

Analisi sistematica della
normativa e delle
esperienze in Liguria

Marco Comaschi

ICLAS GVM Care & Research

Epidemiologia e stato dell'arte

- Progetto Nocchiero
- Studio QUADRI ISS
- Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013
- Legge Regionale sull'assistenza alle Persone con Diabete Mellito
- Delibere Regionali
- Determinazioni ARS Liguria
- Realizzazioni

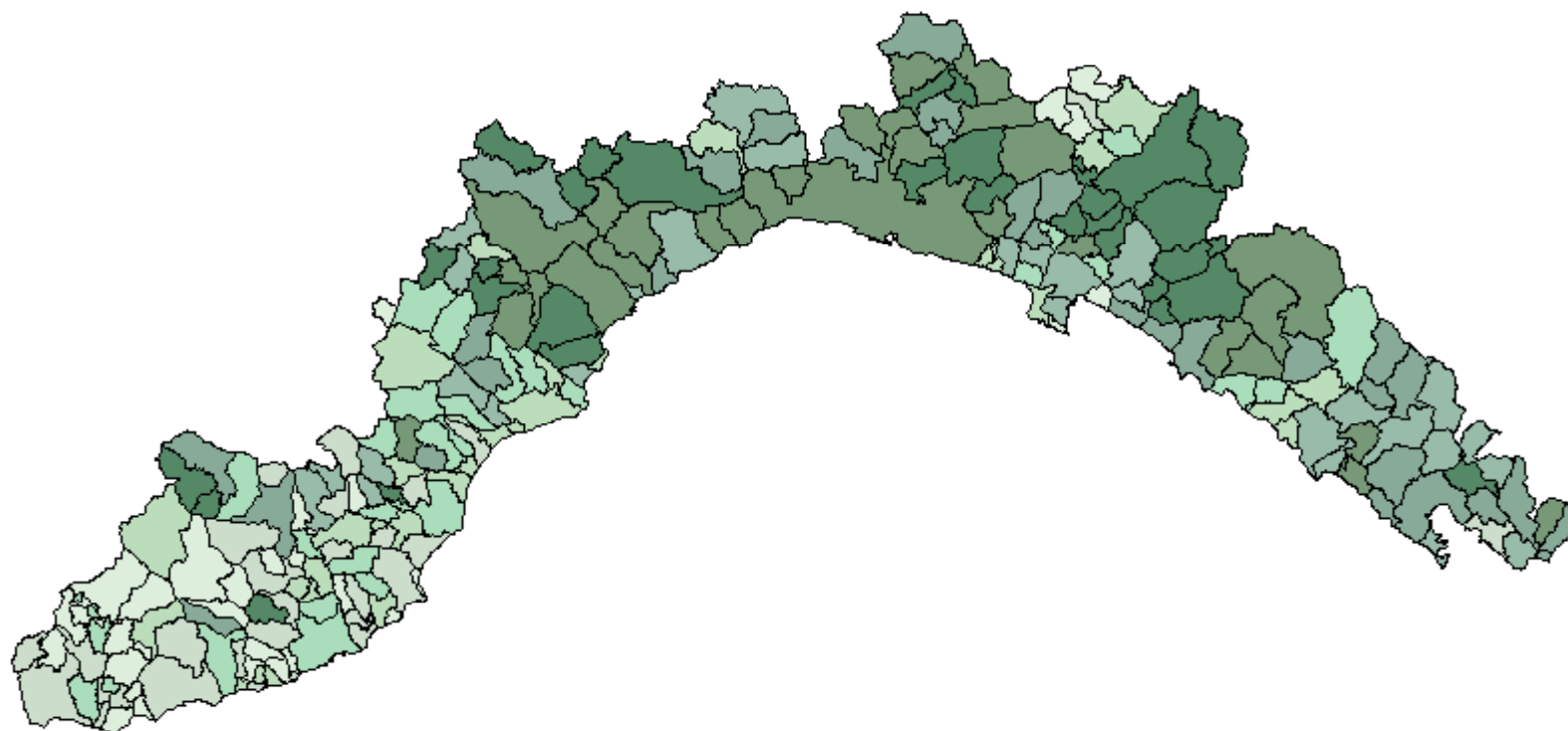
Progetto Nocchiero

- La programmazione sanitaria necessita di **conoscere la struttura della popolazione anche nelle sue caratteristiche cliniche e non solo in quelle demografiche.**
- **Le fasi del progetto:**
- **analisi epidemiologica** delle caratteristiche cliniche della popolazione attraverso la lettura dei flussi informativi esistenti
- **validazione** del metodo nel contesto ligure
- **analisi critica** della domanda espressa dai diversi gruppi omogenei ed elaborazione dei più idonei percorsi preventivi diagnostico-terapeutici e riabilitativi
- costruzione del **modello** gestionale per la pianificazione dei servizi e l'allocazione delle risorse.

Progetto Nocchiero

- <http://www.arsliguria.it/pn/landing.html>

Nocchiero – le cronicità in Liguria



TASSO x 1000 Ab.

