

SANITÀ DI COMUNITÀ, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E TELEMEDICINA

Mauro Moruzzi

Presidente CTS Scuola Achille Ardigò

SCUOLA ACHILLE ARDIGO' del Comune
di Bologna

***Viviamo immersi in un mare di dati con
i quali possiamo comunicare la salute***



Premessa: all'arrivo del COVID19 il sistema informativo della sanità italiana era in gran parte vecchio e frammentato



In periodo COVID19 si è avvertita tutta l'inadeguatezza di un sistema tecnologico di comunicazione della sanità italiana strutturato principalmente su dati e flussi amministrativi, cioè a base economica, fiscale e anagrafica (Sistema della Tessera Sanitaria) e non sui dati di salute e malattia della persona e della comunità

Anche l'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche in sanità è stato rallentato da una cultura pre-Internet, ancora dominante nel SSN, non *patient centered*, tanto meno *'community centered'* o *'connected care'*

C'è un'asimmetria preoccupante tra un *web consumer* - che vede i cittadini impossessarsi di Internet nella vita quotidiana - e un SSN anchilosato ai vecchi paradigmi comunicativi. Questa asimmetria può essere superata soltanto con un pieno decollo delle principali innovazioni messe in atto nelle diverse realtà regionali della sanità italiana - in particolare in Emilia Romagna - e con una profonda riorganizzazione del welfare sanitario in senso comunitario come prevede il PNRR.

CupWeb, FSE, Telemedicina, le nuove Piattaforme tecnologiche (Datawarehouse, Datalake) per gestire i Big Data e utilizzare l'Intelligenza Artificiale per produrre cultura Datadriven e Machine Learning, sono le autostrade di questo percorso.

JAN
2021

ITALY

ESSENTIAL HEADLINES FOR MOBILE, INTERNET, AND SOCIAL MEDIA USE



ITALY

CHANGES TO DATA SOURCES FOR INTERNET USERS AND SOCIAL MEDIA USERS MEAN THAT VALUES ARE **NOT COMPARABLE** WITH PREVIOUS REPORTS

TOTAL
POPULATION



60.41
MILLION

URBANISATION:

71.2%

MOBILE
CONNECTIONS



77.71
MILLION

vs. POPULATION:

128.6%

INTERNET
USERS



50.54
MILLION

vs. POPULATION:

