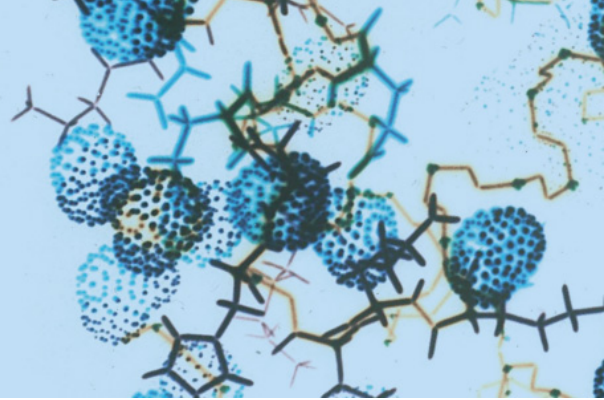


# LA TELEMEDICINA NELLA GESTIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE IN TOSCANA

TAVOLO DI LAVORO ONLINE

Giovedì 18 marzo 2021 (15:30 - 18:00)



## La TELEMEDICINA nella GESTIONE delle MALATTIE INFETTIVE in Toscana

Tavolo di lavoro online

18 marzo 2021

Responsabile scientifico **Massimo Di Pietro**, *Presidente SIMIT Toscana*

Moderatore **Maria Teresa Mechi**, *Resp. Sett. qualità dei servizi e reti cliniche; Dir. Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana*

La telemedicina, insieme ad altri sistemi e strumenti di comunicazione e di lavoro, stanno rivoluzionando il modo di garantire assistenza ai pazienti.

Televisita e teleconsulto fino al 2019 avevano rappresentato esperienze marginali e settoriali e lo stesso teleconsulto era di natura diagnostica e non pensato, come oggi, come uno strumento di confronto tra professionisti nelle diverse fasi della malattia. Il SSN è chiamato a **ripensare i propri paradigmi** e ad accogliere le **nuove opportunità** offerte da strumenti e sistemi digitali.

D'altro canto, come ha sottolineato **Maria Teresa Mechi**, c'è ancora una grande resistenza sia da parte del personale sanitario che da parte degli assistiti, per cui occorre identificare i **bisogni formativi** e permettere a medici e infermieri di imparare a relazionarsi con i propri pazienti e ad instaurare una relazione di fiducia anche a distanza.

Si deve altresì tener conto delle **disuguaglianze** che nascono inevitabilmente dalle difficoltà di accesso a questi strumenti o di utilizzo di piattaforme e dispositivi, per certe fasce della popolazione, per cui si rende necessario capire quali scenari si stanno aprendo nel sistema delle risposte del Sistema Sanitario.

Per comprendere il quadro di riferimento è stato sottoposto un **questionario** ad alcuni infettivologi toscani, dal quale è emerso come l'85% utilizzi cartelle cliniche digitali, il 37% usi dispositivi personali e che tra i mezzi di comunicazione ci siano WhatsApp, mail e solo in minima parte le piattaforme dedicate.

In buona misura si riconosce l'utilità di questi strumenti per monitorare continuità terapeutica e l'aderenza al trattamento e per offrire informazioni.

Alcune realtà ospedaliere hanno dichiarato di collaborare con le associazioni pazienti che si occupano di HIV / HCV per attività di accompagnamento, di screening e per il supporto psicologico; si ritiene che la telemedicina tramite le associazioni possa essere utile per la presa in carico di soggetti positivi e per la valutazione della PREP (uso peraltro cresciuto negli ultimi 2 anni).

Segreteria organizzativa: **Koncept srl** – Via Giuseppe Tartini, 5/b 50144 Firenze

Iscritta al registro imprese di Firenze n.05862380481 REA FI-581138. CF e P.IVA 05862380481, capitale sociale 10.000€ i.v.