183.36 - 248.13

273.27 - 285.17

302.10 - 311.92

248.52 - 264.21

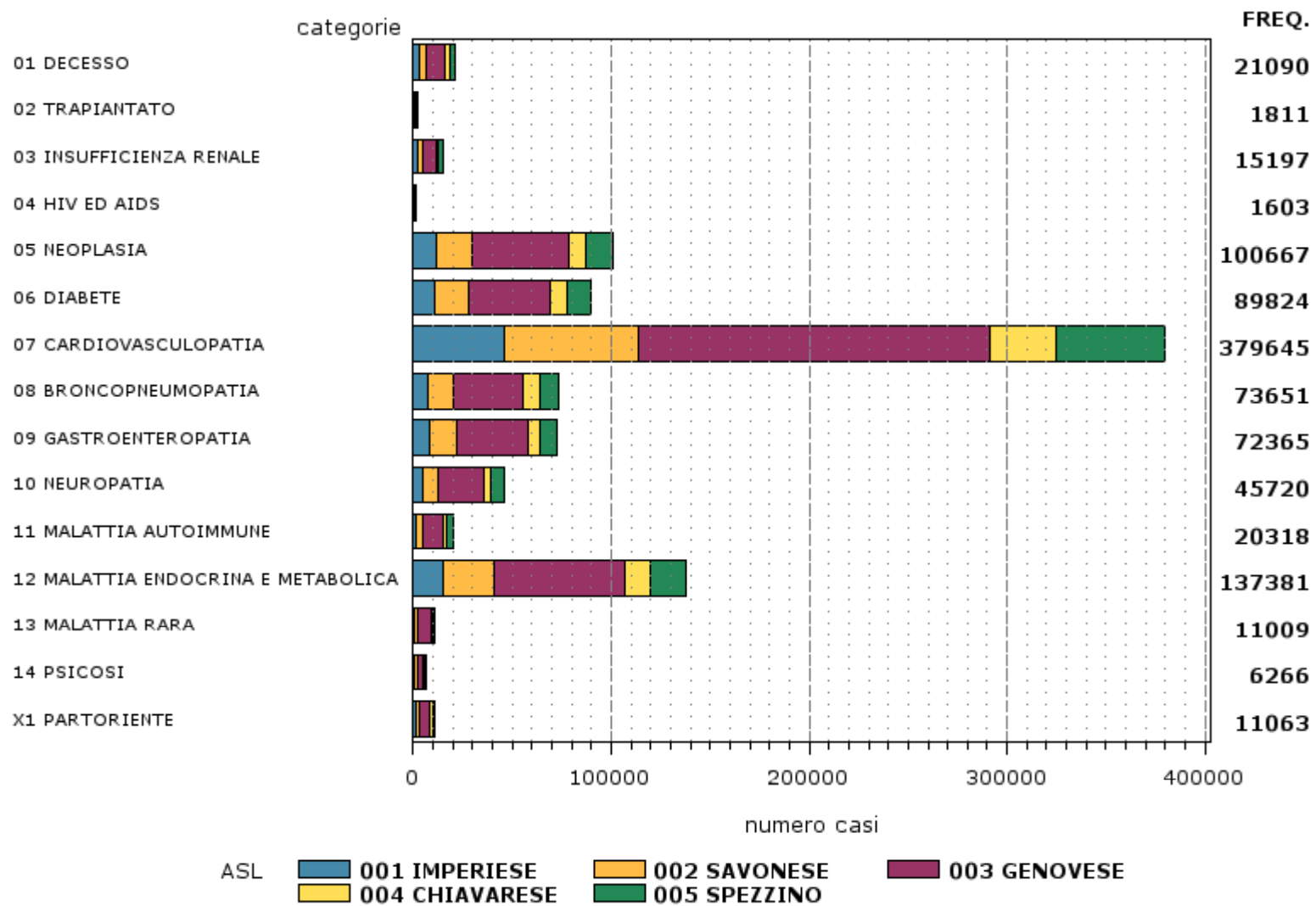
285.29 - 293.35

312.34 - 375.25

264.38 - 273.02

293.65 - 301.86

ANNO DI RIFERIMENTO 2010



ANNO DI RIFERIMENTO 2010

II PSR 2011 - 2013

4. ARCHITETTURA DEL PIANO

4.1 Il metodo: l'organizzazione a rete

- 4.1.1 Indicazioni di metodo per la stesura del Piano sociosanitario regionale
 - 4.1.2 L'organizzazione a rete in sanità: i presupposti della scelta ligure
-

4.2 Le reti

- 4.2.1 Reti verticali, orizzontali e di sistema: una programmazione a matrice
- 4.2.2 Metodologia di redazione: dalle evidenze alla mediazione sostenibile
 - 4.2.2.1 Prima fase: redazione delle reti orizzontali (livello delle evidenze per disciplina)
 - 4.2.2.2 Seconda fase: redazione delle reti verticali (livello delle evidenze per macroaree)
 - 4.2.2.3 Terza fase: contestualizzazione nelle aree ottimali (la mediazione politico - gestionale delle conferenze di area)
- 4.2.3 Le relazioni tra le reti: i principali link fra le reti
- 4.2.4 Elenco delle reti verticali, orizzontali e di sistema

Le Reti

4.2 Le reti

4.2.1 Reti verticali e orizzontali: una programmazione a matrice

L'architettura del nuovo sistema è stata ipotizzata come un insieme di reti integrate di servizi costituite secondo due direttrici diverse che rappresentano gli assi di integrazione necessari.

- 1 la direttrice, "verticale", rappresenta la dimensione all'interno della quale si sviluppano le quattro aree tematiche che costituiscono lo sfondo del Sistema sanitario Pubblico:

prevenzione
acuzie-emergenza-urgenza
fragilità/cronicità
riabilitazione.

