



## Cure di prossimità, assistenza domiciliare, Case ed ospedali di comunità, telemedicina. Prospettive ed opportunità per le professioni sanitarie

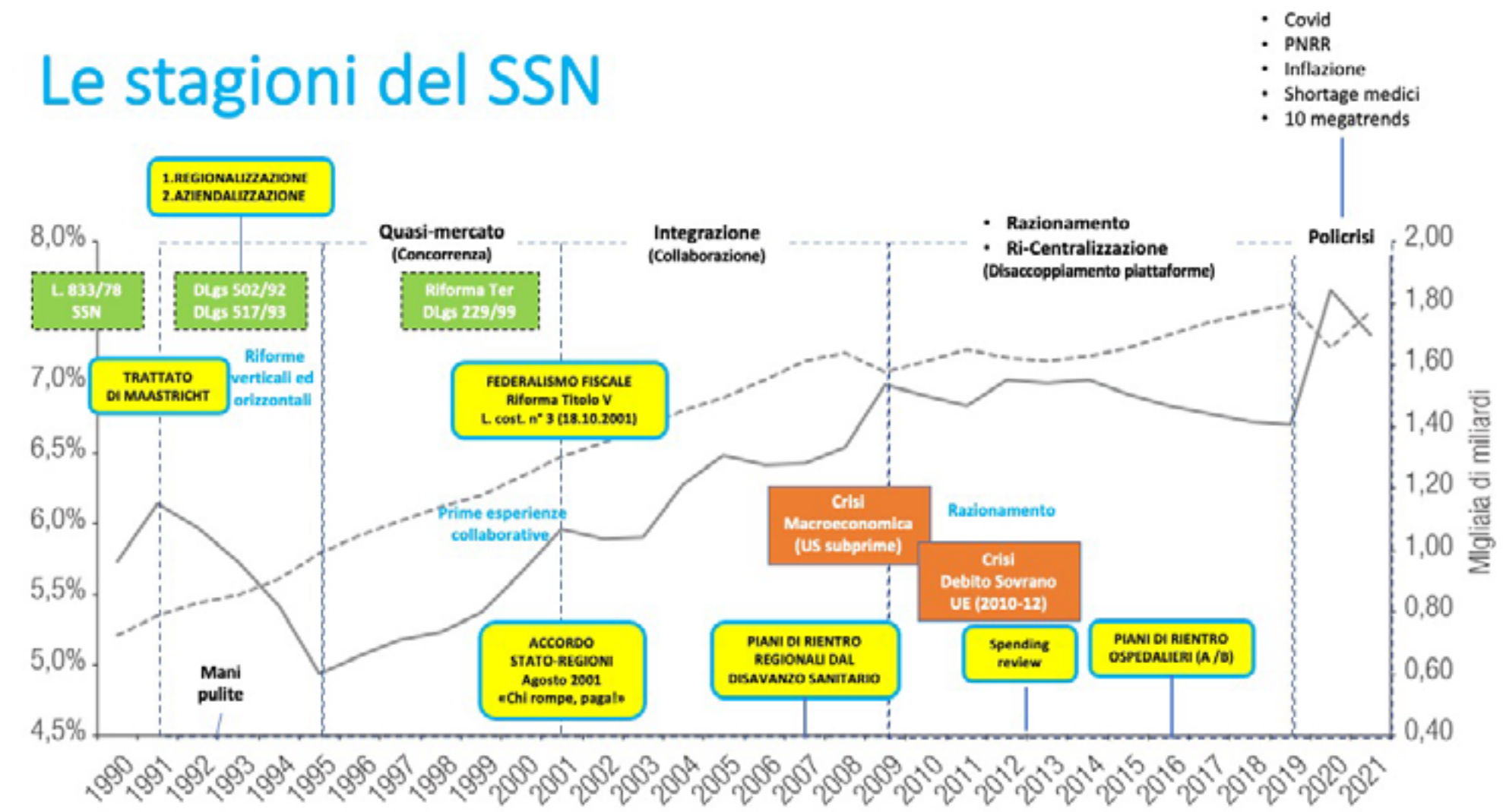
Corrado Cuccurullo

6 LUGLIO 2023

Sala Archimede, Città della Scienza, Napoli



## Le stagioni del SSN







## La crisi del SSN in uno scenario di policrisi

- Il termine "polycrisi" descrive l'attuale situazione mondiale in cui numerose **grandi e complesse** (non hanno una singola causa o soluzione) **crisi** (economica, climatica, politica) **si accumulano e si amplificano** l'una con l'altra.
  - Le crisi come la pandemia da coronavirus, la crisi climatica, la guerra e altre crisi si interagiscono e contribuiscono ad amplificarsi reciprocamente.
- La crisi del SSN è determinata da
  1. **sotto-finanziamento**: a) rilancio progressivo e consistente del finanziamento pubblico; b) **Fondi sanitari**: riordino normativa; **rimodulazione ticket e detrazioni fiscali** per le spese sanitarie in modo equo