83.7%

ACTIVE SOCIAL
MEDIA USERS

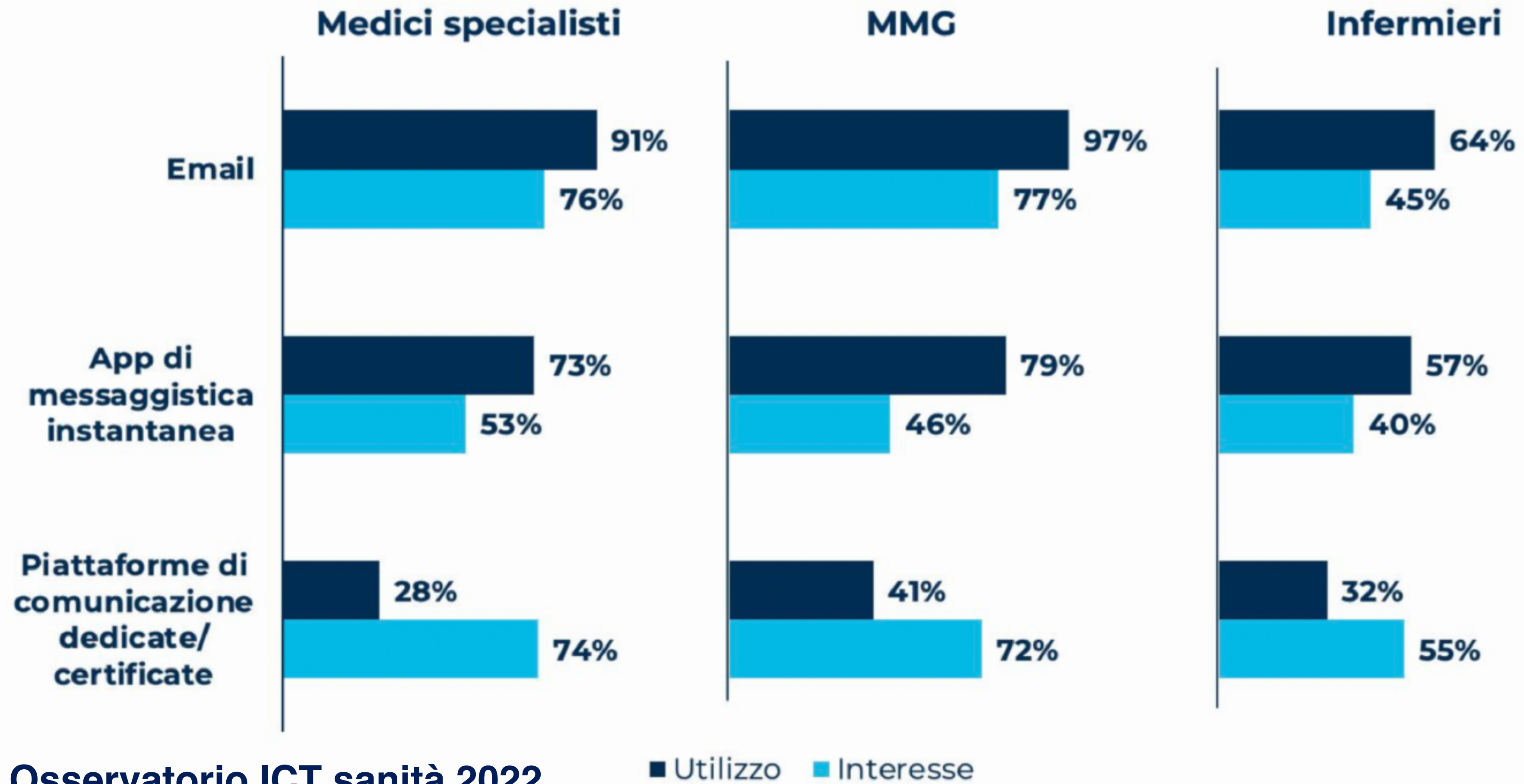


41.00
MILLION

vs. POPULATION:

67.9%

Gli strumenti di comunicazione tra professionisti sanitari e paziente



Fonte: PoliMi Osservatorio ICT sanità 2022

Campione: 2075 medici specialisti, 310 MMG e 3221 infermieri | Fonte: Osservatorio Sanità Digi

QUALE SANITÀ DIPO IL COVID?



- 1. Una sanità proattiva e non di attesa ('modello bottega di vendita al dettaglio')**
- 2. Una sanità proattiva è sostenibile soltanto con le nuove tecnologie di ultima generazione Internet, certificate e validate, costruite dal 'lato del cittadino' e del medico (e non del controllo burocratico)**
- 3. Dove i cittadini diventano 'manager del proprio corpo e della propria vita'**
- 4. Una sanità che conosce i pazienti i quali non sono tutt uguali**
- 5. Una Sanità di Comunità che con le tecnologie può collegarsi ai centri di eccellenza e colmare la frattura tra medicina di base e prestazione ad alta intensità di cura**



Il Cambio del Medio e la Grande Riforma (PNRR-DM 71)

Nuovi modelli e standard per l'assistenza territoriale e la sanità di comunità

I perni del sistema saranno

- il **Distretto sanitario** al cui interno vi saranno gli **Ospedali di Comunità** dove rivestiranno un ruolo fondamentale gli infermieri di famiglia;
- la **presa in carico dei pazienti** nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare **assistenza infermieristica vicino al domicilio del paziente**
- la **Casa della Comunità** dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana
- gli **studi degli MMG/PLS** (definiti **spoke** delle Case della Comunità) che saranno collegati in rete per garantire aperture h12 sei giorni su sette
- le **Centrali operative territoriali (COT)** che coordineranno i vari servizi presenti nel Distretto
- **Il numero di assistenza territoriale europeo 116117** che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale
- **le farmacie come presidi sanitari di prossimità** dove il cittadino potrà trovare sempre più servizi aggiuntivi.

