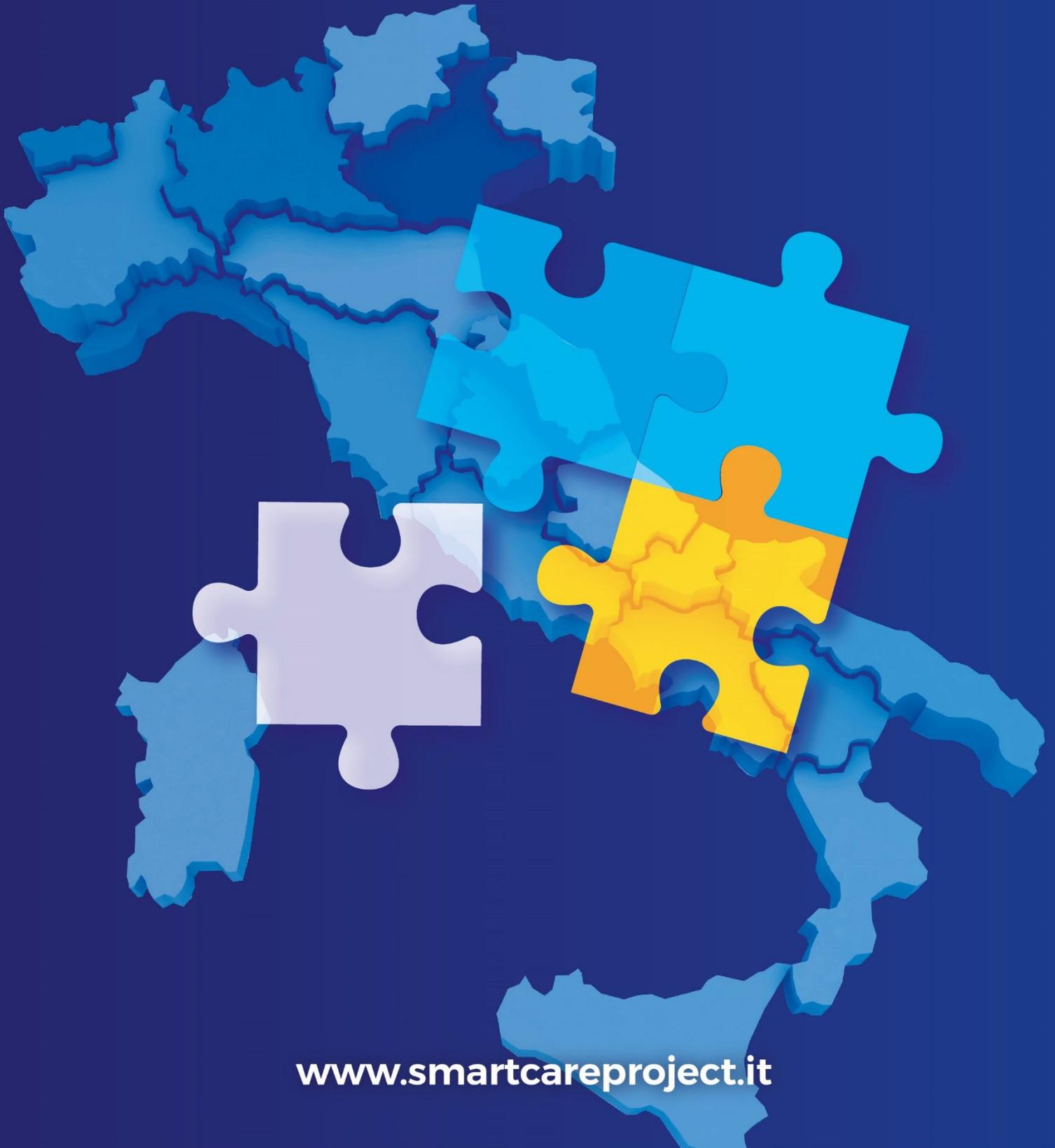


Periplo

sim società italiana
di leadership e management in medicina

S.M.A.R.T. CARE

Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in Sanità



www.smartcareproject.it



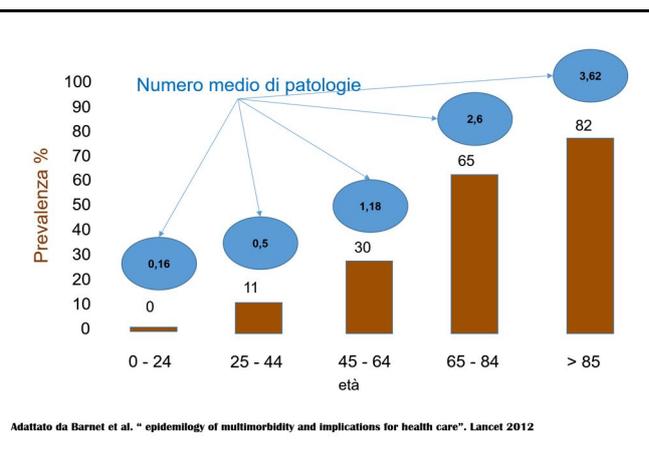
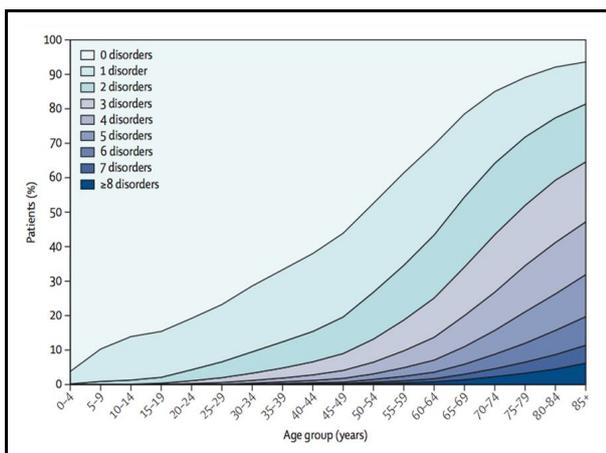
S.M.A.R.T. Care

Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in Sanità

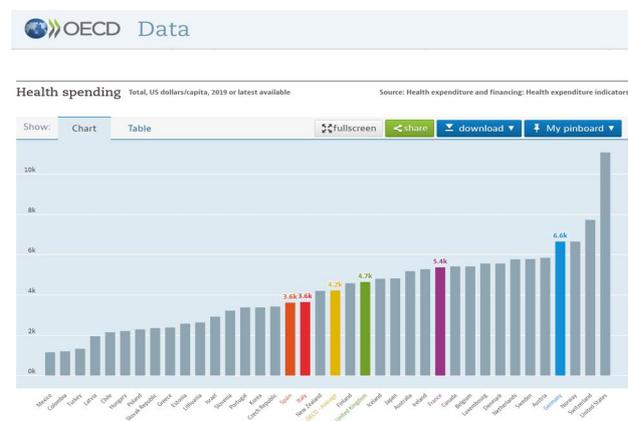
Contesto cronicità

Il 23% della popolazione italiana è costituito da anziani over 65 (di cui 2,2 milioni over 85 e con quote crescenti di persone non autonome per fasce d'età fino al 36% negli ultra 85enni) con una previsione di crescita che porta ad avere oltre 20 milioni di anziani nei prossimi 30 anni. Già oggi 4 milioni di anziani vivono soli, la copertura socio-sanitaria è pari al 25%. (Italia Longeva, Congresso SIMM 2019, Ancona).

In questa dinamica demografica, la situazione relativa alle malattie croniche determina una progressiva situazione di multimorbidità che vede, al crescere dell'età delle persone, la presenza contemporanea di diverse patologie con conseguenze legate alla complessità di cura e gestione, all'efficacia e alla sostenibilità delle cure, alla capacità assistenziale del sistema sanitario e del sistema sociale.



La spesa sanitaria pro capite in Italia risulta essere ancora al di sotto della media OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) e presenta un trend di crescita inferiore rispetto agli stati membri classicamente confrontati con il nostro Paese, sia in termini di valore assoluto pro capite che in rapporto al PIL (unica eccezione la Francia che si posiziona tuttavia ben oltre i valori italiani).