  2. **carenza di personale sanitario**: investire sul **personale sanitario**, prevedere una programmazione adeguata del fabbisogno, riformare i processi di formazione e valorizzazione delle competenze
  3. **diseguaglianze crescenti**: risorse per investimenti e innovazione
  4. **modelli organizzativi obsoleti**
    - a) La **governance tra Stato e Regioni** deve essere potenziata per ridurre le diseguaglianze regionali e garantire la tutela della salute su tutto il territorio nazionale.
    - b) **Aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** per riallocare le risorse verso servizi essenziali e innovazioni e monitorare le Regioni.
    - c) **Programmare e Integrare i servizi sanitari e socio-sanitari per ridurre la frammentazione** dell'assistenza e garantire percorsi di cura uniformi.
    - d) La **trasformazione digitale** è essenziale per migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari, promuovere competenze digitali e ridurre le diseguaglianze.
  5. **regolare l'integrazione tra settore pubblico e privato.**



## Attuazione del PNRR: missione 6 Salute

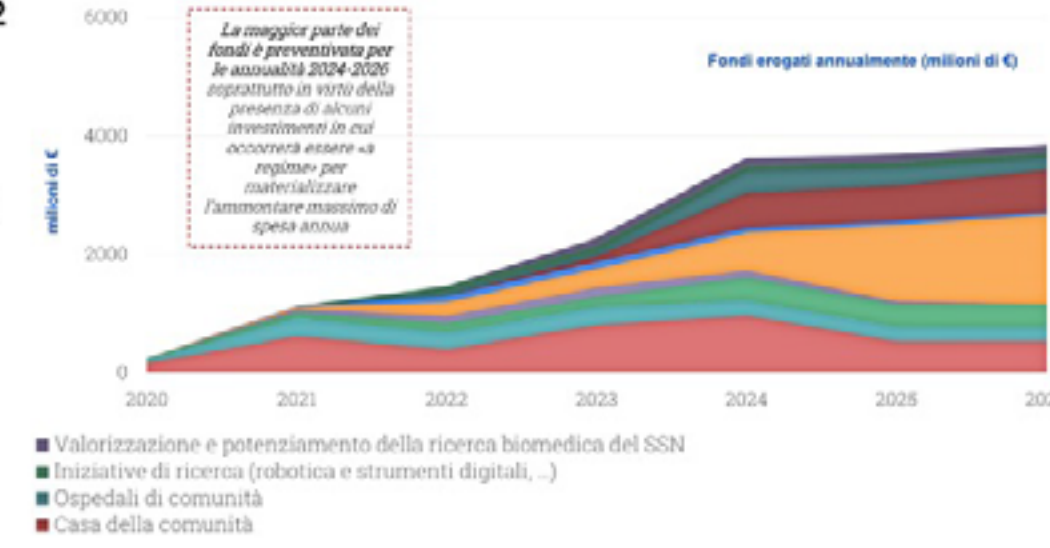
Stato dell'arte (31.05.2023)

