



ANALISI
SALUTE=QUITÀ

Sanità digitale e cronicità

A cura di:
Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri

1. Sanità digitale prerequisito per l'equità: dal Piano Nazionale Cronicità al PNRR

A distanza di quasi sei anni dall'emanazione del Piano Nazionale Cronicità (PNC) l'Italia è alle prese con la realizzazione del PNRR che, come osserva il XVII Rapporto Crea Sanità, *non promuove "nuovi" progetti, bensì ha come obiettivo principale quello di portare a completamento progettualità pregresse, rimaste di fatto "incompiute"* (es. FSE, telemedicina...) *sfruttando le risorse rese "improvvisamente" disponibili*¹ promuovendo al contempo una programmazione dell'assistenza sanitaria territoriale.

I progetti incrociano fortemente l'implementazione del PNC, sul quale Salutequità è impegnata già da oltre un anno attraverso l'"Osservatorio permanente assistenza pazienti Non-Covid. Focus cronicità"².

La selezione dei temi dell'Osservatorio è realizzata a partire da quelli che impattano sull'equità; per questo abbiamo deciso di dedicare la nostra prima analisi alla Sanità Digitale così come definita dal PNC considerando da un lato gli investimenti del PNRR che intendono realizzare la "trasformazione digitale del SSN", e i due traguardi di giugno che parlano di sanità/salute e digitale, nonché la pubblicazione in GU del DM 77/2022 e del Decreto Linee Guida FSE.

La sanità digitale o meglio "le tecnologie e-Health" garantiscono la realizzazione di una modalità operativa a rete, facilitando l'integrazione tra le varie figure deputate all'assistenza e alla erogazione dei servizi"³ e sono strumento abilitante modelli innovativi per la presa in carico, la cura e l'assistenza.

Ne deriva che lo è anche per l'equità di accesso alle cure e per la ripresa e resilienza del Servizio Sanitario Nazionale.

¹ XVII Rapporto Crea Sanità "Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione" a cura di F. Spandonaro, D. D'Angela, B. Polistena

² <https://salutequita.it/?p=963&preview=true>

³ Fonte: Piano Nazionale della Cronicità, 2016

SANITÀ DIGITALE

- SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI
- TELEMEDICINA
- WEB E SALUTE

OBBIETTIVO

Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. sperimentare modelli di assistenza che riescano a coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente (Teleassistenza domiciliare, Teleconsulto specialistico, telemonitoraggio medicale, Telesorveglianza, Telecontrollo, Telesoccorso, Teleallarme);
2. analizzare modelli, processi e modalità di integrazione dei servizi di telemedicina nella pratica clinica;
3. diffondere nei cittadini, nei pazienti, negli operatori e nelle istituzioni la cultura della telemedicina;
4. potenziare percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina;
5. produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze in telemedicina.

RISULTATI ATTESI

- Implementazione dei servizi di telemedicina;
- Incremento di modelli di assistenza che sappiano coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute del paziente-persona.

Fonte: Piano Nazionale Cronicità

Il PNC riconosce alla sanità digitale che: *"... nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione delle cure primarie, la Telemedicina e la Teleassistenza rappresentano esempi di come le tecnologie possano migliorare l'operatività, nel luogo dove il paziente vive, favorendo così la gestione domiciliare della persona e riducendo gli spostamenti spesso non indispensabili e i relativi costi sociali"*.

I risultati attesi dal PNC su questo fronte erano *l'implementazione di servizi di telemedicina e l'incremento di modelli di assistenza capaci di coniugare soluzioni tecnologiche con i bisogni di salute delle persone*, proponendo la sperimentazione di modelli, la produzione di studi di fattibilità e analisi costo-beneficio, la condivisione di esperienze in telemedicina. Un impulso quindi a sperimentare, mettere in piedi esperienze diverse sui territori e a misurarne gli effetti/risultati.

La Missione 6 Salute, in particolare la Component 1, che si occupa di Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale sembra ispirarsi proprio a questa impostazione. Lo conferma la pietra miliare del PNRR Missione 6 è il DM77⁴ che nel suo allegato "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel

⁴ DECRETO 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

Servizio Sanitario Nazionale” prevede paragrafi dedicati a telemedicina e sistemi informativi e di qualità (la parola telemedicina ricorre 63 volte).

I traguardi di giugno del PNRR che parlano di salute/sanità digitale

Il 30 giugno 2022 è la data del raggiungimento di due traguardi che parlano di sanità/salute e digitale. Con comunicato del 29 giugno, il MEF informa che i 45 traguardi e obiettivi del primo semestre sono stati raggiunti⁵.

Nella Missione 1, si prevede l’aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici per progetti di connessione più veloce riguardanti i cinque interventi in cui è suddiviso l’investimento, tra cui “Sanità connessa”, che intende coprire circa 12.000 ospedali e strutture sanitarie⁶ (connettività di almeno 1 Gbps e fino a 10 Gbps).

Nella Missione 6, quella coordinata dal Ministero della salute, l’approvazione delle Linee guida contenenti il modello digitale per l’attuazione e il potenziamento dell’assistenza domiciliare - Sub-investimento 1.2.3 Telemedicina.

2. Il PNRR e gli investimenti per digitalizzare il SSN

Gli investimenti complessivi del PNRR sono 15,63 miliardi di Euro, suddivisi in due missioni.

- 1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale:** rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità); potenziare l’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Nella Componente 1-Missione 6 c’è il sub-investimento 1.2.3 sulla “Telemedicina nell’assistenza dei pazienti con cronicità” che ha come obiettivo lo sviluppo

⁵ Comunicato_0126.pdf (mef.gov.it)

⁶ Indice di digitalizzazione dell’economia e della società (DESI) 2021 Italia, Commissione Europea

dell'assistenza sanitaria territoriale attraverso la promozione di soluzioni di telemedicina e la loro integrazione nell'ambito dei Servizi sanitari regionali⁷.

Risorse complessive: 7 miliardi

2. **Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale:** rinnovamento e ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale. **Risorse complessive: 8,63 miliardi.**

In particolare, rispetto alla digitalizzazione del SSN, Missione 6, si segnalano:

- 1,38 miliardi di finanziamento per il *“potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari”*
- 1,67 miliardi di euro per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati.
- 1 miliardo di euro per la realizzazione della piattaforma nazionale di Telemedicina.
- 18 milioni per la formazione manageriale digitale.

Rispetto alla telemedicina, oltre alla piattaforma nazionale, saranno **“finanziati progetti di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute**. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione”⁸. Nel redigere il documento di indirizzo per la predisposizione dei progetti sui “servizi di telemedicina” finanziabili, i bisogni di salute individuati fanno riferimento a telemonitoraggio e telecontrollo del paziente con patologie cardiologiche, respiratorie, diabete, neurologiche e oncologiche; televisita, teleconsulto, teleassistenza. Per ogni ambito clinico e di specialità, le componenti di indirizzo sono relative a: problemi di salute, carichi

⁷ Monitor n. 47, 2022 – Telemedicina e intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza territoriale. Investimento in telemedicina: dalla progettazione all'attuazione, Alice Borghini, Simona Paone

⁸ PNRR

della malattia, finalità delle prestazioni e benefici attesi, parametri da monitorare/controllare, professionisti e branche specialistiche coinvolte⁹.

Per ottenere i finanziamenti, i progetti regionali dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari. Saranno privilegiati progetti che insistono su più Regioni, fanno leva su esperienze di successo esistenti, e ambiscono a costruire vere e proprie "piattaforme di telemedicina" facilmente scalabili.

Grazie agli interventi del PNRR sarà possibile definire il **Progetto di salute**. Si tratta del "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 FSE. 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. 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."¹⁰

3. Telemedicina, FSE e app e digital medicine: a che punto siamo

La pandemia Covid-19 ha dato un impulso allo sviluppo di iniziative di soluzioni digitali per la gestione delle patologie croniche, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Cronicità.

Lo si vede dall'aumento della spesa per sanità digitale e ICT in Italia. L'Osservatorio per la Sanità digitale registra che la spesa per la Sanità digitale in Italia è cresciuta nel 2020

⁹ Monitor n. 47, 2022 – Telemedicina e intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza territoriale. Investimento in telemedicina: dalla progettazione all'attuazione, Alice Borghini, Simona Paone

¹⁰ DM 77/2022

ed è stata pari a € 1,5 miliardi (1,2% della spesa sanitaria pubblica, corrispondente a circa € 25 per abitante), con un aumento del 5% rispetto al dato del 2019¹¹.

AGID afferma nel suo Rapporto del 2021 che gli investimenti in ICT hanno subito un incremento pressoché costante dal 2019 al 2022¹² e stima 874,6 milioni di spesa per beni e servizi ICT per il 2022, precisando che probabilmente gli importi sono sottostimati.

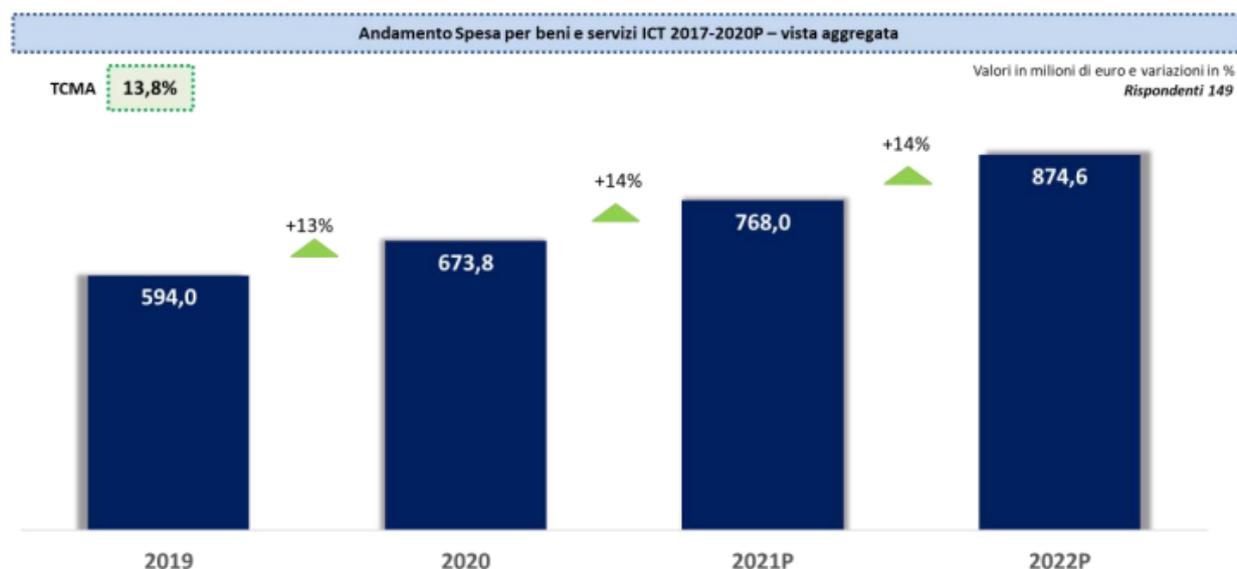


Figura 7 – Andamento della spesa ICT complessiva 2019-2022E.

Fonte: NetConsulting cube, 2021

Gli investimenti riguardano solo per un 5-7% applicativi relativi al sistema socio-sanitario e territoriale e telemedicina.

¹¹ XVII Rapporto Crea Sanità “Il futuro del SSN: vision tecnocratiche e aspettative della popolazione” a cura di F. Spandonaro, D. D’Angela, B. Polistena

¹² La spesa ICT nella Sanità territoriale, Rapporto 2021, AGID - [rapporto spesa sanita report 2021_def.pdf](#) ([agid.gov.it](#))

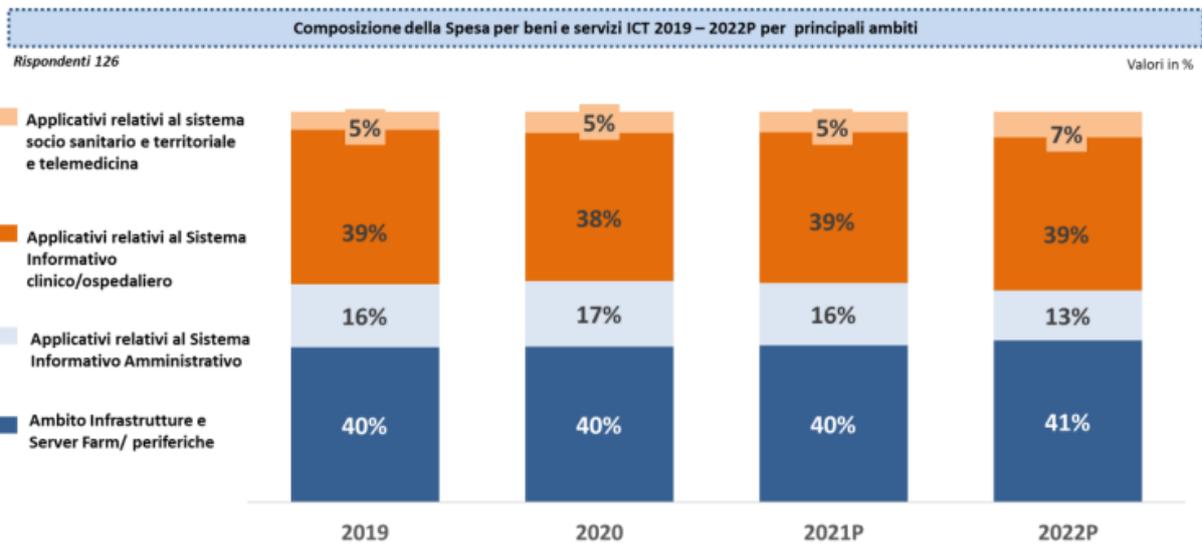


Figura 19 – Composizione della spesa ICT per ambito 2019-2022E.

Fonte: NetConsulting cube, 2021

Gli investimenti crescenti in ICT sono serviti tra le altre cose a dar gambe a progetti di telemedicina: il principale impegno, in costante aumento nel tempo, è sul fronte di telemedicina, telemonitoraggio, teleassistenza (n. di progetti raddoppiati in due anni). Guardando alla cronicità in senso stretto, balza agli occhi un investimento di poco meno del 50% stimato nel 2022 per la gestione dei PDTA, un impegno che nel 2020 riguardava poco più del 20%.

