



Aiop
SEDE REGIONALE LAZIO



NUOVI MODELLI DI SANITÀ REGIONALE PER LE CRONICITÀ DEL LAZIO

STUDIO COMPARATIVO SULLE BUONE PRATICHE
DI GOVERNANCE DELLE CRONICITÀ
ED INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO



NUOVI MODELLI DI SANITÀ REGIONALE PER LE CRONICITÀ DEL LAZIO

STUDIO COMPARATIVO SULLE BUONE PRATICHE
DI GOVERNANCE DELLE CRONICITÀ
ED INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO

La presente pubblicazione è stata curata dal Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina (CLM) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore – Centro Collaboratore Organizzazione Mondiale della Sanità per la Leadership, la governance e le politiche Sanitarie, in stretta collaborazione con Aiop Lazio – Associazione Italiana Ospedalità Privata del Lazio. È stato costituito allo scopo un apposito gruppo di lavoro scientifico, composto da: **Walter Ricciardi**, Professore di Igiene e Sanità Pubblica, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; **Andrea Silenzi**, MD, PhD, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; **Paolo Parente**, MD, PhD, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; **Daniele Lamilia**, MD, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; **Alice Borghini**, MD, PhD Istituto di Management - Scuola Superiore Sant'Anna; **Gaetano Tumbarello**, MD, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; **Lorenzo Miraglia**, Aiop Lazio; **Laura Piasini**, Aiop Lazio; **Mauro Casanatta**, Aiop Lazio.

Progetto grafico e impaginazione: Andrea Albanese

Stampato nel mese di maggio 2019
da Arti Grafiche Filippucci s.r.l. dal 1890 - Roma

©Tutti i diritti sono riservati. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, commerciale o comunque per uso diverso da quello personale - ad esempio Corsi di formazione - possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da:

A.I.O.P. Associazione Italiana Ospedalità Privata - Sede Regionale Lazio

Via Lucrezio Caro, 63 - 00193 Roma

www.aiop.lazio.it



Indice

Prefazione <i>di Jessica Veronica Faroni</i>	5
Prefazione <i>di Walter Ricciardi</i>	7
Introduzione	9
Scopo	12
Obiettivi	12
Materiali e metodi	12
CAPITOLO 1 Carico epidemiologico delle malattie cronicodegenerative	15
1.1 Transizione epidemiologica	17
1.2 Definizione di patologia cronica e multi-cronicità	20
1.3 Definizione di paziente fragile e vulnerabile con particolare focus sulle condizioni legate all'invecchiamento	22
1.4 I fattori di rischio e la prevalenza delle malattie croniche nei Paesi oggetto di studio	23
1.5 Bisogni dei pazienti anziani, fragili, con patologie croniche e cenni di gestione degli stessi	25

CAPITOLO 2

Carico economico delle malattie cronic-degenerative29

2.1 La Situazione in Europa32

2.2 La situazione in Italia37

2.3 Focus Lazio41

Approfondimento – Ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per le complicanze a lungo termine del diabete mellito, della Bpco e dell'insufficienza cardiaca senza procedure come proxy di gestione del paziente cronico41

CAPITOLO 3

Analisi buone pratiche47

3.1 Focus Europa49

Approfondimento – Il Chronic care model51

3.2 Focus Italia58

3.3 Focus analitico su modello Lazio71

Approfondimento – Integrazione socio-sanitaria: Assistenza domiciliare integrata, Residenze sanitarie assistenziali e Riabilitazione estensiva73

CAPITOLO 4

Swot analysis87

Lombardia90

Veneto92

Toscana94

Puglia96

Lazio98

Le RSA nel Lazio come risposta diretta alle cronicità100

CAPITOLO 5

Soluzioni e prospettive: le raccomandazioni per il rafforzamento del "Modello Lazio"109

5.1 Gestione integrata dall'acuzie alla lungodegenza e misurazione della performance114

Approfondimento – Le liste di attesa117

5.2 Strategie ed esempi operativi di "value based healthcare"118

5.3 Partnership pubblico – privato e servizi a valore aggiunto120

5.4 Raccomandazioni per gestire le patologie croniche e promuovere la longevità "in salute" nella Regione Lazio122

Prefazione

L' Aiop Lazio, espressione regionale dell' Aiop (Associazione Italiana Ospedalità Privata) nazionale, rappresenta da più di 50 anni le Istituzioni che operano nell' ambito sanitario e socio sanitario che, nel territorio regionale, sono al servizio di numerosi pazienti con ricoveri ordinari, trattamenti ambulatoriali e domiciliari.

La Sede regionale Lazio rappresenta 120 Istituzioni sanitarie e socio sanitarie di matrice laica ed anche religiosa (acuti, riabilitazione, lungodegenza, psichiatriche, RSA, Hospice, Centri ex art. 26, domiciliari e ambulatoriali), con 12.000 posti letto associati e 18.000 professionisti, tra medici, terapisti, infermieri, personale addetto all' assistenza, educatori ed assistenti sociali. Circa l' 80% delle strutture è accreditato con il Servizio sanitario regionale. Negli ultimi anni abbiamo ritenuto di portare avanti le nostre tesi e avvalorarle attraverso studi specifici affidati a terzi scelti tra gli esponenti della comunità scientifica universitaria. La decisione nasce dall' esigenza di stimolare e aiutare l' amministrazione regionale affinché vengano approfondite e fatte emergere le problematiche del nostro settore, parte integrante della sanità pubblica, con l' auspicio di giungere insieme all' elaborazione di proposte fattive e risolutive.

La prima pubblicazione riguardava i primi anni di Piano di rientro, dal 2007 al 2012, la seconda invece analizzava il periodo dal 2013 al 2015.

Sono poi stati organizzati diversi incontri per discutere i temi che maggiormente ci stavano a cuore, e uno in particolare è stato quello sulla sanità del futuro. Non guardando più indietro, ma lavorando insieme per migliorare i servizi ai cittadini

Quest' anno, invece, il nostro Comitato Esecutivo ha voluto rivolgere l' attenzione ad un tema specifico di grande interesse per il Lazio, si è così deciso di approfondire le tematiche correlate alle cronicità.

La ricerca è stata inoltre concentrata al tentativo di lanciare un “modello Lazio”, questo perché crediamo fermamente che la nostra Regione abbia tutte le potenzialità per emergere.

Quando abbiamo deciso di affrontare questo tema, la prima persona alla quale abbiamo pensato è stato il Prof. Ricciardi, il quale non ha assolutamente bisogno di presentazioni, in quanto, nel campo della sanità nazionale e internazionale, è stato sempre un punto di riferimento.

Poniamo a questo punto all’attenzione del Presidente Zingaretti, dell’Assessore D’Amato e del Direttore Botti i risultati emersi dall’analisi che è stata condotta, sia al livello internazionale, sia al livello regionale con l’augurio che possa essere di aiuto e sia spunto e supporto alle scelte regionali.

Jessica Veronica Faroni

Presidente Aiop Lazio

Prefazione

Le malattie cronic-degenerative pesano sulla quotidianità di quattro italiani su dieci. Ventiquattro milioni di persone alle quali, entro dieci anni, se ne aggiungerà, secondo lo scenario tratteggiato nel rapporto 2018 “Osservasalute”, pubblicato dall’Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, un ulteriore milione. L’Italia è costretta a fare i conti con molteplici sfide in campo sanitario: alla necessità di affrontare le cronicità si aggiunge la contrazione delle risorse disponibili, la disuguaglianza nella qualità e nell’accesso alle cure nelle diverse regioni, l’emergenza legata alla mancata programmazione del personale sanitario, solo per citarne alcune.

In assenza di una riorganizzazione ragionata e coraggiosa dell’assistenza sanitaria pubblica e una ridefinizione dell’allocazione delle risorse, l’Italia è chiamata ad affrontare una vera e propria battaglia per la Salute. Le patologie croniche sono in costante aumento generando bisogni crescenti e un incremento della spesa sanitaria. È bene ricordare che l’impatto delle cronicità non colpisce tutti allo stesso modo in quanto le disuguaglianze territoriali, culturali e socio-economiche influiscono più che mai nel determinare gli esiti di salute del singolo paziente. Il nodo resta la capacità di presa in carico e la continuità di cura/assistenza fuori dalle mura degli ospedali, in primis attraverso la creazione di reti socio-assistenziali davvero in grado di migliorare la quotidianità dei malati. Quanto serve al Paese, oltre che un nuovo approccio sistemico per l’assistenza ai malati cronici, è un cambio di passo delle politiche di prevenzione poiché la sostenibilità della salute dei prossimi anni si gioca sulla capacità di resilienza con azioni proattive delle Istituzioni e dei cittadini in termini di promozione di stili di vita salutari e di pre-

venzione di secondo livello, attraverso la valorizzazione di tutti gli attori del sistema salute, a livello nazionale e soprattutto regionale.

La presente pubblicazione è stata curata dal Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, nato nel 2012 e riconosciuto quale Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Leadership, la *governance* e le politiche sanitarie in Europa, in collaborazione con la sezione regionale Lazio dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata (A.I.O.P.), in quanto espressione della volontà di affrontare attraverso un partenariato efficace e trasparente temi di interesse comune quali la medicina di popolazione e l'integrazione pubblico-privato al fine di proporre soluzioni alla sfida lanciata dal carico delle patologie cronico-degenerative, con un particolare focus a livello regionale.

Delineata la sfida, il presente rapporto intende rappresentare, con una rassegna puntuale e aggiornata di quanto differenti paesi europei hanno messo in campo sul tema, come possano essere riprodotti e armonizzati nel nostro contesto tali innovazioni organizzative. In Italia diversi sono stati i modelli proposti dalle regioni, i principali vengono dettagliatamente analizzati con discussione dei risultati finora emersi. Tra queste, la regione Lazio rappresenta un interessante laboratorio di innovazione in termini organizzativi in quanto il suo tessuto sociale ospita organizzazioni sanitarie, pubbliche e private, università e centri di ricerca, realtà imprenditoriali e professionisti di alta competenza con una densità difficilmente replicabile in altri territori europei. Analizzarne le scelte programmatiche del recente passato, soppesandone punti di forza, debolezza, opportunità e rischi, permette in conclusione di fornire agili raccomandazioni ai decisori e a tutti i portatori di interesse con l'obiettivo di promuovere un'assistenza socio-sanitaria ad alto valore.

Proprio un cambiamento del pensiero relativo alla gestione e governance delle cronicità dovrà sempre più portare a una sanità con le persone al centro, dove i diversi portatori di interesse possano dare il proprio contributo in maniera trasparente, corale e coordinata; dove ai bisogni di salute della popolazione possano essere date risposte precise, rapide, sostenibili ed eque.

Walter Ricciardi

*Direttore Centro di Ricerca e studi
per la Leadership in Medicina
Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Introduzione

Nel corso degli ultimi anni, i sistemi sanitari europei – seppur caratterizzati da differenti configurazioni organizzativo-gestionali e diverse modalità di finanziamento – hanno dovuto far fronte a numerose sfide che impongono un ripensamento dei modelli di riferimento e degli obiettivi strategici da porre al centro della loro attività.

Un primo e importante elemento di criticità è costituito dalla scarsità delle risorse disponibili in quanto gli effetti prodotti dalla crisi economico-finanziaria degli ultimi anni, coniugati al dato del progressivo invecchiamento della popolazione, pongono i Paesi dinanzi all’urgenza di individuare valide soluzioni alla questione della sostenibilità dei sistemi sanitari e della previdenza sociale, specie in funzione della gestione del carico delle patologie cronico-degenerative. In un paese come il nostro, dove la governance e le strategie sanitarie hanno operatività a livello regionale, le singole Regioni hanno dovuto definire dei propri peculiari modelli di sanità, spesso aventi tra gli elementi critici una gestione delle malattie non comunicabili che tenesse conto delle peculiarità del territorio, dei modelli di governance, delle caratteristiche epidemiologiche e demografiche della popolazione.

L’individuazione di politiche e strumenti che siano capaci di offrire risposte particolari e specifiche a un problema trasversale, quale quello delle cronicità, non può prescindere dal dedicare la dovuta attenzione alla dimensione qualitativa dell’assistenza a livello tanto della committenza quanto dell’erogazione dei servizi, elemento che si configura al contempo come una criticità ma anche come parte integrante della soluzione. L’importanza di garantire l’accesso a servizi e prestazioni assistenziali di buona qualità in ambito sanitario è stata sottolineata a più riprese attraverso nor-

me, dichiarazioni, strategie e programmi elaborati a livello regionale, nazionale ed internazionale. La tendenza al continuo miglioramento e la valorizzazione di modelli organizzativi adattabili alla complessità propria del contesto demografico/epidemiologico (fragilità, multimorbilità e cronicità) rappresentano delle possibilità in grado di produrre benefici la cui portata è molto più ampia di quanto si possa pensare, specie a livello regionale dove l'implementazione delle stesse ha luogo. La ricerca, l'introduzione e la diffusione di *buone pratiche*, la sperimentazione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, l'attenzione dedicata alla formazione rappresentano, infatti, solo alcune delle dimensioni lungo le quali si può intervenire per costruire un patrimonio di conoscenze e competenze capace d'incidere positivamente sulle performance del sistema stesso.

La situazione italiana in generale, e quella laziale nello specifico, non è immune rispetto alle criticità appena descritte e, facendo riferimento ai risultati di una delle più recenti indagini condotte dall'Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) sulla qualità dell'assistenza sanitaria, i profili di criticità evidenziati per il nostro Paese riguardano principalmente la necessità di operare un bilanciamento fra l'esigenza di controllare e ridurre la spesa e il continuare a far riferimento alla qualità come principio base del sistema di governance sanitaria, tenendo sempre in considerazione il dato dell'eterogeneità delle performance offerte dai diversi sistemi sanitari regionali.

Nonostante il Servizio sanitario nazionale (Ssn) possa essere considerato, nel suo complesso, capace di raggiungere risultati eccellenti a 40 anni esatti dalla sua nascita, se comparato ad altri Paesi europei, in termini di qualità dell'assistenza e di valori riportati in relazione agli indicatori sullo stato di salute della popolazione, bisogna comprendere attraverso quali modalità operare affinché gli obiettivi raggiunti possano essere sostenibili, anzi, divengano nel tempo suscettibili di miglioramenti ulteriori, specie in relazione ad un sistema a sempre maggior regionalismo spinto quale quello italiano. Le esigenze di controllo della spesa e di gestione di risorse limitate e la componente di forte eterogeneità economica e sociale a livello regionale hanno storicamente inciso sulla definizione della fisionomia del sistema sanitario italiano, talvolta poco responsivo all'adattamento continuativo alle nuove sfide presenti.

Pur trattandosi di un sistema a finanziamento prevalentemente pubblico, esso prevede la possibilità di far riferimento a soggetti privati accreditati per quel che concerne la funzione di produzione di beni e servizi sanitari. Da questo punto di vista, si può parlare di sistema armonico pubblico-pri-

vato in quanto l'universo sanitario è popolato da una varietà di soggetti produttori che differiscono fra loro per natura giuridica, normativa di riferimento e funzioni. L'analisi del rapporto fra la componente pubblica e quella privata in sanità, specie in funzione di modelli di presa in carico che siano focalizzati alla gestione dell'intero ciclo di assistenza orientata allo specifico problema di salute, rappresenta uno strumento in grado di fornire indicazioni utili relativamente a modalità di governo innovative, offrendo spunti di riflessione per l'ideazione e l'apporto di soluzioni migliorative al sistema salute.

L'analisi delle *buone pratiche* a livello internazionale può rappresentare un valore aggiunto per un sistema sanitario che possa avere sia a livello programmatico (macro) sia a livello organizzativo (meso) e gestionale (micro) delle possibilità di innovare e innovarsi in funzione del reale valore prodotto.

Scopo

Lo scopo del presente rapporto è quello di individuare e descrivere esperienze innovative in tema di programmazione, organizzazione e gestione integrata pubblico-privato dei servizi sanitari, delle modalità di remunerazione adottate dai livelli nazionali e regionali in Europa, in particolar modo nella gestione delle malattie cronico-degenerative, con l'obiettivo di delineare le caratteristiche proprie di un sistema socio-assistenziale sostenibile e permeabile all'innovazione.

Obiettivi

Fornire una panoramica esaustiva ed aggiornata delle modalità con le quali differenti giurisdizioni (Regioni, Province, Contee, Land, etc.) hanno:

- sviluppato modelli innovativi di integrazione socio-sanitaria con particolare riferimento alla gestione delle persone affette da malattie cronico-degenerative;
- analizzato il ruolo dell'ospedale all'interno delle reti per patologia nella gestione del paziente cronico;
- sviluppato modelli di remunerazione che superino il pay for performance e definito partnership pubblico-privato di successo in ottica value-based.

Materiali e metodi

I contenuti del presente rapporto sono stati individuati attraverso le seguenti attività:

- Analisi della letteratura mediante revisione estensiva sul tema del trattamento dei pazienti cronici. Tale revisione mira a rilevare:
 - modelli innovativi di integrazione socio-sanitaria e sviluppo di reti assistenziali per patologia che coinvolgano anche l'ospedale;
 - modelli di remunerazione innovativi (che superino il pay for performance);
 - partnership pubblico-privato di successo in ottica value-based;
- Produzione di schede-Paese per sistemi comparabili a quello italiano relativamente ai suddetti temi e produzione di Swot analysis per il dettaglio delle regioni italiane.

Tale attività è tesa a indicare, per ciascuna esperienza in analisi, i punti di forza, punti di debolezza, opportunità e rischi secondo un modello decisionale basato su aree di interesse differenti (clinica, organizzativa, sanità pubblica). In particolare, la Regione Lazio è stata oggetto di un particolare focus che ha permesso lo sviluppo di schede dedicate.

- Definizione di raccomandazioni finali.

Stesura di raccomandazioni sintetiche che valorizzino quanto emerso sia dai procedimenti analitici sia dalla modellizzazione del sistema “ideale” di presa in carico del paziente cronico.

Capitolo 1

Carico epidemiologico delle malattie cronico-degenerative

1.1 Transizione epidemiologica

Nel corso degli ultimi decenni l'aumento dell'aspettativa di vita - e quindi il continuo invecchiamento della popolazione - rappresenta uno dei più importanti eventi demografici nei Paesi industrializzati. Durante lo scorso secolo, l'aspettativa di vita nei Paesi ad alto reddito è, infatti, aumentata dai 30 ai 40 anni. A livello globale, dal 1950 al 2017, si è verificato un incremento dell'aspettativa di vita pari a 23 anni raggiungendo una media di 71 anni per gli uomini e 76 per le donne [1]. A livello europeo (EU-28), invece, nel 2014 l'aspettativa di vita alla nascita era stimata mediamente a 80,9 anni (83,6 anni per le donne e 78,1 anni per gli uomini) e in soli 12 anni (tra il 2002 e il 2014), è aumentata di 3,2 anni, passando da 77,7 anni a 80,9.

Tale fenomeno demografico si è verificato a seguito di una serie di cambiamenti verificatisi a livello globale, quali: miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, interventi di sanità pubblica efficaci, come ad esempio le vaccinazioni, la potabilizzazione dell'acqua e la costruzione di reti fognarie, miglioramenti in ambito clinico-terapeutico e allungamento dell'aspettativa di vita.

Correlato a tale fenomeno demografico e quindi all'invecchiamento della popolazione vi è l'aumento delle patologie croniche quali ad esempio le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche, il diabete mellito di tipo 2 e la depressione. Ciò che si è osservato dai primi anni '90 in poi, è stata la transizione da malattie prevalentemente infettive, materno - neonatali e nutrizionali, a malattie croniche [2]. Il fenomeno per il quale la prevalenza e la mortalità delle patologie croniche risulta aumentata prende il nome di *transizione epidemiologica*.

Attualmente, le malattie croniche sono responsabili del 73,5% di tutte le morti a livello globale nel 2017. La metà di queste morti (28,8 milioni) è attribui-

bile ad appena 4 fattori di rischio: alta pressione arteriosa, fumo, iperglicemia, ed elevato indice di massa corporea [3].

Secondo le proiezioni della Who (World health organization), il numero totale annuo di decessi per malattie croniche aumenterà a 55 milioni entro il 2030. Considerando gli anni di vita persi aggiustati per la disabilità (*disability-adjusted life-years - Dalys*), ovvero la somma degli anni di vita persi dovuti alla mortalità e quelli vissuti con disabilità, nel 2015 a livello globale corrispondevano a 1,5 miliardi, di cui circa il 60% conseguente a malattie croniche (vs 30,1% delle malattie infettive materno-infantili e nutrizionali) [2].

L'Italia non sembra discostarsi dai dati mondiali. L'aspettativa di vita è di quasi 79,6 anni per gli uomini e di 84,6 per le donne e il tasso di mortalità è diminuito notevolmente negli ultimi 25 anni (dati 2015). Le principali cause di morte nel 2015 sono state la cardiopatia ischemica e la patologia cerebrovascolare, il morbo di Alzheimer, il tumore ai polmoni e la Bpco (Bronco pneumopatia cronica ostruttiva). Le prime tre sono anche da annoverarsi tra le prime tre cause di morte prematura (dati 2015). Invece, tra i primi cinque problemi che causano maggiormente disabilità ritroviamo lombalgia e cervicalgia, malattie degli organi di senso, disturbi depressivi, emicrania e diabete. Se andiamo a vedere, invece, quali siano i primi cinque fattori che incidono maggiormente su disabilità e mortalità riscontriamo la dieta, l'ipertensione, il fumo di tabacco, l'iperglicemia e l'indice di massa corporea elevato [4].

La Regione Lazio, in particolare, presenta un'aspettativa di vita media pari a 85,1 anni per le donne e 81 anni per gli uomini (dati 2016). Le principali cause di morte osservate nel 2016, in linea con quanto osservato a livello nazionale, sono state le malattie del sistema cardiocircolatorio (36,2%), le patologie oncologiche (28,0%) e le malattie dell'apparato respiratorio (7,4%).

Tra le principali cause di ricovero il Lazio registra le malattie dell'apparato circolatorio (28,2%), le malattie dell'apparato digerente (10,0%), quelle dell'apparato respiratorio (9,0%) e le patologie oncologiche (8,9%).

Le malattie non comunicabili risultano essere, inoltre, quelle maggiormente prevalenti: al 2016 nel Lazio sono presenti oltre un milione di pazienti affetti da ipertensione arteriosa (1.150.000 circa) quasi 380.000 diabetici, 370.000 persone affette da ipotiroidismo, 295.000 da Bpco, oltre 35.000 affetti da Alzheimer o altre forme di demenze [5].

A causa della suddetta transizione epidemiologica, a livello globale, nazionale, così come nella Regione Lazio, appare chiaro come le patologie croniche siano divenute il più importante problema di salute e, conseguentemente, la principale causa di disabilità nel mondo. Pertanto, oggi i pazienti cronici sono quelli che utilizzano principalmente i servizi sanitari e quindi, la

maggior parte, circa il 70%, della spesa sanitaria nei Paesi Ocse è rivolta proprio al trattamento delle patologie croniche.

L'incremento delle malattie croniche ha permesso di evidenziare come ancora i sistemi sanitari siano incentrati sul trattamento delle malattie acute e, quindi, appaiono inadeguati a trattare le cronicità.

Le patologie acute per loro definizione:

- sono episodiche,
- presentano esordio improvviso e durata limitata,
- presentano una specifica causa individuabile in maniera univoca,
- diagnosi e prognosi vengono formulate in maniera accurata,
- presentano un trattamento disponibile e, tranne in alcuni casi, efficace.

Frequentemente, l'assistenza relativa ad una condizione acuta richiede tecnologie e competenze specialistiche avanzate che viene fornita in centri di secondo livello. A causa della rapidità di insorgenza e della brevità dell'episodio di trattamento nella patologia acuta, il paziente non sempre presenta una piena consapevolezza della propria condizione morbosa e del relativo percorso assistenziale, con conseguente minore grado di responsabilità attiva nella storia naturale di malattia [6] [7]. Anche gli eventuali controlli, programmati in relazione alla condizione clinica, si concludono in un tempo definito. Pertanto, svolgendosi il tutto in un periodo breve in cui sono rappresentate le caratteristiche precedentemente descritte, difficilmente viene a crearsi una relazione operatore sanitario - paziente che sia intensa e consolidata, rispetto a quella che potrebbe crearsi invece tra un paziente cronico e gli operatori che lo assistono [8].

Il paradigma dell'acuzie non è però applicabile ai soggetti che presentano una condizione patologica cronica. Infatti, la malattia cronica presenta:

- esordio subdolo e graduale,
- decorso ingravescente con recrudescenze e/o complicanze,
- molteplici cause aspecifiche,
- diagnosi spesso incerta e prognosi oscura,
- la non esistenza di una cura o comunque la necessità di un trattamento di lungo periodo, spesso non risolutivo (carattere di incertezza).

Appare chiaro, essendo il trattamento duraturo e personalizzato, come il rapporto tra paziente e professionista sanitario (medico e/o altre figure professionali) giochi un ruolo preponderante.

Il paziente cronico acquisisce un ruolo chiave sia nella prevenzione della condizione patologica che nel controllo dei rischi di eventuali complicanze o nello sviluppo di strategie che gli permettano di poter mantenere una buo-

na qualità di vita. Per la realizzazione di quanto appena descritto risultano necessari e frequenti i contatti tra paziente e provider di assistenza al fine di organizzare il trattamento sulla base della condizione di salute specifica. In occasione di questi incontri potrà essere modificata la terapia, controllato il grado di compliance al trattamento e monitorata l'evoluzione della patologia con eventuale indirizzo verso livelli assistenziali specialistici, qualora necessari.

1.2 Definizione di patologia cronica e multi-cronicità

Esistono diverse definizioni di patologia cronica in letteratura, quella che si è ritenuto opportuno adottare in questo lavoro è quella fornita dalla Who che identifica come malattie croniche tutte quelle patologie di lunga durata e lenta progressione. Pertanto, le patologie croniche sono condizioni che richiedono una gestione dell'assistenza continuativa per un periodo che può andare da anni ad interi decenni.

Alla luce di questa definizione si possono annoverare tra le patologie croniche sia le malattie trasmissibili persistenti (Hiv/ Aids ed epatiti B e C) che non trasmissibili come le malattie cardiovascolari, respiratorie, neurodegenerative, tumorali e metaboliche, alcuni disturbi mentali, come depressione e schizofrenia, e menomazioni nella struttura fisica o disabilità (amputazioni, cecità e sordità) [8]. L'alta prevalenza di malattie croniche sta però determinando come ulteriore fenomeno la cosiddetta multicronicità, cioè la contemporanea presenza nello stesso soggetto di più patologie croniche.

Tale concetto fu per la prima volta pubblicato nel 1976 in Germania, rimanendo fino al 1990 un termine usato solo nelle pubblicazioni tedesche. Dal 1990 in poi si è assistito all'incremento dell'utilizzo del concetto di multi-cronicità a livello mondiale [9].

Le patologie croniche presenti in uno stesso soggetto possono coesistere in maniera indipendente l'una dall'altra (ad esempio, pazienti con diabete, cancro e morbo di Alzheimer), oppure ci sono individui che prima sviluppano una malattia indice che determina delle condizioni secondarie, in questo caso si parla di comorbidità. Il diabete rappresenta il miglior esempio di malattia cronica che porta ad un aumentato rischio di svilupparne altre. Infatti, esso non risulta una patologia fatale di per sé, ma spesso comporta complicazioni quali malattie cardiovascolari, insufficienza renale e infezioni che possono portare ad un exitus del paziente. Un altro esempio di comorbidità è rappresentato dalla depressione che può aumentare il rischio di sviluppare il diabete o malattie cardiovascolari [10], attraverso una maggiore esposizione a fattori di rischio come fumo, alcool, scarsa aderenza alle terapie e maggiore esposizione a stati di stress.

Le comorbidità possono anche presentarsi come risultato di fattori di rischio comuni. Infatti, le malattie cardiovascolari e diversi tumori condividono alcuni fattori di rischio modificabili come meglio esposto più avanti nella trattazione.

Se da una parte il concetto di multicronicità interessa pazienti che soffrono contemporaneamente di diverse patologie croniche, dall'altra però contempla quei pazienti che, a causa della loro malattia, sono soggetti ad un elevato rischio di disabilità. Infatti, la condizione di multicronicità può essere determinata sia da patologie croniche tradizionali che da condizioni quali borsiti delle articolazioni, dispepsia, disturbi del sonno, sindrome dell'intestino irritabile, emicrania, sordità, sarcopenia e di conseguenza cadute.

Altro aspetto da considerare, è la situazione di polifarmacoterapia e quindi la possibilità di interazioni tra farmaci e non solo tra singole condizioni. Ulteriori interazioni da considerare sono quelle con la sfera psicosociale dell'individuo stesso [11]. Infatti, le suddette condizioni e le eventuali interazioni comportano una serie di conseguenze a livello sociale, culturale, comportamentale, economico ed ambientale che possono influire a turno sulla gestione del paziente. Quindi, in un approccio *patient-centered* vanno considerate anche queste implicazioni della multicronicità, non tralasciando né i valori né i bisogni degli individui coinvolti. Dobbiamo però sottolineare come la multicronicità non sia solamente legata all'invecchiamento, in quanto anche i progressi in campo sanitario ne hanno comportato un aumento nella popolazione generale.

Si stima, infatti, che in Europa vivano circa 50 milioni di cittadini con patologie croniche multiple [12]. Nel Regno Unito 2/3 dei soggetti di età pari o superiori a 65 anni presenta diverse patologie croniche, e di questi il 47% ne abbia più di 3. L'Ocse ha stimato che i pazienti multicronici sono responsabili di più della metà del carico di malattie in Europa, incidendo per circa il 70-80% sul totale della spesa sanitaria (€ 700 miliardi) [13].

Spesso gli approcci clinici sono ancora focalizzati su una singola patologia o falliscono in quanto non tengono in considerazione le interazioni tra il paziente e la comunità in cui vive e soprattutto tra il paziente e il sistema sanitario. Tali interazioni diventano sempre di più importanti quando le riserve individuali diminuiscono, ma aumenta la complessità e il carico dell'assistenza [11].

Il concetto di polipatologia inquadra invece tutti quei pazienti caratterizzati da una notevole complessità clinica, importante vulnerabilità, fragilità e alta mortalità con un ingente consumo di risorse sia a livello di assistenza primaria che di assistenza ospedaliera, sottolineando la necessità di un approccio assistenziale sempre più integrato e coordinato tra i vari livelli.

1.3 Definizione di paziente fragile e vulnerabile con particolare focus sulle condizioni legate all'invecchiamento

Spesso il concetto di multicronicità viene frainteso con il concetto di “fragilità” [14]. In realtà, la fragilità è definita come una sindrome clinicamente riconoscibile, in cui la capacità degli anziani di fronteggiare stressor quotidiani o acuti è diminuita a causa di un’ aumentata vulnerabilità dovuta ad una diminuzione della riserva fisiologica e della funzione di diversi organi e/o sistemi [15]. Tale condizione è pertanto indotta dall’ interazione tra l’ invecchiamento dei sistemi stessi, i danni conseguenti a stili di vita non corretti e malattie pregresse o in corso che vanno ad intaccare le riserve dei sistemi fisiologici. Si parla infatti di un fenotipo dell’ anziano fragile quando si presentano 3 o più criteri tra i seguenti:

- perdita di peso non intenzionale,
- sfinimento auto-riferito,
- debolezza,
- lenta velocità di cammino,
- scarsa attività fisica.

Quando un anziano non presenta queste caratteristiche si definisce robusto, mentre se ne presenta più di tre allora si trova in una condizione di pre-fragilità [15]; un soggetto con fragilità può essere un soggetto con una o più patologie croniche.

Gli anziani fragili, difatti, presentano un aumentato rischio di morte prematura, diversi esiti di salute negativi dovuti alle cadute (ad esempio fratture e disabilità), demenza, i quali peggiorano la qualità della vita e al contempo aumentano l’ utilizzo delle risorse sanitarie e, conseguentemente, dei costi. Si osservano infatti, per questa tipologia di pazienti, aumenti delle ospedalizzazioni, degli accessi ai servizi e delle istituzionalizzazioni. Diversi studi hanno pertanto riportato come i costi sanitari di individui fragili siano notevolmente superiori a quelli di anziani robusti.

Nel contesto di una popolazione sempre più anziana si sta iniziando ad osservare l’ impatto dello shift demografico ed epidemiologico sui sistemi sanitari e quindi dell’ aumento di anziani fragili, disabili (la disabilità consiste nella perdita di funzione, mentre la fragilità in un aumentato rischio di perdita di funzione) o non autosufficienti. Poiché ancora i sistemi non appaiono preparati a trattare soggetti con patologie croniche e bisogni socio-assistenziali complessi, gli anziani fragili spesso ricevono un’ assistenza subottimale a causa della frammentazione dei servizi o dell’ erogazione di trattamenti non propriamente appropriati [15].

