

9 Scenari per lo sviluppo dei servizi territoriali: confronto tra modelli regionali di presa in carico della cronicità

di Clara Carbone, Eleonora Corsalini, Francesco Longo e Alberto Ricci¹

9.1 Cronicità e invecchiamento demografico: i bisogni di salute emergenti

I paesi sviluppati sono caratterizzati dal progressivo invecchiamento della popolazione, che determina modifiche nelle morbilità e richiede un adeguamento delle risposte assistenziali, sia sul piano clinico che su quello organizzativo – gestionale. La tendenza epidemiologica più marcata nei paesi occidentali ed europei è, molto probabilmente, l'aumento della prevalenza delle malattie croniche (Boerma, 2006; Calnan *et al.*, 2006). Il nostro paese non fa eccezione: secondo l'ISTAT (2011), il 38,6% dei residenti in Italia soffre di almeno una malattia cronica; il 20,1% della popolazione dichiara invece almeno due patologie². La prevalenza, naturalmente, aumenta di pari passo con l'età. Nella fascia tra i 55 e i 59, anni il 57,5% degli italiani soffre di almeno una malattia cronica; tale percentuale raggiunge l'86,7% tra gli ultrasettantacinquenni, con una marcata differenza di genere (83,0% per gli uomini e 89,1% per le donne) (Tabella 9.1).

Scorrendo i dati di prevalenza delle singole patologie fornito dall'ISTAT, le due malattie croniche più diffuse sono l'artrite, che interessa il 17,3% della popolazione, e l'ipertensione (16%); a seguire, le malattie allergiche (9,8%), l'osteoporosi (7%), le asme e le BPCO (6,1%), il diabete (4,9%), le malattie cardiache (3,7%). Anche diversi studi a livello regionale³ confermano che la

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, il § 9.3 è da attribuire a Clara Carbone, il § 9.4 ad Alberto Ricci, il § 9.5 a Eleonora Corsalini, il § 9.6 a Francesco Longo. I paragrafi introduttivi (§§ 9.1 e 9.2) sono invece da attribuire congiuntamente ai quattro autori.

La redazione del capitolo è stata possibile grazie ai contributi di Carlo Lucchina, Francesco Laurelli, Luca Merlino, Carlo Zocchetti (Regione Lombardia), Mauro Agnello (Ospedale Sacco-Milano) e Piero Salvadori (Regione Toscana).

² Bisogna considerare che tali percentuali, oltre a testimoniare l'ampiezza del fenomeno della comorbilità, potrebbero essere sottostimate, poiché registrano solo le patologie diagnosticate e/o che il paziente decide di segnalare a fini statistici.

³ Ci si riferisca, ad esempio, al «Progetto Nocchiero» dell'ARS Liguria oppure alla rielaborazione dei dati da Banca Dati Assistito in Regione Lombardia, di cui si dirà in seguito.

Tabella 9.1 **Prevalenza delle malattie croniche in Italia, per classi di età (dati 2010)**

| Classe d'età | Prevalenza malattie croniche (% su totale popolazione) | | |
|---------------|--|-------------|-------------|
| | Uomini | Donne | Media |
| 0-14 | 10,1 | 8,0 | 9,1 |
| 15-17 | 14,7 | 15,0 | 14,8 |
| 18-19 | 12,1 | 17,6 | 14,6 |
| 20-24 | 13,0 | 18,4 | 15,7 |
| 25-34 | 16,9 | 18,2 | 17,5 |
| 35-44 | 22,5 | 26,9 | 24,7 |
| 45-54 | 36,7 | 42,7 | 39,8 |
| 55-59 | 53,6 | 61,2 | 57,5 |
| 60-64 | 60,9 | 68,4 | 64,6 |
| 65-74 | 71,4 | 79,2 | 75,6 |
| 75 e oltre | 83,0 | 89,1 | 86,7 |
| Totale | 34,8 | 42,1 | 38,6 |

Fonte: ISTAT, Annuario statistico italiano 2011

prevalenza delle malattie croniche supera un terzo della popolazione complessiva ed è destinata a crescere, con inevitabili impatti sulla qualità della vita della popolazione.

Questo quadro epidemiologico determinerà inevitabilmente un aumento dei costi legati alla cura delle malattie croniche, la cui stima è importante per disegnare e implementare forme organizzative costo-efficaci e massimizzare l'allocazione delle risorse (Woo e Cockram, 2000). Un recente studio di Fondazione Farmafactoring (Borgonovi *et al.*, 2011), che utilizza i principali dati di spesa sanitaria territoriale (farmaci e prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritti dal MMG) forniti dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), evidenzia come a fronte di una spesa media pro-capite annuale di circa 278 euro, i pazienti cronici si collocano a livelli molto più elevati (un paziente iperteso registra consumi sanitari per un ammontare medio di 626 euro, un diabetico di 846 euro, uno scompensato di ben 980 euro). Una ricerca condotta da Regione Lombardia nel 2009 rafforza questi dati: la spesa pro-capite dei cronici è circa quattro volte quella dei non-cronici (Agnello *et al.*, 2011). È quindi evidente come il controllo della spesa indotta dalla cronicità sia un fattore essenziale per mantenere l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale.

Rispondere a questa emergenza economico-sociale non richiede solo attenzione e risorse da parte dei *policy-maker*. La corretta gestione del paziente cronico implica anche un'inversione di tendenza culturale. La storia della medicina del XX secolo è, infatti, caratterizzata da una progressiva e determinante specializzazione della pratica medica, mentre il paziente cronico, frequentemente affetto da comorbidità, necessita di un approccio integrato e multidisciplinare nella

diagnosi e cura. Dal punto di vista operativo, la risposta alla domanda di salute indotta da una malattia cronica richiede (Wagner *et al.*, 1996; Renders *et al.*, 2001; Tozzi, 2010):

- ▶ un regolare contatto del cittadino-paziente con i servizi, che presuppone (i) l'accessibilità degli stessi e (ii) la presenza di un soggetto in grado di seguire il paziente durante tutti i passaggi della sua storia clinica, coordinando gli interventi dei molteplici professionisti impegnati nel mantenimento di uno stato di salute accettabile. Gli aspetti organizzativi, di conseguenza, rivestono un'importanza cruciale nel trattamento della cronicità, mentre l'elemento della specializzazione medico-clinica è meno determinante rispetto al trattamento delle patologie in fase acuta;
- ▶ una particolare attenzione al contenuto assistenziale, oltre che sanitario, del percorso di cura. Questo elemento determina la necessità di integrare diversi saperi professionali e di sviluppare forme di collaborazione attiva tra differenti realtà istituzionali;
- ▶ una corretta informazione e un alto livello di coinvolgimento del cittadino-paziente: alcune condizioni patologiche possono essere efficacemente autogestite con il supporto e la formazione da parte dei professionisti.

A partire da tali condizioni, è naturale che la tematica della risposta alla cronicità si sia sviluppata in relazione a quella di continuità e integrazione della cura⁴ (Freeman, 1985), trasversalmente ai differenti ambiti di assistenza. La struttura ospedaliera rimane la sede più adatta per la diagnosi e la cura degli episodi acuti della malattia; le altre prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (esami di routine, somministrazione farmaci, cura della persona ecc.) sono più appropriatamente erogate sul territorio, ivi compreso il domicilio del paziente. Ciò è dovuto (Compagni, Tediosi e Tozzi, 2010): (i) al medio- basso livello di specializzazione e di intensità assistenziale richiesto per gran parte delle terapie routinarie; (ii) al fattore tecnologico, che rende possibile l'erogazione di una vasta gamma di prestazioni anche al di fuori delle strutture ospedaliere; (iii) alle caratteristiche del bisogno di salute dei malati, fra i quali emergono sempre più spesso situazioni di fragilità che richiedono le cure domiciliari.

In sintesi, è evidente come la risposta efficace alla cronicità è possibile a partire da una riorganizzazione delle cure territoriali, e in particolare delle cure

⁴ Per «integrazione» (qui intesa come sinonimo di continuità delle cure e non come livello di intercambio informativo tra professionisti) il riferimento è alle tre accezioni ricordate da Haggerty *et al.*, (2003). Tale ricerca definisce la continuità come (1) *Informational continuity*, cioè utilizzo di informazioni relative alla storia clinica di un paziente per selezionare le opzioni più appropriate circa il suo percorso di cura; (2) *Management continuity*, vale a dire attenzione e presa in carico dei bisogni di salute spesso in costante cambiamento di un paziente; (3) *Relational Continuity*, definita come la relazione personale iterativa tra un paziente e uno o più professionisti.

primarie, che tenga in considerazione la necessità di raccordo con l'universo ospedaliero. Tutto ciò implica, da un lato, il moltiplicarsi delle modalità e degli attori coinvolti nell'assistenza; dall'altro, l'esigenza di coordinamento fra questi soggetti a partire da idonei strumenti organizzativi e tecnologici.

Su impulso degli ultimi Piani Sanitari Nazionali, in particolare il PSN 2006-2008⁵, anche nelle diverse regioni italiane, si è iniziato a ragionare su *policy* specifiche dirette a rafforzare l'efficacia della presa in carico del paziente cronico. Il seguito del capitolo si focalizza proprio sulle recenti politiche dirette a rafforzare l'integrazione del processo di cura, con particolare riferimento all'area della cronicità.