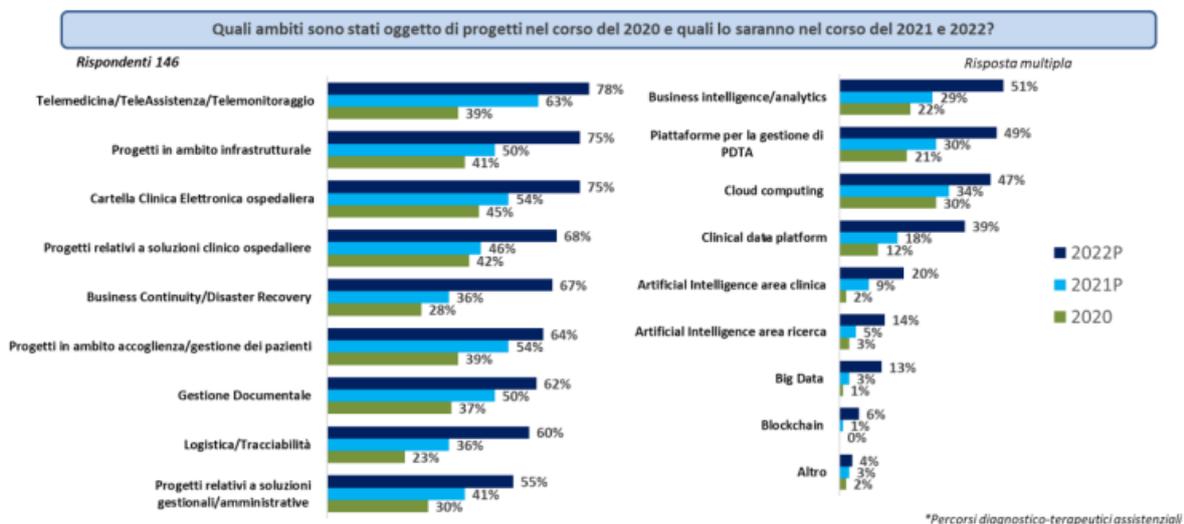


Figura 32 – Principali progetti ICT 2020-2022. Fonte: NetConsulting cube, 2021

a) La telemedicina

La telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (Coordinated Care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale¹³.

I dati legati al crescente investimento per telemedicina, teleassistenza, telemonitoraggio trovano conferma nei dati raccolti dal mondo accademico ed istituzionale.

Altens nei suoi instant-report periodici legati alla pandemia ha fotografato l'andamento delle iniziative di telemedicina: ad **aprile 2020**¹⁴ **censiva 89 iniziative riferite prevalentemente ad aree della cronicità come diabetologia, cardiologia, medicina generale, dermatologia, nonché l'oncologia**. Un trend in crescita che ha raggiunto 247 iniziative¹⁵, di cui oltre il 70% destinato a pazienti non-covid.

Numeri ancora più alti quelli presentati dal Ministero della Salute¹⁶: **si è passati dalle 282 esperienze di telemedicina del 2018 a 369 nel 2021, con un incremento di 87 esperienze**. Nel 2021 risultano attive 369 esperienze e 669 servizi di telemedicina, con una prevalenza di attività in teleconsulto, telemonitoraggio e televisita.

Distribuzione esperienze rilevate suddivise per servizio (numeri assoluti)

Tipologia di servizio	Anno 2018	Anno 2021	Differenza 2018-2021
Teleconsulto	82	129*	+ 47
Telerefertazione	66	80	+ 14
Telemonitoraggio	61	135	+ 74
Teleassistenza	14	58	+ 44
Telecooperazione sanitaria	13	53**	+ 40
Televisita	11	160	+ 149
Telesalute	8	-	- 8
Teleriabilitazione	-	19	+ 19

¹³ DM 77, allegato 1.

¹⁴Altens, Instant REPORT 4: 22 Aprile 2020 "Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19. Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio e Marche"

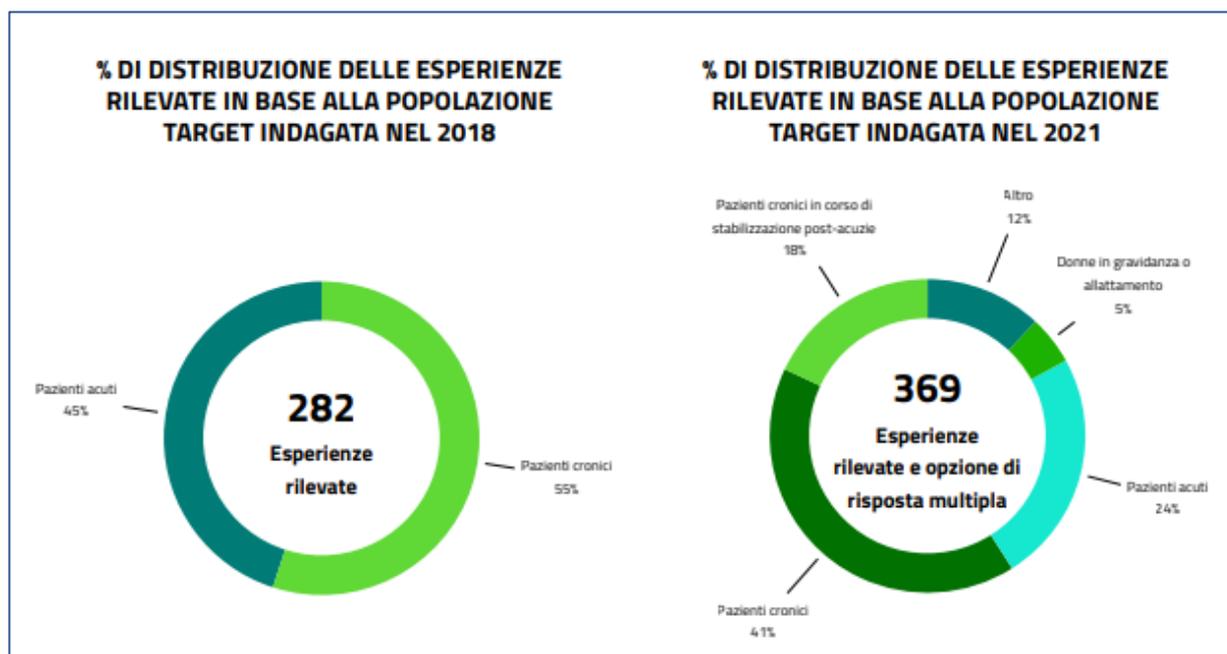
¹⁵ Altens, <https://altens.unicatt.it/altens-Report%2091.pdf>

¹⁶ Osservatorio Cronicità - Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità. Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR

Altro	27	35	+ 8
Totale	282	669	+387
* nel 2021 specificato teleconsulto medico			
** nel 2021 specificato telecooperazione/teleconsulenza medico-sanitaria			
-non specificato/non presente nel prospetto in termini assoluti			
Fonte: Rielaborazione Salutequità su dati Manuale Operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR, Agenas			

Il 59% delle esperienze del 2021 è rivolto a pazienti cronici (il 18% a persone con cronicità con stabilizzazione post acuzie); poco meno di una su 4 ai pazienti acuti, passando dal 45% del 2018 al 24% del 2021.

Target di riferimento delle esperienze di telemedicina 2018-2021



Fonte: Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR, Agenas

La maggior concentrazione di esperienze censite dal Ministero della Salute si riferisce a Lombardia (17,9%), Lazio (16,5%), Veneto (14,1%), solo in parte confermato dalla rilevazione Altens (esperienze strutture pubbliche e private).

Esperienze di telemedicina 2021: la diffusione nelle Regioni/PA

Regione/PA	Diffusione esperienze rilevazione Min Sal. (%)	Esperienze censite da Altems (numeri assoluti)
Abruzzo	6,8	13
Basilicata	0,3	2
Calabria	2,4	2
Campania	4,3	18
Emilia-Romagna	9,2	14
Friuli-Venezia Giulia	0,8	2
Lazio	16,5	36
Liguria	1,4	9
Lombardia	17,9	36
Marche	2,2	9
Molise	0,5	2
PA Bolzano	0,3	6*
PA Trento	1,4	6*
Piemonte	4,9	17
Puglia	3,8	18
Sardegna	3,3	10
Sicilia	5,4	7
Toscana	0,8	19
Umbria	2,4	9
Valle d'Aosta	1,4	1
Veneto	14,1	18

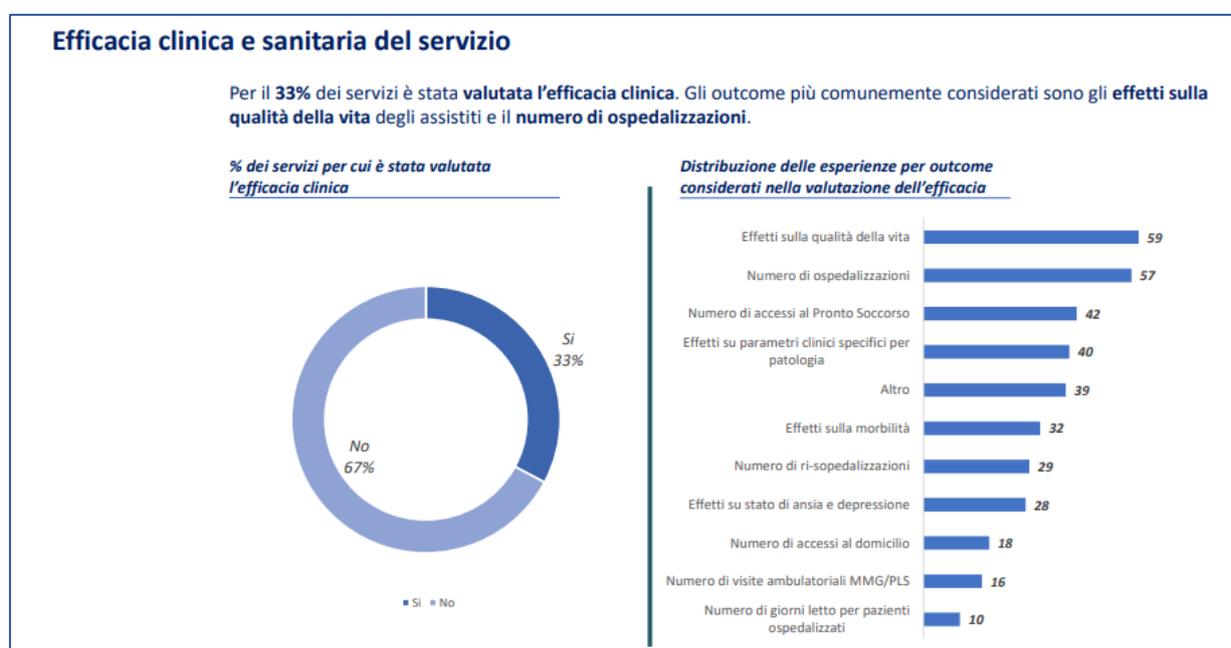
*i dati delle due PA sono aggregati

Fonte: Rielaborazione Salutequità su dati Ministero Salute¹⁷ e Altems, Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19, Instant REPORT#91, 31 Marzo 2022

¹⁷ L'utilizzo di tecnologie innovative e ICT - Dott.ssa Serena Battilomo, Direttore Ufficio 3° DGSISS, Ministero della Salute - [Manuale operativo e buone pratiche per ispirare e supportare l'implementazione del PNRR - AGENAS](#)

Le esperienze istituzionalizzate al livello regionale sono leggermente migliorate nell'ultimo trimestre. Il 2 marzo 2022 il Ministro Colao nella sua Presentazione alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome ha presentato un quadro che vede solo il 9% delle esperienze istituzionalizzate a livello regionale (Lombardia, Trento e Campania). Il quadro aggiornato e presentato dal Ministero della Salute l'8 giugno riferisce che l'11% (ovvero 41) delle 369 esperienze risulta un servizio istituzionalizzato a livello regionale e si riferisce a 14 Regioni: Lazio (12), Lombardia (5), Umbria (4), Campania (4), Puglia (3), Veneto (2), Toscana (2), Friuli-Venezia Giulia (2), Abruzzo (2), Sicilia (1), Marche (1), Liguria (1), Emilia-Romagna (1), Calabria (1). Un numero notevolmente superiore è quello dei servizi istituzionalizzati a livello aziendale, ovvero 211; 61 sono le sperimentazioni.

E anche sui "risultati" prodotti c'è disomogeneità. Solo per una esperienza di telemedicina su 3 si è valutata l'efficacia clinica. Gli outcome misurati guardano prevalentemente all'impatto sull'organizzazione sanitaria ospedaliera e in maniera considerevolmente ridotta quella territoriale (complessivamente 172), a seguire quello sul paziente (159). L'impatto e il "ricorso all'ospedale" (complessivamente 138) ha preso in considerazione ospedalizzazioni o ri-ospedalizzazioni, accessi al pronto soccorso, numero giorni ricovero; quello sul territorio ha riguardato gli accessi negli studi di MMG/PLS e a domicilio (34). A seguire l'impatto diretto sul paziente: morbilità e parametri clinici della patologia (72), nonché sulla qualità di vita, ansia e depressione (complessivamente 87).



Fonte: L'utilizzo di tecnologie innovative e ICT - Dott.ssa Serena Battilomo, Direttore Ufficio 3° DGSISS, Ministero della Salute¹⁸

¹⁸https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/PONGOV/1_Presentazione_PONGOVCRDott.ssaBattilomo.pdf

Anche il Rapporto Agid 2021 “La spesa ICT nella Sanità territoriale” mostra che i principali KPI di monitoraggio dell’efficacia delle soluzioni di telemedicina guardano all’assistenza ospedaliera (30% tra ricorso al PS e ospedalizzazioni), aderenza alle terapie e controllo della spesa farmacologica (20%); solo il 10% misura l’esperienza del paziente (PREMS/PROMS) e nel residuale 8% il gradimento degli utenti, l’utilizzo degli operatori sanitari, l’umanizzazione delle cure.

