IL PIANO ATS PER LA CRONICITA'

RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO, DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DI GESTIONE INTEGRATA DELLE CURE MEDICHE NON URGENTI ATTRAVERSO IL NE 116117

Allegato alla Deliberazione Direttore Generale n. 462 del 19/06/2019

ATSSARDEGNA – Sede Legale: Via E. Costa n. 57, (Piazza Fiume) 07100 Sassari (SS)
– C.F.: 92005870909 – P.IVA: 00935650903 – Internet: www.atssardegna.it –
– Centralino: +39 (079) 2061000 – **Direzione Generale** - Via Enrico Costa n. 57,
(Piazza Fiume) - 07100 Sassari (SS) - Tel.: +39 (079) 2084420
Direzione Sanitaria - Via Enrico Costa n. 57,
(Piazza Fiume) - 07100 Sassari (SS) - Tel.: +39 (079) 2084460-61-62

SOMMARIO:

1. INTRODUZIONE/PREMESSA
2. MODELLO ATS PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DI GESTIONE INTEGRATA DELLE CURE MEDICHE NON URGENTI ATTRAVERSO IL NUE 116117
3. IL PIANO ATS CRONICITA'
4. CONCLUSIONE

INTRODUZIONE

La Legge Regionale 27 luglio 2016 n.17 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Sardegna, istituendo l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS) della Sardegna, nata dalla fusione per incorporazione delle sette ex - ASL nell'azienda incorporante di Sassari. Attualmente l'Azienda è articolata in otto Aree Socio-Sanitarie Locali (ASSL), che corrispondono ai territori delle vecchie ASL cui si aggiunge l'Area Metropolitana di Cagliari. Nelle ASSL sono stati identificati ventidue Distretti che, definiti per numero e ambiti geografici, rappresentano l'articolazione territoriale dell'area sociosanitaria locale e garantiscono l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale. In attuazione dell'art 17, comma 7 della LR n.10 del 28/7/2006 (*Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna)* e della Risoluzione n.24 del 3/8/2017 (*In merito ai distretti socio-sanitari in ambito regionale, previsti dalla legge regionale 27 luglio 2016 n. 17* e dalle *linee d'indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale dell'ATS*) della Sesta Commissione Permanente del Consiglio Regionale della Sardegna, sono istituiti due nuovi distretti nelle isole minori: il distretto dell'isola di La Maddalena e il distretto delle isole di San Pietro e Sant'Antioco, che perciò, si aggiungono ai distretti socio-sanitari previsti.

La ATS Sardegna si trova ancora oggi impegnata in un profondo processo di razionalizzazione dei Servizi in conseguenza del profondo cambiamento attuato nel SSR. Sono, infatti, in corso percorsi di riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri (*Riforma della rete Ospedaliera*), di centralizzazione dei processi amministrativi e di acquisto di beni e Servizi Sanitari ma, soprattutto, dei ***Processi di Presa in Carico dei pazienti, in particolar modo di quelli con malattie croniche***. La ATS intende raggiungere l'obiettivo di rimettere realmente il paziente al centro dei processi d'assistenza, cura e prevenzione, nel pieno rispetto della sostenibilità finanziaria del sistema.

Il Piano Nazionale Cronicità (PNC del 15/9/2016) promuove interventi sanitari basati su un approccio centrato sul paziente, propone una migliore organizzazione dei servizi sanitari con la completa responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza e spinge, sin dalle fasi iniziali della presa in carico del paziente, per una forte integrazione tra le cure primarie e specialistiche e tra gli ospedali e territorio.

Nella Regione Sardegna, alcuni provvedimenti legislativi tra cui *l'Area tematica n.5 del Piano di rientro-Anni 2016-2018 (*Delib. G.R. n 63/24 del 15/12/2015) e le *Linee d'indirizzo per la riqualificazione delle cure primarie* (Delib. G.R. n. 60/2 del 2/12/2015) sottolineano come l'attuale organizzazione dell'assistenza territoriale non riesca ad affrontare in maniera organica la complessità delle cure e, perciò, essa non rappresenti a tutt'oggi una valida e appropriata alternativa all'assistenza ospedaliera.

La ATS, con la delibera del Direttore Generale n° 943 del 5/10/2017, trasforma queste indicazioni in azioni coerenti ai principi e ai valori per un buon governo dell'assistenza sanitaria e persegue la presa in

carico globale della persona con malattia cronica nelle fasi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, attraverso un uso equo, rispettoso e giusto delle necessarie risorse umane, strumentali ed economiche. Inoltre, per l'importanza di un approccio socio sanitario integrato, garantisce il corretto coordinamento delle attività dei distretti socio-sanitari e ospedalieri, dell'integrazione territorio-ospedale, della rete regionale dell'emergenza e degli ospedali, in una visione che comprenda anche le strutture private accreditate.