S.M.A.R.T. CARE

Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in Sanità

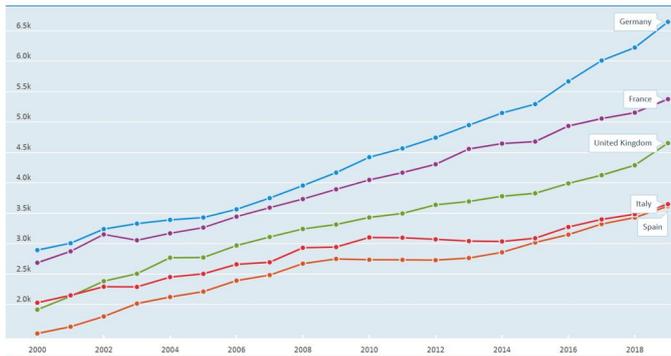


OECD Data

OECD Data

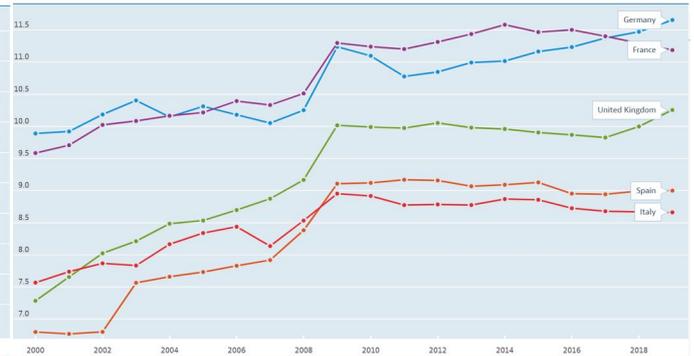
Health spending Total, US dollars/capita, 2000 - 2019

Source: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators



Health spending Total, % of GDP, 2000 - 2019

Source: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators



Tumori

I bisogni e i percorsi di 3,6 milioni di malati oncologici prevalenti in Italia (I numeri del cancro in Italia 2020, https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2020/10/2020_Numeri_Cancro-operatori-web.pdf) sono quasi esclusivamente gestiti dalle strutture ospedaliere con una domanda sovradimensionata rispetto all'offerta. Circa nuovi 1.030 casi di cancro ogni giorno determinano una complessità assistenziale e gestionale di ampia rilevanza. Tuttavia il livello di maturità delle reti oncologiche e dei servizi oncologici in Italia rappresenta un substrato sul quale risulta possibile realizzare interventi di miglioramento efficaci e misurabili.

Emergenza Coronavirus: nuovi problemi e accelerazione dell'innovazione

Da novembre 2019 il virus è stato un potente disruptive innovator che ha obbligato ad adattare i comportamenti sociali e personali cambiando la velocità di decisioni e azioni.

Nei mesi di marzo e aprile il numero di prestazioni sanitarie ambulatoriali erogate ha avuto una riduzione significativa, in Emilia-Romagna, ad esempio, oltre il 60% delle prestazioni non sono state erogate (annullate, rinviate o ridotte a monitoraggi e valutazioni a distanza) con dinamiche molto differenti a seconda delle tipologie e delle discipline: le prestazioni di radioterapia si sono ridotte in misura minima (poco oltre il 6%) diversamente dalle prestazioni oncologiche, principalmente followup, che si sono ridotte di oltre il 34%, mentre altre discipline esterne al percorso oncologico hanno subito una variazione rilevante (es. oculistica oltre il 65%). (Fonte Dati: reportistica regionale dinamica RER, flusso ASA).

Nel corso dell'emergenza il mondo oncologico ha dunque sperimentato alcune innovazioni organizzative che hanno consentito risultati confortanti. Molte di queste azioni hanno posto l'esigenza di sviluppare per l'oncologia un nuovo impegno in ambito territoriale.

Coordinamento progetto

OVER SRL

info@overgroup.eu

www.overgroup.eu

Periplo

simm
società italiana
leadership • management • medicina



Recovery Fund

Alcuni degli aspetti caratterizzanti il progetto S.M.A.R.T. Care trovano ulteriori supporto anche nelle priorità identificate dalla Commissione Affari Sociali e Sanitari della Camera per l'utilizzo del Recovery Fund. Di queste sono particolarmente rilevanti per il progetto:

- Implementazione degli investimenti nella **sanità digitale**, potenziando il fascicolo sanitario elettronico e sviluppando la telemedicina, la reciproca leggibilità delle piattaforme e lo scambio rapido e concreto delle informazioni sanitarie, l'investimento nella formazione e nell'aggiornamento degli operatori sanitari per l'utilizzo di tali strumenti digitali;
- organizzazione della **rete territoriale** di assistenza che comporti un ripensamento dell'intera offerta sanitaria e socio-sanitaria, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi;
- realizzazione un nuovo modello organizzativo dell'offerta assistenziale, vicina al cittadino imperniata sul concetto di **prevenzione primaria** e di promozione della salute, intesa come educazione ai corretti stili di vita, alla corretta alimentazione e all'attività fisica, e sul concetto di **prevenzione secondaria** (screening);
- **domiciliarità dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti** e la promozione dell'invecchiamento attivo, in modo da garantire, anche a coloro che si trovano in condizioni di non autosufficienza, una vita dignitosa in un contesto relazionale adeguato;
- gestione dell'**obsolescenza** degli strumenti diagnostici, sia a livello ospedaliero che territoriale;
- adeguamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) alle nuove emergenze sanitarie;
- valorizzazione del **personale sanitario** attraverso un adeguamento degli ordinamenti didattici formativi, al fine di aggiornarne le competenze ai nuovi bisogni di salute;
- definizione, nell'ambito del finanziamento della ricerca, di una sezione relativa al potenziamento [... ..] di interventi anche in forma domiciliare.
- implementazione della **ricerca**, anche quella medica di base e delle terapie avanzate, attraverso un piano strategico di investimenti, valorizzando le eccellenze presenti sul territorio nazionale, la crescita di figure altamente specializzate e potenziando attività di studio relative agli interventi orientati al territorio e al domicilio;
- potenziamento, in linea con l'approccio "One Health", la rete di sorveglianza per un sistema sanitario nazionale ed europeo più resiliente.
- ...



