

Capitolo 18

Dalla ricerca scientifica alla tariffazione: l'esperienza delle Regioni

Gabriella Borghi

CEFRIEL / Regione Lombardia, Milano

In linea con i Piani Sanitari Nazionali che già a partire dal 1994 incentivavano le Regioni a sperimentare nuovi modelli di cure alternative al ricovero ospedaliero, nel Piano Socio Sanitario della Regione Lombardia nel 2002⁽¹⁾ si indicava che fosse "opportuno dare il via a progetti sperimentali di gestione domiciliare del paziente attuando una graduale conversione di posti letto di degenza ordinaria in posti domiciliari equivalenti" e nel successivo Piano nel 2007⁽²⁾ si prendeva atto di quanto fatto, constatando la presenza di "percorsi domiciliari sperimentali che cominciano ad acquisire dimensione significativa e che sono oggetto di tariffazione su tutto il territorio, ... servizi resi possibili solo dall'ausilio delle nuove tecnologie". Inoltre citando le specificità dell'Ospedalizzazione Domiciliare si precisava che per assicurare la continuità di cura il sistema lombardo "andrà progressivamente dotandosi di sistemi evoluti di telecomunicazione in medicina". Il recente Piano 2010-2014⁽³⁾ per la telemedicina indica che "L'obiettivo finale è quello di guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio, per individuare soluzioni ad hoc (*telemedicina ed e-Health*) e territorializzare i necessari servizi in particolare quelli rivolti a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi, anche a supporto della medicina territoriale".

L'esperienza Lombarda

In Regione Lombardia l'impegno principale è stato quello di far evolvere in sperimentazioni allargate a più strutture sanitarie alcuni progetti di ricerca centrati sull'integrazione ospedale/territorio, finanziati a livello ministeriale o comunitario. La fase successiva è stata quella di proporre il protocollo, definito come "servizio sperimentale", a tutte le strutture sanitarie lombarde che ne fossero interessate e ne avessero i requisiti. Per questi servizi domiciliari è stata definita una tariffazione sperimentale regionale che viene erogata sulla base di tracciati record inviati attraverso il debito informativo regionale. Tale modalità ha tutte le caratteristiche per trasformarsi in un servizio a regime in breve tempo e rappresenta certamente la punta più avanzata sull'intero territorio nazionale.

I servizi sperimentali domiciliari raggruppati nelle **Nuove Reti Sanitarie** (www.cefriel.it/nrs) consentono attualmente di fornire un'adeguata risposta domiciliare a precise esigenze sanitarie di pazienti affetti da patologie cardiologiche croniche o post acute e a quelle oncologiche terminali. Gli esiti di tali analisi⁽⁴⁾ indicano una buona/ottima soddisfazione di pazienti e clinici e miglioramenti in termini di esito clinico.

Attivare questa modalità di cura è stata un'opportunità che molte strutture, sia pubbliche che private, hanno colto come

Tab. 18.1

Servizi sperimentali - NRS - Nuove Reti Sanitarie

Tipologia percorso	Patologia	Pazienti coinvolti 30.06.2010	Durata	Tariffazione	Tecnologia	Flussi informativi
	Cardiaca: Scompenso II-III-IV NYHA	Dal 2006 con 34 Strutture e N° 1.013 percorsi conclusi	6 mesi max	€ 720,00 per sei mesi € 480,00 per sei mesi a bassa intensità	ECG mono traccia al paziente Centro Servizi con cartella web	Tracciato record inviato sul debito informativo telematico (DIT)
	Cardiaca: Riabilitazione postcardiochirurgica	Dal 2006 con 6 Strutture e N° 609 percorsi conclusi	28 gg max e 20 gg medio	€ 140,00 a giornata	Centro Servizi con cartella web ECG 12DV al paziente	
	Oncologica: Cure palliative terminali	Dal 2008 con 32 Strutture e N° 5.807 percorsi conclusi	90 gg stimati		Definita dai partecipanti	

occasione di riorganizzazione della propria offerta, cominciando a vederne benefici per i loro pazienti.

La tabella 18.1 sintetizza lo stato dei servizi che sono stati prorogati a tutto il 2011. Per garantire una continua e migliore cura in aree territoriali disagiate è stato attivato in TELEMACO - TELEMedicina Ai piccoli Comuni lombardi

www.telemaco.regione.lombardia.it - che consente ai cittadini di piccoli comuni montani o decentrati di ricevere un'assistenza sanitaria adeguata senza spostarsi dal loro territorio⁽⁵⁾. Sono stati sviluppati e si stanno attuando servizi di Telesorveglianza oltre che per i pazienti con scompenso cardiaco, anche per quelli più gravi affetti da BPCO, con oltre 470 pazienti arruolati al 09.09.2010 data di chiusura del progetto (Tabella 18.2). Sono

