# IL NUOVO MONDO della sanità

*Attraverso un investimento culturale e formativo sulle tre figure principe:*
*il* **direttore di distretto**, *il* **medico di medicina generale** *e l'***infermiere di famiglia**.
*E attraverso un'organizzazione della telemedicina all'interno di una cornice normativa nazionale.*

**All'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), quale tramite per il Ministero della salute, spetta l'attuazione degli interventi relativi alla missione 6 "Salute" – componente 1 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Come sta affrontando l'Agenzia un impegno così rilevante?**

*Intervista a*
**Domenico Mantoan**
*Direttore generale Agenas*

L'Agenzia si sta strutturando per poter affrontare questa importante sfida. Il suo compito è quello di supportare il Ministero della salute – e anche le Regioni – nell'individuazione di nuovi modelli organizzativi territoriali e anche nel monitoraggio dell'attuazione. Quindi ci stiamo strutturando sia internamente creando una nuova unità di progetto – che avrà il compito di seguire questa linea di attività – sia acquisendo professionalità in grado di dare un supporto importante alle Regioni. Stiamo creando un pool formato da professionalità multidisciplinari – medici, infermieri, ingegneri gestionali, ingegneri clinici – che possa fungere da supporto continuo e costante alle Regioni, e che è formato da persone che potranno poi rimanere all'interno del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

**"La casa come luogo di cura e di telemedicina": quali sono le difficoltà da superare per trasformare in realtà questo obiettivo?**

Sono due le iniziative importanti da intraprendere per raggiungere questo obiettivo permettendo un salto di qualità nella storia del Ssn. La prima è avviare le case della comunità, attivare un modello di assistenza che si prenda in carico la comunità di riferimento, cercare di fare in modo che il cittadino – il cronico, il paziente – possa essere curato nel più lungo tempo possibile a casa e possa diventare inabile – o disabile – il più tardi possibile. Quindi la presa in carico della cronicità da tutti i punti di vista, sia della prevenzione sia della cura. Dobbiamo cambiare il modello organizzativo, e uno dei presupposti fondamentali è riuscire a riformare l'attuale Accordo collettivo nazionale (Acn), il contratto che regolamenta il rapporto di lavoro dei medici di medicina generale che rappresentano una figura fondamentale nell'organizzazione delle cure primarie e la presa in carico delle comunità. È un contratto vecchio di trent'anni, con un'impostazione ancora legata alla figura del medico *single point* che lavora da solo nel proprio ambulatorio disseminato sul territorio. La sfida è quella di mantenere questa figura, salvaguardando il rapporto fiduciario – aspetto molto importante –, ma allo stesso tempo riuscire a fare in modo che la nuova figura del medico di medicina generale lavori in collaborazione con gli infermieri di famiglia e con i colleghi specialisti, e abbia la capacità di sfruttare la grande potenzialità che viene data dalla telemedicina, dal telesoccorso e dalla teleassistenza. Questo da un punto di vista dell'organizzazione dei servizi. Per quanto riguarda l'organizzazione della telemedicina – altro tassello importantissimo nel nuovo modello organizzativo – è fondamentale mettere un po' di ordine all'interno delle varie iniziative regionali svoltesi in questi anni. In assenza di una cornice di riferimento nazionale, alcune Regioni hanno investito molto in teleassistenza, mentre altre meno. Una delle iniziative sul tappeto da parte del Governo è quella di definire un'autorità centrale che fornisca indicazioni tecniche omogenee per tutta la nazione, affinché le singole Regioni possano sviluppare i propri modelli di telemedicina all'interno di una cornice normativa che sia di riferimento nazionale e che permetta l'interdisciplinarietà e lo scambio dei dati. Il fascicolo sanitario elettronico è sicuramente uno dei componenti fondamentali di questo nuovo modello assistenziale: qualsiasi cittadino può recarsi in qualsiasi ospedale d'Italia – se non d'Europa – portando con sé le proprie informazioni sanitarie. Però, affinché queste informazioni siano scaricate nel fascicolo sanitario, è fondamentale che i vari sistemi informativi regionali siano dialoganti tra di loro e possano scambiarsi i dati. Tutto ciò sarà possibile se le regole verranno definite a livello centrale, e saranno uguali e cogenti per tutti.

**È fondamentale che i sistemi informativi regionali siano dialoganti tra di loro. Servono regole definite a livello centrale, e uguali e cogenti per tutti.**

**Agenas ha il compito di supportare il Ministero della salute – e anche le Regioni – nell'individuazione di nuovi modelli organizzativi territoriali e nel monitoraggio dell'attuazione.**

**Al distretto viene assegnata una funzione centrale, di coordinamento tra le attività assistenziali della rete di strutture e i servizi, "in un'ottica di uniformità dei livelli di assistenza e pluralità dell'offerta". A cosa si fa riferimento in particolare?**

Con questo nuovo modello organizzativo rilanciamo il concetto del distretto come luogo in cui si raccolgano i fabbisogni sanitari e anche sociali, dove quindi si possa fare integrazione sociosanitaria, si interpretino i bisogni di salute di quella popolazione e si organizzino i servizi sanitari per quella popolazione in modo da assicurare una risposta coordinata e continua. Certamente questo "nuovo vecchio" modello – nel senso che il modello è sempre quello del distretto ma con un ruolo nuovo e più importante – comporta la necessità che a dirigere i distretti vi siano delle figure eclettiche, che abbiano competenze di organizzazione, di informatica, di epidemiologia: figure con una formazione sostanziosa e completa. Anche per questo si sta pensando di organizzare un albo nazionale a cui i direttori generali possono attingere per nominare i direttori di di-

## IL PNRR, IL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO E LE COMPETENZE DIGITALI

### L'attuazione del fascicolo sanitario elettronico

**21** Regioni attive

**4** Regioni in regime di sussidiarietà

**374.356.968**
Referti digitalizzati

**57.663.021**
Fse attivi

Fonte: www.fascicolosanitario.gov.it – dati aggiornati al 19 febbraio 2022.

