

Con il patrocinio di



Segreteria organizzativa



PlanHealth

Sanità Modello Lazio

Report

IL PNRR E LA SFIDA DELLE CURE DOMICILIARI

Nuovi modelli organizzativi, continuità territoriale, ADI e telemedicina per la gestione domiciliare del paziente cronico

Con il contributo non condizionante di



sanofi



NOVARTIS



IL PNRR E LA SFIDA DELLE CURE DOMICILIARI:

nuovi modelli organizzativi, continuità territoriale, ADI e telemedicina per la gestione domiciliare del paziente cronico

8
NOVEMBRE
alle ore **11:00**

Sala Tevere Regione Lazio,
Via Cristoforo Colombo 212

Introduce:

> **ANTONIO MASTROMATTEI** - *Dirigente Area Territoriale Regione Lazio*

Modera:

> **LUCIANO FASSARI** - *Quotidiano Sanità*

Interviene:

> **ALESSIO D'AMATO** - *Assessore Sanità e Integrazione Socio-sanitaria, Regione Lazio*

> **AMERICO CICHETTI** - *Direttore ALTEMS, Università Cattolica*

> **GIORGIO CASATI** - *Direttore Generale ASL ROMA 2*

> **GIUSEPPE QUINTAVALLE** - *Direttore Generale Policlinico Tor Vergata*

> **MARCELLO RUSSO** - *Responsabile UOC ADI ASL Frosinone*

> **ROBERTO DE CANI** - *Referente ADI Unindustria Lazio*

> **RENATO CUTRERA** - *Direttore UO Broncopneumologia, Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma*

> **MARIA CRISTINA ZAPPA** - *Direttore UOC Pneumologia Territoriale ASL ROMA 2*

> **MICHELANGELO BARTOLO** - *Responsabile Telemedicina Territoriale e Ospedaliera, Regione Lazio*

Video testimonianze di alcuni pazienti assistiti a domicilio dalla Regione Lazio

Segreteria Organizzativa:

Piazza delle Crociate, 2 - 00162
Roma, +39 06 4818341

 **DREAMCOM**
COMUNICAZIONE - EVENTI

info@dreamcom.it
www.dreamcom.it

Con il patrocinio di:



www.planhealth.it



Con il contributo non condizionante di:



sanofi



NOVARTIS





ANTONIO MASTROMATTEI

Dirigente Area Territoriale
Regione Lazio

Per poter prestare un servizio delicato come quello dell'assistenza domiciliare, le competenze devono essere frutto di formazione non solo tecnologica ma soprattutto umana. Venendo al percorso avviato dalla Regione Lazio, si è anticipato il processo di accreditamento avviato dal Ministero: già dal 2017 sono stati emanati una serie di emendamenti, cercando di omogeneizzare una situazione complessa.

Un primo provvedimento è stato il DCA 256 del 2017, con cui sono stati definiti i criteri di eleggibilità per le cure domiciliari, prendendo come spunto i LEA appena varati; in questo contesto, si è provato a stabilire che gli elementi caratterizzanti l'assistenza domiciliare non potevano prescindere dalla natura del bisogno assistenziale e dalla valorizzazione della complessità dell'intervento, legata non solo alle tecniche da dover mettere in campo, ma anche al tempo da dedicare per eseguirlo e alle competenze necessarie che deve possedere l'operatore.

Con il DCA 283 del 2017 e il successivo 285 del 2018, sono stati definiti i requisiti di accreditamento per i servizi di cure domiciliari nella Regione Lazio, stabilendo anche le modalità di qualificazione dei diversi erogatori e alcune ipotesi tariffarie. Si è inoltre tentato di fornire un metodo per valorizzare l'impiego delle risorse e per garantire l'assistenza ai pazienti misurando la capacità erogatrice delle strutture e quantificare, in funzione del personale presente, i volumi di attività che i diversi erogatori possono offrire.

Le ditte erogatrici sono state qualificate anche in termini di capacità di intervento in base alla diversa intensità, arrivando alla strutturazione di 3 fasce:

- Prestazioni a favore di pazienti che necessitano di bisogni assistenziali ascrivibili a livello di complessità base o di primo livello;
- Prestazioni per i pazienti che hanno necessità di intensità assistenziale maggiore, di secondo livello;
- Prestazione a favore dei pazienti che necessitano di cure di terzo livello, con necessità assistenziali quotidiane o pluri-quotidiane.

