumenti di digitalizzazione dei processi clinico assistenziali. Anche quest'ultimo è un argomento di estremo rilievo e sul quale il nostro Paese non è ancora riuscito a definire un approccio sufficientemente organico per il pieno e diffuso impiego nelle aziende sanitarie di cartelle cliniche, tanto ospedaliere quanto ambulatoriali, digitalizzate anche allo scopo di alimentare organicamente il Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

Lo sviluppo e la diffusione del telemonitoraggio, nell'ambito di un contesto sanitario digitalizzato, rappresenterebbe un elemento di novità per l'enorme contributo informativo reso disponibile, continuativo e basato su misurazioni oggettive, nei momenti in cui il paziente non è a contatto diretto con il medico, consentendo di seguire nel tempo l'evoluzione dello stato di salute del paziente e, pertanto, anche la modificazione dei bisogni correlati.

È peraltro chiaro che anche l'assunzione di un impegno importante in questo senso, comportante investimenti di grande significatività sul fronte dell'ICT tali da comportare una modificazione strutturale nella spesa sanitaria attuale, da sola non è in grado di generare gli effetti attesi.

Introdurre la telemedicina, nel senso più ampio del termine, non è problematica che può essere risolta mediante l'istituzione di una struttura organizzativa aziendale attivata a tale scopo. Essa, infatti, comporta un diverso modo di lavorare per medici e infermieri e, con ogni probabilità, modifiche organizzative così significative da porre in discussione gli assetti che, tradizionalmente, caratterizzano le aziende sanitarie e le relazioni tra queste ultime.

I vantaggi derivanti dalla telemedicina, infatti, non si esauriscono con la sostituzione di una modalità di erogazione della prestazione clinica (quella in presenza del paziente) con un'altra (quella erogabile a distanza) ma, abbattendo le distanze fisiche tra professionisti e tra questi ultimi e il paziente, assume valenza di connettore finalizzato a:

1. promuovere l'approccio multidisciplinare (teleconsulto) e multiprofessionale (telecooperazione sanitaria) mediante confronto diretto tra professionisti sanitari anche senza l'intermediazione o la presenza del paziente;
2. favorisce l'accessibilità ai servizi dei pazienti anche quando residenti o domiciliati in luoghi distanti da quelli di erogazione delle prestazioni (televisita);
3. per l'effetto combinato degli aspetti precedenti, integrato dall'adozione di strumenti di telemonitoraggio, promuove e diffonde il principio di presa in carico e di continuità assistenziale. Cambiamenti così radicali nelle modalità di lavoro che, inevitabilmente, presuppongono la costruzione di un diverso rapporto con il paziente che, da soggetto passivo, assume un ruolo attivo e proattivo nella cura della sua salute.

Si tratta, in altri termini, di dar vita a quelle "reti cliniche" di cui si è parlato e scritto tanto ma che hanno preso corpo concreto e strutturato quasi esclusivamente nelle reti tempo-

dipendenti. Reti di tipo verticale, tra ospedale e territorio, e reti di tipo orizzontale sia tra servizi territoriali che tra quelli ospedalieri dove, in quest'ultimo caso, un ruolo particolarmente rilevante dovrà essere svolto nella concreta realizzazione delle reti interaziendali.

L'efficacia di un modello che sposta, con la necessaria progressione, l'attenzione dalle risorse allocate e dalle prestazioni prodotte, alla misurazione della modificazione dello stato di bisogno delle persone, dovrà essere accompagnato dallo sviluppo di adeguati strumenti di valutazione delle performance rispetto alla quale sarà anche necessario intervenire identificando e formalizzando posizioni di responsabilità non più costruite secondo il modello disciplinare "a canne d'organo", ma di tipo orizzontale e focalizzate su segmenti di popolazione (per es. pazienti cronici) e/o aggregazioni di patologie (per es. patologie oncologiche). I modelli organizzativi di carattere tradizionale, in questo senso, dovranno essere integrati, non necessariamente sostituiti, da "tiranti" organizzativi di tipo trasversale dando origine ad un modello di tipo matriciale delle responsabilità e dove i vincoli logistici e spaziali delle nostre aziende avranno un senso completamente differente rispetto a quanto, ad oggi, siamo stati abituati. In questo senso, si renderà necessario rivedere, in modo radicale, la normativa relativa ai sistemi di accreditamento che, a rigor di logica, dovranno essere più orientati ai processi che non alla struttura per discipline. Si tratta di vincolo che, quello dell'accreditamento (ma non solo quello), già oggi mostra più di un limite, per esempio in ambito ospedaliero, laddove si immagina la realizzazione di aree di degenza multidisciplinari o laddove si comincia a ragionare sull'ipotesi che alcune tipologie di pazienti possano essere gestite in area medica, ancorché soggette a terapie chirurgiche, nelle fasi di studio e/o post-operatoria.

