

THEMA

Protagonisti della sanità numero 2 2012

LUCIANO BRESCIANI MASSIMO RUSSO
CLAUDIO PEDACE MARZIA SANDRONI
UMBERTO ANTONIO NEVISCO

Speciale Regione Lazio

ESTER ZANTEDESCHI GIANNI VICARIO
ANTONIO CARBONE MASSIMO MOROSETTI



*I percorsi assistenziali
nella continuità
ospedale-territorio*

Fuori Thema



CReG: un modello di successo per la gestione extraospedaliera della cronicità
LUCIANO BRESCIANI

Uno dei nuovi modelli assistenziali individuati per garantire un percorso di cura adeguato, in particolare per il paziente cronico, è quello dei pacchetti ambulatoriali complessi (PAC). Attraverso questo modello le prestazioni, prima erogate in regime di ricovero ordinario o day hospital, vengono inserite in un percorso programmato, caratterizzato dall'erogazione di un insieme complesso e organizzato di prestazioni ambulatoriali da svolgersi in una struttura ospedaliera o poliambulatoriale sotto il coordinamento di un medico specialista referente.

Una panoramica di come le varie Regioni abbiano avviato progetti legati a questo nuovo setting è quanto questo numero offre ai suoi lettori, mettendone in luce i vantaggi rappresentati da una migliore appropriatezza delle prestazioni e qualità della pratica clinica, da un incremento del numero delle prestazioni con una riduzione delle liste di attesa, da un miglioramento della continuità assistenziale e quindi del grado di soddisfazione del paziente. Deve essere ricordato anche che i PAC comportano un grande impegno di programmazione e coordinamento di tutti gli attori coinvolti, perché gli esami previsti vengano compiuti nei tempi stabiliti, e una stretta collaborazione tra i medici di medicina generale e gli specialisti.

4



Il modello assistenziale del Day service e la razionalizzazione dell'offerta e della spesa sanitaria. I risultati della Regione Sicilia
MASSIMO RUSSO

6



La Sanità di Iniziativa e la gestione delle patologie croniche: l'esempio della Toscana
CLAUDIO PEDACE

8



Esempi di partnership nei percorsi ospedale-territorio: l'esperienza di Arezzo
MARZIA SANDRONI

9



I percorsi assistenziali e il ruolo del medico di medicina generale
UMBERTO ANTONIO NEVISCO

THEMA numero 2 2012

Supplemento al n. 2 - 2012 di *Politiche sanitarie*
www.politichesanitarie.it

Direttore responsabile: Giovanni Luca De Fiore

Redazione: Mara Losi

Il Pensiero Scientifico Editore srl
Via San Giovanni Valdarno, 8 - 00138 Roma
www.pensiero.it
telefono +39 06 862821
fax +39 06 86282250
pensiero@pensiero.it

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma

Immagini: ©2012 Photos.com

Stampa: Arti Grafiche Tris

Via delle Case Rosse, 23 - 00131 Roma
Finito di stampare nel mese di giugno 2012

© Il Pensiero Scientifico Editore srl
La riproduzione e la divulgazione dei contenuti di *Thema* sono consentite fatti salvi la citazione esaustiva della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.

Speciale Regione Lazio

12

Dal ricovero ospedaliero al setting del Day service: il Gruppo di Lavoro Laziosanità-ASP
ESTER ZANTEDESCHI

14

Il progetto di prevenzione dell'artrite reumatoide attraverso i pacchetti ambulatoriali complessi
GIANNI VICARIO

16



La sfida dei pacchetti assistenziali complessi: una maggiore integrazione tra servizi specialistici
ANTONIO CARBONE

17



I pacchetti ambulatoriali complessi e la gestione del paziente cronico: vantaggi e criticità
MASSIMO MOROSETTI



CReG: un modello di successo per la gestione extraospedaliera della cronicità



INTERVISTA A

**LUCIANO
BRESCIANI**

Assessore alla Sanità
Regione Lombardia

Assessore, sono stati ormai definiti i pazienti arruolabili e sono arrivate le adesioni da parte dei medici di medicina generale all'innovativo modello di gestione extraospedaliera della cronicità denominato CReG (Cronic Related Group). Quali erano gli obiettivi e quali sono i risultati della fase di avvio?

Il CReG è nato dalla volontà di perseguire l'appropriatezza organizzativa dell'assistenza territoriale e l'integrazione ospedale-territorio-domicilio dei pazienti cronici, indispensabile per la realizzazione di una reale presa in carico della domanda di salute dei cittadini. L'obiettivo era appunto la presa in carico complessiva dei pazienti al di fuori dell'ospedale per stabilizzare la situazione clinica di cronicità, evitando episodi di riacutezza che comportano spesso il ricovero e l'utilizzo di risorse sanitarie in modo improprio. I risultati previsti sono

Con questo nuovo modello gestionale è possibile seguire il paziente cronico in modo ottimale

positivi sia in termini di attenzione allo stato di salute del paziente sia di contenimento dei costi. Non è un caso se il titolo del capitolo sanitario del Piano Regionale di Sviluppo della nona legislatura è 'Dalla cura al prendersi cura'. La sperimentazione sul CReG coinvolge cinque Asl: Milano, Milano2, Como, Lecco e Bergamo.