- 2 la direttrice, "orizzontale", sulla quale si sviluppano reti cliniche o reti di condizioni che, dando origine e custodendo percorsi diagnostici e terapeutici orizzontali che attraversano le 4 aree verticali sopra citate, rappresentano le connessioni fisiche fra le quattro reti verticali

SCHEDA RETE VERTICALE CRONICITÀ		Struttura (nodi della rete)	Funzioni	Livello	Relazioni intra	Relazioni inter
		GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA CRONICITÀ		<ul style="list-style-type: none"> -> STRATEGIA -> INDIRIZZO -> CONTROLLO -> COMUNICAZ. 	REGIONALE	<ul style="list-style-type: none"> -> GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA CRONICITÀ ↓ -> DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE
GRUPPO OPERATIVO DELLA RETE DELLA CRONICITÀ		<ul style="list-style-type: none"> -> REALIZZAZIONE STRATEGIE E AZIONI PROGRAMMATE -> CONTROLLO PIANIFICAZ. DIPARTIMENTI INTERESSATI / DISTRETTI 	AREA OTTIMALE	<ul style="list-style-type: none"> -> GRUPPO STRATEGICO DELLA RETE DELLA CRONICITÀ -> DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE 	LINK CON RETI ORIZZONTALI (livello Area Ottimale)	
DISTRETTO	CURE PRIMARIE	<ul style="list-style-type: none"> -> ATTUAZIONE AZIONI DI PIANO -> REALIZZAZIONE STRUTTURA ORGANIZZATIVA DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI 	AZIENDA / ASL	<ul style="list-style-type: none"> -> GRUPPO OPERATIVO RETE DELLA CRONICITÀ ↓ -> DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE ↓ -> OSPEDALI PER ACUTI ↓ -> NMG / PLS 	ATTUAZIONE TERRITORIALE DEI COLLEGAMENTI PREVISTI	
	ANZIANI					
	CURE DOMICILIARI					
	OSPEDALE PER ACUTI					
NMG / PLS				<ul style="list-style-type: none"> -> DISTRETTO -> NMG / PLS 		
				<ul style="list-style-type: none"> -> DISTRETTO -> OSPEDALE PER ACUTI 		

**DETERMINAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA
ARS LIGURIA**

26.07.2012

N. 57

Distretto Sociosanitario: definizione competenze distrettuali, con particolare riferimento alla gestione integrata delle patologie croniche di cui alla D.G.R. n. 518 del 4/5/2012, dell'attività socio-sanitaria e dell'integrazione tra ASL e Comuni; individuazione criteri di riorganizzazione delle attività, indicatori delle attività, criteri di valutazione in applicazione di quanto disposto dalla D.G.R. n. 675/2012.

La gestione integrata delle patologie croniche

L'aumento delle patologie cronicodegenerative sta via via assumendo le caratteristiche della pandemia dei nostri tempi, rappresentando un'emergenza che se non adeguatamente gestita potrà assumere aspetti deleteri per il Sistema Sanitario. Si impone quindi la necessità improrogabile di rivedere il sistema dei servizi sanitari territoriali, fornendo una risposta integrata e forte ai bisogni di prevenzione e cura, garantendo la continuità assistenziale alle persone "fragili" e ancora più a quelle non autosufficienti. Il Distretto in tale contesto epidemiologico assume pertanto un ruolo nodale nella gestione della cronicità, esso infatti è il luogo ove :

- si adottano i protocolli di gestione integrata, improntati sul *chronic care model e il disease management*
- si promuovono e si realizzano interventi di prevenzione e di contrasto della cronicità mediante la medicina di iniziativa o la proattività degli interventi
- viene assicurata la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, intesa come reale presa in carico del soggetto affetto da patologia cronica, attivando percorsi assistenziali integrati in collaborazione con la rete di Servizi Sociali
- si agevolano le dimissioni ospedaliere "guidate" attraverso l'integrazione tra servizi sanitari e i servizi sociali

Progetto “Percorso Assistenziale per la gestione dello Scompenso Cardiaco”

A cura della Rete Orizzontale Cardiologica del PSR 2009-2011.

Coordinatore Raffaele Griffo; gruppo di lavoro: Paolo Bellotti, Michele Brignole, Francesco Chiarella, Piero Demicheli, Stefano Domenicucci, Gianfranco Mazzotta, Fiorenzo Miccoli, Giancarlo Passerone, Paolo Spirito, Fabio Stellini

Obiettivo generale del Progetto

Questo progetto si propone di definire ed implementare il percorso assistenziale di gestione integrata del paziente con SC tra il MMG, l'infermiere, l'assistente sociale, il cardiologo, l'internista e altri specialisti. Lo scopo è attuare un programma di intervento che assicuri un adeguato e costante monitoraggio delle condizioni delle persone affette da SC che persegua la prevenzione delle possibili complicazioni ed evoluzioni della sindrome e l'ottimizzazione della cura al fine di consentire significativi miglioramenti della sopravvivenza e della qualità della vita e un più razionale utilizzo delle risorse.

Il modello di riferimento è Chronic Care Model, con un elevato coinvolgimento informato dei pazienti (essenziale in una patologia come lo SC in cui la mancata aderenza alle cure e allo stile di vita raccomandato è la causa principale di instabilizzazione), con la realizzazione della medicina pro-attiva e con una presa in carico del paziente per la globalità dei suoi bisogni.