PEC [koncept@legalmail.it](mailto:koncept@legalmail.it) – Sdl SUBM70N- email [segreteria@koncept.it](mailto:segreteria@koncept.it) - telefono 055/357223

[www.koncept.it](http://www.koncept.it)

Tra i suggerimenti offerti per altri tipi di utilizzi: la valutazione quarto novanta, supporto periodico aderenza, valutazione partner discordanti; esenzione ticket rilasciata dallo specialista direttamente, evitando viaggi rischiosi per il paziente con malattie croniche, con possibilità di consultare tali esenzioni da PC ospedalieri; cartella elettronica integrata con programma esami ematici e radiologici, e uso di cartelle elettroniche ambulatoriali con accesso rapido ai dati del paziente.

**Massimo Di Pietro** si è chiesto “*come potremmo immaginare un modello di gestione delle malattie infettive in ambito toscano? In quali ambiti potremmo utilizzare gli strumenti per facilitare la comunicazione a distanza?*” All’interno dell’azienda Toscana Centro si utilizza la stessa cartella quindi si possono fare valutazioni a distanza sui dati elettronici; ma si pensi anche alle patologie croniche, a quadri di malattie che possano richiedere un follow up per un periodo relativamente lungo (la TBC), all’uso dei farmaci H sul territorio o al Covid.

Nel Piano nazionale di interventi contro HIV e AIDS del 2016, a fronte di nuove necessità di cura e di assistenza si sottolineava che ad una maggiore aspettativa di vita si associa un invecchiamento della popolazione e un aumento della **comorbidità**. Per contrastare questo fenomeno si consigliano protocolli diagnostici terapeutici omogenei e **percorsi assistenziali integrati** (polispecialistici) e **coordinati** dall’infettivologo curante.

Importanza si riconosce anche dal punto di vista del paziente, in HIV chiamato il quarto novanta, oltre il quale l’obiettivo è il miglioramento della qualità della vita. Il paziente, del resto, è proprio tra i potenziali attori insieme al MMG, alla farmacia ospedaliera, agli specialisti e alle associazioni.

Per favorire una comunicazione efficace anche a distanza tra questi soggetti, occorre sicuramente pensare ad un sistema complesso in cui strumenti più evoluti permettano di scambiare documenti anche fatti all’esterno della struttura e che sappiano integrarsi con le abituali attività cliniche con i canali tradizionali.

Quali potrebbero essere dunque ulteriori applicazioni in Toscana? *Massimo Di Pietro* auspica che un tavolo di lavoro come questo possa evolvere in **iniziative locali mirate**, con approfondimenti tematiche che sfocino in sperimentazioni.

Secondo **Sabrina Bellini**, *Presidente LILA Toscana; Membro del Coordinamento Enti del Terzo Settore fiorentino*, non è la prima volta che il mondo dell’HIV offre l’opportunità di ripensare la relazione con il paziente.

Lila Toscana è impegnata insieme ad altre associazioni sul territorio fiorentino per garantire un’attenzione costante sul mondo dell’AIDS e un’attività di informazione e prevenzione efficace. Le associazioni possono **favorire la costruzione di protocolli con standard evidence based per valutarne l’appropriatezza**.

La telemedicina può diventare un’ottima opportunità, ma occorre aver ben presente il contesto in cui si va ad agire e quindi fare una accurata valutazione della situazione psico-fisica dei vari pazienti, ciascuno con le sue complessità, così da introdurre questi strumenti di comunicazione e di diagnostica nei modi e nei momenti giusti, in modo da contrastare eventuali resistenze.

L’importante è mantenere l’attenzione sulla “doppia via”, ovvero sul centro clinico, con modalità facilmente fruibili, ma anche facilmente fruibili da parte del paziente, in modo da raggiungere la compliance.