Primo in Italia e in Europa, il CReG pone il paziente al centro dell'organizzazione sanitaria. Quali sono i vantaggi di questo modello gestionale per i malati

cronici e per il sistema sanitario?

Il guadagno in termini di salute dei pazienti, seguiti con percorsi appropriati grazie alla collaborazione attiva dei medici di medicina generale e alla reale integrazione ospedale-territorio, permette al sistema sanitario di investire in modo efficiente ed efficace le risorse a disposizione. Con questo nuovo modello gestionale è possibile infatti seguire in maniera ottimale i malati cronici evitando, come ho già detto, l'aggravamento dei costi per la sanità dovuti ad accessi impropri ai Pronto Soccorso o a ricoveri per episodi di riacutizzazione.

Per l'Asl di Bergamo, una delle cinque coinvolte nella sperimentazione, la fase di avvio è stata un successo. Si tratta di un risultato positivo atteso?

I medici di medicina generale hanno risposto in maniera congiunta all'invito ad aderire e l'Asl di Bergamo ne ha favorito il confronto con gli specialisti ospedalieri per la condivisione dei piani di cura, occupandosi inoltre della verifica costante dei flussi riferiti all'esecuzione delle prestazioni diagnostiche. In virtù di questa stretta e proficua collaborazione tra tutti i soggetti interessati, siamo certi che riceveremo dall'Asl di Bergamo, nel prossimo futuro, buoni risultati. ■

Il modello assistenziale del Day service e la razionalizzazione dell'offerta e della spesa sanitaria

I risultati della Regione Sicilia



INTERVISTA A
MASSIMO RUSSO
Assessore alla Salute,
Regione Siciliana

Nel corso del 2009 sono stati da lei definiti gli indirizzi e la metodologia per l'attuazione del 'day service ambulatoriale ospedaliero', con l'obiettivo di razionalizzare l'offerta e la spesa sanitaria implementando l'attività di medicina territoriale e riducendo quella ospedaliera.

Vuole descriverci i risultati raggiunti in Sicilia con l'introduzione di questo nuovo modello assistenziale?

Il day service si configura come un modello assistenziale che comporta l'attivazione di interventi articolati e interdisciplinari per la gestione di alcune situazioni cliniche che necessitano di un insieme complesso di prestazioni ambulatoriali che risulter-

rebbero inappropriate se rese in regime di ricovero ordinario o di day hospital.

Con il decreto del 2009 si è regolamentato il day service ambulatoriale ospedaliero relativamente a sette procedure. Successivamente sono state trasferite in regime di day service ulteriori prestazioni e definiti gli abbattimenti tariffari da applicare al superamento delle soglie di prestazioni, che è possibile effettuare nei vari setting assistenziali.

Attualmente si sta lavorando alla definizione di ulteriori PAC quali quelli di reumatologia e di riabilitazione.

L'introduzione del day service ha determinato:

- ▶ un miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e del-

L'introduzione del Day service ha comportato un miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e dell'uso delle risorse

l'uso delle risorse. Dal 2009 al 2011, per esempio, nei DRG relativi alla cataratta e alla chemioterapia si è avuto un incremento di prestazioni di day service dell'81% e una consistente riduzione delle prestazioni rese in regime di ricovero. Complessivamente, per tutti i DRG, le prestazioni rese in day service per il 2011 sono state 96.283 a fronte del-

le 17.000 del 2009, mentre le prestazioni di ricovero sono passate da 112.023 nel 2009 a 48.224 nel 2011 con una riduzione del 57%;

- ▶ un miglioramento della continuità assistenziale e quindi del grado di soddisfazione del cittadino;
- ▶ un miglioramento della qualità della pratica clinica nelle strutture ospedaliere grazie alla condivisione di protocolli assistenziali tra specialisti di ambiti disciplinari trasversali nel presidio e all'integrazione con i medici di medicina generale.

Uno dei tanti vantaggi attribuiti all'istituzione dei pacchetti assistenziali complessi è la riduzione delle liste di attesa. Avete avuto un riscontro effettivamente positivo in questo senso nella vostra Regione?

Alla luce di questi dati il sistema sanitario è riuscito a ridurre sensibilmente i tempi di attesa per quanto riguarda le attività di ricovero mentre l'aumento delle prestazioni rese in day service non ha sostanzialmente modificato i tempi per le attività ambulatoriali. ■



La Sanità di Iniziativa e la gestione delle patologie croniche: l'esempio della Toscana



INTERVISTA A

CLAUDIO PEDACE

Componente Commissione
Terapeutica Regionale Toscana

Il Chronic Care Model si è attuato in Toscana grazie a un accordo con la medicina generale

Dottor Pedace, vuole spiegarci cosa si intende per Sanità di Iniziativa e quale rapporto ha questo progetto con il Chronic Care Model?

