

Digitalizzazione della sanità o sanità digitale?

Elio Borgonovi, Giovanni Migliore*

Iniziamo questo editoriale applicando le tre regole del buon oratore: dare un'idea, collegarla a un sentimento, fissarla con un'immagine. L'idea è quella di mettere in discussione la famosa affermazione del Tancredi nel Gattopardo secondo cui, "se vogliamo che tutto rimanga come è, bisogna che tutto cambi". Infatti, a essa si contrappone l'idea oggi molto diffusa secondo cui la crisi finanziaria, economica e dei debiti sovrani del periodo 2007-2009, la pandemia da Covid-19, la guerra in Ucraina con la messa in discussione degli equilibri economici, politici, strategici e militari a livello mondiale hanno diffuso la convinzione che "nulla potrà essere come prima". Per affrontare le sfide future, da molti è stata proposta la logica di "resilienza trasformativa", termine più scientifico di quello usato parecchi decenni fa da un collega che, provocatoriamente, aveva intitolato un suo intervento "Rimbanzo strategico" in un periodo in cui la pianificazione strategica formale era dominante nella cultura manageriale.

Applicando questa analisi al sistema di tutela della salute, emerge il sentimento che dovrebbe coinvolgere pazienti, professionisti, manager, policy maker, ricercatori e, non ultimo, il mondo della politica, quello di dover affrontare un periodo pieno di sfide. Sfide che devono essere affrontate nel nostro Paese tenendo saldi i principi fondanti di un servizio sanitario nazionale basato su universalità, equità, solidarietà e utilizzando al meglio le nuove conoscenze e le nuove tecnologie, tra cui quelle della digitalizzazione che è il cuore di questo numero di Mecosan.

Molte sono le possibili immagini che possono aiutare a fissare l'idea. Quella del proverbio africano secondo cui "se vuoi andare veloce vai da solo, se vuoi andare lontano vai insieme", che si coniuga egregiamente con l'immagine secondo cui "siamo tutti nella stessa barca". Andare insieme significa condividere la fatica (rilevante ogni volta che si deve abbandonare la comfort zone di ciò a cui siamo abituati), aiutarsi a vicenda (che significa sostituire la logica della cooperazione a quella della competizione teorizzata negli anni Novanta e nella prima decade del nuovo secolo anche per i sistemi di tutela della salute), farsi vicendevolmente coraggio ogni volta che gli ostacoli sembrano insuperabili. L'immagine della barca deve essere chiarita per evitare che vi siano molti che devono remare (nel campo della tutela della salute le persone povere, fragili e con minore potere nella società) e pochi che si arrogano il diritto di "pilotare" (i ricchi, coloro che possono accedere a cure avanzate, che hanno grande influenza nella società e nella definizione delle politiche di tutela della salute).

Per poter affrontare le sfide per il futuro del SSN occorre essere "originali" nel duplice senso che può essere attribuito a questo sostantivo. Il primo significato è quello di ritornare alle origini, il secondo di essere innovativi e creativi nel risolvere i problemi. Ritornare alle origini implica porre l'attenzione sul rapporto bisogni-risorse, superando il modello della società e della sanità "consumistica" fondata sul rapporto domanda-offerta. Le teorie di management e di marketing hanno da tempo costruito le categorie logiche dei bisogni inespressi, collegati alla domanda latente, domanda appropriata, domanda indotta, domanda superflua. Senza entrare nel dettaglio di questi concetti, si può ricordare che questo schema logico è stato privilegiato nell'ultimo secolo nei Paesi cosiddetti progrediti con lo sviluppo specialistico delle prestazioni di diagnosi, cura, riabilitazione delle patologie acute. Anche nel campo della tutela della salute la ricerca di un equilibrio tra domanda e offerta di prestazioni ha progressivamente portato a una divaricazione tra

* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.
Giovanni Migliore, Presidente FIASO.

bisogni reali e risposte. Questa divaricazione ha riguardato, in particolare, i bisogni che richiedono interventi integrati sulla persona e sulle comunità, quali sono la prevenzione, l'assistenza per persone con cronicità e disabilità e delle persone nella fase terminale della vita (che può essere accompagnata con terapie del dolore e cure palliative). Il sistema è diventato, così, sempre più efficace ed efficiente nel trattare le patologie acute, per le quali l'equilibrio è stato garantito dalla condizione di accessibilità "fisica" per chi può arrivare all'ospedale o alle strutture specialistiche, "organizzativa" riconducibile alle liste d'attesa, "economica" per coloro che possono ricorrere ad assicurazioni, fondi o pagamento diretto (out-of-pocket) di prestazioni non garantite dal SSN nei tempi e con la qualità desiderati.