9.2 Obiettivo e metodologia del lavoro

Il presente lavoro intende rispondere alle seguenti domande di ricerca:

- ▶ come si stanno configurando o si sono configurati i servizi territoriali regionali per rispondere in maniera appropriata ai nuovi bisogni di presa in carico in termini di assetti di *governance*, struttura organizzativa e principali meccanismi di funzionamento?
- ▶ quali sono le prospettive di sviluppo strategico dei *key player* coinvolti nel modello organizzativo di presa in carico dei pazienti cronici?

In particolare, vengono analizzati tre modelli assistenziali regionali, ritenuti rilevanti perché già consolidati dal punto di vista della loro applicazione e/o per il carattere innovativo della soluzione organizzativa: il sistema CReG (*Chronic Related Group*) della Lombardia (§ 9.3), i Nuclei di Cure Primarie e le Case della Salute dell'Emilia Romagna (§ 9.4), il *Chronic Care Model* e i «Moduli» della Toscana (§ 9.5). Con riferimento a questi tre modelli assistenziali, la ricerca intende:

- ▶ indagarne le caratteristiche in termini di (i) attori coinvolti e relativi ruoli, (ii) relazioni che legano i diversi soggetti (relazioni finanziarie, contrattuali ecc.); (iii) meccanismi operativi a supporto dello sviluppo e dell'effettiva applicazione del modello organizzativo (ad esempio, investimento sui sistemi informativi, sui PDTA ecc.) e (iv) *step* operativi di funzionamento del modello nel coinvolgimento del paziente (dall'arruolamento del paziente alla verifica dell'esito del percorso clinico ecc.);
- ▶ interpretarne e confrontarne le logiche sottostanti, cercando di delineare i punti di forza, di debolezza e le prospettive di evoluzione.

⁵ Il PSN 2006-2008 afferma che le priorità d'intervento nei diversi SSR «discendono dai problemi di salute del paese, con particolare riferimento al consolidarsi di elementi di cronicità, all'aumentata capacità del sistema sanitario di garantire il prolungamento della vita anche in fase di post-acuzie».

Tabella 9.2 **Griglia semistruutturata per l'effettuazione delle interviste**

| | |
|--|---|
| Finalità e caratteristiche del modello di presa in carico del paziente cronico | Motivazioni che hanno spinto la regione ad introdurre un sistema di presa in carico della cronicità |
| | Assetto generale del modello (prevalenza di strumenti strutturali vs/ funzionali per la presa in carico del paziente) |
| | Impatti attesi in termini economico-finanziari, organizzativi e di qualità delle cure |
| Assetto di governance | Ruoli e relazioni tra gli attori coinvolti nel processo di presa in carico del paziente cronico (Regione, ASL, MMG, specialisti ecc.) |
| | Principali punti di discontinuità rispetto ai ruoli e alle attività in precedenza svolti dagli attori oggi coinvolti nel nuovo modello di presa in carico |
| Meccanismi di finanziamento | Relazioni finanziarie tra i vari attori coinvolti nel modello di presa in carico del paziente cronico Entità e provenienza delle risorse destinate all'attivazione del modello di presa in carico del paziente cronico |
| Implementazione del modello | Meccanismi operativi a supporto dello sviluppo e dell'effettiva applicazione del modello organizzativo (ad esempio, investimento sui sistemi informativi, sui PDTA, sui sistemi di P&C ecc.) |
| | Step operativi di funzionamento del modello (dall'arruolamento del paziente alla verifica dell'esito del percorso clinico ecc.) |
| | Valutazione del grado di implementazione del modello Fattori ostativi che hanno limitato/stanno limitando la piena implementazione del modello |

Dal punto di vista metodologico, il lavoro di ricerca ha previsto un'analisi della documentazione grigia sul tema dell'organizzazione delle cure territoriali per la cronicità (delibere regionali/regolamenti regionali e documentazione aziendale di recepimento degli indirizzi regionali) e l'effettuazione di interviste semistruetturate a (i) referenti istituzionali delle tre regioni e (ii) alcuni rappresentanti degli attori maggiormente coinvolti nel modello organizzativo (ASL e MMG) (Tabella 9.2).

9.3 Lombardia

9.3.1 Presupposti normativi e assetto generale del modello regionale

Attraverso le regole per la gestione del SSR per il 2011 (DGR IX/937 del 01/12/2010), la Regione Lombardia ha introdotto uno strumento «funzionale» di raccordo tra i soggetti coinvolti nella presa in carico del paziente cronico, trasversalmente ai livelli assistenziali: il sistema basato sui CReG (*Chronic Related Group*). Si tratta di un modello concettualmente basato sulla definizione di raggruppamenti isorisorse di patologie croniche, in analogia con il noto sistema DRG (*Diagnosis Related Group*) utilizzato per i ricoveri ospedalieri. Dal punto di vista organizzativo, la novità è rappresentata dall'introduzione di un soggetto «garante della presa in carico», definito anche «gestore del CReG». Secondo la normativa regionale tale soggetto può essere un MMG, una ONLUS, una Fondazione, un'AO, e un privato accreditato. I MMG godono comunque di un «diritto di prelazione» come gestori unici. Tuttavia, nel caso in cui i medici di base non dovessero propor-

si, viene indetta la gara pubblica per l'individuazione del gestore. Il soggetto gestore, a fronte della corresponsione di una quota predefinita di risorse, deve garantire in continuità tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare etc.) necessari per una buona gestione clinico – organizzativa delle patologie croniche riconducibili ai CReG⁶. Tale innovazione è giustificata:

- ▶ innanzitutto, dai dati di prevalenza delle patologie croniche e dai relativi dati di spesa. Un recente lavoro della Regione Lombardia (Agnello *et al.*, 2011), basato sulla Banca Dati Assistito (BDA) indica come poco meno del 30% dei consumatori di prestazioni sanitarie si classifichino come pazienti cronici; tuttavia, la quota di spesa a loro riconducibile è pari al 70% del totale. Inoltre, il 4% dei malati in condizioni più gravi (160.000-180.000 pazienti)⁷ consuma il 20% delle risorse complessivamente destinate alla cura delle patologie croniche. È evidente che, per mantenere una soddisfacente qualità della vita e un equilibrio economico-finanziario di sistema, è indispensabile costruire dei percorsi che evitino o almeno ritardino l'aggravamento e/o l'acutizzazione delle patologie e che aiutino il paziente a individuare l'ambito di cura appropriato, rafforzandone la *compliance* alle terapie (Tabella 9.3);
- ▶ da alcune criticità del SSR lombardo sotto il profilo dell'organizzazione delle cure per le malattie croniche (cfr. DGR IX/937 del 01/12/2010 – allegato 14), quali la notevole frammentazione dei percorsi di cura proposti nelle aziende; la scarsa conoscenza dei servizi disponibili da parte dei cittadini; l'insufficiente coinvolgimento dei MMG nel seguire i singoli pazienti durante la loro storia clinica, dovuto al debole ruolo dei distretti e alle inadeguate premesse contrattuali del rapporto convenzionale del SSN;
- ▶ dai limiti di uno dei cardini del modello lombardo, gli «ambulatori per patologia» ospedalieri. Anche se in grado di garantire un'assistenza specialistica di qualità, tali strutture coinvolgono prevalentemente i pazienti più gravi e/o collaborativi secondo un approccio esclusivamente clinico.

Infine, i servizi territoriali lombardi scontano un problema comune a tutti i SSR del paese: le scarse risorse disponibili per potenziare gli aspetti organizzativi e la dotazione tecnologica, essenziali per una migliore presa in carico (sistematizzazione e informatizzazione delle attività di *recall* e *follow-up* dei pazienti, intro-

⁶ Si segnala, inoltre, che in aggiunta ai CReG, la Regione Lombardia ha introdotto i posti letto tecnici per le cure sub-acute al fine di utilizzare in maniera appropriata ed efficiente i posti letto ospedalieri e le risorse territoriali per l'area delle post-acuzie. Per un maggior approfondimento si rimanda ai provvedimenti regionali approvati nel corso del 2010 e del 2011 (DGR IX/937 del 01/12/2010, allegato 14; DGR IX/1479 del 30/03/2011).

⁷ Nel computo sono inclusi i pazienti delle fasi avanzate delle malattie rare, di HIV, i dializzati, i trapiantati attivi, i pazienti neoplastici attivi, i malati affetti da Parkinson e forme assimilabili in stadio avanzato, le forme di grave insufficienza respiratoria che richiedono l'ossigenazione, gli scompensati cardiaci gravi.