1.4 I fattori di rischio e la prevalenza delle malattie croniche nei Paesi oggetto di studio

Come abbiamo visto dalla descrizione del burden della cronicità un ruolo fondamentale nello sviluppo delle malattie non comunicabili è attribuibile sia al cambiamento degli stili di vita e al maggior tempo di esposizione a rischi cosiddetti comportamentali che all'aumentata sopravvivenza.

I fattori di rischio comportamentali, detti anche modificabili, condivisi dalle principali malattie croniche (malattie cardiovascolari, respiratorie, cancro e diabete) sono:

- l'uso di tabacco,
- l'alimentazione scorretta,
- la sedentarietà,
- il consumo dannoso di alcool.

Oltre ai fattori comportamentali, un ruolo non di secondaria importanza è certamente svolto dall'inquinamento atmosferico (fumi, polveri e allergeni), dall'inquinamento ambientale (esposizione ad agenti cancerogeni come amianto, gas di scarico e radiazioni ionizzanti e ultraviolette, uso indiscriminato di prodotti chimici in agricoltura e l'emissione di prodotti tossici delle industrie) e dai cambiamenti climatici. Questi fattori possono contribuire alla morbilità e alla mortalità per cancro, malattie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche ed esercitano la loro influenza dannosa maggiormente nei primi anni di vita sia in seguito ad esposizioni durante la gravidanza che in età infantile.

In aggiunta, anche l'aumentato stress psicologico legato frequentemente al lavoro o alla disoccupazione, merita una particolare attenzione nel determinismo o nel peggioramento di patologie croniche [16].

Nelle seguenti mappe sono illustrati i dati di prevalenza di alcune delle malattie non comunicabili nei Paesi europei presi in esame nel presente rapporto.

Come si può osservare, la prevalenza del diabete mellito, della Bpco e delle malattie oncologiche risulta essere relativamente omogenea nei Paesi considerati, ciò a riprova del fatto che i diversi Paesi, sebbene presentino sistemi sanitari con caratteristiche differenti, condividono spesso i medesimi fattori di rischio.

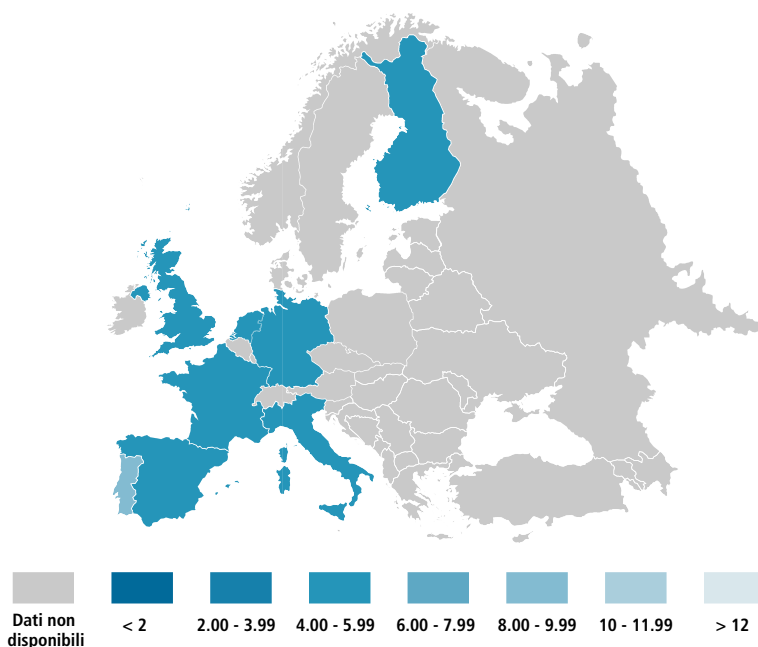


Figura 1: Prevalenza percentuale del diabete mellito in Europa

FORNTE: EUROPEAN HEALTH FOR ALL FAMILY OF DATABASES - GATEWAY.EURO.WHO.INT - RIELABORAZIONE AUTORI

Prevalenza: numero di casi di diabete mellito/popolazione x 100

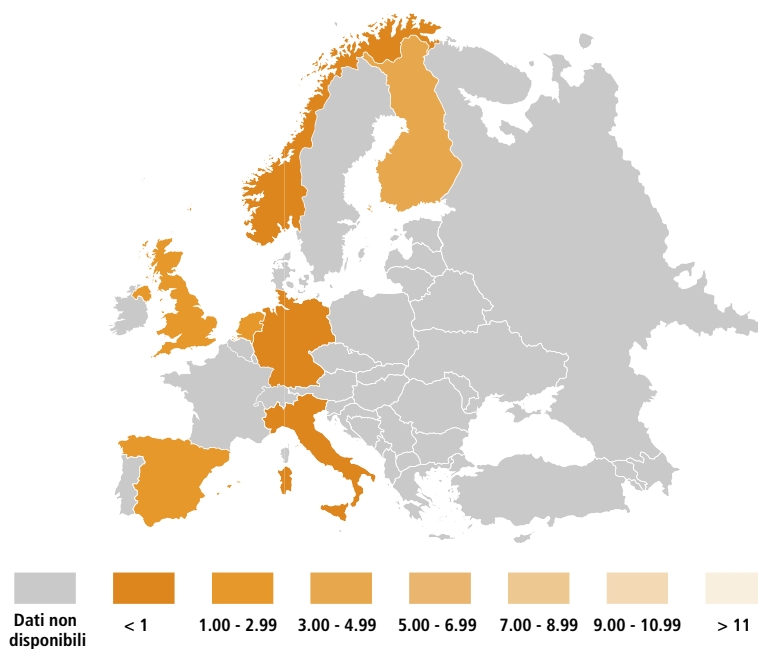


Figura 2: Prevalenza percentuale della BPCO in Europa

FORNTE: EUROPEAN HEALTH FOR ALL FAMILY OF DATABASES - GATEWAY.EURO.WHO.INT - RIELABORAZIONE AUTORI

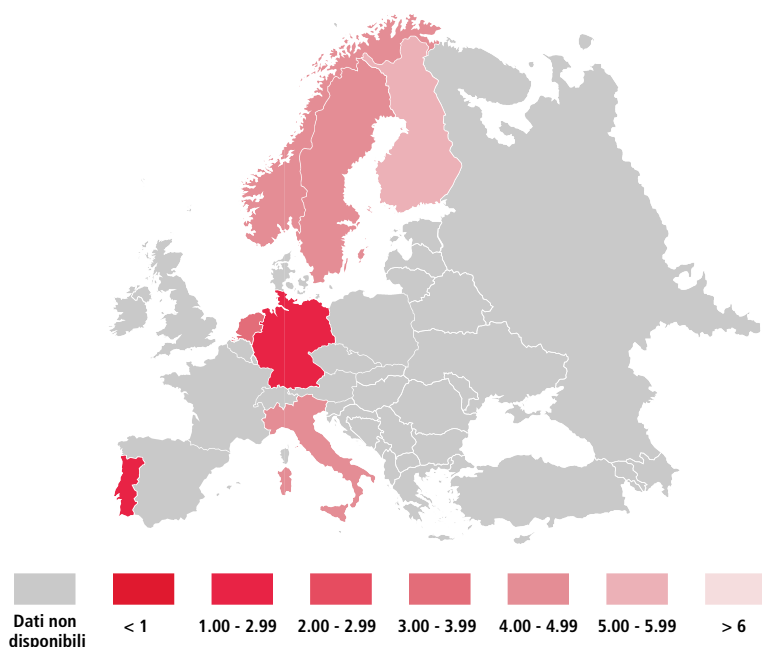


Figura 3: Prevalenza percentuale delle malattie oncologiche in Europa

FORNITE: EUROPEAN HEALTH FOR ALL FAMILY OF DATABASES - GATEWAY.EURO.WHO.INT - RIELABORAZIONE AUTORI

1.5 Bisogni dei pazienti anziani, fragili, con patologie croniche e cenni di gestione degli stessi

Il passaggio dal paradigma delle acuzie a quello della cronicità ed in particolare alla multicronicità, implica una riorganizzazione del sistema di offerta sanitaria e socio-sanitaria, il quale dovrà essere centrato sul paziente erogando interventi assistenziali coordinati e continui nel tempo e tesi al soddisfacimento dei bisogni di salute complessi. I pazienti anziani, fragili e/o cronici, infatti, rappresentano una tipologia di malati con bisogni assistenziali complessi. Pertanto, saranno pazienti che richiederanno un elevato impegno delle risorse socio-sanitarie, in cui un unico operatore/ente erogatore non sarà in grado di erogare tutti gli interventi necessari a trattare adeguatamente e globalmente tali pazienti.

Appare, quindi, sempre più necessario un approccio personalizzato che richiede l'intervento di diverse professionalità con diverse competenze. Tale approccio sottende una logica multidimensionale che affronti contemporaneamente le tre dimensioni fondamentali della persona:

- assenza/presenza di malattia/e;
- capacità di soddisfare i bisogni vitali fondamentali;
- capacità cognitivo-relazionali abbinate al contesto di vita.

Nell'assistenza ai pazienti con bisogni assistenziali complessi appare, dunque, fondamentale erogare interventi con specifica utilità, il cui coordinamento e integrazione delineano un approccio al malato globale e multi-professionale.

In primo luogo, quindi, il malato andrà valutato globalmente secondo scale multidimensionali utili ad indagare le patologie in corso e pregresse, le eventuali condizioni di non autosufficienza e le capacità di autogestione, le capacità cognitive, le terapie e i trattamenti in corso, le abitudini di vita e le condizioni psicosociali ed economiche del paziente. Sulla base della valutazione viene quindi redatto un piano assistenziale individuale in cui saranno indicati gli interventi da erogare e la relativa tempistica, gli operatori e gli enti coinvolti. Appare quindi necessario che venga individuata una funzione di coordinamento che riduca la frammentazione dell'assistenza e faccia in modo che gli interventi erogati siano pienamente integrati e coordinati fra loro. Il tutto per garantire uno stato di salute del paziente adeguato e per erogare interventi appropriati, evitando gli sprechi [17].

Per una maggiore trattazione dei modelli assistenziali rivolti ai pazienti con cronicità si rimanda al capitolo tre del presente rapporto.

Note bibliografiche generali

- [1] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Findings from the Global Burden of Disease Study 2017*. Seattle, WA: IHME, 2018.
- [2] GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators, and others. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 2016; 388(10053):1545-602.
- [3] The Lancet. GBD 2017: a fragile world. *Lancet*. 2018; 392(10159):1683.
- [4] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Disponibile su <http://www.healthdata.org/> (Ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [5] Salute Lazio Sistema Sanitario Regionale. Disponibile su <https://www.opensalutelazio.it/> (Ultimo accesso 30 marzo 2019) [6] (Holmann 2004,
- [7] Gemmill M. *Research note: Chronic Disease Management in Europe*. London School of Economics and Political Science 2008.
- [8] World Health Organization. *World Health Report 2002. Reducing risks, Promoting Healthy Life*. WHO. 2002
- [9] Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European General Practice Research Network Presents the Translations of Its Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine in Ten European Languages. *PLoS ONE*. 2015; 10(1): e0115796.
- [10] Mezuk B, Eaton W, Golden S. Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan: A Meta-Analysis: Response to Nouwen, Lloyd, and Pouwer. *Diabetes Care*. 2009; 32(5); 57.
- [11] Boyd C, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design?. *Public Health Reviews*. 2010; 32(2); 451-74.
- [12] Rijken M, Struckmann V, Dyakova M, Melchiorre MG, Rissanen S, van Ginneken E. ICA-RE4EU: Improving care for people with multiple chronic conditions in Europe. *Eurohealth*. 2013; 19(3);29-31.
- [13] Economist Intelligence Unit. *Never too early. Tackling chronic disease to extend healthy life years*. The Economist. 2012
- [14] Duerden M, Avery T, Payne R. *Polypharmacy and medicines optimisation. Making it safe and sound*. The King's Fund, 2013.
- [15] Kojima G, Liljas AEM, Iliffe S. Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy. *Risk Manag Healthc Policy*. 2019; 12:23-30.
- [16] World Health Organization (WHO). *Dementia: A Public Health Priority*. WHO. 2012
- [17] Gruppo di lavoro SitI. *Governare l'Assistenza Primaria. Manuale per Operatori di Sanità pubblica*. Bruno Mondadori; 2017.

Capitolo 2

Carico economico delle malattie cronicodegenerative

Numerose sono le evidenze in termini di incremento della prevalenza delle malattie croniche nella popolazione generale in Europa ma purtroppo, ancora oggi, non sono altrettanto numerose e robuste quelle in termini di implicazioni economiche di tale incremento. Ovviamente i costi non dovrebbero essere e diventare la principale guida nelle scelte in sanità ma, in termini di sostenibilità di un sistema sanitario, è bene sempre tener presente il valore di un intervento. [1]

Il concetto di *burden* economico di malattia tiene in considerazione sia la quantità di risorse utilizzate (intese in termini economici) per trattare una malattia, sia le conseguenze negative di questa misurate in termini di perdita di produttività per la società o per uno specifico settore. Queste due dimensioni sono molto rilevanti per tutte le malattie ma acquisiscono un maggiore significato quando si parla di malattie croniche.

Il concetto di *burden* economico di malattia è composto da tre elementi:

- **Costi diretti:** Sono i costi delle cure mediche destinate alla prevenzione, diagnosi e trattamento di una malattia. Includono i costi per le ambulanze, trattamenti ospedalieri ed ambulatoriali, riabilitazione, servizi di salute in comunità e medicazioni. Questi costi non sempre semplici da calcolare sono quelli meno controversi.
- **Costi indiretti:** Sono i costi conseguenti alla morbilità e alle morti premature per malattia. Come misurare questa tipologia di costi è tuttora oggetto di dibattito, infatti in alcuni studi viene calcolato come la perdita dei futuri guadagni e per questo limita il calcolo alla popolazione in età lavorativa, altri invece utilizzano il metodo *willingness to pay* (disponibilità a pagare), il quale valuta ciò che le persone sono disposte a pagare per

piccole riduzioni del rischio di morte. Questo secondo metodo, non essendo limitato alla popolazione in età lavorativa, ci permette anche di stimare il valore che le persone danno alla vita.

- **Costi intangibili:** Sono i costi collegati con la dimensione psicologica della malattia ed includono il dolore, il lutto, l'ansia e la sofferenza. Questa categoria è tipicamente la più difficile da misurare e per questo la maggior parte degli studi in letteratura valutano esclusivamente i costi diretti ed indiretti. [2]

È interessante notare che il costo relativo alle malattie croniche e ai loro fattori di rischio, definito in termini di costi di malattia, sia stimato in un range compreso tra 0,02% fino al 6,77% del Pil (Prodotto interno lordo) proprio a dimostrare l'impatto di quest'ultime sulla spesa sanitaria e non solo. [3]

2.1 La Situazione in Europa

2.1.1 Le malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari costituiscono la prima causa di morte nel nostro continente, costituendo il 47% di tutte le morti in Europa e il 40% nell'Unione Europea. [4] All'interno di questa macro categoria rientrano tutta una serie di malattie che interessano il sistema circolatorio, incluse le ischemie cardiache (infarto del miocardio) e le cerebrovascolari (ictus).

Visti i dati epidemiologici nel capitolo precedente è evidente che l'impatto in termini economici di questa patologia sui sistemi sanitari dei paesi europei è e sempre più sarà notevole.

Come visto sopra l'impatto di tali patologie in termini di spesa viene distinto in diretto ed indiretto:

Costi diretti dovuti alla spesa sanitaria per il trattamento della malattia, cure primarie, emergenza, ricovero ospedaliero, incidenti e spesa farmaceutica. Costi indiretti per mortalità e morbilità, calcolati come perdita di produttività conseguente alla morte prematura o per disabilità.

Di seguito verranno considerati i sei Paesi europei che insieme costituiscono il 74% del Pil dell'Unione europea e il 64% della popolazione: Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Spagna e Svezia. In tale analisi si evidenzia come l'andamento economico della spesa sanitaria per le patologie cardiovascolari sia in notevole crescita a partire dal 2014, infatti basti considerare che i costi totali nel 2014 erano pari a €102,1 miliardi mentre la stima per il prossimo anno è pari a €122,6 miliardi. Nel dettaglio nel 2014 i costi diretti erano

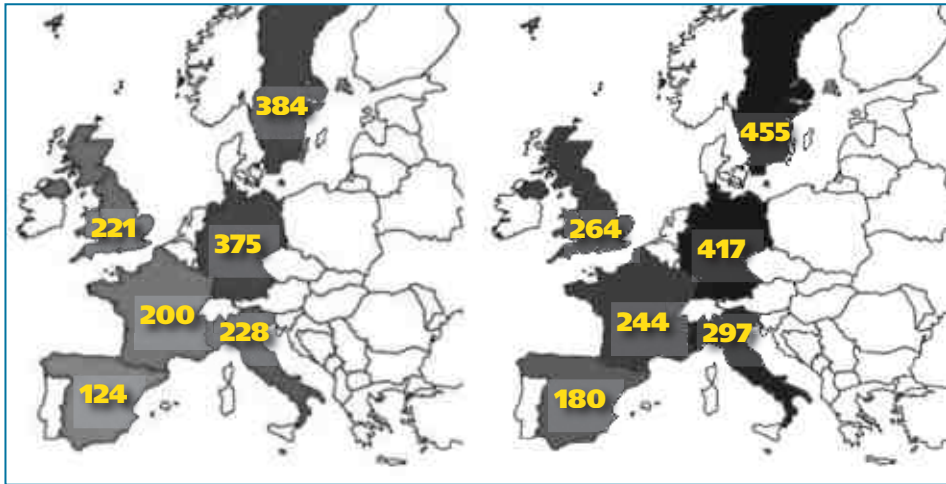


Figura 1: Costi (€) delle malattie cardiovascolari in Europa nel 2014 e nel 2020
 SOURCE: CEBR ANALYSIS

pari a €81,1 miliardi mentre €19,6 miliardi derivavano dalle morti premature e €1,4 miliardi dalla morbilità conseguente a malattia. Si stima inoltre che nel 2020 i costi diretti crescano fino a €98,7 miliardi mentre i costi indiretti per mortalità e morbilità siano rispettivamente €22,3 miliardi e €1,6 miliardi (Figura 1).

Le voci di spesa tra i servizi utilizzati da questa tipologia di pazienti sono piuttosto simili tra i paesi considerati: ricoveri ospedalieri e farmaci. In particolare, i ricoveri ospedalieri sono responsabili di circa il 50% della spesa sanitaria riconducibile alle malattie cardiovascolari nella maggior parte dei paesi considerati. [4]

2.1.2 Le malattie respiratorie croniche

Le malattie respiratorie hanno un impatto importante sulla società sia in termini indiretti di disabilità e mortalità, con conseguente perdita di produttività, sia in termini diretti sulla spesa sanitaria, servizi utilizzati e farmaci. Tra le patologie respiratorie più comuni per prevalenza troviamo: la Bpco, l'asma, il tumore del polmone, la tubercolosi, la polmonite e altre infezioni del tratto respiratorio inferiore, la sindrome delle apnee ostruttive del sonno e la fibrosi cistica.

La stima dei costi diretti ed indiretti per questo gruppo di patologie è stata calcolata in maniera dettagliata in uno studio del 2011 prendendo in considerazione tutti i paesi dell'Unione europea. In particolare, per quanto ri-

guarda asma e Bpco, i dati mostrano come evidenziato in tabella 1, che l'impatto economico di queste patologie si aggira intorno a €82 miliardi considerando sia i costi diretti che indiretti (Figura 2). [5]

	Costo dei farmaci	Costo dei pazienti a domicilio	Costo dei pazienti ricoverati	Totale diretto#	Totale indiretto*
BPCO	7.1	8.9	7.3	23.3	25.1
ASMA	8.0	6.7	4.8	19.5	14.4

Tabella 1: Costi annuali aggregati del ricovero ospedaliero, farmaci, assistenza del paziente domiciliare, compresa l'assistenza primaria attribuibile alla BPCO e all'asma nell'EU (valori in miliardi di euro relativi a dati del 2011).

#Costi per i farmaci, per i pazienti domiciliati compresa l'assistenza primaria e ospedaliera.

*Costi per le assenze dal lavoro e per il pensionamento precoce (adulti).

Fonte: EUROPEAN LUNG WHITE BOOK

Il tumore del polmone, considerato in questo paragrafo tra le patologie respiratorie, costituisce in Europa la principale causa di morte per tumore tra la popolazione e grazie a ricerca e sviluppo di nuovi farmaci e tecnologie la sopravvivenza ad esso correlata è sempre maggiore. Secondo uno studio pubblicato nel 2015 alla cura di tale malattia è stato destinato circa il 15% delle risorse destinate alla spesa oncologica pari a €18.8 miliardi a fronte di €126 miliardi destinati agli altri tipi di tumore (Figura 3). [6]

Piuttosto difficile risulta invece fare stime sulle altre patologie vista la minor incidenza e la minor disponibilità di dati. Il costo della polmonite per pa-

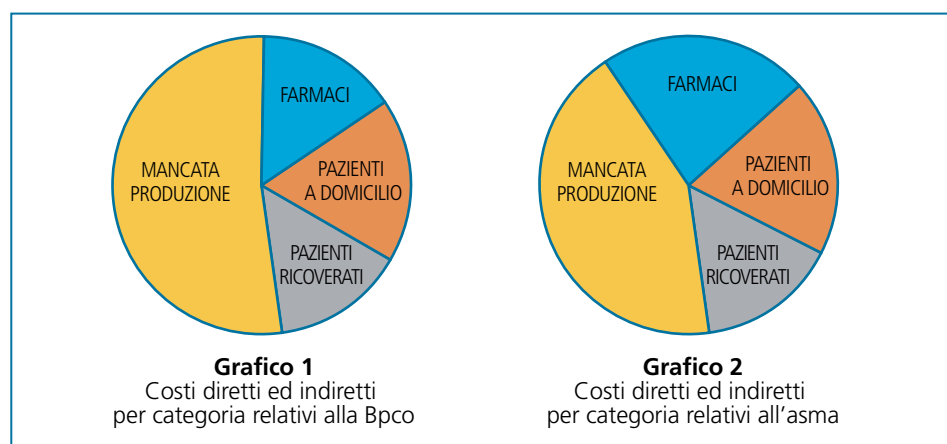


Figura 2: Burden economico di Bpco e asma per categoria
 SOURCE: EUROPEAN LUNG WHITE BOOK

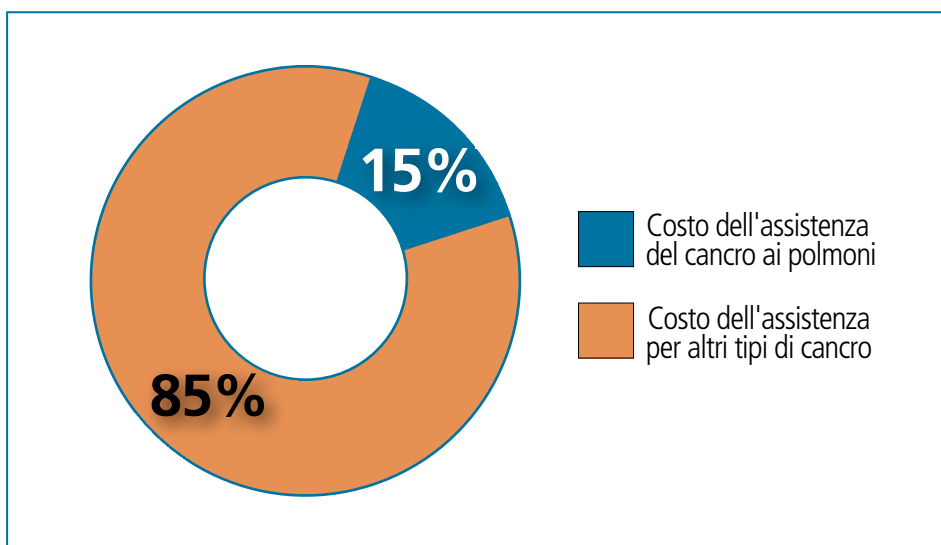


Figura 3: Costo dell'assistenza del cancro ai polmoni; € 18,8 miliardi ovvero il 15% delle risorse destinate alla spesa oncologica verso costo dell'assistenza per altre patologie oncologiche (€ 126 miliardi)

SOURCE: LUNG CANCER IN THE EU – BRISTOL-MYERS SQUIBB

ziente ricoverato, ad esempio, e stato stimato attorno ai €2,5 miliardi per anno anche se, in realtà, non è stato possibile stimare i costi indiretti correlati a tale condizione patologica. [5]

2.1.3 Il diabete

Il diabete mellito, come spiegato nel capitolo precedente, è spesso considerato come modello tra le malattie croniche sia per le sue caratteristiche di non trasmissibilità, ma soprattutto per la sua elevata prevalenza nella popolazione e per il suo decorso clinico che porta, se non correttamente trattato, a gravissime conseguenze per il paziente. Queste sue caratteristiche ne determinano anche il forte impatto sulla spesa sanitaria, infatti, è stato stimato che un paziente diabetico spende dai €1.800 ai €3.100 l'anno (tale stima è stata calcolata su 5 paesi europei quali Francia, Germania, Italia, Regno Unito e Spagna), cioè più del doppio rispetto ai concittadini senza diabete e si calcola inoltre, che il costo per i pazienti che presentano complicanze sia addirittura quadruplo rispetto ai pazienti non complicati. [7] Nella figura 4, sono riportati i costi del diabete per persona nei diversi paesi europei secondo queste stime tale voce di spesa varia da €11.462,63 della Norvegia a €229,73 dell'Ucraina. [8]

Secondo gli ultimi dati pubblicati dall'International diabetes confederation nel 2017 in Europa la spesa totale riconducibile al trattamento di questa patologia è stata pari a €182 miliardi ed è destinata a crescere fino a €189 miliardi (anno 2045). [8]

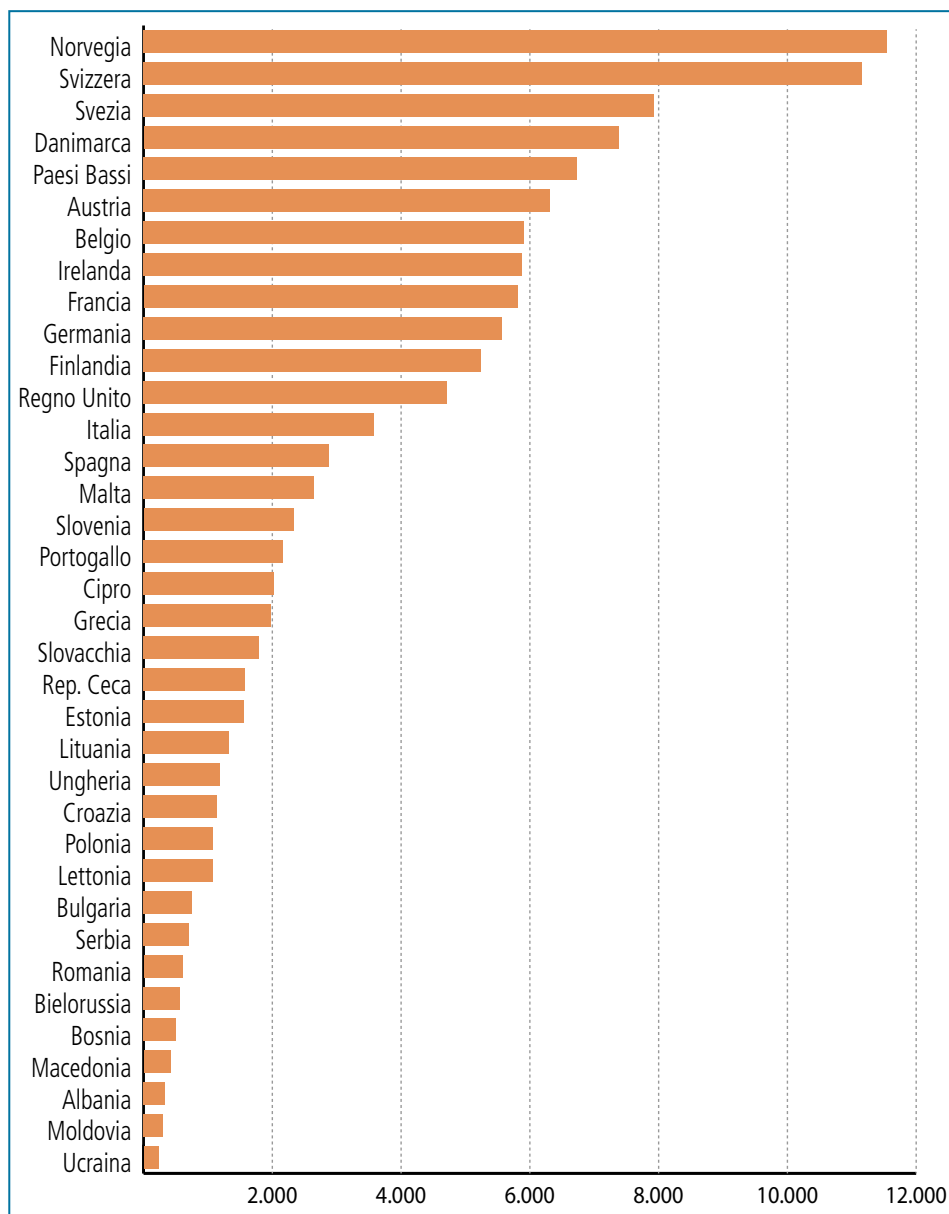


Figura 4: Costo del diabete per persona - Anno 2016
SOURCE: IDF DIABETES ATLAS, 8TH EDITION 2017

2.2 La situazione in Italia

Nel 2018, si stima che il 40% della popolazione italiana (24 milioni di persone) sia affetta da una malattia cronica e di questi circa 12,5 milioni è un paziente multicronico. Questi numeri, tenendo anche conto delle variazioni demografiche della popolazione, sono destinati ad aumentare, le proiezioni della cronicità, infatti, indicano che tra 10 anni, nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni e quello dei multicronici a 14 milioni.

Il problema della cronicità rappresenta una sfida molto importante per il futuro di tutti i sistemi sanitari, in particolare per l'Italia. Considerando che per definizione le malattie croniche sono "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni" nei prossimi dieci anni impiegheranno circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale. Attualmente in Italia si stima che si spendono, complessivamente, circa 66,7 miliardi per la cronicità, ma considerando le proiezioni effettuate dall'Istituto Nazionale di statistica (Istat) ed ipotizzando una prevalenza stabile nelle diverse classi di età, nel 2028, la spesa sanitaria per la cronicità arriverà fino a €70,7 miliardi. [9]

Alla luce dell'elevato burden epidemiologico ed economico di queste patologie e del relativo trend di crescita dovuto al progressivo invecchiamento

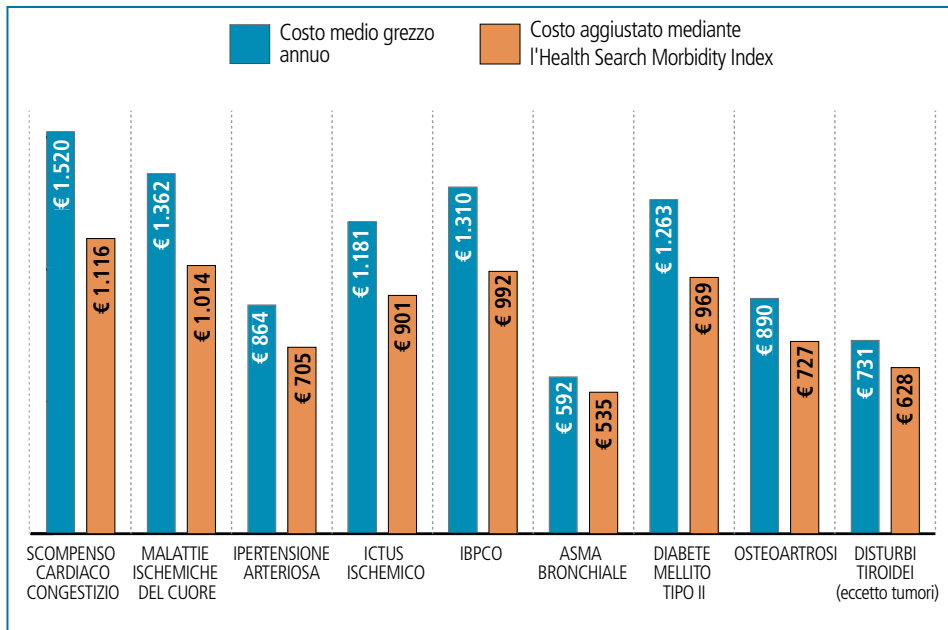


Figura 5: Costo medio annuo dei pazienti assistiti dai medici di medicina generale aderenti al network Health Search per singola patologia dei pazienti - Anno 2017

Fonte: LA CRONICITÀ IN ITALIA - OSSERVASALUTE 2019

della popolazione, che si registrerà nel corso dei prossimi anni, appare opportuno promuovere l'adozione di soluzioni organizzative a supporto della gestione integrata e multidisciplinare del paziente con malattia cronica, orientate al perseguimento della sostenibilità nel medio lungo periodo.