Le nuove tecnologie della digitalizzazione, tema centrale di questo numero di Mecosan, consentono di superare alcuni vincoli di accessibilità. Sicuramente sul piano fisico, in quanto è possibile portare informazioni dal paziente verso i luoghi nei quali sono concentrate le conoscenze e portare le risposte verso i pazienti senza far muovere né gli stessi né gli specialisti. Come mettono in evidenza alcuni dei casi presentati in questo numero, le nuove tecnologie consentono un'organizzazione più snella e la piena valorizzazione dei professionisti. I servizi di telemedicina (telediagnosi, teleconsulto, telerefertazione, telemonitoraggio, teleriabilitazione) consentono di mettere in contatto diretto in tempo reale pazienti, MMG-PLS e altri medici che operano in strutture e servizi territoriali, infermieri che operano sul territorio (nei servizi ADI, UCA e, in futuro, nelle case e negli ospedali di comunità, COT, PUA) con unità specialistiche o plurispecialistiche negli ospedali, abbattendo decisamente i tempi dei precedenti processi. È sempre meno necessario che i MMG-PLS effettuino una visita, prescrivano accertamenti, analizzino risultati, prescrivano farmaci, prescrivano al paziente visite specialistiche ecc., ma il MMG e lo specialista (o l'équipe plurispecialista) possono avere accesso ai risultati degli accertamenti diagnostici di determinati pazienti e, "insieme", definiscono le migliori terapie che tengono conto anche del contesto familiare e sociale del paziente. Gli infermieri possono seguire le persone con cronicità più o meno complesse interagendo con MMG-PLS o medici specialisti, infermieri che operano in ospedali (per esempio, per concordare un programma di dimissioni protette), razionalizzando il tempo. Tantissimi altri esempi potrebbero essere fatti con riferimento alle potenzialità delle nuove tecnologie, ma è importante sottolineare che, per ottenere questi miglioramenti, non si devono digitalizzare i processi assistenziali, ma è necessario "ripensare i processi assistenziali con la logica digitale e aiutare professionisti e pazienti a cambiare i propri comportamenti" per poter trarre maggiori vantaggi. Ripensare ai processi assistenziali sulla base delle nuove tecnologie significa garantire effettivamente una "continuità" tra ospedale e territorio, tra diversi setting assistenziali, efficaci valutazioni multidimensionali, la messa in circolo delle energie di tutti i professionisti e degli stessi pazienti (processi di autocura e autoaiuto con il supporto di tecnologie di prossimità).

Inoltre, le nuove tecnologie consentono di passare dalla logica di standardizzazione dei processi assistenziali che ha caratterizzato gli ultimi decenni a quella di personalizzazione, da quella di individuazione di gruppi omogenei a quella di salute di precisione. Si intende sottolineare che l'assistenza delle SP (personalizzata, di precisione, preventiva, predittiva, partecipativa), nel recente passato riferita soprattutto alle malattie rare e alle potenzialità della genetica molecolare, può e deve essere applicata anche alle condizioni di cronicità e di fragilità che si incontrano fuori dagli ospedali e dalle strutture specialistiche. Con le tecnologie digitali è possibile aggiungere anche la P dell'assistenza proattiva o di iniziativa, che può essere attivata soprattutto da chi incontra i bisogni di salute nei luoghi in cui essi sorgono o, comunque, si manifestano. In questo numero di Mecosan vengono presentati i risultati della ricerca realizzata in collaborazione con FIASO sui progetti di digitalizzazione avviati dalle aziende prima e durante la fase critica di Covid-19 e programmati per il prossimo futuro. Utilizzando l'approccio mix-method, dopo aver presentato i dati della survey su 51 aziende, sono stati analizzati in modo approfondito sette casi che presentano un interessante spettro della situazione. Alcuni evidenziano esperienze di consolidamento di interventi del passato, altri sono in una fase sperimentale, uno è un'interessante esperienza di razionalizzazione a livello regionale dei concorsi per assunzione di personale, appalti e datawarehouse (ESTAR – Regione Toscana). Da queste esperienze emergono tre principali indicazioni:

- l'innovazione più solida ed efficace è quella realizzata da persone con alta motivazione e che si sentono direttamente coinvolte;

- indirizzi nazionali e/o regionali possono dare stimoli e creare condizioni favorevoli, ma non sono mai sufficienti anche quando sostenuti da investimenti significativi come è previsto dal PNRR;
- i risultati positivi si ottengono sempre con la collaborazione di professionisti che operano nei diversi setting.

Ci si augura che dai risultati della survey e dai casi possa derivare un confronto e un dibattito utile a promuovere quello che molti definiscono “il tagliando che deve essere fatto per un SSN introdotto 45 anni fa”. Buona lettura.