Gestione attiva della cronicità

il nuovo approccio delle Reti cliniche integrate e strutturate

Enrico Desideri
Presidente Vicario Federsanità
Direttore Generale Azienda Usl Toscana sud est

AREZZO
Via Curtatone 54, 52100
Centralino 0575 2551

SIENA
Piazza Rosselli 26, 53100
Centralino 0577 535111

GROSSETO
Via Cimabue 109, 50100
Centralino 0564 485111

Gestione proattiva della cronicità: il nuovo approccio delle Reti cliniche integrate e strutturate

CONTESTO

Le **malattie croniche** rappresentano, nei paesi Occidentali, una sorta di "epidemia" responsabile del **85% dei costi sanitari.** Nella Regione europea dell'OMS, le malattie croniche provocano circa l'86% dei morti. La prevalenza di tali patologie è in crescita soprattutto a causa dell'**invecchiamento della popolazione** e della crescente **esposizione a fattori di rischio** ambientali e sociali.

MODELLI ORGANIZZATIVI PER LA GESTIONE DELLA CRONICITA'

Dall'analisi della letteratura emerge che nei Paesi Occidentali si è iniziato a studiare il problema dell'aumento delle cronicità per riorganizzare i Sistemi Sanitari proponendo dei nuovi modelli organizzativi. Tra questi, il primo modello organizzativo che si pone come obiettivo il miglioramento dell'esito delle cure, coinvolgendo i cittadini e migliorando la qualità percepita, contenendo i costi è stato l'*Integrated Delivery System*, sviluppato negli Stati Uniti a partire dal 2009.

Il *Population Health Management* ha sviluppato i principi che sono stati alla base del Chronic Care Model; l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha redatto un report in cui sono state riassunte varie esperienze internazionali di gestione della cronicità parlando di *People centred and integrated health services,* fino ad arrivare al più recente *Value based medicine* i cui concetti principali sono stati ripresi anche per la stesura del *Piano nazionale della cronicità.*

INDIRIZZI DI PROGRAMMAZIONE NAZIONALI

I principali indirizzi di programmazione e normativi nazionali che hanno determinato una riorganizzazione delle Cure Primarie sono:

- *Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Balduzzi"* in cui è definita l'organizzazione della Medicina Generale: i medici di medicina generale delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), laddove pienamente realizzate, possono garantire un livello di intervento di prossimità insostituibile e, grazie al raccordo funzionale con il team multiprofessionale (infermieri, assistenti sociali, ecc…) di riferimento (UCCP), potranno assicurare l'accesso alle competenze multispecialistiche programmate e dedicate, superando i tempi di attesa e prenotazioni CUP aspecifiche, in una visione di presa in carico integrata che tenga conto delle peculiarità e degli aspetti assistenziali e sociali.

- Art.5 "Assistenza territoriale" del *Patto della Salute 2014-2016* (intesa Stato Regioni 10/7/14) che istituisce le UCCP e le AFT "*quali forme organizzative della medicina convenzionata integrata con personale del SSN come previsto dal comma 2 della legge 189/2012, per l'erogazione delle cure primarie. Esse perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda sanitaria e dal Distretto…*" e che nei commi successi descrive le caratteristiche e i compiti delle AFT e degli operatori sanitari che ci lavorano.
- **Piano Nazionale per la Cronicità** redatto a febbraio 2016.

GESTIONE PROATTIVA DELLA CRONICITA': SVILUPPO

Una possibile linea di sviluppo dell'assistenza territoriale a partire dall'esperienza del *Population Health Management* si realizza attraverso le seguenti fasi:

1. **Identificazione della popolazione target**: assistiti di **età >16 anni** che sulla base di parametri oggetti saranno individuati dagli archivi dei MMG e dalle banche dati aziendali come affetti dalle seguenti **patologie croniche**:

- BPCO
- Demenze
- Diabete
- Ictus
- Nefropatia/ Insufficienza renale cronica
- Sclerosi Multipla
- Scompenso cardiaco

2. **Stratificazione della popolazione** in funzione della gravità/complessità delle singole patologie, identificando così sottopopolazioni "iso-gravità"

3. **Definizione del modello di presa in carico** per intensità di cura individuando due gruppi di pazienti

- Pazienti affetti da una o più patologie croniche privi di rilevanti problemi socio-assistenziali
- Pazienti con patologie croniche associate a problematiche socio-assistenziali

4. **Individuazione della rete clinica integrata strutturata** attraverso la costituzione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e AFT integrate; composizione dei team monoprofessionali e multiprofessionali.

