



**COMMISSIONE IGIENE E SANITA'
SENATO DELLA REPUBBLICA**

**OSSERVAZIONI E DATI DELLA
FEDERAZIONE ITALIANA AZIENDE SANITARIE ED OSPEDALIERE
PER**

**"Indagine conoscitiva sulla patologia diabetica
in rapporto al Servizio sanitario nazionale
ed alle connessioni con le malattie non trasmissibili"**

**ALLEGATO 2
"PRATICHE DI BUONA SANITA'
NELL'ASSISTENZA TERRITORIALE"**

Documento per Audizione

Roma, 14 giugno 2012

I trend demografici e l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche attribuiscono all'assistenza territoriale un ruolo centrale - presente e futuro - nello sviluppo e nella programmazione nazionale del servizio sanitario. Al contempo rappresenta un incredibile campo di innovazione e sperimentazione per la diversità dei servizi offerti e delle professionalità coinvolte caratterizzate per un forte grado di interdipendenza. Tutti questi elementi si appalesano in modo consistente nelle esperienze prese qui in considerazione.

La parola "territorio" definisce, dunque, un insieme di servizi tra loro eterogenei (servizi di prevenzione e sanità pubblica, medicina di famiglia, servizi per la salute mentale e le dipendenze, assistenza in hospice e le diverse forme di assistenza domiciliare), orientati ad una progressiva de-specializzazione dell'ambito di cura, che richiedono la partecipazione di un network multidisciplinare di professionisti e necessitano di livelli elevati di integrazione professionale.

La gestione delle patologie croniche e la promozione proattiva della salute rappresentano una necessità strutturale che pretende un'implementazione nell'assetto dei servizi offerti dal sistema sanitario.

Nei documenti di programmazione viene previsto un sistema centrato sulla persona, che risulta di difficile realizzazione. Come soluzione viene proposta la costruzione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) che, per l'attuazione, poggiano su team multi-professionali senza identificare la figura deputata a realizzare la presa in carico del paziente.

Risulta di grande interesse analizzare come temi centrali per la sanità attuale e futura – quali presa in carico del paziente, continuità assistenziale, integrazione socio sanitaria, valorizzazione e riqualificazione delle componenti professionali, coinvolgimento e ruolo dei MMG - vengano affrontati e realizzati concretamente.

Le esperienze selezionate trasferiscono nella realtà territoriale gli elementi richiesti dalla programmazione nazionale e regionale.

Le esperienze selezionate sono state implementate in diversi contesti del territorio nazionale ma, nel loro complesso, ben descrivono le modalità del cambiamento organizzativo compiuto nella rete dei servizi territoriali.

Nell'ambito del loro sviluppo e razionalizzazione è possibile ritrovare esperienze che mutano il rapporto tra servizi di prossimità (più vicini al cittadino) e servizi a più alta specializzazione secondo un modello *hub and spoke*.

Altre esperienze hanno affrontato la presa in carico del paziente per specifiche patologie, e viene previsto l'inserimento in percorsi di continuità assistenziale ottimali che definiscono una risposta personalizzata con l'individuazione dei soggetti deputati alla presa in carico e dei contenuti assistenziali da assicurare. Le malattie croniche vengono affrontate creando un'alleanza e una rete tra specialista - case manager – famiglia del paziente -associazione volontariato, che sia in grado di condividere e stabilire la risposta assistenziale più vicina ai bisogni della persona.

Accanto a questo team assistenziale viene definito un nuovo rapporto tra ospedale e territorio nella fase acuta della malattia e della dimissione ospedaliera rispetto alla diversa complessità e intensità di intervento richiesto dalla patologia sofferta (tecnologico, assistenziale etc.).

Risultano particolarmente significative alcune esperienze realizzate per il miglioramento della programmazione dell'assistenza territoriale. In quest'area rientrano quei progetti che soddisfano un deficit informativo di diversa natura – epidemiologica, clinica, amministrativa etc. – sugli assistiti del proprio territorio per definire le migliori soluzioni assistenziali – oppure , attraverso una metodologia di lavoro condivisa tra MMG e servizi sociali, ritardare o prevenire la disabilità o la perdita di autosufficienza.