2.2.1 Le malattie cardiovascolari

In Italia, si stima che i costi diretti a carico del Ssn per le malattie cardiovascolari siano pari a circa €16 miliardi ai quali si devono aggiungere oltre €5 miliardi di costi indiretti secondari alla perdita di produttività, ai quali vanno inoltre aggiunti i costi secondari al sistema previdenziale, che eroga pensioni di inabilità e assegni di invalidità a tutte le persone affette da patologie croniche invalidanti. A tal proposito, è stato stimato che le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la prima voce di costo, rispetto ad altre patologie croniche, per l'erogazione di prestazioni previdenziali, con una spesa dal 2009 al 2015 rispettivamente di €4,6 miliardi (circa 665 milioni all'anno) corrispondente al 23% del totale e €8,8 miliardi (1,2 miliardi in media all'anno) pari al 19% del totale. [10]

Riguardo i costi diretti, come osservabile in figura 5, secondo dati raccolti dai medici di medicina generale (dati raccolti nell'ambito del Progetto health search della Società italiana di medicina generale - Simg) riferiscono che mediamente in un anno si spendono circa €1.500 per un paziente con scompenso cardiaco congestizio, in particolare essi assorbono circa il 5,6% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del Ssn, il 4,0% delle richieste di visite specialistiche e il 4,1% delle prescrizioni di accertamenti diagnostici. Sempre nella stessa area di spesa rientrano tutte le patologie ischemiche del cuore per le quali si stima una spesa annua per paziente di circa €1.400 annui al quale è destinato circa il 16,0% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del Ssn, il 10,6% delle richieste di visite specialistiche e il 10,1% degli accertamenti diagnostici. Costa relativamente meno un paziente con ipertensione, €864, con il 68,2% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del Ssn, il 52,2% delle richieste di visite specialistiche e il 51,7% degli accertamenti diagnostici. [9]

2.2.2 Le malattie respiratorie

Tra le malattie respiratorie croniche la Bpco è sicuramente una di quelle con un elevato impatto epidemiologico e quindi economico sulla popolazione e numerosi sono gli studi che negli anni hanno cercato di quantificare in termini economici i costi diretti ed indiretti associati a tale condizione cronica.

Il primo studio con dati italiani risale al 2002 [11] e si proponeva di valutare i costi diretti relativi a tre importanti patologie respiratorie (asma, Bpco, polmonite acquisita in comunità) nel Triveneto. Dall'analisi è emerso che il costo medio annuo per paziente variava in un range compreso tra i €1.500 e i €3.912 in base alla gravità della malattia. Riguardo i costi indiretti, quantificati in termini di perdita di produttività, lo studio ha dimostrato che le giornate di lavoro perse ammontavano a 272 giorni in totale nell'anno (media (SD) = 23 giorni (± 16)). Uno studio successivo degli stessi autori quantizza i costi totali annui per paziente affetti da Bpco pari a circa €1.300 di cui circa €50 imputabili a costi indiretti. Nello studio si evidenziava come il principale driver di costo era rappresentato dalle ospedalizzazioni (€963) che costituivano circa il 76,3% dei costi diretti totali. L'analisi sottolinea, inoltre, che tale patologia risente del fenomeno della sottodiagnosi e del sottotrattamento che non consentono di individuare e trattare i pazienti in maniera appropriata e tempestiva, influenzando così sul burden economico associato alla malattia. Sempre nello stesso studio si evidenzia che il costo annuo per paziente dipende dal livello di severità della patologia, oscillando tra €440 nel caso di Bpco lieve e €6.300 circa nel caso di Bpco grave. Studi successivi [12] degli stessi autori confermano approssimativamente dati equivalenti (costo medio variabile tra €1.300 nei casi di media gravità a €5.400 nei casi più severi) con costi medi per paziente pari a €2.700 circa.

L'altra patologia respiratoria cronica di notevole importanza dal punto di vista della prevalenza è l'asma la quale rappresenta anche un'importante fonte di costo sia in termini sociali che umani. Basti pensare che i costi diretti per tale patologia, comprendenti farmaci, visite mediche, accessi al pronto soccorso, ricoveri in ospedale, sono pari all'1-2% della spesa sanitaria totale. Il costo diretto dell'asma risulta particolarmente evidente se confrontato con quello della popolazione senza malattie respiratorie, infatti il rischio di accesso al pronto soccorso o di ricovero in ospedale, per un soggetto in età compresa tra i 20 e i 64 anni in un trimestre, è del 6% nei soggetti senza disturbi respiratori mentre aumenta al 15-18% nei soggetti affetti sia da asma che da bronchite cronica. I costi indiretti calcolati come perdite di giornate di lavoro, limitazione nelle attività quotidiane e mortalità prematura, rappresentano oltre il 50% della spesa totale. Ad esempio, il numero di giornate lavorative perse o con ridotta attività extra-lavorativa nei 3 mesi precedenti cresce da 1,5 a 6,3 nella fascia 20-44 anni e da 3,0 a 4,6 nella fascia 45-64 anni. Il burden economico dell'asma nel nostro Paese risulta pertanto sovrapponibile a quello osservato negli altri Paesi industrializzati, anche in Europa infatti, l'impatto socio-economico della patologia asmatica è elevato essendo stato valutato pari a €1.583 l'anno nella classe di pazienti con asma persistente. [13]

2.2.3 Burden epidemiologico ed economico del diabete in Italia

Il diabete è una patologia cronica con un elevato impatto epidemiologico anche in Italia, dove si stima siano presenti oltre 3 milioni 200 mila soggetti diabetici (circa 5,3% della popolazione) con una prevalenza in costante crescita per effetto della transizione demografica. [14]

Oltre al carico epidemiologico del diabete, occorre considerare anche l'elevato peso economico ad esso associato. In uno studio del 2016 si evidenzia come a livello nazionale i costi annui attribuibili al diabete ammontano a circa €20 miliardi, di cui il 54% attribuibile a costi indiretti legati alla perdita di produttività da parte dei soggetti malati. [15]

Secondo l'ultimo rapporto Osservasalute per un paziente affetto da diabete di tipo 2 vengono spesi quasi €1.300, esso inoltre assorbe circa il 24,7% delle prescrizioni farmaceutiche, il 18,5% delle richieste di visite specialistiche e il 18,2% degli accertamenti diagnostici a carico del Ssn. [9]

Numerose sono le evidenze scientifiche che negli ultimi anni hanno cercato di quantificare il costo della malattia per il Ssn: uno studio del 2016, condotto nella Regione Marche, ha stimato che il costo medio annuo per paziente con diabete senza complicanze è pari a €341 con un trend crescente in presenza di complicanze: €1.335 in presenza di una complicanza, €2.287 in presenza di due complicanze, €5.231 in presenza di tre complicanze e €7.085 con quattro complicanze. [16]. Un altro lavoro, basato sui dati dello studio Arno, ha documentato in modo simile come le complicanze siano associate ad un costo maggiore della malattia ed in particolare, pari a circa €4.700 l'anno in presenza di nefropatia/insufficienza renale, di circa €5.000 in caso di amputazione, di €4.800 in caso d'intervento di rivascularizzazione agli arti inferiori, di €3.800 in caso di complicanze cerebrovascolari e di €1.500-2.000 in caso di complicanze cardiache, retiniche, neuropatiche o di altre complicanze acute [17]. Oltre alle complicanze croniche un'altra area di grande rilievo è rappresentata dalle ipoglicemie severe, spesso legate alla gestione della terapia, e che rappresentano un'importante determinante di costi diretti ed indiretti. Nel corso di un anno, fino a un terzo dei soggetti con diabete di tipo 1 di lunga durata e un quinto di quelli con diabete di tipo 2 in terapia insulinica presentano almeno un episodio di ipoglicemia severa che richiede ospedalizzazione. Tali ricoveri costano circa €50 milioni al nostro Ssn. [17]

Accanto ai costi diretti, occorre tener presente anche l'elevato impatto economico e sociale che il diabete ha in termini di perdita di produttività per pensionamento precoce, disabilità permanente e altri costi indiretti associati ai *caregiver*. Dati recenti suggeriscono che complessivamente i costi attribuibili alle malattie croniche, tra cui al diabete, se prevenute efficacemente in Italia potrebbero far risparmiare oltre €10 miliardi. [18]

2.3 Focus Lazio

La Regione Lazio, secondo il rapporto dell’ Autorità nazionale anticorruzione, pubblicato nel settembre 2018, su un’indagine conoscitiva del mercato dei dispositivi medici per l’autocontrollo e l’autogestione del diabete mellito potrebbe risparmiare fino al 54,5% dei costi relativi all’acquisto di tali dispositivi. Tale disparità rispetto ad altre regioni molto più virtuose si palesa anche nella spesa media per paziente che nel Lazio ammonta a €185,23, cioè più del doppio rispetto alla spesa per paziente della regione che spende meno (€75,45) ed il 16% in più rispetto alla media nazionale pari a €158,98. [19]

APPROFONDIMENTO

Ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per le complicanze a lungo termine del diabete mellito, della Bpco e dell’insufficienza cardiaca senza procedure come proxy di gestione del paziente cronico.

La gestione del paziente con malattia cronica è sempre più complessa e costosa e come evidenziato nel presente capitolo, maggiori sono le complicanze conseguenti alla scorretta gestione di una malattia cronica e maggiori sono i costi sia diretti che indiretti ad essa imputabili.

Valutare la gestione di un paziente affetto da una patologia cronica non è semplice e prevede l’uso di diversi indicatori volti a valutare diversi aspetti del percorso del paziente e del suo trattamento. Tra gli indicatori costruiti ed utilizzati per tale obiettivo troviamo proprio le ospedalizzazioni evitabili, in particolare quelle relative ad un numero molto ristretto di patologie croniche. Questi indicatori, individuati come misuratori della qualità dell’assistenza territoriale anche dal Ministero della salute nel 2011, sono stati negli ultimi anni oggetto di critiche specifiche in particolare per tutti i fattori confondenti che potrebbero alterarne il valore. Ad ogni modo, tali indicatori risultano utili al fine di individuare e caratterizzare le eventuali carenze nell’offerta dei servizi extraospedalieri, poiché è oramai evidente ed ampiamente condiviso che la gestione del paziente con patologia cronica deve essere realizzata attraverso un’assistenza sanitaria integrata tra le varie figure professionali che si interfacciano con il paziente, anche nei diversi setting assistenziali. Tale gestione dovrebbe fornire ai pazienti informazioni e mezzi per un adeguato controllo a breve e a lungo termine della sintomatologia e delle complicanze della malattia al fine di prevenire l’insorgenza di quelle condizioni acute che rendono necessaria l’ospedalizzazione. [20]

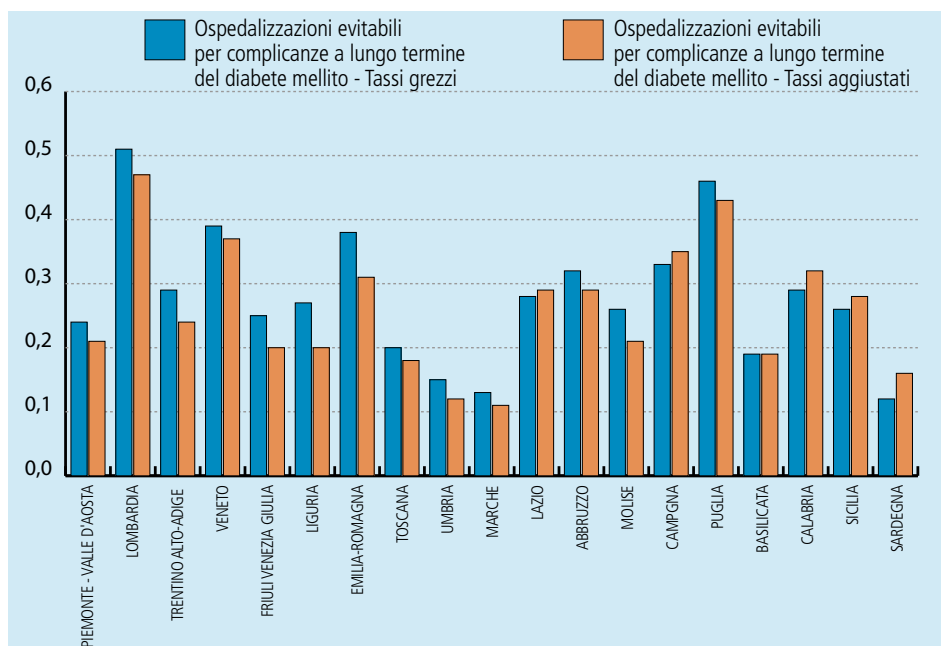


Figura 6: Tasso (grezzo e aggiustato per 1.000) delle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito nella popolazione italiana (età > 18 anni) per regione - Anno 2015. FONTE: OSSERVASALUTE 2016

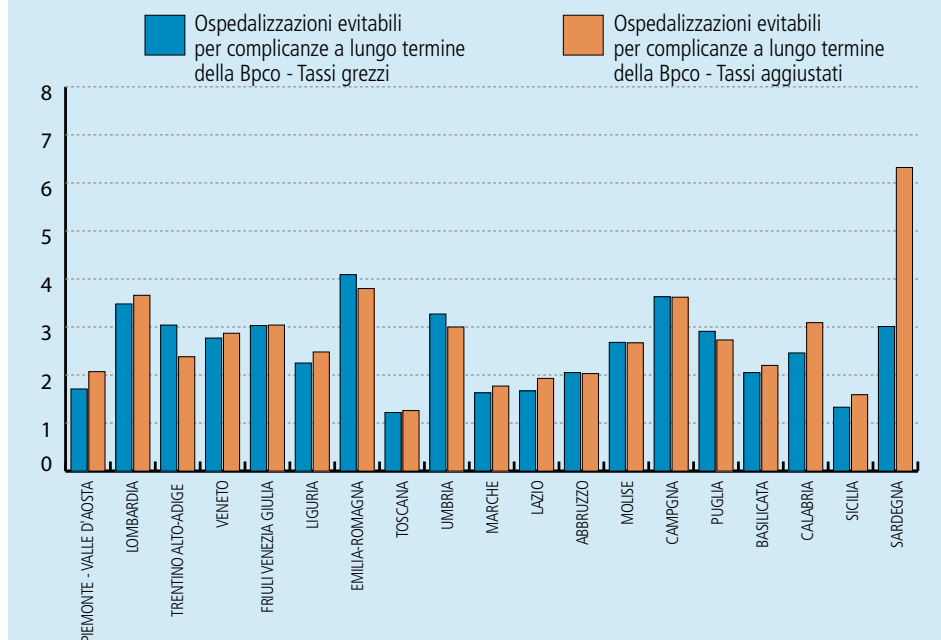


Figura 7: Tasso (grezzo e aggiustato per 1.000) delle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine della broncopneumopatia cronic ostruttivo nella popolazione italiana (età ≥ 65 anni) per regione - Anno 2015. FONTE: OSSERVASALUTE 2016

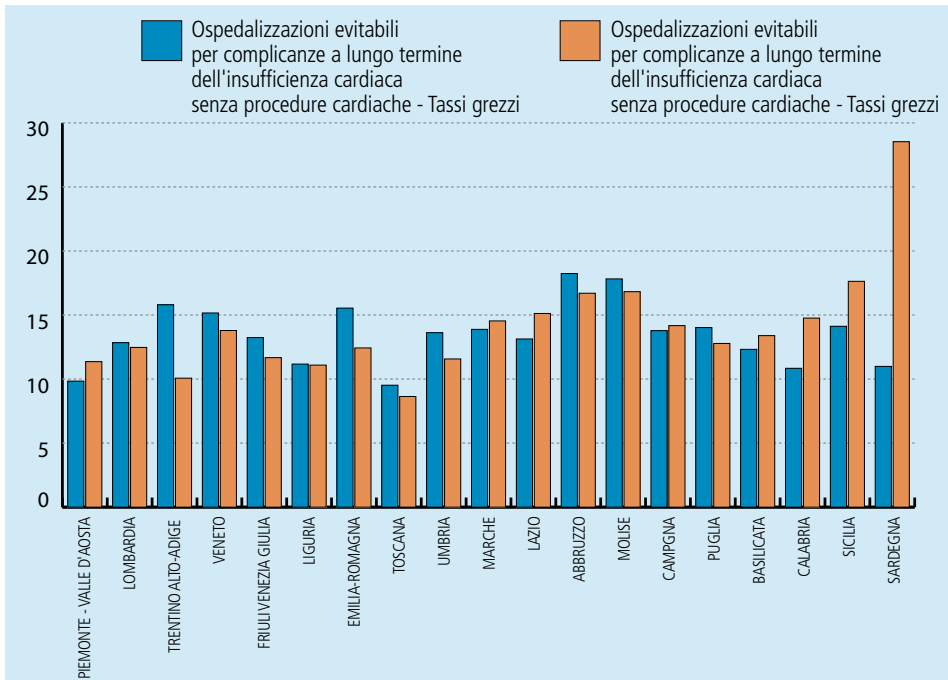


Figura 8: Tasso (grezzo e aggiustato per 1.000) delle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine dell'insufficienza cardiaca senza procedure nella popolazione italiana (età ≥65 anni) per regione - Anno 2015. FONTE: OSSERVASALUTE 2016

Nel contesto della Regione Lazio tali indicatori mostrano dei valori indicativamente molto vicini alla media del nostro Paese. In particolare risulta migliore rispetto alla media nazionale il tasso di ospedalizzazione aggiustato per complicanze a lungo termine della Bpco con valori pari a 1,93 Vs una media nazionale pari a 2,76, mentre leggermente sopra la media risultano le performance degli altri due indicatori, tasso delle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito e tasso delle dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine dell'insufficienza cardiaca senza procedure.

Tali dati indicano come, nel Lazio, le performance rispetto a questi indicatori sono molto vicine alla media nazionale italiana, evidenziando quindi un buon livello di trattamento di queste patologie croniche a livello territoriale. Ovviamente questi risultati non possono e non devono essere considerati un punto di arrivo, ma un buon punto di partenza per un continuo miglioramento dell'assistenza al paziente con patologia cronica sia nell'ottica di migliorare l'esperienza di malattia sia nel ridurre l'impatto economico diretto ed indiretto sul paziente e sul sistema.

Note bibliografiche generali

- [1] Reinhard Busse, Miriam Blumel, David Scheller-Kreinsen, Annette Zentner; Tackling chronic disease in Europe – Strategies, interventions and challenges; The European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series N° 20. 2010.
- [2] Ellen Nolte and Martin Mckee, Caring for people with chronic conditions – A health system perspective; Open University Press. 2008.
- [3] Suhrcke M et al. (2006). Chronic disease: An economic perspective (with annex). London, Oxford Health Alliance (<http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economic-perspective.pdf> e <http://www.oxha.org/knowledge/publications/annextoeconomicsreport.pdf>, ultimo accesso 30 Marzo 2019).
- [4]. The economic cost of cardiovascular disease from 2014-2020 in six European economies. Centre for Economics and Business Research (Cebr). 2014.
- [5]. AA.VV. European Lung white book - L'impatto economico delle malattie respiratorie. (<https://www.erswhitebook.org/chapters/the-economic-burden-of-lung-disease/> ultimo accesso 30 Marzo 2019)
- [6]. Lung Cancer in the EU – Bristol-Myers Squibb Company. 2015.
(<https://www.bms.com/content/dam/bms/us/english-social-share/Lung-Cancer-Global-EU-FINAL.pdf?linkId=15700872> ultimo accesso 30 Marzo 2019)
- [7]. Panos Kanavos, Stacey van den Aardweg and Willemien Schurer. Diabetes expenditure, burden of disease and management in 5 EU countries. LSE Health, London School of Economics
- [8]. International Diabetes Confederation; IDF Diabetes Atlas, 8th edition 2017 (<https://www.diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html> ultimo accesso 30 Marzo 2019)
- [9]. Focus – La cronicità in Italia Osservasalute (2019) (<https://www.osservatoriosullasalute.it/news/giornata-internazionale-delle-persone-con-disabilita-2018-2> accesso 30 Marzo 2019)
- [10]. Mennini FS, Direttore, Centro per la Valutazione Economica e HTA (CEIS - EEHTA), Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". I costi delle malattie cardiovascolari e il Burden della Ipercolesterolemia.
- [11]. Dal Negro R. et al. Cost-of-illness of lung disease in the Triveneto Region, Italy: the GOLD Study. *Mondaldi Arch. ChestDis.*, 2002; 57:3-9.
- [12]. Dal Negro RW, Tognella S, Tosatto R, et al. Costs of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Italy: the SIRIO study (social impact of respiratory integrated outcomes). *Respir Med* 2008; 102: 92-101;
- [13]. Paggiaro P. et al., Linee Guida GINA (Global Initiative for Asthma) ITALIANE Versione 2016 – 2017. (http://ginasma.it/wp-content/uploads/materiali/2017/GINA_adattamento_ita_2017_doc.pdf accesso 30 Marzo 2019)
- [14]. Renato Lauro e Giuseppe Novelli. Italian Diabetes Monitor Monitoring prevention, cure, political, social and economic facts on diabetes care facts and figures about type 2 diabetes and obesity in Italy. 11th Italian Diabetes&Obesity Barometer Report. 2017.
- [15]. Marcellusi, A., Viti, R., Mecozzi, A., & Mennini, F. S. (2016). The direct and indirect cost

of diabetes in Italy: a prevalence probabilistic approach. *The European Journal of Health Economics*, 17(2), 139-147.

[16]. Marcellusi A, Viti R, Sciattella P, Aimaretti G, De Cosmo S, Provenzano V, Tonolo G, Mennini FS. Economic aspects in the management of diabetes in Italy. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2016;4(1):e000197

[17]. Osservatorio, A. R. N. O. (2017). Diabete Il profilo assistenziale della popolazione con diabete, Rapporto 2015 Volume XXIII-Collana "Rapporti ARNO".

[18]. Rapporto Censis-Rbm Assicurazione Salute, 2017.

[19]. Autorita Nazionale Anticorruzione - Indagine conoscitiva sul mercato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete - a cura di Gianluca Marino e Fabrizio Sbicca Ufficio rilevazione e monitoraggio prezzi di riferimento contratti pubblici Settembre 2018

[20]. Programma Operativo Appropriatazza - Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza - febbraio 2011; Osservasalute 2016

Capitolo 3

Analisi buone pratiche

3.1 Focus Europa

A causa del crescente peso epidemiologico ed economico delle malattie croniche, la maggior parte dei paesi europei sta sviluppando nuovi modelli organizzativi per la gestione della cronicità. In passato, infatti, i modelli di presa in carico in Europa erano per lo più *disease-specific*, frammentati rispetto ai vari setting di cure e incentrati sul singolo episodio acuto. Questi nuovi modelli, invece, condividono un approccio integrato, proattivo, evidence-based, patient-centered che mira al raggiungimento di elevati livelli di presa in carico e continuità delle cure.

3.1.1 Germania

Sistema con assicurazione sanitaria obbligatoria (*Social health insurance*, modello di tipo Bismark) in cui lo Stato centrale si limita a definirne le regole generali di funzionamento. Oltre 100 assicurazioni sociali non profit (*sickness funds*), finanziate congiuntamente dai contributi dei lavoratori e dalle imprese con aliquote stabilite per legge e correlate al reddito, agiscono come terzo pagante. L'offerta dei servizi sanitari alla popolazione può essere pubblica o privata [1].

Il Medico di medicina generale, è un libero professionista che, al fine di operare nel sistema pubblico, si iscrive alla Kassernarztlichen Vereinigung (associazione dei medici operanti all'interno del sistema delle cure primarie). Questo non svolge la funzione di gatekeeper e i cittadini non sono obbligati a iscriversi alla lista di un singolo Mmg, avendo piena libertà di scelta del luogo di cura e del professionista, senza distinzione tra medici generalisti e medici specialisti. I Mmg e gli specialisti ambulatoriali lavorano frequente-

mente da soli o in piccoli gruppi e sono generalmente retribuiti tramite quota capitaria, *fee-for-service* (fissata in base a accordi stipulati con le assicurazioni) e *disease management bonuses*. [2-4]

L'evoluzione dei Disease Management Programs

In Germania, a partire dal 2002, si sono diffusi dei programmi di assistenza integrata patologia-specifici – *Disease management programs* – basati sul Chronic care model (Ccm), sviluppati per ovviare, in parte, alla frammentazione finanziaria e organizzativa del servizio sanitario tedesco e provare a colmare la distanza tra abbondanza di risorse impiegate (spesa sanitaria superiore all'11% del Gdp secondo dati Ocse del 2012) e prestazioni erogate e relativa scarsità di risultati di salute (ad esempio, nel caso della mortalità evitabile rispetto a Paesi con modello Beveridge come Italia e Svezia) [3,5]. L'iniziativa, partita dal governo centrale, è basata su incentivi a cascata: un fondo nazionale finanzia le assicurazioni sociali per ogni paziente arruolato in uno dei programmi di gestione delle malattie croniche previsti e le assicurazioni sociali, a loro volta, erogano un bonus ai medici che arruolano i pazienti, i quali sono invogliati a iscriversi non solo in prospettiva di un miglioramento della qualità dell'assistenza, ma anche per l'esenzione del pagamento dei ticket per visite mediche e accertamenti diagnostici. Questa ha, inoltre, richiesto lo sviluppo di équipe di cure primarie coordinate da un Mmg con la responsabilità della presa in carico del paziente, rafforzando il sistema dell'assistenza primaria, precedentemente debole. [5] La realizzazione dei programmi è stata incrementale, arrivando nel 2013 a interessare alcune delle più frequenti patologie croniche (diabete tipo 1 e 2, cancro della mammella, asma, Bpco, cardiopatia ischemica e scompenso cardiaco) e quasi 7 milioni di pazienti. [2, 3, 5]

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia dei programmi sia dal punto di vista dei risultati di salute che in quelli economici, con differenze significative nella mortalità e nell'incidenza delle complicazioni da diabete e un minor utilizzo dei servizi sanitari (dall'ospedale alle attività ambulatoriali) da parte dei pazienti arruolati rispetto ai pazienti del gruppo di controllo, nonché un miglioramento generale nella qualità della vita anche per altre patologie comprese nei programmi [4, 6].

Il sistema regionale di integrated care "Gesundes Kinzigtal"

Un esempio di gestione integrata dell'assistenza si è attuato nella regione tedesca del Kinzigtal, in cui la compagnia *Gesundes Kinzigtal*, responsabile dell'offerta complessiva dei servizi sanitari, dopo aver instaurato accordi con compagnie assicurative della regione, si è proposta per l'attuazione di una serie di programmi di assistenza sotto il nome di *Gesundes Kinzigtal integrated care*. [15-18]

APPROFONDIMENTO

Il Chronic care model

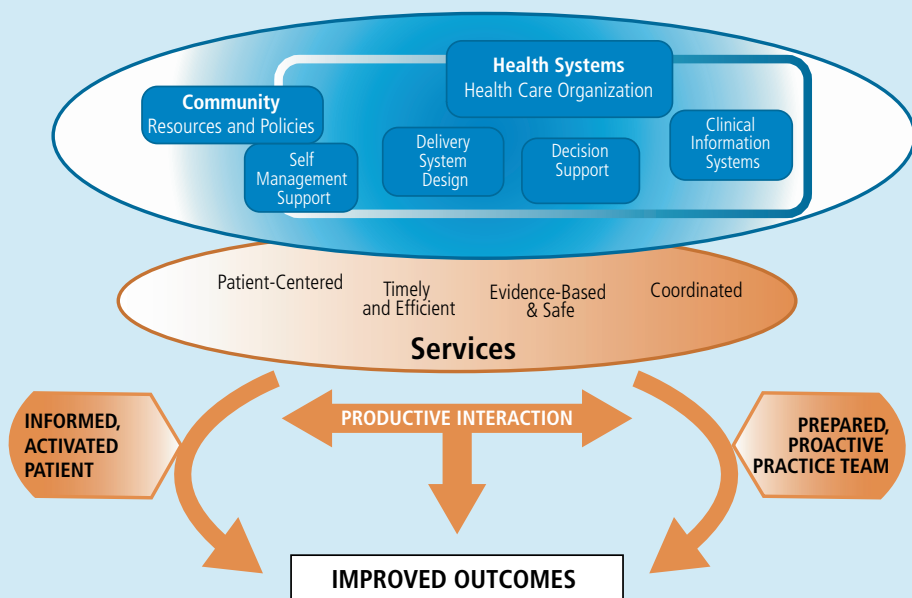


Figura 1: Il care model

SOURCE: MODIFICATO DA IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, DISPONIBILE SU [HTTP://WWW.IMPROVINGCHRONICCARE.ORG/INDEX.PHP?P=GRAPHICS&S=164](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=graphics&s=164)

Il Chronic care model, sviluppato da Wagner et al. nel 1998 [7] si basa su sei pilastri interdipendenti, costruiti l'uno sull'altro (Figura 1): partnership con la comunità e utilizzo delle sue risorse (gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti), riorganizzazione del sistema sanitario, supporto all'auto-cura (self-management) delle patologie da parte del paziente, riprogettazione del sistema di offerta dei servizi ed erogazione dell'assistenza, decision making coadiuvato da linee guida evidence-based (supporto alle decisioni), sistemi informativi per la gestione dei dati clinici[8–11]. Nell'approccio Eccm si tiene conto anche dei determinanti socioeconomici nella strutturazione di strategie di prevenzione primaria e di promozione della salute. Il singolo paziente è calato nella più ampia dimensione della comunità e gli aspetti clinici considerati dal medico sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e, per l'appunto, l'attenzione ai determinanti di salute[9, 12]. Ciò che viene ulteriormente potenziato, in particolare, è la partnership con la comunità e, quindi, la formulazione di politiche sanitarie nonché la costruzione di reti

tra i vari stakeholder per poter gestire al meglio i pazienti. In tale modello appare chiaro che per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche è necessario un approccio omnicomprensivo, universalistico, alzando l'orizzonte visivo del servizio sanitario dalla malattia (*disease-focused*) alla persona (*person-focused*). Come obiettivo finale l'Eccm vede un paziente (e un *caregiver*) informato e consapevole che interagisce con un team multiprofessionale preparato e proattivo supportato dalle risorse della comunità e del servizio sanitario, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.[8, 9, 12]

Come si riscontra in letteratura, dell'implementazione di tale modello sono state riportate evidenze di impatto sia in termini di esiti di salute che di miglioramento dell'appropriatezza (sia per quanto riguarda l'effettuazione di esami di laboratorio che per la prescrizione di farmaci) e riduzione dei costi [10, 11, 13]. Tali risultati sono corroborati anche da una recente meta-analisi che afferma come un modello assistenziale per i pazienti cronici si presenti come una soluzione efficace per il trattamento dei pazienti diabetici [14].

Gesundes Kinzigtal è un'azienda per la gestione di servizi sanitari fondata nel 2005 nella città di Hausach, nella Foresta Nera, che opera un sistema di *integrated care* (*Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal*) estesosi negli anni fino ad interessare l'intero livello regionale nel sud della Germania, servendo un totale di circa 71.000 abitanti della Regione indipendentemente dalla patologia o dall'età. Tale sistema, la cui adesione del paziente e dei providers è volontaria, si avvale del supporto di una rete di medici (*Medizinischen QualitätsNetz Kinzigtal*) e di una compagnia sanitaria (*OptiMedis AG*) che offre il know-how di gestione, la capacità di investimento, le conoscenze in materia di salute pubblica e di gestione e analisi dei dati, e in partnership con due compagnie assicurative rappresenta uno dei pochi approcci *population-based* attivi in Germania, con completa gestione dell'assistenza sanitaria. *Gesundes Kinzigtal* si prefigge l'obiettivo di risparmiare risorse investendo nella prevenzione delle patologie croniche puntando a migliorare tre aspetti chiave di qualsiasi sistema sanitario: costi, salute e assistenza (il *Triple aim* di Berwick et al. 2008)[19], ovvero migliorare contemporaneamente l'esperienza di cura del paziente e la salute della popolazione riducendo il costo pro capite dell'assistenza sanitaria.[19, 20] Uno degli elementi chiave di tale sistema è il modello di finanziamento in-

novativo basato sugli *shared saving contract* tra le controparti. In tali contratti sono stabiliti dei “*performance agreement*” tra contraenti, in modo che il profitto derivi esclusivamente dai risparmi realizzati nel costo medio di assistenza (aggiustato per rischio). Ai provider può essere inoltre corrisposto un pagamento aggiuntivo per il tempo speso in programmi destinati al coinvolgimento attivo dei pazienti al percorso di cura o nell’aggiornamento delle infrastrutture tecnologiche. Altre caratteristiche sono rappresentate dalla presenza di team multidisciplinari per l’elaborazione di Pdta condivisi e piani individuali di assistenza regolarmente aggiornati (*regular check-ups* e *risk assessments*) e dall’individuazione da parte del paziente di un medico responsabile della continuità del processo di presa in carico (*care management*) e di una “*designed management organization*” responsabile del coordinamento dell’intera filiera di erogatori.