Piano Socio Sanitario Regionale 2006 - 2008

CAMPO OPERATIVO: PREVENZIONE

Nodi Rete	Funzioni	Bacino di utenza	Volumi minimi	Indicatori esito	Indicatori processo	Porta di accesso	Relaz tra nodi	Tecnologie
MMG	<ul style="list-style-type: none"> - identificazione e gestione soggetto a rischio di BPCO - identificazione e gestione rischio recidive in pz con BPCO lieve-moderata - identificazione pz da avviare a programma cessazione fumo 	Fino a 1.500	Contatti per screening e prevenzione in $\geq 75\%$ dei soggetti ad alto rischio	<ul style="list-style-type: none"> - riduzione di visite pneumologiche per BPCO lieve (-50%) - n° dei fumatori con >10 pacchi anno ed età > 40a, con n° spirometria <1/anno (+80%) 	- n° richieste di spirometria (+80%)	diretta	PDT concordati con gli specialisti territoriali /ospedalieri	saturimetro
AMBULATORIO DI FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> - supporto diagnostico non invasivo - ottimizzazione della terapia 	UO Pneumologia	- 2 PFR/ora		- n° spirometrie eseguite	MMG (CUP)	PDT	<ul style="list-style-type: none"> - spirometro - cabina pletismografica - test di diffusione
<ul style="list-style-type: none"> - U.O. PNEUMOLOGIA (Amb. Generale) - AMBULATORIO PNEUMOLOGICO SUL TERRITORIO 	- supporto valutativo nel pz ad alto rischio recidive e nei pz complessi	UO Pneumologia - 200/300.000 ab	<ul style="list-style-type: none"> - 3 visite/ora - 3 curva F/V - saturimetria 	diminuzione del numero dei pazienti in stadio 1 e 2 in follow-up	<ul style="list-style-type: none"> - tempo di attesa - audit periodici su appropriatezza richieste e competenze 	MMG (CUP)	PDT	<ul style="list-style-type: none"> - spirometro - saturimetro
CENTRO ANTITABAGISMO	<ul style="list-style-type: none"> - counselling e programma cessazione fumo - educazione sanitaria, - educazione terapeutica, - intervento promozione alla salute nelle scuole 	300.000 ab	<ul style="list-style-type: none"> - 10 visite/sett. - 1 riunioni educazionale e counseling gruppo/mensile 	diminuzione della prevalenza della BPCO nelle prossime 2 decadi	n° soggetti inclusi nel programma	MMG (CUP)	PDT	Analizzatore CO

2006

REGIONE LIGURIA

COSTRUZIONE, PIANIFICAZIONE ED ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI FORMAZIONE "IL DIABETE TIPO 2 NON COMPLICATO O COMPLICATO STABILIZZATO : RAZIONALE SCIENTIFICO, SISTEMI APPLICATIVI E TEORIA DI APPLICAZIONE DI UN NUOVO PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO"

REGIONE LIGURIA

2013

LEGGE REGIONALE 9 AGOSTO 2013 N. 27

NORME PER LA PREVENZIONE, LA DIAGNOSI E LA CURA DEL DIABETE MELLITO

Articolo 3

(Gestione integrata del paziente diabetico)

- Il Servizio Sanitario Regionale realizza un sistema integrato di interventi
- Per gestione integrata si intende una partecipazione condivisa da parte di tutti gli attori del sistema nell'applicazione di un programma stabilito di assistenza ai soggetti diabetici, denominato Protocollo diagnostico e terapeutico assistenziale (PDTA)

Articolo 4

(Rete Regionale Integrata Diabetologica)

- viene istituita la Commissione diabetologica regionale
- La gestione integrata del paziente diabetico è garantita dalla RRID, organizzata in tre livelli, il primo dei quali fornisce l'assistenza sanitaria generale, il secondo ed il terzo l'assistenza sanitaria specialistica

Le realizzazioni

Gestione integrata del Diabete a La Spezia

- Nell'area dell'estremo levante della Regione è attivo da almeno cinque anni un sistema di Gestione Integrata dell'assistenza alla Persona con Diabete
- Il sistema è nato da un accordo diretto tra MMG (SIMG) e Servizio di Diabetologia, è totalmente volontaristico e non finanziato