I dati 2010 raccolti dall'AGENAS sull'appropriatezza delle ospedalizzazioni mettono in rilievo che tuttora in molte aree italiane i ricoveri ospedalieri per patologie croniche sono troppo alti, in particolare nei casi di diabete, ipertensione e scompenso cardiaco.

La Toscana è da tempo impegnata nel valorizzare la medicina territoriale nella gestione delle malattie croniche, e questo impegno è confermato dal basso tasso di ospedalizzazione per questo tipo di patologie.

Ma la svolta fondamentale è avvenuta con l'elaborazione del piano sanitario precedente all'attuale. Infatti la strategia del PSR 2008-2010 prevedeva un passaggio 'Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa'. Il tutto nasce da un'analisi accurata e puntuale di modelli assistenziali di *managed care*, con particolare attenzione al modello del Kaiser Permanente californiano e dal confronto serrato sviluppatosi dal

2003 al 2005 fra questo e il modello del sistema sanitario inglese, che ha a sua volta rivisto la propria organizzazione con il principale obiettivo di rompere le barriere fra cure primarie, secondarie e terziarie (BMJ 2004). In particolare, in due successivi



articoli pubblicati su *JAMA* nel 2002, viene affermato che: “Il *chronic care model* è una guida per una migliore qualità nella gestione delle patologie croniche all’interno delle cure primarie. Il modello prevede che un miglioramento nelle sei componenti intercorrelate (supporto al *self-management*, sistemi informativi clinici, ridefinizione del sistema di consegna, supporto decisionale, organizzazione sanitaria e risorse territoriali) può realizzare una riforma in cui pazienti ben informati ed attivati interagiscono con team multiprofessionali preparati e proattivi” (*JAMA* 2002; 288: 1775-1779). In 32 dei 39 studi sulla gestione del diabete è stato dimostrato

che almeno uno dei processi o degli outcome risultava migliorato. In 18 dei 27 studi sullo scompenso cardiaco, asma e diabete sono state dimostrate riduzioni dei costi dell’assistenza o dell’uso dei servizi sanitari (*JAMA* 2002; 288: 1909-1914).

Lo sviluppo del modello in Toscana ha richiesto un notevole sforzo organizzativo ed economico e si è sviluppato grazie a un accordo con la medicina generale, realizzato nel 2009, che ha determinato criteri e fasi di attuazione del progetto, il sistema di valutazione e gli standard di remunerazione per la medicina generale, l’individuazione di set di indicatori.

Può fare un bilancio della sperimentazione avviata nel 2010 in tutte le Asl della Toscana?

I moduli.

- ▶ L’unità elementare del progetto è rappresentata dai moduli, aggregazioni funzionali di medici di medicina generale con una popolazione di circa 10.000 assistiti.
- ▶ Il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie attua un programma di educazione e cura personalizzato per la diagnosi e cura delle malattie croniche e per la prevenzione delle complicanze attraverso un lavoro organizzato in équipe (medici, infermieri, medici di comunità, operatori sociosanitari, specialisti) che si attua prevalentemente nello studio del medico di famiglia e che interessa tutta la popolazione affetta

da una malattia cronica (diabete, ipertensione, bronchite cronica, scompenso cardiaco, etc.), condotto con un’agenda di appuntamenti, con richiamo attivo del paziente.

- ▶ I moduli del progetto pilota hanno avviato la fase operativa dei percorsi di diabete e scompenso cardiaco l’1 giugno 2010.
- ▶ I moduli della prima fase di estensione hanno consegnato gli elenchi dei pazienti con diabete e scompenso cardiaco all’inizio di marzo 2011 per avviare la fase operativa.
- ▶ Entro il 2012 si realizzerà la seconda fase di estensione, che prevede la presenza di almeno due moduli per zona e la copertura di almeno il 40% dei residenti per ciascuna Azienda (obiettivo delle Direzioni Aziendali e delle Società della Salute).

Gli obiettivi.

- ▶ Superare l’approccio per patologia (*disease oriented*), focalizzando sul rischio cardiovascolare, vero traccante del rischio di cronicità. Soltanto un modello *person-focused* può portare un reale vantaggio nella qualità della cura delle malattie croniche nelle persone svantaggiate (Starfield, The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health* 2011; 10: 15).
- ▶ Far evolvere i moduli della sanità nell’ambito delle forme di aggregazione della medicina generale: Aggregazioni Funzionali Territoriali/Unità Complesse di Cure Primarie. ■





INTERVISTA A

MARZIA SANDRONI

Responsabile della comunicazione e marketing etico, ASL8 di Arezzo

filo diretto 

Esempi di partnership nei percorsi ospedale-territorio: l'esperienza di Arezzo

Come la vostra Azienda ha interpretato il tema della partnership?