Occorre ragionare in un'**ottica di sistema** in un quadro di **complessità**, sia del paziente che del sistema stesso: con equipe di medici in grado di garantire standard di cura elevati, accompagnati da una comunicazione fluida ed efficace, tale da permettere al paziente di capire, di essere attivo e di proseguire nel proprio *empowerment*; il tutto sempre, naturalmente, nel rispetto della *privacy* e integrato nel Sistema Sanitario.

In questa cornice le associazioni potrebbero essere coinvolte nella stesura di queste linee guida, offrendo uno spaccato sulla situazione territoriale che permetterebbe di capillarizzare gli interventi, e renderli più adeguati (e quindi più efficaci) a fasce di popolazione già di per sé vulnerabili.

Naturalmente l'auspicio è che questo processo non sia guidato esclusivamente da esigenze di budget.

### **L'esperienza della Toscana Sud Est**

Per **Simona Dei**, *Direttore Sanitario USL Sud Est Toscana*, il Covid ha rappresentato uno stimolo violento che ha portato ad aumentare le connessioni, a rivedere i sistemi di cura e di presa in carico delle persone, anche con nuovi ruoli, ad una maggiore integrazione tra professionisti e ad una comunicazione rapida anche a distanza, nonché a riconoscere l'importanza di andare a visitare i malati a domicilio o in ambiente separati dai professionisti.

La preesistente centrale che permetteva di mettere in connessione l'ospedale e il territorio al momento della dimissione del paziente, è diventata multidimensionale, collegando tutti i soggetti interessati dal percorso Covid, grazie ai software gestionali:

- SISPC, il software della prevenzione, inizialmente utilizzato come registrazione (anagrafe canina, controllo imprese, vaccinazioni...), è diventato il principale gestore del flusso del paziente e ha permesso all'igiene pubblica di gestire le fasi dall'arrivo del tampone al tracciamento dei contatti, consentendo l'accesso ai MMG e ai pediatri di libera scelta, nonché ai Sindaci
- ASTER, il software territoriale che permetteva di gestire le dimissioni e l'aspetto amministrativo dei progetti socio-sanitari, ha poi permesso di offrire alle USCA uno strumento per registrare le schede dei pazienti a domicilio, per ricevere i parametri derivanti dal tele-monitoraggio, una vera e propria **cartella clinica territoriale**. Grazie ad ASTER è stata possibile anche una gestione dell'attività delle cure intermedie, con una scheda del paziente condivisa tra le varie professionalità. Queste potenzialità erano previste fin dall'inizio, ma non si erano mai realizzate.
- PLEIADE/MINIPLIEADE, lo strumento informativo rispettivamente per la gestione della cartella informatizzata nei reparti di medicina interna, e per le dimissioni, così da trasferire le informazioni ad un canale digitale che poi resta e può essere monitorato. Durante il Covid Pleiade è stato richiesto dai reparti di malattie infettive per accelerare il passaggio di informazioni e ridurre le possibilità di contagio; ha inoltre permesso di accompagnare la dimissione e di creare un legame forte tra la parte territoriale e l'ospedale.
- GECOV, che all'inizio ha permesso di mantenere le connessioni su tutti i fronti.

I **portali** e le **APP regionali** ci hanno permesso di muoverci come sistema regionale, malgrado la complessità delle problematiche:

- Portali: prenotazione tamponi, ritiro referti Covid, prenotazione vaccino



- APP: automonitoraggio parametri pazienti Covid sintomatici, gestione serologici, gestione test antigenici, gestione richieste tamponi in ambito scolastico, refertazione test antigenici per MMG, RSA...

Il vantaggio maggiore indotto da questa pandemia si riscontra nell'ambito di teleconsulto, televisita, telemonitoraggio, che potranno essere la spinta per gestire le risorse europee destinate alla sanità.

Il teleconsulto già permetteva di connettere gli ospedali con i loro centri delle aziende universitarie di riferimento: teleconsulti attivi in due direzioni, che hanno portato da una maggiore integrazione tra azienda ospedaliera e azienda sanitaria, ma anche tra vari reparti, tra lo specialista dell'ospedale e il medico dell'USCA e il medico di famiglia. **Consultarsi tra medici** è, per fortuna, diventata un'abitudine e una maggior disponibilità da parte del collega.