I modelli per la gestione della malattia cronica, riconosciuti e citati in tutti i documenti di pianificazione sanitaria, originano dal *Chronic Care Model* nato negli anni '90, si evolvono con i programmi di *Disease Management* finalizzati al controllo della domanda attraverso il governo clinico della malattia, per giungere alle più recenti visioni di *Population Health Management* (PHM) che spostano il focus dell'organizzazione dall'individuo alla popolazione e introducono nuovi metodi per l'analisi della domanda generale. La strategia riorganizzativa, come già sperimentato e attuato in regioni come il Veneto, si fonda sull'uso di strumenti di gestione, misura, analisi equivalenti ai DRG ospedalieri. In questa maniera è possibile valutare le attività assistenziali partendo dal paziente, dalle sue comorbilità, piuttosto che dalle mere prestazioni e dai costi. Il Piano per la Cronicità della ATS intende verificare l'efficacia (effectiveness), il costo-efficacia (cost-effectiveness) e la sostenibilità dell'assistenza con il confronto tra i propri percorsi assistenziali (PA) e quelli per cui sono disponibili linee guida e buone prassi cliniche validate.

A completamento del percorso di trasformazione e di riorganizzazione, nell'ambito del Piano Sanitario Triennale 2018-2020, la ATS Sardegna ha posto un particolare focus sul ***Servizio di Continuità Assistenziale***, i cui operatori dovranno realizzare sinergie importanti con i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) nel governo non solo della cronicità, ma anche dei bisogni a bassa e media complessità, evitando che l'utente si rivolga all'Ospedale per patologie non urgenti e differibili.

La riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed equità nell'accesso per tutti i cittadini, in modo da assicurare un'effettiva continuità rispetto ai medici di assistenza primaria ed anche al Sistema di Emergenza Territoriale 118 (SET 118).

MODELLO ATS PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E DI GESTIONE INTEGRATA DELLE CURE MEDICHE NON URGENTI ATTRAVERSO IL NE 116117.

A tutt'oggi in Sardegna il servizio di Continuità Assistenziale è articolato in circa 190 punti e ciascun "punto guardia" opera in un preciso spazio territoriale; le dimensioni degli ambiti geografici sono complessivamente molto ridotte per la particolare dispersione dei centri abitati; sul totale sono presenti,

infatti, quindici ambiti territoriali con popolazione inferiore a 2.000 abitanti e trenta ambiti territoriali con popolazione compresa tra i 2.000 e i 3.000 abitanti. Durante i tre mesi estivi sono attivati alcuni "punti di guardia turistica" che integrano l'offerta dei servizi di Continuità Assistenziale. Le prestazioni del Servizio di Continuità Assistenziale sono realizzate da medici convenzionati con la ATS sulla base della disciplina del Capo III dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale.

In questo momento il servizio di Continuità Assistenziale presenta delle importanti criticità, le due più importanti sono l'insufficiente appropriatezza delle prestazioni erogate e la mancanza di meccanismi di filtro (triage) delle richieste degli assistiti che rappresentano per il medico dei "punti guardia" occasioni di domanda inappropriata. Inoltre, anche il livello di qualità percepita dall'utenza per il servizio erogato a non è soddisfacente, che determina il fenomeno dello scavalcamento e ricorso inappropriato al Pronto Soccorso e al Sistema Emergenza Territoriale 118 (SET118). Infine, l'attuale assenza di utilizzo delle forme associative tra i medici di assistenza primaria nell'erogazione delle attività, le cosiddette Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), limita l'effettiva continuità della presa in carico globale degli assistiti.

La ATS intende attuare sul territorio un processo di riorganizzazione che tenga conto di tali criticità e migliori l'uso delle risorse, ponendo gli operatori del servizio di continuità assistenziale in un sistema di rete e circolarità che permetta la realizzazione delle indispensabili sinergie funzionali con i MMG, i PLS e la rete dell'emergenza- urgenza. La riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, in fase di definizione, terrà conto sia dei volumi di attività sanitaria giornalieri e annui, della rete viaria, della percorribilità delle strade, della dislocazione territoriale delle postazioni del 118, della presenza sul territorio delle costituende Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, che soprattutto dell'attivazione del "Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117" (NE116117).

Il NE 116117 è un numero telefonico unico in Italia e in Europa utilizzabile nel nostro paese da tutti i cittadini italiani e stranieri. E' un numero a chiamata rapida, non richiede prefisso telefonico, disponibile H24 per 7 giorni a settimana, gratuito, raggiungibile da qualsiasi apparecchio fisso, mobile o pubblico. Il servizio non è limitato nel tempo e i cittadini dovranno ricordare un unico numero per avere risposta a diversi bisogni di salute. Il NE116117 è il numero per accedere ai Servizi di Cure Mediche non urgenti e altri servizi sanitari; concorre alla gestione della domanda assistenziale a bassa intensità e priorità d'intervento e consente non solo di convogliare su di esso tutti i numeri di Continuità Assistenziale, ma anche di operare in raccordo con il servizio di emergenza urgenza. Tali aspetti permettono di garantire la continuità delle cure, ma soprattutto di intercettare in modo prioritario la domanda a bassa intensità, offrendo una migliore integrazione tra le attività distrettuali e quelle ospedaliere e, perciò, sono indirizzati alla presa in carico del paziente con problematiche di salute non acute. Questo servizio garantisce il contatto tra l'utente e un operatore professionale in grado di

valutare la richiesta e di instradarla verso servizi in grado di assicurare assistenza o consulenza sanitaria appropriata al bisogno espresso. Il NE116117 non rappresenta una mera sostituzione dei vari numeri telefonici utilizzati adesso per il Servizio di Continuità Assistenziale che, per suoi limiti, opera su archi temporali limitati, ma garantisce a tutti i cittadini, nelle ventiquattro ore, la possibilità di ricevere senza soluzione di continuità risposte a tutte le chiamate di cure mediche non urgenti.