I professionisti che compongono il team sono:

- Medico di Medicina generale
- Medico di Medicina Generale esperto
- Medico di Comunità
- Medico Specialista ospedaliero
- Infermiere
- Assistente Sociale
- Altri Professionisti (Fisioterapisti, Educatori Professionali, Dietisti…)

5. **Valutazione multidimensionale** da parte del team dei bisogni clinici e socio-assistenziali finalizzata alla definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)

6. **Definizione dei setting** (domiciliare-residenziale) più idonei all'erogazione dell'assistenza e organizzazione del team.

Vi è inoltre l'esigenza di realizzare la rete clinica di AFT informatizzata che si correli ad una rete ICT aziendale per la gestione clinica, la comunicazione rapida e tempestiva e la valutazione dove sia prevista l'integrazione della rete clinica di AFT con le reti informatiche e i repository aziendali.

LA RETE DEGLI OSPEDALI

La *Legge "Balduzzi"* e la normativa regionale hanno previsto anche la ridefinizione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, e hanno potenziato forme alternative di ricovero e valorizzando la rete territoriale per differenziare i livelli erogativi articolati sulla base dell'effettivo potenziale di gestione della cronicità.

L'ospedale è concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema cure per la cronicità, che interagisce con l'assistenza primaria e con la specialistica ambulatoriale attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multi specialistiche dedicate e dimissioni assistite nel territorio, finalizzate a ridurre il dropout della rete assistenziale causa frequente di re-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità.

VALUTAZIONE

Affinché la valutazione sia in grado di dare opportune risposte in termini di **costo-efficacia** è necessario prevedere la quantificazione economica delle risorse messe in campo.

Per ognuna delle patologie individuate verranno definiti una serie di indicatori per poter *monitorare i livelli di adesione ai PDTA previsti.* Gli indicatori saranno calcolati a partire dai seguenti flussi informativi:

- Esenzioni per patologia
- Scheda di dimissione ospedaliera
- Archivio della specialistica ambulatoriale
- Anagrafe assistiti
- Farmaci a erogazione diretta e farmaceutica territoriale

Tali indicatori saranno implementati in un ***Cruscotto Aziendale*** in grado di monitorare gli esiti:

- Accessi al Ps
- Schede di dimissione ospedaliera
- Farmaci erogati dalle farmacie territoriali su prescrizione medica
- Farmaci ad erogazione diretta
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Prestazioni effettuate in regime di ADI o in RSA

Infine saranno predisposti ***questionari di gradimento*** da somministrare alla popolazione target prima e dopo i cambiamenti.

Allegato 1 [IL PROGETTO DI GESTIONE PROATTIVA DELLA CRONICITA' NELL'AZIENDA USL TOSCANA SUD-EST

Allegato 1

IL PROGETTO DI GESTIONE PROATTIVA DELLA CRONICITA' NELL'AZIENDA TOSCANA SUD-EST

L'attuazione del Progetto nell'Azienda Usl Toscana Sud-Est prevede un nuovo approccio alla gestione proattiva della cronicità attraverso la creazione di Reti cliniche integrate e strutturate

Gli elementi caratterizzanti lo studio sono:

- costituzione di **team multiprofessionali** (MMG, MMG esperto, Medico Specialista, Infermiere, Assistente sociale, Medico di Comunità e altri professionisti come ad esempio Fisioterapisti, Nutrizionisti…)
- **valutazione multidimensionale** da parte del team dei bisogni clinici e socio-assistenziali
- definizione di **PDTA personalizzati** "pro-attivi" di assistenza per ogni paziente
- dotazione delle AFT di **diagnostica di I livello**
- **riorganizzazione complessiva "Strutturale" del territorio**.

Il contesto di attuazione dello studio è l'Azienda USL Toscana Sud-Est, nata il 1 gennaio 2016 a seguito della nuova organizzazione del Sistema Sanitario Toscano e riunisce le ex Asl 7 di Siena, 8 di Arezzo e 9 di Grosseto; si estende per una **superficie** pari alla metà di quella regionale (**11.557 Km2)**, con una popolazione **di 841.208 abitanti** e con una **densità abitativa** molto inferiore alla media toscana, **72,8 ab/Km2.**

Se la Toscana è tra le regioni più anziane in Italia, questa porzione del suo territorio si caratterizza per **una quota di residenti di età superiore a 64 anni superiore alla media regionale** e il 4% della popolazione è costituito da quelli che vengono definiti i grandi anziani (85 anni e oltre).

Molto marcato in questa USL, a partire dal 2008, è stato anche il **calo della natalità** (7,5 nati per 1.000 abitanti). I principali indicatori dello stato di salute, in particolare la **speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura** (prima dei 65 anni) e gli **anni potenziali di vita persi** indicano, per la USL Sud Est, valori allineati alla media regionale.

