

Natalia Pianesi

Direttore Consulenza Pubblica Amministrazione e Sanità, Engineering

MODERATRICE: Grazie. Natalia Pianesi, è una giovane donna, ed è Direttore della Consulenza Pubblica Amministrazione e Sanità, Engineering.

NATALIA PIANESI: Buongiorno a tutti. Sono molto onorata e lieta di essere qui a parlare di un tema che è il collegamento tra la Sanità digitale e l'innovazione organizzativa per la continuità delle cure.

(Intervento fuori microfono)

NATALIA PIANESI: Sì, di cui siamo appassionati e che impegna la nostra quotidianità da tanti anni, in modo particolare questo tema del collegamento tra la Sanità digitale, la continuità delle cure, i modelli organizzativi nuovi per la continuità delle cure è il tema che ci sta appassionando proprio in quest'ultima tranche storica e che sta orientando anche l'attuale fase del rinnovamento continuo della nostra offerta software per la Sanità.

Mi piace spendere questi pochi minuti per focalizzare due aspetti.

(Intervento fuori microfono)

NATALIA: Il trend in atto, che è quello della ricerca della continuità assistenziale, è un tema che riguarda trasversalmente nord e sud, Tirreno e Adriatico, al punto tale che c'è un gemmare di nuovi modelli organizzativi per la continuità dell'assistenza in giro per l'Italia tale da generare fondamentalmente un vocabolario anche nuovo, PDTA, piuttosto che Reti di Patologia, piuttosto che PAI, piuttosto che ambulatori di cronicità. C'è un fiorire davvero di nuovi modelli organizzativi che hanno peculiarità differenti, ma che hanno un tratto comune, che è quello di ricercare, di assicurare in maniera continuativa e olistica, nei confronti di un paziente che ha bisogni sempre più articolati e complessi, unificando gli sforzi sia dei vari settori del welfare sia all'interno della Sanità, dei vari pezzi dell'erogazione dell'assistenza. È questo il tratto comune.

Quest'innovazione organizzativa che c'è, che è ricercata e che c'è dappertutto, da nord a sud, in che relazione è con il digitale? Ci dobbiamo domandare questo nella nostra quotidianità.

Pensiamo che il ruolo del digitale sia un ruolo da protagonista. Se ci pensate, la continuità assistenziale, con l'obiettivo che dicevamo prima, è un obiettivo ad altissima intensità informativa. Se non ho a disposizione informazioni sui pazienti, sui loro bisogni, sugli interventi di welfare e di sanità che sono stati svolti su di essi, come potranno mai fare gli operatori dell'assistenza e della cura, l'Ospedale e il territorio, a definire quali sono i migliori percorsi per la presa in carico di quei pazienti? Se non ho le informazioni, non ho la presa in carico e non ho la continuità assistenziale.

MODERATRICE: Quello di cui ci parlava poc'anzi il dottore Fiora, che accomunava un po' i vostri interventi, in alcune realtà, quello di cui parlate è già realtà, in altre realtà o in altre Regioni tutt'oggi la persona che viene dimessa dall'Ospedale, soprattutto il malato cronico e anche l'anziano, quando ritorna, dopo due mesi, a fare una visita in un ambulatorio, si ricomincia totalmente da capo, non avendo uno storico. Ecco perché chiedevo la differenza tra alcuni Regioni. Ci sono alcune Regioni che sono più avanti, la Campania stessa, ad altre Regioni in cui queste sono ancora progettualità?

NATALIA PIANESI: Il quadro è piuttosto differenziato, però nell'agenda della salute, non nell'agenda digitale, pressoché tutte le Regioni, la tematica della digitalizzazione, in favore della continuità delle cure, è una tematica presente e esistente. Poi, ci sono livelli di attuazione che chiaramente sono molto variegati e che non dipendono neanche dal nord e dal sud, spesso e volentieri dipendono

Natalia Pianesi

Direttore Consulenza Pubblica Amministrazione e Sanità, Engineering

anche dal singolo tema che viene affrontato in maniera diversa, a diversi livelli di maturità, in giro per l'Italia. Il problema è un problema di visione strategica. Quel proliferare di modelli organizzativi nuovi, che afferiscono comunque al raggiungimento dell'obiettivo della continuità assistenziale, non può esistere se non c'è la traduzione informatico applicativa della gestione del dato.