In primo luogo occorre una riflessione di contesto. Siamo in una società sempre più eterogenea: uomini, donne, anziani, giovani, pensionati, immigrati, soggetti svantaggiati; crescono le malattie del benessere da una parte, e aumentano dall'altra le disuguaglianze; la vita si allunga, la popolazione invecchia, cresce la richiesta di welfare da parte dei cittadini, le istituzioni si indeboliscono. Nel quadro in cui ci troviamo ad operare, il sistema, anche il sistema sanitario, è obbligato ad una riflessione profonda ed urgente per individuare strategie in grado di raggiungere l'ottimizzazione dei costi e, contemporaneamente, il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure. Ma le istituzioni da sole non bastano. Per questo, anche le Aziende Sanitarie, nel rispetto dei principi su cui si fonda l'agire della Pubblica amministrazione, possono e devono

individuare le soluzioni organizzative più adeguate per rispondere alla carenza di risorse a fronte di una domanda sempre più ampia e diversificata.

Sono ormai ricorrenti, per non dire abusate, anche nel lessico di settore, le parole multidisciplinarietà, multiprofessionalità, integrazione: la risposta possibile sembra dunque, oltre la messa in rete dei saperi, il coinvolgimento, a livello di programmazione e di attuazione, di tutti i soggetti che a diverso titolo collaborano alla costruzione delle politiche della salute, dove si combinano esigenze sanitarie e sociali di cui sono titolari soggetti portatori di *know-how* differenti, ma anche di risorse economiche diverse.

Può farci alcuni esempi di partnership attivate dall'Asl8 di Arezzo in particolare riguardo ai percorsi ospedale-territorio?

Vari sono gli ambiti sui quali la nostra Azienda sta lavorando.

Siamo partiti dall'approfondimento, non facile, di tutta la normativa e dalla giurisprudenza esistente in ambito comunitario e nazionale, per arrivare ad un Regolamento che, anche con il coinvolgimento del Comitato Etico, ci desse la possibilità in tempi rapidi di attivare partnership diffuse, sinergie istituzionali, gestionali, professionali, economiche orientate a una logica *patient driven*.

Abbiamo incentrato la comunicazione sull'idea della salute come responsabilità collettiva, per far convergere, verso pochi obiettivi, tutte le risorse che potevano contribuire a costruire un nuovo welfare di comunità. Questa logica risulta evidentemente più immediata se applicata al rafforzamento del territorio, dove interagiscono e influiscono gli attori più diversi: territorio inteso come miglioramento dei percorsi assistenziali, come prevenzione primaria, secondaria e terziaria, per evitare che alcune malattie insorgano,

per anticipare la diagnosi di alcune patologie, per la riabilitazione e la prevenzione delle recidive finalizzata al migliore reinserimento del malato nel contesto familiare, lavorativo e sociale. Su questi valori, perché tali sono se commisurati al ritorno di benessere e di risparmio di risorse che producono, abbiamo cercato di 'ingaggiare' i nostri partner (*cause related marketing*), soggetti interessati, oltre alla mera filantropia e al mecenatismo di impresa, ad affiancare l'approccio sociale a quello economico. Abbiamo illustrato ai potenziali partner il disegno complessivo di riassetto delle cure primarie, di rafforzamento del Distretto, di razionalizzazione della rete ospedaliera per l'appropriatezza clinica e organizzativa, volti a ridurre il ricorso e la permanenza in ospedale, riducendo altresì le disuguaglianze nell'accesso alle cure per le classi sociali svantaggiate, notoriamente quelle più esposte al rischio di malattie croniche, più soggette ad incidenti domestici e sul lavoro. Attraverso i *market access* abbiamo quindi coinvolto in progetti di lunga durata per trovare soluzioni migliorative su temi emergenti e urgenti come, per esempio, quello delle patologie croniche, anche le aziende farmaceutiche, sempre impegnate a individuare nuove soluzioni strategiche e organizzative per rimanere competitive sul mercato, a fronte di un impegno sia economico sia di scambio di competenze. ■

I percorsi assistenziali e il ruolo del medico di medicina generale



INTERVISTA A

UMBERTO ANTONIO NEVISCO

Segretario Provinciale Generale FIMMG, Cagliari

Nella gestione del paziente cronico il percorso offerto dai pacchetti ambulatoriali complessi consentirebbe una gestione più appropriata ed efficace della patologia. Ritiene che la medicina generale possa farsi promotrice dell'implementazione di questi percorsi?

Assolutamente sì, la FIMMG crede fortemente in questo nuovo approccio assistenziale e intende farne un punto di forza della sua attuale e futura azione sindacale sia in ambito di accordi con la Re-



gione sia con le singole ASL. La FIMMG si sta strutturando per supportare l'azione prettamente sindacale, con un forte momento di elaborazione tecnico-scientifica nonché formativo dei medici di medicina generale; la costituzione di un proprio Centro Studi – costituito secondo la nostra filosofia di 'Alleanza Terapeutica', allargato a tutte le altre figure professionali sanitarie, ivi compresa l'indispensabile area farmaceutica, che potrà rappresen-

tare una svolta determinante per rendere coerente e consequenziale l'azione prettamente sindacale rispetto all'elaborazione teorico-progettuale della gestione del paziente con patologia complessa. Il pacchetto ambulatoriale complesso (PAC) rappresenta un 'percorso ambulatoriale coordinato' (vedasi anche Allegato 2 DGR n. 37/9 del 25.9.2007), in quanto funzionale al 'percorso diagnostico-terapeutico, e alternativo al ricovero ospedaliero

(ordinario, day hospital, day surgery), e non un mero 'strumento ragionieristico', del quale tra l'altro i nostri amministratori pare non abbiano capito le potenzialità. È di qualche mese fa il progetto PAC applicato alla nefrologia e dialisi in gestione *case management* (estensore il dottor Luigi Mossa), snobbato dalla nostra Asl8 quando un progetto simile ha trovato immediata applicazione nella Regione Piemonte.