In analogia a quanto avvenuto in passato per il servizio 118 e a quanto sta avvenendo per il Servizio NUE 112, le Regioni possono richiedere al Ministero per la Salute l'attivazione del Servizio 116117. Nello specifico, la ATS Sardegna, con il recepimento dell'Accordo Stato Regioni del 24 novembre 2016, avvenuto ai sensi dell'art. 5, comma 12 dell'Intesa 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR) "Patto per la Salute 2014-2016" tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sulla base del documento "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117", ha inoltrato al Ministero della Salute formale richiesta, ottenendo l'autorizzazione all'attivazione sperimentale del NE116117 nel rispetto dei requisiti espressi nelle stesse linee d'indirizzo (PG/2019/61067 del 22.02.2018). Il Ministero della Salute- Direzione della Programmazione Sanitaria, provvederà a verificare mediante i report periodici trasmessi Dalla ATS sardegna lo stato di avanzamento della Sperimentazione del NE 116117 e la sua successiva estensione a tutto il territorio regionale.

Il progetto prevede una prima fase di attivazione del NE116117 a carattere sperimentale, per una durata non superiore a un anno, in alcune aree territoriali più limitate rispetto all'intero ambito regionale, con un bacino di riferimento comunque non inferiore a 150.000 abitanti. I bacini di riferimento delle Centrali Operative 116117 (CO116117), identificati per la fase sperimentale, sono due e comprendono più distretti telefonici. Il primo è localizzato nel sud della Sardegna, corrisponde all'ex provincia di Carbonia Iglesias e comprende due isole minori popolate, quelle di San Pietro e di Sant'Antioco. Il secondo è localizzato nel nord della Sardegna, corrisponde all'ex Provincia di Olbia-Tempio e comprende l'arcipelago di La Maddalena con l'omonima isola maggiore. Le aree territoriali individuate consentiranno di validare il modello organizzativo e al contempo evitare un'eccessiva complessità d'implementazione, almeno nelle fasi iniziali del progetto. Tali territori, inclusivi di aree urbane, rurali e disagiate quali le isole minori, consentiranno di valutare la qualità del servizio in situazioni e realtà differenti fra loro. Il progetto sperimentale avrà la durata di dodici mesi dall'attivazione del numero 116117; in seguito sarà esteso progressivamente a tutto il territorio regionale. Durante la fase di sperimentazione si valuterà il servizio testandone le criticità e le ricadute in termini di beneficio nel governo della domanda a bassa intensità di cura e nei rapporti con il servizio di continuità assistenziale e la rete di Cure Primarie. In questo contesto, l'attivazione del Numero 116117 sarà un processo graduale tale da inserirsi in modo armonico nel percorso di riorganizzazione della Rete Ospedaliera,

della Rete dell'emergenza urgenza e della Rete Territoriale, mirando, per la sua specificità, ad un suo preciso posizionamento nel sistema circolare dell'assistenza.

Le due Centrali Operative 116117 saranno collocate a Sassari e Cagliari, in sedi differenti dalle attuali CO118, ma integrate con loro attraverso collegamenti telefonici diretti e linee dedicate. Sarà previsto un sistema di turnazione di personale sanitario e laico, in numero adeguato a garantire un'attività H24, per dare una risposta a tutte le chiamate riguardanti problematiche sanitarie non urgenti.

Il progetto è stato sottoposto all'attenzione del Comitato regionale per la Medicina Generale che ha espresso il proprio parere favorevole. E' stata successivamente indetta (Del. DG n. 1108 del 26.10.2018) una selezione per il reclutamento dei medici operanti nel servizio di Continuità Assistenziale dell'ATS Sardegna da assegnare alle due Centrali Operative e bandita una manifestazione di interesse riservata ai collaboratori Professionali Sanitari Infermieri in servizio presso le ASSL di Sassari e Cagliari.

Durante la fase sperimentale si erogheranno alcune prestazioni di valenza obbligatoria, così definite dal Ministero della Salute, quali il trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al SET 118 e le prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale. Sarà inoltre offerto, già nella prima fase sperimentale, un primo set di risposte all'utenza di tipo informativo. L'obiettivo, come già detto, è di fornire un servizio esaustivo, mettendo in contatto il chiamante, secondo la richiesta, con un operatore non sanitario oppure con una figura medica o infermieristica che possa fornire adeguata assistenza o consulenza. Le CO116117, autonome e indipendenti nelle proprie attività primarie e nei propri strumenti tecnologici, saranno altresì in grado di scambiare dati e informazioni con le altre parti del SSN per ottimizzare la gestione degli utenti e delle risorse. L'obiettivo non sarà semplicemente quello di indirizzare la non emergenza verso un percorso più appropriato, ma di costruire una Centrale Operativa 116117 evoluta, presidiata e con il compito di valutare le necessità in evoluzione sul territorio, ora non supervisionate, e monitorare l'impiego delle risorse umane ed economiche. Questo modello sosterrà la riorganizzazione dell'assistenza delle patologie croniche e l'attivazione del processo di presa in carico del paziente. La CO116117 si avvarrà del supporto fondamentale della telemedicina, che dovrà contribuire ad abbattere le barriere geografiche e organizzative, ridurre i disagi legati ai trasferimenti presso centri di ricovero e cura (intra ed extraregionali), garantire un'assistenza tempestiva e appropriata e permettere il monitoraggio remoto del paziente a domicilio anche nelle aree rurali e più disagiate. Per quanto riguarda l'attività prettamente sanitaria, la Centrale Operativa 116117 filtrerà, tramite un'intervista conforme a specifici protocolli, l'effettiva necessità di un intervento del medico di CA o di altro personale sanitario al domicilio del paziente, fornendo le informazioni logistiche a supporto del personale sul territorio e/o indirizzando il

paziente verso i punti di erogazione di servizi a lui più accessibili capaci di risolvere il problema espresso (es. MMG o PLS, AFT, Farmacia, Casa della Salute, ecc.).

