Audizione presso

Senato della Repubblica

Commissione Igiene e Sanità

su

Affare assegnato in materia di potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid

(Atto n. 569)

La Federazione vuole promuovere nel nuovo SSN un'alleanza tra comunità servita e professionisti, che consenta di potenziare l'assistenza di prossimità e la casa come primo luogo di cura: "entrare in casa" creando un rapporto fiduciario tra professioni, professionisti e cittadini portatori di diritti e di bisogni assistenziali.

L'obiettivo è compensare le attuali disuguaglianze assistenziali territoriali e colmare la distanza tra i tradizionali luoghi di cura e la quotidianità dell'assistito, rafforzando la rete sanitaria e sociosanitaria nel territorio con migliori servizi di assistenza primaria e con una più stretta collaborazione con il terzo settore e, più in generale, con l'intera collettività.

La visione moderna del nuovo ospedale è quella di *hub* di altissima tecnologia e bassissima (o bassa) durata di degenza, ove si realizzi l'inquadramento del paziente complesso per poi avviarlo a percorsi assistenziali in strutture di minore complessità e più vicine al domicilio, in seguito al superamento della fase di acuzie. In tale dimensione, e soprattutto quando diventa anche luogo di formazione e ricerca, l'ospedale rappresenta uno snodo determinante dell'assistenza offerta alla comunità che insiste nel suo bacino geografico, e non solo (mobilità sanitaria), nonché "palestra" qualificata per i giovani professionisti e per gli studenti delle professioni sanitarie.

La pandemia da Covid-19 ha evidenziato la precarietà sia dell'asse ospedaliero, sia di un modello di medicina territoriale centrato esclusivamente sul Medici di medicina generale (MMG), confermando con ciò la necessità di puntare su una rete di équipe multiprofessionali sul territorio che condividano le azioni di volta in volta intraprese o da intraprendere.

Le professioni sanitarie degli Ordini TSRM e PSTRP dovranno quindi essere presenti-anche in maniera flessibile e per specifici obiettivi- nelle équipe, così da poter gestire le persone in tutti i *setting* assistenziali (unità territoriale, struttura protetta, domicilio, …), a cominciare da quelli che oggi vengono meno raggiunti come i domicili e le residenze sanitarie assistite.

In tale prospettiva va ripensato contestualmente il sistema dei Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA), regionali e aziendali, per includere anche gli interventi dei professionisti sanitari all'interno del ventaglio delle prestazioni in essi programmate in modo da modellare i nuovi PPDTA sugli effettivi bisogni delle persone assistite.

Inoltre, è bene evidenziare che in un contesto come questo le tecnologie digitali costituiscono un prerequisito dell'evoluzione dei sistemi sanitari moderni, non tanto e non solo come digitalizzazione degli attuali sistemi analogici, ma soprattutto come strumento di ripensamento dei modelli operativi e di interazione tra gli attori e con i cittadini.

Il disegno dei nuovi modelli di assistenza territoriale è strettamente legato alle potenzialità dei sistemi digitali, quale fattore abilitante della presa in carico integrata e personalizzata del soggetto cronico, fragile, non autosufficiente, lungo tutta la filiera dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

In questo modo, da un lato, si favorirebbe il lavoro delle équipe multidisciplinari e multiprofessionali, dall'altro, si otterrebbe un miglioramento della qualità dei servizi, potendo assistere più efficacemente un maggior numero di persone a domicilio, disponendo di database completi e realmente informativi della sua condizione, risultato dell'azione congiunta di più professionisti. Allo stesso tempo, ne gioverebbe la sostenibilità dell'intero processo assistenziale, liberando risorse umane ed economiche, da reinvestire sul territorio e sul potenziamento dell'infrastruttura digitale di supporto all'utilizzo della Telemedicina.