II DISTRETTO per una efficace presa in carico della popolazione



Il Distretto costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL

- **Integra, attraverso le Case di Comunità, le diverse strutture sanitarie, per dare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta**
- **Fornisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali**
- **Analizza i bisogni di salute della popolazione per poter erogare servizi di qualità**

Standard

- **in media un Distretto ogni circa 100 mila abitanti;**
- **almeno 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti;**
- **Case della Comunità spoke e ambulatori di MMG/PLS**
- **almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti;**
- **almeno 1 Unità Speciale di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;**
- **1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore;**
- **almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;**

La CASA DELLA COMUNITA' modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali



- **La Casa della Comunità** è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria.
- Sia nell'accezione hub sia in quella spoke, propone un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia e comunità, presenza di tecnologie diagnostiche di base, altri professionisti della salute disponibili nell'ambito delle aziende sanitarie, come Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali del bacino di riferimento
- Nelle CdC hub e spoke è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti ai Distretto di riferimento.
- L'attività ambulatoriale della CDC sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub e spoke.

L'OSPEDALE di COMUNITA'



L'Ospedale di Comunità

- è una struttura sanitaria di ricovero breve che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale
- svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- almeno 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.
- 0,4 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

Standard minimo di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

- 7- 9 Infermieri,
- 4-6 Operatori Sociosanitari,
- almeno 1-2 unità di Altro personale sanitario e un Medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'Infermiere di Famiglia e Comunità

- È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità
- assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona
- È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale.
- interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali.

Standard:

- almeno 1 Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti.

L'Unità Continuità Assistenziale

- L'Unità Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità.
- almeno 1 medico e 1 infermiere ogni 100.000 abitanti.

L'Assistenza Domiciliare

L'Assistenza Domiciliare è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

- **10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.**

La Centrale Operativa 116117



La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.

- almeno 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

La rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;
- 1 Hospice con almeno 8-10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Il Consultorio Familiare

Il Consultorio Familiare è la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna, al minore, alla famiglia in senso ampio, in linea con le evoluzioni sociali correnti e al contesto comunitario di riferimento dei predetti.

- Almeno 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Il Dipartimento di Prevenzione (DP)

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).



Criticità e cambio del medium

Criticità:

- 1. sovrapposizioni (Consiglio di Stato)**
- 2. un fabbisogno aggiuntivo di 10.000 – 15.000 infermieri, 1.300 assistenti sociali, 7-10.000 unità di supporto.**
- 3. un incremento di spesa del Fondo Sanitario di 15 miliardi**
- 4. un impianto che non regge senza UN CAMBIO DEL MEDIUM (eHealth) in sanità**



Cambio del medium

(PNRR)

Uso 'deep' dei dati

Big Data

Piattaforme

Intelligenza artificiale (AI)