Tabella 9.3 **Popolazione pazienti cronici e spesa per le patologie croniche, suddivise per classi di gravità – Regione Lombardia**

| Classe di gravità della patologia | Patologie di riferimento | Incidenza sul totale della popolazione cronica | Incidenza sul totale della spesa per la cronicità |
|-----------------------------------|---|--|---|
| Lieve | lupus, asma, neoplasie (non attive), epilessia, ipercolesterolemia, diabete, ipertensione | 80% | 55% |
| Media | artrite reumatoide, BPCO, neoplasie attive, demenze, parkinson, insufficienza renale cronica, cardiopatie, malattie rare in stadio precoce, HIV | 16% | 25% |
| Grave | sclerosi multipla, malattie respiratorie che implicano ossigenoterapia, neoplasie attive, demenze, parkinson, insufficienza renale cronica con dialisi, scompenso, trapianti, malattie rare in stadio avanzato, HIV | 4% | 20% |

Fonte: DDG Sanità 4383 del 15/05/2011

duzione della telemedicina, ecc.). A ciascun raggruppamento isorisorse per patologia che costituisce un CReG è associata una tariffa⁸ (Agnello *et al.*, 2011). La Regione, a partire dalle serie storiche dei consumi per le patologie incluse nei CReG, ha determinato le tariffe di remunerazione del soggetto gestore, così responsabilizzato sui livelli di consumo sanitario dei propri assistiti. Oltre ai criteri remunerativi, sono stati previsti altri due strumenti di governo clinico, che la disciplina regionale definisce «Pilastrini tecnologici» assieme alle tariffe:

- ▶ un sistema informativo regionale in grado di individuare i soggetti cronici e monitorarne le fasi evolutive⁹;
- ▶ processi/percorsi¹⁰ diagnostico terapeutici (PDT) volti a identificare gli appropriati fabbisogni di cura per ciascuna patologia. Essi devono costituire la base per la compilazione dei piani terapeutici individuali.

⁸ La disciplina regionale (DGR IX/1479/11) chiarisce che la tariffa CReG comprende la compilazione dei Piani Terapeutici Individuali di cura, il debito informativo e il rilascio dell'esenzione, la spesa ambulatoriale, la fornitura di farmaci, l'ossigeno e la protesica minore a domicilio, il follow-up e l'eventuale trasporto dializzati, di tutti i consumi territoriali dell'assistito, anche quelli non direttamente correlati alla patologia per la quale è reclutato (ad esempio, l'assunzione di farmaci per un'influenza nel periodo invernale).

⁹ In Regione Lombardia ed in ogni ASL lombarda, tale sistema è costituito dalla Banca Dati Assistito (BDA), che raccoglie i consumi sanitari di ogni cittadino in ogni ambito di cura.

¹⁰ La terminologia utilizzata dalla Regione su questo punto non è sempre univoca. Mentre la DGR IX/937/10 accenna a «processi di cura» come indicazioni diagnostiche terapeutiche di massima propeutiche al piano assistenziale vero e proprio, la DGR IX/1479/11 si riferisce direttamente ai percorsi diagnostico terapeutici, che rappresentano azioni monitoraggio e cura per il governo clinico della patologia. A marzo 2012 la regione non ha individuato i percorsi/processi, lasciando aperta la questione del dettaglio e dell'obbligatorietà delle indicazioni diagnostiche-terapeutiche a garanzia della qualità della presa in carico del paziente.

Box 9.1 La Piattaforma organizzativa del sistema CReG

La piattaforma organizzativa del sistema CReG ha previsto le seguenti fasi:

- **Individuazione degli ambiti territoriali e delle patologie oggetto di sperimentazione.** La DGR IX/937/10 identifica 5 ASL oggetto di sperimentazione (ASL di Milano, Milano 2, Como, Lecco, Bergamo) e le patologie: diabete, ipertensione, scompenso cardiaco, bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), osteoporosi e malattie neuromuscolari invalidanti. Il successivo DDG Sanità 4383/11, però, smentisce di fatto la lista iniziale identificando le tariffe per le patologie croniche elencate in Tabella 9.4
- **Individuazione dei pazienti da coinvolgere nel programma.** Tutti i pazienti residenti nel territorio del distretto di sperimentazione e che rispettano i requisiti fissati per l'arruolamento sono inclusi nel modello di cura dei CReG. Sono oggetto di sperimentazione tutti i distretti dell'ASL, ma ciascun distretto può avviare assetti di *governance* differenti (cfr. *infra*). Si tratta di un accorgimento necessario per disporre di un numero di pazienti sufficiente a ridurre la variabilità dei consumi attesi con quelli osservati, rendendo economicamente solido il sistema. A regime, l'arruolamento territoriale automatico dovrebbe garantire maggiore qualità della presa in carico.
- **Definizione dell'ammontare delle risorse da destinare alla sperimentazione e delle tariffe CReG.** A questo riguardo le elaborazioni sui dati BDA 2009, confluite nel DDG Sanità 4383/11, hanno permesso la determinazione delle tariffe standard regionali dei CReG. Il tariffario include un elenco di patologie «prevalenti», considerate singolarmente oppure in abbinamento ad altre patologie/comorbidità (CReG multipatologici) per un totale di 157 tariffe (Tabella 9.4). Per ciascun CReG multipatologico è indicato un valore base e un valore standard di incremento per ciascuna patologia in più rispetto alle due costituenti il CReG. I dati BDA rivelano infatti che per ogni patologia oltre alla seconda si ha un aumento di costo pressoché costante. L'assenza del valore standard di incremento indica l'irrelevanza statistica della prevalenza di una seconda comorbidità.
- **Identificazione del soggetto garante della presa in carico.** La DGR 1479/11 stabilisce che «preferenzialmente i pazienti reclutati devono essere assistiti da un Medico di Medicina Generale che faccia parte di forme associative di gruppo e di rete». Di conseguenza, ai MMG di ogni azienda è riconosciuto un «diritto di prelazione» come garanti della presa in carico. La stessa DGR 1479/11 stabilisce infatti che i gestori possono essere potenzialmente anche ONLUS, Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere.
- **Svolgimento della sperimentazione.** La dirigenza regionale prevede che la sperimentazione si svolga tra il 2012 e probabilmente il 2013. Conclusa la prima fase di coinvolgimento dei MMG e di arruolamento dei pazienti, la sperimentazione vera e propria è stata avviata ad aprile 2012.
- **Monitoraggio e valutazione.** Già nel corso della sperimentazione le ASL garantiranno le opportune attività di controllo; in particolare, ricevendo dagli erogatori i tracciati individuali dei consumi dei pazienti e monitorando l'adeguatezza e l'aderenza ai PDT.

Coerentemente con i «Pilastrini tecnologici», la Regione ha stilato un programma di progressiva implementazione del nuovo sistema («Piattaforma organizzativa»), seguendo le fasi riportate nel Box 9.1. Le patologie croniche per cui è stata determinata una tariffa CReG sono riportate nella Tabella 9.4.

9.3.2 Attori coinvolti: ruoli e relazioni. Meccanismi operativi (fase sperimentale)

Come già anticipato, il modello CReG prevede l'introduzione di un soggetto gestore (DGR IX/1479/11) che ha innanzitutto il compito organizzativo di coor-

Tabella 9.4 **Patologie croniche a cui è associata una tariffa CReG (DDG Sanità 4383/11)**

| Patologie prevalenti | Comorbilità principale |
|--|--|
| <p><i>Nefropatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insufficienze renali - Diabete - Ipercolesterolemia | <ul style="list-style-type: none"> - Insufficienze renali - Diabete - Ipercolesterolemia - Broncopneumopatie - Asma |
| <p><i>BPCO</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Disturbi/patologie che implicano ossigenoterapia - Broncopneumopatie - Asma | <ul style="list-style-type: none"> - Scompenso - Ipertensione - Cardiopatie-vasculopatie - Epilessie - Gastro-enteropatie - Malattie neuromuscolari - Malattie rare |
| <p><i>Cardiopatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Scompenso - Ipertensione - Cardiopatie-vasculopatie | <ul style="list-style-type: none"> - Lupus - Demenze - Parkinson - AIDS - Trapianti |

dinare tutti i soggetti coinvolti nell’assistenza al paziente cronico, assicurando la continuità delle cure trasversalmente ai tre livelli essenziali di assistenza (prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera). In particolare, il soggetto gestore deve prendere in carico il paziente nel corso della malattia, occupandosi del reclutamento dei pazienti su base territoriale¹¹, del *follow-up* e del monitoraggio delle condizioni del malato secondo quanto prescritto dal PDT. Deve quindi occuparsi di mantenere i contatti tra il paziente e le strutture di erogazione. Il gestore, infine, assicura una serie di servizi amministrativi (ad esempio, le pratiche per il rilascio dell’esonazione per patologia) con l’obiettivo di semplificare la gestione quotidiana della malattia. Per svolgere tutti questi compiti, il soggetto coordinatore (gestore) deve disporre di un vero e proprio «Centro Servizi» che deve rispettare precisi requisiti organizzativi e funzionali, tra i quali riportiamo i principali (DGR IX/1479/11):

- ▶ apertura dalle 8 alle 20 per 365 giorni l’anno, con la presenza di personale tecnico-sanitario che riceva aggiornamenti professionali annuali certificati;
- ▶ organizzazione basata su un *case manager*¹² per ogni paziente cronico, con la supervisione di un medico coordinatore;

¹¹ Nello specifico, ciascun MMG riceve dal livello regionale e, quindi, dalla Asl la lista dei pazienti cronici e a partire da questo elenco ciascun medico, se aderente alla cooperativa del soggetto gestore, provvede all’arruolamento del singolo paziente.

¹² La normativa regionale non specifica la figura professionale deputata al *case management* del paziente.

- ▶ attivazione di un EPR (*electronic patient file*) costantemente aggiornato con riferimento alle prestazioni sanitarie incluse nel PDT/profilo di cura. L'EPR dovrà essere integrato con il SISS di Regione Lombardia;
- ▶ garanzia di specifici servizi: installazione a domicilio delle strumentazioni (ove necessario); *trriage* clinico e tecnico; servizio di *compliance* farmacologica; programmi di formazione; sistema informativo con gestione degli allarmi;
- ▶ conclusione di protocolli di intesa con altri soggetti coinvolti nell'assistenza al malato cronico (a partire dai medici specialisti, dai medici di Continuità assistenziale e dalle strutture dell'Emergenza-Urgenza);
- ▶ esistenza di un sistema di valutazione della qualità del servizio, basato sia su indicatori di processo/risultato che su strumenti di *customer satisfaction* (servizio reclami).