Oltre alla gestione della patologia cronica, questo sistema prevede programmi di presa in carico globale della popolazione e del paziente. I primi, iniziati nel 2006, erano focalizzati su prevenzione del fumo, osteoporosi e anziani. Successivamente l’attività si è ampliata fino ad offrire buoni per la palestra e corsi di ballo per incoraggiare le persone a rimanere attive. Vi sono, inoltre, programmi di promozione della salute nelle scuole e nei luoghi di lavoro e corsi gestiti da organizzazioni comunitarie esistenti e agenzie governative locali per offrire consulenza sanitaria a supporto di prevenzione e self-management. [15, 18, 21, 22]

Una recente valutazione del *Gesundes Kinzigtal* trae conclusioni positive sull’impatto di quest’ultimo. I ricercatori, infatti, hanno evidenziato che per molte indicazioni nella regione *Kinzigtal* si è osservato un aumento dell’appropriatezza e della qualità dell’assistenza sanitaria, con un aumento della sopravvivenza media e una riduzione dei costi [4, 17, 21–23].

3.1.2 Olanda

Sistema «ibrido» tra il modello tedesco e quello italiano: presenta una componente universalistica e solidale, finanziata attraverso la fiscalità generale e una componente, maggioritaria, mutualistica. Con l’*Health insurance act* del 2006, infatti, subentra l’obbligo per tutti i cittadini di iscriversi ad un’assicurazione sanitaria, la quale garantisce un pacchetto standard di prestazioni. La frammentazione dei servizi tra l’assistenza primaria e secondaria e l’interfaccia tra assistenza e riabilitazione del sistema rappresenta un ostacolo importante allo sviluppo di approcci più coordinati alla presa in carico per coloro che hanno esigenze di salute complesse. Pertanto, migliorare la continuità e la qualità delle cure per le persone con patologie croniche è stato un obiettivo importante del servizio sanitario olandese sin dagli anni ‘90.

Vari programmi di gestione della cronicità sono quindi emersi, tra cui il Matador disease management programme e il successore Primary care group, Zio.[4, 17, 24]

Il Matador disease management programme e il Primary care group, Zio

Sviluppato da Maastricht University medical centre, Regional general practitioners association Heuvelland (Regionale Huisartsenzorg Heuvelland), Foundation Green Cross, Health Insurer Vgz e Dutch diabetes association della regione di Maastricht, il programma Matador è stato implementato negli anni 2000 a partire da un programma pilota in cui la gestione di pazienti diabetici da parte di infermieri specializzati sul monitoraggio di tale patologia si è dimostrato efficace nel ridurre il numero di visite presso un medico specialista [4, 25]. Nel programma Matador, la gestione del paziente diabetico cronico (di tipo 2), stratificato in 3 livelli di intensità di cure sulla base della severità della patologia, si presentava a carico di un team multidisciplinare (Mmg, endocrinologo, infermiere). L'approccio del gruppo di Maastricht, infatti, è stato sin dall'inizio caratterizzato dal principio della sostituzione dei ruoli, delegando al medico di medicina generale (non più allo specialista, dunque) l'assistenza del paziente stabile, e a personale infermieristico adeguatamente formato il supporto alla gestione ambulatoriale e domiciliare. Questo programma ha portato a un miglior controllo glicemico, all'incremento della qualità della vita e ad un'aumentata aderenza alla terapia [4, 24, 25].

Derivato dal programma Matador, allargato a livello nazionale e ad altre patologie croniche, il Primary care groups, Zio prevede anch'esso l'istituzione di gruppi di assistenza primaria multidisciplinari, pagati tramite un sistema di remunerazione di tipo bundled, che erogano direttamente l'assistenza o acquistano sul mercato interno le prestazioni per i propri assistiti (*one delivery system one budget*). Nel modello olandese, infatti, le compagnie assicurative versano con la stipula di un contratto una singola quota ad un provider, affinché questa sostenga una serie completa di servizi sanitari, rivolti a determinate patologie (diabete, Bpco, patologie cardiovascolari) e da espletare in un periodo fisso. A livello di finanziamento, infatti, gli accordi del gruppo Zio sono racchiusi in Diagnosis-treatment combination, che definiscono l'esatta natura della prestazione da rimborsare: dalla diagnosi fino all'eventuale trattamento, passando per i relativi percorsi assistenziali.[26–28] Tale programma, inoltre, si appoggia a un sistema informativo noto come MediX: record elettronico che raccoglie informazioni cliniche del paziente, accessibile a tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico, in grado di generare prescrizioni, che può essere collegato ai dati di laboratorio e arricchito con ulteriori informazioni relative alle comorbi-

dità e ai fattori di rischio e con dati amministrativi.[4]

Nel 2010 vi erano circa 100 care groups: la maggior parte per la presa in carico del diabete, prima patologia implementata a sistema, alcuni per la Bpco. L'80% dei Mmg faceva parte di un care group, supportato da un'infermiera (generica o specializzata) per le attività di care management e, per i casi complessi, da un medico specialista. [4, 24]

3.1.3 Svezia

Il servizio sanitario svedese è un modello basato sulla responsabilità sociale e finanziato dalla tassazione generale (di tipo Beveridge), dove le tre funzioni (regolazione, finanziamento ed erogazione dei servizi) fanno capo allo Stato. Si tratta, inoltre, di un sistema ampiamente decentralizzato in cui si possono riconoscere tre livelli di governance: nazionale, regionale (21 contee) e locale (290 municipalità). [1, 29, 30]

L'assistenza primaria, circa il 20% di tutta la spesa sanitaria, rappresenta generalmente il primo punto di contatto tra cittadini e servizio sanitario, anche se non ha formalmente il ruolo di gatekeeping. Gli ambulatori di cure primarie sono solitamente costituiti da Mmg, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi e ginecologi. I cittadini possono scegliere se registrarsi presso un centro di assistenza primaria (*Primary health care centre* - Phcc - dove vi lavorano gruppi di medici di medicina generale) o da un solo medico, da provider pubblici o privati (circa il 40% di tutti i centri di cure primarie). Esemplare in tal senso, quale modello di gestione dell'intera filiera assistenziale, è il caso della multinazionale Capho che ad oggi controlla Phcc, ospedali, centri specialistici, ambulatori, ecc.[31]

L'attuale modello di presa in carico per le persone con condizioni croniche, in particolare per le persone anziane, mira a collegare l'assistenza sanitaria di base, riabilitazione e lungodegenza e l'assistenza ospedaliera attraverso percorsi assistenziali, sviluppati sulla base di linee guida nazionali [24].

La gestione della cronicità in Svezia è basata sui Phcc in rete, integrati con cliniche per salute materno-infantile, fisioterapia, riabilitazione. In tale contesto operano i professionisti in team multidisciplinari. I Phcc prendono generalmente in carico pazienti con cronicità quali il diabete e l'ipertensione arteriosa, alcuni anche quelli affetti da condizioni allergiche, asma e Bpco, insufficienza cardiaca e, talvolta, patologie neurologiche e psichiatriche.

3.1.4 Finlandia

Il servizio sanitario finlandese, finanziato dalla tassazione generale (di tipo Beveridge), presenta anch'esso una forte decentralizzazione in cui le municipalità sono responsabili dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi di assistenza primaria e dei servizi sociali, mentre gli ospedali distrettuali dell'assistenza specialistica. L'assistenza primaria generalmente è offerta in centri di salute che si occupano di una popolazione di circa 20.000 abitanti. Questi rappresentano delle unità in cui Mmg, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, psicologi e terapisti occupazionali lavorano in team multidisciplinari. Il Mmg normalmente rappresenta il primo contatto con il paziente, anche se in alcuni centri di salute i pazienti sono visti principalmente da infermieri e solo successivamente da Mmg, secondo precisi protocolli e bisogni dei pazienti stessi. Inoltre, circa la metà della popolazione non fa riferimento, per scelta, ad un singolo Mmg, ma in maniera indipendente a tutti quelli afferenti al centro di salute dell'area di residenza. Per l'accesso alle cure specialistiche in strutture di assistenza secondaria e terziaria il Mmg ha funzioni di gatekeeper. A integrazione di questa rete di centri sanitari è fatto obbligo ai datori di lavoro di organizzare servizi dedicati all'assistenza dei loro lavoratori. [32-34]

Il programma Dehko e il progetto Potku

Dal 2000 al 2010 la Finlandia ha sperimentato l'applicazione di un piano nazionale per la prevenzione ed il trattamento del diabete, denominato Dehko, caratterizzato da 25 raccomandazioni e goal definiti da raggiungere. L'obiettivo principale era quello di accrescere la consapevolezza sul diabete ed i suoi fattori di rischio nella popolazione generale. L'innovatività di Dehko risiedeva essenzialmente nel focus sul paziente, che veniva posto al centro dell'intero processo (dalla prevenzione al trattamento), e sul modello di politiche socioeconomiche integrate e coordinate per perseguire tre strategie in parallelo: strategia a livello di popolazione, strategia per pazienti ad alto rischio e strategia per l'identificazione e gestione precoce della patologia, corredate anche da analisi di costo-efficacia. Il framework includeva pratiche di assistenza sviluppate con filosofia bottom-up, considerando le risorse e le iniziative locali [35].

Il progetto Potilas kuljettajan paikalle (Potku, Patient on the driver's seat), invece, sviluppato dal 2010 al 2014 e basato sull'Health gain model finlandese (una versione modificata del Ccm), mirava anch'esso a migliorare l'assistenza patient-centered, in particolare per le persone con malattie croniche e multimorbilità, sviluppando percorsi di cura e integrando i servizi sanitari e sociosanitari. Questo consisteva nell'applicazione di diversi sottoprogrammi in distretti ospedalieri e municipalità della Finlandia centrale, per

una copertura di circa un milione di abitanti. 420 operatori sanitari nei centri sanitari locali sono stati coinvolti in attività di sviluppo dell'assistenza durante il progetto. Uno strumento chiave per sottolineare la centralità del paziente era rappresentato dal piano di assistenza socio-sanitaria personalizzato (Health and care plan), implementato per oltre 16.000 pazienti durante il progetto. L'approccio multicomponente di tale progetto ha portato a un miglioramento della qualità dell'assistenza a questi pazienti, tanto che alcuni elementi del programma sono ora strutturalmente integrati nei processi di cura nei centri sanitari. Tuttavia, il rapporto tra l'assistenza sanitaria, in particolare quella secondaria, e il sociale dovrà essere ulteriormente migliorato in futuro [34, 36].

3.1.5 Spagna

Il servizio sanitario spagnolo, di tipo Beveridge dal 1986, è caratterizzato da libero accesso, finanziamento tramite il gettito fiscale e ruolo predominante del servizio pubblico.

Nel panorama europeo, questo spicca per le peculiarità organizzative dell'assistenza primaria, sede privilegiata anche per le attività di prevenzione e promozione della salute, assistenza e salute della donna, assistenza al paziente terminale e salute del cavo orale [1, 37, 38]. I Centri di assistenza primaria (Centro d'atención primaria, Cap), presentano un'elevata accessibilità: sono distanti al massimo 15-20 minuti, sono operativi 24 ore su 24 con un pronto soccorso ambulatoriale integrato e non è richiesto ai cittadini il pagamento di alcun ticket per prestazione, fatta eccezione per i farmaci (40% del prezzo). Nei Cap lavorano équipe multidisciplinari di Mmg, che hanno il ruolo di gatekeeper e rappresentano il primo punto di contatto tra la popolazione e il servizio sanitario, pediatri, personale infermieristico e amministrativo, ma è prevista anche la presenza di assistenti sociali, ostetriche e fisioterapisti.

Peculiare nel panorama europeo è anche il sistema di remunerazione: tutti i membri del team multidisciplinare, ad eccezione di équipe di assistenza primaria private, presenti in particolare in Catalogna, sono dipendenti dello Stato. Essi ricevono un salario fisso a cui si aggiunge una quota capitaria variabile (pari a circa il 15% del totale) che tiene conto della natura della popolazione, della sua densità e della percentuale di popolazione di età superiore ai 65 anni. In Catalogna, un ulteriore adeguamento viene effettuato sulla base delle condizioni socioeconomiche del bacino di utenza. [37, 38]

Il modello Alzira

In Spagna uno dei primi ospedali a gestione privata, La Ribera hospital, è stato costruito nella città di Alzira, comunità autonoma valenciana, nel 1999, secondo un modello di partnership pubblico-privato in cui il finanziamento, così come la proprietà e il controllo, sono pubblici. La novità è che l'Ospedale, oltre a garantire l'assistenza specialistica, gestisce le cure primarie (dal 2003, per circa 200 mila assistiti) e viene retribuito dal governo locale non per prestazione ma con una quota capitaria annuale. Questo modello "Alzira", che ha portato a una riduzione delle giornate di degenza media, delle riammissioni a tre giorni, dei tempi di attesa in pronto soccorso e per prestazioni di diagnostica per immagini e chirurgia, con un contemporaneo aumento della soddisfazione dell'utenza, ad oggi si è esteso geograficamente anche in altre comunità spagnole, inclusa Madrid. [39-43]

3.2 Focus Italia

Introduzione

Il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che implica un notevole impegno di risorse, richiedendo coordinazione e continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari orientati al soddisfacimento di bisogni di salute complessi, necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese.

Il Piano Nazionale della Cronicità

In Italia, seppur con differenze regionali, è in via di adozione il Piano nazionale della cronicità (Pnc), prodotto dal Ministero della salute e approvato in Conferenza Stato Regioni nel 2016 [44, 45]. Il Piano nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individui un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. [44]

Nel Pnc i determinanti di salute riacquisiscono un ruolo centrale nell'assistenza al paziente cronico e complesso e si fanno spazio concetti quali sanità di iniziativa (proattiva), *empowerment* del paziente, approccio e gestione in team multidisciplinari, percorsi di cura - Percorsi diagnostici terapeutici as-

sistenziali (Pdta) – e presa in carico integrati e personalizzati. Aspetti trasversali del Pnc sono la formazione degli operatori e l’informazione del paziente e della popolazione, la tecnologia, l’umanizzazione, il ruolo delle farmacie. Il Pnc si compone di due parti: la prima contiene gli indirizzi generali per la cronicità, mentre nella seconda si trovano approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici, individuate attraverso criteri quali rilevanza epidemiologica, gravità, invalidità, peso assistenziale ed economico, difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure. [44] Difatti, il Pnc definisce l’intero processo assistenziale che dovrebbe portare ad un approccio integrato e personalizzato per il paziente cronico: dalla promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce, alla presa in carico e definizione di un piano di cura che specifica gli interventi personalizzati da erogare, dall’erogazione di questi ultimi sino alla valutazione delle cure ricevute dal paziente-persona. Emerge, quindi, l’impegno verso un approccio che promuova una nuova cultura del sistema, dei servizi, dei professionisti e dei pazienti in cui siano coinvolti e responsabilizzati tutti gli attori, dalla singola persona a tutti coloro che si interfacciano con il macrosistema salute. In questo sistema, l’ospedale integrato con il territorio e concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisce con la specialistica ambulatoriale e con l’assistenza primaria. L’obiettivo chiave è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio, riducendone il rischio di istituzionalizzazione: “prendere in carico”, attraverso un approccio globale che prevede una valutazione multidimensionale del bisogno, per migliorare la qualità di vita del paziente e ridurre il rischio di disabilità o di progressione della stessa verso i gradi più avanzati. [44–46]

Purtroppo, però, come già scritto in apertura del capitolo, in Italia l’implementazione di un modello assistenziale omnicomprensivo e non frammentato, che preveda la figura del Mmg come vero gatekeeper e un’assistenza sanitaria e socio-sanitaria proattiva, basata sulla stratificazione del rischio e su diversi livelli di intensità assistenziale si sta realizzando a macchia di leopardo. [47–49] Inoltre, anche prima dell’emanazione del Pnc, vari modelli integrati di presa in carico si sono sviluppati nelle Regioni italiane secondo modelli differenti.

3.2.1 Toscana

Nel 2008 il Consiglio regionale della Toscana approva il Piano sanitario regionale 2008-2010 come strategia di risposta alla luce delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche, che evidenziano la tendenza all’invecchia-

mento della popolazione regionale con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche e la modifica della domanda assistenziale, introducendo il concetto di sanità d’iniziativa come strumento di prevenzione e controllo delle malattie croniche[12]. La sanità di iniziativa rappresenta un “modello assistenziale per la presa in carico” e costituisce “un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie l’ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.” [12, 50, 51] A differenza del modello classico della medicina d’attesa disegnato sulle malattie acute, questo modello mira ad assumere il bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e a rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio. La sanità d’iniziativa, dunque, mira sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio e riguarda dunque tutti i livelli del servizio sanitario, con effetti positivi attesi per la salute dei cittadini e per la sostenibilità stessa del sistema [12].

Il modello operativo prescelto di riferimento per l’implementazione di questo nuovo concetto di sanità in Toscana è rappresentato dal Chronic care model, o, più precisamente dalla versione evoluta del Ccm (ovvero dall’Expanded chronic care model, Eccm) [12]. L’applicazione dell’Eccm in Toscana prevede la presa in carico dei pazienti sul territorio attuata grazie al ruolo centrale e complementare delle Aggregazioni funzionali territoriali (Aft) e delle Unità complesse di cure primarie (Uccp): strutture fisiche, parte della riorganizzazione della medicina generale, in cui sviluppare il sistema di presa in carico proattiva e precoce dei malati cronici, finalizzata al rallentamento dell’evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze.[52] In tale modello organizzativo, inoltre, a partire dal 2016 la popolazione assistita viene stratificata in tre categorie, a ciascuna delle quali corrisponde un modello di presa in carico calibrato sul bisogno[47, 52]:

- Target A: gli assistiti con bisogni complessi e alti consumatori, ovvero a più alto rischio di ricoveri ripetuti per condizioni croniche effettivamente ancora suscettibili di cure territoriali;
- Target B: comprendente sia i pazienti ad alto rischio cardiovascolare (target B1, nel quale sono ricompresi per definizione i pazienti diabetici), sia tutti gli altri pazienti cronici, non ad alto rischio cardiovascolare, già arruolati (target B2), al fine di garantire la totale continuità rispetto alla prima fase di attuazione;
- Target C: gli assistiti con basso rischio cardiovascolare.

Si tratta, pertanto, di un nuovo approccio assistenziale, non più basato sulle

singole patologie in cui gli arruolati venivano inseriti in Pdta standardizzati per quella patologia (*disease focused care*) e gli indicatori tenevano conto dell'applicazione dei Pdta stesso, ma sulla stratificazione degli assistiti sulla base dei bisogni assistenziali e sul rischio cardiovascolare secondo il modello della piramide del Kaiser permanente, differenziando in tal modo gli interventi da applicare in base ai bisogni specifici. [52]

In Toscana, l'applicazione dell'Eccm è arrivata a coprire nel 2015 oltre il 50% della popolazione regionale, facendo registrare significativi risultati in termini di salute, con una riduzione della mortalità, il miglioramento di una serie di indicatori di qualità dell'assistenza (di processo, ad es. il tasso di accesso al pronto soccorso espresso su 1.000 abitanti diminuisce significativamente tra gli arruolati nel modello per tutte le cause, escludendo traumi ed avvelenamenti) e un buon livello di soddisfazione sia dei medici sia dei cittadini-pazienti. [50, 51, 53]

3.2.2 Lombardia

Promuovendo un'integrazione operativa di tipo funzionale fra gli erogatori di servizi sanitari e socio-sanitari, in Lombardia, a partire dal 2011, è stato attivato un percorso di presa in carico dedicato per rispondere al bisogno di salute dei pazienti cronici, che, per la gestione ottimale della patologia di cui soffrono, devono sottoporsi regolarmente a controlli periodici, terapie farmacologiche ricorrenti, monitoraggio continuo dell'aderenza terapeutica. Con l'acronimo Creg (Chronic related group) la Regione lancia un progetto il cui obiettivo dichiarato è quello di migliorare le condizioni di vita dei cittadini affetti da patologie croniche, favorendo l'integrazione dell'assistenza sanitaria e ponendo al centro il territorio[47, 54]. Il Creg si caratterizza per una logica di presa in carico fondata anche sulla stadiazione della patologia, una governance regionale (individuazione dei pazienti eleggibili, determinazione delle tariffe, etc.), la trasformazione dei Mmg in gestori attraverso il raggruppamento in cooperative, una programmazione strutturata mediante Piano di assistenza individuale (Pai) che prevede pacchetti di prestazioni modellati sui percorsi di cura (visite ambulatoriali, esami specialistici, protesica, cure a domicilio) e un nuovo modello di remunerazione. Quest'ultimo punto, ricalcato sui Drg ospedalieri ma rivolto alla presa in carico e al trattamento delle cronicità sul territorio, prevede che, a fronte del pagamento di una quota predefinita di risorse, venga garantito al paziente l'accesso a tutti i servizi esterni (diagnostica, farmaceutica, assistenza domiciliare, etc.) necessari per una gestione ottimale della patologia, promuovendo una diminuzione della variabilità assistenziale parallelamente a una responsabilizzazione del consumo di risorse[54].

Partendo dalla sperimentazione Creg, dal 2015, praticamente di pari passo alla profonda ristrutturazione dell'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale (Ssr), culminato con la L.R. (Legge regionale) 23/2015 attraverso cui è stato creato il sistema sanitario, socio-sanitario e sociale integrato lombardo, il modello lombardo di gestione della cronicità si è successivamente evoluto grazie allo sviluppo di approcci di *population health management* per la gestione delle cronicità [47, 55–57]. Grazie ai flussi informativi della Banca dati assistito (Bda), infatti, considerando in prima battuta la patologia cronica prevalente e in seconda la presenza o meno di condizioni di fragilità socio-sanitaria associate e in base ai pregressi consumi sanitari regionali (di tipo ambulatoriale, ospedaliero e farmaceutico), la popolazione cronica è stata stratificata in tre livelli di intensità clinico-assistenziale (più 2 livelli per la popolazione “non cronica”): 1° livello di fragilità clinica con quattro o più patologie; 2° livello di cronicità poli-patologica con due-tre patologie; 3° livello di cronicità in fase iniziale con una patologia (Tabella 1) [58].

Inoltre, la riorganizzazione dei processi erogativi, ha visto l'introduzione di un nuovo soggetto, l'ente gestore della cronicità (ospedali, strutture sanitarie o socio-sanitarie, cliniche accreditate o private e non più solo medici di medicina generale riuniti in cooperative), che ha il compito di garantire le necessarie connessioni e interdipendenze organizzative fra i diversi attori del servizio sanitario (medici di medicina generale/ pediatri di libera scelta, medici specialisti, strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private, farmacie, infermieri, ecc.) e, tramite il Centro servizi, è atto ad assicurare le funzioni di accompagnamento della presa in carico e il coordinamento della rete assistenziale dei professionisti coinvolti [47, 59–62]. I gestori sono selezionati dalle Agenzie di tutela della salute (Ats) in base alla loro capacità di integrare l'attuale separazione tra ambiti sanitari e socio-sanitari, mediante il coinvolgimento di molteplici discipline e figure professionali, al fine di garantire la presa in carico del paziente lungo l'intero percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale. In altri termini, questi enti devono concentrare in un'unica struttura, o insieme di strutture, la maggior parte delle prestazioni (visite, esami, etc.) da erogare e il personale sanitario idoneo ad erogare le prestazioni previste dal percorso di cura specifico di ciascun paziente. [47, 55, 58–61]

La presa in carico dei pazienti viene, quindi, assicurata dai Gestori attraverso la stipula di un patto di cura di durata annuale e non tacitamente rinnovabile con ogni singolo paziente, cui è assegnato un medico “clinical manager” (il Mmg generale, in caso in cui la scelta del paziente ricada su una coo-

	Numero Pazienti/Utenti	Domanda	Bisogni	Pertinenza prevalente
Livello 1	150.000	Fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, residenziale, assistenziale a domicilio	Integrazione dei percorsi ospedale / domicilio / riabilitazione / sociosanitario	Struttura di erogazione Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate
Livello 2	1.300.000	Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra-ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Struttura di erogazione e MMG Strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate MMG in associazione
Livello 3	1.900.000	Cronicità in fase iniziale, prevalentemente monopatologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale, a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari / frequent users	Garanzia di percorsi ambulatoriali riservati/di favore e controllo e promozione dell'aderenza terapeutica	Territorio (MMG proattivo)
Livello 4	3.000.000	Soggetti "non cronici" che usano i servizi in modo sporadico (prime visite/accessi ambulatoriali veri)	Accessibilità a tutte le agenzie ambulatoriali disponibili sul territorio	Territorio (MMG)
Livello 5	3.500.000	Soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici	Sono solo "potenziali utenti"	Territorio (MMG)

Tabella 1: Domanda, bisogni e pertinenza prevalente nella Regione Lombardia

SOURCE: DGR X/6164 DEL 30/01/2017 "GOVERNO DELLA DOMANDA: AVVIO DELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI. DETERMINAZIONI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE N. 23/2015"

perativa di Mmg o meno nel caso in cui, invece, si scelga un altro Gestore¹⁾, e la realizzazione di un Pai, che dettaglierà il percorso di cura sulla base di Pdta di riferimento. Quest'ultimo, oltre a governare la remunerazione dei Gestori, consentirà all'Ats di vigilare sulla qualità dell'assistenza erogata, ossia verificare l'appropriatezza del programma, monitorare la compliance del paziente e il livello di aderenza al processo di cura, valutare l'impatto su outcome di salute, costo e soddisfazione del paziente. Inoltre, in tal modo il medico scelto dal paziente per l'accompagnamento nel nuovo percorso di

(¹) con la Dgr 754/2018, anche al fine di incrementare l'adesione dei pazienti cronici al percorso di presa in carico, valorizzare il ruolo clinico del Mmg, semplificare l'accesso alle prestazioni e favorire i rapporti tra Mmg e specialisti ospedalieri, un Mmg può, in collaborazione con un soggetto gestore, anche se non in aggregazione (ovvero appartenente a cooperative o aggregazioni), svolgere ruolo di co-gestore e accompagnare il paziente nel percorso di cura [47, 92].

presa in carico assicura la prenotazione di visite, esami ed altre attività, in coerenza con i bisogni del paziente e con il suo programma di cura, sollevando, quindi, il paziente dal peso della prenotazione dei servizi collegati alla patologia cronica, non più a suo carico. [58, 60, 61]

Adozione del modello lombardo al 2018:

Nel primo semestre del 2018 risultavano aver attivato il percorso di cura 257.998 pazienti (Tabella 2). 217.865 persone hanno scelto come Gestore i propri Mmg/Pls riuniti in cooperativa, che hanno realizzato 139.347 Pai. Le altre 40.133 hanno optato per strutture pubbliche e private, che hanno

ATS	% MMG ADERENTI	N. PAZIENTI CHE HANNO ATTIVATO LA PIC	N. DI PAI	LETTERE INVIATE	% PAZIENTI PRESI IN CARICO/ N.LETTERE
Milano	32%	66.356	34.713	1.038.426	6,39%
Insubria	45%	59.721	36.838	433.496	13,78%
Montagna	72%	16.155	12.320	104.351	15,48%
Bergamo	57%	30.341	15.884	320.604	9,46%
Brianza	72%	49.493	23.948	373.174	13,26%
Valpadana	79%	19.685	11.575	255.683	7,70%
Pavia	32%	2.169	233	180.978	1,20%
Brescia	52%	14.078	5.213	350.807	4,01%
TOTALE		257.998	140.724	3.057.519	8,44%

Tabella 2: Adozione del modello lombardo al 2018: l'andamento della PIC tra i gestori aderenti (maggio 2018)

Fonte: WWW.LOMBARDIASOCIALE.IT/2018/12/10/LA-PRESA-IN-CARICO-DELLA-CRONICITA-IN-LOMBARDIA/

ATS	% MMG ADERENTI	N. PAZIENTI CHE HANNO ATTIVATO LA PIC	N. DI PAI	LETTERE INVIATE	% PAZIENTI PRESI IN CARICO/ N.LETTERE
Milano	32%	72.148	38.180	1.038.426	6,95%
Insubria	45%	63.085	47.242	433.496	14,55%
Montagna	72%	16.106	13.108	104.351	15,43%
Bergamo	57%	39.565	24.006	320.604	12,34%
Brianza	72%	59.844	44.095	373.174	16,04%
Valpadana	79%	23.137	13.484	255.683	9,05%
Pavia	32%	6.087	3.072	180.978	3,36%
Brescia	52%	22.458	13.104	350.807	6,40%
TOTALE		302.431	196.291	3.057.519	9,89%

Tabella3: Adozione del modello lombardo al 2018: l'andamento della PIC tra i gestori aderenti (novembre 2018)

Fonte: WWW.SLIDESHARE.NET/DOBROMERSI/REGOLE-2019-REGIONE-LOMBARDIA-PRESENTAZIONE

redatto 1.377 Pai. Riferendosi ai 140.724 pazienti presi in carico, la percentuale di scelta si attesta al 95% per i Mmg e al 5% per i Gestori esterni [63]. L'adesione è superiore nelle Ats dove era già in vigore la sperimentazione dei Creg; la variabilità territoriale, dipendente anche da problemi nella gestione informatica dell'iter, verificatisi in particolare nelle Ats che non hanno sperimentato i Creg, è significativa, con valori che spaziano dal 15,5% Ats della montagna, al 10-13% dell'Insubria, di Bergamo e della Brianza, ai valori minimi (tra circa 1 e 4%) di Pavia e Brescia, mentre Milano città supera di poco il 4%. [63]

A fine 2018 (Tabella 3) i dati mostrano una leggera crescita della percentuale di persone prese in carico (il 9,89%) e confermano la massiccia preferenza per il Mmg/Pls anziché per il Gestore esterno. [64]

3.2.3 Veneto

La riorganizzazione dei servizi territoriali e delle cure primarie in Veneto vede una prima implementazione con il Piano socio sanitario regionale 2012-2016 [65], sfociando nel 2016 nella legge di riforma del Ssr con la definizione di nuovi ambiti territoriali per le Aziende Unità locali socio-sanitarie (Ulss, che passano da 21 a 9) e l'introduzione di un nuovo ente di governance, denominato Azienda zero, che ha l'obiettivo di razionalizzare, integrare ed efficientare i servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi [66]. In tale modello, da un lato viene consolidata l'integrazione socio-sanitaria e la stretta collaborazione Comuni-Aziende Ulss nell'assistenza sanitaria, in particolare di quella territoriale, dall'altro si introducono strumenti innovativi per la gestione della cronicità, che partono dall'implementazione dell'Adjusted clinical groups (Acg), un sistema di stratificazione della domanda e di misurazione del case-mix [47, 66, 67].