Integrazione socio-sanitaria e approccio proattivo, di iniziativa, vengono indirizzati per ridurre il ricorso all'assistenza sanitaria e al ricovero e aumentare la qualità di vita degli assistiti.

Altre tipologie di soggetti fragili sono destinatari di alcune iniziative per facilitare le condizioni di accesso e la continuità assistenziale successiva alle dimissioni.

Tra le esperienze selezionate vi sono quelle che contribuiscono a garantire un reale continuità assistenziale tra ospedale e territorio con la presa in carico della persona anche per pazienti particolarmente complessi (psichiatrici) o con dipendenze patologiche, con l'eliminazione della frammentazione dei percorsi assistenziali e la riduzione di richieste multiple di invio a strutture intermedie. La creazione di centri per cure intermedie viene realizzato per pazienti anziani pluripatologici con elevato bisogno assistenziale e sociale che necessitano di un'intensità di cura di livello inferiore con l'obiettivo di ridurre nuovi e inutili ricoveri ospedalieri.

Da una lettura analitica delle esperienze è possibile avanzare qualche considerazione per offrire e proporre riferimenti utili per il sistema delle Aziende sanitarie.

- ✓ Le esperienze analizzate risultano essere innovative e molte altamente sostenibili e replicabili in contesti diversi da quelli in cui sono maturate. Non tutte riescono a restituire elementi di misurazione attraverso indicatori di efficienza, efficacia e di gradimento degli utenti. I principali indicatori di impatto vengono collegati al principio dei vasi comunicanti tra ospedale e territorio.
- ✓ Alcune si proiettano nell'area dell'eccellenza e possono essere prese a riferimento in campo nazionale ma anche internazionale. Sono sperimentazioni che nascono all'interno di una precisa programmazione regionale e che vengono quindi già collocate in un contesto di rete consolidato con certezza economica e organizzativa, con il vantaggio di un effetto diretto in termini di appropriatezza ed efficienza nei risultati ottenuti.
- ✓ Non c'è ancora chiarezza sulle linee di sviluppo del servizio sanitario calibrato sui bisogni della persona. In particolare, si può rilevare una crescita della cultura del lavoro in team multidisciplinare/multiprofessionale ma risulta ancora difficile inserire questi elementi nell'ambito dei percorsi di continuità assistenziale dei pazienti.

- ✓ Le esperienze puntano all'integrazione, professionale e gestionale, quale strumento per rendere i servizi offerti più fruibili, efficaci, economici e coerenti con le attuali esigenze di coordinamento e presa in carico totale. Tra i principali fattori di successo delle iniziative viene indicato il pieno coinvolgimento di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura, dalla componente clinica a quella assistenziale e sociale, dalle aggregazioni associative alla famiglia del paziente.
- ✓ Il medico di medicina generale si conferma come figura principale nel sistema di servizi territoriali, che diviene sempre più complesso sia dal punto di vista dei contenuti, che da quello delle modalità di erogazione. Ma si impone anche un modello di gestione delle cure formato da un team eterogeneo che coordina e attiva le diverse modalità assistenziali sulla base di una responsabilità condivisa al suo interno. Meno presente il distretto quale articolazione aziendale deputata all'organizzazione della salute nel territorio.
- ✓ In generale, viene restituito un quadro di pratiche di assistenza territoriale che sanciscono lo sviluppo e l'orientamento dell'assistenza verso il territorio. In questo contesto, la valorizzazione e la motivazione delle risorse umane giocano un ruolo determinante.