Suggerimenti per l'utilizzo della Telepneumologia

Tab. 18.2

TELEMACO Telesorveglianza Domiciliare sanitaria BPCO						
Tipologia percorso	Patologia	Attività al 09.09.2010	Durata	Tariffazione	Tecnologia	Flussi informativi
Telesorveglianza Domiciliare	Pneumologica: BPCO a stadio medio grave	Dal 2007 con 7 Strutture e N°474 percorsi conclusi	6 mesi max	€ 300,00 x paz. alla Struttura Sanitaria/ Tecnologia e sua gestione in carico RTI	Saturimetro Centro servizi con cartella web	Tracciato record

inoltre attivati un servizio di Teleconsulto specialistico⁽⁶⁾ (cardiologico, dermatologico, pneumologico e diabetologico) a supporto dell'appropriatezza diagnostica del Medico di Medicina Generale, come evoluzione del progetto di ricerca ministeriale SUMMA⁽⁷⁾, nonché il trasferimento di immagini fra Pronto Soccorso periferico e ospedale specializzato per facilitare l'intervento in casi di sospetto ictus o trauma cranico. Sono stati avviati due nuovi servizi a supporto della Medicina di gruppo, dando l'opportunità di fornire in ambulatorio prestazioni di teleecocardiografia e di telespirometria. TELEMACO si è concluso a settembre 2010, ma con provvedimento di Giunta dello scorso agosto⁽⁸⁾, sono stati istituiti nell'ambito di Nuove Reti Sanitarie, i due percorsi di Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con BPCO grave e molto grave e di Teleconsulto specialistico al Medico di Medicina Generale per garantire continuità ai servizi sperimentali. A quest'ultimo servizio parteciperanno 7 ASL lombarde, mentre per il servizio di Telesorveglianza per pazienti BPCO sono state autorizzate 32 strutture sull'intero territorio regionale. I servizi sperimentali in "Nuove Reti Sanitarie", ma anche in TELEMACO, si appoggiano su tecnologie "di base", e sono già molto accettati e quasi a regime (finanziati direttamente da RL e, si spera a breve, riconosciuti dal SSN). Altri progetti sono più ambiziosi e avranno bisogno di più tempo per poter verificare la loro possibile entrata in uso, e quindi richiederanno ancora un notevole impegno di tempo, di organizzazione e anche di finanziamenti ad hoc.

Altre esperienze regionali

La tabella 18.3 riporta un sintetico quadro riepilogativo, presentato recentemente a Milano,⁽⁹⁾ che descrive quanto emerso a seguito di un questionario tematico rivolto a tutte le pneumologie italiane. Diciotto strutture hanno in corso 22 progetti di telemedicina (4 strutture hanno 2 progetti) di cui il 50% svolti in Aziende ospedaliere, per il 67% da Unità Operative complesse. Le tipologie di progetti in corso sono: 1) tele monitoraggio che prevede la trasmissione dei dati e il contatto telefonico tra paziente e infermiere 2) home tele-nursing nei quali l'infermiere può recarsi a domicilio del paziente e predisporre i device per la trasmissione dei parametri di interesse clinico in ospedale 3) la trasmissione automatica dei parametri dalla casa del paziente all'ospedale, con l'invio di un segnale di errore nel caso di parametri fuori-soglia e la conseguente allerta dei clinici. Le considerazioni che seguono evidenziano i punti principali. Emergono così diverse tipologie di progetti e diverse aree cliniche di intervento, anche se il focus era sulla BPCO.

La maggior parte delle esperienze non ha una dimensione regionale e non vi è un sistema di remunerazione confrontabile. In molti casi si tratta di progetti, anche interessanti con finanziamenti ad hoc (ad esempio da case farmaceutiche o con bandi di ricerca) e

che quindi presentano un costo totale dell'iniziativa con un preciso inizio e fine. Vi sono poi alcune realtà locali che hanno fatto evolvere nel corso del tempo modalità innovative di cura domiciliare, anche per pazienti molto impegnativi, generalmente a livello di ospedale, seppur raccordato con il territorio, attraverso un contratto con l'ASL di riferimento con cui è stato definito un numero di pazienti e un costo del servizio. In alcuni casi infine il servizio è stato esternalizzato attraverso gara comunitaria, se di costo elevato, o contrattualizzato dall'ASL con raggruppamenti di imprese o singoli fornitori. In altri casi il servizio di assistenza domiciliare è previsto come aggiunta alla fornitura del servizio di ossigenoterapia.