Il potenziamento dell'assistenza territoriale è espresso attraverso il rafforzamento del ruolo organizzativo e clinico-assistenziale del Distretto socio-sanitario, articolazione dell'Azienda Ulss dove, nelle piene funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione, si perseguono l'integrazione fra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio (assistenza primaria, cure domiciliari, assistenza specialistica e cure palliative, assistenza semiresidenziale e residenziale, strutture di ricovero intermedie), lo sviluppo di profili avanzati per la gestione integrata della cronicità, l'implementazione di configurazioni organizzative a rete basate su team multiprofessionali (Mmg, specialisti ambulatoriali interni e ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi) e la qualificazione di nuove forme associative della medicina generale, il cui fulcro è costituito dalle Medicine

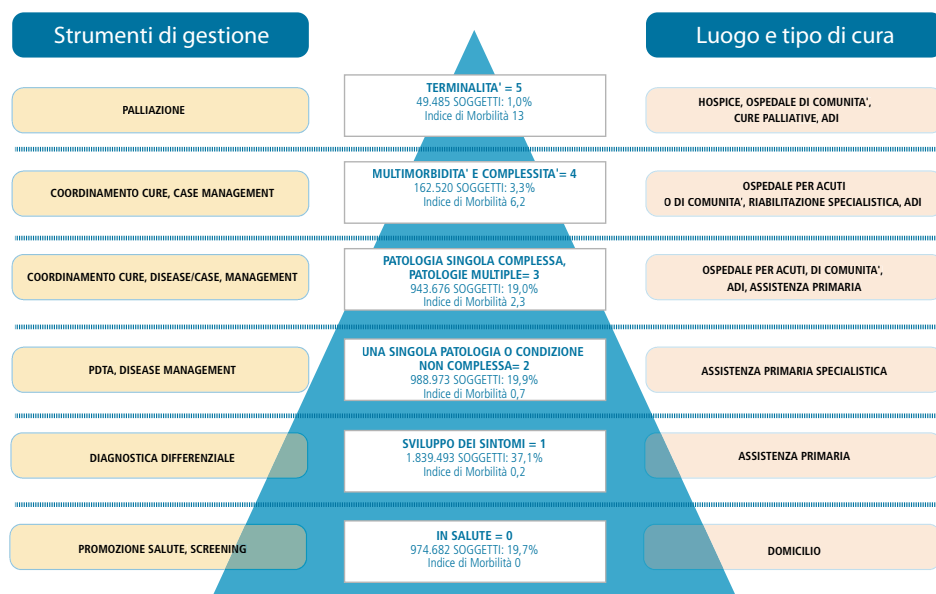


Figura 2: Strumenti di gestione, luogo e tipo di cura sulla base di piramide di rischio e indice di morbidità per la popolazione, Veneto, 2015

SOURCE: MODIFICATO DA I NUOVI MODELLI DI ASSISTENZA SUL TERRITORIO E I SERVIZI A VALORE AGGIUNTO DELL'INDUSTRIA - WORKING PAPER, ASSOBIOMEDICA E ISIMM, NOVEMBRE 2018.

di gruppo integrate (Mgi) [68], in conformità con quanto previsto dalla Legge “Balduzzi” 189/2012 (le Mgi, infatti, sono assimilabili alle Uccp)[69]. L’integrazione fra ospedale e territorio è peraltro favorita dallo sviluppo degli Ospedali di Comunità, struttura intermedia per brevi ricoveri (inferiori ai 30 giorni) prevalentemente per l’accoglienza di malati cronici che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari e delle Centrali operative territoriali (Cot), strumento individuato dalla Regione per guidare la presa in carico in funzione dei bisogni specifici del cittadino, provvedere al monitoraggio in tempo reale dei percorsi di cura e connettere i professionisti, coordinando e raccordando i soggetti della rete assistenziale. [47, 68]

Per sostenere la riorganizzazione dell’assistenza territoriale, come anticipato precedentemente, tra le funzioni del Distretto vi è quella di analizzare e misurare i bisogni, attraverso la stratificazione della popolazione assistita, come fondamento per definire i livelli di complessità assistenziale e i corrispondenti modelli e luoghi della presa in carico, nonché per prevedere la domanda di professionisti sanitari [47, 65, 70]. In quest’ottica, la Regione ha deciso di fornirsi del grouper Acg (Johns Hopkins University) [67]: un sistema che, avvalendosi dei flussi informativi aziendali e auspicabilmente della medicina convenzionata [71], stratifica il case-mix della popolazione in classi clinicamente omogenee in base alle malattie presenti in ciascuna persona, mappandone la distribuzione e l’impatto sull’utilizzo delle risorse sanitarie

(in particolare, dei farmaci). Ogni individuo viene così assegnato ad una categoria Acg (vi sono 93 categorie mutuamente esclusive tra loro), che costituisce una misura relativa Acg-specifica del consumo atteso di risorse assistenziali nel presente e in previsione futura, considerando anche la capacità predittiva dello strumento di individuare i soggetti a rischio per consentire l'attivazione precoce della medicina d'iniziativa [47, 67, 70, 72]. Sfruttando lo strumento Resource utilization bands (Rub), inoltre, è possibile individuare, sulla base della categoria Acg, sei macro-categorie di bisogni assistenziali su cui programmare il consumo atteso di risorse (da nullo a molto alto) (Figura 2) [47, 70]. Secondo tale classificazione, la popolazione veneta per circa il 57% risulta essere composta da non utilizzatori del servizio sanitario o da utilizzatori sani (con problemi di salute e sintomi a bassa complessità), mentre il restante 43% presenta bisogni assistenziali progressivamente più elevati, fino ad arrivare ai pazienti con carico di malattia molto elevato e bisogni assistenziali complessi. Questi ultimi, pur rappresentando soltanto il 4,3% della popolazione, assorbono oltre il 33% dei costi assistenziali [47, 73]. Considerando, inoltre, l'indice di morbilità, relativo al carico assistenziale di ciascun individuo, si può valutare l'impatto assistenziale delle diverse categorie in termini relativi rispetto alla media osservata dell'intera popolazione (pari a 1) e individuare gli strumenti di gestione, luoghi e tipo di cura più appropriati per il paziente. [47]

3.2.4 Emilia-Romagna

La riorganizzazione dei servizi di assistenza primaria in Regione Emilia-Romagna è stata avviata sin dal 2004 [74]. La tensione innovativa di tale modello si esprime attraverso il potenziamento dell'attività assistenziale territoriale nel Distretto socio-sanitario (luogo di governo) e nel Dipartimento delle cure primarie (Dcp, forma organizzativa specifica) e dell'integrazione fra servizi sanitari e sociali, nonché con la valorizzazione tecnico-professionale dei professionisti convenzionati nell'ambito di nuove forme aggregative strutturali sul territorio (i Nuclei delle cure primarie, Ncp), con il coinvolgimento attivo di infermieri (il cui ambulatorio assume un ruolo fondamentale nella gestione delle cronicità), ostetriche, specialisti e degli altri operatori socio-sanitari in equipe multiprofessionali e l'utilizzo di strumenti di *clinical governance* (dai Pdta a linee guida e audit clinico) e formazione specifica. [47, 75, 76]

La Casa della salute (Cds), istituita nel 2010 come presidio del Distretto gestito dal Dcp che ne coordina le attività e ne cura le interfacce con gli altri dipartimenti, rappresenta la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito

territoriale di riferimento del Ncp [77, 78] e, a seconda della complessità organizzativa e delle caratteristiche orogeografiche del territorio, può essere piccola (coincide con la sede del Ncp ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria, anche noti come centri *spoke*), media o grande (*hub*, presenta al suo interno i diversi servizi territoriali di cure primarie, salute mentale e sanità pubblica) [77-79] o, come ridefinito nel 2016, a bassa o a media/alta complessità in base al grado di coordinamento e di collaborazione fra Aziende sanitarie/Enti locali, servizi e professionisti [80]. Nelle Cds grandi, ad alta complessità, inoltre, trovano spazio gli Ospedali di Comunità che nel modello emiliano-romagnolo rendono più agevoli la presa in carico e i percorsi di integrazione da un punto di vista sia logistico che funzionale per le équipes multidisciplinari. Si tratta di una struttura intermedia fra l'assistenza domiciliare e l'ospedale per pazienti anziani, fragili, cronici provenienti dall'ospedale o dal domicilio e necessitanti di assistenza continua (in particolare di quella infermieristica) o di riabilitazione ed educazione/formazione prima dell'accesso a domicilio, organizzata in moduli di 15-20 posti letto per una degenza media di 6 settimane. [80, 81]

Il modello emiliano-romagnolo si caratterizza anche per lo sviluppo, a partire dal 2008, di un proprio software di analisi e di definizione dei profili di salute, di cura e di rischio della popolazione come strumento per la programmazione regionale e per la presa in carico dei pazienti. [82]

Attraverso i flussi amministrativi sanitari correnti della banca dati regionale (ricoveri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale, distribuzione diretta, assistenza domiciliare, anagrafe regionale assistiti, pronto soccorso), infatti, sono stati elaborati dei profili di salute e studiati i relativi profili di cura più appropriati da adottare nei Ncp, con il fine di governare la spesa e migliorare le pratiche professionali assistenziali di presa in carico dei pazienti attraverso l'analisi di specifici indicatori di qualità del servizio e di assorbimento delle risorse con cui confrontarsi, tra cui: stime prevalenza di trattamento e multimorbilità per le principali patologie croniche, ricorso alle cure ospedaliere, consumo farmaci, prestazioni specialistica ambulatoriale, accessi al pronto soccorso non seguiti da ricovero, appropriatezza prescrittiva nel paziente anziano, aderenza alla terapia farmacologica, nonché indicatori di processo in base a linee guida internazionali per malattie cardiovascolari, asma e Bpco, diabete, insufficienza renale cronica. [47, 80]

Seguendo il medesimo principio, inoltre, la Regione ha identificato specifici profili di rischio in cui stratificare la popolazione (modello Risk-ER) attraverso l'analisi dei dati di utilizzo negli ultimi 5 anni di servizi sanitari (Sdo, Adi, pronto soccorso) e farmaceutica (territoriale e a erogazione diretta), i dati demografici (genere, età) e la localizzazione geografica. Questi profili risultano utili in particolare per quanto riguarda il rischio di ospedalizzazione, in

quanto attraverso un algoritmo predittivo viene effettuato un censimento continuativo dei pazienti cronici e fragili potenziali, finalizzato all'attivazione precoce della gestione multidisciplinare integrata. Di particolare rilevanza sono, inoltre, i registri per il profilo di rischio cardiovascolare, avviati nel 2006. Nell'ambito dei Ncp viene approntata una carta del rischio, sulla base della quale viene attivato un recall, finalizzato a interventi personalizzati di counseling e di promozione di corretti stili di vita. [47]

Per perseguire gli obiettivi preposti, risulta di fondamentale importanza stabilire una continuità informativa rispetto al singolo paziente tra assistenza primaria e i vari nodi della rete di servizi di assistenza secondaria e terziaria, servizi socio-sanitari e sociali attraverso l'integrazione architettuale tra sistemi informativi e la valorizzazione della Rete sole e del Fascicolo sanitario elettronico da essa generato attraverso la raccolta dei documenti sanitari personali di ogni assistito [47, 83, 84]. Sole (Sanità on line) è la rete regionale che collega i Mmg e i PIs con le strutture sanitarie e ospedaliere regionali per l'invio delle prescrizioni elettroniche di visite ed esami specialistici e il ritorno automatico del referto specialistico e diagnostico nella cartella clinica dell'assistito, i referti di pronto soccorso, le notifiche di variazioni anagrafiche ed esenzioni, le notifiche di ricovero e dimissione, le vaccinazioni effettuate. [83]

3.2.5 Puglia

L'Agenda regionale della salute (Ares) pugliese negli ultimi 10 anni ha intrapreso un percorso orientato alla presa in carico della cronicità, ripensando profondamente l'organizzazione della rete dei servizi al fine di offrire un'assistenza capace di affrontare questa sfida. Il modello assistenziale pugliese, prendendo come riferimento il Ccm, si basa sulla presa in carico del paziente e dei suoi problemi di salute, con particolare attenzione all'interazione delle condizioni causa di multi-morbilità e fragilità, e prevede un approccio sistemico, multidisciplinare ed evidence based alle patologie croniche, che vede il coinvolgimento di tutti gli erogatori di assistenza. [85-87]

Una delle prime esperienze di applicazione è stata il progetto Leonardo – Disease and care management: un progetto sperimentale iniziato nel 2009 nella Asl di Lecce per attuare un programma innovativo di management delle cure primarie e della cronicità su oltre 1.100 pazienti, affetti prevalentemente da malattie cardiovascolari e diabete [87]. L'implementazione di questo modello assistenziale aveva permesso di: aumentare la compliance e il self-management del paziente ai protocolli e alla terapia (vaccinazioni, controlli periodici dei marker biochimici, automonitoraggio della pressione arteriosa o della glicemia, etc.); migliorare gli stili di vita (dieta, esercizio fisico)

e la percezione del proprio stato di salute nei pazienti cronici coinvolti; favorire il coinvolgimento ed aumentare la soddisfazione del paziente e dei Mmg nel processo di gestione della cronicità; impattare positivamente sull'organizzazione dei servizi (in termini di percentuale di ore occupate, tempi di attesa, etc.). [85, 88]

Il successivo progetto "Care Puglia" (oggi evolutosi nel Care 3.0) implementato nel 2012 in seguito al complessivo riordino del Ssr (in ottemperanza al Piano di rientro, infatti, la Regione Puglia ha programmato la chiusura e riconversione di ospedali in strutture territoriali di assistenza) e con il piano operativo 2016/2018 [89], aveva l'obiettivo di offrire un livello assistenziale efficiente a tutta la popolazione attraverso percorsi razionali e aderenti alle linee guida nazionali e locali, favorendo la compliance al follow-up da parte del paziente cronico e una migliore integrazione funzionale tra ospedale e territorio, potenziando la medicina di prossimità e rendendo i servizi assistenziali più facilmente fruibili nel territorio di residenza, in modo tale da prevenire le complicanze delle patologie croniche, procrastinare il più possibile la non autosufficienza e l'attesa per i pazienti coinvolti e evitare la mobilità dei pazienti cronici e il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato. Emerge, inoltre, uno sforzo per aumentare l'impatto delle strategie di prevenzione e di identificazione del bisogno di salute, attraverso la puntuale stratificazione della popolazione per coorti omogenee, la riorganizzazione ed il potenziamento degli screening, il consolidamento della pratica vaccinale con particolare attenzione alla popolazione anziana e/o affetta da cronicità.

Il Care Puglia, implementato in via sperimentale sui pazienti ultra-quarantenni affetti da patologie croniche come ipertensione arteriosa, scompenso cardiaco, Bpco e diabete, si presenta come un modello di assistenza territoriale flessibile, basato su mini team multi-professionali (possono partecipare al progetto sperimentale solo i medici di assistenza primaria che dispongono di collaboratore di studio e dell'infermiere professionale), che permette di rispondere quindi meglio ai bisogni di salute dei pazienti cronici, consentendo a questi ultimi di ricevere cure basate su un piano di assistenza individuale, personalizzate, anche a domicilio (l'assistenza domiciliare integrata agli ultra 65enni in Puglia è passata dal 1,8% del 2010 al 3,1% del 2016). [49, 86, 90] Il progetto, in tal senso, ha inteso dare una risposta alla necessità di dotare il Distretto socio-sanitario di forme organizzative di alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di offrire risposte complesse al bisogno di salute della popolazione locale. In tale contesto, in particolare a partire dall'implementazione del piano operativo 2016/2018, si evidenzia una attenzione costante alla misurazione e valutazione degli esiti delle cure e dell'appropriatezza nell'assistenza di patologie

che necessitano di una presa in carico da parte delle strutture territoriali [89]. I dati del Programma nazionale esiti (Pne) mostrano che la direzione intrapresa dalla Regione Puglia procede nel senso del miglioramento della qualità: i ricoveri inappropriati, che erano il 38% della casistica nel 2010 sono oggi il 20%, una percentuale che finalmente rispetta gli standard ministeriali. L'ospedalizzazione per diabete senza complicanze passa da un tasso di 0,47 per 1.000 abitanti a 0,12, anche al di sotto del valore nazionale (che da 0,25 diventa l'anno scorso 0,13); il ricorso al ricovero ospedaliero si è drasticamente ridotto per l'ipertensione arteriosa (era 1,66 nel 2010, diventa 0,39 nel 2016) ma anche per lo scompenso cardiaco (da 5,1 a 3,8); le malattie respiratorie croniche mostrano una riduzione del tasso per 1.000 abitanti da 5 nel 2010 a 2 nel 2016, pur con le variazioni territoriali legate alle specificità epidemiologiche (come l'area di Taranto e Brindisi, dove si registrano valori più elevati). [89, 91]

3.3 Focus analitico su modello Lazio

La presa in carico dei pazienti cronici e non autosufficienti nel Lazio [93,94,95]

Viste le condizioni epidemiologiche e la necessità di rendere il sistema sostenibile, pure la Regione Lazio ha avviato negli ultimi anni un programma di riordino del Ssr, basato sulla riorganizzazione dell'offerta sanitaria di primo e secondo livello, al fine di rispondere ai bisogni dei cittadini.

Tale riorganizzazione dell'offerta prevede da un lato la razionalizzazione dei posti letto e l'organizzazione degli ospedali secondo intensità di cure e modelli hub&spoke, ma dall'altro prevede un potenziamento dell'offerta territoriale, deputata soprattutto al trattamento della cronicità, delle non autosufficienze e della fragilità.

La scelta della Regione è stata quella di istituire le cosiddette "Case della salute", presidi territoriali organizzati per livelli di complessità assistenziali e posti in rete con i servizi territoriali, con le unità di cure primarie che insistono nel distretto ove sono site le Cds, con le farmacie pubbliche e private, con le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate.

L'obiettivo delle Cds è una presa in carico efficace del paziente, soprattutto cronico, per evitare accessi impropri al Pronto soccorso e ricoveri ripetuti in ospedale. Le figure che operano nelle Cds sono medici di Distretto, medici di medicina generale, specialisti, psicologi, infermieri, assistenti sociali, operatori Pua (Punto unico di accesso), operatori Cup (Centro unico prenotazioni) etc..

Per quanto riguarda i livelli di complessità distinguiamo delle funzioni base e delle funzioni aggiuntive, a seconda se la Cds eroghi assistenza primaria

e specialistica o assistenza intermedia.

Le funzioni base della Cds sono:

- Medicina generale;
- Assistenza specialistica ambulatoriale (in particolar modo cardiologia, pneumologia, diabetologia, oculistica, otorinolaringoiatria, chirurgia generale, angiologia, neurologia, gastroenterologia);
- Assistenza infermieristica;
- Attività diagnostica strumentale di primo livello (nel caso non si disponesse di un servizio di diagnostica, le prestazioni possono essere garantite da strutture pubbliche o private accreditate, vicine alle Cds con cui intercorrono protocolli di intesa);
- Area dell'accoglienza;
- Sportello Cup;
- Pua;
- Area della sorveglianza temporanea;
- Area del volontariato.

Le funzioni aggiuntive sono invece rappresentate da:

- Area delle cure intermedie ad elevata intensità assistenziale infermieristica;
- Assistenza ambulatoriale complessa;
- Centri territoriali per le demenze;
- Centri antiviolenza;
- Assistenza farmaceutica;
- Attività fisica adattata;
- Area dedicata al trattamento del dolore cronico;
- Punto di primo intervento;
- Telemedicina.

Le attività svolte all'interno della Cds dovranno da un lato garantire l'accesso a tutti i servizi distrettuali grazie all'attività dei Pua, dall'altro invece dovranno garantire la continuità assistenziale e la presa in carico integrata, anche grazie all'implementazione di Pdta.

I Pdta rappresentano uno strumento organizzativo importante per la presa in carico integrata. Lo scopo dei Pdta è quello di migliorare gli esiti di salute dei pazienti garantendo un continuum assistenziale. Allo stesso tempo dovrebbero aumentare la loro soddisfazione per le cure ricevute e permettere una certa ottimizzazione delle risorse. I Pdta attivi nel Lazio sono quelli per il diabete, lo scompenso cardiaco, la Bpco e la Terapia anticoagulante orale (Tao) e presuppongono una presa in carico proattiva come nel Ccm, grazie all'intervento di un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare che ponga al centro la persona. Infatti, tale modello di gestione deve basarsi su un

continuum assistenziale (tra specialisti, tra setting diversi o tra livelli assistenziali diversi), su una valutazione multidimensionale del paziente, sulla multidisciplinarietà, la multiprofessionalità e l'integrazione dei professionisti e sulla rete di servizi, in cui ciascun nodo ha una precisa funzione, ed è inoltre integrato e in collegamento con l'altro. Un ruolo importante, però, viene svolto dai medici di medicina generale che hanno aderito alla promozione e all'utilizzo dei Pdta, in quanto sono loro che identificano i pazienti da inserire nei percorsi sulla base di determinati requisiti prestabiliti e li trattano, per le parti di loro competenza. Al contempo, partecipano all'attività di verifica relativa all'efficienza e all'efficacia dei percorsi attraverso l'impiego di indicatori.

Pertanto, appare strategica l'implementazione del ruolo dei medici di medicina generale quali nodi cardini della riorganizzazione dell'offerta territoriale. Allo stesso tempo, sempre nell'ottica di una presa in carico olistica di tutte le tipologie di pazienti, target dei servizi di assistenza primaria, andranno potenziati tra l'altro l'assistenza domiciliare, quella semi residenziale nonché il sistema delle cure palliative e della disabilità. La realizzazione di un sistema integrato di interventi sanitari, sociali e socio-sanitari a livello territoriale (distrettuale) è possibile grazie alla programmazione condivisa con gli enti locali, in primis i Comuni, responsabili del sistema di offerta di servizi e prestazioni sociali.

Con tale riorganizzazione, la Regione tende a rispondere alle esigenze di salute dei cittadini, sempre più complesse, assicurando loro i livelli essenziali di assistenza, la sicurezza delle cure, l'efficacia e l'efficienza, nonché l'appropriatezza clinica ed organizzativa. Per far ciò, è necessario che venga implementata la funzione di committenza delle Asl, le quali, conosciuto il bisogno di salute e assistenziale dei pazienti residenti, saranno in grado di organizzare e acquistare, da erogatori pubblici e privati accreditati, quei servizi necessari a rispondere alle esigenze dei cittadini.

APPROFONDIMENTO

Integrazione socio-sanitaria: Assistenza domiciliare integrata, Residenze sanitarie assistenziali e Riabilitazione estensiva

L'integrazione socio-sanitaria ha acquistato una nuova centralità in epoca recente, con il cambiamento del quadro epidemiologico, con il crescente aumento delle patologie croniche stabilizzate e di quelle cronic-degenerative in particolare. Questo tipo di condizioni non può trovare una risposta unica ed esaustiva nelle tradizionali strutture di offerta di servizi (ospedali e servizi ad alta specializzazione), ma richiede la costruzione di una rete di servizi so-

cio-sanitari che si prenda carico complessivamente dei problemi della popolazione. La riorganizzazione dell'offerta dei servizi sanitari trova i suoi più attuali riferimenti nell'articolo 5 per l'assistenza territoriale e nell'articolo 3 (che richiama il regolamento sugli standard ospedalieri per le strutture di ricovero) del Patto per la salute 2014-2016. Alla luce di questi riferimenti normativi, le regioni dovrebbero attuare un progressivo disinvestimento dall'ospedale (riducendo il numero di posti letto per acuti a 3/1.000 abitanti) e re-investire sul territorio secondo una logica, seppur molto generica, di intensità di cura [1]. Il percorso di questa riorganizzazione non è certo privo di ostacoli: primo fra tutti, in molte regioni del centro-sud, la cronica mancanza nel territorio di alcuni servizi di long-term care (Assistenza domiciliare integrata - Adi; hospice; Residenza sanitaria assistenziale - Rsa; riabilitazione; etc.), è ulteriore testimonianza del fallimento dello strumento dei Piani di rientro, come ampiamente documentato dall'adempimento dei corrispondenti indicatori Livelli essenziali di assistenza (Lea). Se questi, infatti, hanno permesso di raggiungere gli obiettivi finanziari, le criticità organizzative di numerosi sistemi sanitari regionali restano immutate. In altre parole, la riorganizzazione integrata di ospedale e territorio è a un livello soddisfacente solo nelle regioni che, in tempi non sospetti, avevano già investito nelle Cure primarie [2] dove il task shifting rappresenta una possibilità atta a superare i limiti corporativi di molte professioni e le cure primarie sono ampiamente integrate con l'ambito non sanitario dell'assistenza.

Assistenza domiciliare integrata

L'Adi è un servizio, organizzato dalle Asl, (diversamente denominate nelle differenti regioni) in collaborazione con i Comuni, che garantisce alla persona fragile e/o non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio, con la realizzazione di un progetto di cura e assistenza multi-professionale e personalizzato evitando, quando possibile, incongrui ricoveri in ospedale o in altri setting assistenziali.

L'integrazione socio-sanitaria richiede l'intervento sinergico di un gruppo interdisciplinare di professionisti che condividono obiettivi di cure e procedure assistenziali, ciascuno per la propria competenza, nel contesto di un piano di cura personalizzato. In diversi settori e servizi, la metodica del lavoro in équipe è entrata a far parte delle prassi del servizio sanitario e sociale, costituendo una risorsa essenziale per fronteggiare la complessità del paziente anziano. Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ed in interventi socio-assistenziali, associati ad attività di aiuto alla persona e governo della casa, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza delle persone non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma

temporanea o continuativa), con patologie croniche o in fase di riacutizzazione. Sono finalizzate alla stabilizzazione del quadro clinico, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità quotidiana della vita [3]. La cura dell'anziano a domicilio, in particolare dell'anziano fragile, rappresenta la sfida più grande per i sistemi socio-sanitari di tutti i Paesi industrializzati. In Italia non è stato adottato un unico strumento di valutazione multidimensionale e nella maggioranza delle regioni la scelta è operata dagli stessi componenti dell'équipe. Solo alcune regioni hanno definito appositi strumenti, come: lo Svama in Veneto e il Valgraf in Friuli Venezia Giulia, mentre altri strumenti sono attivati in diverse sedi aziendali, come il Vaor-Adi, il Gefi, lo Schema polare. [4]

L'obiettivo dell'assistenza domiciliare è raggiungibile, a patto che sia stabilito un programma concordato tra azienda sanitaria locale e Servizio sociale del Comune, tale da consentire un'effettiva integrazione socio-sanitaria, e che il Pua di riferimento gestisca l'integrazione dei servizi del territorio in accordo con il Distretto, le Uccp/Aft della Medicina generale e il Mmg.

La consistenza dei servizi nel territorio dovrebbe essere decisamente aumentata, in modo da arrivare a valori simili a quelli della media dei Paesi europei nei quali l'assistenza all'anziano è di più alta qualità. I dati dell'ultimo Rapporto Osservasalute su Adi in Italia riportano una stima media di 50 per ogni 1.000 (5%) residenti ultra 65enni curati in Adi, una quota insufficiente rispetto a quel che si verifica negli altri paesi Ocse in cui in media sono assistiti in Adi 70 anziani su 1.000. Il valore ottimale previsto è di oltre 100 anziani su 1.000. Esiste una certa difformità nella distribuzione geografica che vede il 6,8% al centro, 5,3% al Nord e il 3,6% al sud. Le criticità ancora da affrontare sono rappresentate non solo dall'esiguo numero di utenti in carico, ma anche dalla scarsa centralizzazione dell'organizzazione operativa, risposte tardive rispetto alle reali esigenze dell'utenza (prima risposta dopo 15 giorni), sistema non informatizzato (rilevazioni cartacee che vengono poi riportate con utilizzo dei pochi pc in sede). [5]

L'assistenza domiciliare rimane uno degli obiettivi primari dell'assistenza all'anziano e rappresenta lo strumento con cui consentire al cittadino non autosufficiente di esercitare il diritto e la possibilità di restare nella propria casa. Nuovi approcci all'assistenza domiciliare, come le prospettive offerte dalla technoassistenza, devono essere implementate.

Residenze sanitarie assistenziali (Rsa)

Le strutture residenziali per anziani hanno avuto in Italia un rapido sviluppo nel corso degli ultimi 15 anni sulla spinta dell'evoluzione dello scenario demografico, con un incremento progressivo dei posti letto fino ad una stima

attuale pari a circa il 2% della popolazione anziana. Una stima precisa, tuttavia, è fortemente condizionata dalle diverse modalità di classificazione di queste strutture adottate dalle singole regioni. Si da atto infatti che la denominazione corrente di Rsa ha assunto nelle singole regioni significati diversi, con confini spesso mal definiti rispetto a Case di riposo, Case protette, Residenze protette, Istituti di riabilitazione geriatrica, Lungodegenze riabilitative etc. [6]. La Rsa trova riferimento normativo nella legge 67/88 e nel D.p.c.m. 22.12.89. Si differenzia dalle strutture riabilitative di cui al punto 2.1 per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nella stessa anche "ospitalità permanente".

La Rsa è una struttura extra-ospedaliera per anziani disabili, prevalentemente non autosufficienti, non assistibili a domicilio, bisognosi di trattamenti continui e persistenti, finalizzata a fornire accoglienza ed erogazione di prestazioni sanitarie, assistenziali, di recupero funzionale e sociale; essa va intesa come la struttura residenziale, della rete dei servizi territoriali, in cui deve realizzarsi il massimo della integrazione degli interventi sanitari e sociali [7]. Nelle Rsa sono da prevedere ospitalità temporanee o permanenti, di sollievo alla famiglia per ricoveri non superiori ai 30 giorni e di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi del Ssn [8]. Tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi erogati in Rsa sono finalizzati ad un'assistenza individualizzata, orientata alla prevenzione e cura delle malattie croniche e delle loro riacutizzazioni, alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia e alla promozione del benessere. La residenza deve mantenere una connotazione il più possibile domestica accompagnando un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, ad un livello "alto" di assistenza tutelare e alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle regioni e province autonome [8]. Più recentemente il gruppo di lavoro n. 12 del progetto Mattoni, per superare la notevole difformità normativa regionale e la conseguente differenziazione di modelli di assistenza residenziale, ha definito le prestazioni residenziali come *"il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie erogate a persone non autosufficienti non assistibili a domicilio all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione"*, e ha proposto una classificazione delle prestazioni residenziali secondo diversi livelli di complessità. Le prestazioni individuate con i codici di prestazione R1, R2, R2D sono riferibili alla erogazione di "cure intensive o estensive" ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate con i codici di attività R3 sono convenzionalmente riferibili ad "assistenza e terapie di mantenimento", classificabili come prestazioni sanitarie e valenza sociale [6].

La presa in carico è omnicomprensiva e globale e comprende il paziente e la sua famiglia.

Progettare e realizzare interventi di assistenza personalizzati sui singoli pazienti in base ai loro reali bisogni ed operare per obiettivi e non per singole prestazioni e mansioni, costituisce l'espressione principale dell'assistenza residenziale. Per garantire la massima qualità della "presa in carico" è dunque di fondamentale importanza che le professionalità coinvolte si integrino tra di loro, si coordinino e interagiscano. Risulta pertanto indispensabile dotarsi di strumenti valutativi che coprano queste diverse dimensioni e che garantiscano un intervento professionale globale ed individualizzato, contemporaneamente preventivo, curativo, riabilitativo.

Nell'ultimo decennio, il costante e progressivo incremento della complessità clinica dei pazienti anziani, ha portato le Rsa a vicariare la carenza di posti letto di lungodegenza e riabilitazione ospedaliera e ad affrontare processi di riorganizzazione per rispondere ad una richiesta crescente non solo di tipo socio-assistenziale ma anche di tipo sanitario. La tipologia di utenti assistiti infatti, in un tempo relativamente breve, si è notevolmente modificata con la tendenza ad un aumento dell'età media e della complessità e instabilità clinica degli ospiti, portatori di pluripatologie ed affetti da multiple disabilità funzionali.

La caratteristica progressività e variabilità dell'evoluzione di molte forme di malattia comporta un continuo embricarsi di problemi medici, sociali, psicologici, riabilitativi ed assistenziali che non possono essere affrontati separatamente ma che richiedono, al contrario, un approccio flessibile e multidisciplinare unico al fine di gestire le oscillazioni cliniche e gli scompensi funzionali, mantenere l'equilibrio tra la presa in carico del problema clinico e l'accanimento terapeutico e soprattutto migliorare la qualità di vita degli ospiti. La complessità clinica dell'utenza, la costante ricerca di nuove strategie operative nonché l'adeguamento a standard regionali e nazionali sempre più elevati, ha delineato una fisionomia del servizio residenziale con caratteristiche peculiari ben definite, non mutate da altri contesti di cura in grado di gestire adeguatamente la complessità del "care".

L'ultimo report dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) su Invecchiamento e salute [9] sottolinea che l'obiettivo finale dell'assistenza a lungo termine non può essere più inteso come la semplice soddisfazione dei bisogni fondamentali, piuttosto come l'ottimizzazione della "capacità funzionale" intesa come la somma della "capacità intrinseca" dell'individuo e il "compenso ambientale". Come per tutte le fasi del corso di vita, questo può essere realizzato attraverso due meccanismi:

migliorare la capacità intrinseca;

compensare una perdita di capacità, fornendo sostegno ambientale e la cura necessaria per mantenere la capacità funzionale ad un livello tale da garantire il benessere.

Oltre ad una più specifica formazione dell'équipe di cura, è necessario implementare e rendere operative linee guida di assistenza multidisciplinare. È necessario passare progressivamente dal modello medico di erogazione del servizio, su cui le residenze si basano dalla seconda metà del 20° secolo, ad un concetto alternativo di assistenza residenziale, improntato ad approcci innovativi di integrazione, di umanizzazione e personalizzazione del care al fine di rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostici e terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica per migliorare le sue capacità intrinseche e la sua qualità di vita.

Riabilitazione estensiva

La riabilitazione estensiva quale tipologia assistenziale è stata introdotta in Italia a metà degli anni novanta e viene erogata in strutture a carattere sanitario non ospedaliere che ospitano pazienti che, conclusa la fase di acuzie e di riabilitazione intensiva, hanno bisogno di proseguire le cure con medici specialisti nonché di un' articolata assistenza sanitaria riabilitativa per recuperare da una condizione clinica e funzionale compromessa mostrando limitazione della autosufficienza ed evidenza di un residuo potenziale di recupero.

In particolare, sempre più, tali strutture sono deputate a ospitare gli anziani che presentano patologie cronic-degenerative. Si distinguono dagli ospedali e dalle case di cura, rivolti ai pazienti sofferenti di una patologia acuta, e dalle case di riposo, che sono destinate agli anziani autosufficienti. Ciò fa sì che la domanda in qualche modo subisca una distorsione rispetto all' offerta, e che famiglie e pazienti si rivolgano in modo errato a strutture non idonee. Bisognerebbe ad ogni modo ripensare la long term care in funzione dei nuovi bisogni demografici ed epidemiologici di un paese che negli ultimi venti anni è cambiato e continua a cambiare profondamente, necessitando sempre più una integrazione virtuosa sia tra l' ambito sociale e sanitario, inteso nella sua doppia anima pubblico e privato.