Per le televisite c'erano già degli strumenti; la Regione ha messo a disposizione un sistema di teleconferenza che viene utilizzata molto per i controlli, ha permesso di mantenere sotto controllo i pazienti che non potevano recarsi in ospedale e di aumentare i numeri. Alcune specialistiche partecipano maggiormente di altri, ma certamente sta cambiando la cultura e la fiducia da parte dei medici verso questo strumento. Anche la televisita di secondo livello, tra paziente affiancato da un medico e professionista a distanza, ha acquistato rilievo, consentendo di fare diagnosi e di avere prestazioni specialistiche per malati Covid.

Anche il telemonitoraggio ha conosciuto un importante sviluppo, dando importante contributo alla gestione della pandemia:

- i supporti ecografici sono diventati uno strumento per gli pneumologi del territorio, e quindi a supporto anche delle USCA, e delle auto mediche del 118, i cui tablet sono stati forniti di sonde per poter effettuare degli esami senza dover andare in ospedale. Si è venuta così a creare una rete diffusa ecografica e se questi medici sul territorio, di fronte ad una malattia sconosciuta, potevano sentirsi soli, in realtà hanno potuto avere uno sviluppo professionale nuovo;
- i braccialetti domiciliari misurano determinati parametri, che se scendono sotto certi livelli fanno scattare un allarme in centrale, questo permette una visita domiciliare e di fare una EGA con (quasi) un quadro del pronto soccorso fatto a casa; i pulsossimetri hanno permesso ai pazienti di monitorare i propri livelli di saturazione dell'ossigeno.

Tutto questo è stato possibile grazie ad un **governo informatizzato dei processi**: ognuno di questi filoni lavora in modo integrato con gli altri. Dal monitoraggio dei tamponi refertati, a quanti diventano caso, al misurare il parametro della presa in cura da parte delle USCA (contatto telefonico dei pazienti), al trend dei ricoveri a livello locale e regionale. Tutto ciò giornalmente viene inserito in un cruscotto che consente di seguire la malattia infettiva in modo informatizzato in tempo reale. Quante fiale di vaccini arrivano e quanti vaccini vengono fatti?

**Quanto tutto questo può essere utile per le malattie infettive del futuro?** Adesso abbiamo uno strumento che integra il SISPC con l'ISS e con le scuole, abbiamo informatizzato il percorso di tracciamento fino alla guarigione, abbiamo uno strumento di monitoraggio e governo di queste fasi e possiamo garantire la comunicazione verso le istituzioni.

I vantaggi sulla **specialistica**:

- riduzione accessi al PS per prestazioni specialistiche in urgenza



- riduzione accessi per visite di controllo
- riorganizzazione della rete di ambulatori specialistici
- aumento attività specialistiche in Tele direttamente al domicilio

L'**ospedale** è certamente più informatizzato, si possono deospedalizzare i casi meno acuti, abbiamo ridotto l'accesso al PS, reingegnerizzato il percorso ambulatoriale e consentito ai medici di acquisire nuove competenze.

Sul **territorio** c'è stato un grande balzo in avanti, con una integrazione informatica di tutti gli attori, con una cogestione del medico territoriale e ospedaliero e una conseguente multiprofessionalità più diffusa e, non ultimo, il monitoraggio domiciliare del malato cronico.

Le **persone** dovranno spostarsi meno, anche e soprattutto se fragili, avranno una modalità più semplice per prenotare esami o ritirare i loro referti, si sentiranno più monitorati anche da casa.