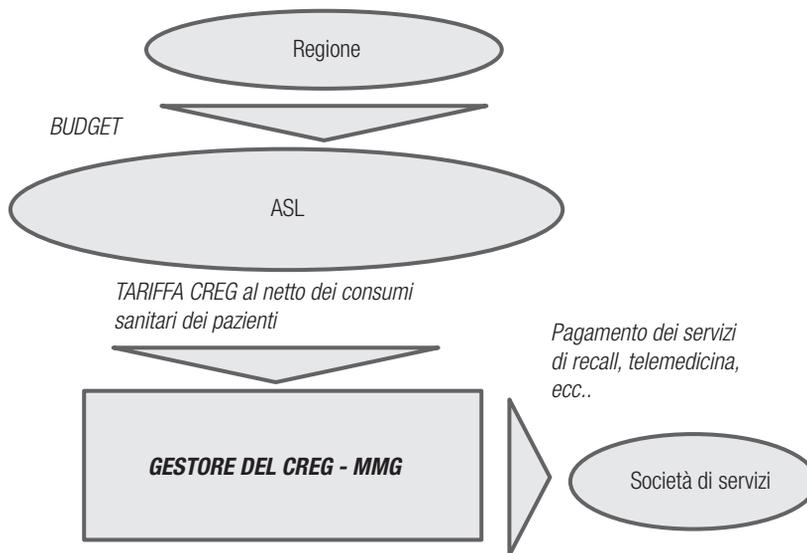
Tali requisiti vincolano i soggetti che si propongono come gestori del CReG a munirsi di una struttura organizzativa e di una dotazione tecnologica rilevanti. Per esercitare il diritto di prelazione a loro riconosciuto, i MMG devono presumibilmente rivolgersi a società di servizi, che offrono i servizi richiesti (*call center* e prenotazione delle prestazioni; gestione dei sistemi informatici; installazione, utilizzo e manutenzione di apparecchiature per la telemedicina – *home care*, formazione, *trriage* clinico e tecnico, sistemi d'allarme, ecc. –; consegna a domicilio di farmaci e ausili; trasporto; espletamento delle pratiche burocratiche e amministrative ecc.). Le società di servizi, anche se non previste esplicitamente dalla disciplina regionale, si apprestano quindi a rivestire un ruolo rilevante (in *partnership* con i soggetti gestori del CReG).

Il soggetto gestore del CReG è contrattualizzato e finanziato dall'ASL di riferimento. I contenuti dei contratti tra ASL e gestore riguardano: (i) aspetti amministrativi come le modalità di pagamento e di trasmissione delle informazioni; (ii) forme di coinvolgimento e d'integrazione tra i MMG e gli specialisti dell'area ospedaliera e (iii) forme di presa in carico del paziente (ad esempio, elenco degli assistiti, valutazione iniziale dei bisogni attesi per paziente ecc.). Il contratto stipulato con la ASL deve, inoltre, contenere meccanismi di premialità o penalizzazione in base ai livelli qualitativi del servizio misurati attraverso indicatori di processo e di risultato.

Da un punto di vista finanziario, il gestore ottiene una remunerazione annuale pari al valore complessivo delle tariffe CReG dei propri assistiti, diminuito dei loro consumi di servizi extraospedalieri presso erogatori/farmacie (Figura 9.1). È, quindi, il soggetto gestore, che con questa remunerazione, deve poi provvedere all'eventuale pagamento dei servizi erogati dalla società di servizi con cui il gestore del CReG ha sottoscritto un contratto. Dato questo innovativo meccanismo finanziario, esistono diverse leve con cui il gestore del CReG può cercare di ottenere un margine economico, che costituiscono dei potenziali *driver* di indirizzo da parte delle ASL. Le principali sono: la riduzione dei consumi impropri

Figura 9.1 **Relazione finanziaria ASL – Gestore del CReG (fase sperimentale)**

LOMBARDIA



Fonte: Adattato da Agnello *et al.*, 2011

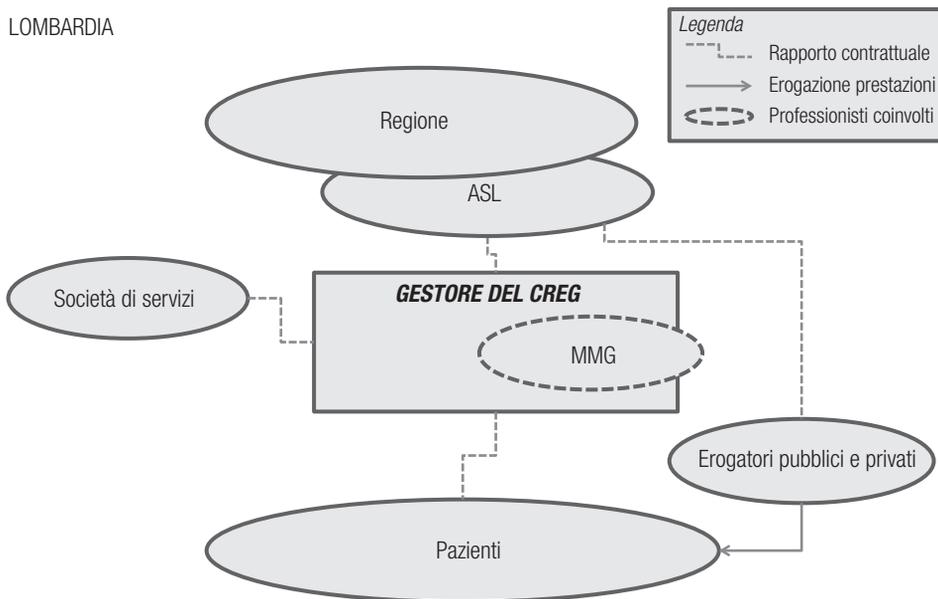
dei pazienti e quindi la diminuzione della variabilità di consumi tra pazienti; l'ottenimento di premialità conseguenti ai buoni/ottimi livelli quali-quantitativi del servizio come nel caso dell'installazione di servizi di telemedicina; l'aumento dell'efficienza nell'impiego dei propri fattori produttivi per lo svolgimento dei servizi svolti *in house* ecc. Pertanto nella prospettiva del singolo MMG aderente alla cooperativa soggetto gestore del CReG, alla quota capitaria base prevista per ciascun paziente cronico si aggiunge l'eventuale premialità derivante dall'attività di presa in carico organizzata con il modello CReG.

Oltre al MMG gestore del CReG e alla società di servizi, molti altri attori si troveranno ad interagire all'interno del sistema dei CReG, alcuni mantenendo le loro tradizionali funzioni, altri modificandole in maniera piuttosto radicale (Figura 9.2).

1. La *Regione* mantiene il proprio ruolo di regolatore del sistema. Saranno le autorità regionali a decidere se mettere a regime, rivedere alcuni aspetti organizzativi o finanziari o addirittura abbandonare la sperimentazione dei CReG. Anche al fine di valutare l'efficacia della sperimentazione, la *Regione* deve integrare il proprio sistema informativo (SISS) con quello dei gestori. Inoltre, la *Regione* continua a negoziare con gli erogatori i valori economici delle prestazioni sanitarie da erogare, anche per i pazienti cronici coinvolti nel sistema dei CReG.

2. Le *ASL*, attraverso un rafforzamento dei distretti, devono sviluppare e affinare le proprie capacità di controllo, focalizzandosi sulla presa in carico del paziente oltre che sui volumi di prestazioni erogate. In tal senso, il monitoraggio deve focalizzarsi su aspetti di *outcome* di salute e di qualità del servizio offerto dal gestore. Per quanto riguarda la funzione di acquisto delle prestazioni, le *ASL* manterranno le loro tradizionali funzioni di committenza e governo dei servizi erogati dai soggetti accreditati. In base ai consumi registrati dai sistemi informativi aziendali, le *ASL* continueranno a remunerare direttamente i diversi erogatori dei servizi (specialistica, farmaceutica, protesica, ossigeno, ecc.) per poi fatturare i relativi corrispettivi al gestore. Ciò significa che, a scadenze periodiche, la *ASL* pagherà una frazione della tariffa *CReG* al gestore; tale ammontare sarà però diminuito dell'ammontare corrispondente ai costi dei servizi consumati dai pazienti cronici assistiti nel periodo di riferimento, già pagati dalla *ASL*.
3. I *MMG* devono innanzitutto scegliere se proporsi come soggetti gestori dei *CReG*, oppure restare ancorati al ruolo tradizionale. La disciplina regionale chiarisce comunque che i *MMG* mantengono le precedenti responsabilità in relazione ai propri assistiti e le relative quote capitarie. I medici mantengono quindi il ruolo di prescrittori anche per i pazienti che sono presi in carico da un gestore «terzo». Inoltre, si ritiene che diverse cooperative di *MMG* abbiano o possano sviluppare internamente le capacità manageriali per gestire direttamente almeno i servizi a minore complessità tecnologica (ad esempio, *call center* e servizio prenotazioni). In tal caso, il gestore – *MMG* dovrebbe mantenere una sostanziale indipendenza e forza contrattuale nei confronti delle società di servizi, che rivestirebbero il ruolo di semplice «fornitore di tecnologia». Tra i servizi a maggiore valore aggiunto, per cui le cooperative dovranno necessariamente rivolgersi all'esterno, la telemedicina (teleconsulto, *homecare* e formazione) rivestirà naturalmente un'importanza crescente. Essa rappresenta, infatti, la principale novità organizzativa del modello e un'opportunità per gestire pazienti assistiti a domicilio, caratterizzati da necessità assistenziali ad intensità medio-bassa.
4. Gli *erogatori pubblici e privati accreditati* mantengono le loro funzioni tradizionali, dovendosi però coordinare maggiormente con il soggetto gestore. Quest'ultimo, infatti, è in grado di orientare le scelte dei pazienti. In questo quadro non è esclusa la possibilità che il gestore del *CReG* si accordi con gli erogatori pubblici e privati accreditati per riservare ai propri pazienti quote di prestazioni e corsie preferenziali, ricercando così un equilibrio tra libertà di scelta ed efficienza nell'erogazione della cura. La direzione regionale non esclude (e in alcuni casi, considera con favore) la possibilità che un erogatore si proponga come gestore di *CReG*, facendo leva sulla dotazione organizzativa e tecnologica (ad esempio, *call center* e strumentazioni per la telemedicina già disponibili) oppure sul *know-how* clinico specialistico (ad esempio, centri per patologia interni alle strutture ospedaliere)