Missione e componente	Interventi	Importo intervento	Importo componente
M6.1	Casa della Comunità	2 mld €	7 mld €
M6.1	ADI e telemedicina, COT	4 mld €	
M6.1	OGCO	1 mld €	8,63 mld €
M6.2	Parco tecnologico e digitale, DEA, TI	4,05 mld €	
M6.2	Infrastrutture ospedaliere (sicurezza)	1,54 mld €	
M6.2	Infrastrutture tecnologiche (FSE)	1,67 mld €	
M6.2	Potenziamento di strutture di ricerca e formazione	0,52 mld €	
M6.2	Formazione di personale sanitario	0,74 mld €	



### Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera a), del decreto-legge 31 maggio 2021, n.77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n.108



- Nella relazione sullo stato di attuazione del Pnrr (31.05.2023), emergono due "elementi di debolezza" nella Missione 6 Salute, (1) riguardanti le Case di Comunità (vale 2 mld di euro), gli Ospedali di Comunità (vale 1 mld di euro) e (2) l'adeguamento antisismico (1,6 mld). **4,6 mld € ovvero un terzo della Missione 6**
- Le criticità riguardano l'aumento dei costi e la scarsità di materiali necessari per la realizzazione dei progetti.
- RoadMap
  - Il Min. Salute segnala **ritardi su quattro dei sette adempimenti previsti entro il 31 marzo**, e solo uno dei otto adempimenti previsti entro giugno è stato completato.
  - Il completamento di alcuni **obiettivi entro giugno 2023** risulta **ancora in sospeso**, come l'assegnazione dei codici CIG per la realizzazione delle Case della Comunità, la stipula dei contratti per le Centrali Operative Territoriali e l'adozione di nuovi flussi informativi nazionali.
  - Altri obiettivi devono essere raggiunti **entro dicembre 2023**, tra cui la formazione manageriale del personale apicale e l'assegnazione di ulteriori borse di studio in medicina generale.





## Il finanziamento previsto dal Pnrr offre un'opportunità per rilanciare il SSN, attraverso l'investimento nella sanità di prossimità ?

1. **Potenziamento:** La pandemia ha evidenziato la necessità di potenziare l'assistenza sanitaria territoriale, focalizzandosi sulla prossimità e l'efficienza dei servizi.
2. **Reti di prossimità:** Case della comunità e ospedali di comunità favoriscono una presa in carico tempestiva dei pazienti, riducendo l'ospedalizzazione.
3. **Digitalizzazione e tecnologie innovative:** Utilizzare la telemedicina e altre tecnologie per migliorare l'accessibilità e l'efficienza dei servizi sanitari di prossimità.
4. **Integrazione dei professionisti e approccio collaborativo:** Implementare la sanità di prossimità richiede collaborazione tra istituzioni, professionisti sanitari, comunità e associazioni locali.
5. **Superare le sfide:** Affrontare le sfide legate alle risorse finanziarie, umane e alla coordinazione tra diverse strutture e professionisti sanitari.



## Infrastrutture e fabbisogni di personale

- Troppa attenzione alle infrastrutture e mancata quantificazione delle risorse umane ed economiche per garantire efficacia a lungo termine.
- Un esempio è rappresentato dalle misure incluse nella M6C1, “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”, come gli Ospedali di comunità e i servizi di assistenza domiciliare, per i quali bisognerà procedere all’assunzione del relativo personale (Rapporto, pag. 84)
- **EARLY WARNING:** Secondo l’Ufficio Parlamentare di Bilancio (Focus n. 2/2023), la programmazione finanziaria per il triennio iniziato nel 2023 potrebbe comportare un **ridimensionamento** delle risorse allocate alla sanità pubblica.
- **Questo potrebbe rendere difficile il potenziamento dei servizi sanitari, anche in caso di riorganizzazione.**
- Necessario reperire finanziamenti aggiuntivi per assistenza sanitaria territoriale.
- Sfida: reclutamento e attrattività del personale del SSN.
- Programmazione adeguata, aumento formazione e miglioramenti condizioni lavoro necessari.