In sintesi, stiamo andando **verso un sistema più umano e digitalizzato** al tempo stesso grazie a:

- integrazione multiprofessionale
- flessibilità organizzativa
- innovazione tecnologica
- connettività informatica
- formazione sul campo

### L'esperienza della Toscana Nord Ovest

Cosa ci ha insegnato questa pandemia? Secondo **Michela Maielli**, *Direttore Rete Ospedaliera USL Toscana nord ovest e Direttore Medico di Presidio Ospedaliero San Luca di Lucca*:

- gestire il paziente fuori dall'ospedale non necessita di nuova tecnologia, ma era sufficiente applicare quella già disponibile e crederci!
- lo sviluppo dei sistemi informativi per la telemedicina non serviva solo per la parte ospedaliera ma anche e soprattutto per questo progetto di transizione di competenze tra l'ospedale e il territorio
- un ripensamento dei luoghi di assistenza: le strutture residenziali per anziani, il domicilio
- il valore della multidisciplinarietà nel gestire l'emergenza: 118, USCA punto fondamentale di unione tra ospedale, territorio e 118, il medico del PS insieme all'infermiere, con una formazione continua con e del medico USCA
- il lavoro di squadra che ha coinvolto professionisti, unità di crisi aziendale, tutte le funzioni aziendali che si sono messe a disposizione - ciò che certamente ha funzionato è stato proprio il **fattore umano**, la capacità di risposta dei professionisti
- la telemedicina che era nata per garantire il raggiungimento dei luoghi più remoti, si è rivolta alla gestione del paziente che non si doveva più affacciare alle porte dell'ambulatorio e che si sentiva tranquillo nell'essere curato presso la propria abitazione
- il telemonitoraggio esteso ad altre prestazioni come l'emogasanalisi, la gestione delle ecografie polmonari nell'ambito delle cure intermedie, la co-formazione a distanza
- ciò che ha rafforzato il credere in questo sistema è il dover dare informazioni anche ai familiari, anche attraverso strumenti digitali. Gli psicologi stessi hanno supportato i medici per parlare con i familiari, per non far sentire soli in questa *malattia della solitudine*

- gli specialisti si sentivano frustrati e, talvolta forzando una resistenza iniziale, hanno imparato ad usare la televisita come strumento per poter affiancare i pazienti. Una **formazione** mirata per medici e infermieri ha permesso di evitare un allontanamento medico paziente e una solitudine assistenziale e garantire, al contrario, un processo di empatia.

Naturalmente occorre **evitare le disuguaglianze di salute** che potrebbero derivare dal divario digitale.

Questa situazione è stata una opportunità per gli specialisti che hanno imparato ad essere empatici al di là del contatto stretto. Quasi tutte le patologie croniche possono essere gestite attraverso una televisita, specialmente nei contesti in cui il paziente ha bisogno di parlare, di esprimere le sue preoccupazioni e così anche per le patologie infettive può essere superfluo andare in ospedale quando il paziente richiede una consultazione per mostrare degli esami o aggiustare una terapia.

### L'esperienza della Toscana Centro

**Giancarlo Landini**, Direttore Dipartimento delle Specialistiche Mediche Azienda USL Toscana Centro, ha evidenziato come grazie ad una grande capacità di **fare squadra**, anche con Careggi, sia stato possibile gestire 1.100 letti Covid, incrementando anche le *low care Covid*, le strutture esterne all'ospedale per le cure a minor intensità, con 300 letti.

Dalle difficoltà legate ai casi nelle RSA e all'esser trovati impreparati dalla prima ondata, è nata l'idea di avere un'interfaccia diretta dell'ospedale sul territorio, attraverso i GIROT, **Gruppi di intervento rapido ospedale e territorio**, che dovevano essere presenti sul territorio e nelle RSA insieme agli USCA e ai MMG. Questo ha fatto da trait d'union su certe competenze specialistiche e ha permesso di curare 1.200 pazienti anche molto anziani all'interno delle RSA o sul territorio senza doverli inviare al PS, grazie anche alla disponibilità di elettrocardiografo, emogasanalizzatore ed ecografo - il tutto con una cartella unica collegata con quella ospedaliera. Si è saputo fare squadra multidisciplinare anche sul territorio.