Progetto S.M.A.R.T. Care

In questo scenario l'assistenza ai pazienti oncologici rappresenta un ambito particolarmente adatto a sperimentare il "Best Setting Model", con lo scopo di migliorare ulteriormente la "presa in carico totale" del malato oncologico, in un'ottica di qualità dell'assistenza, equità di accesso alle cure, migliore utilizzo delle risorse e potenziamento delle reti.

Un processo che è iniziato a partire dal 17 marzo 2020 quando SIMM ha aderito all'iniziativa di Periplo, Fondazione per la Medicina Personalizzata e Cittadinanzattiva attraverso una comunicazione diretta al Ministero della Salute e all'AIFA in cui si sottolineava, tra le altre cose, la necessità impellente della dislocazione territoriale delle terapie rivolte ai malati oncologici cronici (allegato).

In questo scenario di accelerazione di innovazione SIMM (Società Italiana di Leadership e Management in Medicina) e Periplo (Rete delle Reti Oncologiche) hanno immaginato un intervento destinato alla realizzazione di un **modello organizzativo** per un sistema sanitario distribuito anche territorialmente, coerente con le migliori pratiche e capace di coordinare tutti i soggetti coinvolti: l'oncologo, medico di medicina generale, infermiere, altri operatori sanitari e sociali, gli altri operatori sanitari e non sanitari a servizio dei bisogni dei pazienti, fino ai caregiver e alle associazioni di pazienti e di volontariato e i ricercatori, tutti coinvolti per loro parte nel disease journey o, più auspicabilmente, nell'health journey.

L'obiettivo di questo intervento, denominato **S.M.A.R.T. Care**, consiste nel posizionare più appropriatamente i servizi sanitari nel luogo a maggior valore spostando una parte dell'assistenza sanitaria ai malati oncologici tradizionalmente fatta esclusivamente in ospedale, al territorio nell'ottica di individuare il miglior setting di cura che garantisca:

- 1. massima qualità**
- 2. ottimizzazione delle risorse e sostenibilità del Sistema**
- 3. appropriatezza organizzativa**

Il modello organizzativo dell'intervento prevede l'analisi dei bisogni, realizzata da esperti oncologi, strutturata secondo una specifica metodologia con potenzialità di applicazione nel breve termine e misurabile in termini di efficacia ed efficienza. I professionisti di Periplo hanno identificato 12 direttive chiave di intervento:

1. L'oncologia ospedaliera può prevedere attività anche in proiezione territoriale con modalità innovative di flessibilità e mobilità del personale (inclusa l'estensione territoriale delle Reti Formative delle Scuole di Specializzazione in Oncologia Medica).
2. Si devono individuare "recettori oncologici" a livello territoriale con specialisti del settore operanti a domicilio o nelle strutture di cure intermedie in continuità con il Medico di Medicina Generale e l'oncologo ospedaliero di riferimento
3. Le cure intermedie, l'ospedalizzazione domiciliare sono modalità di assistenza territoriale che devono, secondo precise indicazioni, ospitare anche pazienti oncologici che necessitano di media/bassa intensità assistenziale (in sinergia tra Mmg, specialista territoriale e ospedaliero).