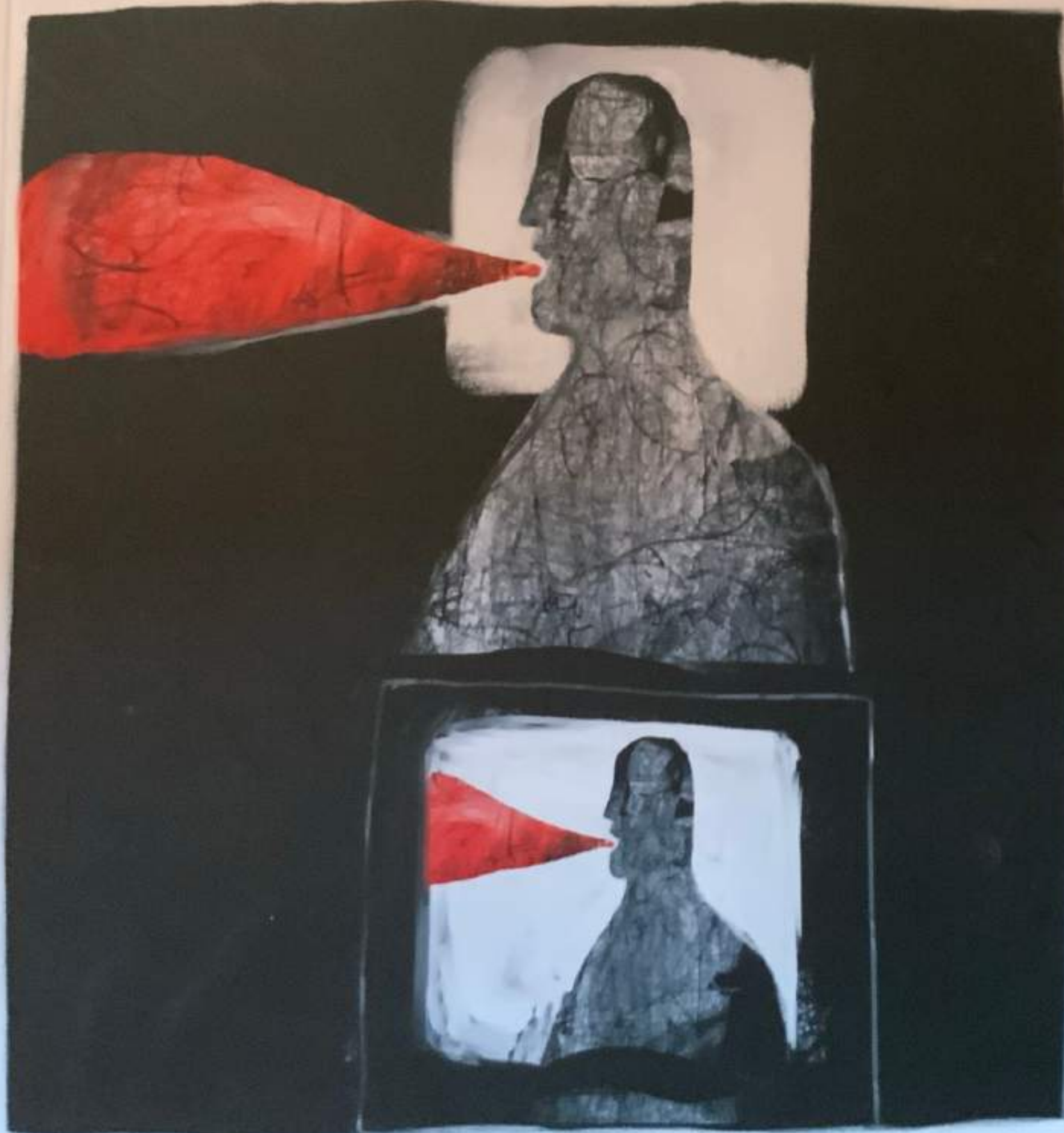
Machine Learning (ML)

Organizzazione Data Driven

NUOVO MEDIUM PER LA SALUTE

Marshall McLuhan
**Gli strumenti
del comunicare**

Prefazione di Peppino Ortoleva



2 PNRR: Missione 6 Salute

- **M6C1 - RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**
- **M6C2 - INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