Le ASL hanno il compito di stipulare i contratti con le singole ditte erogatrici: viene affidato loro un budget al fine di poter stimolare la libera concorrenza tra i diversi soggetti erogatori in modo da lasciare la scelta al cittadino sulla base della qualità del servizio offerto, evitando fenomeni dell'epoca pre-accreditamento, quando spesso non esistevano alternative.

Nell'implementazione di questo sistema abbiamo incontrato una serie di criticità:

- Sostenibilità economica derivante dall'applicazione delle nuove tariffe;
- Adeguamento dei sistemi formativi alla nuova realtà organizzativa, introducendo l'elemento chiave della valutazione multidimensionale a livello omogeneo per tutta la Regione;
- Raggiungimento degli obiettivi LEA previsti dal sistema di garanzia ministeriale.

Tutto questo si è realizzato con il DCA 525 del 2019 che, dal 1° gennaio 2020, ci ha consentito di poter dare attuazione alla riforma. Ci sono stati una serie di aggiornamenti tesi a conciliare la sostenibilità del sistema e l'attenzione ai soggetti più fragili e complessi. Questo processo deve essere accompagnato da alcuni strumenti, tra cui il SIAT (Sistema Informativo Assistenza Territoriale), una piattaforma di interconnessione tra le centrali operative territoriali e gli ospedali, per garantire la giusta transizione ospedale-territorio e la gestione territoriale dei casi più complessi. L'hackeraggio subito ha provocato un ritardo di circa 6 mesi, ma entro un anno contiamo di includere tutte le ASL della Regione all'interno di questo sistema.

In questo contesto si inserisce il PNRR che, tra i diversi componenti, pone un particolare accento all'implementazione dell'ADI in tutta la nazione, con l'obiettivo ambizioso di raggiungere il 10% della popolazione over 60. Per questo sono previsti una serie di finanziamenti: 2.700.000.000 euro da distribuire alle diverse regioni per consentire a quelle che sono più indietro di raggiungere un livello di accettabilità nell'erogazione dell'assistenza. Il Lazio parte da una posizione svantaggiata ed è oggetto di un finanziamento piuttosto importante.

Entro la fine dell'anno dovremmo raggiungere circa 57.000 pazienti seguiti in ADI, per arrivare nel 2026 a oltre 129.000.

Per raggiungere gli obiettivi dovremmo seguire delle strategie precise:

- Miglioramento della qualità dei dati;
- Completamento del dispiegamento su tutto il territorio;
- Individuazione precoce dei soggetti eleggibili, prefigurando la possibilità di poter intervenire in tempi più ridotti in fase di dimissione.

Spesso la capacità di risposta del sistema non è legata alla complessità degli interventi sanitari, ma alla difficoltà della loro integrazione con quelli di natura sociale, in ottica di integrazione socio-sanitaria, che dovrà diventare la priorità.



ALESSIO D'AMATO

Assessore alla Sanità
Regione Lazio

Questa sfida è una vera e propria rivoluzione: le cure a domicilio sono la prima sfida proposta dal PNRR, con le risorse che a livello nazionale è stato deciso di investire in questo settore.

Come Regione Lazio abbiamo intrapreso la strada della qualificazione organizzativa delle aziende, attraverso un sistema di accreditamento, e la libertà di scelta dell'utente che, in base alle aziende accreditate nella ASL, può fare una selezione e scegliere consapevolmente.

È stata una scommessa importante fatta qualche anno fa, che ha coinvolto decine di imprese e operatori. Oggi è necessario fare un nuovo patto con queste aziende accreditate al servizio sanitario regionale per queste prestazioni, perché l'obiettivo che abbiamo di fronte è molto ambizioso e, se non lavoriamo in sinergia come sistema, così come fatto per il Covid, temo che anche da un punto di vista di tempistiche, rischiamo di non centrare l'obiettivo.

Siamo passati in 3 anni da 30.000 a 40.000 over 65 presi in carico nei vari setting assistenziali: dobbiamo triplicare questo numero, arrivando a 130.000. Si tratta di uno sforzo di sistema molto importante che richiede organizzazione, sinergia e personale formato. Bisogna centralizzare le aziende sanitarie nella formazione, studiando anche delle formule innovative e creando un albo qualificato di professionisti a cui le aziende, in modo autonomo, possono attingere. Occorre dunque uno sforzo di sistema in grado di sostenere le difficoltà di ricerca di personale adeguatamente qualificato: il sistema Lazio deve fare squadra, perché entriamo in un campo di competizione con le altre regioni, non ragionando solo con input che arrivano dall'alto verso il basso, ma accettando anche proposte, innovazioni tecnologiche e buone pratiche che arrivano dal basso verso l'alto.