A sostegno dell'attività decisionale degli operatori sanitari in CO 116117 si prevede l'utilizzo di protocolli d'intervista telefonica, riconosciuti a livello internazionale, integrati nel sistema di gestione, quale l'Emergency Communication Nurse System (ECNS) certificato dalla International Academies of Emergency Dispatch (IAED). L'ECNS è un sistema completo di triage infermieristico e medico composto di oltre 200 protocolli, sviluppato nel corso degli ultimi 20 anni e applicato con successo su oltre 80 milioni di consultazioni telefoniche avvenute in tutto il mondo. Questo strumento dovrà facilitare il riconoscimento esatto del bisogno e, in presenza di sintomi prioritari e rischiosi, consentire il dirottamento della chiamata ai servizi di emergenza 118. Il NE116117 progressivamente dovrà far diventare la Centrale Operativa 116117 una struttura strettamente connessa alla rete di emergenza territoriale. La riorganizzazione della Rete Ospedaliera e delle Cure Primarie rende necessaria e indispensabile la realizzazione di un servizio di non urgenza molto qualificato ed efficiente, in grado di gestire al meglio le casistiche dei cittadini afferenti, con l'obiettivo di minimizzare l'accesso alle strutture di emergenza/urgenza, siano essi Pronto Soccorso e/o servizi 118, nella piena tutela della salute del paziente. Un secondo obiettivo, come detto, sarà l'offerta d'informazioni di carattere sanitario, relative a procedure e regole di accesso a servizi specialistici, si auspica migliorando nel cittadino la percezione del servizio ricevuto. Nello specifico, il NE 116117 garantirà l'erogazione d'informazioni su temi specifici (Catalogo dei Servizi Sanitari), tra cui la modalità di accesso ai servizi sanitari quali centro unico di prenotazione, ambulatori, assistenza per gli anziani, fornitura ausili/protesi, sanità pubblica (certificazioni, vaccinazioni ecc.); l'anagrafe sanitaria (medico di famiglia, assistenza sanitaria all'estero ecc.); l'ospedale (donazioni, trapianti, day hospital ecc.); il consultorio familiare/pediatria (certificati, vaccinazioni ecc.); le campagne di prevenzione; Ticket/esenzioni (farmaci gratuiti, generici ecc.); le strutture socio sanitarie (orari, indirizzi ecc.); la modalità di presentazione dei reclami; le richieste improprie (da girare ai relativi enti competenti).

La riorganizzazione dell'assistenza primaria mediante il Servizio 116117 avverrà secondo una logica di rete in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, dal primo ascolto ai controlli periodici e programmati, da parte di un team con competenze diversificate. Questo servizio faciliterà e diventerà utile strumento per implementare i percorsi di presa in carico delle persone con patologie croniche, specie se fragili e non autosufficienti, attraverso un utilizzo evoluto e dedicato di gestione delle conoscenze attraverso i sistemi informativi.

Un sistema informativo avanzato è uno strumento essenziale per il governo clinico ed economico del sistema sanitario regionale nel suo complesso. Il sistema informativo sanitario regionale è costituito da un insieme di sistemi integrati, in capo alla regione a beneficio delle Aziende Sanitarie e dell'Assessorato

dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, tra cui si citano i sistemi SISAR, MEDIR, RTP, ANAGS, SILUS etc. Durante l'attività della CO116117 sarà possibile agli operatori sanitari e non, secondo le competenze loro assegnate, accedere rapidamente a un software gestionale interfacciato con tutti i dati che si riferiscono ai pazienti presenti sui depositi digitali, ad esempio con l'Anagrafica regionale degli Assistibili della Regione Sardegna (AnagS), così da poter identificare, sin dalle primissime fasi d'intervista telefonica il paziente in maniera certa e univoca; saranno inoltre disponibili depositi sanitari clinici digitali, ad esempio il Fascicolo Sanitario Elettronico, il Clinical Document Repository aziendali e regionali, altre fonti informative, ecc., esistenti per i pazienti censiti a livello regionale, così da aumentare il set d'informazioni disponibili durante le fasi di valutazione sanitaria telefonica. L'integrazione con il database AnagS sarà elemento chiave per l'accesso ad altre informazioni del richiedente, ad esempio di tipo socio economico. Solo in seguito potrà essere valutata l'opportunità anche di un'integrazione con l'anagrafe centrale (XMPI) del Sistema Informativo Sanitario Integrato Regionale (SISaR). Saranno utilizzati degli strumenti che consentano di eseguire, il più rapidamente possibile, una sintesi dello stato socio sanitario del paziente, allineata alle sue più recenti diagnosi, esami clinici, visite specialistiche, terapie praticate, conseguenti a tutti gli episodi di contatto registrati con le strutture sanitarie regionali. Sono in fase d'implementazione l'integrazione delle banche dati dell'ADI e di altri sistemi di gestione clinica e assistenziale dei pazienti cronici, le prescrizioni dei MMG e degli stessi medici di continuità assistenziale (MCA) e il collegamento con i loro Clinical Document Repository ai fini di una più completa integrazione con il nuovo modello di assistenza territoriale e di cure primarie. La capacità e rapidità da parte degli operatori nel fornire risposte esaustive sono caratteristiche irrinunciabili, immediatamente percepite dall'utenza e capaci di incrementare il livello di qualità complessivo e di adesione alle indicazioni offerte.