### DAL PNRR

**1,38 miliardi**
di euro per l'infrastruttura e il potenziamento del Fse

- **200 milioni**
  di euro per realizzare una *central repository dei dati*, la digitalizzazione dei documenti e la creazione di servizi e interfacce del nuovo sistema Fse
- **610,4 milioni**
  di euro per sostenere e *incrementare l'utilizzo del FSE* a livello regionale
- **570 milioni**
  di euro per *sviluppare e mantenere l'infrastruttura* dedicata

**740.00 milioni €**
per le competenze digitali del personale medico sanitario

stretto. Per far parte di questo albo si deve superare un corso strutturato ad hoc, al fine appunto di formare una nuova classe dirigente che abbia gli strumenti per poter governare questo nuovo modello di cura territoriale.

**L'infermiere di famiglia e comunità è un'altra importante innovazione di un sistema in cui si troveranno ad agire col medesimo obiettivo figure professionali diverse. Come riuscire a rendere fluida e produttiva questa collaborazione?**

Uno dei soggetti importanti in questo nuovo modello di cura è l'infermiere di famiglia e comunità, introdotto nel 2020 in una delle leggi emanate per far fronte all'emergenza sanitaria covid-19. Una figura sicuramente importante che innanzitutto va formata, per la quale occorre prima andare a definire i compiti e dopodiché il modo con cui si deve formare. Poi serve valutare il fabbisogno, cioè di quanti infermieri di famiglia abbiamo bisogno. Una parte di queste risposte è contenuta nella bozza tecnica del Dm 71 preparata da un gruppo di lavoro coordinato da Agenas e consegnata al ministro Speranza. Deve diventare – ovviamente con tutte le modifiche del caso – un accordo Stato-Regioni che regolerà due importanti questioni: la prima è come e chi potrà fare la formazione per gli infermieri di famiglia e comunità – università o scuole regionali – e la seconda il fabbisogno, cioè di quanti infermieri di famiglia abbiamo bisogno. Sono tutte informazioni che ritroviamo negli standard inseriti in questo Dm 71. Infine, le università dovranno aumentare la propria capacità formativa. Nella definizione del ruolo dell'infermiere di famiglia deriva anche quali sono i suoi compiti, tra cui quello di collaborare con la figura principe – il medico di medicina generale – all'interno di questa nuova filosofia della casa della comunità, sulla presa in carico della comunità di riferimento. Quindi parliamo di un infermiere di famiglia che dovrà sicuramente lavorare col medico di medicina generale, ma che dovrà anche recarsi al domicilio delle famiglie, comprendere le situazioni cliniche e le condizioni ambientali, e attivare non solo la forma di assistenza domiciliare ma eventualmente anche i servizi sociali nel caso in cui si ravvedano queste necessità.

**Una nuova visione della sanità e dell'assistenza: ritiene necessario anche un ripensamento dei percorsi formativi e di aggiornamento dei professionisti sanitari?**

Credo sia importante rivedere i percorsi formativi. Sicuramente c'è la necessità di formare i nuovi direttori di distretto e gli infermieri di famiglia. Inoltre, andrà ripensata la formazione dei medici di medicina generale che oggi è assegnata alle Regioni in un corso triennale. Credo sia arrivato il momento che questa diventi una disciplina universitaria con un biennio comune ad altre discipline per esempio internistiche e, a seguire, un biennio di formazione sul territorio perché il medico di medicina generale possa capire quali sono i modelli organizzativi e in quale ambito muoversi. Quindi sicuramente un grande investimento culturale e formativo sulle tre figure principe che saranno i protagonisti del nuovo modello organizzativo del territorio: il direttore di distretto, il medico di medicina generale e l'infermiere di famiglia. Queste tre figure dovranno saper gestire l'insieme dei servizi di telemedicina e telemonitoraggio e gli strumenti di intelligenza artificiale che stanno facendo il loro ingresso in sanità e che saranno di grande aiuto per l'interpretazione dei dati nel monitoraggio continuo della cronicità. Prioritario inoltre è definire le modalità di assistenza in telemedicina. Questi servizi devono diventare un nuovo Lea e, come tutte le prestazioni che rientrano nei Lea, per poter essere erogati devono avere una propria definizione nosologica e anche delle tariffe. Questo è un altro degli aspetti su cui bisogna lavorare e attivarsi, e per il quale Agenas farà sicuramente la sua parte.

**C'è la necessità di formare i nuovi direttori di distretto e gli infermieri di famiglia. Inoltre, andrà ripensata la formazione dei medici di medicina generale.**

A cura di **Rebecca De Fiore**

**Introdotto nel 2012** il fascicolo sanitario elettronico (Fse) è attivo nelle 21 regioni italiane e in quattro di queste (Abruzzo, Calabria, Campania e Sicilia) in "regime di sussidiarietà", cioè con almeno una parte dei servizi erogati attraverso l'Infrastruttura nazionale di interoperabilità. I dati raccolti dall'Agenzia per l'Italia digitale evidenziano una disparità a livello regionale nell'utilizzo da parte dei medici e delle aziende sanitarie, spiegabile in parte dalla carenza di competenze digitali. Il Pnrr prevede un fondo di 1,38 miliardi di euro per potenziamento del fascicolo sanitario e 740 milioni per la formazione del personale sanitario per la digital health.