4. Il paziente oncologico e la sua presa in carico devono essere inseriti nelle diverse articolazioni del cronic-care model con adeguate competenze specialistiche e precisi criteri di elezione.
5. Alcuni trattamenti oncologici, di basso impegno assistenziale, possono essere eseguiti a domicilio del paziente sotto controllo specialistico in sinergia con il MMG.
6. Un'adeguata infrastruttura telematica deve garantire e promuovere pratiche di televisita e teleconsulto con attivazione di tutte le figure coinvolte sia a livello territoriale che ospedaliero.
7. Deve essere prevista una cartella clinica informatizzata unica (ospedale e territorio) che deve essere alimentata da tutti i professionisti coinvolti nelle diverse fasi del percorso.
8. Il follow-up si configura come un esempio di medicina di iniziativa e deve essere modulato tra specialista e MMG con momenti strutturati di interazione.
9. Viene individuato per ogni paziente un "tutor" che è punto di riferimento per tutti i professionisti coinvolti nel percorso e che agevola i passaggi delle diverse fasi di presa in carico da parte di strutture diverse.
10. Il Caregiver ed il volontariato sono parte integrante dell'equipe di cura e partecipano, o comunque sono coinvolti, nelle valutazioni di percorso.
11. Si definisce per ogni fase di malattia il modello assistenziale più appropriato (ospedaliero e territoriale) facilitando al massimo lo spostamento nell'ambito delle diverse tipologie (domicilio, ospedalizzazione domiciliare, cure intermedie, DH, ricovero ordinario).
12. Si definiscono nei PDTA con precisione i luoghi di presa in carico e di cura e la tipologia di professionista sanitario di volta in volta coinvolto.

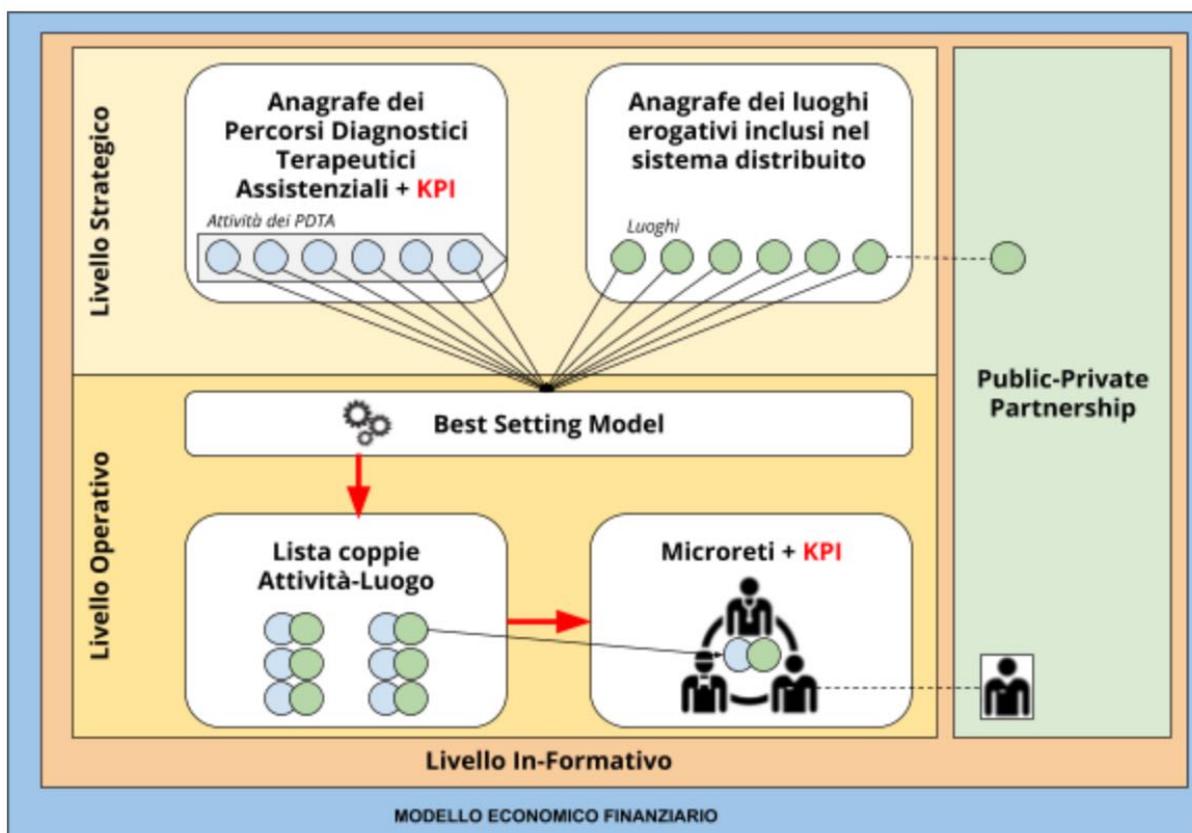
In particolare gli obiettivi del progetto S.M.A.R.T. Care possono essere riassunti, da un punto di vista operativo, in una serie di azioni:

- coordinare tutti i nodi territoriali per ottimizzare la gestione del percorso dei pazienti cronici;
- facilitare l'accesso e l'empowerment del cittadino-paziente;
- ridurre le distanze tra centro di riferimento (esempio: IRCCS, ospedali di II livello..) e territorio, favorendo la comunicazione e l'interazione strutturata tra medici specialisti, infermieri specialist/case manager, medici di medicina generale, operatori sanitari del territorio;
- ridurre costi e gestire la complessità e favorire la sostenibilità del Servizio Sanitario secondo i principi della Value-Based Healthcare;
- creare un modello replicabile ed esportabile in contesti differenti.