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 09.03.2012 N. 278

- **DELIBERA**
- di approvare, per le motivazioni esposte in premessa, la sperimentazione gestionale proposta dall'Azienda Sanitaria Locale n. 2 "Savonese" recante il progetto "le Medicine di Gruppo come Centri di responsabilità aziendali" e approvata dall'Agenzia Regionale Sanitaria con nota prot. n. 710 dell'8 marzo 2012 con la precisazione che i "percorsi di cura" che il documento in oggetto prevede di declinare in seguito, dovranno uniformarsi ai percorsi diagnostico terapeutici per patologie croniche che verranno formalizzati dalla Regione Liguria;

ASL 3 - GENOVA

	Medici	Assistiti
MMG	559	638.143
PLS	78	68.400
Totale	637	706.543

ASL 3 - GENOVA

	ASS	MMG	%
MEDICINE DI GRUPPO	84	346	60%
MEDICINE IN RETE	23	107	20%
SINGOLI		106	20%
totali		559	

Sperimentazioni ASL 3

CHRONIC CARE MODEL

D8	PDTA BPCO
D12	PDTA DIABETE
D13	PDTA SCOMPENSO

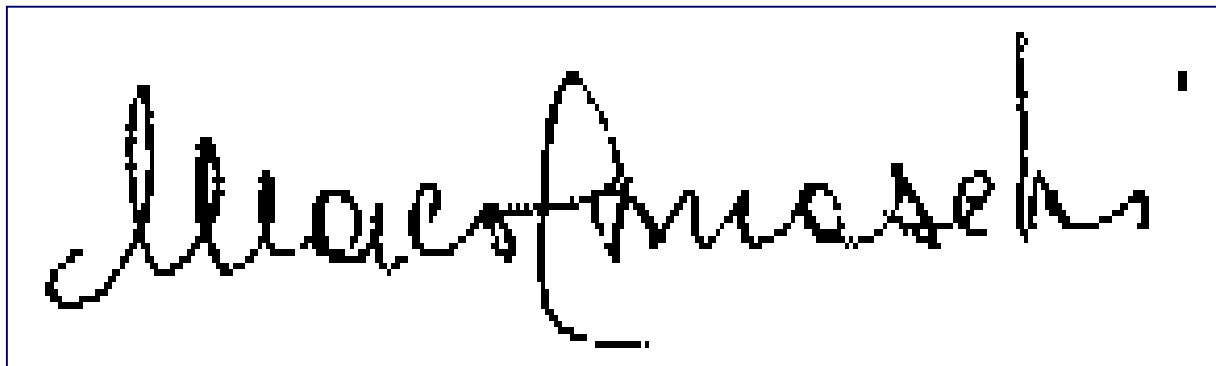
Sperimentazioni ASL 3

- Le tre sperimentazioni dovrebbero coinvolgere almeno 100 MMG e progetti della durata di un anno , poi allargamento a tutti i MMG. Per la sperimentazione è prevista la raccolta dati da parte dei MMG utilizzando uno specifico programma, periodiche riunioni dedicate all'audit e alla verifica degli indicatori. E', ovviamente coinvolto il personale infermieristico degli studi dei MMG per la medicina di iniziativa , il counseling ecc. nonché una rete di specialisti per il PDTA (non è esclusa la possibile presenza dello specialista all'interno di uno studio di MMG che fa da capofila alle altre associazioni che partecipano al progetto

In conclusione.....

- Il “corpus” documentale e legislativo della Regione Liguria in tema di organizzazione del sistema in funzione delle cure alla cronicità è ricco e data ormai da più di sette anni
- A fronte di un simile impegno legislativo, le realizzazioni sono tuttora modeste e non diffuse su tutto il territorio regionale, in parte per “inerzia burocratico amministrativa”, in parte per mancanza di un omogeneo sistema informatico di comunicazione. Anche tale carenza è più legata a resistenze burocratiche e corporative, che non a una reale mancanza di risorse.

Grazie per la cortese attenzione



Marco Maschi