Scheda Buona Pratica 1

Varese: percorsi 'virtuosi' e integrati per i pazienti diabetici

Migliorare il percorso diagnostico-terapeutico assistenziale dei pazienti diabetici (PDTA) attraverso un maggior controllo clinico territoriale, riducendo di conseguenza il livello di ospedalizzazione degli stessi pazienti. Sono questi gli obiettivi che si è posta l'ASL della Provincia di Varese nel gennaio del 2006, quando ha dato avvio a questo innovativo progetto che si basa sull'utilizzo della banca dati assistiti, che permette di valutare la prevalenza e gli indici di consumo delle principali prestazioni dei pazienti diabetici e di misurare quanto nella reale pratica clinica fosse migliorata la gestione territoriale di tali pazienti usando gli indicatori raccomandati dalla Regione Lombardia. All'inizio del progetto, a cui hanno aderito la maggior parte dei medici di medicina generale (MMG) presenti sul territorio, sono stati così individuati il numero di pazienti diabetici con la Banca dati assistiti, attraverso l'incrocio di informazioni derivanti dai ricoveri ospedalieri, dalle esenzioni ticket e dal consumo di farmaci specifici. Questa rilevazione è stata resa possibile grazie ad uno specifico sistema informativo organizzato dalla ASL della Provincia di Varese in data warehouse (DWH), e dunque in grado di interfacciare i dati provenienti da vari tipi di prestazioni. Successivamente è stato monitorato il percorso diagnostico terapeutico dei pazienti diabetici attraverso la rilevazione di indicatori sulle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Regionale, in accordo con le indicazioni della Regione Lombardia. E, infine, sono state valutate le azioni di controllo della malattia da parte dei Medici di famiglia

attraverso l'andamento della proporzione di pazienti trattati con insulina, della proporzione di pazienti con almeno 3 controlli dell'emoglobina glicata e del tasso di ricovero per diabete. Al termine di questo processo di misurazione, durato circa un

quadriennio (2006-2009), i risultati emersi sono stati molto positivi. In primis vi è stata una riduzione del tasso di ospedalizzazione per diabete (da 1,89 per 1.000 abitanti del 2006 a 1.01 per 1.000 abitanti del 2009), nonostante un aumento del numero di pazienti: inoltre va segnalato un aumento della percentuale di pazienti trattati con insulina (da 17% del 2006 a 20% del 2009) e un aumento della percentuale dei pazienti con almeno 3 controlli annuali di emoglobina glicata (da 13,8% del 2006 a 20,6% del 2009). Tutti cambiamenti che hanno favorito una migliore gestione territoriale dei pazienti diabetici e anche un trattamento ambulatoriale più frequente da parte del paziente. Infine la gestione territoriale del paziente diabetico ha spostato la riduzione di risorse economiche derivanti dai ricoveri in maggiori risorse investite in ambito specialistico. Il costo pro capite del diabetico è aumentato complessivamente del +16% dal 2006 al 2009, mentre il suo costo è variato per le prestazioni specialistiche di +26%, per le prescrizioni farmaceutiche di +14% e per i ricoveri del +11%. Oltre ai medici di famiglia, sono stati coinvolti nel progetto i medici specialisti diabetologi delle strutture ospedaliere provinciali. E nella valutazione del percorso diagnostico terapeutico sono stati coinvolti il dipartimento delle Cure Primarie e il Dipartimento Programmazione Acquisto e Controllo, che gestisce la banca dati assistiti.

Regione Lombardia

Azienda Sanitaria Locale Varese

Direttore Generale: Pierluigi Zeli

Referente dell'esperienza: Salvatore Pisani

Titolo: Uso della Banca Dati assistiti nel monitoraggio della gestione territoriale dei pazienti diabetici

Scheda Buona Pratica 2

Savona: gestione integrata tra Diabetologia e Medicine di Gruppo

L'ASL 2 Savonese con questo progetto ha inteso sperimentare un nuovo modello di gestione integrata del paziente diabetico tra i Medici di Medicina Generale che operano nelle UTAP (specialista diabetologo territoriale, infermieri e altro personale dedicato) e comparare i risultati di un modello ambulatoriale "tradizionale" con quello innovativo di gestione condivisa.

L'analisi di impatto della sperimentazione aveva infatti evidenziato potenziali margini di miglioramento soprattutto per ciò che riguardava i tempi di attesa delle prestazioni diabetologiche, con particolare riferimento alla visita diabetologica e l'appropriatezza prescrittiva della terapia e dei presidi sanitari per l'automonitoraggio glicemico.

La sperimentazione della "**Gestione integrata tra Diabetologia e Medicine di Gruppo**" ha coinvolto il diabetologo territoriale dell'ASL, attraverso accessi presso le sedi delle Medicine di Gruppo dei MMG, svolgendo nel contempo corsi di formazione a favore di questi ultimi ed interventi di educazione terapeutica rivolti agli utenti. Sono stati altresì previsti momenti di discussione di casi clinici ed *audit* clinici.