Nelle malattie infettive le competenze e le specialità ospedaliere avevano un tramite per poter essere proiettate sul territorio. La pandemia ci ha insegnato che si può lavorare in maniera diversa: **multidisciplinare e multiprofessionale** sul territorio e con gli strumenti adatti e la telemedicina è la strada da seguire per rafforzare il sistema. Così, ad esempio, al momento della dimissione di un paziente si fa un briefing a distanza tra medico ospedaliero e MMG, per garantire al paziente di essere seguito nel modo più competente; si sta inoltre pensando di riorganizzare le Case della Salute con i MMG affiancati da specialisti anche con teleconsulto e televisita.

La Toscana è stata la prima Regione a normare le televisite con una delibera il 6 aprile 2020 con indicazioni molto precise, un nomenclatore con 83 televisite e un applicativo regionale per la prenotazione.

**Paolo Francesconi**, Responsabile Settore Sanitario dell'Osservatorio di Epidemiologia, ARS Toscana, ha evidenziato come il follow up specialistico sia andato in crisi e le televisite sono stati utili per contenere il problema. Su 59.000 televisite di monitoraggio erogate da marzo a settembre 2020, 1.339 televisite sono state per malattie infettivologiche (molto più per la diabetologia).

Purtroppo si è riscontrata una notevole **disomogeneità sul territorio regionale** nel tasso di televisite erogate in infettivologia, forse anche in ragione di una diversa disponibilità e capacità di utilizzo della strumentazione tecnologica. Un basso livello di alfabetizzazione informatica, insieme all'obsolescenza degli apparecchi hardware di cui sono dotati gli ambulatori e alla resistenza al cambiamento, hanno

certamente contribuito a far sì che la pandemia sia stata un **amplificatore delle disuguaglianze in sanità**.

**Mario Pittorru**, *Farmacista dirigente, USL Toscana Centro*, ha raccontato l'esperienza della farmaceutica che ha risposto a questa forte pressione cui è stata sottoposta la sanità, sostenendo questa spinta all'innovazione. Lo ha fatto da un lato lavorando nell'emergenza con nuovi sistemi di consegna dei farmaci, dall'altro dando un supporto con dei *feedback* necessari alla pratica clinica.

A fronte di ambulatori che hanno preferito formulazioni sottocute per una gestione domiciliare del paziente, ci sono stati provvedimenti straordinari che hanno aperto la strada alle farmacie convenzionate, laddove prima era appannaggio della distribuzione diretta e quindi gestite all'interno degli ospedali. In questo movimento verso una **capillarizzazione della fornitura del farmaco**, si ridefiniscono i ruoli e le priorità. Una di queste la necessità di offrire all'azione del clinico degli elementi circa la corretta gestione della terapia da parte del paziente.

Nella USL Toscana Centro c'era già un **tavolo di monitoraggio** per le malattie infettive HIV, avente ad oggetto 3.500 pazienti di cui sono stati ricostruiti i trattamenti, analisi di spesa, presidio farmaceutico, mobilità intra e interregionale per monitorare i flussi dai centri prescrittori. Nel quadro del monitoraggio della terapia si indaga la **potenziale mancata aderenza**, specialmente in regimi complessi di interazione, per verificare che la terapia venga assunta contemporaneamente e con tutti i farmaci disponibili (aderenza alla terapia per ogni singolo prodotto in regimi con diversi prodotti). Questo permette di far emergere eventuali interazioni tra trattamenti prescritti dal medico ospedaliero e quelli prescritti dal medico di famiglia, che potrebbero non essere noti allo specialista e potrebbero non emergere in una televisita.