Il modello dei pacchetti ambulatoriali complessi comporta indubbi vantaggi per il paziente, che riduce gli ingressi in ospedale e ha un più facile accesso alle prestazioni sanitarie. Quali sono i vantaggi per il medico di medicina generale nell'attivazione di questi percorsi?

L'azione sindacale della FIMMG è orientata verso l'istituzionalizzazione del percorso terapeutico in cui il medico di medicina generale ritrovi il suo giusto ruolo di primo responsabile della salute del proprio paziente, e quindi di promotore di modelli organizzativi quali i PAC nella gestione delle patologie complesse con modalità gestionali medico/Asl in *case management*. Sono inoltre di tutta evidenza i vantaggi già ricordati nella domanda, ma ancor più importanti sono i risultati sia diagnostico-terapeutici per i pazienti sia amministrativo-gestionali per la stessa Regione-Asl. Risulta, pertanto, difficoltoso capire perché non si riesca ad attivarli, anche

se solo in fase sperimentale, essendo evidente l'arretratezza e l'inefficienza dell'attuale modello gestionale a fronte di una domanda crescente di sanità, da parte del cittadino, non ben governata.

Nei PAC, che mettono al centro dell'azione tecnica il paziente, converge l'azione incisiva e coordinata di differenti professionalità, che consente di superare l'isolamento del medico, accrescendone la professionalità e le capacità diagnostico-terapeutiche, al contempo evitando che il suo ruolo viri sempre più verso la valenza 'amministrativo-contabile'. Del resto anche il paziente, oggi sempre più impegnato a fare file, attendere mesi in lista d'attesa, districarsi con macchinosi CUP, è costretto a non potersi curare in tempi certi e rapidi in funzione del suo quadro clinico.

L'Alleanza Terapeutica, finalizzata a un rapido iter diagnostico-terapeutico che si realizza attraverso il *case management*, è la doverosa risposta che il cittadino si attende da una sanità territoriale clinicamente avanzata e modernamente gestita. FIMMG Cagliari solleciterà un approccio gestionale più avanzato per la nostra medicina territoriale, che purtroppo rischia di trasformarsi in un sistema asfittico e a rischio implosione nonostante le recenti sferzate della Corte dei Conti Sardegna. La FIMMG ribadisce ancora una volta: *in primis* il paziente e l'*ars medica*; i modelli gestionali vanno realizzati e applicati in loro funzione e non viceversa. Siamo certi che

Grazie ai PAC il medico può occuparsi di nuovo della diagnosi e della terapia per i propri pazienti in modo compiuto

amministratori di talento esistono anche nella nostra Sardegna e faranno valere le loro qualità valorizzando la struttura organizzativa, i meccanismi operativi e il sistema delle competenze e dei valori, finalizzandoli a garantire l'efficienza e l'efficacia dei servizi, soprattutto preventivi e di diagnostica precoce.

L'evoluzione scientifica e tecnologica in ambito sanitario consente, inoltre, pratiche assistenziali me-

no invasive e di maggiore efficacia anche attraverso la telemedicina. Il promotore e l'attivatore non può che essere il medico di medicina generale coadiuvato dagli altri professionisti della salute. Volendo rispondere in modo sintetico alla sua domanda sui vantaggi dei PAC per il medico, direi: potersi occupare nuovamente della diagnosi e della terapia per i propri pazienti in maniera compiuta. ■



Umberto Antonio Nevisco con gli altri componenti di Alleanza Terapeutica: Carla Bruschelli, consulente della Scuola di Formazione Medicina di Famiglia, e Luigi Mossa, farmacista.

Speciale
Regione
Lazio

Dal ricovero ospedaliero al setting del Day service: il Gruppo di Lavoro Laziosanità-ASP

INTERVISTA A
ESTER ZANTEDESCHI
Laziosanità-ASP

Vuole descriverci il contesto nel quale sono nati i pacchetti ambulatoriali complessi e gli obiettivi che il sistema sanitario si è posto con la loro introduzione?

Nei servizi sanitari dei Paesi ad economia avanzata i progressi ottenuti in campo medico hanno consentito di sviluppare politiche organizzative orientate ad un progressivo trasferimento di prestazioni, tradizionalmente erogate in regime di ricovero ospedaliero continuativo, verso modelli assistenziali a minore intensità, ma con pari efficacia e sicurezza, quali in particolare il ricovero diurno (DH, day surgery) e l'assistenza ambulatoriale



Nel Lazio il Day service è nato da un'analisi del livello di appropriatezza dell'assistenza erogata in regime di ricovero

(nel cui ambito si inserisce il modello organizzativo del day service).