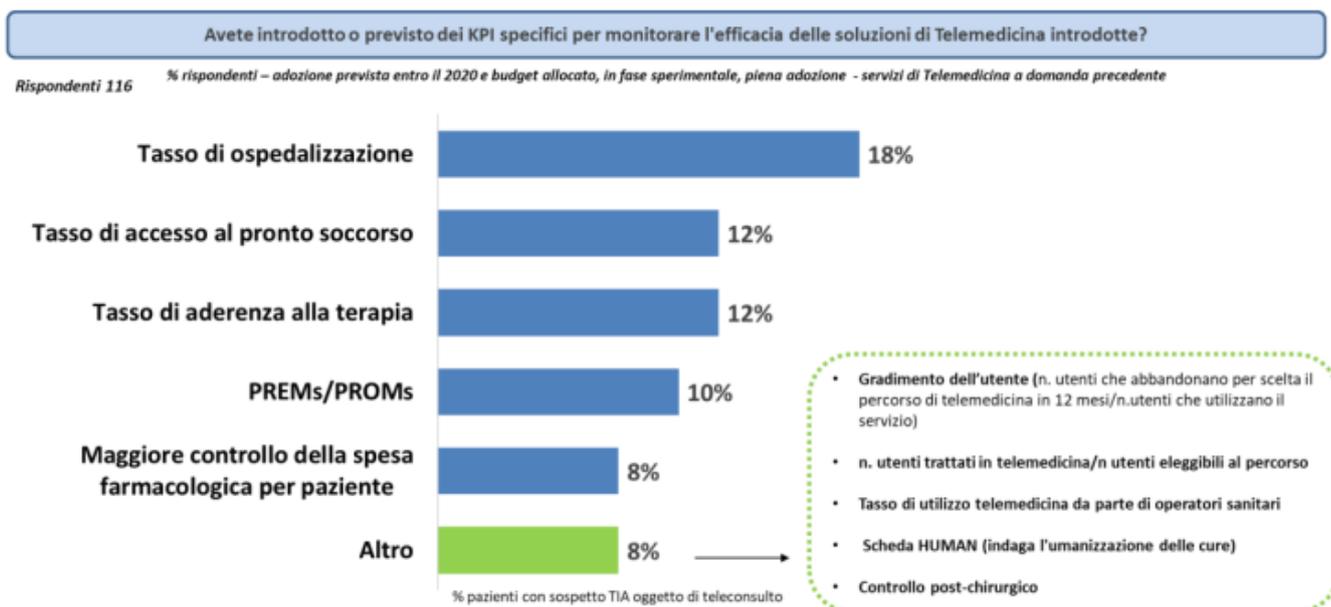


Figura 35 – Adozione di KPI specifici per i servizi di telemedicina. Fonte: NetConsulting cube, 2021

Un quadro ricco, ma al tempo stesso frammentato e poco integrato con le altre piattaforme esistenti al livello nazionale o regionale (es. SPID, CIE, FSE, etc.): 218 esperienze non hanno alcuna integrazione; solo 92 hanno un livello di integrazione con il FSE.

Nessun dato aggregato e comparabile tra le Regioni riferisce i “numeri” delle persone assistite in modalità “tele” sul Territorio Nazionale; inoltre non sono stati resi pubblici i dati relativi agli esiti generati dalle diverse esperienze, differenziati a seconda del genere, età, ecc.

b) Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Il FSE, nonostante si lavori da anni alla interoperabilità¹⁹ e all’utilizzo diffuso dello strumento, presenta ancora oggi una serie di criticità (alimentazione, interoperabilità e

¹⁹ Processi di interoperabilità fra i differenti sistemi di FSE a livello nazionale sono realizzati mediante l’INI, mediatore per le comunicazioni tra i diversi sistemi regionali, secondo il modello architetturale definito nel “Documento di

conoscenza/uso da parte dei cittadini e dei professionisti sanitari) e di fatto è un archivio parziale di documenti sanitari (solo in 4 Regioni è possibile prenotare visite on line).

Il FSE è scarsamente alimentato:

- l'80% delle Regioni ha meno del 50% dei documenti indicizzati;
- il caricamento di documenti avviene con dati non strutturati e con differenti standard;
- c'è assenza firme digitali e si utilizzano sistemi non integrati con FSE;
- c'è un basso utilizzo <50% da parte di MMG e PLS, ad eccezione di una Regione²⁰.

I dati di febbraio 2022 mostrano chiaramente che non esiste neanche un documento sanitario nel FSE uniformemente presente in ogni Regione del Paese, né tantomeno ci sono Regioni nelle quali sono presenti in percentuale accettabile tutti i documenti/informazioni sanitarie monitorati.

Tassi di alimentazione per regione*

2021	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
KPI 1 - Lettere di dimissione indicizzate/Ricoveri	0%	70%	0,0%	0,0%	71,5%	71,6%	0,0%	7,9%	88,9%	14,8%	0,0%	0,0%	47,4%	32,4%	1,5%	66,8%	0,0%	36,7%	2,4%	53,0%	91,2%
KPI 2 - Verballi PS indicizzati/Accessi PS	0%	81%	0,0%	0,0%	80,5%	77,5%	0,0%	0,7%	80,5%	49,1%	n.a.	61,5%	80,9%	44,7%	76,8%	87,9%	0,0%	94,7%	5,0%	58,0%	82,7%
KPI 3 - Referti laboratorio indicizzati/Prestazioni relative (prestazioni divise 4)	n.a.	28%	13,1%	1,9%	108,1%	24,8%	68,6%	4,8%	92,9%	14,2%	45,7%	27,3%	17,8%	96,7%	63,8%	61,2%	12,0%	103,1%	12,7%	13,6%	28,0%
KPI 4 - Referti Radiologia indicizzati/Prestazioni relative	n.a.	0%	0,0%	0,0%	42,5%	0,0%	0,0%	16,2%	90,4%	57,8%	160,9%	65,8%	71,5%	84,7%	0,0%	7,5%	0,0%	64,5%	60,1%	92,9%	64,3%
KPI 5 - Referti Specialistica Ambulatoriale indicizzati/prestazioni relative	n.a.	43%	0,0%	0,0%	104,5%	105,0%	0,0%	0,7%	56,1%	0,3%	0,2%	57,3%	22,4%	19,4%	0,0%	8,5%	0,0%	0,0%	0,0%	18,9%	11,2%
KPI 6 - Referti Anatomia Patologica/prestazioni relative	0%	0%	0,0%	n.a.	0,0%	373,5%	n.a.	0,8%	66,8%	0,1%	n.a.	0,0%	92,3%	74,8%	0,0%	0,0%	n.a.	0,0%	0,0%	72,4%	17,7%
KPI 7 - Cittadini con certificato vaccinale indicizzato/Residenti	n.a.	84%	0,0%	0,0%	56,4%	0,0%	58,4%	0,0%	0,1%	0,2%	159,6%	0,0%	71,1%	68,1%	0,0%	0,0%	0,0%	391,7%	0,4%	0,2%	5,9%
KPI 8 - Totale documenti indicizzati / Assistenti	0	2	0	0	18	7	27	23	26	21	34	25	13	5	28	32	0	21	33	41	4
KPI 9 - Assistenti con PSS indicizzato/Assistenti	0%	0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	19,9%	58,0%	0,0%
KPI 10 - Numero PSS indicizzati / num MMG	0	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	119	0	209	21	0

* Survey svolta dal MdS/MITD ad Febbraio 2022

Il FSE risulta molto conosciuto dalle persone con patologie croniche e oncologiche, ma poco utilizzato. Se la generalità degli assistiti del SSN (62%) non ha mai sentito parlare di FSE e solo il 12% lo ha utilizzato, il quadro si modifica completamente se ci riferiamo a persone che hanno una "frequentazione" costante con il SSN perché affette da patologie croniche/oncologiche. Il 73% di pazienti cronici/oncologici (persone con

progetto dell'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici (art. 12 - comma 15-ter – D.L. 179/2012)" emanato con circolare AgID n.4 del 1 agosto 2017 e richiamata nel DM 4 agosto 2017 "Modalità tecnica e servizi telematici resi disponibili dall'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) di cui all'art.12, comma 15-ter del Decreto-Legge 18 ottobre 2012, n.179, convertito con modificazioni dalla Legge 17 dicembre 2012, n.221" emanato dal MEF di concerto con il Ministero della Salute. I processi sono modellati in conformità a quanto definito nei Gruppi Tematici sul FSE, istituiti presso il Tavolo tecnico di monitoraggio e indirizzo FSE (articolo 26 DPCM 178/2015).

²⁰ Sanità digitale - Presentazione alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome Ministro Colao, 2 marzo 2022

scompenso cardiaco, artrite reumatoide o altre malattie reumatiche, diabete, asma, allergie, BPCO o patologie oncologiche) conosce il FSE, ma solo il 37% lo utilizza.

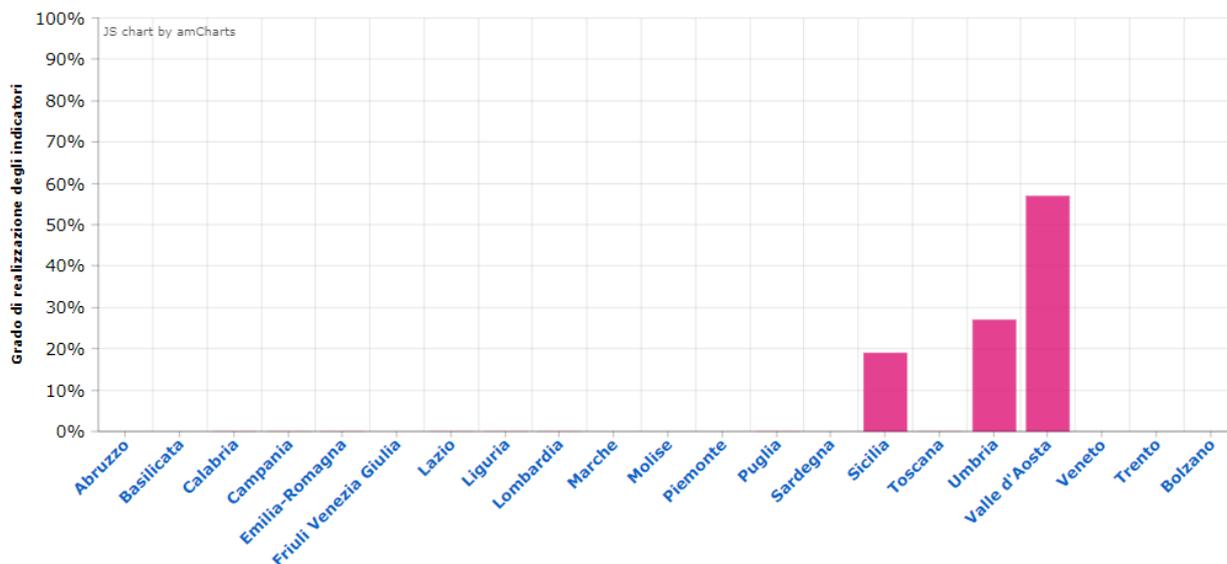
Le recenti Linee Guida di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) mostrano che lo scarso utilizzo del FSE riguarda anche i professionisti sanitari. E infatti afferma che "il FSE oggi non fornisce un valido e attendibile strumento di cura a MMG/PLS e Medici Specialisti, a causa dalla sua bassa alimentazione e incompletezza della storia clinica.

La Cartella Clinica di MMG/PLS non è ad oggi utilizzata in modo capillare e sistematico da tutti i MMG/PLS. Anche laddove è utilizzata, non è sfruttata al massimo delle sue potenzialità come strumento clinico. In molti casi in cui gli MMG/PLS utilizzano cartelle cliniche di MMG/PLS, non è sempre attiva la loro integrazione con il FSE, limitando l'alimentazione del FSE e la sua consultazione".²¹

E infatti nel secondo trimestre del 2022 solo in Sicilia (19%), Umbria (27%) e Valle d'Aosta (57%) ci sono medici che alimentano il FSE con il profilo sintetico del paziente. L'obiettivo da raggiungere con il PNRR è che l'85% dei MMG entro il 2025 alimenteranno il FSE con queste informazioni.

Indicatore monitoraggio di utilizzo "Medici" per tutte le regioni

Medici che alimentano il FSE con il Profilo Sanitario Sintetico del paziente
Dati riferiti al 2° trimestre 2022 o all'ultimo aggiornamento rilevato dalle singole regioni.
Cliccando sul nome della singola regione si possono consultare i relativi dati specifici



Un risultato da conseguire che richiederà un coinvolgimento diretto dei MMG. Eppure, all'indomani della pubblicazione delle linee guida FSE, FIMMG e FnOMCEO hanno messo in evidenza che l'analisi del contesto delineata contiene "affermazioni infondate"

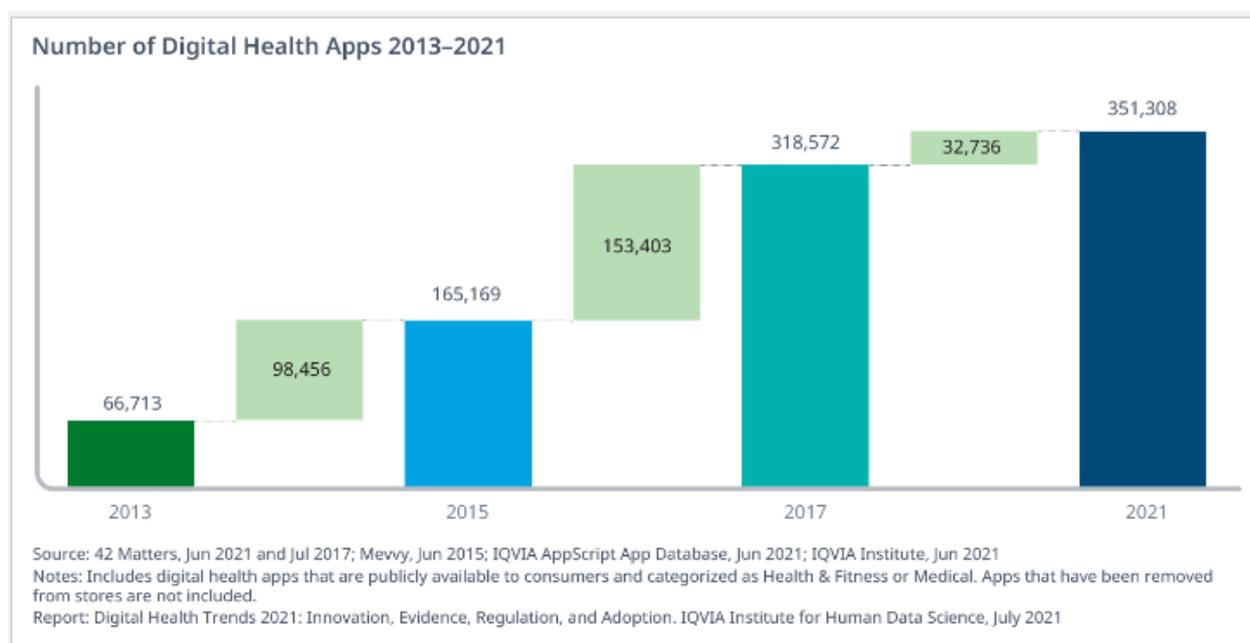
²¹ DECRETO 20 maggio 2022, Adozione delle Linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico.

e “sottolineature non reali”²², e quindi distanti dalla realtà, oltre alla necessità di rendere interoperabile il FSE con i sistemi informativi già utilizzati dai MMG²³.