Figura 9.2 **Ruolo e interazioni tra i soggetti chiave del sistema CReG**



Fonti: DDGR IX/937/10 e IX/1479/11; Agnello et al. (2011)

La Figura 9.2 rappresenta graficamente le relazioni tra i vari attori coinvolti nel modello. Le diverse relazioni sono spiegate dall'esistenza di un rapporto contrattuale: (i) tra le Asl e il soggetto gestore a seguito dell'aggiudicazione della gara; (ii) tra il soggetto gestore e l'eventuale Società di Servizi nel caso di un contratto di fornitura; (iii) tra le ASL e gli erogatori pubblici o privati accreditati per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere da parte dell'azienda sanitaria locale e (iv) tra il soggetto gestore e i pazienti poiché quest'ultimo deve autorizzare il soggetto gestore nell'attività di presa in carico dandone il consenso¹³.

9.3.3 Stato dell'arte del modello e prospettive della sperimentazione

Con il Decreto della DG Sanità di determinazione dei raggruppamenti per patologia e delle relative tariffe, si è concluso il disegno normativo del sistema CReG, almeno per quanto riguarda la fase sperimentale. Nella seconda metà del 2011, le cinque ASL oggetto di sperimentazione (cfr. Tabella 9.5) hanno emanato i primi bandi per «l'affidamento del servizio sperimentale di gestione

¹³ Il paziente, dopo aver sottoscritto il piano individuale di cura durante la fase di arruolamento, potrebbe teoricamente revocarlo. A quel punto potrebbe aderire alla modalità «tradizionale» di assistenza mantenendo lo stesso MMG, oppure cambiare medico che, naturalmente, potrebbe essere legato ad un altro gestore.

del CReG», riservati, «in prima pubblicazione», a MMG in forma singola o associata. Le gare hanno permesso di aggiudicare una o più cooperative-gestori, che hanno successivamente sottoscritto un contratto con le ASL. Tra gennaio e marzo 2012, le cooperative-gestori hanno avviato la fase di reclutamento dei pazienti cronici, che si è conclusa a fine marzo 2012. Al termine del periodo previsto, a livello regionale, il 15,5% dei MMG ha aderito al nuovo modello CReG¹⁴, coinvolgendo oltre 40.000 pazienti. Si registrano però evidenti differenze tra le 5 ASL in sperimentazione in termini di: (i) percentuale di adesione dei professionisti (e conseguentemente, di arruolamento di pazienti): da un massimo del quasi 30% dell'ASL di Bergamo ad un minimo di circa 4% dell'ASL di Lecco e (ii) di configurazione dell'assetto di *governance* (da realtà in cui una cooperativa si affida ad una società di servizi come l'ASL di Bergamo o l'ASL di Milano, a realtà in cui coesistono più cooperative che si avvalgono di società di servizi differenti, a loro volta legate da logiche diverse di fornitura di servizi come l'ASL di Como). La normativa regionale non obbliga, infatti, l'ASL a definire delle linee guida aziendali per tutti i distretti, ma ciascun distretto si può organizzare in base alle iniziative imprenditoriali locali (delle cooperative dei MMG o delle società di servizi). È verosimile che i diversi territori compiano scelte differenti, in funzione delle loro caratterizzazioni storiche, delle competenze e forze politico-istituzionali dei diversi attori in campo, ma risulta altrettanto vero che i diversi modelli locali potrebbero evolvere nel tempo, radicalizzarsi oppure ibridarsi.

La configurazione dell'assetto di *governance* si completerà una volta implementate tutte le fasi che l'applicazione del modello CReG comporta. Tuttavia, da un punto di vista operativo, al momento di stesura del capitolo, sembrano molte le variabili tecniche ancora da determinarsi e che potrebbero influenzare le caratterizzazioni dello schema. Analizzando le variabili ancora tecnicamente indeterminate, si possono formulare alcune ipotesi rispetto ad un processo operativo «tipo» che il modello CReG dovrebbe comportare.

- ▶ Da quanto riportato nella normativa (DGR IX/937/10 e IX/1479/11), il gestore dovrebbe provvedere al reclutamento dei pazienti, al *call e recall* dei medesimi e alla costruzione del piano individuale di cura (PAI). Il ruolo sostanziale di gestore è conteso, nel lungo periodo, tra i MMG e le loro forme associative, le società di servizio e gli erogatori accreditati. Le tre funzioni citate (reclutamento, monitoraggio pazienti e PAI) potrebbero essere gestite unitariamente da uno dei tre soggetti candidabili al ruolo di gestore o frazionate tra di essi.

¹⁴ Fonte: Comunicato stampa di Regione Lombardia del 24/03/2012, disponibile on line <http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=News&childpagename=Regione%2FDetail&cid=1213504631429&pagenam=RGNWrapper>. Tra marzo e luglio 2012, non è stato indetto nessun altro bando. È probabile che in questo periodo sia aumentata la percentuale di MMG aderenti al progetto, ma al momento di stesura del presente capitolo non risultano disponibili dati ufficiali in merito.

Tabella 9.5 **I soggetti gestori dei CReG nelle ASL lombarde oggetto di sperimentazione a Marzo 2012**

| ASL | MMG totali | Scelte per medico* | MMG coinvolti** | Gestore (Cooperativa MMG) | Società di servizi |
|--|--------------|--------------------|--------------------|--|--|
| Milano | 990 | 1.335 | 65 (6,6%) | Medici Milano Centro | Telbios |
| Milano 2 | 372 | 1.267 | 55 (14,7%) | Iniziativa Medica Lombarda; Paxme Gestioni | Telbios; Paxme assistance & Salute in Rete |
| Bergamo | 686 | 1.253 | 205 (29,8%) | Iniziativa Medica Lombarda | Telbios |
| Como | 397 | 1.197 | 86 (21,6%) | MMG CReG; Cosma 2000; Paxme Gestioni; Medicare | Telbios; Accura; Paxme assistance & Salute in Rete |
| Lecco | 229 | 1.276 | 9 (3,9%) | Cosma | Accura |
| Totale ASL oggetto di sperimentazione | 2.674 | 1.258 | 415 (15,5%) | / | / |

*Media ottenuta dividendo le scelte per il numero di MMG operanti. Dati Ministero della Salute 2007.

** Numero di professionisti coinvolti in una o più cooperative. Tra parentesi la percentuale di MMG aderenti sul totale dei Medici operanti nella ASL.

Fonti:

- Ministero della Salute, strutture e attività ASL 2007.
- Comunicato stampa di Regione Lombardia del 24/03/2012, disponibile on line <http://www.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=News&childpagename=Regione%2FDetail&cid=1213504631429&pagename=RGNWrapper>.
- Interviste telefoniche dott. Di Malta (AD Consorzio Sanità), dott. Grisetti (Cosma 2000), dott. Rigamonti (Paxme Gestioni).
- Corriere Medico del 17/11/2011, disponibile on line: <http://80.70.114.18/cs/Satellite?c=Articolo&childpagename=MedWeb%2FLayout&cid=1300959932809&p=1263985641426&pagename=MedWebWrapper>
- Eco di Bergamo 19/10/2011, disponibile on line: http://www.ecodibergamo.it/stories/Cronaca/240757_cron

- ▶ La scelta dell'erogatore accreditato di prestazioni specialistiche e diagnostiche potrebbe essere sensibilmente influenzata dall'ASL (se si orienta verso una determinazione analitica dei contratti di fornitura), dal MMG (grazie al contatto personale e diretto con il paziente), dal gestore (grazie alla gestione del meccanismo di accesso e delle correlate liste di attesa).
- ▶ L'erogazione di molte prestazioni cliniche e diagnostiche, con il sistema di incentivi attivato, verrebbe ad essere contesa fisiologicamente tra MMG, considerati insieme al loro personale di studio, e gli erogatori pubblici e privati accreditati. In altri termini, i MMG potrebbero preferire di retribuire un medico specialista o un infermiere che operi direttamente in ambulatorio, risparmiando sui consumi sanitari presso erogatori accreditati. Questi ultimi, ovviamente, cercherebbero di attivare un processo opposto.
- ▶ Anche la verifica della *compliance* dei pazienti (aderenza al piano terapeutico)

co) e dell'esito clinico può essere svolta dai MMG, dalla società di servizio (che nei propri sistemi informativi dispongono dei dati di accesso alle cure e dei referti, con gli indicatori di esito), così come dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

L'applicazione delle combinazioni delle opzioni sopra descritte determinerà la prevalenza di un modello di *governance* sugli altri.