Un altro nodo centrale del "nuovo" modello di sanità è rappresentato dall'individuazione del soggetto che si dovrà occupare della presa in carico dei bisogni complessivi della persona, prima ancora di quelli legati alla singola patologia da cui la stessa può essere affetta. In effetti, nel nostro Sistema Sanitario, il concetto di "presa in carico" è ragionevolmente radicato e diffuso ma ha il limite di essere frammentato poiché esercitato, nei confronti della stessa persona, da ogni singolo soggetto organizzativo che ha il contatto diretto con il paziente. In questo senso, il paziente è preso in carico dal Medico di Medicina Generale (MMG), per i problemi di salute di cui è affetto, ma lo stesso avviene con il cardiologo o il diabetologo o, in ambito di ricovero, dal personale ospedaliero che, di volta in volta, entra in contatto con il paziente (Pronto Soccorso, reparto di degenza, sala operatoria, ecc.). Ciò che manca è quella funzione di presa in carico di livello superiore, riferita alla persona per l'appunto, capace di seguire il paziente nei vari passaggi tra strutture, svolgendo anche un'importante attività di indirizzo, assicurando la continuità assistenziale.

Si tratta di una funzione che, stante l'assetto del nostro Sistema Sanitario, potrebbe essere svolta dal MMG e dal Pediatra di Libera Scelta il cui ruolo, tuttavia, dovrebbe essere pienamente riconosciuto sia da un punto di vista concettuale e culturale sia sotto profilo contrattuale atteso che le attuali forme convenzionali non lo hanno certo favorito.

Se, a seguito della lezione del COVID, fosse possibile immaginare un Sistema Sanitario "nuovo", questo dovrebbe essere fortemente digitalizzato e caratterizzato da un ampio e diffuso ricorso alla telemedicina, con uno specifico investimento dedicato allo sviluppo di forme di telemonitoraggio, non già (o solo) per migliorare l'accessibilità, la qualità, l'appropriatezza e l'efficienza dell'azione clinico assistenziale ma, anche, per





avviare un percorso virtuoso di riorientamento dei sistemi di misurazione e valutazione delle performance capace di spostare, con la necessaria determinata progressione, i modelli di governo del sistema dalle risorse e dalle prestazioni ai risultati. Percorso che, tra l'altro, appare allo stato l'unico in grado di fornire elementi per l'identificazione di quel minimo comun denominatore che possa rappresentare il collante di un sistema basato sulle autonomie regionali ma che, in fin dei conti, resta sempre fondamentalmente un patrimonio dei cittadini su base nazionale.

Una sanità digitalizzata, necessita di flessibilità organizzativa e, in particolare, di un adeguato sforzo per la concreta realizzazione delle reti clinico-assistenziali che, in parte, dovranno essere realizzate in seno alle singole aziende sanitarie ma, per il resto, dovranno essere costruite in logica di Sistema, su base interaziendale dando vita a specifici organismi, dotati di potere direzionale, allo scopo di rendere possibile, oltre alla gestione

integrata del paziente, il passaggio di competenze e professionalità tra i nodi della stessa rete.

Infine, non va dimenticato che parte dei buoni risultati conseguiti durante la pandemia, derivano dalla introduzione, ancorché in via del tutto eccezionale, di forme di semplificazione dei processi decisionali e di attuazione delle scelte. A venticinque anni dal concreto avvio del processo di aziendalizzazione della sanità, è inevitabile riscontrare che l'impianto normativo che ne regola il funzionamento è ancora di natura prevalentemente burocratico con la necessità di seguire regole non di molto dissimili a quelle che determinano il funzionamento di Comuni, Province e delle stesse Regioni. La "sburocratizzazione" della sanità, rappresenta un ulteriore traguardo da perseguire, sempre che l'obiettivo consista nel disporre di aziende pubbliche dinamiche e capaci di reagire, per tempo, all'evoluzione dei bisogni come l'esperienza dell'emergenza COVID ci ha insegnato.