Negli ultimi anni, nel Lazio, le strutture suddette hanno subito una forte pressione dal livello centrale per una gestione dei bisogni che tenesse conto anche delle esigenze generali del territorio. Data la contrazione di risorse disponibili (anche su altre strutture quali i posti letto in medicina etc.), a cascata, tali misure hanno impattato sugli stessi determinando spesso una destinazione d' uso delle risorse appropriata nelle funzionalità ma non nella possibilità reale di far parte del sistema di assistenza e cura integrata delle cronicità.

Note bibliografiche dell'approfondimento

- [1] Nuovo patto per la salute 2014-2016. Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- [2] Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025. GIMBE Evidence for Health. Presentato a Roma il 7 giugno 2016
- [3] Livelli Essenziali di Assistenza 2013. Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) Ministero della Salute
- [4] Mattoni del SSN. Mattone 13 – Assistenza primaria e prestazioni domiciliari 2005
- [5] Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Rapporto Osservasalute 2015. Roma 26 aprile 2016
- [6] Mattoni del SSN. Mattone 12- Assistenza residenziale e semiresidenziale. 2007
- [7] Progetto obiettivo anziani "Tutela della Salute degli anziani" (POA) 1992
- [8] Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- [9] World report on Aging and health. World Health Organization 2015

Note bibliografiche generali

- [1] Aiop giovani, VIHTALI. *Le sfide di oggi per la sanità di domani - L'evoluzione delle modalità di finanziamento dei sistemi sanitari nazionali*. Roma: Aiop; 2017.
- [2] Longo F, Sartirana M, Barzan E, et al. Sviluppo dell'assistenza territoriale dell'Asl Città di Torino. Torino, 2018.
- [3] Salute Internazionale. Il sistema sanitario tedesco. Disponibile su <http://www.saluteinternazionale.info/2014/09/il-sistema-sanitario-tedesco/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [4] Nolte E, Knai C. *Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015.
- [5] Salute Internazionale. Chronic Care Model in salsa tedesca. Disponibile su <http://www.saluteinternazionale.info/2014/09/chronic-care-model-in-salsa-tedesca/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [6] Fuchs S, Henschke C, Blümel M, et al. Disease Management Programs for Type 2 Diabetes in Germany. *Dtsch Aerzteblatt Online*. 2014; 111(26):453–63.
- [7] Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998; 1(1):2–4.
- [8] Salute Internazionale. Assistere le persone con condizioni croniche. Disponibile su <http://www.saluteinternazionale.info/2011/06/assistere-le-persone-con-condizioni-croniche/#biblio> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [9] Improving Chronic Illness Care. Disponibile su <http://www.improvingchroniccare.org/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [10] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA*. 2002; 288(14):1775.
- [11] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. The Chronic Care Model, Part 2. *JAMA*. 2002; 288(15):1909.
- [12] ARS Toscana. Malattie croniche. Disponibile su <https://www.ars.toscana.it/aree-dintervento/problemi-di-salute/malattie-croniche.html> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [13] Coleman K, Austin BT, Brach C, et al. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Aff*. 2009; 28(1):75–85.
- [14] Baptista DR, Wiens A, Pontarolo R, et al. The chronic care model for type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetol Metab Syndr*. 2016; 8(1):7.
- [15] Gesundes Kinzigtal. Gesundes Kinzigtal: International website, <https://www.gesundes-kinzigtal.de/international-website/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [16] OptiMedis AG. Disponibile su <https://optimedis.com/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [17] Busse R, Stahl J. Integrated Care Experiences And Outcomes In Germany, The Netherlands, And England. *Health Aff*. 2014; 33(9):1549–1558.
- [18] Llano R. The 'Gesundes Kinzigtal' Integrated Care initiative in Germany. *Eurohealth Inc Euro Obs*. 2013; 19(2):7–8.

- [19] Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff.* 2008; 27(3):759–769.
- [20] Hildebrandt H, Schulte T, Stunder B. Triple Aim in Kinzigtal, Germany: Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK? *J Integr Care.* 2012; 20(4):205–222.
- [21] Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, et al. Gesundes Kinzigtal Integrated Care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. *Int J Integr Care.* 2010; 10:1–15.
- [22] Pimperl A, Hildebrandt H, Groene O, et al. Case Study: Gesundes Kinzigtal, Germany. *Accountable Care Pract Glob Perspect.*
- [23] Pimperl A, Schulte T, Mühlbacher A, et al. Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: The Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal. *Popul Health Manag.* 2017; 20(3):239–248.
- [24] Nolte E, McKee M, Knai C. Managing chronic conditions: experience in eight countries. *Obs Stud Ser N 15.* 2008:1–202.
- [25] Vrijhoef HJ, Spreeuwenberg C, Eijkelberg IM, et al. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *BMJ.* 2001; 323(7319):983–5.
- [26] Struijs JN, van Til JT, Baan CA. Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: The first tangible effects. *National Institute for Public Health and the Environment (RIVM)* 2010:1–176.
- [27] Struijs JN, Baan CA. Integrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands. *N Engl J Med.* 2011; 364(11):990–991.
- [28] Struijs J, de Jong-van Til J, Lemmens L, et al. Three years of bundled payment for diabetes. 2012:1–128.
- [29] International Health Care System Profiles. The Swedish Health Care System. Disponibile su <https://international.commonwealthfund.org/countries/sweden/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [30] Sweden.se. Healthcare in Sweden. Disponibile su <https://sweden.se/society/health-care-in-sweden/amp/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [31] Capio. Capio Sweden. Disponibile su <https://capio.com/en/operations/capio-nordic/capio-sweden/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [32] Struckmann V, Snoeijs S, Melchiorre MG, et al. Caring for people with multiple chronic conditions in Europe. *Eurohealth Inc Euro Obs.* 2014; 20(3):35–40.
- [33] Finnish Government. Ministry of Social Affairs and Health. Disponibile su <https://stm.fi/en/frontpage> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [34] Hujala A, Rijken M, Oksman E, et al. *Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe - The POTKU project (Potilas kuljettajan paikalle, Putting the Patient in the Driver's Seat), Finland.*
- [35] Sund R, Koski S. *FinDM II. On the register-based measurement of the prevalence and incidence of diabetes and its long-term complications. A technical report.* Tampere, 2009.
- [36] Tynkkynen L-K, Chydenius M, Saloranta A, et al. Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health Policy (New York).* 2016; 120(3):227–234.

- [37] Pilar Fernández M, Solari L, Arduini R. Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari diversi: le peculiarità del caso spagnolo.
- [38] Salute Internazionale. Il sistema sanitario spagnolo. Disponibile su <http://www.saluteinternazionale.info/2010/12/il-sistema-sanitario-spagnolo/> (2010, ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [39] Ribera Salud Group. Ribera Salud's contribution to the public healthcare system in Spain:1-74.
- [40] The King's Fund. Alberto de Rosa: Ribera Salud Group - from hospital to population health management. Disponibile su <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/alberto-de-rosa-ribera-salud-population-health-management> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [41] Alberto de Rosa Torner. *The King's Fund International Integrated Care System - Lessons from Spain: The Alzira Model*. London, 2012.
- [42] NHS European Office. The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model - from the region of Valencia.
- [43] Zanon E, NHS Confederation. The Alzira model gives us a great deal to think about. Disponibile su <https://www.nhsconfed.org/blog/2014/11/the-alzira-model-gives-us-a-great-deal-to-think-about> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [44] Ministero della Salute. Piano Nazionale della Cronicità.
- [45] Ministero della Salute. Piano nazionale della cronicità. Disponibile su http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4654&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [46] Care Online. La gestione integrata della cronicità. Disponibile su <http://careonline.it/2017/03/la-gestione-integrata-della-cronicita/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [47] Assobiomedica, ISIMM. *I nuovi modelli di assistenza sul territorio e i servizi a valore aggiunto dell'industria - working paper*. 2018.
- [48] Salute Internazionale. Il Piano Nazionale della Cronicità e l'anomalia lombarda. Disponibile su <http://www.saluteinternazionale.info/2017/05/il-piano-nazionale-della-cronicita-e-lanomalia-lombarda/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [49] Quotidiano Sanità. Al Forum il punto sul Piano nazionale cronicità. Disponibile su http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento_id=11522 (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [50] Salute Internazionale. Sanità di iniziativa in Toscana. Disponibile su <http://saluteinternazionale.test2.it/2015/11/sanita-di-iniziativa-in-toscana/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [51] Salute Internazionale. Sanità di iniziativa in Toscana (parte 2). Disponibile su <http://www.saluteinternazionale.info/2017/02/sanita-di-iniziativa-in-toscana-2/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [52] Regione Toscana. Dgr 650/2016 - Sanità d'iniziativa: Approvazione indirizzi per l'implementazione del nuovo modello.
- [53] Regione Toscana. Dgr 1152/2015 - DGR 716/2009. Approvazione risultati ed individuazione linee di sviluppo della sanità d'iniziativa a livello territoriale.
- [54] Felletti L. Osservatorio di Diritto Sanitario - Il nuovo modello assistenziale per i pazienti cronici in Lombardia. 2018:1-37.

- [55] Salute Internazionale. La nuova sanità lombarda. Disponibile su <http://saluteinternazionale.test2.it/2017/02/la-nuova-sanita-lombarda/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [56] Regione Lombardia. Legge regionale 23/2015 - Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) (BURL n. 33, suppl. del 14 Agosto 2015).
- [57] Regione Lombardia. Dgr 4662/2015 - Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018.
- [58] Regione Lombardia. Dgr 6164/2017 - Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge 23/2015.
- [59] federfarma.it. Lombardia: cambio di rotta sul Creg, cronici assistiti dai "Gestori". Disponibile su <https://www.federfarma.it/Edicola/FiloDiretto/Filodiretto/gennaio2017/31-01-2017-00-16-25.aspx> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [60] Regione Lombardia. Dgr 6551/2017 - Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale N. 33/2009.
- [61] Regione Lombardia. Attivazione della presa in carico dei pazienti cronici e fragili: DGR n. X/6551 del 04.05.17 «Riordino della rete d'offerta». Disponibile su: www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/Ente-Operatori/sistema-welfare/attuazione-della-riforma-sociosanitaria-lombarda/riordino-rete-offerta/dgr2017-6551-riordino-rete-offerta1 (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [62] Bellini A. La Riforma della Regione Lombardia per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili. 2017.
- [63] Lombardia Sociale. La presa in carico della cronicità in Lombardia. Disponibile su <http://www.lombardiasociale.it/2018/12/10/la-presa-in-carico-della-cronicita-in-lombardia/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [64] Regione Lombardia. Regole 2019. Disponibile su <https://www.slideshare.net/DOBROMERSI/REGOLE-2019-REGIONE-LOMBARDIA-PRESENTAZIONE> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [65] Regione Veneto. Legge regionale 23/2012 - Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016. Disponibile su <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioLegge.aspx?id=241095> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [66] Regione Veneto. Legge regionale 19/2016 - Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta «Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero». Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss.
- [67] Regione Veneto. Descrizione del progetto - ACG. Disponibile su <http://acg.regione.veneto.it/descrizione-del-progetto> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [68] Regione Veneto. Dgr 2271/2013 - Nuove disposizioni in tema di "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto.

- [69] Ministero della Salute. Legge 189/2012 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
- [70] Bergamo G, Pastore A, Tonellato S. Un possibile approccio alla previsione del fabbisogno assistenziale. In: *JAHWPF*. Roma, 2016.
- [71] Regione Veneto. Dgr 1753/2013 - Informatizzazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. Recepimento ed applicazione delle disposizioni della DGR n.953/2013: definizione degli standard e delle modalità erogative.
- [72] Regione Veneto. Il Progetto ACG, terzo anno di attività 2014-2015 - ACG, <http://acg.regione.veneto.it/descrizione-del-progetto/il-progetto-acg-terzo-anno-di-attivita-2014-2015> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [73] Giunta Regionale del Veneto - Area Sanità e Sociale. Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto - Anno 2017. 2017:1-244.
- [74] Regione Emilia-Romagna. Legge regionale 29/2004 - Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale.
- [75] Regione Emilia-Romagna. Dgr 86/2006 - Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale.
- [76] Regione Emilia-Romagna. Dgr 2011/2007 - Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di cure primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche, di sanità pubblica.
- [77] Regione Emilia-Romagna. Dgr 291/2010 - Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale.
- [78] Regione Emilia-Romagna. Dgr 1012/2014 - Approvazione delle Linee guida regionali per il riordino del Servizio sociale territoriale.
- [79] Basenghi M. Regione Emilia Romagna: Primary Health Care Integration/Regione Emilia-Romagna: l'integrazione nel sistema di Cure Primarie. *Int J Integr Care*.; 12.
- [80] Regione Emilia-Romagna. Dgr 2128/2016 - Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa.
- [81] Regione Emilia-Romagna. Dgr. 221/2015 - Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure primarie.
- [82] Regione Emilia-Romagna. Il Piano regionale della prevenzione 2015-2018 (approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 771/2015).
- [83] Regione Emilia-Romagna. Progetto SOLE - SanitàOnLinE. Disponibile su <https://www.progetto-sole.it/pubblica/> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [84] Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia. Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Disponibile su <https://www.ausl.re.it/fascicolo-sanitario-elettronico-fse> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [85] ARes Puglia. Piano dettagliato degli interventi per l'implementazione del "Modello assistenziale di gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e di presa in carico dei soggetti con patologie croniche nel territorio della Puglia".
- [86] Quotidiano Sanità. Malati cronici. La Puglia approva il Modello Care 3.0. Infermieri e collaboratori di studio in prima linea. Disponibile su http://www.quotidianosanita.it/puglia/articolo.php?articolo_id=67389 (ultimo accesso 30 marzo 2019).

- [87] Aquilino A, Chiriatti L, Mola E, et al. Il Progetto Leonardo in Puglia. In: *Cure primarie tra mito e realtà*. Bergamo, 2009.
- [88] Fiaso. Libro Bianco della Buona Sanità 2013 - Care Puglia. Disponibile su <https://www.fiaso.it/Buona-Sanita/Assistenza-territoriale/Care-Puglia> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [89] Regione Puglia. Dgr 129/2018 - Programma Operativo 2016-2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018.
- [90] Fimmg Bari. Care Puglia 3.0: un modello flessibile, capace di rispondere ai bisogni di salute del paziente cronico. Disponibile su <https://fimmg.bari.it/articoli/21FRT> (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [91] Puglia Salute. Sanità, approvato il Programma Operativo 2016-2018. Disponibile su https://www.sanita.puglia.it/news-in-primo-piano_det/-/journal_content/56/20182/sanita-approvato-il-programma-operativo-2016-2018 (ultimo accesso 30 marzo 2019).
- [92] Regione Lombardia. Dgr 754/2018 - Nuove modalità di gestione ed attuazione del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragileed approvazione del protocollo d'intesa tra l'assessorato al welfare e la federazione regionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Lombardia.
- [93] Decreto del Commissario ad Acta (Lazio) 12 novembre 2014, n. U00376
- [94] Decreto del Commissario ad Acta (Lazio) del 26 novembre 2014, n. U00414
- [95] Decreto del Commissario ad Acta (Lazio) del 22 febbraio 2017, n. U00052

Capitolo 4

Swot analysis

Il presente capitolo presenta un'analisi delle esperienze in tema di gestione delle cronicità in cinque Regioni italiane. Per il confronto è stata effettuata la *Swot analysis*, strumento di pianificazione strategica utilizzato per identificare i punti di forza (*Strengths*) e di debolezza (*Weaknesses*), le opportunità (*Opportunities*) e le minacce o rischi per il futuro (*Threats*) all'interno di un'organizzazione.

Per realizzare la seguente analisi sono state utilizzate le informazioni presenti nei tre report prodotti da Aiop Giovani nel biennio precedente, ed è stata realizzata un'analisi della letteratura, mediante revisione estensiva sul tema del trattamento dei pazienti cronici, analizzando gli indicatori demografici, epidemiologici, di performance e di finanziamento riscontrati.

Al fine di realizzare un prodotto riproducibile per tutte le Regioni, è stata costruita una griglia di domande finalizzata ad identificare, per ciascuna di esse, le caratteristiche principali in tema di:

- modelli di integrazione socio-sanitaria e sviluppo di reti assistenziali per patologia che coinvolgano anche l'ospedale;
- modelli di remunerazione alternativi;
- partnership pubblico-privato di successo in ottica value-based.

Le Regioni analizzate, anche in considerazione dei recenti modelli di gestione della cronicità attivati, sono state:

- Lombardia
- Veneto
- Toscana
- Puglia
- Lazio

Nella fase successiva, tali aspetti sono stati sintetizzati per punti chiave, per ogni Regione, in riquadri, rispettivamente, tesi a descrivere schematicamente punti di forza (in alto a sinistra), debolezza (in alto a destra), opportunità (in basso a sinistra) e rischi (in basso a destra).

Lombardia

STRENGTHS FORZE

- Promozione di un'integrazione operativa di tipo funzionale fra gli erogatori di servizi sanitari, sociosanitari e sociali con il coinvolgimento attivo degli enti locali
- Utilizzo di una piattaforma organizzativa e tecnologica per la gestione delle cronicità, riconducibile agli approcci di *Population health management* attraverso:
- Banca Dati Assistito con stratificazione della domanda dei pazienti cronici in 3 livelli
 - Piani assistenziali individuali
 - Centri di servizi che si basano su offerta proattiva
 - Presenza di tariffe Creg

WEAKNESSES DEBOLEZZE

- Non nota la sostenibilità economico-finanziaria
- Governance del sistema della cronicità profondamente rinnovata e pertanto non ancora validata
- La classificazione della cronicità considera soltanto le condizioni epidemiologicamente maggiormente rilevanti

OPPORTUNITIES OPPORTUNITÀ

- Nuovo assetto del Ssr lombardo, operato con la L.r. 23/2015 che istituisce 8 Agenzie di tutela della salute (Ats) e 25 nuove Aziende socio sanitarie territoriali (Asst)
- Le tariffe Creg sono complementari e non sostitutive dei Drgs

THREATS MINACCE

- Scarso coinvolgimento degli stakeholder e poca condivisione delle strategie programmatiche e organizzative
- Frammentazione degli interventi per la presa in carico dei pazienti cronici sul territorio
- Necessità di discriminare la cronicità, dalla multicronicità e dalla fragilità
- Profondo riordino della rete di offerta
- Continuo incremento delle polipatologie con rischio di aumentare la quota di pazienti fragili che inciderebbero sulla sostenibilità del Sistema

Tra i punti di forza del modello sanitario lombardo, nella gestione della cronicità e della multi-cronicità, vi è l'aver puntato sulla promozione di un'integrazione operativa, di tipo funzionale, fra gli erogatori di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali con il coinvolgimento attivo degli enti locali, in particolare i Comuni. Inoltre, tale modello, grazie all'integrazione tra Banca dati assistito (che permette la stratificazione della domanda dei pazienti cronici in 3 livelli), i Pai, i Centri di servizi che sono fondati su un'offerta di tipo proattivo e la presenza delle tariffe Creg, ha permesso la costituzione di una piattaforma organizzativa e tecnologica per la gestione delle cronicità, riconducibile agli approcci di *Population health management*, sviluppati nei Paesi anglosassoni. [1]

D'altro canto, la non completamente investigata sostenibilità economico-finanziaria di tale modello, e le esigenze della nuova governance del sistema della cronicità della Lombardia che come illustrato precedentemente risulta profondamente rinnovata, potrebbero rappresentare delle debolezze del sistema lombardo della gestione delle cronicità e delle multicronicità. Inoltre, la classificazione della cronicità considera soltanto le condizioni maggiormente rilevanti da un punto di vista epidemiologico; pertanto, alcune condizioni croniche, a basso impatto epidemiologico se considerate singolarmente ma ad alto impatto in un sistema di valutazione delle multicronicità, potrebbero non trovare una codifica della gestione nel modello adottato dalla Lombardia.

Un'opportunità per il modello sanitario è rappresentato dal nuovo assetto del Ssr lombardo. Tale Sistema, adottato con la L.r. 23/2015, istituisce 8 Ats, a sua volta suddivise in 25 Asst. Tale articolazione, che tende ad accentrare le attività di programmazione mantenendo al contempo un dettaglio sull'analisi locale dei bisogni, facilita l'interazione tra analisi dei bisogni e programmazione per un'ottimale gestione delle cronicità. Inoltre, le nuove tariffe Creg, introdotte dal modello lombardo, sono complementari e non sostitutive alle tariffe Drg, pertanto, si mantiene una gestione ottimale delle acuzie complesse che insorgono in pazienti cronici e multicronici. [2]

La frammentazione degli interventi per la presa in carico dei pazienti cronici sul territorio, dovuta alla molteplicità dei potenziali soggetti gestori, rappresenta una minaccia per il successo del sistema lombardo. Ugualmente, il profondo riordino della rete dell'offerta e il costante incremento dei pazienti fragili, pone alcuni interrogativi legati alla sostenibilità futura.

Veneto

STRENGTHS FORZE

- Implementazione di un avanzato sistema hi-tech di stratificazione della domanda e di misurazione del case-mix, definito Acg, strumento innovativo per la gestione della continuità assistenziale
- Consolidamento del ruolo del Distretto socio-sanitario
- Creazione di nuove forme associative della Medicina generale con costituzione delle Mgi per garantire assistenza continuativa
- Implementazione di Ospedali di comunità e di Cot, per guidare la presa in carico dei cittadini in funzione dei bisogni specifici

WEAKNESSES DEBOLEZZE

- Le Aziende Ulss, passando da 21 a 9 con variazione dei loro ambiti territoriali, incrementano il livello di complessità di sistema
- Rischio di difficoltosa integrazione fra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio

OPPORTUNITIES OPPORTUNITÀ

- Integrazione socio-sanitaria con stretta collaborazione tra Comuni e Aziende Ulss
- Sviluppo di profili avanzati per la gestione integrata della cronicità
- Strutturazione di sistemi organizzativi a rete basati su team multiprofessionali

THREATS MINACCE

- Introduzione dell'Azienda Zero, nuovo ente di governance, che ha l'obiettivo di razionalizzare, integrare ed efficientare i servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Ssr
- Incremento dei bisogni di salute e della complessità del case-mix della popolazione

Rappresenta punto di forza del modello veneto di gestione delle cronicità e multicronicità l'implementazione dell'Acg, un avanzato sistema informatizzato di stratificazione della domanda e di misurazione del case-mix. Tale strumento si prefigge di colmare il gap esistente tra analisi dei bisogni e programmazione nella continuità assistenziale. Inoltre, il modello Veneto implementa le attività del Distretto socio-sanitario, consolidandone il ruolo nella gestione delle cronicità, grazie anche alla creazione di nuove forme associative nella Medicina generale, con costituzione delle Mgi per garantire una capillare e continuativa assistenza territoriale. Tale sistema, peraltro, può giovare degli Ospedali di comunità e delle Cot, le cui funzioni sono state potenziate per guidare con criterio la presa in carico dei cittadini in funzione dei bisogni specifici.

Le Aziende Ulss venete, riducendosi da 21 a 9, incrementano in modo sostanziale il proprio livello di complessità. Ciò potrebbe mettere in difficoltà la sistematica integrazione necessaria tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti a livello locale.

Un'opportunità per il sistema veneto di gestione delle cronicità è rappresentata dalla stretta collaborazione tra Comuni e Aziende Ulss, per permettere una profonda condivisione delle attività socio-sanitarie. Tale integrazione è facilitata dallo sviluppo di nuovi profili per la gestione della cronicità, che applicano competenze sanitarie e sociali grazie alla costituzione di team multi-professionali. [3]

L'introduzione dell'Azienda Zero, il nuovo ente di governance della sanità veneta che ha l'obiettivo di razionalizzare, integrare ed efficientare i servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del Ssr, potrebbe, se non si prevede una collaborazione capillare con gli erogatori delle prestazioni, incrementare la complessità non gestita del sistema. Infatti, l'incremento dei bisogni di salute e del case-mix della popolazione potrebbe non trovare un interlocutore diretto per la programmazione dei servizi.

Toscana

STRENGTHS FORZE

- Attuazione della sanità d'iniziativa, grazie all'attuazione del Eccm, che si fonda sull'interazione efficace fra paziente, cronico e esperto/informato, e team proattivo multi-professionale
- Potenziamento del ruolo della programmazione di Area vasta nella gestione dei percorsi clinici per tipologie di pazienti nella continuità ospedale-territorio e predisposizione dei Pdta

WEAKNESSES DEBOLEZZE

- L'Eccm si fonda anche su valorizzazione delle risorse della comunità attraverso volontariato e gruppi auto-aiuto, che potrebbero non essere autosufficienti nel lungo periodo
- Il team multi-professionale dell'Eccm, non avendo una struttura organizzativa predefinita, potrebbe non garantire una *leadership* chiara e, quindi, efficace

OPPORTUNITIES OPPORTUNITÀ

- Il team dell'Eccm prende in carico sia gli aspetti clinici sia quelli di sanità pubblica, integrando la considerazione delle condizioni di salute dei pazienti con l'attenzione alle condizioni sociali, economiche e culturali
- Riordino della Medicina generale, con la costituzione delle Aft e con lo sviluppo di un nuovo modello di Casa della salute e di Uccp

THREATS MINACCE

- Il nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari è oggi supportato da una chiara scelta politica e dall'impegno degli amministratori all'investimento di risorse. Quindi tale modello potrebbe risultare fortemente dipendente dalla volontà politica locale
- La varietà dei sistemi informativi presenti in Regione Toscana rappresenta una minaccia; manca l'interfaccia necessaria tra i sistemi informativi aziendali e i sistemi informatici dei medici dei moduli relativamente alla trasmissione dei dati necessari ai fini della valutazione dell'attività svolta dal team

Punto di forza del sistema toscano di gestione della cronicità e delle multi-cronicità è rappresentato dalla sanità d’iniziativa che, grazie al Eccm, trova la sua completa attuazione. Tale modello si fonda sull’interazione efficace tra un paziente, cronico e esperto/informato, ed un team multi-professionale che lo gestisce in maniera proattiva. Questo modello riesce ad essere efficace grazie al potenziamento del ruolo della programmazione di Area Vasta nella gestione dei percorsi clinici per tipologie di pazienti, nella continuità ospedale-territorio e nella predisposizione dei Pdta. Inoltre, l’allineamento fra il progetto Eccm e le nuove aggregazioni dei Mmg, costituite in Toscana, appare il fulcro attorno al quale si giocherà il successo per la gestione dei servizi territoriali. Infatti, affinché la sanità d’iniziativa trovi piena attuazione è necessario il consolidamento delle relazioni e del coordinamento tra i diversi professionisti all’interno delle Aft/Uccp/Cds. [4]

L’Eccm trova una importante e necessaria sponda nella valorizzazione del volontariato e dei gruppi auto-aiuto, che rappresentano una fondamentale risorsa della comunità. Tale sistema, però, potrebbe presentare un vulnus a causa della carente garanzia di autosufficienza di risorse nel lungo periodo, legato alla sola leva volontaristica.

La gestione integrata degli aspetti clinici e di quelli di sanità pubblica, con particolare attenzione all’integrazione delle condizioni sociali, economiche e culturali dei cittadini, messa in atto dai team dell’Eccm, rappresenta un’opportunità per il modello toscano, così come il riordino della Medicina generale in Toscana, con la costituzione delle Aft e con lo sviluppo di un nuovo modello della Casa della salute e delle Uccp. Infine, la presenza delle Società della salute, collaborazione tra Comuni e Ausl (Aziende unità sanitaria locale), che vedono la partecipazione attiva dei cittadini, favorisce l’integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale. [5]

Il nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari è oggi supportato da una chiara scelta politica e dall’impegno degli amministratori all’investimento di risorse. Pertanto, tale modello potrebbe risultare fortemente dipendente dalle contingenze politiche regionali. Infine, la diversità dei sistemi informativi presenti in Regione Toscana rappresenta una minaccia per l’interazione necessaria tra i sistemi informativi aziendali con i sistemi dei medici dei moduli.

Puglia

STRENGTHS FORZE

- Progetto Leonardo – Disease and care management, che ha coinvolto circa 1000 pazienti con malattie cardiovascolari e diabetiche, successivamente implementato in tutte le Asl come Progetto Nardino
- Progetto Care Puglia (2012-2013) che ha offerto un percorso assistenziale razionale e aderente alle linee guida nazionali e locali
- Strategia per una migliore integrazione funzionale tra ospedale e territorio
- Organizzazione dell'assistenza attraverso reti cliniche

WEAKNESSES DEBOLEZZE

- Resistenze da parte delle organizzazioni sindacali dei medici di Medicina generale nell'implementazione di progetti
- Carezza di personale infermieristico e medico-specialistico

OPPORTUNITIES OPPORTUNITÀ

- Alta integrazione multidisciplinare e inter-professionale del Distretto Socio-Sanitario
- Costituzione di un "Comitato tecnico-scientifico per il monitoraggio e la valutazione" che ha la funzione di accompagnare il processo di cambiamento organizzativo adottato

THREATS MINACCE

- Popolazione pugliese sempre più anziana
- Marcata transizione epidemiologica: il 40% dei Pugliesi presenta almeno una patologia cronica

Il Progetto Leonardo Disease and care management è un programma di care management innovativo in ambito di malattie cardiovascolari e di diabete. Tale progetto è stato strutturato grazie all'implementazione di un nuovo modello di gestione della cronicità che aveva permesso di aumentare l'adesione ai protocolli (vaccinazioni, controlli periodici dei marker biochimici, etc.) ed alle procedure di autogestione della terapia, migliorare gli stili di vita e la percezione del proprio stato di salute, impattare positivamente sull'organizzazione dei servizi, favorire il coinvolgimento ed aumentare la soddisfazione del paziente e dei Mmg nel processo di gestione della cronicità. Inoltre, è stato implementato il Progetto care Puglia per offrire un percorso assistenziale aderente alle linee guida e per favorire l'aderenza al follow-up da parte del paziente cronico. Ciò ha permesso di rendere i servizi assistenziali più facilmente fruibili ai cittadini ed evitare la mobilità dei pazienti cronici e il ricorso al ricovero ospedaliero inappropriato. In Regione Puglia è presente una strategia per una migliore integrazione funzionale tra ospedale e territorio da realizzare attraverso il potenziamento della medicina di prossimità e la rimodulazione (non il semplice "taglio") della rete degli ospedali.

Diverse resistenze sono state incontrate da parte delle organizzazioni sindacali dei medici di Medicina generale relativamente all'implementazione di progetti volti alla gestione innovativa delle cronicità e delle multicronicità, rendendo pertanto debole il sistema pugliese. Inoltre, una generale carenza di personale infermieristico e medico, soprattutto specializzato, rende difficile lo sviluppo di programmi volti a gestire in maniera multispecialistica le cronicità.

I Distretti socio-sanitari della Regione Puglia hanno intrapreso un percorso che facilita forme organizzative di alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, in grado di offrire risposte complesse al bisogno di salute della popolazione locale grazie ad una capillare interazione con i progetti di gestione delle cronicità. Anche per tale scopo è stato costituito un "Comitato tecnico-scientifico per il monitoraggio e la valutazione" che ha la funzione di accompagnare il processo di cambiamento organizzativo adottato.

La popolazione pugliese sta diventando sempre più anziana: infatti, i soggetti con più di 75 anni sono passati da circa 321.000 del 2007 a 425.000 del 2017. Questa transizione demografica si accompagna ad una transizione epidemiologica che modifica il profilo dei bisogni di salute dei cittadini, infatti circa il 40% della popolazione pugliese presenta almeno una patologia cronica, assorbendo circa l'80% delle risorse sanitarie. [6]

Lazio

STRENGTHS FORZE

- Approvazione del Piano sociale triennale regionale denominato "Prendersi cura, un bene comune", che prevede la centralità della persona nella comunità
- Potenziamento di una serie di indicatori di processo e di risultato osservabili e misurabili, in modo da consentire la verifica dello stato di attuazione del Piano e del grado di raggiungimento degli obiettivi

WEAKNESSES DEBOLEZZE

- Carente offerta di posti residenziali in generale:
 - Carente offerta di Cds su tutto il territorio della regione Lazio
 - Carente offerta di hospice per minori (anche se 10 sono stati programmati)
- Funzioni delle Cds non implementate rispetto a quanto programmato

OPPORTUNITIES OPPORTUNITÀ

- Sviluppo di profili avanzati per la gestione integrata della cronicità con strutturazione di sistemi organizzativi a rete
- Coinvolgimento attivo e proattivo dei cittadini

THREATS MINACCE

- Il Piano sociale rimanda, in taluni casi, a misure che saranno adottate dalla Giunta regionale in un secondo momento. La non completa attuazione di tutti gli elementi necessari alla messa in atto del Piano potrebbe rappresentare una minaccia
- Assenza di un sistema informativo capillare su tutto il territorio e regolamentato
- Non chiara determinazione dei criteri di riparto delle risorse finanziarie tra i Distretti

Il piano sociale è centrato sui livelli essenziali delle prestazioni e non sulle categorie di pazienti, perseguendo una logica di integrazione delle politiche, degli attori (istituzionali e non), dei programmi, dei processi, dei servizi, degli interventi, delle risorse umane, strumentali e finanziarie. Tale piano è basato su un approccio di prossimità alla persona, privilegiando interventi domiciliari e partecipativi, con particolare attenzione all'innovazione.