9.4 Emilia Romagna

9.4.1 Presupposti normativi e assetto generale del modello regionale

Il sistema emiliano-romagnolo di servizi territoriali, diretto ai pazienti cronici e non cronici, è basato su due pilastri: da una parte, il Nucleo di Cure Primarie (NCP), «cellula organizzativa» che, almeno potenzialmente, comprende e integra i principali professionisti dell'assistenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria; dall'altra, una sede fisica del Nucleo, la Casa della Salute (CdS), punto d'accesso al sistema socio-sanitario per il cittadino che necessita di prestazioni a bassa intensità di cura e complessità. Il sistema di Cure Primarie emiliano – romagnolo è strettamente integrato con l'ASL e si innesta direttamente nella struttura organizzativa territoriale di quest'ultima. Il paragrafo riprende le fonti normative che inquadrano NCP e CdS nel complesso delle Cure Primarie e dei servizi territoriali, focalizzandosi sui presupposti organizzativi, sugli obiettivi e sui tratti più caratterizzanti di NCP e CdS.

I servizi territoriali dell'Emilia Romagna trovano le basi della loro attuale configurazione nella LR 29 del 23/12/2004¹⁵, e nella successiva DGR 86/2006¹⁶. Quest'ultima delibera conferma il Distretto come la struttura aziendale decentrata di coordinamento e programmazione dei servizi territoriali, mentre i Dipartimenti di Cure Primarie sono incaricati della produzione sanitaria. Sul territorio, la stessa DGR 86/2006 identifica nel Nucleo di Cure Primarie l'unità operativa di base del relativo Dipartimento.

Funzioni e ruolo dei NCP sono dettagliati dalla successiva DGR 2011/2007 e dai relativi allegati («Direttive alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale»). I Nuclei servono aree territoriali omogenee, dalle caratteristiche geomorfologiche simili, con una popolazione indicativamente compresa tra i 15.000 e i 30.000 abitanti. Hanno l'obiettivo di rafforzare la continuità assistenziale e l'integrazione delle attività territoriali, di garantire il governo clinico in

¹⁵ «Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale».

¹⁶ «Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4 della LR 29/2004».

relazione agli obiettivi di salute e, in definitiva, di migliorare la qualità delle cure attraverso linee guida, *audit* clinico e formazione specifica. Come illustrato più dettagliatamente nel prossimo paragrafo, i Nuclei sono pensati per coinvolgere ed integrare l'operato di una vasta platea di figure professionali: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS), infermieri, ostetriche, specialisti territoriali, operatori sociali e socio assistenziali. Il coordinamento del Nucleo è affidato ad un NNG o a un PLS.

La stessa DGR 2011/2007 dettaglia in particolare alcune «politiche» che i Nuclei devono seguire con particolare attenzione e sulle quali è richiesta una rendicontazione:

- ▶ il miglioramento dell'assistenza farmaceutica, con particolare riferimento all'individuazione delle problematiche di appropriatezza delle terapie farmacologiche;
- ▶ il contenimento delle liste d'attesa, attraverso l'analisi e la negoziazione con i dipartimenti che producono prestazioni specialistiche;
- ▶ l'organizzazione dell'assistenza programmata a particolari fasce di pazienti, come diabetici, in terapia anticoagulante, affetti da scompenso, pazienti in assistenza domiciliare, anche attraverso servizi ambulatoriali gestiti da personale infermieristico e/o favorendo la collaborazione delle diverse professionalità coinvolte nei Nuclei.

È evidente che questi ambiziosi obiettivi possono essere più facilmente raggiunti dotando i Nuclei di una sede di riferimento strutturale. La DGR 2011/2007, a tal proposito, richiama l'Accordo Integrativo regionale con i medici di medicina generale del 29 settembre 2006, poi confluito nella DGR 1398/2006. L'accordo prevede un'evoluzione dai Nuclei funzionali ai Nuclei strutturali, caratterizzati da maggiore identità e visibilità. L'obiettivo è dotare i NCP di una sede di riferimento, tenuto conto delle caratteristiche del territorio, al fine di garantire percorsi condivisi per la continuità dell'assistenza. Nella stessa sede dovrebbero essere assicurati l'accesso per l'assistenza sociale, l'assistenza ostetrica e i servizi di base dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Il successivo passaggio normativo fondamentale¹⁷ è la DGR 291/2010 («Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale»). Attraverso tale provvedimento, la Regione fornisce alle Aziende concrete indicazioni sulle caratteristiche strutturali e sulle modalità di funzionamento delle sedi fisiche del Nucleo, per diffondere un modello omogeneo e riconoscibile. In particolare, gli allegati della DGR 291/2010 stabiliscono che:

¹⁷ Si segnala, per completezza, il PSSR 2008-2010 che dedica ampio spazio a linee strategiche molto coerenti con la filosofia dei Nuclei di Cure Primarie, come l'integrazione socio-sanitaria.

- ▶ la Casa della Salute si configura come nodo strutturale di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative definite, che mettono in relazione i Nuclei di Cure Primarie (assistenza primaria) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, ospedaliera, sanità pubblica, salute mentale);
- ▶ all'atto pratico, le funzioni svolte dalla CdS possono essere così riassunte: (i) accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali; (ii) assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti; (iii) possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale; (iv) gestione delle patologie croniche, attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria coi servizi specialistici presenti; (v) interventi di prevenzione e promozione della salute;
- ▶ la CdS ha un assetto organizzativo a geometria (e complessità) variabile, anche in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio e alla densità della popolazione. Pertanto è opportuno individuare diverse tipologie (grande, media, piccola). In particolare, (i) nella versione più semplice, la CdS è l'«infrastruttura fisica» del NCP, che coordina l'operato di MMG, PLS, ostetriche e assistenti sociali; (ii) la CdS «media» integra il Poliambulatorio e il complesso delle attività consultoriali; (iii) nella tipologia definita «grande», la Casa comprende tutti i diversi servizi territoriali: cure primarie, salute mentale, sanità pubblica fino ai servizi diurni e residenziali.
- ▶ l'infermiere ha un ruolo fondamentale nel curare il raccordo organizzativo e la continuità delle cure trasversalmente ai *setting* assistenziali, secondo i principi del *case management*;
- ▶ la CdS è una struttura che vuole essere dotata di una forte riconoscibilità per i cittadini: essa deve essere percepita come un'alternativa accessibile ed affidabile all'ospedale.

Al termine di questa prima analisi, è già evidente che Nuclei di Cure Primarie e Casa della Salute si differenziano dagli altri sistemi di servizi territoriali approfonditi nel capitolo perché non nascono come strumenti esclusivamente diretti a prendere in carico il paziente cronico: la logica dello strumento e dei suoi obiettivi prioritari è quella per livello di assistenza. Tuttavia, il *policy maker* regionale è consapevole del fatto che il potenziamento dei servizi territoriali sia fondamentale per seguire il paziente nelle fasi ancora lievi della malattia e limitarne gli impatti in termini di qualità della vita. Di conseguenza, la presa in carico del paziente cronico è esplicitamente inserita tra le funzioni sia dei NCP (DGR 2011/2007) sia della Casa della Salute (DGR 86/2010). Il nesso CdS – cronicità emerge anche dai primi processi di valutazione del modello: le 42 CdS già attive sono state valutate secondo tre parametri, tra cui la gestione integrata della patologia cronica¹⁸.

¹⁸ Il riferimento è al documento «La programmazione delle Case della salute in Emilia Romagna – Report 2011, disponibile *on line* http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/case_della_salute_ottobre2011.pdf/

Nel corso del paragrafo, quindi, l'attenzione si sposterà su processi, attori e *step* implementativi del modello NCP – CdS che coinvolgano in maniera diretta la cura del paziente cronico; nella consapevolezza che l'impostazione (e la forza) di una sistema di servizi territoriali come quello emiliano parte da premesse ampie, ovvero l'inscindibilità e la necessità di una risposta integrata ai complessi bisogni, sanitari e sociali, del cittadino-paziente.

9.4.2 Attori coinvolti: ruoli e relazioni

Il Nucleo di Cure Primarie, coinvolgendo una molteplicità di figure professionali, svolge sia una funzione di erogazione diretta di prestazioni, sia di filtro (*gatekeeping*) nei confronti delle altre strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali. Inoltre, una terza funzione riguarda la sfera della prevenzione e dell'educazione sanitaria. Di certo, il NCP si trova al centro di una serie di relazioni con altri attori istituzionali, principalmente di natura pubblica.