Su questo abbiamo già fatto un percorso serio, ma oggi occorre un salto di qualità, perché abbiamo bisogno di decine di migliaia di addetti per raggiungere gli obiettivi prefissati.

A livello nazionale siamo indietro rispetto i Paesi del Centro-Nord Europa, che riescono a raggiungere il 14% dei pazienti assistiti a domicilio; ma ci sono regioni che sono ancora più indietro rispetto la media nazionale, alcune delle quali raggiungono anche l'8%.

La sfida dei prossimi mesi e anni passa per la capacità di aumentare i livelli di assistenza nel settore domiciliare, integrando anche la parte sociale, perché non si tratta di un bisogno esclusivamente di natura sanitaria.

Da parte dell'assessorato c'è la massima volontà e consapevolezza che si tratta di una partita importante per i cittadini e la popolazione anziana, che aumenterà sempre di più considerando il nostro indice di invecchiamento. Sono fiducioso perché ho visto l'impegno, la competenza e la professionalità che anche le imprese private stanno mettendo in questa sfida; adesso dobbiamo fare insieme un salto di qualità in avanti.



GIUSEPPE QUINTAVALLE

Direttore Generale
Policlinico Tor Vergata

Il tema del PNRR apre una serie di dibattiti di cui si sta discutendo in molti tavoli, perché rappresenta per il Lazio un'opportunità di crescita ulteriore, oltre le sfide già vinte durante il Covid, anche in termini di cura domiciliare nel periodo pandemico, grazie al rapporto di collaborazione tra i privati accreditati e le ASL. Noi del Policlinico Tor Vergata ci stiamo adoperando da qualche mese per lavorare in protocolli importanti con le ASL vicine, tra cui Roma 2, con cui già sono in essere numerosi percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali che mirano, anche grazie all'assistenza domiciliare, a sviluppare un concetto di cura che comprende la presa in carico del soggetto.

Il PNRR è un momento per iniziare a lanciare delle proposte per modificare la funzione dei territori e dei distretti. Dei tasselli fondamentali sono la stratificazione dei bisogni della popolazione, l'individuazione precoce delle problematiche e il collegamento attraverso le COT.

Stiamo migliorando l'aspetto delle dimissioni, ma uno dei problemi è la parte sociale: ecco perché bisogna capire se il paziente dispone di un supporto sociale adeguato alle prestazioni di cura, in quanto la teleassistenza e la telemedicina non bastano senza caregiver. La teleassistenza funziona lì dove c'è la sicurezza del dato, una rete univoca, una formazione specifica e un linguaggio comune.

Stiamo collaborando con le ASL per costruire dei percorsi e usiamo i nostri centri di riferimento per le patologie croniche. Sarà necessario migliorare i setting, formare il personale e centralizzare le richieste socio-sanitarie sulla stessa presa in carico. Senza una supervisione adeguata che semestralmente monitora i bisogni, possiamo avere delle situazioni non funzionali all'appropriatezza di cura.

Il Policlinico è pronto, sta lavorando insieme alle ASL e alla Regione proprio per inglobare in sé alcune situazioni di cui non può occuparsi il territorio, a cui sarà affidata tutta la parte di sua competenza.



GIORGIO CASATI

Direttore Generale ASL Roma 2

Stiamo lavorando tanto per andare verso la definizione di percorsi assistenziali individuali integrati dal lato sanitario, ma la sfida è arrivare a dei piani socio-sanitari. Abbiamo stipulato accordi con il PTV, con l'IFO e il Campus Biomedico, puntando ad allargare questi accordi con tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private che gestiscono volumi importanti di pazienti residenti sul territorio di ASL Roma 2.

L'obiettivo è gestire un percorso tra aziende in modo integrato senza soluzione di continuità per il paziente, possibile grazie a uno sforzo di progettazione di strumenti in grado di tracciare il paziente e le sue informazioni, che possano arrivare ai professionisti che di volta in volta prendono in carico la persona. Dobbiamo quindi sviluppare questo tipo di digitalizzazione ed espanderla: stiamo accumulando percorsi, cioè studi su singoli problemi di salute, perché ciascuno di questi percorsi rappresenta un singolo mattoncino da inserire nel piano assistenziale individuale integrato.