Le motivazioni alla base di tale trasferimento assistenziale sono state all'origine prevalentemente

di natura economica. I sistemi sanitari, soprattutto se pubblici e universalistici, dispongono di risorse limitate ed è dunque indispensabile cercare di realizzare interventi di promozione e tutela della salute efficaci, perseguendo al tempo stesso la migliore efficienza possibile delle strutture (DPCM del 29 novembre 2001; Patto della salute 2010-12 del dicembre 2009).

Nel Lazio il trasferimento di specifiche tipologie di interventi dal ricovero al setting del day service ha preso avvio da un'attività di analisi del livello di appropriatezza dell'assistenza erogata in regime di ricovero, particolarmente in day hospital (DH).

Nel 2004 è stato istituito un Gruppo di Lavoro, coordinato da Laziosanità-ASP, con il mandato di redigere 'Proposte per la qualificazione del DH medico e il potenziamento dell'attività ambulatoriale' e, nel corso del 2005, è stato introdotto il modello di day service regionale per l'erogazione dei pacchetti ambulatoriali complessi (PAC). Il day service ambulatoriale riguarda problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple, integrate, anche complesse, che non richiedono sorveglianza o osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata; si ispira alla logica organizzativa del DH.

Quali sono i pacchetti più importanti già avviati nella Regione Lazio?

Dal 2005 sono stati emanati 60 PAC, afferenti a diverse discipline tra le quali ricordiamo quelle di nefrologia, neurologia, cardiologia, gastroenterologia e oncologia.

I PAC maggiormente effettuati sono i seguenti: PAC per ipertensione arteriosa, PAC terapeutico per la somministrazione controllata di farmaci, PAC diagnostico per nodulo tiroideo, PAC diagnostico per il diabete neodiagnostico e non complicato, PAC diagnostico del dolore toracico, PAC insufficienza renale cronica. ■

Il progetto di prevenzione dell'artrite reumatoide attraverso i pacchetti ambulatoriali complessi



Il Piano Regionale della Prevenzione ha posto particolare attenzione alla prevenzione della progressione dell'artrite reumatoide mediante la diagnosi e la terapia nelle fasi precoci di malattia. L'intervento prevede la creazione di una cartella clinica dedicata e di pacchetti predefiniti di accertamenti per la diagnosi differenziale. Vuole descriverci i vantaggi di questo nuovo approccio, che si ispira all'esperienza europea dell'early arthritis clinic?

Recenti lavori pubblicati in letteratura relativi all'artrite reumatoide (van der Linden MP, 2010; van Nies JA, 2010) riportano positive esperienze condotte in diversi Paesi europei basate sulla diagnosi precoce. Tali esperienze si basano sulla valutazione precoce, da parte del sistema

delle cure primarie, di soggetti con sospetta artrite all'esordio e sull'intervento terapeutico tempestivo in centri clinici specializzati. È oggi infatti accertato che i fattori determinanti per la prevenzione della disabilità da artrite reumatoide sono costituiti dalla rapidità con cui viene posta la diagnosi e impostato il trattamento (entro le prime 6 settimane o, al massimo, entro i primi 3 mesi dall'esordio della patologia). Ciò può condurre ad una remissione clinica completa o quasi (ridotta attività di malattia residua).

Il progetto di prevenzione della Regione Lazio, che non prevede l'introduzione di nuovi presidi assistenziali, né l'applicazione di nuove tecniche diagnostiche o di nuovi schemi terapeutici, è finalizzato quindi a prevenire la disabilità causata dall'artrite reumatoide.

In particolare, il progetto prevede, attraverso iniziative di formazione rivolte ai medici di me-





Il PAC richiede una rilevante azione organizzativa da parte delle strutture erogatrici

dicina generale e di sensibilizzazione delle comunità locali, il precoce invio di ogni soggetto con sospetta artrite reumatoide al più vicino centro reumatologico in grado di operare, mediante percorsi preferenziali, una diagnosi entro 6 settimane attraverso una valutazione clinica e, dove opportuno, un pacchetto di ac-

certamenti laboratoristici e strumentali nonché di avviare il conseguente intervento terapeutico. I centri reumatologici individuati dal progetto sono alcuni dei 23 centri accreditati dalla Regione Lazio per la dispensazione di farmaci biologici (Centri Antares). In particolare i centri da includere nel progetto sono selezionati in base alla attiva dispensazione di farmaci biologici e in base alla posizione geografica.

L'attivazione di un nuovo pacchetto ambulatoriale complesso richiede il coordinamento di tanti soggetti, dall'Agenzia di Sanità Pubblica alle Asl e ospedali, ai medici e pediatri di base, alle stesse società scientifiche. È facile il dialogo tra tutti gli attori coinvolti?