Alcune sostanziali differenze rispetto ad altri modelli (Lombardia) risiedono (i) nel livello di indipendenza del personale convenzionato e (ii) nel rapporto tra i professionisti e l'Azienda. Nel modello emiliano, il posizionamento di MMG e PLS rispetto all'Azienda è contraddistinto da completa integrazione e forte responsabilizzazione. Le dinamiche di integrazione arrivano a compimento con il recente Accordo regionale 2011. L'accordo, all'art. 3, rende obbligatoria l'adesione dei Medici ai NCP, assimilandoli alle Aggregazioni Funzionali e recependo così l'art. 13 bis dell'ACN del 10 Marzo 2010. Il processo di «assorbimento» dei MMG nei Nuclei era già stato avviato con decisione dal precedente Accordo regionale (2006), il quale, al paragrafo quinto, stabilisce che le diverse forme associative della medicina generale devono essere ricondotte ai Nuclei. Lo stesso Accordo pone le basi per la responsabilizzazione dei MMG. Al vertice di ogni NCP troviamo infatti un coordinatore, scelto da e tra i medici (MMG o PLS) che compongono il nucleo stesso. Il coordinatore, da una parte, si interfaccia con il Dipartimento di Cure Primarie per determinare le modalità di erogazione dei servizi, in coerenza con gli obiettivi aziendali; dall'altra, svolge un ruolo interno tra le professionalità appartenenti al Nucleo. È inoltre responsabile del governo clinico e dei relativi strumenti (Percorsi Diagnostico – Terapeutici Assistenziali).

In merito alla tipologia di rapporto con il personale convenzionato, in Emilia Romagna l'integrazione dei Medici nei Nuclei è negoziata, e remunerata, secondo modalità tradizionali, vale a dire tramite Accordi integrativi conclusi a livello regionale e locale con le rappresentanze dei professionisti.

La Regione mantiene il proprio ruolo di regolazione del sistema e *policy maker*. La maggiore integrazione del personale convenzionato tende, naturalmente, a rendere più immediata la trasmissione sul territorio delle politiche sanitarie regionali (si pensi, ad esempio, all'implementazione dei PDTA). Le dinamiche e

i benefici dell'integrazione possono essere irrobustiti dalla condivisione degli stessi sistemi informativi (Progetto SOLE, *infra*).

Il posizionamento dell'ASL si ricava facilmente *a contrario*, muovendo dal ruolo dei MMG/PLS. La completa integrazione del personale convenzionato nei Nuclei, e quindi nei Dipartimenti, rafforza la funzione sia di committenza che di produzione diretta. Da una parte, la ASL facilita il ruolo di programmazione e monitoraggio della produzione sanitaria tramite il Distretto; dall'altra, a livello operativo, innesca meccanismi di più stretto coordinamento tra il personale dipendente dai propri Dipartimenti e il personale convenzionato.

I *Comuni* partecipano alla programmazione delle attività erogate dai NCP – CdS attraverso i Comitati di Distretto. Coerentemente, partecipano all'erogazione delle prestazioni a carattere sociale e socio-sanitario mettendo a disposizione della CdS i propri operatori. L'integrazione tra enti locali e ASL rappresenta sicuramente un punto di forza del sistema, che riesce ad offrire al cittadino un ventaglio di servizi più ampio, che vada oltre le problematiche strettamente sociali della patologia.

Il *Distretto* coordina e integra le attività sanitarie e socio-sanitarie svolte dall'azienda, dagli enti locali e dalle organizzazioni del Terzo settore, garantendo l'accesso dei cittadini ai servizi nella relativa porzione di territorio della ASL. Dal punto di vista operativo, i distretti (i) partecipano al processo di allocazione delle risorse, contribuendo alla definizione dei budget dei dipartimenti, anche ospedalieri (ii) monitorano l'adeguatezza della produzione sotto il profilo qualitativo e dell'appropriatezza, contribuendo a valutare l'operato dei dipartimenti stessi; (iii) favoriscono l'integrazione stabile tra i dipartimenti e gli altri punti di erogazione di servizi sociali e sanitari (iv) contribuiscono alla gestione del Fondo Regionale per la non autosufficienza¹⁹.

I *Dipartimenti*²⁰ sono l'articolazione dell'ASL incaricata di assicurare al paziente tutta una serie di «linee di servizio»: l'assistenza di medicina generale e pediatrica di libera scelta, l'assistenza infermieristica, ostetrica e riabilitativa, l'assistenza specialistica territoriale, farmaceutica, consultoriale, i servizi sociali e socio-sanitari rivolti alle fasce deboli (anziani, disabili, adolescenti, famiglie multiproblematiche, tossicodipendenti, immigrati). Come già accennato, il NCP costituisce l'unità operativa di base del Dipartimento di Cure Primarie; da rilevare come il responsabile delle Case della salute sia di norma un dirigente medico del Dipartimento Cure primarie.

¹⁹ Istituito con LR 27/2004 (art.51).

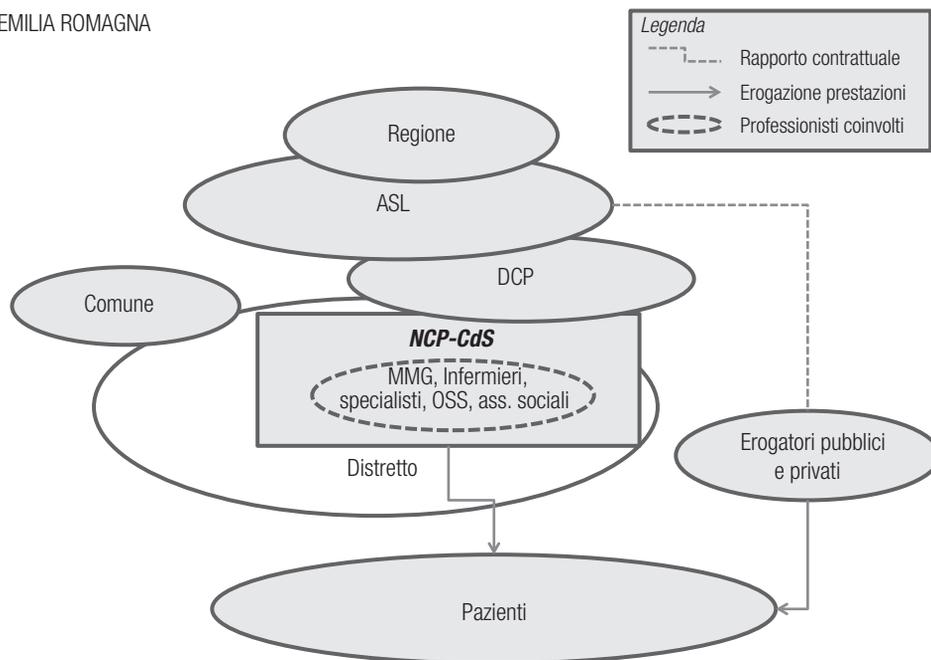
²⁰ In Emilia Romagna, l'articolazione aziendale prevede:

- alcuni Dipartimenti territoriali, tra cui, di norma, il Dipartimento di Cure Primarie, di Sanità Pubblica (Prevenzione), di Salute Mentale, delle Attività Socio-Sanitarie;
- i Dipartimenti ospedalieri all'interno dei Presidi a gestione diretta;
- diversi Dipartimenti con funzione tecnica o amministrativa.

Qui e nel resto del capitolo, il termine individua i Dipartimenti territoriali.

Figura 9.3 **Ruolo e interazioni tra i soggetti chiave del sistema NCP-CdS**

EMILIA ROMAGNA



Fonte: Elaborazione da DGR 2001/2007 e DGR 291/2010

Gli erogatori pubblici e privati accreditati restano sostanzialmente ai margini del sistema: il processo di accesso alle strutture specialistiche resta invariato. Nel modello emiliano, il mondo dei servizi territoriali non coinvolge, nemmeno a livello ipotetico, operatori dell'assistenza ospedaliera.

La Figura 9.3 riassume le relazioni tra i principali attori del sistema.

9.4.3 Meccanismi operativi

La Regione Emilia Romagna ha elaborato diversi Percorsi Diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) per la presa in carico di alcune fra le più diffuse patologie croniche. Tali linee guida costituiscono la base per le attività di governo clinico svolte all'interno dei Nuclei e delle Case della Salute. Tra i PDTA più rilevanti si ricordano:

- ▶ il percorso di gestione integrata del diabete: fondato su Linee guida introdotte dal 2003, è attivo in tutte le Aziende della Regione;
- ▶ il progetto regionale «Giuseppe Leggeri»: condotto congiuntamente dai Dipartimenti di Cure Primarie e di salute Mentale per l'integrazione tra gli Psi-

chiatrici territoriali e i MMG; è stato introdotto nelle Aziende a partire dal 2004 ed è attivato in 10 aziende su 11;

- ▶ il percorso per la presa in carico del bambino cronico;
- ▶ le linee Guida Regionali sullo scompenso cardiaco, approvate nel 2011.

Oltre all'introduzione di strumenti di governo clinico, si segnalano alcune innovazioni organizzative (di processo o strutturali) incluse nel modello della Casa della Salute specificatamente introdotte per una più efficace presa in carico del paziente cronico:

- ▶ programmi formativi e di prevenzione aperti a pazienti e professionisti;
- ▶ apertura continuativa con punto accoglienza; continuità assistenziale potenzialmente fino a 24 ore, tutti i giorni;
- ▶ programmi di monitoraggio attivo delle patologie croniche (*recall e follow up* telefonico, *counseling* infermieristico ambulatoriale, *case management* domiciliare per patologie complesse);
- ▶ teleconsulto;
- ▶ ambulatori (infermieristici) per patologia, con attività terapeutiche programmate;
- ▶ Servizio di assistenza domiciliare integrata.