Durante la sperimentazione del Servizio 116117 saranno misurate le ricadute in termini di beneficio nel governo della domanda per interventi di bassa intensità di cura e nel rapporto con il servizio di continuità assistenziale, la rete delle cure primarie e delle aggregazioni professionali.

In conclusione, l'attivazione del NE 116117 contribuirà alla riorganizzazione in corso dell'assistenza sanitaria nella Regione Sardegna sostenendo lo spostamento del fulcro del sistema dall'ospedale al territorio, attraverso un nuovo modello assistenziale incentrato sul cittadino e suoi bisogni, facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio in particolar modo nelle zone spopolate o delle aree interne e dando un fondamentale supporto alla gestione delle cronicità e un aiuto per diminuire il sovraccarico di domanda ai servizi di emergenza urgenza. In secondo luogo rappresenta il basilare elemento preparatorio per la realizzazione del piano ATS per la cronicità.

IL PIANO ATS CRONICITA'

Il Piano ATS per la Cronicità, s'ispira al modello del PHM, e dovrà permettere, anche nel contesto regionale della Sardegna, la verifica dell'efficacia e dell'efficienza sul campo della presa in carico di ogni paziente con malattia cronica.

Il Piano ATS per la cronicità è stato progettato per:

- Attivare i processi di presa in carico del paziente affetto da patologia cronica (PA per ogni livello organizzativo coinvolto nell'assistenza alla malattia cronica)
- Misurare il processo di cura, scomposto nei diversi momenti dalle fasi di accesso ai livelli assistenziali ai passaggi da un livello assistenziale all'altro
- Valutare gli esiti intermedi e finali del percorso di cura
- Stimare i costi degli interventi in tempo reale traguardandoli con le risorse a disposizione.

Il Piano ATS per la cronicità declina i seguenti obiettivi specifici:

- Stima della prevalenza di malattia e identificazione di coorti di pazienti che, sulla base dell'erogazione di prestazioni sanitarie o ricorso all'assistenza ospedaliera, siano affetti da specifiche condizioni croniche
- Stratificazione della popolazione affetta da patologie croniche, in funzione della sua gravità e/o di altri determinanti del consumo di risorse
- Definizione di un set d'indicatori condivisi da utilizzare nel monitoraggio e nella valutazione dell'assistenza, utilizzando diversi livelli di analisi dal livello macro regionale sino al medico di medicina generale che ha in carico il paziente al fine di implementare strategie di intervento mirate e più vicine ai bisogni del paziente
- Riduzione dell'uso inappropriato di procedure diagnostiche e terapeutiche secondo i principi del "Choosing Wisely" e della "Slow Medicine"

L'innovazione digitale e la gestione accentrata delle reti informatiche, delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione hanno rappresentato la leva strategica con cui la ATS Sardegna ha in quest'ultimo anno profondamente trasformato l'erogazione dei propri servizi sanitari.

Nella prima fase di riorganizzazione dell'assistenza alla cronicità sono stati esaminati i percorsi assistenziali di tre patologie croniche: il diabete mellito, il pregresso infarto miocardico e lo scompenso cardiaco.

Il progetto si avvale sin dal 2018 di un accordo di collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia del S.S.R. Lazio ASL Roma 1 (DEP), che ha già compiuto in ambito regionale e nazionale un monitoraggio e una valutazione dei Percorsi Assistenziali delle patologie croniche.

Per quanto riguarda il diabete, la Direzione Sanitaria di ATS, a seguito della *Del. N. Del. N 188 del 1/03/2019* "Ristrutturazione dell'organizzazione per l'assistenza diabetologia", ha sviluppato un piano di azione che coinvolge tutti i responsabili delle banche dati, tutti i professionisti attivi nei percorsi d'assistenza e i rappresentante dei pazienti per redigere il "Piano per la Qualità" della propria organizzazione, volto a definire e innalzare in modo costante gli obiettivi, le competenze, il livello di responsabilità, la comunicazione, la valutazione dei processi amministrativi e clinici con le risorse date. Lo scopo del "Piano per la Qualità" è il continuo adeguamento delle prassi clinico-organizzative adottate in ciascun ambito territoriale di ASL, in modo da assicurare i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) diabetologici previsti per tutti gli utenti con diabete mellito, la periodica valutazione del sistema di cura territoriale, ospedaliera, della diabetologia pediatrica e del piede diabetico.

Per la realizzazione degli obiettivi specifici del piano ATS per la cronicità è stata seguita questa metodologia.