Il 15 novembre parte la sperimentazione della piattaforma per i piani individuali con i medici di medicina generale, che ci permetterà di capire come migliorare il dispositivo prima di diffonderlo sul territorio. Sul tema dell'assistenza domiciliare, il lavoro da fare è ancora più grande e segue criteri diversi, basandosi su un'attività di definizione dei compiti e delle attività di infermieri, assistenti sociali e operatori, che al momento ancora non sono stati stabiliti. Per questo, quando si parla di assistenza, ragioniamo in ottica prestazionale più che di presa in carico,

Abbiamo attivato un gruppo di lavoro in Roma 2 per iniziare questa operazione, stratificando la popolazione per bisogni di natura assistenziale, iniziando a lavorare sui nomenclatori e cercando di capire cosa è stato già fatto sul territorio nazionale e internazionale.

Un'altra cosa importante è lavorare sulle nuove tecnologie, altrimenti sarà difficile disporre delle risorse necessarie a modelli di assistenza diversi da quelli attuali, per aumentare la copertura degli over 65 e per garantire quell'attività che va inquadrata nel piano assistenziale individuale integrato.



MARCELLO RUSSO

Responsabile UOC ADI ASL Frosinone

Mi occupo di assistenza domiciliare da molto tempo e ho partecipato ai momenti di ristrutturazione del sistema sanitario nazionale e regionale, quando per la prima volta si è iniziato a parlare di assistenza domiciliare.

Il nostro è un lavoro in evoluzione, in cui si entra nelle case dei pazienti, rivoluzionando il proprio modo di essere e di pensare per affiancarsi al bisogno del cittadino. Bisogna iniziare a vedere il paziente non come un malato ma come parte di una casa e di una famiglia, anche perché la malattia si differenzia di persona in persona in base allo status sociale. In questi anni stiamo vedendo una povertà terribile che sta cambiando il modo di lavorare, perché le persone hanno bisogno di sapere che vicino a loro ci sia qualcuno che garantisce un progetto. In merito a questo, la Regione è riuscita a fare un grande lavoro grazie all'accreditamento, che ha permesso di mettere energie nuove e una grande disponibilità di fondi e di personale che prima non avevamo.

Quello su cui ci troviamo in difficoltà è affrontare il nuovo PNRR senza formazione, perché non può scendere dall'alto; afferma che ci saranno case e ospedali di comunità, le COA, ma c'è bisogno di insegnare agli operatori come muoversi all'interno delle ASL per poi muoversi anche all'esterno. L'ospedale e il territorio sono due mondi diversi: l'assistenza domiciliare è difficile perché bisogna entrare nelle case e dare un punto di riferimento ai pazienti sui percorsi, che devono essere conosciuti bene da chi lavora in questo settore.

L'anno scorso abbiamo avuto 1800 pazienti e quest'anno siamo arrivati a 3000, ma non riusciamo a raggiungere degli obiettivi che crescono sempre di più se il budget che abbiamo a disposizione rimane invariato. Di 8 milioni di euro ne spendiamo 4,8 milioni per 45 pazienti ad alta intensità, pazienti ventilati e con nutrizione artificiale. Quindi si devono calcolare budget differenti per tipologia di intervento, anche per rispettare un concetto di equità tra i cittadini.



ROBERTO DE CANI

Referente ADI Unindustria Lazio

Mi fa piacere partecipare a questa tavola come Unindustria Lazio proprio per la collaborazione tra il pubblico, la programmazione sanitaria e gli erogatori, di cui il mondo privato è una parte importante. In quest'ottica di nuova alleanza, ci auspichiamo che questa nuova centralità dell'assistenza domiciliare possa portare a un patto tra due mondi che concorrono allo stesso obiettivo, cioè il miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

La centralità di cure domiciliari parte nel 2017 con la definizione che ne danno i LEA per la prima volta come "insieme delle prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative, compresi accertamenti diagnostici, fornitura di farmaci, dispositivi medici e preparati per nutrizione artificiale", intesi come insieme omogeneo che rientra nel sistema allargato di cure domiciliari già applicato da alcune regioni. Ancora oggi, tuttavia, manca un'uniformità erogativa e non si ha una visione integrata della presa in carico del paziente.