C) App per la salute e terapie digitali

Anche le app per la salute (Digital health app) hanno visto un considerevole sviluppo nel periodo pandemico. Nel 2021 le app per la salute presenti nei più noti app store di tutto il mondo superano le 350.000, con un incremento di 90.000 nel 2020 (una media di 250 al giorno)²⁴. Il trend delle soluzioni non relative al wellness, ma alla gestione delle condizioni di salute e per specifiche patologie (22% nel 2020) è in aumento in particolare per salute mentale, diabete, patologie cardiovascolari.

Non tutte le app presenti negli store però hanno successo: il 51% ha avuto meno di 100 download ed è considerevole il numero di app che viene rimosso dagli store.



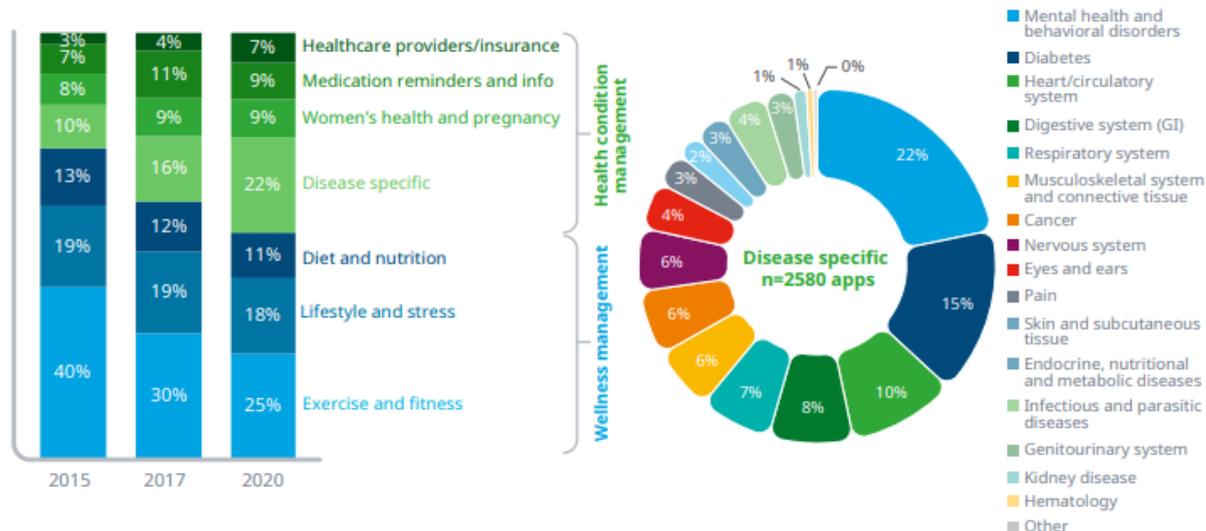
Un quadro ricco di opportunità, ma anche di insidie, nel quale è difficile per i fruitori orientarsi.

²² [Linee Guida Fse, la Fnomceo scrive ai Ministri: L'analisi del contesto è errata, lontana dalla realtà professionale | Panorama della Sanità \(panoramasanita.it\)](#)

²³ https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professionisti/articolo.php?articolo_id=106319

²⁴ IQVIA, Digital Health Trends 2021 - [Digital Health Trends 2021 - IQVIA](#)

Exhibit 5: Digital Health Apps by Category and Disease State in 2021



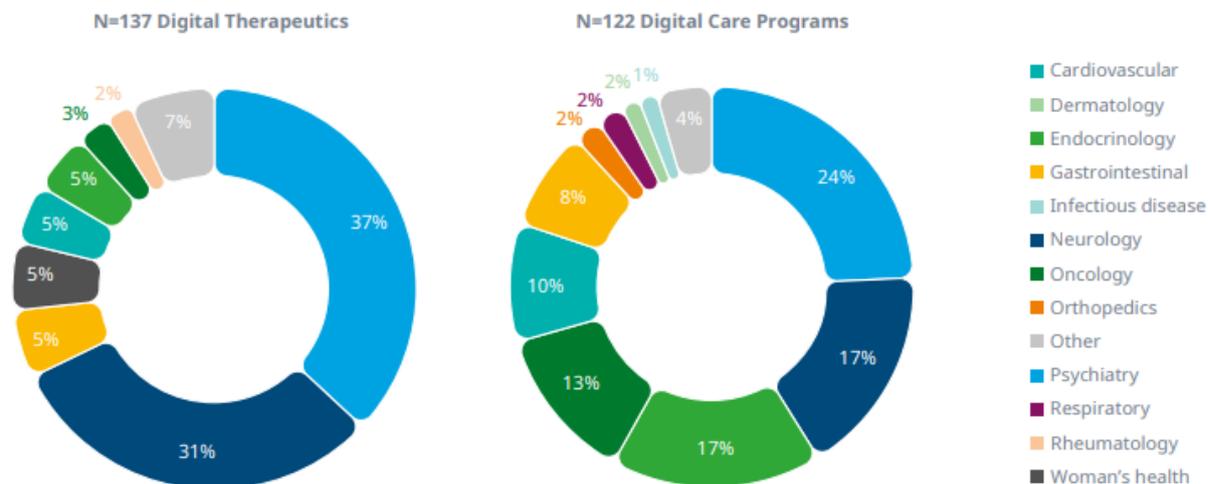
Source: 42 Matters, Jun 2021 and Jul 2017; Mevvy, Jun 2015; IQVIA AppScript App Database, Jun 2021; IQVIA Institute, Jun 2021
 Notes: Chart displays percent of categorizations. Numbers may not sum due to rounding; 2020 data includes 11,543 unique apps with 11,569 categorizations. 2017 data includes 11,216 unique apps with 11,249 categorizations. 2015 data includes 24,012 apps with 24,088 categorizations. 2020 view removes apps pending review.

La tendenza di crescita di soluzioni digitali per la salute si registra anche per le terapie digitali (DTx) ovvero tecnologie che offrono interventi terapeutici “guidati da programmi software di alta qualità, basati su evidenza scientifica ottenuta attraverso sperimentazione clinica metodologicamente rigorosa e confermatrice, per prevenire, gestire o trattare un ampio spettro di condizioni fisiche, mentali e comportamentali”.

Le DTx possono essere utilizzate da sole o in associazione ad altri interventi terapeutici (es. terapie farmacologiche) basati sulle evidenze²⁵. IQVIA nell’analizzare i Digital Health Trends ha rilevato 259 tra terapie e cure digitali; tra questi ci sono 137 terapie digitali (DTx) app, giochi e realtà virtuale e 122 prodotti digital care, piattaforme di cura e strumenti di cura. Anche diversi studi clinici attivi includono sensori e digital biomarkers; 96 studi clinici hanno utilizzato i digital biomarker come endpoint (prevalentemente in neurologia, disturbi muscolo-scheletrici e del sonno).

²⁵ “TERAPIE DIGITALI, Una opportunità per l’Italia”, Tendenze nuove, Numero Speciale n.01 2021, Fondazione Smith Kline

Exhibit 10: Therapeutic Focus of DTx and DCs Across All Phases of Development, 2021



Source: IQVIA Digital Solutions Database, Jun 2021; IQVIA Institute, Jun 2021
 Notes: Other DCs include rheumatology, hearing disorder, urologic disease, women's health / sexual health. Other DTx includes dermatology, liver disease, metabolic disorder, movement disorder, ophthalmology, orthopedics, respiratory, transplantation, vision disorders. DTx and DCs that treat multiple therapy areas are counted in each, such that DTx were mapped 146 times and DCs 136 times.

A fronte di questo scenario in crescente sviluppo per mettere il digitale al servizio del miglioramento dei percorsi di cura, le DTx sono già autorizzate e disponibili solo in alcuni Paesi europei dove vengono prescritte dai medici e/o rimborsate dai Servizi Sanitari pubblici come nel caso di Francia e Germania. In Italia, invece, ad oggi non ci sono DTx prescrivibili, utilizzabili in ambito clinico o riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale²⁶. Peraltro, nel nostro Paese ci sono diverse criticità da affrontare rapidamente per definire come si valuteranno le Terapie digitali (quali caratteristiche delle indagini cliniche, HTA, ecc.), come e se potranno accedere alla rimborsabilità da parte del SSN e a quali condizioni (es. necessità prescrizione medica, con quali tariffe/costi), anche quando - ad esempio - sono in combinazione farmaco/terapia digitale. È poi necessario capire se e come i dati e le informazioni che deriveranno dalle DTx si potranno/vorranno integrare ad esempio con il FSE, la piattaforma di telemedicina, etc.

4. Professionisti sanitari e assistiti del SSN: passa da loro la chiave del successo per la digitalizzazione

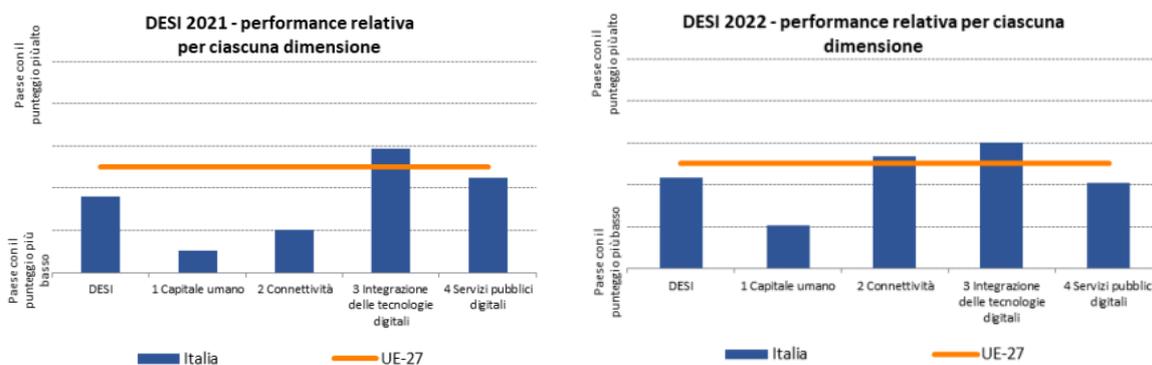
Se la telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione, come ben definisce il DM77, allora la "messa a terra" delle soluzioni di telemedicina richiede non solo un'infrastruttura informatica adeguata, sicura, interoperabile, ma anche la "prontezza" dell'organizzazione sanitaria nel rivedere, aggiornare e armonizzare i processi e

²⁶ "TERAPIE DIGITALI, Una opportunità per l'Italia", Tendenze nuove, Numero Speciale n.01 2021, Fondazione Smith Kline

adeguare le competenze professionali, nonché l'accettazione e l'utilizzo da parte di pazienti e caregiver.

A riprova di questo ci sono le informazioni del "censimento" telemedicina del Ministero della salute. L'applicazione della telemedicina, analogamente a quanto riportato per il FSE, si è confrontata con una serie di ostacoli: oltre una esperienza su 4 (28%) ha registrato rallentamenti nell'andare a regime a causa di problemi tecnici (62 esperienze) o culturali come l'analfabetismo digitale (61 esperienze).

La dimensione degli aspetti culturali non stupisce, se consideriamo che l'Italia ha un indice DESI²⁷ nel 2022 che ci pone al diciottesimo posto tra i 27 Stati Membri (punteggio 49,3 contro la media europea 52,3) e molto al di sotto della media europea proprio per il fattore umano (continuiamo a essere terzultimi anche nel 2022 nella "classifica europea" e facciamo meglio solo rispetto a Romania e Bulgaria, nonostante i miglioramenti).



Fonte: Indice di digitalizzazione dell'economia e della società (DESI) 2021 e 2022, Italia

L'Osservatorio Sanità Digitale identifica due ambiti di competenze digitali per i professionisti sanitari: le competenze digitali di base (Digital Literacy) legate all'utilizzo di strumenti digitali o applicazioni nella vita quotidiana e le competenze digitali professionali (e-Health Competences) relative all'utilizzo di tecnologie e applicazioni nell'attività lavorativa.

Rispetto alle competenze digitali di base, circa il 60% dei medici specialisti e dei Medici di Medicina Generale (MMG) ha un livello competenze almeno sufficiente nell'utilizzo di strumenti digitali per svolgere attività che fanno ormai parte della quotidianità (utilizzare chat, effettuare video-chiamate, acquistare online); quota che supera il 75% tra i più giovani (sotto i 44 anni), mentre scende sotto il 50% tra gli over 65.

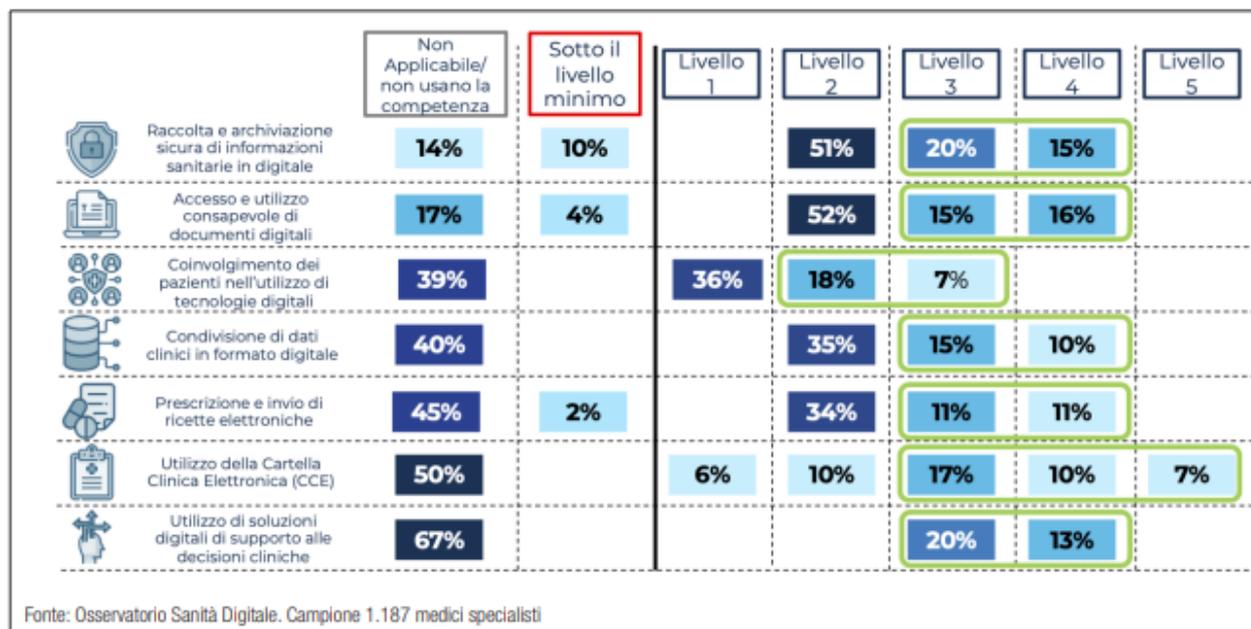
²⁷ Indice di Digitalizzazione dell'Economia e della Società

Se consideriamo anche tutti gli ambiti “avanzati” (es. assistenti vocali, chatbot, etc.) il 9% dei medici specialisti e il 10% dei MMG hanno un livello di competenze sopra la sufficienza²⁸.