La principale ***fonte dati*** è rappresentata dagli archivi sanitari elettronici amministrativi relativi a tutta la Regione Sardegna rappresentati dagli archivi dell'anagrafe assistiti, della farmaceutica territoriale, della distribuzione diretta dei farmaci, delle schede di dimissione ospedaliera, delle prescrizioni di visite specialistiche o di procedure diagnostiche, delle esenzioni dal pagamento del ticket per qualsiasi motivazione. Attraverso l'integrazione delle basi dati descritte relative agli anni 2014-2017, sono stati individuati i pazienti affetti da diabete, infarto del miocardio (IMA) scompenso cardiaco ed è stato valutato il percorso assistenziale in un arco temporale di un anno.

In questa prima fase è' stata individuata la popolazione assistita al 31/12/2016, viva al 31/12/2017 e assistita dallo stesso Medico di Medicina Generale, (popolazione in continuità assistenziale).

Per l'individuazione della popolazione e la definizione degli indicatori sono stati utilizzati i protocolli realizzati dal DEP nell'ambito del programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari, P.Re.Val.E, adattandoli al contesto regionale (http://dep.lazio.it/prevale2019/). Per il diabete sono stati misurati: almeno due misurazioni di emoglobina glicosilata (HbA1c), almeno un dosaggio della colesterolemia, della microalbuminuria e una visita oculistica in un anno.

Per l'IMA e lo scompenso cardiaco almeno due visite cardiologiche e un ecocardiogramma

Tutti gli indicatori sono stati calcolati a livello di Regione, ASSL, Distretto sociosanitario, Medico di Medicina Generale.

Di seguito vengono descritti i principali risultati

Diabete: sono stati individuati circa 95.000 pazienti con diabete tipo 2, corrispondenti al 9,6% della popolazione con età ≥ 35 anni. La più alta prevalenza è stata osservata nella ASSL di Carbonia (10,5%), mentre quella più bassa è stata osservata nella ASSL di Olbia (8,73%). La percentuale di diabetici che

ha effettuato il monitoraggio dell'Hba1c almeno due volte in un anno è 44,6%, della microalbuminuria il 35,34%, della colesterolemia il 61,61%. Solo il 17% dei pazienti ha effettuato una visita oculistica nel 2017, per questo indicatore che secondo le linee guida deve essere valutato ogni due anni verrà esteso il follow-up non appena verrà valutato il 2018. Fig. 1-5

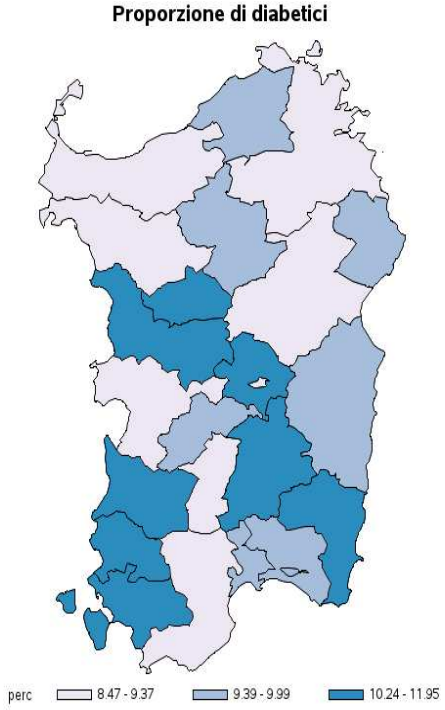

Fig. 1

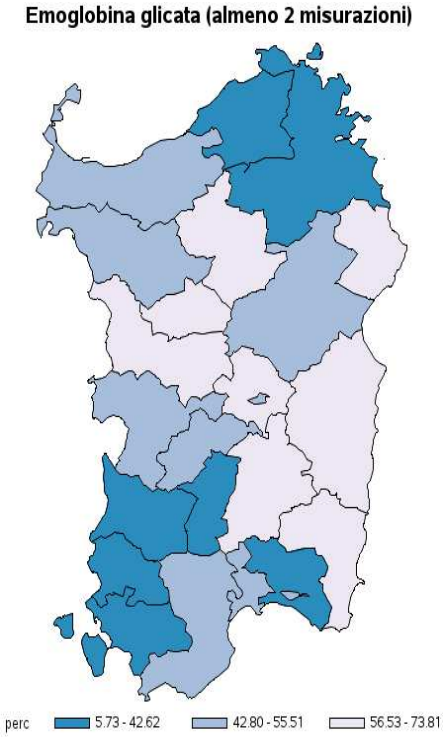

Fig. 2

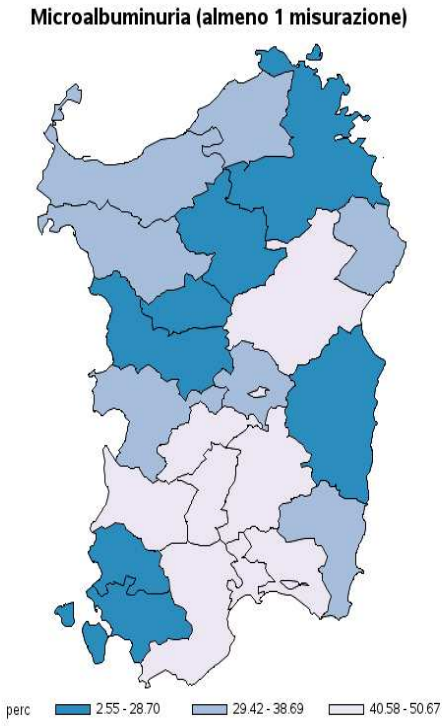
Microalbuminuria (almeno 1 misurazione)
perc
2.55 - 28.70
29.42 - 38.69
40.58 - 50.67