Strumento	Strutture finanziate dal PNRR	Strutture gestite dalla Bocca «DM7»	Strutture già esistenti	Rapporto di spesa (ab.)	Target principale	Target secondario
Casa della comunità	1.390*	2400	883	25.000	Cronici (40% popolazione)	Anziani e fragili, donne, famiglie, minori.
Centrale operativa territoriale	600	602	60	1 per distretto	Fragili e LTC	/
Ospedale di comunità	430*	1200	177	50.000	Risolvere per prestazioni a medio-bassa intensità	/

\*I numeri si riferiscono alla struttura di cui costituisce il finanziere con i fondi del PNRR, mentre per raggiungere lo standard possono essere necessarie ulteriori strutture. I dati L2023 strutture per lo standard di cui 400 strutture con fondi PNRR.

Bocca AGENAS «DM 71»	Offerta già attiva	Offerta mancante	Personale infermieristico necessario
2.400 Case della Comunità - CCG (1/25.000 ab.)	193 (cfr. CAS 2022)	1.947	Nessuno - le CCG inglobano servizi già esistenti o avviati grazie al PNRR
1.300 Ospedali di Comunità - OCO (1/50.000 ab.)	177 (cfr. CAS 2022)	1.023	9 infermieri per OCO: <b>9.207</b>
60 Centrali Operative Territoriali - COT	60 (prima presidenziale)	942	5 infermieri per COT: 2.710
23.000 Infermieri di Comunità (1/2.000-3000 ab.)	3.000 (1/20.000 ab. cfr. Rapporto Corte dei Conti 2021)	20.000	20.000
Copertura ADI progressiva del 10% degli over65 (4p 25/ settimana continuativamente) 194 ore annuali	Copertura 6% over65 con 12h/turno (Annuale est. 2019 Annuali), corrispondente al 7,2% delle ore necessarie per coprire il target e a 4.500 infermieri impiegati (38h settimanali)	Il 97% delle ore annuali	70.026
			<b>101.943</b>





## Service Design

- L'integrazione della sanità necessita di **meccanismi equi di finanziamento** e di **evidenze scientifiche e linee-guida** professionali, altrimenti può comportare costi più elevati.
- Un **approccio ibrido** durerà ancora a lungo e questa è solo una fase di passaggio
  - L'**Integrazione dei servizi digitali e fisici** nel Piano strategico del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) inglese
- È necessaria una **attenta valutazione** per evitare la segmentazione dei rischi, l'aumento dei costi ed errate allocazioni di risorse in un sistema integrato di servizi di assistenza primaria virtuali e fisici.

Wharton, G. A., Sood, H. S., Sissons, A., & Mossialos, E. (2019). Virtual primary care: fragmentation or integration?. *The Lancet Digital Health*, 1(7), e330-e331



## Quali competenze mancano nella sanità pubblica?

### Gestionali

1. Service design
2. Operation management servizi territoriali (programmazione volumi/dimensionamenti capacity)
3. Re-ingegnerizzazione processi erogativi e di fruizione
4. Change management

### Cliniche

1. Integrazione interprofessionale: micro-organizzazione
2. Gestione di processi di audit inter-professionali
3. Analisi dati clinici e costruzione reportistica
4. Case management