I MMG con oltre 27 anni di anzianità dalla laurea sono 33.012 su 42.428²⁹ e coincidono quasi completamente con il numero di medici di famiglia che andrà in pensione entro il 2028 secondo le stime FIMMG.³⁰ E ricordiamo che saranno proprio i MMG i protagonisti del successo del raggiungimento del traguardo dell’85% di FSE da loro alimentati.

Guardando alle e-health competence emerge che ancora molti medici specialisti non utilizzano gli strumenti digitali (es. la Cartella Clinica Elettronica solo nel 50%) e non hanno ancora potuto sviluppare le competenze ad essi associate. Dall’altro, si osserva che solo il 4% dei medici specialisti ha una valutazione soddisfacente su tutte le aree³¹.

Figura 14a.3. Le e-Health competences dei medici



Eppure, i temi “digital”, telemedicina, Fascicolo Sanitario sono oggetto crescente di formazione ECM del personale sanitario. Abbiamo ricostruito il quadro dal 2019 ad oggi³² e si può vedere un incremento di eventi formativi sui temi digital/telemedicina dal 2019 ad oggi, in costante crescita. Più tiepido l’interesse su FSE. Nel 2020 sono stati

²⁸ Il PNRR per lo sviluppo del modello della Connected Care, Paolo Locatelli, Responsabile Scientifico dell’Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano Chiara Sgarbossa, Direttore dell’Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano

²⁹ Annuario Statistico del SSN, 2019

³⁰ [I numeri della carenza dei medici di famiglia regione per regione \(sanitainformazione.it\)](https://www.sanitainformazione.it)

³¹ XVII Rapporto Crea Sanità

³² Ultimo accesso 7 luglio 2022, dati 2022 aggiornati al 7 luglio 2022.

promossi 244 eventi ECM su digitale, telemedicina e FSE, nel 2021 sono stati 308 e nei primi sei mesi del 2022 sono già stati promossi 156.

N. eventi ECM su cronicità (pat. comprese/non ricomprese parte 2 PNC), telemedicina, FSE, digital

Anno	Cronicità ^o	Psoriasi	Parkinson	Reuma	Diabete	Digital	Telemedicina	FSE
2019	980	168	102	261	667	150	14	2
2020	659	149	40	167	571	197	46	1
2021	769	167	65	216	598	218	90	4
2022*	405	60	32	120	360	107	47	2

* dati relativi ai primi 7 mesi 2022 - ° ricerca con "cronic"
 Fonte: Salutequità su banca dati ECM Agenas

Non è ancora "prassi" ovunque fare formazione sulla telemedicina nelle Regioni: lo studio Deloitte³³ riferisce che **Abruzzo, Liguria, Puglia e Piemonte**, dichiarano di non erogare corsi di formazione e/o aggiornamento in telemedicina. **Lazio, Lombardia, Sicilia, Toscana e Trentino-Alto Adige** erogano questi corsi almeno una volta all'anno. In particolare, nella PA di Trento l'azienda sanitaria, in collaborazione con **TrentinoSalute4.0**, organizza percorsi formativi anche in ambito di formazione manageriale su sanità digitale, telemedicina, Big Data e Intelligenza Artificiale.

Lo stesso PNRR prevede finanziamenti per lo sviluppo di competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, pari a 740 milioni di euro. Tra le azioni c'è l'erogazione di progetti formativi per lo sviluppo di competenze di management e digitali per i professionisti del SSN: si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 4.500 persone entro la metà del 2026.

Ancora non sono chiari né i percorsi formativi che verranno sviluppati, né se e come questi si intrecceranno e beneficeranno dei lavori - attivi da anni - del PoNGOV Cronicità³⁴. Quest'ultimo, tra l'altro, ha tra i suoi obiettivi proprio la promozione dello sviluppo di capacità e competenze nella definizione di modelli innovativi e sostenibili per l'implementazione del PNC attraverso l'ICT (la ricognizione delle azioni di cambiamento necessarie alla loro attuazione, la pianificazione e la realizzazione di investimenti e di interventi di adozione, nonché la definizione di appropriate strategie di change management³⁵).

Un fattore incentivante l'utilizzo del FSE in particolare potrebbe essere la riduzione degli oneri burocratici che vengono segnalati dai medici e avvertiti come un aggravio al

³³ Progetto Telederma, Deloitte

³⁴ Durata 2017-2023 - [Il progetto \(osservatoriocronicita.it\)](http://osservatoriocronicita.it)

³⁵ [Il Ministero della Salute \(osservatoriocronicita.it\)](http://Il Ministero della Salute (osservatoriocronicita.it))

proprio lavoro. Ad esempio, l'associazione OTODI - Ortopedici Traumatologi Ospedalieri d'Italia ha rilevato che l'ortopedico in ambulatorio o in pronto soccorso, su una media di 30 prestazioni giornaliere, dedica fino a 410 minuti al giorno alla compilazione di moduli per presidi ortopedici, certificati di malattia o Inail oltre che alla programmazione di controlli, al collegamento dei database ai sistemi tessera sanitaria e alla firma dei referti con token. Il chirurgo ortopedico arriva a trascorrere in reparto fino a quattro ore al giorno solo per la compilazione delle cartelle cliniche, o per le procedure di dimissione dei pazienti o per la compilazione dei moduli di richiesta di continuità assistenziale.

Oneri amministrativi e tempi necessari per medici in ambito chirurgico-ortopedico

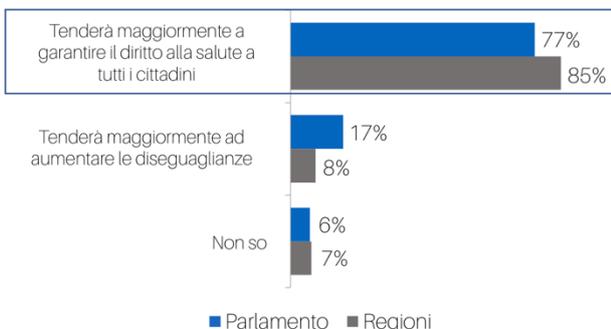
N.	DOMANDE	TEMPO IMPIEGATO (x operazione)	N. MEDIO DI PRESTAZIONI GIORNALIERE	TEMPO TOTALE PER OPERAZIONI GIORNALIERE	MINIMO	MASSIMO
1	COMPILAZIONE CARTELLA	18,56'	X 3	55,68'	3 minuti	60 minuti
2	AMMISSIONE DEL PAZIENTE SUL SISTEMA INFORMATICO	8'	X 3	24'	1 minuto	40 minuti
3	RICHIESTA EMOCOMPONENTI	6,82'	X 3	20,46'	1 minuto	30 minuti
4	DIMISSIONE DEL PAZIENTE (SDO)	14,54'	X 3	43,62'	1 minuto	60 minuti
5	PRESCRIZIONI IMPEGNATIVE SSN	7,56'	X 3	22,68'	1 minuto	20 minuti
6	GESTIONE NOTA OPERATORIA	13,80'	X 1	13,80'	1 minuto	45 minuti
7	COMPILAZIONE MODULI DI RICHIESTA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	11,46'	X 2	22,92'	1 minuto	60 minuti

Fonte: Otodi, 2022

E ancora si segnalano ad esempio la compilazione dei registri AIFA. Altro aspetto da gestire è quello dell'impatto sulle **disuguaglianze che potrebbero essere generate dalla digitalizzazione**: esiste infatti il timore tra i cittadini che la digitalizzazione possa aumentare le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, espressione anche della consapevolezza del digital divide nella popolazione.

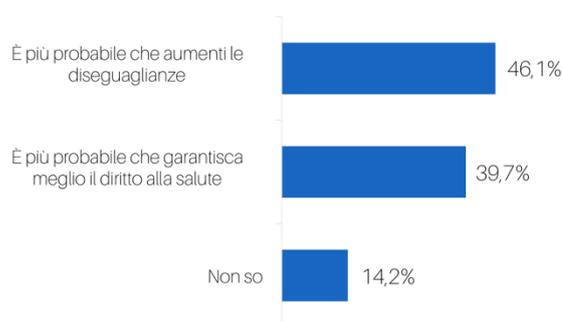
L'opinione dei decisori/ Digitalizzazione e diritto alla salute

Secondo lei, la digitalizzazione della sanità tenderà maggiormente ad aumentare le disuguaglianze di accesso alle cure o garantire meglio a tutti il diritto alla salute?



L'opinione dei cittadini/ Digitalizzazione e diritto alla salute

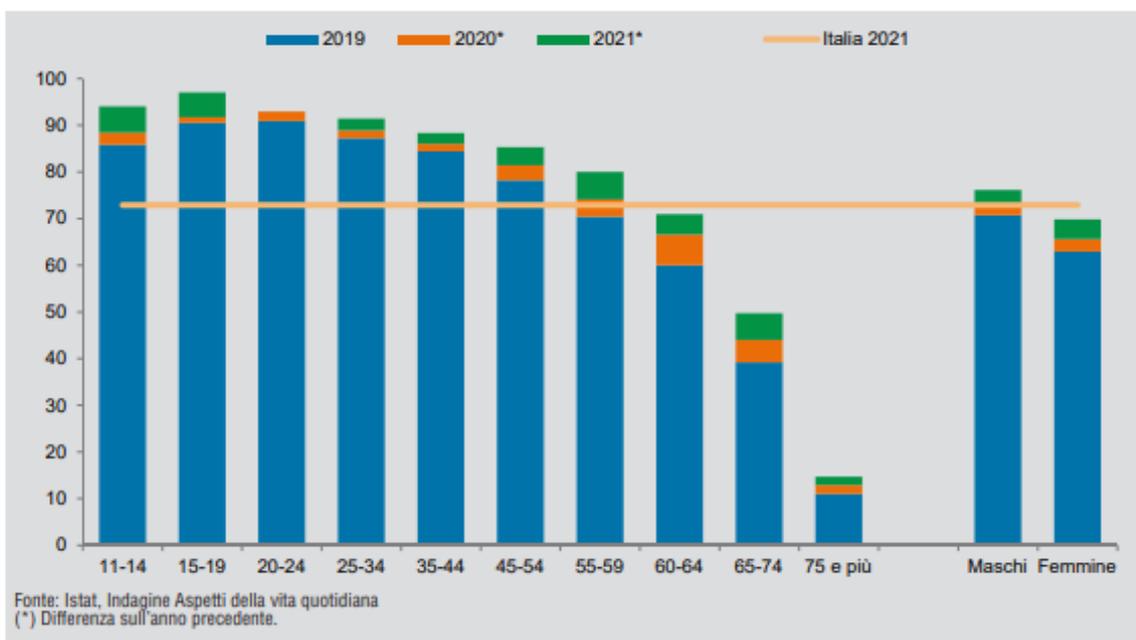
Secondo lei, è più probabile che la digitalizzazione del sistema sanitario aumenti le disuguaglianze per accedere ai servizi sanitari o che garantisca meglio a tutti il diritto alla salute?



Fonte: La sanità 2030, LSCube in collaborazione con Quorum/YouTrend ³⁶

L'Istat³⁷ indica che la quota di persone che usano almeno una volta a settimana internet, nella fascia d'età 65-74 anni, è poco meno del 50%. In queste classi di età l'uso regolare di internet è cresciuto di più, intorno ai 10 punti percentuali negli ultimi due anni. Restano ancora indietro le persone di 75 anni e più (14,7%), nonostante l'incremento registrato tra il 2019 e il 2021 (+ 3,7 punti percentuali). Va considerato che a partire dai 65 anni in su, lo svantaggio femminile è di circa 10 punti percentuali.

Figura 8. Persone di 11 anni e più che hanno usato internet almeno una volta a settimana nei 3 mesi precedenti l'intervista. Anni 2019-2021. Valori percentuali



³⁶ <https://www.lscube.it/wp-content/uploads/2022/04/NETHHEALTHSanitaInRete070422.pdf>

³⁷ RAPPORTO BES 202: IL BENESSERE EQUO E SOSTENIBILE IN ITALIA, ISTAT

Sempre l'Istat indica che 1 milione di anziani over 75 vive solo oppure con altri familiari anziani senza supporto o con un livello di aiuto insufficiente. Resta da capire se e come la digitalizzazione potrà sostenere queste persone dal momento che non possiedono un indirizzo email, non potranno gestire autonomamente il proprio SPID e quindi accedere alle semplificazioni e opportunità di accesso di cui beneficeranno gli altri assistiti.

Laddove la persona non sia in grado di "digitalizzarsi" avrà bisogno di aiuto, e questo potrebbe ricadere sul caregiver (familiare o professionale) che, qualora ne fosse capace, dovrà occuparsi della preparazione del setting per la ricezione delle prestazioni di sanità digitale, del caricamento delle informazioni nel diario del paziente, delle procedure di abilitazione alla piattaforma, etc. Si riducono quindi i tempi per gli spostamenti fisici, ma **resta comunque un'attività assistenziale "digitale" la cui intensità dovrà essere misurata, anche andando a guardare l'impatto di genere.**

Altro aspetto da considerare, come rileva anche il DM 77, è il profilo tecnologico del paziente/caregiver che prevede, rispetto alle cure domiciliari, le abilità/capacità di usare dispositivi e strumenti digitali, ma anche l'idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc.), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie. Laddove si preveda l'utilizzo di dispositivi personali (es. smartphone) è necessario che si verifichi l'adeguatezza/aggiornamento per potersi collegare con le piattaforme di assistenza in uso dal servizio sanitario e quindi prevedere che possano "girare" anche con dispositivi più vetusti o low cost.