Fig. 3

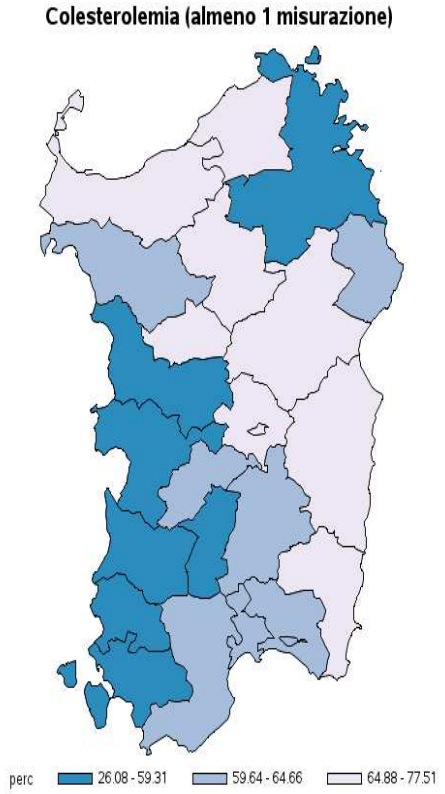
Colesterolemia (almeno 1 misurazione)
perc
26.08 - 59.31
59.64 - 64.66
64.88 - 77.51

Fig. 4

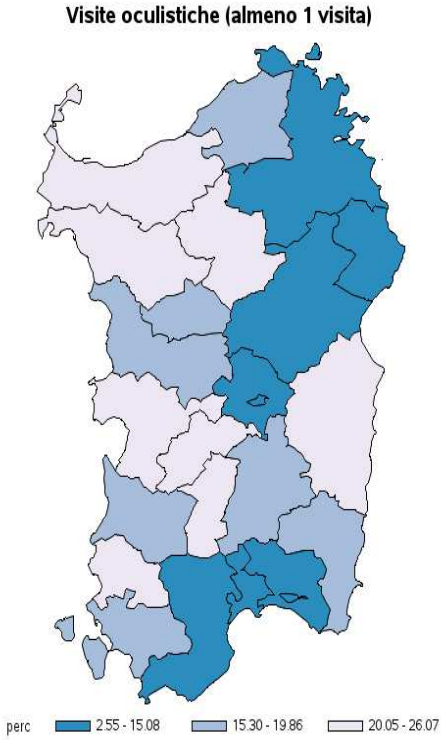
Visite oculistiche (almeno 1 visita)
perc
2.55 - 15.08
15.30 - 19.86
20.05 - 26.07

Fig. 5

Infarto: sono stati individuati 1818 pazienti con un ricovero per IMA, di cui circa il 25% effettua due visite cardiologiche e un ecocardiogramma in un anno di Follow-up. Fig. 6,7

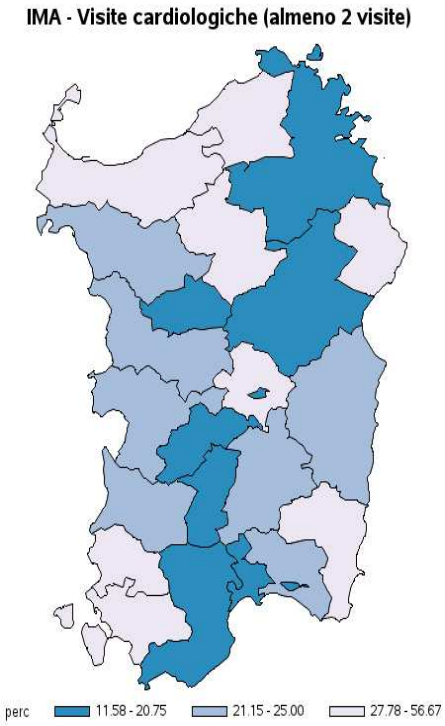

Fig. 6

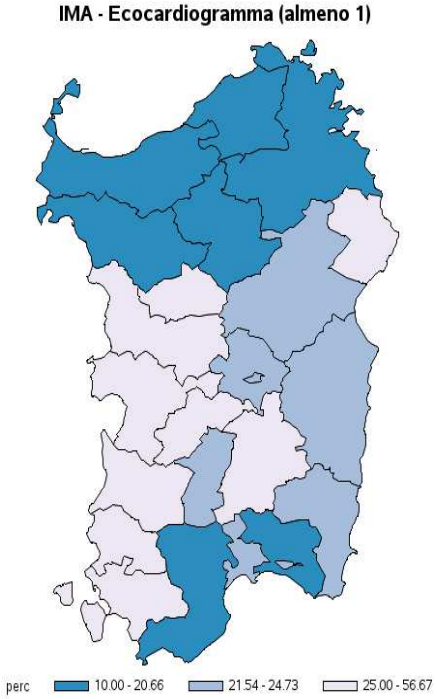

Fig. 7

Scompenso Cardiaco: per questa patologia sono stati individuati 1713 pazienti con un ricovero per scompenso, di cui circa il 26% hanno effettuato almeno due visite cardiologiche e il 18% un ecocardiogramma in un anno di follow-up. Fig. 8,9