Tab. 18.3

Riassunto delle principali problematiche legate alla Telemedicina (modificato da 2)				
Regione	n. progetti di telemedicina	in avvio	in corso	conclusi
Lombardia	9	3	3	3
Lazio	2		2	
Piemonte	1		1	
Trentino Alto Adige	1		1	
Umbria	1			1
Sicilia	2		2	
Puglia	4		2	2
Liguria	1	1		
Toscana	1		1	
Totale	22	4	12	6

Si capisce quindi come queste realtà siano difficilmente confrontabili in termini di costo e di risultato creando con ciò esperienze che, anche se significative, sono poi difficilmente esportabili. Manca infatti un contesto programmatico di sistema che le collochi fra gli obiettivi regionali, ne definisca l'appropriatezza dell'erogazione, l'equità di accesso e conseguentemente la corretta remunerabilità delle prestazioni, inserendoli in un sistema di valutazione della qualità. Più in generale però, per poter diffondere un modello di cura innovativo su un ampio territorio, è necessario che lo stesso sia condiviso dai clinici, sia semplice dal punto di vista organizzativo e delle tecnologie coinvolte, quindi adeguato alle effettive esigenze di cura dei pazienti, e sostenibile dal sistema sanitario nel suo complesso.

La telemedicina è medicina "a distanza", attraverso dispositivi, infrastrutture e servizi tipici delle Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione (ICT). L'attuale più ampia definizione di sanità

Compendio

in rete, volta a migliorare la sanità e l'assistenza sanitaria attraverso le tecnologie informatiche e telematiche è oggetto di piani sia a livello nazionale ⁽¹⁰⁾ che comunitario. L'idea è quella di mantenere i costi stabili o di ridurli, abbreviando i tempi di attesa e diminuendo gli errori ⁽¹¹⁾. Ciò non toglie che l'Unione Europea ⁽¹²⁾ definisca

anche un insieme di azioni che gli stati membri, la Commissione e la più ampia comunità di decisori dovrebbe intraprendere per promuovere la telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società nel suo insieme.

In conclusione il sistema delle professioni dovrebbe proporre percorsi di continuità assistenziale, anche al domicilio, che con il supporto delle tecnologie, siano innovativi nella cura ma si basino sull'epidemiologia e sulle best practice e possano essere integrabili in un sistema a rete attento agli aspetti organizzativi e di sostenibilità economica a livello di sistema sanitario regionale, avendo la verifica della qualità come presupposto per valorizzare l'apporto di ciascun partecipante.

Bibliografia

- 1) Regione Lombardia - DCR VII/0462 del 13/3/2002- Il Piano Socio Sanitario regionale 2002-2004 "Libertà ed innovazione al servizio della salute" pag.44.
- 2) Regione Lombardia - DCR VIII/0257 del 26/10/2006 - Piano Socio Sanitario 2007-2009 - pag.104.
- 3) Regione Lombardia DCR IX/88 del 17.11.2010 - PSSR 2010-2014-pag. 26.
- 4) Masella C, Zanaboni P, Borghi G, et al. *Introduction of a telemonitoring service for patients affected by Chronic Heart Failure*. HealthCom2009, 11th IEEE International Conference on e-Health Networking, Application and Services, 16-18 December 2009, Sydney, Australia.
- 5) Si inserisce nel contesto della L.R. 11/2004 *Misure di sostegno a favore dei piccoli comuni della Lombardia*, volta a *contrastare i fenomeni di spopolamento e abbandono del territorio* che interessano molti dei Comuni sotto i 2.000 abitanti, in situazione di difficoltà a livello socio economico e di infrastrutture.
- 6) Zanaboni P, Scalvini S, Bernocchi P, et al. *Teleconsultation service to improve healthcare in rural areas: acceptance, organizational impact and appropriateness*. BMC Health Services Research 2009, 9:238.
- 7) Auxilia F, Di Napoli D, Cantù AP, et al. *"Second opinion in medicina generale"* - In: Prospettive Sociali e Sanitarie. - ISSN 0393-9510. - 36:12(2006 Jul 01). - p. 14-17.
- 8) Regione Lombardia - DGR n. IX/409 del 05.08.2010 "Attivazione di un modello di tele sorveglianza domiciliare per pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva nell'ambito delle nuove reti sanitarie e di servizi di teleconsulto specialistici in aree disagiate e montane".
- 9) Si veda <http://bpcolombardia.cefriel.it> - Workshop BPCO "Percorsi domiciliari caratterizzati dall'utilizzo di tecnologie: una prima analisi" svolto nell'ambito del progetto coordinato da Regione Lombardia "Confronto e valutazione della efficacia - utilità di diversi percorsi domiciliari caratterizzati dall'utilizzo di tecnologie innovative per assicurare continuità di cura ai pazienti".
- 10) Nel gennaio 2009 è stato indicato a livello governativo il "Piano e-Gov" che prevede che entro il 2012 saranno semplificati e digitalizzati i servizi elementari e create le infrastrutture per un'erogazione di servizi sanitari sempre più vicini alle esigenze dei cittadini, migliorando il rapporto costo qualità dei servizi e limitando sprechi ed inefficienze.
- 11) Piano d'azione « Sanità elettronica » Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, del 30 aprile 2004, «Sanità elettronica - migliorare l'assistenza sanitaria dei cittadini europei: piano d'azione per uno spazio europeo della sanità elettronica» [COM(2004) 356 def.
- 12) UE, COM(2008)689 , Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni sulla telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società.