In base all'utilizzo di risorse si stima che nella USL sudest ci siano circa **60.000 diabetici, 50.000 affetti da insufficienza renale cronica, 45.700 BPCO, 18.500 Scompensati, 15.500 affetti da pregresso ictus, 12.000 da demenza e 1.800 da sclerosi multipla.**

L'Azienda Sanitaria USL Toscana Sud Est si caratterizza per l'assistenza di **13 Distretti Zona Società della Salute** e di una assistenza Ospedaliera svolta attraverso **n° 13 Stabilimenti Ospedalieri.**

Le esperienze maturate nelle 3 ASL confluite poi nella **Azienda USL Toscana Sud-Est** si sono

caratterizzate dal **riordino strutturale** dell' **assistenza territoriale** e delle **cure primarie** secondo gli indirizzi regionali:

- Rafforzamento della governante territoriale con l'istituzione **Società della Salute** o del **Distretto "Forte"**
- **Nuovo ruolo della Medicina Generale** nelle Cure Primarie
- Creazione delle **rete AFT** e delle Case della Salute **(UCCP)**
- Creazione delle **Botteghe della salute**
- Sviluppo della **Sanità d'Iniziativa** (Chronic Care Model)
- **Implementazione delle Cure Intermedie**
- **Integrazione Professionale**
- **Integrazione Socio-Sanitaria**

Le ex AUSL7 e AUSL9 hanno implementato l'organizzazione territoriale tramite l'istituzione delle Società della Salute.

Nella ex-Ausl 8 dove il modello Società della Solute non è stato implementato si è dato maggior rilievo alla funzione della Zona-Distretto con l'istituzione del così detto Distretto "Forte".

Delle Zone-Distretto fanno parte 31 AFT, 605 MMG, 97 PLS e 18Case della Salute attive.

Nell'Azienda USL Toscana Sud-Est la Sanità d'Iniziativa con il CCM si è sviluppata a partire dal 2010, con una copertura, ad oggi, di circa il 58% degli assistiti.

La *governance* del progetto di gestione proattiva della cronicità attraverso l'utilizzo di reti cliniche integrate e strutturate è affidata al "Distretto funzionalmente forte" che ha ruolo organizzativo, di programmazione, di valutazione e di facilitazione allo svolgimento delle attività sanitarie e socio sanitarie di un **ambito territoriale - comunità omogenea di cittadini**.

La popolazione target sarà costituita dagli assistiti di età superiore ai 16 anni, che, sulla base dei parametri oggettivamente definiti, saranno individuati dagli archivi dei Medici Medicina Generale e dalle banche dati aziendali come affetti da:

- **Diabete**
- **Scompenso cardiaco**
- **Ictus**
- **BPCO**
- **Insufficienza renale cronica**
- **Sclerosi Multipla**
- **Demenze**

Per tutte le patologie verranno rivisti, concordemente tra Medicina Generale e Specialisti di branca, i relativi **PDTA** alla luce di un approccio personalizzato *real-life* e *cost - effectiveness*, definendo quali attività cliniche puntuali è necessario assicurare al paziente, ogni quanto ripeterle in funzione della gravità della patologia, quale figura professionale sia la più idonea ad assicurarle nell'ottica del minor costo a parità di risultato.

Si procederà **all'integrazione in ogni AFT della continuità assistenziale** ed alla attivazione, della rete clinica di AFT che deve anche rendere possibile la telerefertazione, il teleconsulto, la trasmissione su piattaforma web di dati, referti, immagini e il telemonitoraggio di pazienti a domicilio.

La Rete clinica integrata e strutturata rappresenta la principale novità del progetto, ovviamente non ancora realizzata in Azienda per cui si procederà con la aggregazione "nominale" dei vari professionisti del Territorio ad ogni singola AFT, tenendo presente che anche per l'Assistente Sociale la assegnazione deve essere nominale e che quindi a questi professionisti deve poi essere riconosciuta, dalla Asl e dai comuni di riferimento della AFT, la facoltà di "attivare" le varie risorse del sociale, sia sanitario che comunale.

Essenziale nella struttura delle reti cliniche integrate e strutturate diventa la modalità di lavoro in team: le cure primarie sono un sistema che integra attraverso i **Percorsi Diagnostico Terapeutici-Assistenziali (PDTA)** gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica in un team multiprofessionale, descritto precedentemente.

Il Piano di Cura personalizzato, adattato alle problematiche specifiche di ogni paziente e non solo a quelle cliniche, costituisce quindi un programma che integra il percorso assistenziale con il percorso "esistenziale", che tiene, quindi, in primaria considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, ponendolo in ruolo attivo nella gestione della propria condizione attraverso **l'empowerment e i corsi di supporto all'autogestione.**