L'architettura del framework del progetto S.M.A.R.T. Care prevede la presenza dei seguenti elementi:

- Il modello organizzativo articolato e il sistema informativo adeguato
- Il "Best Setting Model"
- Le microreti
- Il patient engagement
- Le partnership pubblico-privato e la collaborazione con le associazioni pazienti e associazioni di volontariato
- Il modello economico finanziario
- Il metodo di valutazione e monitoraggio dell'intervento

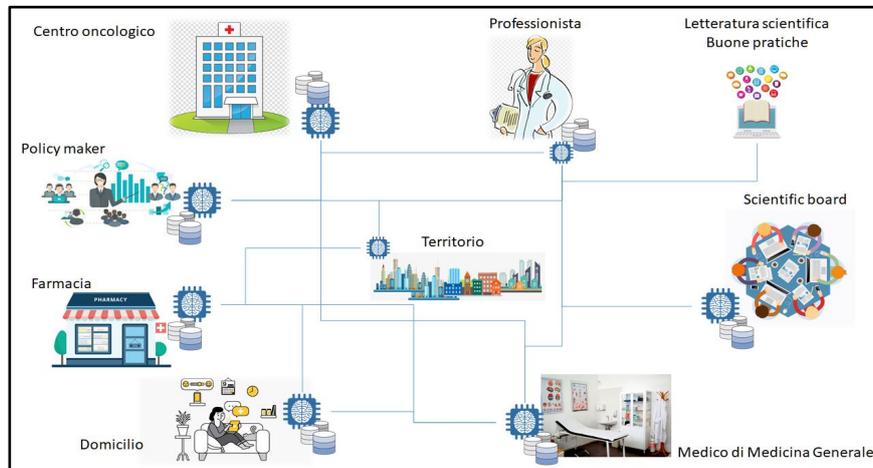


La realizzazione di questa revisione organizzativa territoriale si basa su due prerequisiti:

- A) Una collaborazione tra punto dipartimento oncologico ospedaliero e medici di medicina generale
- B) la presenza di una infrastruttura tecnologica che abiliti e faciliti la comunicazione strutturata e il transito delle informazioni.
- C) Adeguamenti giuridico amministrativi per l'utilizzo dei nuovi setting assistenziali

S.M.A.R.T. CARE

Soluzioni e Metodi Avanzati di Riorganizzazione Territoriale in Sanità



S.M.A.R.T. Care include la ricerca degli strumenti tecnologici disponibili e capaci di supportare il sistema per quanto riguarda la risposta ai bisogni individuati. SIMM ha costituito un gruppo di lavoro che ha redatto un catalogo di esperienze attive o pronte per l'attivazione in alcuni territori regionali.

Le tecnologie per l'annullamento delle distanze affrontano temi relativi al monitoraggio remoto, la comunicazione ospedale-territorio-domicilio, la telemedicina, la gestione delle terapie oncologiche delocalizzabili, l'assistenza personale, la robotica a supporto degli specialisti. La necessaria interoperabilità tra gli strumenti abilitano l'utilizzo di tecnologie eterogenee in una logica unitaria che vede nella cartella clinica informatizzata oncologica il fulcro e l'elemento coordinante.

Il progetto S.M.A.R.T. Care vede anche il coinvolgimento di un tavolo di lavoro dedicato all'ambito regolatorio che si occupa di effettuare le valutazioni normative e regolatorie specifiche per le attività delocalizzabili, iniziando l'analisi dai temi dedicati alle terapie antitumorali, anche in un confronto rispetto ad altri paesi europei e in una prospettiva di omogeneità territoriale.

Due elementi chiave del progetto sono il Best Setting Model, ideato per garantire l'individuazione del setting erogativo a maggior valore per il SSN per il paziente, per ogni attività delocalizzabile, e le microreti: definizione formalizzata dei soggetti coinvolti (specialista, MMG, farmacista, infermiere, tecnico, OSS, paziente, caregiver, app, robot, ...) per le specifiche attività con l'obiettivo di garantire formazione, transito delle informazioni, individuazione delle tecnologie necessarie, azioni tra loro coerenti ed efficaci.