La regione Lazio è stata precursore di questo modello, non solo in termini temporali perché è stata la prima ad avviarlo nel 2020, ma anche per il valore aggiunto che il sistema Lazio ha saputo introdurre nel modello di cure domiciliari messo a terra:

- Garanzia assistenziale adeguata a situazioni di complessità molto alta;
- Diagnostica domiciliare inserita nei PAI in quanto complementare ai percorsi terapeutici domiciliari dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti;
- Modello misto con offerta pubblica e privata accreditata;
- Tentativo di qualificare gli erogatori con criteri di valutazione.

È stato poi introdotto il PNRR con l'obiettivo di assistere a domicilio, entro il 2026, il 10% dei pazienti over 65. Ad oggi, in regione Lazio, abbiamo circa il 3% dei pazienti over 65 e il 5% degli over 75 assistiti a domicilio, e l'obiettivo prevede un incremento dei pazienti di circa 100.000 unità entro il 2026. Il 10% non deve essere letto solo come un aumento quantitativo ma anche qualitativo, quindi bisogna

andare verso l'appropriatezza e verso modelli di presa in carico integrata del paziente e delle sue fragilità.

È necessario creare dei "Profili ADI Cronicità" che ricadano su quei pazienti in ventilazione meccanica, ossigenoterapia, pazienti oncologici, in nutrizione artificiale, che possano garantire, insieme alla fornitura di medical device e farmaci, percorsi di monitoraggio, appropriatezza e aderenza alla terapia affinché il paziente non sia abbandonato a sé stesso o alla famiglia, ma inserito in un continuum di cure che prosegue nel tempo. Tutto questo avrebbe delle ricadute sia in termini numerici che di monitoraggio e follow up dal paziente, di miglioramento dell'aderenza della terapia e prevenzione delle riacutizzazioni e insorgenza di altre complicanze.

Un secondo spunto di riflessione sono i percorsi di dimissioni protette, cioè dimissioni di pazienti che si stabilizzano dal punto di vista clinico ma che ancora non sono in grado di tornare a casa, proprio perché presentano delle non autosufficienze e delle fragilità tali per cui non riescono a tornare a una vita autonoma. Codificare e inserire nel sistema dei percorsi di dimissioni protette uniformi su tutto il territorio regionale porterebbe a un miglioramento complessivo della presa in carico dei pazienti cronici e fragili che impatta positivamente sulla riduzione delle riospedalizzazioni a breve termine, sulle liste d'attesa e sulla diminuzione delle complicanze post ricovero.

Un focus di proposte dal punto di vista degli erogatori è quello relativo alla carenza di personale sanitario, ma si potrebbe intervenire su 3 punti:

- Revisione delle tariffe:
- Valorizzazione dei professionisti sanitari;
- Aumento attrazione dell'ambito domiciliare, riequilibrandolo con altri setting assistenziali;
- Sostenibilità delle attività per le organizzazioni accreditate.
 - Potenziamento della telemedicina dei PAI domiciliari:
- Tecnologia per un'efficace e complementare gestione da remoto del percorso assistenziale;
- Telemonitoraggio per una verifica costante del paziente cronico fragile.
 - Definizione dei PAI in senso multiprofessionale:
- Inserimento di figure professionali di supporto per assistenze prolungate.

Un sistema di cure domiciliari efficace ed evoluto va costruito su una nuova alleanza tra erogatori privati e sistema pubblico per specializzare le cure domiciliari per percorsi di patologia, che vedano il paziente al centro e che abilitino percorsi di cura domiciliare con tutti gli strumenti offerti dalla tecnologia e dalla telemedicina.



RENATO CUTRERA

Direttore UO Broncopneumologia,
Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma

Partiamo da un dato positivo: non esiste un bambino nella regione Lazio medicalmente complesso che non riceve assistenza domiciliare.

Lorenzo è un bambino che seguiamo dai primi mesi di vita, neurologicamente compromesso, con ventilatore domiciliare h24 e con una delle 10.000 malattie rare conosciute, la Amioplasi. Inizialmente veniva alimentato con un sondino nasogastrico ma, presentando vomito ciclico, è passato prima a una gastrostomia, poi a una digiunostomia e infine a un'alimentazione parenterale. Tutto questo è stato fatto in ospedale ma il bambino veniva domiciliato continuamente. Inoltre, ha bisogno di accessi venosi per le terapie e l'alimentazione parenterale e, avendo un globo vescicale, ha avuto una cistostomia.