La proposta di attivazione di un nuovo PAC prevede un percorso complesso e multidisciplinare, che coinvolge, oltre il gruppo di lavoro ad hoc, diversi esperti delle discipline degli specifici PAC. Una volta concluso l'iter di attivazione e deliberato il PAC a livello regionale, la sua implementazione presuppone una rilevante azione organizzativa da parte delle strutture erogatrici. A seconda dei contenuti del PAC, il livello di realizzabilità può essere diversificato. ■

La sfida dei pacchetti assistenziali complessi: una maggiore integrazione tra servizi specialistici



INTERVISTA A

ANTONIO CARBONE

Direttore medico di presidio,
Direttivo Nazionale ANMDO

L'obiettivo con il quale sono stati creati i pacchetti ambulatoriali complessi è stato quello di soddisfare la domanda di assistenza con prestazioni di elevata qualità garantendo una maggiore efficienza delle risorse.

Ritiene che le esperienze avviate nel Lazio stiano ottenendo questi risultati?

Sicuramente l'avvio della procedura del PAC ha significato un miglioramento nella continuità

assistenziale e nella qualità del servizio reso all'utente in termini di riduzione dei tempi di attesa e di semplificazione burocratica per l'accesso alle prestazioni, ma soprattutto ha offerto un modello organizzativo centrato sul problema clinico e non sulla singola prestazione. Cioè un'effettiva presa in carico del paziente da parte della struttura. L'attivazione della procedura dei PAC ha inoltre stimolato la progettazione di percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione

Il PAC garantisce la presa in carico del paziente da parte della struttura



delle malattie croniche e ha posto le basi per la realizzazione di una gestione integrata ospedale-territorio dei pazienti cronici.

In base alla sua esperienza di direzione sanitaria ospedaliera ritiene che l'introduzione di questo nuovo strumento assistenziale abbia comportato un sovraccarico organizzativo per l'Azienda Sanitaria e Ospedaliera?

Ha certamente richiesto un nuovo approccio culturale e ha determinato la necessità di sviluppare una maggiore integrazione fra servizi specialistici. Come spesso avviene quando si richiede di modificare comportamenti e routine, soprattutto quando è necessario un elevato coordinamento clinico e organizzativo, tutto ciò si è svolto in maniera non sempre agevole e condivisa. Inoltre, laddove la scarsità di risorse umane e strumentali rappresenta una grave criticità, l'esecuzione di tutte le prestazioni presenti nei PAC non è stata attuabile. Bisogna infine rilevare che in alcune Unità Operative, dove non vi è comunque stato un sostanziale cambiamento nei modelli erogativi, con PAC prodotti negli stessi spazi e con le stesse risorse non si sono rilevati sostanziali risparmi sui costi di gestione. ■

I pacchetti ambulatoriali complessi e la gestione del paziente cronico: vantaggi e criticità



INTERVISTA A

MASSIMO MOROSETTI

Direttore Struttura Complessa Nefrologia e Dialisi, Ospedale GB Grassi, ASL RMD Roma

Quali vantaggi offrono i PAC nella gestione clinica del paziente cronico?

La sanità pubblica è alla ricerca di modelli che migliorino l'appropriatezza diagnostica e terapeutica, contenendo i ricoveri ospedalieri ai casi in cui non vi siano alternative possibili, allo scopo di ridurre l'impatto sugli ospedali che, come noto, soffrono di sovraffollamento. Tra questi nuovi modelli annoveriamo i pacchetti ambulatoriali complessi (PAC) o day service. I PAC sono percorsi diagnostico-assistenziali che si prefiggono di eseguire una serie di accertamenti clinici e/o terapie in un lasso di tempo di 30 giorni nell'ambito di una patologia ben definita. Un complesso sistema preorganizzato fa sì che il paziente, dopo la semplice attiva-

La struttura del Day service necessita di risorse strutturali e umane di non poco conto

zione del PAC da parte del medico di base e dello specialista di riferimento, sia condotto, attraverso appuntamenti predefiniti, a una diagnosi circostanziata e alla relativa terapia.