Il collegamento ideale tra tutte queste figure e responsabilità potrebbe essere un nuovo Dipartimento Oncologico quale struttura di governo e elemento di garanzia della quota sia territoriale che ospedaliera che pur con una direzione ospedaliera dsi definisce come un corpo articolato ed interconnesso.

S.M.A.R.T. Care include inoltre azioni di valutazione e sostenibilità dell'intervento attraverso la realizzazione di un modello economico-finanziario, un livello informativo dedicato al trasferimento dei dati raccolti in funzione dei KPI di percorso e di processo individuati nei tavoli di lavori scientifici e tecnici. In questo ambito può essere particolarmente rilevante il ruolo del paziente e la discussione sul patient engagement. In questo senso le Associazioni di pazienti possano diventare attore presente e attivo nei momenti di pianificazione, progettazione e valutazione degli interventi sanitari.



Gruppo di lavoro strategico-scientifico

Il gruppo di lavoro strategico-scientifico di S.M.A.R.T. Care si sta occupando di definire le linee di indirizzo per la riorganizzazione territoriale dei servizi e il riposizionamento di alcune funzioni.

Le attività prioritariamente candidate alla delocalizzazione sono:

- **Terapie orali, sottocutanee ed endovena a bassa intensità:** per queste è necessario impostare un lavoro di analisi specifica coinvolgendo oncologi/ematologi per le specifiche patologie e i farmacisti. Tra gli elementi di analisi è necessario esplorare:
 - Fasi o attività delocalizzabili della gestione delle terapie orali (rivalutazioni, conferme terapie, ...)
 - Fasi o attività delocalizzabili della gestione delle terapie sottocute
 - Frequenza dei controlli per specifiche terapie
 - Attività di supporto: educazione terapeutica
 - Trasporti e logistica
- **Followup:** per queste attività è necessario analizzare la possibilità di delocalizzazione in funzioni del tipo di followup (visite, diagnostica, esami, ...) e del momento (followup post terapia, medio-lungo termine), ...
- **Screening:** la gestione degli screening deve essere perseguita in forma delocalizzata cercando di creare un link più solido con il gestore del percorso oncologico da un lato e con i medici di medicina generale dall'altro.
- **Coinvolgimento dei Farmacisti al fine dell'erogazione delle terapie**
- **Gestione tossicità**
- **Gestione criticità di bassa e media intensità**
- **Supporto psicooncologico**
- **Nutrizione**
- **Ulteriori varie prestazioni polispecialistiche**

Per questi ultimi 5 punti in particolare risulta necessario affrontare temi di cultura e formazione del paziente e del caregiver e individuare buone pratiche e linee di indirizzo per la telemedicina, in particolare teleassistenza, teleconsulenza, telemonitoraggio.

I Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) e la loro parziale declinazione sugli specifici territori necessitano di una revisione coerente con quanto sopra e con le nuove disponibilità di setting territoriali.

Per quanto riguarda i setting erogativi e le microreti, si conferma la necessità di garantire, sotto il controllo di un owner di processo qualificato quale può essere il dipartimento oncologico:

- l'accesso alle informazioni utili e necessarie nei tempi e modi corretti;
- l'accesso alle comunicazioni con i professionisti di riferimento;
- la formazione;



a tutti i diversi soggetti coinvolti:

- Oncologo ospedaliero
- Case manager / Tutor di percorso
- Oncologo territoriale o proiezione dell'oncologo ospedaliero sul territorio
- Medico di Medicina Generale
- Operatori delle strutture territoriali
- Farmacisti ospedalieri e sul territorio
- Paziente e caregiver.

Questa dinamica di garanzie richiede supporti relativi a:

- piattaforme e strumenti tecnologici
- contesto regolatorio (per la delocalizzazione di alcune terapie, per l'attuazione della telemedicina)
- sinergie strutturate con il MMG e definizione puntuale del suo ruolo.

Gruppo regolatorio

Il gruppo di lavoro dedicato all'ambito regolatorio ha iniziato il proprio lavoro studiando le possibilità di ricollocazione territoriale delle terapie orali in funzione dei regolamenti e delle norme attuali.

Gruppo tecnico

Il progetto prevede anche la valutazione delle tecnologie disponibili per la realizzazione di un assessment finalizzata ad individuare gli interventi tecnologici necessari per l'abilitazione delle comunicazioni e delle interazioni tra i soggetti coinvolti.