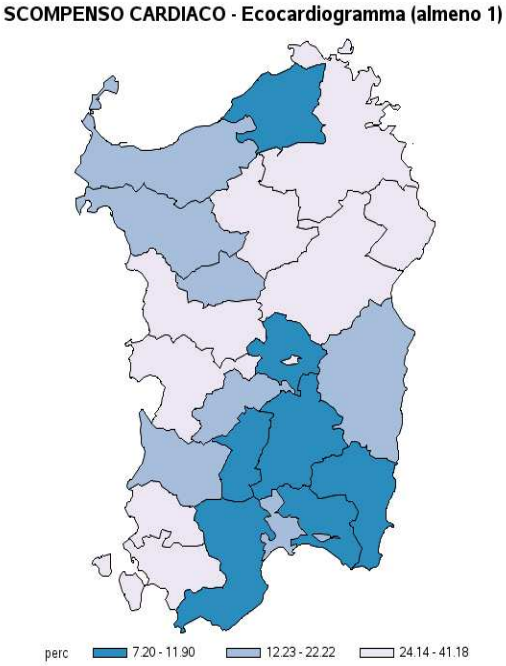

Fig. 8

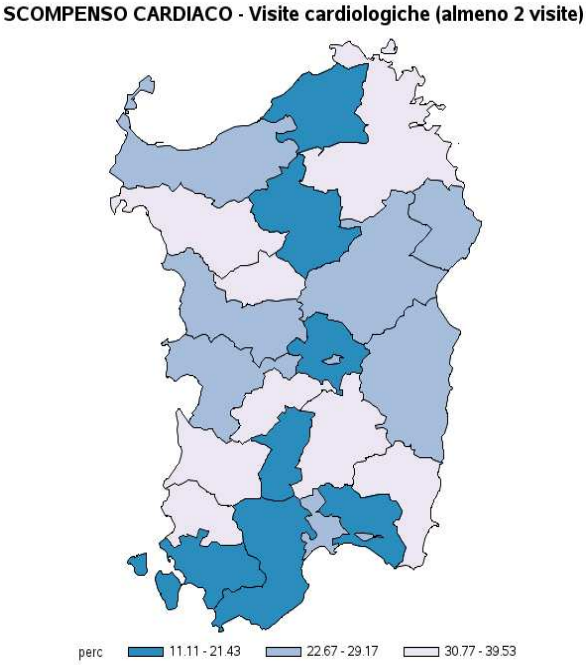

Fig. 9

Gli indicatori sembrerebbero evidenziare un monitoraggio sub-ottimale dei pazienti affetti da queste patologie, con forti differenze tra le ASSL e al loro interno. Occorre tuttavia considerare che i risultati ottenuti potrebbero essere distorti a causa di una carente o non corretta compilazione del file della specialistica ambulatoriale o a causa di diversi modelli organizzativi che non permettono di tracciare tutte le prestazioni erogate attraverso i sistemi informativi correnti utilizzati in questo studio.

Questi risultati vanno considerati come preliminari e una volta effettuate le verifiche sulla qualità e completezza dovrebbero essere aggiornati annualmente.

Saranno definiti e calcolati, oltre agli indicatori proposti anche quelli relativi alla aderenza alla terapia farmacologica appropriata e specifica per patologia.

Il modello utilizzato potrebbe essere adottato anche per altre patologie croniche in modo da individuare i pazienti a più alto bisogno di intensità di cura che verranno indirizzati a MMG e specialisti al fine di implementare strategie di intervento mirate e più vicine ai bisogni del paziente in un'ottica di medicina proattiva.

Il monitoraggio sistematico dei Percorsi Assistenziali rappresenta uno strumento fondamentale per assicurare un miglioramento continuo della assistenza che rispetti i principi di appropriatezza e di sostenibilità ed equità.

CONCLUSIONI

La traslazione dei contenuti del Piano Nazionale Cronicità del 2016, ritagliata sulla realtà geografica e socioeconomica della Sardegna ha determinato l'attuale modalità di assistenza da parte dell'ATS dei pazienti portatori di patologia cronica.

La possibilità di richiedere una prima visita o un controllo specialistico periodico è stato rivisto e riprogettato riformulando la sequenza delle attività che realizzano il processo della presa in carico del singolo paziente. In particolare per un buon out come finale è indispensabile che l'iter assistenziale del paziente risulti organizzativamente fluido. Pertanto, in un'ottica di efficienza, sin dal primo contatto il sistema delle cure deve garantire pronte risposte alle esigenze dell'utenza evitando la mancata presa in carico globale di ogni paziente.

Un efficiente punto di "primo contatto" con il sistema delle cure deve garantire una pronta risposta ai quesiti che l'utente pone e ogni operatore sanitario, tecnico, amministrativo ha la responsabilità di partecipare correttamente al processo di cura, ciascuno per la propria competenza. In questo contesto, è fondamentale che al NE 116117 l'operatore, che rappresenta in quel momento il Servizio Sanitario, inserisca il paziente con malattia cronica in un percorso assistenziale equo, rispettoso e giusto.

L'esperienza fatta con gli attori che partecipano al percorso di cura del diabete, siano essi sanitari, amministrativi o tecnici, dimostra che, qualsiasi intervento riorganizzativo condiviso pienamente con tutte le figure coinvolte, comporta un coinvolgimento efficace ed efficiente.