## La collaborazione interprofessionale

Una profonda eterogeneità

- **Effetti sulla collaborazione e sulla cura dei pazienti:** il miglioramento della collaborazione interprofessionale è associata principalmente ad effetti positivi sulle relazioni di lavoro, sulla presa di decisioni più veloci, sull'esperienza di cura dei pazienti e dei caregiver. Alcuni studi evidenziano anche effetti negativi, come rischi di privacy o perdita di informazioni legati a canali informali di comunicazione.
- L'interazione tra professionisti sanitari **può variare a seconda della professione, dell'ambiente di collaborazione e del settore sanitario in cui operano.**
  - Differenze tra professioni: professioni tecniche, infermieri e medici
  - Differenze tra ambienti di collaborazione: team stabili vs collaborazioni a rete
  - Differenze nei setting: integrazione ospedale-territorio (bridge the gaps) – sviluppo medicina di prossimità (negoziare sovrapposizioni). Queste differenze potrebbero essere legate alle specifiche esigenze di coordinamento e comunicazione in ciascun setting.
- La collaborazione interprofessionale richiede il superamento di barriere e lacune tra i diversi professionisti, come (1) differenze di prospettive professionali, (2) differenze sociali, (3) divari comunicativi e (4) divisioni dei compiti.
  1. **Creare fiducia:** comprendere e rispettare le diverse conoscenze, valori e norme professionali degli altri
  2. **Creare spazi di interazione e collaborazione** (Formali? Organizzativi? Tra chi?)
  3. **Negoziare le sovrapposizioni** è un aspetto critico della collaborazione interprofessionale

Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional care*, 34(3), 332-342.



## L'integrazione interprofessionale

- Le **professioni tecniche** contribuiscono in modo rilevante alla realizzazione degli interventi di sanità di prossimità
- In uno studio di valutazione di un nuovo modello di **consulenza radiologica virtuale** al punto di cura, che permette ai MMG e ai pazienti di consultare un radiologo in tempo reale durante una visita di medicina generale.
  - I pazienti hanno manifestato un'elevata soddisfazione: **88%** ha indicato un miglioramento della comprensione della propria condizione medica dopo la consulenza; **91%** dei pazienti ha espresso il desiderio di avere accesso a future consulenze virtuali in radiologia durante le visite ambulatoriali.
  - I MMG sono risultati molto soddisfatti (**97%**) e hanno indicato un miglioramento dell'esperienza di cura del paziente e alla comprensione della condizione medica da parte del paziente grazie alla consulenza radiologica virtuale (**87%**)
- Il valore non ha solo una dimensione finanziaria: la **telemedicina è un'alternativa sicura e adatta ai modelli tradizionali di cura di persona, con outcome simili, ma con una riduzione dei costi associata.**

- Daye, D., Joseph, E., Flores, E., Kambadakone, A., Chinn, G., Bennett, S., & Sahani, D. (2021). Point-of-care virtual radiology consultations in primary care: a feasibility study of a new model for patient-centered care in radiology. *Journal of the American College of Radiology*, 18(9), 1239-1245.
- Vaughan, C., Lukewich, J., Mathews, M., Hedden, L., Poitras, M. E., Asghari, S., ... & Ryan, D. (2022). Nursing contributions to virtual models of care in primary care: a scoping review protocol. *BMJ open*, 12(9), e065779.
- Barbosa, W., Zhou, K., Waddell, E., Myers, T., & Dorsey, E. R. (2021). Improving access to care: telemedicine across medical domains. *Annual review of public health*, 42, 463-481.
- The worldwide impact of telemedicine during COVID-19: current evidence and recommendations for the future. *Connected health*, 1, 7.
- Omboni, S., Padwal, R. S., Alessa, T., Benczur, B., Green, B. B., Hubbard, I., ... & Wang, J. (2022). The worldwide impact of telemedicine during COVID-19: current evidence and recommendations for the future. *Connected health*, 1, 7.
- Kho, J., Gillespie, N., & Martin-Khan, M. (2020). A systematic scoping review of change management practices used for telemedicine service implementations. *BMC health services research*, 20, 1-16.





quando la tempesta sarà finita, probabilmente non saprai neanche tu come hai fatto ad attraversarla e a uscirne vivo. Anzi, non sarai neanche sicuro se sia finita per davvero. Ma su un punto non c'è dubbio. Ed è che tu, uscito da quel vento, non sarai lo stesso che vi era entrato.

Haruki Murakami, Kafka sulla spiaggia

**Governare nella complessità, non governare la complessità**

### **Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]**

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

**[Torna all'inizio](#)**