Guardando al PNRR ed alle opportunità che esso offre, è indispensabile far riferimento alla Missione 6 Componente 1 "Reti di prossimità, strutture e Telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

L'assistenza territoriale, nella sua accezione più ampia, non può essere considerava una forma di cura ancillare rispetto all'assistenza ospedaliera. Le dotazioni, in termini di professionalità e tecnologie, da dedicarle non sono, infatti, meno importanti e neppure meno specialistiche rispetto a quelle funzionali all'assistenza ospedaliera. Il valore delle reti di prossimità non è inferiore a quello delle reti ospedaliere. Senza un equilibrio dinamico tra questi due macro-ambiti assistenziali, l'uno è destinato a soffrire (e molto) delle deficienze dell'altro.

Fatta questa premessa, al fine di riorganizzare la rete assistenziale integrata ospedale e territorio con l'obiettivo di svilupparne il grado di prossimità in relazione agli specifici bisogni dell'utenza, è indispensabile investire su ciascuna delle seguenti direttrici:

- attività di prevenzione (primaria e secondaria);
- equipe multiprofessionali;
- aggiornamento dei LEA e dei LivEAS;
- tecnologie digitali.

Le nuove formule organizzative, come in particolare la Casa della Comunità, devono puntare sin dall'inizio, con convinzione e concretezza, sulle équipe multiprofessionali. Ognuna delle professioni sanitarie della nostra Federazione, nella sua diversità, possiede e mette a disposizione una competenza imprescindibile per fare prevenzione e offrire risposte assistenziali a una popolazione sempre più interessata dai processi di invecchiamento e cronicizzazione delle patologie.

Le scelte operate finora nei modelli di assistenza domiciliare appaiono ancora deboli e lontani dalla copertura dei volumi minimi necessari, anche a causa della mancata strutturazione di équipe multidisciplinari e multiprofessionali idonee per un'assistenza ad alta complessità, come nel caso delle cure intermedie.

Da questo punto di vista il PNRR costituisce un'opportunità fondamentale per porre l'assistenza domiciliare, nelle sue diverse declinazioni, al centro dei nuovi modelli di assistenza territoriale, a partire da una seria riflessione sul tema delle risorse da destinare ai necessari investimenti professionali e tecnologici. Occorre, infatti, lavorare per ottimizzare la collaborazione multiprofessionale e per superare le barriere che si frappongono alla piena valorizzazione e all'impiego diffuso della telemedicina al domicilio: la persistenza di un *digital divide* fra operatori e cittadini; la mancanza di una cartella clinica digitale, che favorisca la condivisione dei dati e la presa in carico unitaria del cittadino fra i diversi operatori; l'assenza di linee di investimento ad hoc da parte delle Regioni.

Altro snodo cruciale è il superamento della frammentazione delle prestazioni e degli attori, pubblici e privati, che frena sia l'ottimizzazione dei servizi, sia l'integrazione sociosanitaria, scontando la vischiosità del sistema a trasferire risorse dall'ospedale al domicilio.

Inoltre, le Centrali Operative Territoriali (COT), quali presidi di coordinamento e integrazione sociosanitaria, devono essere messe nelle condizioni sia di individuare i bisogni di carattere sanitario e sociosanitario, espressi e non espressi della popolazione di riferimento, sia di tracciarne il soddisfacimento. In tal modo le COT potranno sviluppare lo specifico monitoraggio sui processi attuativi e fornire valutazione sugli impatti determinati. Anche in tale ambito e per tali funzioni è indispensabile garantire la disponibilità di tutte le professioni sanitarie necessarie, affinché il Sistema sanitario possa fruire delle migliori competenze. Perché tutto questo non rimanga solamente una buona intenzione, è necessario un forte impegno verso la trasformazione digitale dei modelli organizzativi, in collaborazione con tutti gli attori e, in particolare, con le professioni sanitare che sono diffuse in modo ubiquitario e trasversale nei processi assistenziali e sono spesso l'interfaccia del cittadino/assistito con il SSN.

Come la Casa della Comunità, anche l'Ospedale di Comunità deve puntare sin dall'inizio con convinzione e concretezza su équipe multiprofessionali. Questo perché, come precedentemente affermato, ognuna delle professioni sanitarie, nella sua diversità, possiede e mette a disposizione una competenza imprescindibile. I nuovi Ospedali di Comunità dovranno necessariamente essere integrati con le COT, con le Case della Comunità, con la rete ospedaliera di primo e di secondo livello. L'unica integrazione reale possibile è quella realizzabile attraverso il digitale, fondata sulla valorizzazione del dato, quale centro del modello assistenziale e strumento per un intervento personalizzato, integrato e mirato ai bisogni del cittadino.