I contesti, che sono più avanzati, sono quelli nei quali nel librone del nuovo modello organizzativo, orientato alla continuità delle cure, oltre ad esserci una nuova architettura organizzativa, c'è il capitolo sulla strategia di digitalizzazione di quel nuovo modello organizzativo.

In questo senso, aggiungo un ultimo concetto, oltre al fatto che tutti i settori della Sanità dovrebbero essere digitalizzati, non dovrebbero esistere processi della Sanità non digitalizzati, perché altrimenti quella completezza e integrazione informativa non la raggiungeremo mai per prenderci in carico veramente il paziente. Scusate il bisticcio di parole, l'innovazione digitale deve essere innovativa. Oggi, per digitalizzare determinati processi dall'Ospedale e del territorio, probabilmente non sono più sufficienti le applicazioni informatiche che andavano bene dieci anni fa, le applicazioni informatiche a supporto dei processi di Ospedale e territorio dovrebbero ricercare alcune specifiche caratteristiche che conferiscono loro una postura particolarmente orientata alla continuità delle cure. Faccio alcuni esempi, poi mi taccio: una prima caratteristica da ricercare, secondo noi, è quella della capacità di percorrere, cioè di gestire i percorsi di cura, cioè la capacità di memorizzare e di orientare gli operatori dell'assistenza e della cura nell'individuazione di quelli che sono i percorsi di presa in carico, ritenuti maggiormente appropriati all'interno di quella Regione e organizzazione, per curare determinate patologie. Immaginate, ad esempio, di avere, in un'applicazione di fascicolo sanitario elettronico, un motore di percorsi di cura tali per cui nel momento in cui a un paziente viene diagnosticata una determinata patologia, scattano delle azioni e dei suggerimenti che aiutano effettivamente il sistema salute a prendere in carico, nella maniera ritenuta più appropriata, la persona a cui è stata diagnosticata quella patologia; la seconda caratteristica è quella della capacità di anticipare, della capacità di attivare gli operatori che intervengono immediatamente a valle nel percorso di cura, anche se stanno in contesti di assistenza e cura diversi da quello che è protagonista in quel momento. Pensate, ad esempio, alla capacità dei sistemi di cartella clinica elettronica, di poter attivare molto prima della dimissione, nel caso in cui questa sia ritenuta opportuna, la dimissione protetta, cioè tutti i percorsi di valutazione per assicurare una dimissione protetta a domicilio del paziente che gli fa effettivamente risparmiare giornate di degenza in Ospedale; da ultimo, non perché meno importante, un'altra caratteristica importante è la capacità di relazionarsi con il cittadino e con il paziente, quindi la capacità di estrarre conoscenza dai patrimoni informativi della Sanità per conoscere effettivamente il paziente e per rendere l'organizzazione sanitaria proattiva rispetto ai servizi che gli servono. Immaginate, in tal senso, un CUP che diventa (...) and relationship management. Il CUP è un'applicazione estremamente importante per mettere insieme domanda ed offerta, ma è tradizionalmente un'applicazione passiva, nel senso che il CUP aspetta che il paziente vada a fare la prenotazione. È chiaro che nel momento in cui conosco il paziente e i suoi bisogni, e conosco il percorso di cura in cui è collocato, è chiaro che queste applicazioni possono aiutare il paziente a ricordarsi che deve effettuare delle prenotazioni, possono aiutarlo a fruire delle prestazioni stesse, possono aiutare i familiari di persone che purtroppo da sole non riescono ad aderire ai propri percorsi di cura. Un'innovazione digitale realmente innovativa per sostenere la continuità delle cure.