A fronte dei rischi che potrebbero generare inefficacia -se non produzione di disuguaglianze- da affrontare e gestire, va riconosciuto che una grande spinta verso la telemedicina, la digitalizzazione, il potenziamento dei servizi digitali viene proprio dal basso: professionisti sanitari e associazioni di pazienti in primis, come mostra la figura che segue. **L'implementazione del 61% dei servizi di telemedicina è stata promossa da medici o professionisti sanitari.**



Grafico 16. Rappresentazione dei promotori dell'implementazione dei servizi di telemedicina.

Fonte: Telemedicina e covid-19: impatti e implicazioni all'interno delle organizzazioni sanitarie italiane, LUIC

Da una nostra desk research sulle iniziative di telemedicina, abbiamo rilevato esperienze realizzate o in progettazione promosse da società scientifiche e/o associazioni pazienti. Tali esperienze partono dalle esigenze di clinici e pazienti e sono state attivate/progettate per rispondere ai bisogni di continuità delle cure, gestione della presa in carico, engagement, mettendo al centro la qualità di vita dei pazienti.

I numeri sono molto interessanti: in reumatologia per esempio 110 centri usano la piattaforma iAR promossa da SIR con il patrocinio di ANMAR; i pazienti seguiti sono 2500 e sono 50.000 le autovalutazioni (PROs) compilate autonomamente dai pazienti afferenti ai centri. In ambito onco-ematologico la piattaforma Gimema ALLIANCE è attiva in 25 centri ematologici ed ha permesso a più di 100 ematologi di monitorare la qualità di vita, l'aderenza alla terapia di circa 550 pazienti. Sono già stati pubblicati i primi due articoli scientifici sulla piattaforma ALLIANCE e su riviste internazionali peer-reviewed³⁸.

Guardando solo alle esperienze che abbiamo mappato sono/sono stati assistiti più di 5300 pazienti. Numeri che rappresentano buone notizie e che ci fanno dire che l'obiettivo

³⁸ Efficace F, Patriarca A, Luppi M, et al. Physicians' Perceptions of Clinical Utility of a Digital Health Tool for Electronic Patient-Reported Outcome Monitoring in Real-Life Hematology Practice. Evidence From the GIMEMA-ALLIANCE Platform. *Front Oncol.* 2022 Mar 17;12:826040.

Efficace F, Breccia M, Fazi P, Cottone F, Holzner B, Vignetti M. The GIMEMA-ALLIANCE Digital Health Platform for Patients With Hematologic Malignancies in the COVID-19 Pandemic and Postpandemic Era: Protocol for a Multicenter, Prospective, Observational Study. *JMIR Res Protoc.* 2021 Jun 1;10(6):e25271.

di assistere in telemedicina *entro il 2025 nel nostro Paese 200.000 persone (target UE)*³⁹ è un obiettivo raggiungibile e apparentemente poco sfidante.

Resta poi da chiarire se e come queste iniziative potranno essere messe a sistema e continuare ad essere operative, se riusciranno a trovare le risorse per aggiornarsi e rispettare gli standard previsti dalla piattaforma nazionale. Aspetto questo che richiederebbe una riflessione in termini di partnership pubblico-privato, visto che iniziative già diffuse sono state promosse con finanziamenti da privati (onlus, aziende farmaceutiche, etc.).

Esempi esperienze di telemedicina “partite dal basso”

Nome iniziativa/area riferimento e soggetto promotore	Finanziamenti pubblici/privati	Informazioni utilizzo e caratteristiche
iAR plus - Reumatologia SIR, Società italiana Reumatologia. Patrocinata da associazione ANMAR	Aziende farmaceutiche	110 centri di reumatologia che usano la piattaforma (tra televisita e cartella elettronica). Oltre 2500 pazienti coinvolti. 50.000 autovalutazioni (PROs) compilate autonomamente dai pazienti dei Centri che utilizzano iAR Plus. iAR Plus telesalute è la piattaforma che, tra una visita di controllo e l'altra, permette al paziente di compilare autonomamente questionari di autovalutazione (Patient Reported Outcomes-PROs). Il medico quindi può monitorare a distanza l'andamento della malattia del proprio assistito senza aspettare la visita di controllo successiva. La piattaforma offre soluzioni mature, unisce televisita e telesalute, permette di alimentare il Fascicolo Sanitario (FSE) con dati dei pazienti, offre un' app validata da Società Scientifica ed Associazioni Pazienti.
Teleriabilitazione Fondazione Don Gnocchi	Accreditamento con il SSN	Attivo in dodici centri di 5 regioni: Lombardia, Lazio, Emilia Romagna, Marche e Basilicata. Dal 2020 erogati 44.500 trattamenti; 500 operatori coinvolti; 2.320 pazienti hanno seguito un programma personalizzato.
Amici We Care 2.0 Amici Onlus	Aziende farmaceutiche	Ecosistema di servizi: dalla possibilità di prenotare e scaricare esami di laboratorio – che saranno effettuati anche tramite prelievi a domicilio – ai teleconsulti gratuiti con specialisti, infermieri, psicologi ed esperti legali, fino al telemonitoraggio. Grazie all'ausilio di dispositivi indossabili d'avanguardia e certificati. Consentirà la raccolta e l'aggiornamento di dati Patient Reported Outcome.

³⁹ Piano Cronicità: costituzione della cabina tecnica di regia regionale e programmazione delle attività regionali e aziendali per l'anno 2022

Gimema Alliance ⁴⁰ GIMEMA	AIL Roma	Consente monitoraggio e gestione online dei pazienti onco-ematologici, per far riconoscere precocemente i problemi dei pazienti ai propri medici. Il paziente compila questionari su sintomi, terapia e qualità di vita. Il medico di riferimento riceve notifica di alert se presenti sintomi clinicamente rilevanti/problemi di aderenza alla terapia. Possibile organizzare un teleconsulto. La piattaforma ALLIANCE è attiva in 25 centri ematologici. ha permesso a più di 100 ematologi di monitorare circa 550 pazienti.
Tessere Smart Share ANMAR in collaborazione con ASL Rieti, il supporto di SIR, FIMMG e FEDERFARMA e la supervisione dell'ISS		Piattaforma informatica che si interfaccia con tutte le altre già esistenti. Mette in contatto i centri di cura e i MMG; traccia il percorso clinico dei pazienti con una malattia cronica infiammatoria e con dolore correlato; verificare il PDTA; permettere in caso di necessità o di impossibilità di movimento, di interfacciarsi MMG e specialisti con una procedura prestabilita e condivisa.
Fonte: Desk research, Salutequità		

Proprio perché c'è consapevolezza sempre più diffusa che l'utilizzo della telemedicina può rappresentare un valore aggiunto qualificante la qualità della vita e dell'assistenza, si stanno sviluppando diverse iniziative volte ad offrire un supporto concreto nella messa a terra "da subito" delle opportunità di sanità digitale nella vita dei pazienti e nell'esercizio quotidiano della professione di MMG, Distretti sanitari, pazienti, infermieri, ecc.

Rientrano tra queste, ad esempio, le attività del progetto di studio e ricerca promosso da CREA Sanità. Obiettivo della progettualità è la definizione di indicazioni sull'applicazione delle soluzioni di medicina digitale (telemedicina, servizi digitali, devices digitali per la somministrazione dei farmaci etc.) nei percorsi Socio-Sanitari di presa in carico a livello regionale e/o sub-regionale, prendendo come case-study patologie croniche reumatologiche/dermatologiche, col fine ultimo che possano rappresentare una "guida" per l'aggiornamento di percorsi di cura regionali già implementati o per la creazione di nuovi.

In particolare, vengono prese come caso studio la Psoriasi, l'Artrite Reumatoide, l'Artrite Psoriasica e le Spondilo Artriti non radiografiche, afferenti alle aree dermatologia e reumatologia. La progettualità prende in analisi gli unmet needs nell'attuale presa in carico nella prospettiva dei pazienti e dei clinici (ospedalieri e non).

E ancora sono molteplici le collaborazioni tra associazioni pazienti/società scientifiche e l'ISS. Il CNTNT, durante il 2020, ha collaborato su richiesta anche con la Società Italiana di Diabetologia, Associazione Medici Diabetologi, Società Italiana di Endocrinologia, fornendo un parere tecnico-scientifico sul documento di indirizzo per l'uso di alcune

⁴⁰ <https://alliance.gimema.it/>

prestazioni in Telemedicina in favore dei pazienti diabetici durante l'emergenza pandemica COVID. Altri gruppi sono in corso di organizzazione in: dermatologia, reumatologia, endocrinologia, genetica medica, anatomia patologica, pediatria⁴¹.

5. Cronicità e telemedicina nelle Regioni: alcune esperienze

La **Regione Piemonte** con la sua D.D. 2 maggio 2022, n. 725 ha ripreso in mano l'attuazione del Piano cronicità, considerando che la pandemia da Covid-19 ha forzatamente ridotto l'attuazione delle azioni previste a livello aziendale per l'implementazione dei rispettivi Piani Cronicità e quindi impedito nei fatti il raggiungimento di quanto preventivato con il cronoprogramma 2020-2021. Ha quindi definito una serie di obiettivi, azioni e tempi di conseguimento per rendere monitorare l'effettività della programmazione. Rispetto alla telemedicina ha previsto la definizione di almeno una prestazione erogabile sul territorio in telemedicina per ciascun PSDTA; entro il 31/12/2022 il monitoraggio puntuale delle prestazioni erogate in telemedicina nei PSDTA al livello regionale e locale e, entro la stessa scadenza, l'inserimento progressivo delle azioni previste dai PSDTA nel FSE per le seguenti patologie: BPCO, scompenso cardiaco, malattia renale cronica, malattia di Parkinson, con valutazione del numero di informazioni effettivamente inserite.

Nel 2019 il **PonGov cronicità** ha raccolto oltre 30 buone pratiche di uso di ICT e sistemi di Connected care per la gestione delle cronicità su segnalazione della *Rete dei Referenti Regionali per la cronicità e l'ICT*. Sette di queste iniziative si riferiscono alla patologia diabetica. La maggior parte delle iniziative si riferisce a patologie specifiche e si occupa di quelle indicate nella parte seconda del PNC (BPCO, scompenso cardiaco in primis).

Le aree sulle quali le Regioni hanno mostrato necessità di maggior supporto sono sistemi e soluzioni di telemedicina, modelli innovativi di ADI e presa in carico e PDTA per la cronicità. Rispetto alle tre macro-questioni Agenas rileva che le esperienze più significative messe in atto dalle Regioni su queste 3 aree sono concentrate al nord-est (eccetto il Piemonte). In particolare:

Modelli di telemedicina	TreC, Provincia Autonoma di Trento	"E-Visus", ASL di Cuneo 2 - Regione Piemonte
--------------------------------	------------------------------------	--

⁴¹ 17° Rapporto Crea Sanità, Il Futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione. A cura di Federico Spandonaro, Daniela D'Angela, Barbara Polistena

Modelli innovativi di ADI	Cure domiciliari, Regione Veneto	Smartcare, Regione Friuli Venezia-Giulia
Presca in carico e PDTA	Cure domiciliari, Regione Veneto	Smartcare, Regione Friuli Venezia-Giulia

Guardando al tema dell'equità e dell'accessibilità alle cure, segnaliamo in **Emilia-Romagna** l'iniziativa dell'AUSL Piacenza che ha avviato una sperimentazione presso l'Istituto penitenziario locale per l'implementazione della Telemedicina per affrontare problemi di carattere pneumologico, cardiologico, dermatologico (invio immagini raccolte con il dermatoscopio).

In **Veneto** l'esperienza della ULSS 3 Serenissima⁴² ha permesso in meno di due mesi di connettere 1050 medici connessi ed erogare 700 videovisite. Il sistema supporta programmi di telemonitoraggio su specifici parametri che prevedono anche l'ausilio di dispositivi connessi e la possibilità di essere applicati a varie branche specialistiche, come cardiologia, pneumologia, medicina riabilitativa, dermatologia, diabetologia. E ancora ha deliberato fondi all'AOU Padova per elaborare un progetto per il servizio di assistenza sanitaria erogabile a distanza in favore delle persone affette da sclerosi multipla.

Nella **PA di Bolzano**, per alleggerire i medici dal lavoro burocratico e accorciare di conseguenza le liste d'attesa, la Provincia autonoma di Bolzano ha creato una nuova figura professionale, l'assistente per la documentazione, proprio perché l'inserimento di documentazione, l'aggiornamento delle banche dati e la prenotazione di ulteriori visite attualmente "rubano ai medici molto tempo". Tali figure professionali lavoreranno nelle strutture ospedaliere e negli studi dei MMG.

Nella **PA di Trento**, esiste una specifica procedura per l'attività di televisita (inserita nel nomenclatore tariffario provinciale da aprile 2020) in tutte le branche specialistiche ambulatoriali. L'uso della piattaforma Healthmeeting, integrata all'interno dell'applicativo SIO (Sistema Informativo Ospedaliero) ambulatoriale, consente allo specialista di interagire in audio e video con il paziente in sicurezza e di produrre referti e prescrizioni dematerializzati in tempo reale. **Le visite da remoto rappresentano circa l'11% di tutte le visite effettuate nel primo semestre 2021**, nei 4/5 dei casi si tratta di visite successive alla prima.

Nella **Regione Lazio** è attivo il progetto **PSO-Mother**, finanziato da Ministero della Salute e coordinato dal Dipartimento di Epidemiologia del Lazio (DEP Lazio) e da Regione Lazio. Il progetto Pso-Mother (Psoriasis in the Mother with Treatments and Health Endpoints Risk) nasce per studiare la sicurezza in gravidanza di nuovi e vecchi farmaci utilizzati nelle donne affette da psoriasi e valutare il loro impatto sulla

⁴² <https://www.aulss3.veneto.it/Telemedicinamille-specialisti-iperconnessiin-un-solo-mese-Venezia-la-prima-cittper-medici-in-rete-e-videovisite-effettuate>

salute della madre e del bambino. Il progetto prevede l'articolazione di più studi che si avvalgono dei database sanitari della Regione, come ad esempio Sistema Informativo Ospedaliero (SIS), Sistema Informativo Emergenza Sanitaria (SIES), Registro Elettronico di Piano Terapeutico (REPT), Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Il progetto è un esempio di medicina di genere, che indaga e offre informazioni su condizioni e interazioni altrimenti non note, se si considera che la ricerca tende ad escludere le donne in gravidanza dai trial. Il progetto prevede anche un portale informativo, con strumenti utili per misurare i propri fattori di rischio, un questionario per concorrere ad una conoscenza di gravidanza/psoriasi e fornire informazioni sulla patologia.