Il coinvolgimento e la disponibilità dello specialista diabetologo ha permesso di realizzare la sperimentazione nell'ottica del *disease management*, quale approccio sistemico integrato, facendo convergere l'attività dei vari attori del sistema su obiettivi comuni con responsabilità proprie.

Una progettualità concordata e ragionata in funzione delle reali potenzialità organizzative locali, delle risorse disponibili e delle risposte idonee agli utenti assistiti dall'ASL 2 Savonese.

Alla sperimentazione hanno partecipato 3 Gruppi di MMG, di tre differenti Comuni della riviera ligure di ponente (Finale Ligure, Loano, Pietra Ligure). Sono stati svolti alcuni incontri con gli operatori interessati al progetto per la definizione delle varie tappe da percorrere, le tempistiche ed i contenuti della sperimentazione.

Gli utenti seguiti presso le tre Medicine di Gruppo sono stati circa 31.000 di cui 8.500 a Finale Ligure, 12.000 a Loano e 10.500 a Pietra Ligure. I medici afferenti alle Medicine di Gruppo, quindi coinvolti nella progettazione, erano 7 per Finale Ligure, 9 per Loano e 10 per Pietra Ligure. Altri 11 operatori sono stati coinvolti in tutto nei tre Comuni.

La sperimentazione ha previsto le seguenti modalità operative: il diabetologo territoriale effettua uno o due accessi mensili di 5 ore per ogni UTAP destinati a svolgere le visite diabetologiche e le consulenze con i MMG; il diabetologo e i MMG dedicano un'ora al colloquio per la discussione di casi clinici, utilizzando la cartella clinica informatizzata, e all'espletamento di esigenze "burocratiche" (prescrizione e rinnovo annuale dei Piani terapeutici e dei presidi, esenzioni ticket per patologie di esordio); il rinnovo annuale dei piani terapeutici per i pazienti diabetici di tipo 2 in buon compenso è effettuato direttamente in collaborazione tra diabetologo e MMG; in ogni UTAP è programmato un accesso trimestrale del diabetologo territoriale per la realizzazione di incontri di educazione terapeutica di gruppo con gli utenti; le segreterie delle Medicine di Gruppo organizzano gli accessi dei pazienti secondo appuntamenti di durata variabile in base al tipo di visita.

Gli obiettivi del progetto sono stati così definiti: prevenzione, diagnosi precoce, cura ed educazione terapeutica del paziente diabetico grazie all'integrazione tra i professionisti e la presa in carico condivisa di MMG e diabetologo territoriale; maggiore facilità di accesso alle cure specialistiche grazie all'offerta presso la sede del Gruppo; maggiore rapidità di accesso per la riduzione degli accessi impropri anche grazie alla gestione diretta, tra diabetologo e MMG, dei rinnovi dei Piani terapeutici e dei presidi.

Regione Liguria

Azienda Sanitaria Locale 2 Savonese

Direttore Generale: Flavio Neirotti

Referente dell'esperienza: Claudia Agosti

Titolo: Gestione integrata tra Diabetologia e Medicine di Gruppo

Scheda Buona Pratica 3

L'esercizio fisico è farmaco

Il progetto “L'esercizio fisico è farmaco” si è proposto di incrementare l'attività fisica tra le persone che presentano patologie sensibili all'esercizio fisico mediante la prescrizione di attività fisica da parte del medico curante inserita nel normale percorso dei protocolli assistenziali

Il programma è stato rivolto a tutte le persone assistite che presentano patologie sensibili all'esercizio fisico, come diabete mellito e ipertensione, e mette in campo modalità innovative che fanno perno sui medici di medicina generale per ottenere un coinvolgimento efficace dell'intera popolazione bersaglio. I Medici di Medicina Generale assistono circa 12.000 ferraresi affetti da diabete mellito attraverso un Programma di Gestione Integrata del paziente diabetico (altri 8.000 diabetici sono assistiti dai Centri Antidiabetici); inoltre assistono circa 50.000 ipertesi.