Volendo andare verso una maggiore integrazione ospedale territorio, attraverso una interazione tra database, si vanno ad incrociare i dati che provengono dal DB di lettura delle ricette con quelli della distribuzione diretta.

La farmaceutica è dunque attivamente coinvolta con pratiche di rianalisi e di appropriatezza prescrittiva, all'interno di un contesto in evoluzione.

La telemedicina, come ci ricorda **Alberto Tulipani**, *Dirigente Medico, Direzione Sanitaria, AOUP*, è una modalità di erogazione dell'assistenza alla salute, tramite tecnologie innovative, che permette il confronto tra paziente e professionista o tra più professionisti a distanza, che, secondo i criteri di efficacia, efficienza ed equità si va ad integrare con la prestazione sanitaria tradizionale, senza sostituirla.

Il quadro italiano relativo alle tecnologie è piuttosto desolante: se il 50% dei cittadini ha un accesso ad internet ed il 40% utilizza APP per la propria salute, e l'80% dei professionisti usa le e-mail e il 60% usa WhatsApp, sul fronte prenotazioni e pagamento i dati sono molto bassi. Il trend di crescita degli investimenti è del 7-10% e fa ben sperare, ma la sensazione è che stiamo comunque perdendo un'opportunità di miglioramento della pratica clinica.

La Toscana è stata ambiziosa e proattiva con la delibera del 6/4/2020 che ha stabilito un codice regionale di esenzione, un catalogo ampio di prestazioni di controllo e di indirizzi operativi molto chiari su ciò che si può intendere per prestazioni ambulatoriali di telemedicina.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana ha attivato sistemi di televisita o teleconsulto, ha utilizzato il portale della Regione Toscana, ed ha avviato un'esperienza pilota di **integrazione con la cartella clinica**



**elettronica** Pleiade, che ha creato un ambiente comune con un'integrazione dei dati, condivisione documentazione e coinvolgimento del MMG.

Nell'ambito delle malattie infettive c'è stato un grande entusiasmo e durante l'emergenza il numero di televisite erogate è stato maggiore di quelle in presenza, ma la cosa è stata vissuta come legata al rischio di contagio e non come un'opportunità da mantenere anche in situazioni ordinarie.

Le opportunità sono state colte dal lato della continuità assistenziale e quindi del rapporto medico-paziente, prescrizione farmaci ed esami e relativa discussione; ma anche in merito al supporto specialistico ai medici del territorio, così da limitare le prime visite ai casi realmente urgenti, valorizzare il *back office*, teleconsulenza Covid.

**Cosa rimane da fare?** Ci sono ancora dei limiti culturali da parte degli operatori sanitari e dei pazienti, riconoscendo una maggiore efficacia alla visita in presenza; ci sono limiti economici e tecnologici; bisognerebbe prevedere il referto con firma digitale nel FSE; non esiste un sistema di scambio sicuro di documenti con il paziente; occorrono accordi di prossimità con strutture o enti vicini al domicilio, come Case della Salute, Rete punti PAAS..., infine bisognerebbe fare degli accordi con le altre Regioni per codice di esenzione TLV01.

**Cosa stiamo facendo?** L'Azienda Sanitaria Ospedaliera Pisana sta lavorando per uno snellimento delle procedure amministrative per la prenotazione (CUP 2.0) e per l'accesso alle prestazioni di laboratorio (Zero Code); verso la self accettazione; per la prescrizione elettronica e invio ricetta via sms; allo Smart Hospital.

In conclusione, **negli anni novanta nacquero con l'AIDS i primi modelli di ospedalizzazione domiciliare oggi occorre integrare maggiormente l'attività del medico ospedaliero, che ne rimane in un certo senso il "regista" con quella specialistica e del territorio. Per facilitare questa rete è necessario** avvicinare sempre di più la classe medica agli strumenti digitali e l'auspicio è poter continuare a lavorare in tavoli territoriali più piccoli e operativi per addivenire ad una pratica condivisa e avanzata.