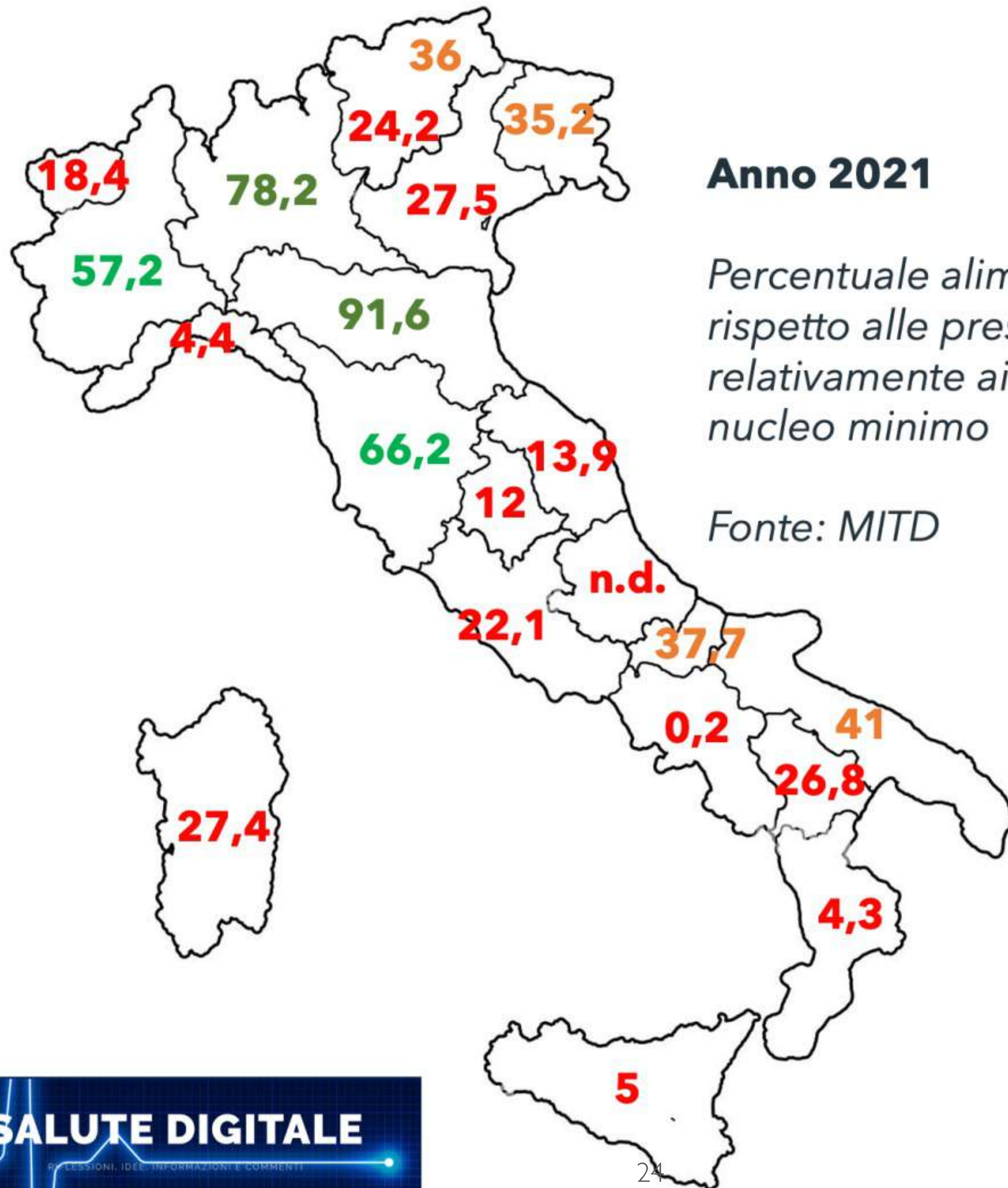
La trasformazione digitale della sanità italiana del PNRR si fonda su due pilastri architettonici e di processo:

1. il nuovo Fascicolo Sanitario Elettronico

2 la piattaforma di telemedicina

Le nuove Linee guida nazionali del FSE 2.0





Le nuove Linee guida nazionali del FSE 2.0: finalità e legame con il PNRR

- **delineano un percorso di circa 5 anni che ha l'obiettivo di far utilizzare il Fascicolo a oltre sessanta milioni di italiani, a tutti i medici e agli operatori del sistema sanitario pubblico e delle strutture accreditate, private, a ogni professionista della sanità**
- **prevedono una gigantesca azione di standardizzazione, di omogenizzazione e di nuova implementazione del Fascicolo in un arco di tempo estremamente limitato**
- **Sono coerenti con gli obiettivi del PNRR, i cui fondi saranno erogati se:**
- **entro la fine del 2025 l'85% dei medici di base alimenterà il FSE;**
- **entro giugno 2026 tutte le Regioni e Province Autonome avranno adottato e utilizzeranno l'FSE.**