È fondamentale riconoscere l'alto valore della raccolta, gestione ed elaborazione dei dati, sanitari, organizzativi e amministrativi, la cui importanza nel SSN è seconda solo alle risorse umane e alle loro competenze. Raccogliere e analizzare dati è basilare per comprendere cosa sta accadendo e per fare previsioni su ciò che potrebbe accadere nel breve e medio-lungo periodo, in modo da assumere decisioni consapevoli e informate.

Osservando l'attuale situazione è oltremodo evidente la frammentazione delle banche di dati e dei flussi informativi del SSN. In un mondo sempre più tecnologico, non siamo ancora in grado, sul territorio nazionale, di accedere agevolmente ai dati e darne una lettura omogenea, perché le singole Regioni e, frequentemente, i singoli contesti aziendali hanno implementato proprie basi di dati, prevalentemente orientate ad aspetti gestionali e organizzativi piuttosto che all'integrazione delle informazioni sanitarie dell'individuo. Sarà, quindi, necessario dare seguito a quanto previsto dalla Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura in tema di infrastrutture di rete e modelli di connettività, che risulteranno propedeutici allo sviluppo degli strumenti della sanità digitale.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

La sanità di valore e di qualità deve trovare omogenea applicazione su tutto il territorio nazionale riducendo i divari regionali. In tal senso le professioni sanitarie saranno impegnate nella trasformazione ed integrazione dei servizi del SSN in tutti i contesti regionali, senza differenza alcuna, per superare le barriere logistiche e infrastrutturali attualmente presenti, che non consentono capillarità e presidio continuo del territorio.

i. La digitalizzazione dei percorsi assistenziali. Il principale ostacolo all'effettiva presa in carico della persona nella continuità ospedale-territorio è certamente la frammentazione informativa fra le varie fasi e i diversi attori dei percorsi assistenziali, che limita di fatto il lavoro delle équipe multidisciplinari e multiprofessionali, il coinvolgimento attivo dell'assistito e dei suoi *caregiver*, la *governance* integrata sia verticalmente che orizzontalmente delle cure primarie. Da questo punto di vista la digitalizzazione dei PPDTA costituisce il passaggio fondamentale per l'abilitazione dei nuovi modelli territoriali e la personalizzazione delle cure. In particolare l'adozione di piattaforme *hi-tech* di prodotti e servizi integrati, che combinano *mobileHealth*, *device* indossabili o impiantabili, dispositivi di telemedicina, *Big Data Analytics*, può favorire il superamento degli attuali silos informativi e avviare il percorso verso la necessaria condivisione dei dati sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

ii. La valutazione della qualità delle cure e dell'innovazione. L'obiettivo è la definizione di un set di indicatori strettamente connessi ai percorsi assistenziali e capaci di favorire valutazioni delle performance organizzative e professionali anche in itinere (indicatori sentinella), considerando integralmente tutte le dimensioni della qualità delle cure e della qualità della vita: efficacia, efficienza, accessibilità, accettabilità, sicurezza, equità. In tale prospettiva è fondamentale la partecipazione di tutti gli attori del sistema salute alla messa a punto degli indicatori e delle banche dati per il monitoraggio degli esiti di cura, con particolare riguardo alla dimensione della qualità della vita, facendo leva sui cosiddetti *real-world data*, generati in grande volume, varietà e complessità dalle soluzioni di sanità digitale, sviluppando una sorta di "scienza di sintesi dei dati", per trarre evidenze significative, affidabili e controllate (*real-world evidence*) dall'aggregazione e dall'analisi dei dati elementari. Il contributo dei professionisti sanitari può essere determinante allo sviluppo dei necessari trial clinici delle soluzioni *hi-tech*, per generare robuste evidenze scientifiche, che ne misurino impatto, efficacia e appropriatezza per popolazioni e sottopopolazioni di pazienti e per contesti assistenziali.