Un tema quello della gravidanza e della medicina di genere particolarmente sentito e bisognoso di approfondimento quando si parla di cronicità e per i quali la sanità digitale deve fare la sua parte. Al livello nazionale, sul tema, si segnala la rete Mom-Net, promossa da AIFA e il portale promosso dalle associazioni pazienti ANMAR, APIAFCO e APMAR <https://www.generedonna.it/>

In **Puglia** è stato messo a punto COREHealth, un progetto a supporto di operatori sanitari e pazienti. La Centrale Operativa Regionale di telemedicina delle cronicità e delle reti cliniche mette a disposizione del team di cura (medici e infermieri) una piattaforma cloud (di backoffice) per la gestione telematica dei pazienti offrendo telemonitoraggio, teleassistenza, televisita, teleconsulto e telecooperazione sanitaria; servizi digitalizzati per la presa in carico, personalizzazione e gestione dei piani di cura dei pazienti; gestione logistica/magazzino dei kit dispositivi medici. Inoltre mette a disposizione un'app che permette al paziente di restare in contatto col proprio medico specialista (videochiamate e chat), di consultare l'agenda delle televisite programmate, di visualizzare il piano terapeutico e l'inserimento dei parametri vitali che vengono comunicati al medico in tempo reale; la misurazione della compliance al percorso di cura (assunzione di farmaci, stile di vita).

6. Il caso della teledermatologia

Delle oltre 220 iniziative di telemedicina registrate da Altems negli ultimi due anni, 10 (circa il 4,5%) riguarda l'ambito dermatologico (ALTEMS 2021). Ricordiamo che le patologie dermatologiche, come psoriasi o dermatite atopica, non sono presenti nella parte seconda del PNC, ovvero nel *"primo elenco di patologie croniche, per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatori specifici a livello nazionale, individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure"*⁴³.

⁴³ Fonte: Piano Nazionale Cronicità

Eppure al livello aziendale sono state promosse diverse sperimentazioni, che hanno visto protagonisti non solo gli specialisti, ma anche MMG e assistiti.

Realtà territoriale	Tipologia intervento	Patologie/ambito applicazione
S.C. Dermatologia dell'E.O. Galliera di Genova	Teleconsulto asincrono con MMG (in precedenza formati) della ASL-3 di Genova. Immagini/dati clinici acquisiti via smartphone da MMG e caricati su piattaforma dedicata (Teledermatologia "Ospedali Galliera" 2022), sulla quale i MMG ricevono i teleconsulti ed interagiscono con i teleconsulenti dermatologi. Messaggistica asincrona via e-mail per monitoraggio clinico, controllo esami e controllo trattamento per pazienti degli ambulatori dedicati di secondo livello.	Triage dei tumori cutanei, psoriasi e acne. Per il secondo livello: psoriasi, melanoma, linfomi cutanei, dermatiti autoimmuni.
A.O.U.P. dermatologia Policlinico Paolo Giaccone di Palermo	Piattaforma di teleconsulto: consente a MMG di entrare in contatto con la rete telematica di comunicazione ed interazione della dermatologia dell'ospedale per ottenere un consulto dermatologico per l'anamnesi del paziente e l'eventuale analisi di materiale fotografico caricato nella piattaforma.	
U.O.C. dermatologia Policlinico Federico II di Napoli	Servizio di televisita nell'ambito della dermatologia clinica, che permette al paziente, tramite interazione con il proprio MMG, di prenotare un appuntamento per televisita. I programmi attivi di televisita e teleconsulto permettono già oggi di ottenere un referto firmato digitalmente dal medico (telerefertazione), di creare promemoria per aumentare l'aderenza terapeutica in caso di follow-up e monitoraggi post cure e di creare archivi di refertazione e documentazione sanitaria su televisite e consulti.	Pediatria e condizioni croniche (es. psoriasi)
Azienda ULSS 8 Berica in collaborazione con il Centro Studi GISED	Clicca il NEO è un progetto in fase sperimentale. Gli assistiti di età superiore a 18 anni possono inviare immagini di lesioni pigmentarie sospette utilizzando una app scaricabile dal sito www.cliccailneo.it . Una prima valutazione delle lesioni verrà fornita dai dermatologi della Unità di Dermatologia dell'ospedale san Bortolo e inviata all'utente.	Lesioni pigmentarie sospette, melanoma

Dati Deloitte⁴⁴ mostrano che la messaggeria asincrona e sincrona sono le tipologie di prestazioni di telemedicina più utilizzate dai dermatologi; il coaching a distanza è quella meno utilizzata. 183 dermatologi dichiarano di non erogare prestazioni di telemedicina.

⁴⁴ Progetto TeleDerma, Deloitte, Abbvie, Galderma est. 1981

Tipologia di prestazioni di telemedicina attualmente utilizzate

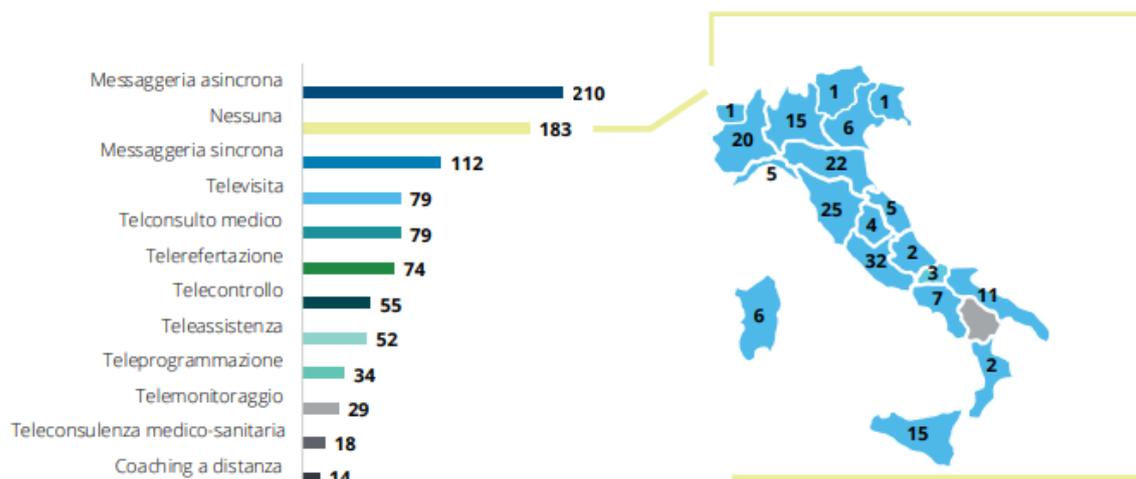


Figura 8 - Sulla sinistra sono riportate le diverse tipologie di prestazioni di telemedicina attualmente utilizzate dai dermatologi, sulla destra, il dettaglio della distribuzione geografica dei 183 dermatologi che dichiarano di non erogare attualmente prestazioni di telemedicina

Fonte: Deloitte, Progetto Telederma

La telemedicina risulta “risolutiva e sostitutiva” nella metà di casi. Il 50% (173 su 346) dei dermatologi non ha dovuto quasi mai ripetere in presenza le visite precedentemente erogate in telemedicina. Poco meno di un dermatologo su 5 (circa il 16%, ovvero 55 dermatologi) ha ripetuto le visite in presenza dopo una precedente prestazione in telemedicina nell’80%-100% dei casi.

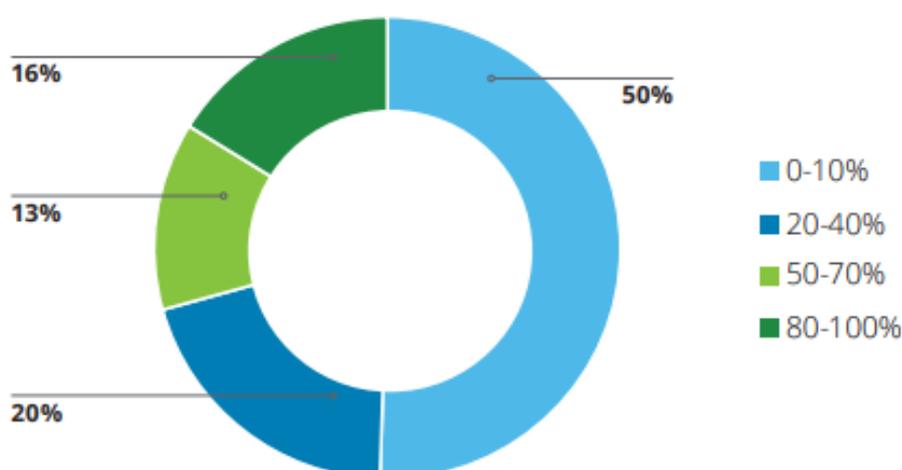


Figura 11 - Percentuale di visite eseguite in telemedicina che il dermatologo ha dovuto ripetere in presenza

Fonte: Deloitte, Progetto Telederma

Anche in dermatologia si conferma che la propensione alla telemedicina è correlata all’età del professionista. Risulta estremamente alto o alto nella fascia d’età compresa tra 31 e 45 anni (74%), rispetto alla media generale del 26% e al 20% degli over 60.

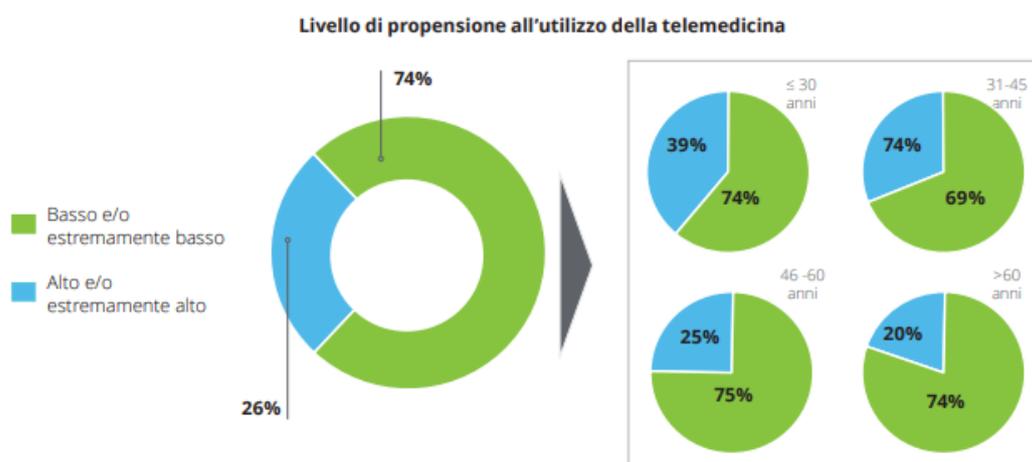


Figura 12 - A sinistra è mostrato il livello di propensione all'utilizzo della telemedicina dei dermatologi, a destra, è mostrato il dettaglio del livello di propensione per fasce d'età

Fonte: Deloitte, Progetto Telederma

Il 76% dei dermatologi non segue costantemente programmi di formazione e/o aggiornamento (es. corsi ECM) sul tema "telemedicina"; circa la metà indica che il centro o la Regione non erogano questo tipo di formazione.

La maggior parte dei dermatologi ritiene che televisita e teleassistenza vadano potenziate soprattutto nella fase di monitoraggio/follow-up; il teleconsulto medico, invece, per la fase di diagnosi.

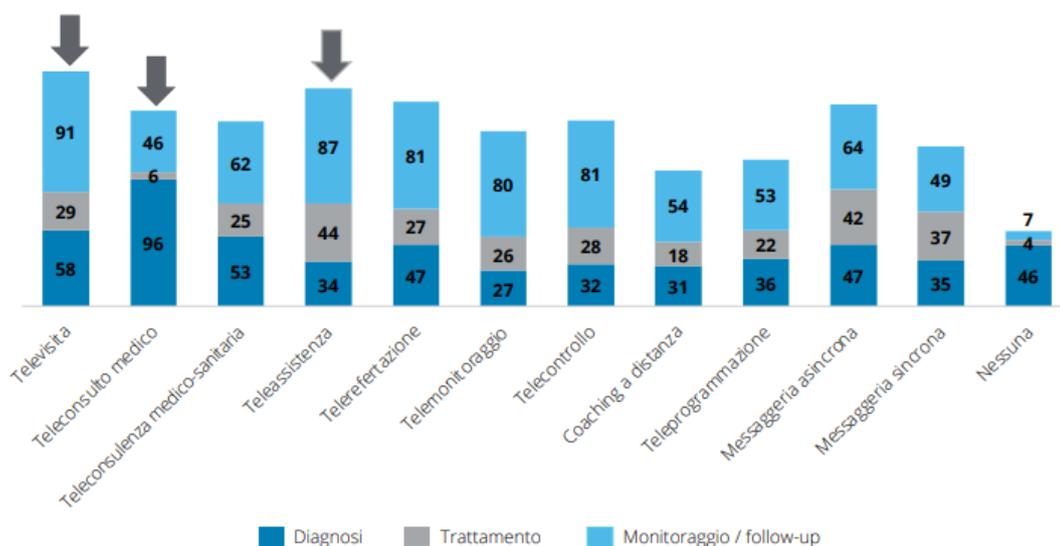


Figura 17 - Prestazioni di telemedicina che, secondo i dermatologi, necessitano di un potenziamento in relazione alle diverse fasi del percorso paziente

Fonte: Deloitte, Progetto Telederma

Secondo quanto raccolto da Deloitte da dermatologi (71%), regioni (54%) e pazienti (55%), la limitata conoscenza degli strumenti tecnologici è una delle criticità principali nell'uso della telemedicina. Segue la difficoltà di creare una rete virtuale fra i vari presidi

secondo i dermatologi (74%) e le regioni (50%) e il mancato riconoscimento della prestazione di telemedicina da un punto di vista tariffario, in particolare nella prospettiva di dermatologi (72%) e regioni (36%). I rischi legati ad aspetti etici, legali e socioculturali, nell'utilizzo della telemedicina, sono stati segnalati con un alto livello di criticità dai dermatologi (71%) e dalle regioni (36%).

Per i pazienti le criticità si annidano nella loro limitata conoscenza degli strumenti necessari (55%). Oltre uno su 3 (37%) teme per l'efficacia degli interventi/capacità di intercettare precocemente gli eventi acuti; il 36% il rischio di non avere un rafforzato contatto medico-paziente.