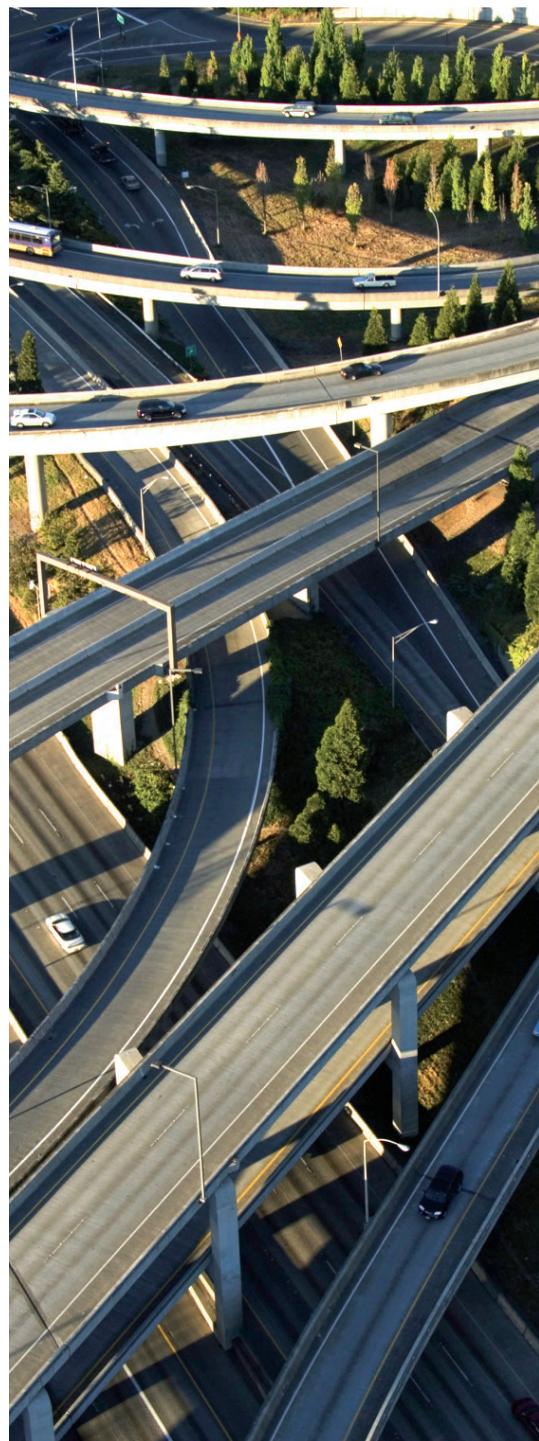
Alcuni PAC sono attivi negli ospedali da alcuni anni e nel 2010 altri ne sono stati attivati. Esistono PAC praticamente in ogni specialità della medicina e della chirurgia: cardiologia, neurologia, nefrologia, otorino, etc.

Esistono problemi nel raccordo tra la direzione sanitaria degli ospedali e la medicina territoriale?

L'avvio dei PAC ha evidenziato due ordini di problemi. Il primo è che i PAC hanno sostituito completamente i day hospital, con una gestione del paziente in regime ambulatoriale non per questo meno impegnativa. I percorsi di gestione sono gli stessi e richiedono un grande impegno infermieristico, non soltanto assistenziale, ma soprattutto di programmazione e coordinamento di appuntamenti, esami strumentali, prelievi, ECG, invio delle impegnative e recupero del

piano di lavoro, il tutto entro un mese. Infine questi esami si aggiungono al programma ospedaliero già predisposto di esami per i pazienti ricoverati e ambulatoriali. I servizi non sempre riescono a evadere le richieste, per cui spesso risulta difficile concludere tutti gli accertamenti (cardiologici, neurologici, laboratorio analisi, radiologia) entro i tempi previsti. Il compito della direzione sanitaria nel coordinare questa attività non è facile, soprattutto in un momento come questo in cui le risorse umane e strutturali a fatica coprono i bisogni già esistenti.

Il secondo punto è che questa attività prevede una stretta collaborazione con i medici di medicina generale, in quanto la richiesta del PAC dovrebbe provenire dal medico di medicina generale o da uno specialista che dovrebbe poi riprendere in carico il paziente. Questo raccordo in realtà ancora fatica a partire in quanto non esistono percorsi predefiniti di collaborazione tra ospedale e territorio. Sarebbe anche auspicabile che gli esami che non si possono effettuare in





ospedale in tempi brevi fossero svolti nel territorio, ma al momento l'erogazione dei PAC è prevista esclusivamente in ambito ospedaliero.

Considerata l'importanza di una presa in carico precoce del paziente con patologia renale, quali sono i punti di forza e le criticità incontrate nell'implementazione del day service nefrologico?

L'avvio dei PAC nel settore nefrologico è di importanza rilevante in quanto, trattandosi di patologie croniche, trova in questi pazienti un'applicazione ideale. Basti pensare alla diagnosi delle nefropatie e al follow-up dei trapiantati o dializzati, che

spesso necessitano di numerosi accertamenti all'interno delle diverse specialità della medicina. Con questo strumento si riesce a fare una diagnosi iniziale, a controllare periodicamente il paziente e a erogare le necessarie terapie senza che la persona interessata giri tra i vari specialisti, sobbarcandosi delle note difficoltà di chi deve costruirsi da solo il percorso. Con questo strumento il paziente segue invece un percorso predefinito, in tempi contenuti, senza sprechi e con elevata appropriatezza diagnostica e terapeutica.

Di contro la struttura del day service necessita di risorse strutturali e umane di non poco conto. Non è pensabile svolgere questa attività insieme alle tante altre. Occorrono persone dedicate e appositamente formate. La difficoltà maggiore, in un momento di ristrettezze economiche quale quello in cui viviamo, è stata proprio quella di reperire le risorse necessarie. L'altra criticità, già segnalata sopra, risiede nel maggior carico di lavoro, che ruota attorno a questo nuovo strumento, per l'intero ospedale. Carico che non sempre l'ospedale è in grado di soddisfare in tempi brevi. Occorrerebbe individuare strumenti per poter accedere a prestazioni nel territorio, fuori dell'ospedale, pur tuttavia con il coordinamento unico dello specialista, in un percorso preordinato. ■





La nostra passione
per la scienza...
è una promessa per la vita