Ai MMG è stato presentato il progetto e consegnato il materiale preparato.

I MMG hanno arruolato i pazienti con caratteristiche cliniche adeguate (qualunque età; in grado di camminare; privi di complicanze gravi tali da controindicare l'attività). Ad ogni paziente arruolato è stato consegnato il libretto “L'esercizio fisico come farmaco” con le informazioni riguardanti l'attività motoria da praticare e un contapassi per misurare il lavoro svolto. Ai pazienti arruolati sono stati misurati all'avvio del progetto peso corporeo, indice di massa corporea, circonferenza addominale e pressione arteriosa. E inoltre la concentrazione ematica di colesterolo totale, colesterolo -LDL e colesterolo -HDL, dei trigliceridi, della glicemia a digiuno e della Hb glicata. In occasione dei follow up periodici previsti dal programma di gestione integrata del diabete i MMG viene registrato anche l'esercizio fisico svolto da ciascun partecipante misurato dal contapassi.

Il programma di prescrizione dell'esercizio fisico basato sul consiglio personale del medico di famiglia, rafforzato da un libretto di facile lettura sul tema specifico e dalla distribuzione gratuita di un contapassi, ha ottenuto nei pazienti diabetici arruolati risultati sovrapponibili a quelli documentati nel progetto IDES condotto in 22 Centri antidiabetici italiani. Possono quindi fin d'ora valere anche per il Progetto MMG Ferrara le positive conclusioni del progetto IDES, pubblicate sugli Archives of Internal Medicine nel novembre 2010.

I risultati ottenuti dai 48 MMG dimostrano che i 1007 diabetici arruolati hanno eseguito l'attività motoria prescritta. Dimostrano inoltre che il rapporto medico-paziente diabetico (che a Ferrara per convenzione ASL-MMG viene visitato due volte l'anno) è tale da spingere il paziente ad eseguire a domicilio l'attività motoria prescritta.

Regione Emilia-Romagna

Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

Direttore Generale: Paolo Saltari

Referente dell'esperienza: Francesco Conconi

Titolo: L'esercizio fisico è farmaco

ESPERIENZE TRATTE DALL'OSSERVATORIO FIASO "PRATICHE DI BUONA SANITÀ"

Risultati da
Osservatorio

Libro bianco
della Buona Sanità

A cura di
Rocco Reggiani e Nicola Pinelli



edito da
ABBOTT PHARMA

AZIENDE PARTECIPANTI

ASP Potenza	ASL 4 Chiaverese
AOU S. Orsola Malpighi di Bologna	AO Maggiore di Crema
AOU di Parma	AREU Lombardia
AOU Policlinico di Modena	ASL Provincia di Bergamo
AUSL di Bologna	ASL Provincia di Cremona
AUSL di Cesena	ASL Provincia di Sondrio
AUSL di Forlì	ASL Provincia di Varese
AUSL di Parma	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
AUSL di Piacenza	APSS di Trento
AUSL di Rimini	ASL di Nuoro
IRCSS Istituti Ortopedici Rizzoli	AOUP P.Giaccone di Palermo
ASL Roma B	ASF 10 Firenze
ASL Roma D	ESTAV Centro Toscana
ASL Roma E	AOU Integrata di Verona
ASL 3 Genovese	AULSS 21 Legnago

COORDINAMENTO

FIASO (Valerio Fabio Alberti, Nicola Pinelli)

AZIENDA PARTNER

Abbott

PERIODO ATTIVITÀ

giugno 2010 – dicembre 2011

OBIETTIVI

- favorire il confronto interprofessionale attraverso l'attivazione di comunità di pratica e lo sviluppo di strumenti di *benchmarking*
- elaborare le evidenze emerse dalle pratiche per definire format progettuali fattibili e *position FIASO*
- valorizzare e sistematizzare il patrimonio di esperienze nel campo del miglioramento della gestione ed organizzazione aziendale (con eventuale assegnazione di premi tematici)
- selezionare le pratiche ed elaborare prodotti editoriali da comunicare a stampa e periodici di settore, o da inserire in pubblicazioni tematiche o in confronti pubblici