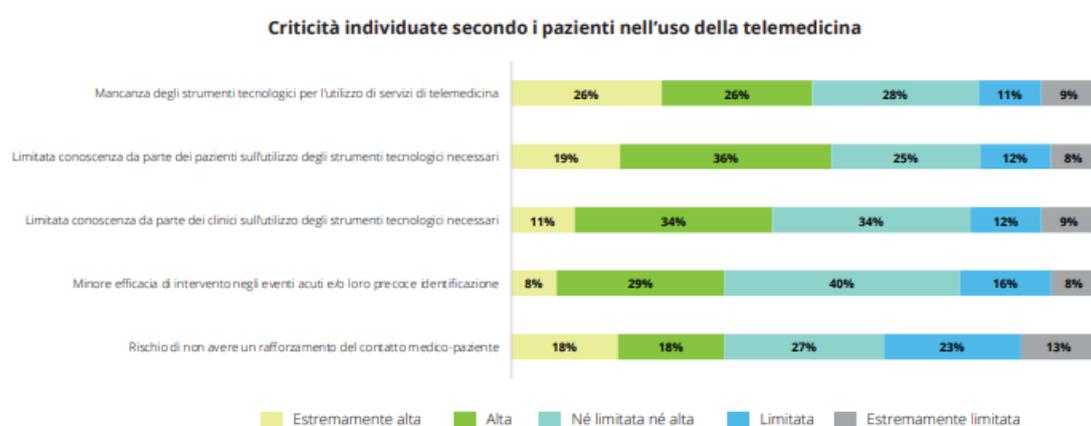


Figura 48b - Lista delle criticità evidenziate nell'utilizzo della telemedicina secondo i pazienti. Le preferenze espresse dal campione sono pesate attraverso un valore assegnato a ciascun livello di gradimento

Fonte: Deloitte, Progetto Telederma

In conclusione

Il Piano Nazionale Cronicità, approvato ormai circa 6 anni fa, trova un concreto aiuto per la sua applicazione nelle misure del PNRR. Tuttavia, per vedere i primi risultati la transizione verso il nuovo modello di assistenza richiederà almeno due anni e riguarderà inizialmente un numero limitato di assistiti, mentre le persone con patologie croniche hanno bisogno di risposte subito e nel mentre si agisce quanto previsto nel PNRR.

Tutte le evidenze riportate ci consegnano due messaggi: ci saranno forze motrici, forze frenanti rispetto al percorso in atto. Il successo passa dalle persone ma anche e soprattutto da cosa misureremo a fronte di questo grande dispiego di risorse economiche e umane.

Rispetto alla digitalizzazione ci sono punti di forza e di debolezza: i punti di forza sono senz'altro la spinta dal basso sempre più presente e consapevole (associazioni pazienti e professionisti sanitari in primis) che finora ha permesso di realizzare numerose esperienze di telemedicina, teleconsulto, teleassistenza e che è fattore su cui puntare.

1. Misurazione degli esiti di telemedicina

La sanità digitale può ridurre (es. per le persone in regime detentivo) o amplificare le disuguaglianze (es. anziani soli con scarse o nulle conoscenze digitali): è necessario monitorare strettamente cosa accade così come selezionare i giusti indicatori (aggiornati e in tempo reale) e leggerli con esperti, professionisti sanitari e mondo della società civile per raddrizzare il tiro, laddove necessario.

I parametri di misurazione delle esperienze mappate da AGID sono troppo spesso ancorati agli effetti sull'assistenza ospedaliera e ancora troppo poco guardano all'impatto sul territorio, alla produzione di valore e alla qualità di vita dei pazienti/caregiver.

Occorre fare i conti con le aspettative dei fruitori della "digitalizzazione" per decretarne il successo: il primo risultato che ci si aspetta dalla digitalizzazione nella pratica/vita quotidiana è senz'altro quello della semplificazione burocratico-organizzativa, di cure più accessibili e a misura di persona, di dati aggiornati, affidabili, tempestivi e utilizzati per avanzare nella ricerca e nell'offrire risposte mancanti o deficitarie. Questo non sempre avviene però tout-court, ci possono essere delle distorsioni, come mostrano anche i grandi passi in avanti fatti grazie al Covid-19. L'esempio è quello della ricetta dematerializzata (e-prescription) per le prestazioni ambulatoriali: oggi, ad esempio, in diverse realtà del Paese richiede comunque la stampa del cartaceo (che se spedita via mail richiede la stampa da parte del paziente) per l'accettazione nelle strutture sanitarie ai fini delle operazioni amministrative che la struttura erogatrice deve compiere. Una dematerializzazione a metà!

Nella telemedicina vanno potenziati gli indicatori che guardino al territorio (oggi misurati solo indirettamente) così come i benefici in termini di umanizzazione e qualità di vita di pazienti e caregiver (i PREMS e i PROMS devono diventare un valore assoluto per il SSN), la produzione di valore.

Nell'utilizzo del FSE e della sanità digitale è fondamentale rilevare anche la riduzione degli oneri per i professionisti sanitari e pazienti.

Andrebbe esplicitato e messo meglio a fuoco, visto che la digitalizzazione può dare un notevole contributo per pianificare/misurare/rilevare/programmare l'attenzione rispetto alla medicina di genere che, soprattutto nelle cronicità, presenta peculiarità da considerare e valutare per patologia (es. dermatologia, reumatologia, endocrinologia, cardiovascolare) o fasi della vita (es. gravidanza).

Quando le iniziative sono promosse su impulso di società scientifiche/associazioni pazienti fattori come qualità di vita, engagement del paziente, semplificazione e preparazione agli "incontri" medico-paziente per dar spazio alla relazione sono molto presenti nelle soluzioni disegnate. Il co-design è un elemento qualificante per il successo della sanità digitale che non può e non deve essere sacrificato per "stare nei tempi" serrati del PNRR.

2. L'uso della telemedicina e la formazione per ridurre disuguaglianze sistemiche

La scelta della tecnologia è un aspetto importante nell'evoluzione dei servizi sanitari verso la telemedicina e la digitalizzazione. Tuttavia, occorre tener presente che non è soltanto la scelta di una tecnologia, ma anche come essa viene inserita e utilizzata nell'organizzazione sanitaria che produce risultati. E il passaggio del DM 77 non è rassicurante quando afferma che "Le esperienze sinora condotte dimostrano 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" lasciando così spazio al ragionevole dubbio che in contesti meno maturi (quelli nei quali ad esempio si fatica a garantire l'essenziale) potrebbero non raggiungere i risultati sperati con effetti amplificatori sulle disuguaglianze.

La formazione prevista dal PNRR, le cui caratteristiche ancora non sono state declinate, dovrà colmare i diversi livelli di maturità presenti sul territorio nazionale per fare in modo che i cambiamenti organizzativi necessari ottimizzino e non appesantiscano gli oneri per il paziente o per l'operatore sanitario. Resta da capire se e come si integrerà con il lavoro PONGOV cronicità ed i risultati che produrrà (il PONGOV termina nel 2023 e già sta facendo formazione su cronicità e ICT).

E c'è un altro aspetto formativo da affrontare, che investe tutto il personale sanitario: il nodo delle "nuove questioni" e nuove competenze legate alla telemedicina. Ad esempio: come gestire la visita da remoto con particolare riguardo all'umanizzazione e alla personalizzazione delle cure -anche in ottica di genere; come contenere il timore di "abbandono" che può essere generato dalle distanze e dal remoto; come supportare i medici nella pianificazione delle visite in presenza (resta al professionista la scelta del come erogare una prestazione!) tenendo conto anche dell'impatto emotivo-psicologico di paziente e caregiver; come riconoscere e sfruttare le differenze di genere o l'attitudine/preferenze verso la digital health, considerando ad esempio che alcune prestazioni richiedono confidenzialità/riservatezza e potrebbero trovare maggior favore nelle visite/prestazioni a distanza.

3. I nodi da sciogliere: integrazione informativa sociale e sanitaria, tariffazione servizi telemedicina, digital therapies, destino delle piattaforme diffuse di telemedicina promosse da privati

Resta ancora irrisolto il nodo dell'integrazione informativa della componente sociale e sanitaria, necessaria sia per una buona stratificazione del rischio, sia per la programmazione integrata degli interventi e per valutare l'equità: infatti la dimensione sociale, infatti, può (e non deve) utilizzare le piattaforme che si usano per la sanità e questo continua a rappresentare un vulnus enorme che non risponde a quelle risposte unitarie di cui si ha bisogno.

Altri nodi da sciogliere riguardano la tariffazione dei servizi di telemedicina, così come la tariffazione e le "metriche" per l'HTA nelle Terapie Digitali. Per queste ultime è necessario al più presto definire le regole del gioco (come prescriverle, rimborsarle, ecc.), prevedere che siano selezionate solo quelle che garantiscano l'implementazione della medicina di genere ed è fondamentale identificare gli indicatori di efficacia che non possono prescindere dalla soddisfazione del paziente/caregiver. Nel caso della telemedicina, invece, ad oggi valgono le stesse tariffe utilizzate per le prestazioni in presenza. Non è stato ancora valutato se siano coerenti e se riescano a soddisfare fabbisogno economico per rimborsare i prestatori di opera e per mantenere gli applicativi (e quant'altro necessario) sempre aggiornati e performanti.

Alcuni obiettivi definiti dal PNRR, come quello delle persone assistite in telemedicina, risultano sottodimensionati rispetto allo sforzo dispiegato e ai numeri che attualmente vengono garantiti. E resta da chiarire che fine faranno le piattaforme già esistenti promosse con fondi di soggetti privati che, forse, sfuggono alla mappatura nazionale.

4. Usare la digitalizzazione da subito: aggiornare i PDTA e la loro misurazione, anche in ottica di medicina di genere.

I PDTA attualmente in vigore devono essere aggiornati. In questo senso i lavori come quello di Crea Sanità, focalizzato su patologie croniche in ambito reumatologico e dermatologico (psoriasi in particolare), sta analizzando con i diversi stakeholder dove e come la telemedicina può rispondere agli *unmet needs*, offrendo soluzioni à-la-carte per le Regioni al fine di rivedere i PDTA e adeguarli. Sarebbe opportuno, inoltre, che i PDTA fossero tradotti in “*plain language*” per consentire ai pazienti di avere contezza del percorso e delle opportunità che offre la telemedicina così da facilitare il confronto con l’equipe curante.

La digitalizzazione dei PDTA e l’uso della telemedicina, nonché delle terapie digitali, dovrebbero supportare creando sistemi di allerta in presenza di fattori di rischio o fragilità (anche di genere) e consentire un contatto diretto il paziente/caregiver.

5. È urgente aggiornare il Piano Nazionale della Cronicità: Piemonte già apripista!

Proprio per effetto delle misure previste (standard del territorio del DM 77/22, linee guida FSE, piattaforma nazionale di telemedicina, formazione del personale sanitario) che incidono sia nella fase programmatica sia in quella di erogazione e verifica, considerando anche il periodo di transizione e gli effetti della pandemia su rinuncia alle cure e impatto sulla cronicità, è necessario che il PNC sia rivisto ed aggiornato subito.

L’esempio del Piemonte, da questo punto di vista, è emblematico e rappresenta la buona pratica cui ispirarsi. La Regione - che già pre-Covid aveva attivato un vero e proprio percorso di implementazione territoriale attraverso le comunità di pratica in alcune aziende sanitarie - ha rivisto la sua programmazione relativa al PNC a livello regionale e aziendale, ha definito i nuovi obiettivi e dichiarato gli indicatori che utilizzerà per verificare l’andamento. Analogamente al livello nazionale, la nuova Cabina di Regia dovrebbe proporre di aggiornare il PNC e integrare le patologie oggi escluse dalla parte seconda dello stesso Piano, ma particolarmente impattanti nella popolazione come psoriasi, obesità, sclerosi multipla. È necessario che l’aggiornamento metta a fuoco i nuovi obiettivi, attualizzandoli e dimensionandoli, definendo tempi di realizzazione rendendoli trasparenti esattamente come ha fatto la Regione Piemonte e aprendo al confronto con i diversi stakeholder, ad esempio attraverso audizioni.

Il PNC va aggiornato, e presto, per svolgere la sua funzione di faro per la cronicità e con esso gli indicatori core del Nuovo Sistema di Garanzia, che dovranno basarsi su valutazioni circa l’implementazione del PNC più cogenti e legati ad obiettivi prioritari.

PROPOSTE DI SALUTEQUITÀ PER SANITÀ DIGITALE E CRONICITÀ

1. **Aggiornare il Piano Nazionale Cronicità, viste anche tutte le novità intercorse rispetto alla sanità digitale, modificando gli obiettivi e le azioni prioritarie in esso previste, nonché l'elenco delle patologie della parte seconda (restano fuori patologie molto impattanti come sclerosi multipla, psoriasi, cefalea cronica, OSAS, poliposi nasale, asma anche nell'adulto, ecc.)**
2. **Definire le tariffe specifiche per tutte le prestazioni di telemedicina; inserire la telemedicina ufficialmente nei LEA e misurarla nel Nuovo Sistema di Garanzia. Ciò permetterà di renderla strutturale, aggiornata e adeguatamente finanziata e sostenibile anche oltre il PNRR.**
3. **Definire i criteri di valutazione e rimborsabilità delle digital therapies per renderle una vera risorsa e integrarle con il processo di digitalizzazione in atto.**
4. **Misurare gli esiti della telemedicina anche con un aggiornamento del PNE, guardando a dimensioni come equità e qualità di vita di pazienti e caregiver (i PREMS e i PROMS devono diventare un valore assoluto per il SSN), impatto sul territorio, umanizzazione.**
5. **Assicurare che gli investimenti del PNRR per la telemedicina non generino disparità tra pazienti affetti da diverse patologie (privilegiando solo alcune patologie a discapito delle altre) e che incentivino il co-design con professionisti sanitari e pazienti. Creare meccanismi incentivanti l'integrazione informativo/gestionale sociale e sanitaria, attualmente solo una possibilità.**
6. **Rivedere da subito i PDTA indicando dove/per chi/quando/come sono consigliate le prestazioni di telemedicina e supportando i clinici nelle valutazioni sulle modalità erogative (tele o tradizionali), anche considerando aspetti importanti per la medicina di genere come mostrano le esperienze di alcune regioni (es. farmaci e gravidanza in ambito dermatologico e per patologie auto-immuni) e ambiti clinici complessi, come quello carcerario.**

SALUTE = QUITÀ

Questa Analisi è stata realizzata con il contributo non condizionato di:

Golden Partner



Bronze Partner



Other Partner

