

Il dato è tratto... e indietro non si torna

Alberto Iotti¹
Davide Croce²

Immaginiamo un paziente qualunque che, alle prese con una determinata sintomatologia, si reca dal proprio MMG per un primo consulto. Dopo una lunga attesa in sala d'aspetto e un veloce colloquio, potrebbe sentirsi rispondere "a mio avviso non è nulla ma farei comunque degli accertamenti". Quindi gli prescrive *test* e visite specialistiche con un vago quesito diagnostico sulla ricetta. Il paziente esce, prenota al CUP scontrandosi con incongruenze di vario genere dovute a codici mancanti o priorità non riconosciute e si reca all'appuntamento specialistico. E qui inizia veramente la sua avventura diagnostica nel regno della "non gestione sanitaria", dove si troverà a saltare da un ambulatorio all'altro, come una pallina magica, senza riferimenti precisi per

scelte che lo riguardano. C'è infatti una sostanziale differenza tra offrire prestazioni sanitarie (*fee for service*) e gestire il paziente (prenderlo in carico). È come la distinzione tra acquistare un prodotto su un anonimo sito *online* o recarsi dal negoziante di fiducia. Certo, la figura del medico di famiglia avrebbe esattamente questo ruolo gestionale ma ciò è vero solo sulla carta, in quanto per ragioni di carattere sia pratico che di capacità, il medico di famiglia non può di fatto seguire il paziente nel suo percorso (dai dati Lombardia un MMG segue circa 500 pazienti cronici su 1500 assistiti totali).

Manca quindi la figura del *Tutor*, ovvero un ipotetico medico onnisciente e multidisciplinare in grado di supportare il paziente nelle valutazioni e nelle scelte e di fungere da collegamento proattivo con gli altri professionisti. Purtroppo questa figura non può esistere, il problema del paziente resta e ha conseguenze importanti non solo sulla sua salute ma anche

¹ Presidente Runtimes Scientific Education and Communication, Modena, alberto.iotti@runtimes.it

² Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale (CREMS), Università Carlo Cattaneo - LIUC, Castellanza (VA)



Monkey Business Images

sul finanziamento del SSN. Infatti, la “non gestione sanitaria” si traduce spesso in visite, esami e trattamenti non necessari. Volendo fare un parallelismo con il mondo commerciale, sarebbe come se nello sviluppo di un prodotto le diverse figure aziendali preposte alla progettazione delle singole componenti non parlassero tra loro, con il risultato di un oggetto non integrabile e quindi non funzionante.

Come ovviare a tutto ciò? Come aiutare il medico nell’orientarsi nelle scelte? Come rendere efficace la trasmissione delle informazioni in sanità e, soprattutto, come far sì che non sia il paziente, usualmente non competente, a doversi far carico di riportare le informazioni? La risposta a questi interrogativi sta nella messa a punto di sistemi diversi ma tra loro connessi, che possiamo brevemente riassumere con il termine “Sistema assistenziale integrato”, un insieme di strumenti in grado di raccogliere le in-

formazioni cliniche in modo omogeneo attraverso la messa a punto di un *dataset* comune, rendendo disponibili per il professionista le informazioni dei pazienti indipendentemente dal *provider* che li raccoglie e supportare il medico nelle scelte diagnostiche e terapeutiche (sistemi di intelligenza artificiale).

Tutto sommato semplice a dirsi ma complesso da realizzare, perché i fattori che entrano in gioco sono diversi: aspetti regolatori, entità sanitarie diverse, sistemi gestionali da integrare o reingegnerizzare e, infine, risvolti politici. Complesso ma non impossibile però e, in fondo, inevitabile nel futuro se si intende ambire ad un’efficace ottimizzazione delle risorse.

Il processo in realtà è in parte iniziato, alcuni tasselli sono stati avviati, anche se manca un progetto condiviso e unico a livello nazionale. Alcune Regioni hanno infatti attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico o fatto passi avanti nell’in-

tegrazione dei dati ma, oltre ai parecchi ostacoli riscontrati, si tratta sempre di approcci a carattere locale, mentre il paziente ha facoltà di movimento su tutto il territorio nazionale.

Qual è quindi lo stato dell'arte del processo di integrazione? Vediamolo per punti, partendo dagli aspetti tecnico-organizzativi, mentre tralascieremo le tematiche di carattere politico-sanitario. L'attuale organizzazione dei servizi sanitari si fonda su una serie di principi dettati dallo Stato e sull'autonomia delle Regioni nell'organizzazione dei servizi. Di fatto, non esiste un'indicazione all'impiego di sistemi informatizzati e ogni realtà locale agisce quasi indipendentemente dall'altra nella scelta degli strumenti da adottare. Il risultato è la mancata comunicazione dei dati clinici tra strutture sanitarie, fino anche all'incomunicabilità tra servizi appartenenti alla stessa azienda sanitaria. Nella piramide organizzativa Stato-Regione-Azienda sanitaria la mancanza di dati condivisi e omogenei rende quasi impossibile la valutazione delle prestazioni, se non all'unico livello condiviso ovvero l'amministrativo, ma anche qui con molte limitazioni. La base di un sistema integrato deve essere rappresentata dal *dataset* di dati clinici, con modalità di identificazione univoche nei sistemi informativi gestionali qualunque essi siano. Starà quindi alle *software house* adattare gli strumenti per rendere trasmissibili le informazioni.

Sul fronte opposto del supporto al medico si deve fare i conti con una molteplicità di strumenti e fonti a disposizione, che risentono fondamentalmente di tre criticità tra loro collegate: autorevolezza scientifica, frammentazione, ritrosia da parte dell'utenza. In pratica, il reale utilizzo di strumenti innovativi dedicati,

ovvero la *Mobile Health*, è estremamente basso anche per le limitazioni dettate dalla *privacy* e riguarda prevalentemente le banche dati bibliografiche oltre i motori di ricerca. In molti casi il medico stesso non è nemmeno a conoscenza degli strumenti di cui potrebbe usufruire. Si può oggi affermare che la complessità di informazioni di cui necessita il medico nell'effettuare le scelte appropriate per il paziente rende necessario l'uso di strumenti-guida in grado di affiancarlo nelle valutazioni e di condurlo su percorsi in linea con la letteratura e le direttive sanitarie. Al momento sono in via di sviluppo alcuni strumenti tra cui va certamente citato IBM Watson, attualmente ancora incompleto e Jiminy, un sistema italiano in fase di realizzazione con la collaborazione dell'Università di Modena e Reggio Emilia, tuttavia la capacità di sintesi del fattore umano non è in discussione.

Se guardiamo le esperienze all'estero possiamo prendere le raccomandazioni del *National Advisory Group on Health Information Technology in England*. Tra le più importanti:

- 1) Digitalizzare con le giuste motivazioni.
- 2) È più importante ottenere la digitalizzazione "giusta" che farlo in fretta.
- 3) Il "ritorno sugli investimenti" (ROI) della digitalizzazione non è solo finanziario.
- 4) L'interoperabilità deve essere costruita sin dall'inizio.
- 5) Mentre la *privacy* è molto importante, lo è anche la condivisione dei dati.
- 6) I sistemi di IT sanitaria debbono avere un design centrato sull'utente finale.
- 7) L'IT sanitaria richiede cambiamenti tecnici e adattamenti.

Potrebbe essere un buon avvio.