Quello che pensano i miei colleghi pediatri quando presento questo caso è "Cosa avete combinato?", perché sorge anche un problema etico. Tuttavia, non sappiamo sin dalla nascita che un bambino soffre di Amioplasi: è un bambino che non respira bene e che viene intubato, aspettando anche un mese, e che eventualmente dovrà essere tricotomizzato; e bisogna alimentarlo in attesa di una diagnosi che a volte necessita di mesi o anni per arrivare.

Il primo caregiver di questi bambini è la madre, ma non è giusto lasciare sulle sue spalle tutto il carico assistenziale, per cui interviene l'assistenza domiciliare. Tuttavia, si riscontrano problemi di equità: 3 bambini con la stessa gravità di patologia possono ricevere assistenza h6, h12 o h24, anche se la situazione sta migliorando con i PAI e i rapporti con le ASL. Oggi, con la telemedicina, è possibile fare degli incontri con il personale delle ASL per decidere di cosa hanno bisogno le famiglie, dove il sociale è altrettanto importante.

I bambini crescono, hanno bisogno di controlli, e spesso diventano adulti: c'è quindi il problema della transizione, per cui non sappiamo a chi "passare" questi pazienti, perché i centri dell'adulto non esistono così tanto per le patologie estremamente rare e complesse, per cui quando il paziente si riacutizza torna al Bambin Gesù.

Questo ovviamente crea problemi di posti letto per i bambini, che sono tanti proprio perché abbiamo la possibilità di riuscire a farli sopravvivere con la tecnologia, i neonatologi e le diagnosi precoci dopo la nascita, grazie alle quali possiamo offrire un'aspettativa di vita senza handicap.

Finalmente è stato costruito un Hospice per le cure palliative pediatriche che presentano una forte differenza con quelle dell'adulto: tra gli adulti, il 60/70% dei pazienti che entrano nelle cure palliative lo fanno nella fase terminale, mentre per l'80% dei bambini c'è un'aspettativa di vita elevata. Per questo c'è bisogno di integrazione tra cure palliative e assistenza domiciliare: o il palliativista entra nell'assistenza domiciliare o l'assistenza domiciliare deve confrontarsi con il Centro Regionale di Cure Palliative Pediatriche, che può aiutare nel fornire degli standard, che sono di aiuto sia al pubblico che al privato.

Con la pandemia sono aumentate le difficoltà, ma è sorta una nuova possibilità: il passaggio dalla telefonata alla televisita. La regione ci ha fornito uno standard per le televisite molto importante, che però ci autorizza solo per i pazienti regionali, per cui abbiamo bisogno di standard validi a livello nazionale, anche per ridurre le disparità tra le regioni.

Un'ulteriore necessità è il teleconsulto, perché dà sicurezza all'operatore sanitario, all'infermiere e al medico stesso, ma soprattutto alla madre che sente il Centro di riferimento vicino e non ha bisogno di andare in continuazione in ospedale.

Si può migliorare con uno sforzo comune, con PAI equi e condivisi e con una solida integrazione socio-sanitaria.



MARIA CRISTINA ZAPPA

Direttore UOC Pneumologia
Territoriale ASL ROMA 2

La condivisione di intenti è comune tra il livello politico, gestionale e pratico.

La ASL Roma 2 è la più grande d'Europa e la più popolosa, tanto che gli over 65 sono il 21%, di cui il 33% è considerato fragile (93.000 pazienti). Le patologie respiratorie sono la terza causa di decesso dopo le malattie cardiovascolari e i tumori, quindi bisogna organizzarsi intorno a questa modifica strutturale e epidemiologica: la casa è il posto migliore per curare e gestire le patologie croniche e per evitare che il paziente passi al gradino superiore di necessità assistenziale.

Abbiamo traslato la telemedicina sviluppatasi durante la pandemia nella gestione del paziente cronico domiciliare, per cercare di gestire l'impatto socio-economico, che ha conseguenze sulla disabilità dell'individuo e sui costi enormi nella società. Per questo abbiamo promosso il progetto "Curare a casa", con cui stiamo implementando le piattaforme telematiche in modo da gestire tecnologicamente tutto ciò che è possibile.