Rapporto con il Medico di Medicina Generale

Il medico di medicina generale costituisce un ruolo chiave ed una ricchezza inestimabile per il Servizio Sanitario. Per questi due motivi è necessario ricercare la massima collaborazione in fase sperimentale anche per la definizione delle sinergie tenendo conto delle specifiche competenze e di una eventuale remunerazione dell'intervento.

L'esistenza di realtà multi-professionali dotate di strutture, tecnologie e servizi che già consentono al MMG di operare in una équipe multi professionale sono un valore importante da promuovere ed arricchire con nuove competenze.



Progetto pilota

S.M.A.R.T. Care prevede la realizzazione di sperimentazione di modelli e procedure per misurarne gli effetti.

In alcune realtà regionali sono in fase di avvio progetti di sperimentazione organizzativa sul tema della oncologia territoriale (Emilia Romagna, Toscana ...) che possono essere una base di avvio coordinata per ulteriori esperienze.

L'analisi di modelli sperimentali in fase di avvio mette in evidenza l'opportunità di definire la dimensione degli ambiti territoriali di sperimentazione, la individuazione dei nuovi setting erogativi e delle prestazioni in essi dislocate con la chiarezza di strumenti (KPI, utili per il monitoraggio del percorso).

Possono costituire validi esempi sia l'esperienza dell'IRST Oncologico di Meldola (vedi allegato a questo documento) che la sperimentazione di ISPRO in Toscana.

SIMM – Società Italiana di Leadership e Management in Medicina

www.medici-manager.it

Presidente Dott. Mattia Altini

PERIPLO – Rete delle Reti Oncologiche

www.periplo.eu

Presidente – Prof. Pierfranco Conte

VicePresidente – dott. Gianni Amunni

Progetto realizzato in partnership con ROCHE Italia.



Allegato

L'IRST di Meldola, IRCCS Oncologico, ne ha proposto la realizzazione all'Azienda USL della Romagna che ha riconosciuto il valore dell'intervento proponendo la costituzione di un tavolo tecnico operativo per attivare il pilota su un territorio di circa 13.000 residenti, nel quale 11 medici di medicina generale lavorano in un contesto di casa della salute. Il tavolo di lavoro che sarà presto identificato proseguirà l'attività:

1. Individuando le attività oggetto di intervento e le rispettive priorità (patologia, tipo attività, fase del percorso diagnostico terapeutico assistenziale) con particolare riferimento alle linee di indirizzo suggerite dal livello strategico/scientifico di SIMM e PERIPLO
2. Individuando le possibili classi setting erogativi (Ospedale, MMG, Farmacia, Domicilio, ...) e mappando gli specifici punti erogativi disponibili sul territorio
3. Definendo i KPI di percorso
4. Individuando le classi di attività per ogni patologia (Diagnosi: TC/Esami/RNM/..., Terapia: intervento, radioterapia, chemioterapia, ..., Assistenza: followup, supporto psicologico, terapie di supporto, ... attività assistenziali sul territorio...)
5. Analizzando in maniera specifica le terapie oncologiche delocalizzabili (EV, SC, orali, terapie di supporto, ...). In IRST si stanno analizzando 79 principi attivi utilizzati dai diversi gruppi di patologia operanti in IRST per verificare i processi di prescrizione, consegna, monitoraggio e revisione delle terapie allo scopo di individuare le azioni delocalizzabili.

Sul territorio pilota, sono stati individuati oltre 500 pazienti che nel 2019 si sono recati mediamente 9 volte in Istituto ogni anno, determinando circa 17 accessi giornalieri in IRST IRCCS, di questi almeno 3 sono determinati da visite di controllo o visite che potrebbero essere svolte - seppure non in tutti i casi - presso l'ambulatorio del MMG o la struttura territoriale di riferimento (DATI IRST IRCCS).

Il gruppo di lavoro tecnico attivato sul territorio Romagnolo ha identificato 26 strumenti tecnologici volti all'interazione tra i soggetti coinvolti nel percorso di cura. Per ogni strumento sono stati identificati:

- le tipologie di dati trattati;
- il setting assistenziale di applicazione;
- la parte del percorso di cura gestita / supportata;
- il livello di sviluppo (prototipo, attivo, ...);
- l'ambito di applicabilità (nazionale, locale, ...).

Tali strumenti costituiscono una base delle esperienze tecnologiche applicabili al progetto pilota secondo le esigenze che saranno espresse dai livelli strategici e operativi.