La Regione Lazio sconta una carente offerta di Case della salute, su tutto il territorio regionale, rispetto al fabbisogno stimato. Infatti, solo l'Asl di Frosinone presenta un numero di Cds superiore al fabbisogno, mentre l'Asl di Viterbo ha un numero pari al fabbisogno. Inoltre, negli ambiti distrettuali di maggior dimensione o nei territori particolarmente ampi e dispersi, è possibile attivare ulteriori Case della salute rispetto a quelle previste/ programmate [7]. D'altro canto, è opportuno rilevare che il ruolo e le funzioni delle Cds nella Regione Lazio, in alcuni casi, non è stato completamente implementato, rispetto a quanto accaduto in altre Regioni. Per quanto riguarda gli hospice per minori questi risultano assenti nella Regione Lazio, anche se 10 sono stati programmati [8]. Nel totale, il numero di posti residenziali presenta una differenza significativa tra quella che è l'offerta (8.516 posti) ed il fabbisogno stimato (11.241 posti). [9]

Un'opportunità per la gestione delle multicronicità è rappresentato dallo sviluppo di profili avanzati per la gestione integrata della cronicità che sta attraversando il contesto regionale, con strutturazione di sistemi organizzativi a rete che permettono un più capillare coinvolgimento dei cittadini. Proprio tale coinvolgimento risulta attivo e mostra caratteristiche di proattività.

Il Piano sociale "Prendersi cura, un bene comune" rimanda in taluni casi a misure che saranno adottate dalla Giunta regionale in un secondo momento. In tal caso, la non completa attuazione di tutti gli elementi necessari alla messa in atto del Piano potrebbe rappresentare una minaccia. In particolare, il Piano non prevede ancora la definizione di criteri e modalità per l'erogazione di contributi, la determinazione dei requisiti e delle modalità per il funzionamento del servizio, l'individuazione delle strutture residenziali multiutenza e polifunzionali e, soprattutto, la definizione di criteri e modalità per l'accreditamento delle strutture. Inoltre, la non chiara determinazione dei criteri di riparto delle risorse finanziarie tra i Distretti (una ripartizione per abitanti potrebbe penalizzare Distretti geograficamente e topograficamente svantaggiati) rappresenta una minaccia.

Le RSA nel Lazio come risposta diretta alle cronicità

[FONTE AIOP LAZIO]

Le RSA possono essere sicuramente una parte importante della strategia della Regione Lazio per fronteggiare le cronicità, davanti ad una popolazione che sta invecchiando e a patologie che riguardano, come abbiamo visto, sempre più direttamente le fasce di età più avanzate.

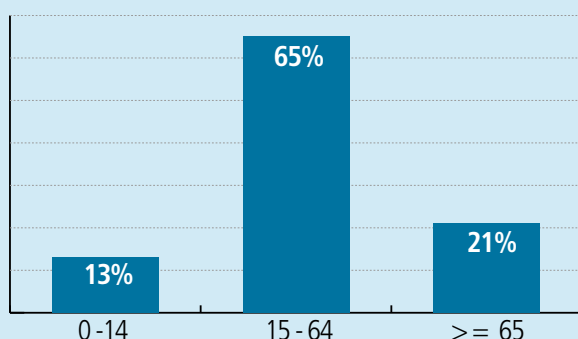


FIGURA 1 - Distribuzione per classi di età Regione Lazio

FONTE: WWW.OPENSALUTELAIZIO.IT DA ISTAT

Come già precedentemente detto, nel Lazio la popolazione per il 21% è composta da anziani sopra i 65 anni, con un indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini fino ai 14 anni) pari a 158,5.

Come si può osservare dalla Figura seguente, tale indice è stato negli ultimi anni in evidente crescita, essendo passati dal 2006 da un valore di 139,7 (perfettamente in linea con la media Italia) ad un incremento di valore pari a 18,8 nel 2018, che significa che ogni 1.000 bambini sono quasi 19 gli anziani in più rispetto al 2006.

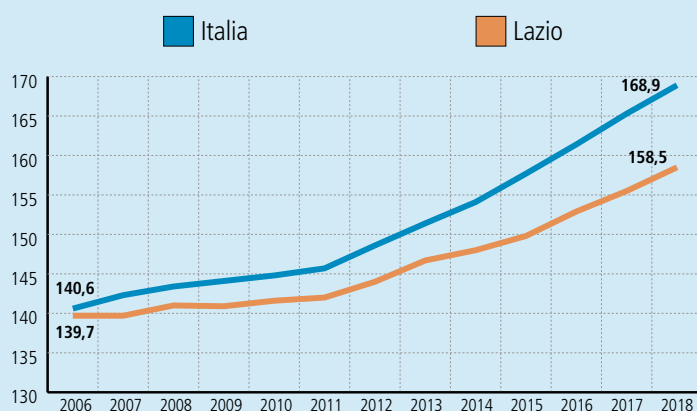


FIGURA 2 -Indice di Vecchiaia Regione Lazio –Anni 2006 - 2018

FONTE: WWW.OPENSALUTELAIZIO.IT DA ISTAT

Interessante, al fine di capire l'evoluzione della numerosità degli anziani e il carico che questa ha sulla popolazione del Lazio, è vedere l'indice di dipendenza degli anziani, cioè il carico della popolazione anziana sulla popolazione in età lavorativa, ovvero il rapporto tra il numero delle persone con più di 65 anni e la popolazione attiva (15-64 anni). Ogni 1.000 persone in età lavorativa nel Lazio ci sono circa 33 persone anziane, quindi persone che non lavorano.

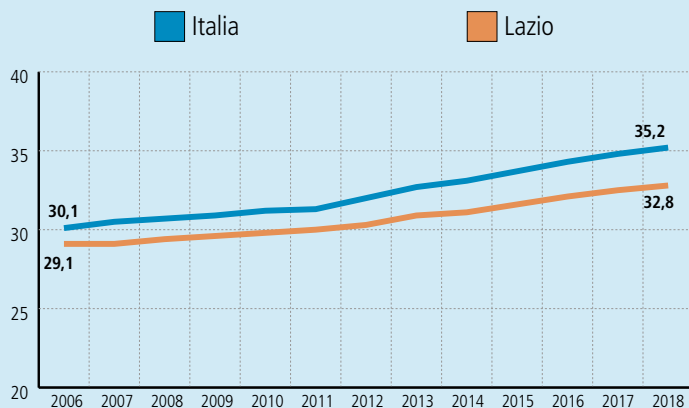


FIGURA 3 - Indice dipendenza anziani Regione Lazio

Fonte: WWW.OPENSALUTELAZIO.IT DA ISTAT

Riprendendo quanto riportato nei capitoli precedenti nel Lazio ci sono 379.445 malati di diabete nel 2016 per un tasso grezzo pari 98,3 per 1.000 abitanti. Mentre per la BPCO abbiamo 294.374 casi per un tasso grezzo pari a 76,3 per 1.000 abitanti.

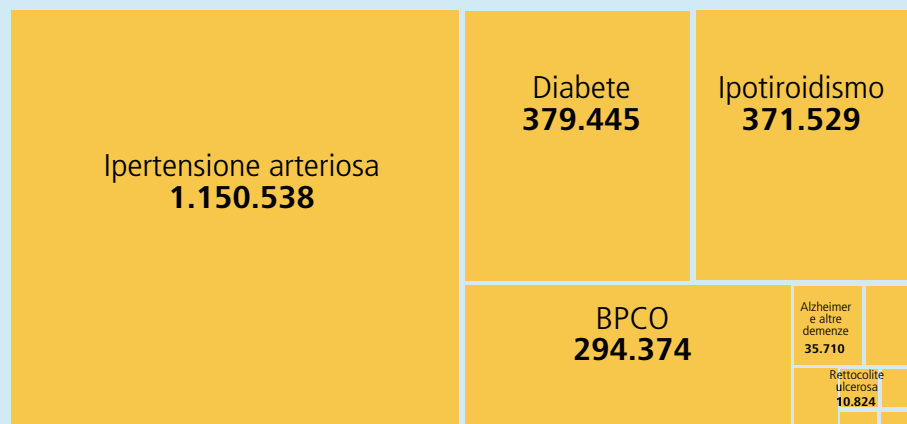


FIGURA 4 -Prevalenza malattie Regione Lazio 2016

Fonte: WWW.OPENSALUTELAZIO.IT DA ISTAT

Le RSA possono rappresentare una risorsa importante nel territorio per accogliere l'utenza anziana e portatrice di patologie croniche, in quanto organizzate per fornire risposte a bisogni differenti rispetto a quelli gestiti da ospedali (rivolti quasi esclusivamente ai pazienti sofferenti di una patologia acuta) e dalle Case di riposo (destinate agli anziani che non necessitano di un'assistenza sanitaria).

Purtroppo, nel Lazio non sempre è stato garantito un appropriato utilizzo delle Case di riposo con il risultato di produrre nella popolazione confusione tra RSA e Case di riposo. Le Case di riposo non dovrebbero accogliere pazienti non autosufficienti ma, purtroppo, talvolta lo fanno, nonostante non siano dotate di personale sanitario e, quindi, non siano in grado di erogare assistenza agli ospiti in modo adeguato, spesso con il conseguente aggravarsi delle condizioni psico-fisiche, come denunciato anche pubblicamente dall'Aiop Lazio. Ciò fa sì che la domanda in qualche modo subisca una distorsione rispetto all'offerta, e che famiglie e pazienti si rivolgano in modo errato a strutture non idonee.

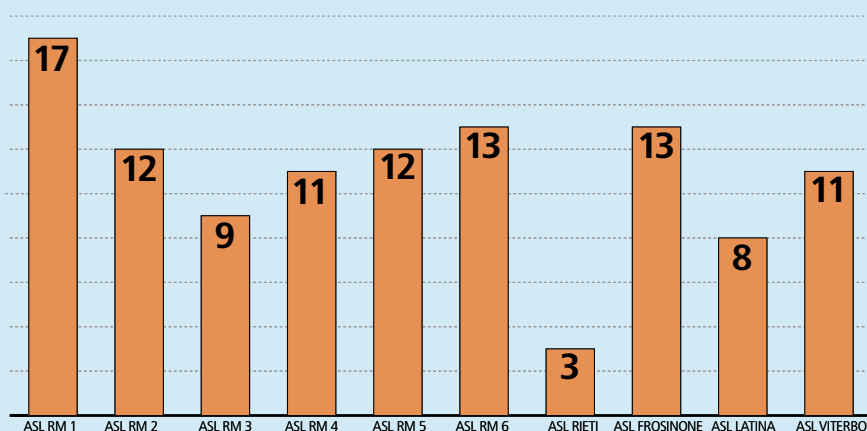


FIGURA 5 - Numero di RSA nel Lazio – Anno 2017

FORNTE: AIOPI LAZIO

Da un'analisi condotta dall'Aiop Lazio, per tre anni consecutivi, sono emersi dati molto interessanti relativamente all'occupazione dei posti letto delle RSA laziali. L'indagine è stata condotta su tutte le realtà aderenti all'Aiop Lazio che risultano essere il 50% delle 109 strutture complessivamente presenti nel Lazio. Il risultato che ne è emerso è che in molte di queste risultano diversi posti letto liberi, fatto solo eccezione delle strutture che insistono sul territorio dell'ASL Roma 2.

Le RSA potrebbero contribuire ad alleggerire reparti di medicina e pronto soc-

corso ma, purtroppo, ad oggi ancora le procedure di ammissione nelle strutture sono disomogenee e farraginose, il passaggio attraverso i servizi delle Aziende Sanitarie territoriali non sempre è appropriato, causando a volte addirittura il ritardo della presa in carico, con liste di attesa dalla difficile gestione e verifica. Aiop Lazio crede che un ruolo maggiormente centrale delle RSA possa favorire il miglioramento del valore dell'assistenza offerta ai pazienti anziani affetti da cronicità ad esempio favorendo l'accesso di tali pazienti anche dai pronto soccorso – dove spesso si trovano a transitare inappropriatamente se non affetti da episodi acuti anche a causa di ragioni più sociali che sanitarie - attraverso una maggior interazione con i Pua che può essere resa finalmente possibile attraverso gli strumenti della digitalizzazione.

Il problema riguarda anche tutti quegli anziani che vengono ricoverati per stabilizzare uno stato di acuzie, ma che successivamente devono essere trattenuti, perché, sia per la condizione sociale e familiare in cui versano, sia per le patologie dalle quali sono afflitti, non possono essere dimessi presso le proprie abitazioni. Per questa tipologia di pazienti potrebbe essere appropriato un ricovero nelle strutture di lungodegenza, ma spesso i tempi tecnici di valutazione che rallentano il tutto, con il risultato ultimo che i pazienti finiscono per occupare letti di acuzie in modo inappropriato, mentre in molte RSA, come evidenziato dalla figura a seguire, sono presenti posti disponibili.

Infatti, esaminando i dati che riguardano le 47 strutture Aiop del Lazio, si può notare che ci sono stati diversi posti letto non occupati nell'arco del 2017 che potevano essere utilizzati, previa valutazione multidimensionale, per fornire un'assistenza appropriata al paziente anziano affetto da patologie croniche.

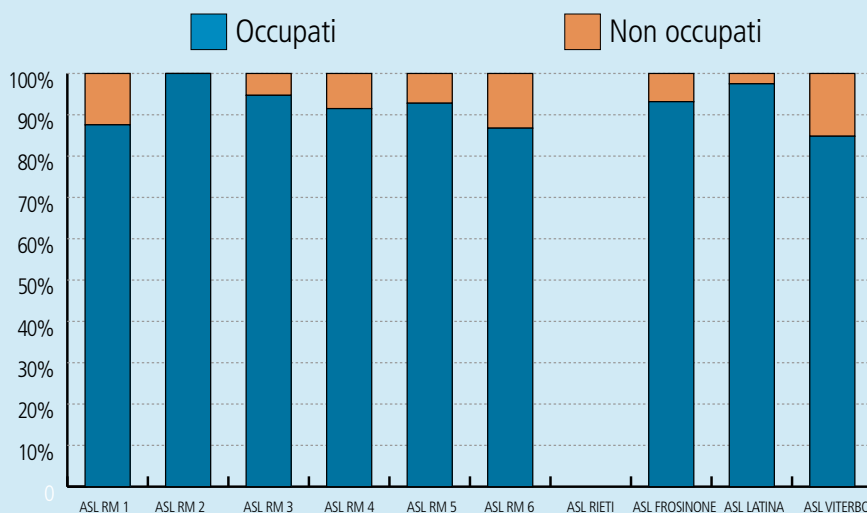


FIGURA 6 -Posti letto occupati e non occupati nelle RSA associate Aiop Lazio nel 2017

FONTE: AIOP LAZIO

La necessità di riorganizzazione della rete territoriale è stata colta dalla Regione con il DCA 16/2018 con cui, riprendendo il DCA 187 del 2017, tutte le strutture interessate al processo di riorganizzazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti anche anziane, sono state invitate a presentare domanda. Il Decreto è stato pubblicato sul Bollettino ufficiale il 25 gennaio 2018, ma ancora ad oggi, a più di un anno, non si è conclusa la valutazione e non si conoscono gli esiti della disamina delle istanze.

Il Lazio, nella libertà data alle Regioni rispetto all'organizzazione del territorio, ha classificato dal 2012 le tipologie assistenziali relativamente a queste strutture dedicate agli anziani secondo quanto riportato nella tabella. Considerando che, la Regione stessa, ha istituito due nuove tipologie assistenziali nelle RSA (cognitivo comportamentale e estensivo), che ancora, di fatto, non sono state attivate perché sono carenti dei criteri di accesso.

Nello specifico il DCA 99/2012 definisce la corrispondenza tra le tipologie di trattamento, così come definite precedente dal DCA 8/2011 che ripercorreva la classificazione ministeriale (tabella 1).

Da fonte ministeriale si evince la descrizione delle tipologie così come riportato nella tabella 2.

Nel Lazio gli ospiti delle RSA partecipano alla quota sociale in base ai criteri adottati dalla DGR 790/2016. La quota giornaliera a carico del beneficiario della prestazione viene elaborata in base alla condizione economica

Livelli prestazioni	Denominazione del nucleo assistenziale DCA 39/12	Tipologia di trattamento DCA 39/12
R1	Nucleo di assistenza residen-	Intensivo
R2 - R2D	Nucleo di assistenza residen- ziale di mantenimento A	Mantenimento -RSA
R3	Nucleo di assistenza residen- ziale di mantenimento B	
SR	Nucleo di assistenza residen- ziale di mantenimento	

Tabella 1: Corrispondenza tra le tipologie di trattamento e i nuclei assistenziali
 FONTE: DCA 99/2012

Codice e denominazione	Prestazione	Strutture tipiche	Standard assistenziali
R1 Unità d'offerta Residenziali Intensive	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Intensive a persone non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (tipologie di utenti: stati vegetativi o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone affetti da malattie neurodegenerative progressive).	Strutture che ospitano: stati vegetativi o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone affette da malattie neurodegenerative progressive.	Guardia medica: h 24 Assistenza medica: 300 minuti/die per nucleo Infermiere: h 24 Assistenza globale > 210 min. Assistenza infermieristica > 90 min.
R2 Unità d'offerta Residenziali Estensive	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Estensive a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad esempio: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.).	RSA	Assistenza medica: 160 minuti/die per nucleo Infermiere h 24 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 45 min.
R2D Unità d'offerta Residenziali a persone con demenza senile	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziale a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente «protesico».	RSA demenze Nuclei Alzheimer RSA	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo Infermiere h 12 Assistenza globale > 140 min. Assistenza infermieristica > 36 min.
R3 Unità d'offerta Residenziali di mantenimento	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità d'offerta residenziale di Mantenimento).	Residenze protette Case protette	Assistenza medica: 60 minuti / die per nucleo Infermiere h 8 Assistenza globale > 100 min. Assistenza infermieristica > 20 min.

Tabella 2: Ministero della Salute. Classificazione delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti

Fonte: LE TARIFFE DELLE RESIDENZE PROTETTE PER ANZIANI. DI FRANCO PESARESI – I LUOGHI DELLA CURA ONLINE N°2 – 2018 – MINISTERO DELLA SALUTE, 2007; MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI, DECRETO 17/12/2008

dello stesso e valutata tramite l'Indicatore Situazione Economica Equivalente (ISEE) di prestazione sociosanitaria residenziale ai sensi del DPCM 159/2013 e s.m.i. e per il quale, in alcuni casi, il paziente può essere esentato totalmente dal pagamento della retta.

Il finanziamento previsto è in compartecipazione tra utenti e Comuni per quanto concerne la parte sociale.

Regione	Tipologia	Anno	
Molise	Unità di cure residenziali di mantenimento (Case protette)	2016	
Puglia	Residenza sociale assistenziale	2012	
Morche	Residenze protette	2014	
Abruzzo	Residenze assistenziali	2014	
Frivfi V.G.	Residenze protette	2013	
Liguria	Residenza protetta di lungo-assistenza	2012	
	Residenza protetta di mantenimento	2012	
Emilia Romagna	Casa residenza	2016	
Sicilia	Casa Protetta	2012	
Umbria	Residenza protetta	2010	
Lazio	R3 Mantenimento b	2013	
Calabria	Casa protetta	2015	
Sardegna	R3B	2017	
Piemonte	bassa intensità: 87 min. assistenza	2010	
	medio intensità: 102 min. assistenza	2010	
Toscana	Modulo a bassa intensità assistenziale (BIA)	2014	
Veneto	1° livello	2009	

Figura 8: Analisi tariffe regionali

FONTE: LE TARIFFE DELLE RESIDENZE PROTETTE PER ANZIANI. DI FRANCO PESARESI – I LUOGHI DELLA CURA ONLINE N°2 - 2018

Va rilevato che la tariffazione nelle diverse regioni italiane è molto differente. Dall'analisi effettuata sembra che il Lazio non si trovi poi così in una posizione di vantaggio. Ogni tariffa riportata nella tabella andrebbe messa, infatti, in relazione con il livello assistenziale richiesto in ciascuna regione e con la tipologia di ospiti presenti nelle strutture, oltre che con i requisiti minimi imposti dalla normativa per il personale.

Tariffa regionale	Quota sanitaria pro die	% quota sanitaria sulla tariffa
56,00	28,00	50,00
62,51	31,26	50,00
66,51 fino a 74,76	33,51	50,30-44,8
70,75	35,37	50,00
75 (media) al netto dei rimborsi degli oneri sanitari	29,00	38,70
70,71	28,71	40,60
88,24	46,24	52,20
Liv C: 82,65 Liv D: 77,15 Escluse prestazioni sanitarie a carico ASL	fornita dall'ASL in base al PAI	
80,00	40,00	50,00
87,20	43,50	49,90
98,40	49,20	49,80
119.91 (Araste)	59,95	50,00
114.20 (Agidoe)	57,10	50,00
124.99 (Aiop)	62,49	50,00
116,00	58,00	50,00
	37,00	
	40,00	
	33,60	
	49,00	

Note bibliografiche generali

- [1] DGR 6164 del 30/01/2017 “Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili”. Determinazioni in attuazione dell’art. 9 della Legge n. 23/2015
- [2] DGR n. X/6551 del 04.05.2017 «Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili» in attuazione dell’art. 9 della L.R. 33/2009
- [3] Allegato D del DGR nr. 2171 del 29 dicembre 2017 “La gestione integrata della cronicità nella Regione Veneto: il modello di Care Management Team”
- [4] DGR 1152/2015 “DGR 716/2009. Approvazione risultati ed individuazione linee di sviluppo della sanità d’iniziativa a livello territoriale”
- [5] DGR 650/16, “Sanità d’iniziativa - Approvazione indirizzi per l’implementazione del nuovo modello”
- [6] VIHTALI. Getting Higher Value Healthcare – ValueCare “HIGH VALUE DIABETES CARE”. 2018
- [7] DCA U00052/2017
- [8] DCA U00169/2014
- [9] DCA n. U00187/2017

Capitolo 5

Soluzioni e prospettive: le raccomandazioni per il rafforzamento del “Modello Lazio”

Dall'analisi proposta nei precedenti capitoli e come evidenziato dalla relativa analisi Swot, la Regione Lazio presenta in potenza delle caratteristiche tali da poter attuare una radicale evoluzione della propria *governance* delle cronicità e della complessità nei prossimi anni. Qualsiasi disegno o processo di cambiamento, tuttavia, necessita di un inquadramento complessivo di tipo politico e istituzionale.

Introduzione

Dal 28 febbraio 2007 la Regione Lazio ha stipulato l'accordo di piano di rientro da cui, nel 2008, è iniziata una fase di commissariamento tuttora in corso. All'inizio del commissariamento la Regione era gravata da un debito di 10 miliardi di euro con un disavanzo di gestione che superava €1,2 miliardi (nel 2005 era addirittura di quasi €2 miliardi) e con un punteggio nella Griglia Lea che vedeva la Regione inadempiente e sotto la soglia di sufficienza dei 160 punti.

Nei successivi 10 anni si sono succeduti 6 commissari ad acta e 4 sub-commissari il cui compito è stato quello di dar seguito al progetto di risanamento e di rendere sostenibile la sanità laziale.

La Regione, prima con il decreto n. 80 del 2010 e poi con l'attuazione del D.M. 70 del 2015, ha visto profondamente riorganizzata la sua rete ospedaliera che ha subito un ridimensionamento soprattutto per quanto riguarda i posti letto. Tale trend è proseguito nel corso degli anni con dei tagli che **dal 2007 al 2015, hanno portato a una contrazione dei posti letto per acuzie del 16,41%, dei posti complessivi in lungo degenza del 38,49%, dei posti di riabilitazione del 36,81%.** [1-6]

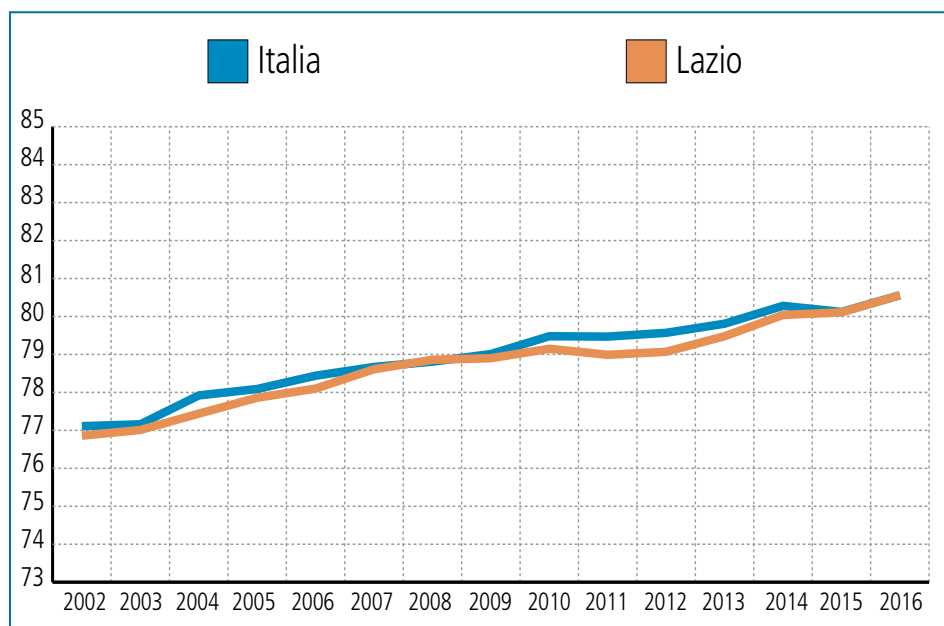


FIGURA 1 - Speranza di vita (valori in anni) alla nascita. Maschi - Anni 2002-2016

Fonte: RAPPORTO OSSERVASALUTE 2017

Inoltre, altro dato caratterizzante, nel lasso di tempo di piano di rientro, il blocco del turnover ha inevitabilmente reso meno performante i servizi con un capitale umano progressivamente ridotto e sempre meno motivato. Di conseguenza, nel tempo, si sono cercate soluzioni attinenti alla sfera finanziaria e un sistema fiscale suppletivo (es. la corrispondenza di aliquote Irpef e Irap tra le più elevate in Italia) che ha prodotto una sostenibilità economica a breve termine non tenendo conto, però, né dei mutati scenari demografico-epidemiologici (figura 1) né del crescente problema della *workforce* sanitaria.

Dal 2013 il percorso di recupero finanziario e sanitario della Regione ha recuperato maggior vigore: i Lea sono passati dai 152 punti del 2013 ai 180 del 2017 [7] e anche i conti, sebbene perduri il disavanzo gestionale, sono passati dai -670 mln del 2013 ai -45,6 mln nel 2017 (disavanzi colmati dalle coperture aggiuntive delle sovrattasse). Ad ogni modo, la spesa pro-capite pubblica dei cittadini laziali si è ridotta, tanto in assoluto quanto relativamente al dato italiano generale (spesa sanitaria corrente pro capite, Figura 2) o in proporzione al Pil.

Ciò risulta in controtendenza rispetto al medesimo dato riferito all'Italia dove la spesa sanitaria pubblica in percentuale di Pil si è mantenuta pressoché costante tra il 2002 e il 2016, nonostante una marcata variabilità, al contrario della spesa sanitaria privata in percentuale di Pil che, nello stesso periodo, ha fatto registrare un incremento costante (Figura 3).

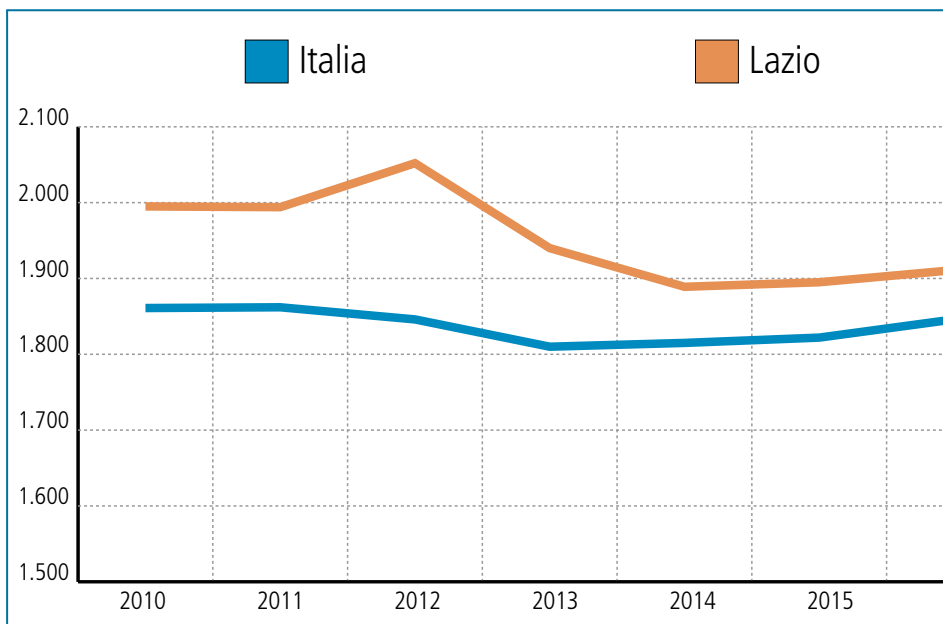


FIGURA 2 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite - Anni 2010-2016

Fonte: RAPPORTO OSSERVASALUTE 2017

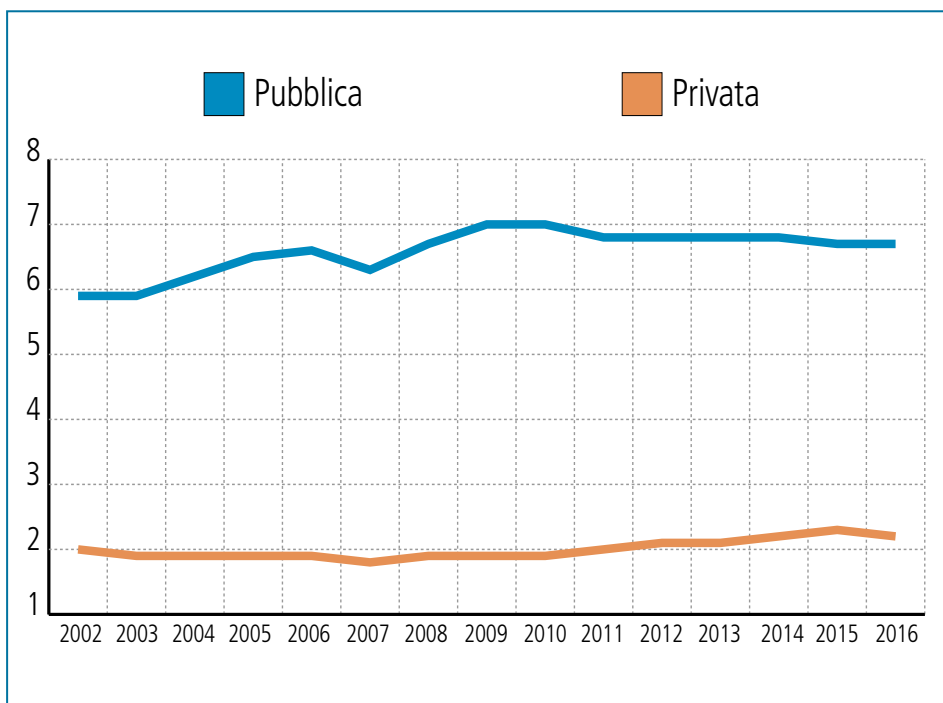


Figura 3 - Trend della spesa sanitaria (pubblica e privata) in percentuale di PIL in Italia

(REPORT AIOP GIOVANI 2018)

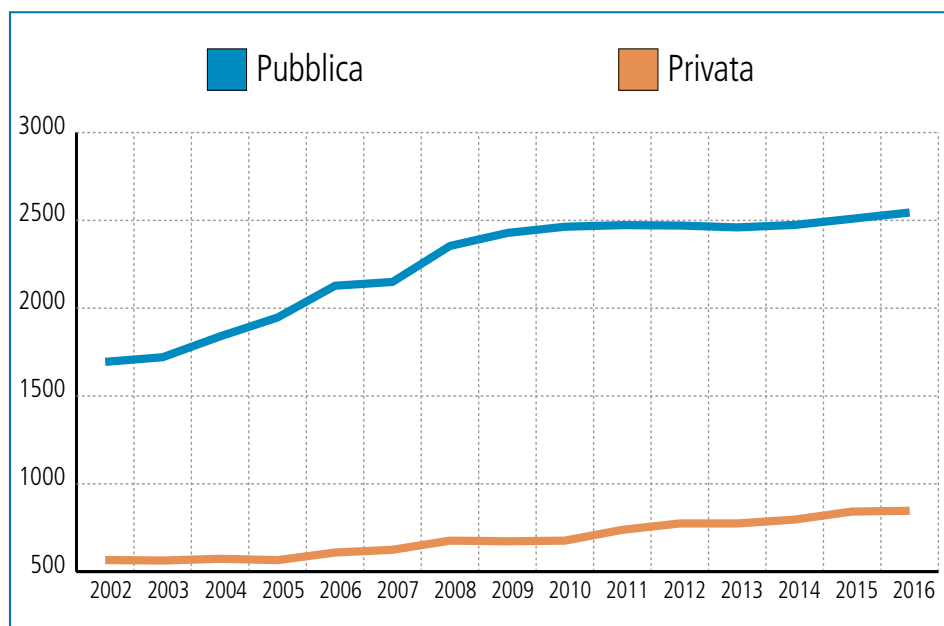


Figura 4 - Trend della spesa sanitaria (pubblica e privata) pro-capite a parità di potere d'acquisto in Italia (REPORT AIOP GIOVANI 2018)

Al contrario, la spesa sanitaria pubblica a parità di potere d'acquisto (Figura 4) è cresciuta costantemente in Italia, così come, anche se in maniera meno marcata, la spesa sanitaria privata a parità di potere d'acquisto. Tale dato, naturalmente, è inficiato dall'andamento dell'indice di inflazione nello stesso periodo, rendendosi maggiormente utile nelle analisi comparative internazionali (come fatto precedentemente) piuttosto che nelle analisi di trend.