I pazienti in ossigenoterapia domiciliare nella Asl Roma 2 sono circa 3000, e 700 quelli ventilati a domicilio, di cui circa 300 sono ad alta complessità di assistenza. Questa enorme mole di lavoro non può essere gestita in ospedale, per cui è necessario potenziare l'assistenza domiciliare con la telemedicina, usando i big data aziendali, fondamentali perché permettono la condivisione tra tutti gli attori che gestiscono il paziente.

Questo porterà a una maggiore facilità di dimissioni anche per i pazienti ancora non completamente autonomi, che saranno inseriti in una piattaforma virtuale con 20 posti letto di dimissioni virtuali, da cui saranno seguiti a casa. Si potrà valutare anche la possibilità di preparare un eventuale ricovero in caso di peggioramento, strutturando in anticipo un percorso di arrivo in ospedale, in modo che il tempo di sosta presso il pronto soccorso, prima di arrivare al reparto di gestione, sia il più breve possibile.

Naturalmente ci sono criteri di collocamento in piattaforma: vengono elaborati degli score per inserire i pazienti, sia al momento della dimissione, sia con i pazienti che sono al pronto soccorso e che presentano le condizioni per essere dimessi e seguiti da casa.

Una volta individuato il paziente con le caratteristiche corrette, l'ADI può prenderlo in carico con ventilazione meccanica, registrarlo sulla piattaforma e produrre un piano, aprendo una cartella e consegnando al paziente un kit per il monitoraggio. Una volta organizzato il diario clinico è indispensabile stabilire la quota di monitoraggio per organizzare la necessità di osservazione.

In caso di telericovero possiamo sfruttare diversi strumenti:

- Telemonitoraggio, che monitora alcuni parametri tramite range impostati e segnala l'eventuale sfornamento del range;
- Teleassistenza;
- Televisita, in cui partecipano il paziente e il suo caregiver;
- Teleconsulto, in cui partecipano diversi specialisti.



MICHELANGELO BARTOLO

Responsabile Telemedicina Territoriale
e Ospedaliera Regione Lazio

La regione Lazio è molto avanti nei servizi di telemedicina ma bisogna continuare a lavorare, perché le nuove linee guida dall'Agenas obbligano tutte le regioni a operare in modo omogeneo per appiattare le disuguaglianze.

Parlando di telemedicina nell'assistenza domiciliare, ci sono dei documenti principali:

- Linee guida sull'assistenza domiciliare, sull'organizzazione di un modello di telemedicina (Aprile 2022);
- Linee di indirizzo sui servizi di telemedicina, che prevedono 4 servizi di telemedicina base (Settembre 2022);
- Altre linee guida (ad es. sulla teleriabilitazione);
- Documento regionale (Luglio 2022).

Nell'assistenza domiciliare si prevedono una serie di servizi:

- Il teleconsulto, cioè una richiesta tra un medico e un altro medico;
- La televisita, equiparata a una visita di controllo ambulatoriale e che, di conseguenza, usufruisce dell'esenzione della patologia di base;
- Il telemonitoraggio, che permette di controllare i parametri del paziente;
- La teleassistenza, in cui sono state introdotte anche altre professioni sanitarie, tra cui gli infermieri.

Per ogni servizio di telemedicina è necessario un centro servizi, con personale che lavora, controlla e analizza i dati, oltre all'organizzazione di piattaforme regionali.

Il ruolo delle farmacie potrebbe essere fondamentale per arrivare nei luoghi più remoti, ma anche per dare assistenza a chi non riesce a fare la televisita. Affinché tutto ciò sia possibile, servono nuove figure professionali, per questo è fondamentale la formazione.

La regione si sta impegnando per realizzare al meglio questi progetti: stiamo sviluppando un'unica piattaforma, TeleHub, su cui saranno disponibili i diversi servizi di telemedicina, ma la tecnologia va così veloce che le nuove linee guida dell'Agenas ci impongono microservizi, macroservizi e trasversalità.

Proprio oggi è stata rilasciata la nuova versione dell'applicativo TeleAdvice, che sta migliorando in continuazione e che può essere un applicativo della regione sul telemonitoraggio, garantendo la massima libertà delle ASL purché si rispetti la condizione secondo cui gli applicativi comunichino con la piattaforma regionale.