5.1. Gestione integrata dall'acuzie alla lungodegenza e misurazione della performance

A livello nazionale, l'importante decremento nei tassi di ospedalizzazione per alcune specificate condizioni croniche non sembra accompagnato da un equivalente incremento della spesa sanitaria pubblica per le prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale ed erogate dal territorio. Tale dato sembra essere evidenziato anche nella Regione Lazio e ha definito negli ultimi anni un quadro di investimento in sanità non pienamente rispondente alle nuove esigenze epidemiologiche della popolazione.

Tale situazione, attestato l'incremento costante della prevalenza delle principali patologie croniche nella popolazione italiana, sembra stia comportan-

do un incremento della spesa sanitaria privata conseguente all'incremento della spesa *out-of-pocket*, derivante sia dalla compartecipazione alla spesa (ticket) sia dall'accesso a prestazioni in regime privato, con aggravio sulle spalle dei singoli cittadini. Pertanto, sarebbe opportuna una precoce e rinnovata programmazione dei servizi, con maggior integrazione pubblico-privato in ambito di setting ambulatoriale e residenziale, al fine di scongiurare il fenomeno, peraltro già descritto anche nel nostro Paese, della rinuncia alle cure per motivi economici. [8,9]

Se si estrapola il dato concernente la sola Long term care (Ltc), tale settore è oggi uno tra quelli a più alto impatto sulla società e sul sistema di welfare in Italia e, considerando il trend di invecchiamento della popolazione, sarà chiamato nei prossimi anni a giocare un ruolo ancora più notevole. Il mondo dell'assistenza e della cura agli anziani coinvolge oggi direttamente e indirettamente almeno 10 milioni di italiani e, pertanto, si prospetta come uno dei temi prioritari da affrontare in quanto entreranno nella lista delle urgenze di policy tanto per i decisori quanto per i portatori di interesse, specie privati. Il settore Ltc, infatti, si caratterizza per la presenza di due diversi profili di operatori:

- operatori molto piccoli e specializzati, che gestiscono in media 2 strutture residenziali e null'altro in un unico territorio e con vocazione prevalente al servizio pubblico;
- grandi operatori, presenti su più territori e operanti in diversi ambiti del settore sociosanitario, che presentano una offerta di più setting assistenziali in filiera.

Complessivamente nel Lazio, così come del resto in Italia, prevalgono i servizi accreditati/convenzionati in uno schema di finanziamento pubblico, anche se ci sono timidi tentativi di apertura al mercato privato anche con servizi di counselling o sportelli di presa in carico delle famiglie. Tale aspetto evidenzia come, nonostante i cambiamenti relativi al finanziamento diversificato nel corso degli anni, il settore della Ltc, teso alla gestione della cronicità e della fragilità, storicamente ha avuto una caratterizzazione manageriale in cui le strutture di diritto privato hanno operato un ruolo importante all'interno di una cornice pubblica.

Tale settore attraversa un momento di crisi del proprio modello tradizionale, messo in difficoltà da una mancata integrazione funzionale che penalizza la piena presa in carico e la continuità di cura del paziente, proprio in un momento di potenziale espansione della domanda che ha favorito gli investimenti nel settore, soprattutto da parte di grandi soggetti finanziari. [10]

Il Lazio con il Piano sociale “Prendersi cura, un bene comune”, ha impostato un percorso per dare delle risposte a dei bisogni di salute che appaiono progressivamente più complessi e differenziati, ma ancora molto resta da fare. Ad esempio, l’Adi per la popolazione over 65 è passata dall’essere presente in una percentuale pari allo 0,93 nel 2012 all’1,69 del 2017. [7] Tali valori non sembrano ancora essere allineati con il dato necessario alla risposta efficace dei bisogni ed è molto inferiore a quello di diverse regioni italiane (la sola Emilia-Romagna ha una prevalenza di assistenza in Adi degli over 65 superiore al 4%). [10]

La gestione di anzianità, cronicità, multi-morbosità rappresentano oggi le vere leve su cui è possibile misurare la reale capacità di un Ssr nel dare risposte ai bisogni di salute della propria popolazione. La performance di un sistema sanitario viene spesso descritta attraverso una serie di caratteristiche, tra cui la qualità, l’accesso e il costo dell’assistenza. [11] Parlare di performance in sanità vale a dire considerare le diverse dimensioni della stessa in sanità, ovvero:

- lo stato di salute della popolazione e gli esiti clinici ottenuti a seguito di interventi sanitari di varia natura (chirurgici, medici, Sanità pubblica etc.);
- l’appropriatezza di tali interventi;
- la capacità di risposta del sistema alle legittime aspettative dell’individuo nel rispetto della dignità della persona, della libertà di scelta e della sua privacy;
- la “protezione finanziaria”, ovvero la capacità del sistema di proteggere le famiglie dall’impoverimento per il dover far fronte alle spese sanitarie;
- l’efficienza del sistema in relazione all’utilizzo delle risorse disponibili;
- l’equità, che può essere vista come uguale distribuzione delle dimensioni descritte tra i cittadini in relazione ai bisogni. [11,12]

Il rapporto Osservasalute 2017 ha descritto, partendo da un’analisi dell’Istat e del Ministero della salute, un’analisi fattoriale che ha permesso di delineare il quadro della performance dei Ssr nel periodo in studio, dal 2008 al 2015. La proiezione delle regioni sul piano fattoriale delinea quattro gruppi di regioni: quelle a bassa performance (Campania, Sardegna, Sicilia in miglioramento, Calabria e Puglia) quelle a media performance (Basilicata in miglioramento, Molise in peggioramento, Abruzzo e Lazio), quelle con buona performance ed alta spesa (Valle d’Aosta, Trentino-Alto Adige, Piemonte e Liguria in peggioramento) e quelle ad alta performance (Umbria in peggioramento, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Friuli Venezia Giulia).

Il quadro nazionale della performance in sanità rileva situazioni di buona copertura dei sistemi sanitari nelle regioni del Centro-Nord, mentre per il Meridione appare urgente un forte intervento in grado di evitare discriminazioni sul piano dell'accesso alle cure e dell'efficienza del sistema.

Il Lazio ha presentato in questi anni una performance complessiva che guarda alle posizioni meno virtuose del panorama sanitario italiano, ma il suo potenziale ospedaliero e di ricerca, gli sforzi portati avanti a livello centrale (già notevoli e che permettono un quadro complessivo in miglioramento), il suo network di strutture di eccellenza potrebbe permettere un salto di qualità in funzione dell'integrazione pubblico privata e un lavoro, già in atto, importante sulle informazioni epidemiologiche e su percorsi di cura e assistenza maggiormente orientati al concetto di valore.

APPROFONDIMENTO

Le liste di attesa

Un elemento essenziale per misurare l'effettivo rispetto del diritto all'accesso alle cure del Servizio sanitario nazionale è rappresentato dalle liste di attesa. Le liste di attesa prolungate e/o addirittura la totale carenza nella possibilità di erogare determinate prestazioni, fanno sì che i pazienti debbano migrare in un'altra regione o ricorrere al mercato delle prestazioni a pagamento per ottenere le risposte che cercano ai propri bisogni di salute. [13] La problematica delle liste di attesa è ad ogni modo presente trasversalmente in tutte le regioni di Italia e la lunghezza delle liste di attesa può avere diversi significati: razionamento della domanda (motivo economico), selezione della domanda (motivo di appropriatezza) e inefficienza tecnico-organizzativa/allocativa (deficit di offerta). Per quanto concerne questo tema, la Regione Lazio si è dotata di un nuovo Sistema di rilevazione dei tempi di attesa in sanità. Uno strumento che, nelle intenzioni, nasce per la trasparenza e di cui la Regione Lazio si è dotata in considerazione del trend di crescita delle prestazioni erogate entro i tempi indicati dalla Legge nazionale: nel Lazio si è infatti passati dal 50% del 2015 all'80% registrato nel 2018 (il trend è stato del 62,2% nel 2016, e del 70% nel 2017). L'obiettivo è quello di raggiungere nel 2019 il 90% dei tempi per i primi accessi sulle prestazioni critiche. [14]

5.2. Strategie ed esempi operativi di “value based healthcare”

Gli obiettivi di una strategia focalizzata all’implementazione di reti integrate e percorsi ottimali di cura per le patologie croniche e la multi-morbilità possono essere definiti a breve (migliorare l’allocazione delle risorse nel rispetto dei risultati misurati attraverso il dato *real world*), a medio (garantire maggior trasparenza dei processi decisionali e migliorare la qualità del trattamento dei pazienti, in particolare dei cronici e multimorbidi) e a lungo termine (garantire migliori esiti clinici riducendo le inapproprietezze), passando così da una sanità a basso valore a una sanità in cui migliora l’allocazione delle risorse in rapporto al carico di malattia e bisogno di salute (valore allocativo), aumenta la performance delle organizzazioni e dei professionisti nell’ottenere risultati di salute migliori sulla specifica patologia/condizione per la popolazione di riferimento (valore tecnico-professionale), ovviamente mantenendo il tutto allineato con il sistema valoriale e le aspettative del singolo paziente (valore personale). [15]

Dai sopra descritti dati relativi alla performance, è fondamentale un approccio “*tailored*” a uno degli elementi di complessità di certo più gravoso per il Ssr laziale rispetto agli altri, ovvero quello delle cronicità. Come si è visto nei capitoli precedenti, diversi sono i modelli di gestione delle cronicità che – in contesti di governo dei servizi non dissimile da quello italiano e della Regione Lazio – possono rappresentare un benchmark oltre che un utile strumento di confronto per “contaminare” il contesto sanitario laziale e proporre un nuovo modello di cure.

Un esempio tra quelli riportati, di potenziale interesse, è rappresentato dal modello “Alzira”, già esteso geograficamente a oltre cinque Regioni spagnole, e teso a supportare con la rete ospedaliera il network delle cure primarie. In Finlandia si stanno sviluppando modelli partecipativi con pieno “ingaggio” dei pazienti – per ora solo diabetici – al fine di strutturare processi che vedano l’insieme di strutture di diritto pubblico e privato nella risposta a bisogni complessivi e integrati del paziente.

Anche la remunerazione sull’intero ciclo di assistenza (es. *bundle payment*) possono rappresentare una scommessa per il Ssr del Lazio, potenzialmente tesa a garantire sostenibilità al sistema e legate all’organizzazione dell’assistenza in funzione del finanziamento. Negli ultimi anni, difatti, in molti Paesi europei stanno aumentando i cosiddetti finanziamenti bundle ovvero finanziamenti con importo fisso, pagati direttamente dal terzo pagante (Stato, mutua o assicurazioni private a seconda del sistema sanitario) ovvero da un intermediario, un provider che riceve tale finanziamento al fine di erogare

servizi attraverso le proprie strutture o in rete con altri. Tali finanziamenti possono riguardare sia “pacchetti” di assistenza destinata a pazienti cronici (il finanziamento si riferisce a cicli di cura programmabili e al modello di assistenza, ripetibile per la specifica tipologia di pazienti) o a rischio di sviluppare patologie croniche - così come avviene in Germania nella regione del Kinzigtal o in Olanda attraverso i Primary health group, Zio. [8] Lo scopo, in entrambi i casi, è di incoraggiare i provider a fornire assistenza di qualità, coordinata e integrata, evitando gli sprechi e migliorando l’appropriatezza delle prestazioni ricevute. Attraverso questa tipologia di finanziamenti i provider diventano i responsabili dell’assistenza erogata e pertanto, poiché in alcuni casi sono previsti dei bonus relativi alla qualità dei servizi erogati, sono incoraggiati nel fornire le prestazioni integrate, in un setting corretto e secondo scadenze prestabilite.

I modelli stranieri danno la possibilità di rappresentare quanto un’effettiva e trasparente integrazione pubblico-privato per la gestione delle cronicità sia oggi un’alternativa oltre che valida, fattibile e riproponibile anche in Italia. Ciò è stato ricordato di recente anche dall’Oms attraverso il report “Analytical guide to assess a Mixed provider payment system (Mpps)” nel quale si ricorda come, in un sistema misto pubblico-privato, differenti modalità di pagamento siano capaci di garantire l’interazione dei differenti provider orientando i loro comportamenti agli obiettivi definiti in fase programmatica. [16]

Calando tali indicazioni nella realtà della Regione Lazio, i servizi di assistenza sanitaria primaria potranno essere valorizzati attraverso una futura maggiore armonizzazione della rete delle cure primarie coordinata dal Distretto con la complessiva offerta di servizi per la Ltc.

È importante ricordare che tendere alla qualità dei servizi, sebbene di estrema importanza di per sé e come strumento utile al miglioramento dei risultati generali, non assicura maggior equità né un miglior risultato in termini di outcome di salute in quanto il paziente trattato o la sottopopolazione oggetto di intervento potrebbe non essere quella che ne ha maggior bisogno. [17] Operativamente, il monitoraggio degli esiti di salute, relativi alle singole patologie croniche, oltre ai classici indicatori clinici, dovrà prevedere anche una valutazione multidimensionale di outcome personalizzati che valutino la componente personale e quella sociosanitaria. [18]

Studi recenti hanno esaminato le misure di *assessment* esistenti che vengono proposte per valutare i servizi dedicati alle persone con multimorbilità e hanno delineato un quadro logico per la misurazione del valore dell’assistenza offerta a questi pazienti. [19]

5.3. Partnership pubblico – privato e servizi a valore aggiunto

Le necessità economico-finanziarie prima descritte, i piani di rientro e le modalità impiegate per superarne le criticità, hanno portato ad una contrazione dell'offerta dei servizi (riduzione posti letto) cui non è seguita una riorganizzazione complessiva nella maggior parte dei casi. La possibilità di una messa a sistema delle effettive risorse strutturali e della conseguente capacità di accoglienza, finalizzata alla erogazione delle cure reali, dovrebbe essere una delle prerogative della rete delle cure primarie. La rete rappresenta l'elemento cardine di un sistema più efficace e partecipato per le cronicità; essa dovrebbe essere coordinata a livello strategico e distrettuale attraverso una gestione diretta ed indiretta della risposta ai bisogni, tesa ad una più razionale erogazione complessiva dell'offerta di servizi per la Ltc.

In chiave di partenariato pubblico privato, già oggi Rsa, centri di riabilitazione estensiva e altre strutture di cure intermedie, attraverso attività puntuali e non strutturate, spesso dovute alla volontà delle singole strutture e ad accordi specifici, permettono una ulteriore forma di supporto al sistema ma, a causa della loro sporadicità, il risultato ottenuto è, spesso, minore rispetto alle potenzialità.

La regia del distretto e una sua più efficace attività di committenza potrebbero far emergere il quadro concreto delle esigenze del sistema e della popolazione, relativamente alle condizioni croniche, e delle possibili risposte che il sistema stesso, tenendo conto di innovazioni organizzative e della disponibilità ad incentivare diverse tipologie di intervento, quali quelle in ambito semi-residenziale, come descritto per esperienze estere, potrebbe attuare.

Come detto, la Regione Lazio sta investendo molto per la reale integrazione dei servizi territoriali, ma ad oggi essa è ancora in fase evolutiva e dovrebbe tener conto di una implementazione operativa di tale integrazione tra l'offerta dei servizi in acuzie e tutte le tipologie assistenziali presenti a livello territoriale, anche attraverso la condivisione di protocolli e procedure che semplifichino la creazione di reti efficaci tra le diverse strutture di accoglienza.

Un'opportunità per la gestione delle multi-cronicità è rappresentata dal possibile sviluppo di profili avanzati per la gestione integrata della cronicità in chiave di azione proattiva. Il Piano sociale della Regione Lazio di recente approvazione, "Prendersi cura, un bene comune", racchiude *in nuce* una enorme potenzialità visti i molti aspetti che riguardano l'ambito della governance delle cronicità, tra questi: la co-progettualità con le aziende del Terzo settore, il potenziamento dei Punti unici di accesso alle prestazioni socio-sanitarie e della governance del sistema integrato; la priorità data all'assistenza domiciliare, anche attraverso l'empowerment del *caregiver*, vale a di-

re il familiare che assiste un congiunto ammalato e/o disabile.

In questo senso va ricordato che nella gestione clinica delle persone con multimorbilità, la presenza di priorità contrastanti rende necessario tradurre in pratica i modelli di gestione personalizzata tramite, ad esempio, l'utilizzo della misurazione degli esiti di salute significativi per i pazienti (ad es. funzione), la formulazione di priorità e obiettivi espliciti e interventi appropriati, sia in termini di rapporto costo - beneficio così come di onere in senso assoluto.

Nel contesto sopra descritto, l'ottimizzazione della gestione dei pazienti, in particolare di quelli cronici, richiede oggi da parte dei sistemi sanitari un'attenta definizione del loro percorso di cura integrato e di un'attenta valutazione di quanto questo si discosti dai percorsi clinici intra-aziendali e territoriali normalmente condivisi (procedure aziendali, Pdta - per patologia e/o piani terapeutici). La rilevazione di questi scostamenti diventa, inoltre, uno strumento importante di governo per rilevare il grado di appropriatezza ovvero delle inefficienze cliniche ed economiche, nonché eventuali aree di miglioramento (es. sottoutilizzo delle risorse).

A tal proposito, in un moderno piano di trasformazione dei servizi sociosanitari orientato a una reale partnership pubblico-privato, va ricordata l'importanza dell'integrazione dei servizi cosiddetti *"servizi a valore aggiunto"* ovvero *"l'insieme complesso di servizi qualificati e distintivi, integrati nell'offerta della specialità medicinale, destinati a generare valore per pazienti, medici e tutti gli stakeholder coinvolti"*. Tali servizi possono avere l'obiettivo di migliorare la comprensione delle patologie (disease awareness), per facilitare le diagnosi e l'accesso alle terapie. In generale, inoltre, supportano *"l'esperienza"* delle persone in cura, includendo il coinvolgimento dei *caregiver*, dei professionisti sanitari e delle associazioni dei pazienti. [20]

Un esempio su tutti è il potenziale della digitalizzazione in sanità, capace di diventare nei prossimi anni l'elemento capace di colmare il divario tra bisogni e risorse, da declinare nei processi di rinnovamento organizzativo e tecnologico, ma anche di empowerment del paziente/cittadino e di sviluppo delle competenze degli operatori sanitari. Purtroppo, secondo una recente indagine dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità del Politecnico di Milano, le soluzioni che abilitano l'interscambio di dati e documenti sui pazienti attraverso Pdta informatizzati vengono utilizzate solo dal 29% delle aziende sanitarie, con professionisti sanitari dell'azienda ospedaliera appartenenti a diversi dipartimenti, e dal 23% con professionisti all'interno di una o più reti di patologia. Il supporto informatico alle attività di presa in carico del paziente risulta diffuso soprattutto per le attività gestionali e amministrative, come la gestione dei dati anagrafici dei pazienti (nell'80% delle aziende) e la gestione delle prenotazioni (63%). L'informatizzazione stenta, invece, a diffondersi come strumento per la messa in atto di percorsi indivi-

dualizzati secondo il principio della presa in carico stabile del paziente: solo in media 1 azienda su 3 utilizza un supporto digitale nella definizione, visualizzazione e aggiornamento di piani di assistenza individuale, per l'analisi dei dati dei pazienti e per mettere in comunicazione tutti gli attori del sistema salute.

Questo è in primis un problema di visione e di investimenti dove la partnership pubblico-privato può e deve fare molto per colmare il gap; basti pensare che nel 2017 la spesa complessiva per la sanità digitale in Italia, tra quanto investito da Ministero della salute, dalle Regioni, dalle singole strutture sanitarie e dalla rete della medicina generale, è stata pari a 1,3 miliardi di euro, ovvero circa €22 per cittadino. In Paesi scandinavi, come la Danimarca, si investono €70 per cittadino, in Gran Bretagna €60, in Francia €40. [21]

5.4. Raccomandazioni per gestire le patologie croniche e promuovere la longevità “in salute” nella Regione Lazio

Considerando quanto espresso nel presente documento, è possibile delineare delle conclusioni in forma di raccomandazione che siano indirizzate agli attori del sistema sanitario della Regione Lazio globalmente inteso che, a vario titolo, sono chiamati ad intervenire per migliorare la programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sociosanitari deputati alla presa in carico del paziente cronico e multi-cronico al fine di promuovere una longevità “in salute”.

- **È prioritario operare per favorire il riconoscimento puntuale del bisogno di salute della popolazione residente nella Regione Lazio attraverso la definizione della sottopopolazione target** (es. persone nella popolazione affette da Bpco diagnosticata e non diagnosticata) attraverso una migliore e più capillare capacità di diagnosi da parte dei professionisti e, da parte dei manager, l'applicazione di moderne strategie di *Population health management*¹ capaci di promuovere la presa in carico e migliorare i risultati di salute riferiti alle persone affette da patologie cronico-degenerative;
- **Il Ssr del Lazio deve superare il modello dell'attività assistenziale ba-**

(¹) Il Population health management migliora la salute della popolazione attraverso la pianificazione basata sul dato epidemiologico e sociodemografico e la fornitura di servizi integrati ad alto impatto. Include la segmentazione, stratificazione e la modellizzazione di impatto per identificare localmente le coorti di persone «a rischio» al fine di disegnare e definire specifici interventi per I) prevenire la malattia, II) supportare le persone affette da asma grave e III) ridurre le variazioni ingiustificate negli esiti di salute a livello della medesima popolazione.

sata su singole prestazioni erogate da attori diversi e passare ad un modello sistemico, strutturato in rete e centrato sul processo assistenziale, nel quale l'applicazione delle linee guida sia valorizzata all'interno di chiari e ben riconoscibili percorsi integrati di presa in carico del paziente affetto da malattie cronico-degenerative. Tale passaggio può essere raggiunto operando con:

- l'utilizzo di un approccio sistemico per la gestione delle cronicità e prevenzione degli esiti maggiori, utile in sanità per supportare la messa in comune di servizi, differenti organizzazioni e tecnologia che condividano il medesimo scopo (es. gestione ottimale dei pazienti con fibrillazione atriale diagnosticata e non diagnosticata) e degli obiettivi comuni (es. I) prevenire gli eventi cerebro-cardiovascolari maggiori causati dalla Fa, II) diagnosticare correttamente la Fa, III) favorire l'engagement del paziente sia come singolo sia a livello di collettività, IV) aumentare il valore tecnico-professionale ottimizzando l'utilizzo delle risorse, V) ridurre le diseguaglianze, VI) favorire il reporting pubblico dei risultati raggiunti, etc.);
- la definizione di reti per la gestione dei pazienti affetti dalle patologie croniche a maggior impatto per la popolazione laziale (es. diabete, Bpco e asma, malattie cerebro-cardiovascolari, etc.), quali modello operativo per raggiungere gli obiettivi di salute posti dai piani programmatori della sanità regionale. Il modello delle reti ha dimostrato in molti campi, primo tra tutti quello delle malattie rare, sia a livello nazionale (Rete nazionale malattie rare, istituita con il DM n. 279/2001) sia a livello europeo (European Reference Networks - ERNs), di rappresentare una soluzione concreta per la presa in carico appropriata e di qualità di pazienti affetti da una specifica problematica di salute;
- l'emersione di percorsi integrati che facilitino la reale interazione pubblico-privato attraverso processi codificati e condivisione costante di dati ed informazioni nel rispetto di una presa in carico personalizzata rispetto al bisogno espresso dal paziente affetto da malattie croniche.
- **Il Servizio Sanitario della Regione Lazio deve promuovere, nelle sue articolazioni pubbliche e private, l'utilizzo e la misurazione costante del dato *real-world*, capace di guidare al contempo sia le scelte cliniche sia quelle manageriali.** In ottica di *value based healthcare*, fondamentale è lo sviluppo di piattaforme/cruscotti/reti digitali tra organizzazioni, paziente e professionisti al fine di garantire I) la condivisione della totalità della base dati, II) l'interazione funzionale e III) la trasformazione del dato in informazione clinica rilevante;
- **Favorire l'evoluzione di modelli di pagamento/incentivazione orien-**

tati verso pattern *outcome-based* nonché l'evoluzione della contrattualizzazione/incentivazione dei provider non più sulla base della singola prestazione erogata bensì sulla base dei risultati (esiti clinici) raggiunti all'interno delle reti per patologia;

- **Decisori, ricercatori, professionisti e cittadini devono promuovere i dettami della *value based healthcare* attraverso la sua triplice declinazione** che prevede un'attenzione al valore allocativo (*le risorse vengono allocate nel rispetto del dato epidemiologico e sociodemografico?*), al valore tecnico-professionale (*le risorse a disposizione dell'organizzazione garantiscono la massima performance e i migliori esiti di salute per i pazienti affetti da diabete?*) e al valore personale (*quanto l'assistenza erogata è in sintonia con il sistema valoriale e la quotidianità vissuta dal paziente e dai professionisti facenti parte del team di cura?*);
- **I processi e le dinamiche delle strategie di governance della cronicità necessitano di nuovi ruoli e competenze.** Ciò implica un impegno strutturato ed una formazione alla leadership seria e coerente con tali obiettivi (intesa, concretamente, quale strumento di trasformazione del contesto nel quale si opera) così come di una sinergia efficace tra i vari professionisti, chiamati ad acquisire nuove *skill* e ad esercitare nuove competenze manageriali (es. corretta allocazione delle risorse). Guidare il cambiamento in un sistema complesso quale quello della cronicità significa assumersi responsabilità e supportare coerentemente una visione che, se applicata in modo consapevole, dimostra di poter diventare vera e propria *stewardship* a tutela della salute collettiva;
- **Promuovere il censimento, la condivisione e l'espansione geografica delle buone pratiche locali.** I modelli a rete sono per propria natura capaci di generare continuamente nuove connessioni e, in tal senso, possono superare i confini delle singole organizzazioni (Asl, aziende private). I modelli *value based*, negli Stati Uniti e nel nord Europa in particolare, assorbono linfa vitale dalla competizione esistente tra i diversi provider per accaparrarsi la preferenza del singolo paziente; questa logica è, ad oggi, totalmente estranea all'interno di un sistema universalistico come il Ssn italiano dove, tuttavia, un approccio basato sulla libera scelta del cittadino e sulla "coopetizione" / emulazione tra differenti organizzazioni/ giurisdizioni può allo stesso modo trainare la trasformazione dettata dall'agenda del valore. A tal fine risulta centrale garantire al cittadino informazioni e fonti affidabili, trasparenti e certificate, riguardo agli esiti di salute raggiunti nelle varie aree del Paese (es. public reporting).
- **Facilitare l'osmosi tra mondo della ricerca (di base e traslazionale), dell'imprenditoria e la sanità (Technology transfer):** la realtà del Lazio beneficia naturalmente della presenza di Atenei, Centri di ricerca, Ospedali pubblici e privati e Aziende capaci di generare un potenziale di innova-

zione con pochissimi eguali a livello nazionale ed europeo. Serve operare per potenziare la cultura dell'innovatività e creare un terreno fertile dove possano nascere, svilupparsi ed essere accessibili rapidamente a tutti nuove tecnologie in grado di favorire esiti migliori nei pazienti affetti da patologie cronic-degenerative (es. farmaci immunoterapici, etc.).

Bibliografia

- [1] Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta U00332/15
- [2] Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta U00552/15
- [3] Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta U00248/14
- [4] Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta U00100/12
- [5] Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta 00349/12
- [6] Regione Lazio. Decreto del Commissario ad Acta U00042/11
- [7] Ministero della Salute. 2019. Monitoraggio Livelli essenziali di assistenza, i punteggi di tutte le Regioni in base alla Griglia LEA 2017, disponibile su: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3582
- [8] Report Aiop Giovani 2018
- [9] CENSIS 2018
- [10] Fosti, G., & Notarnicola, E. (2018). L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care: 1° rapporto Osservatorio Long Term Care. EGEA spa.
- [11] Murray C.J.L. & Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78: 717-31.
- [12] Papanicolas I. & Smith P.C. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. World Health Organization, 2013.
- [13] Osservasalute 2017
- [14] Piano regionale per il governo delle liste d'attesa 2017 -2018, Decreto del Presidente in qualità di commissario ad acta n° 110 del 11.04.2017
- [15] Gray J.A.M. (2012). Optimising the value of interventions for populations. BMJ 2012;345:e6192
- [16] World Health Organization. (2019). "Analytical guide to assess a Mixed Provider Payment System (MPPS)". WHO Health Financing Guidance No. 5 - <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311020/9789241515337-eng.pdf?ua=1>.
- [17] The Atlas of variation in Healthcare. 2016. RightCare – Public Health England. Disponibile su: <https://www.england.nhs.uk/rightcare/products/atlas/>
- [18] Smith SM et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 14;3:CD006560
- [19] Boyd CM. Healthcare task difficulty among older adults with multimorbidity. Med Care. 2014 Mar;52 Suppl 3:S118-25. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182a977da.
- [20] ALTEMS (2019) Osservatorio Servizi a Valore Aggiunto. Disponibile su: <https://altems.unicatt.it/altems-osservatorio-sui-servizi-a-valore-aggiunto-il-rapporto-annuale-sulla-diffusione-dei-servizi-a-valore>
- [21] Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, Politecnico di Milano, 2019. Disponibile su: https://www.osservatori.net/it_it/publicazioni?productor_name=33

INTESA  SANPAOLO

Intesa San Paolo S.p.A.
Piazza San Carlo, 156
10121 Torino
www.intesasanpaolo.com

SAMSUNG

Samsung: tecnologie all'avanguardia per migliorare la qualità della vita. Samsung si impegna a creare un nuovo futuro per i pazienti e i professionisti del settore sanitario con la missione di portare salute e benessere nella vite delle persone. Grazie alla sua esperienza di leader nel settore dei display, dell'IT, delle tecnologie mobili e dell'elettronica, Samsung persegue l'obiettivo di garantire ai clienti diagnosi affidabili, soluzioni efficienti dal punto di vista dei costi e flussi di lavoro semplificati. Specializzata nei servizi di diagnostica per immagini, quali sistemi ecografici e di radiologia digitale, l'innovazione di Samsung in campo sanitario è condotta dalla Divisione Health & Medical Equipment di Samsung Electronics con più di 1600 persone impiegate in 100 Paesi diversi.

Samsung Electronics Italia SPA

Via Mike Bongiorno, 9

20124 Milano

Tel. 02/92.189.1

sei.hme.marketing@samsung.com



- Sistemi Tecnologici Integrati
- Soluzioni di Telefonia Avanzata
- Sicurezza Informatica
- Call Center

AS.CO.T.T. SRL

www.ascott.it

direzione@ascott.it

Numero verde 800.96.98.18

Un importante elemento di criticità è, specie in funzione della gestione del carico delle patologie cronico-degenerative, costituito dalla scarsità delle risorse disponibili. In un paese come il nostro, dove la governance e le strategie sanitarie hanno operatività a livello regionale, pur non potendo trascurare le peculiarità del territorio, delle caratteristiche epidemiologiche e demografiche della popolazione.

L'introduzione e la diffusione di buone pratiche, la sperimentazione di modelli organizzativo-gestionali innovativi, l'attenzione dedicata alla formazione rappresentano, infatti, solo alcune delle dimensioni lungo le quali si può intervenire per costruire un patrimonio di conoscenze e competenze capace d'incidere positivamente sulle performance del sistema stesso.

Lo scopo del presente rapporto è, pertanto, quello di individuare e descrivere esperienze innovative in tema di programmazione, organizzazione e gestione integrata nella gestione delle malattie cronico-degenerative, con l'obiettivo di delineare le caratteristiche proprie di un sistema socioassistenziale sostenibile e permeabile all'innovazione, potenzialmente applicabile alla Regione Lazio.



Aiop
SEDE REGIONALE LAZIO