Con riferimento ai processi organizzativi interni a NCP e CdS, le figure professionali maggiormente responsabilizzate e che devono sviluppare il proprio ruolo organizzativo in relazione alla cura della cronicità sono, naturalmente, il Medico e l'Infermiere. Non a caso, il coordinatore del Nucleo è un MMG, a cui è spesso affiancato un coordinatore del servizio infermieristico.

In particolare, il MMG/PLS appartenente al Nucleo, oltre a svolgere parte della propria attività in modo coordinato presso la sede del NCP – CdS, in stretto raccordo con i colleghi e le altre professionalità dell'assistenza territoriale, è tenuto a²¹:

- ▶ partecipare attivamente all'individuazione di obiettivi, finalità, modalità operative per l'espletamento dei compiti e delle funzioni attribuite ai MMG e ai PLS (tra cui l'elaborazione e l'implementazione dei percorsi /protocolli per il governo clinico delle patologie croniche);
- ▶ collaborare con i servizi aziendali, per lo sviluppo dell'appropriatezza, mediante l'utilizzo degli strumenti informatici ed amministrativi della rete aziendale;
- ▶ condividere una serie di modalità operative, dall'adesione agli incontri di for-

²¹ Il riferimento è agli ambiti di sviluppo organizzativo per i MMG facenti parte di un NCP, previsti dall'AIR 2006 (paragrafo 6).

- mazione organizzati dal Nucleo, alla partecipazione alla valutazione dei report di attività dei Nuclei almeno ogni sei mesi;
- ▶ ampliare il proprio *range* di attività, soprattutto in campo diagnostico, se supportati adeguatamente dall'azienda in termini di dotazione strutturale;
 - ▶ utilizzare la rete aziendale per l'implementazione di progetti e di protocolli standard di comunicazione, per condividere fra professionisti territoriali e ospedalieri le informazioni cliniche rilevanti ai fini dell'attività di cura e di continuità assistenziale, con particolare riferimento alle informazioni relative a pre e post-ricovero, ai percorsi assistenziali di pazienti con patologia cronica e pazienti in assistenza domiciliare (progetto SOLE).

La principale leva di *change management*, in Emilia Romagna, è il nuovo contesto organizzativo, nel quale i medici accettano di essere integrati e che dovrebbe stimolare la condivisione delle informazioni e l'apprendimento; inoltre, dovrebbe assicurare l'accesso ad una più completa ed efficace piattaforma strumentale e tecnologica.

Gli infermieri (IP), nell'ambito del NCP/CdS, acquisiscono un maggiore peso organizzativo. Alcuni dei servizi offerti dalla Casa della Salute prevedono infatti la centralità dell'IP: oltre a costituire la sede per i «tradizionali» servizi ADI (Punto Unico di Accesso), la struttura prevede l'apertura dei già accennati ambulatori infermieristici e la gestione delle dimissioni protette. Anche a livello di processo, la particolare attenzione alla presa in carico integrata del paziente cronico si concretizza nella responsabilizzazione dell'infermiere come *case-manager* e garante della continuità assistenziale. Un presupposto dell'arricchimento del ruolo degli infermieri è rappresentato dall'accesso ai dati del sistema informativo SOLE.

Gli specialisti territoriali, gli ausiliari, il personale amministrativo e gli assistenti sociali non modificano significativamente il loro ruolo, se non nella prospettiva di una maggiore integrazione con le altre figure professionali.

I cambiamenti organizzativi sopra elencati, a loro volta, si riflettono nei seguenti passaggi operativi che caratterizzano la presa in carico del paziente (Tabella 9.6). In massima parte, il processo rimane nel perimetro dell'istituzione pubblica, senza significative esternalizzazioni di servizi né il coinvolgimento più o meno formalizzato di organizzazioni del terzo settore.

Il sistema di finanziamento dei Nuclei di cure primarie è di profilo tradizionale e consolidato. Il coinvolgimento dei medici convenzionati è remunerato tramite un incentivo economico determinato dalla contrattazione a livello regionale. L'Accordo 2006 stabilisce a tal proposito un'integrazione della quota capitaria pari a € 1 per assistito in base all'adesione, maggiorata di € 0,30 in caso di disponibilità all'allacciamento informatico e di € 1 per la garanzia di apertura dell'ambulatorio oltre le 7 ore stabilite dall'accordo stesso. Lo sviluppo delle formule organizzative caratterizzanti il modello dei Nuclei (in partico-

Tabella 9.6 **Fasi della presa in carico del paziente cronico e attori coinvolti**

| Fasi della presa in carico | Attore |
|--|--|
| Raccolta ed elaborazione dati epidemiologici | Regione/ASL |
| Elaborazione PDTA o altri strumenti di governo clinico | Regione/ASL in collaborazione con rappresentanze MMG e specialisti |
| Reclutamento dei pazienti cronici nei percorsi | NCP (personale amministrativo/infermieri) |
| Call/Recall pazienti | NCP (personale amministrativo) |
| Elaborazione del Piano di Cura individuale | NCP (MMG, infermieri e specialisti) |
| Prescrizione | NCP (MMG, specialisti) |
| Scelta erogatore | Paziente |
| Prenotazione prestazioni | NCP (CUP integrato) oppure CUP non integrato |
| Erogazione prestazioni | NCP (MMG, specialisti, infermieri) per bassa complessità oppure erogatori pubblici e privati accreditati |
| Distribuzione farmaci | NCP (farmacista territoriale), farmacie |
| Verifica aderenza alla terapia | NCP (personale amministrativo/infermieri) |
| Verifica esiti terapia | NCP (MMG, infermieri, e specialisti) |

Fonte: nostra elaborazione da DGR 2001/2007 e DGR 291/2010

lare, è citata l'integrazione con il servizio di Continuità assistenziale) è remunerata a parte (€ 1 per assistito all'anno).

Queste risorse si sommano a quelle, più consistenti, già corrisposte per incentivare le forme associative (medicina di rete e/o di gruppo)²² e al corrispettivo economico per la partecipazione a programmi di governo clinico²³. È poi sempre possibile che le Aziende remunerino i professionisti in base all'implementazione di procedure e al raggiungimento di obiettivi aggiuntivi.

In generale, il finanziamento delle attività dei NCP – CdS è compresa nella programmazione complessiva dell'offerta a livello distrettuale, come le rimanenti attività nell'ambito dell'erogazione diretta di prestazioni da parte dei dipartimenti territoriali. Le risorse destinate ai Nuclei, quindi, rientrano nei budget di distretto e non hanno alcun legame con i consumi sanitari dei pazienti presso altri punti di erogazione. Ciò non esclude, naturalmente, forme di responsabilizzazione dei medici nei confronti dell'appropriatezza prescrittiva.

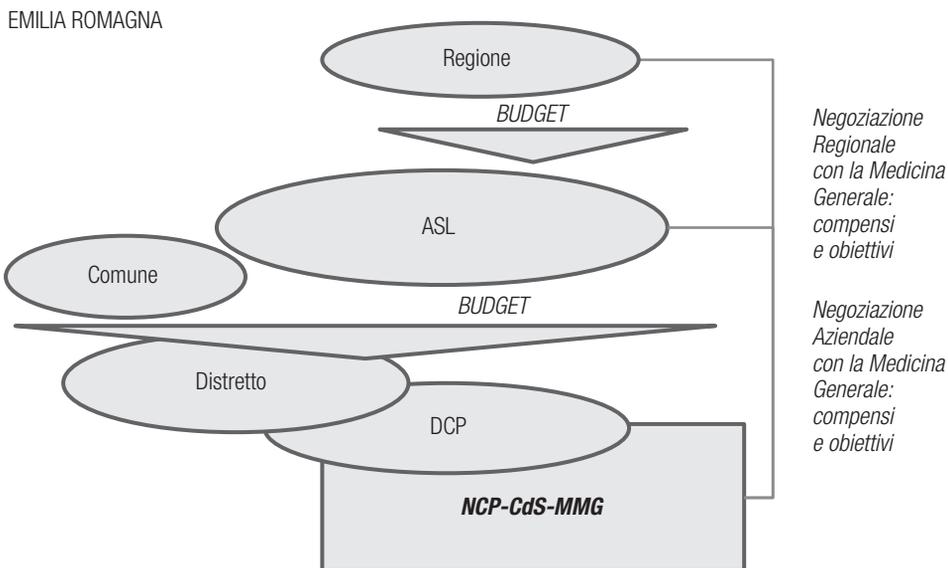
Da segnalare, infine, il programma di co-finanziamento statale per la speri-

²² In particolare, una nuova medicina in rete è remunerata con 4,70 € per assistito all'anno.

²³ Le risorse destinate ai programmi di governo clinico ai sensi dell'art.59, lettera B, comma 15 dell'ACN del 23 Marzo 2005 sono state così suddivise dall'AIR Emilia Romagna del 2006:

- 20% per l'adesione al progetto diabete, al fine di favorire i progetti di educazione – informazione – prevenzione verso le dipendenze, alterati stili di vita o disturbi connessi con l'età anziana;
- 40% per l'attività di educazione permanente individuale finalizzata a corretti stili di vita;
- 40% per l'impegno nella corretta applicazione dei percorsi e delle procedure di accesso alle prestazioni (DGR 2142/2000), finalizzato anche al governo clinico, inteso come adesione ai programmi relativi all'appropriatezza di accesso alle prestazioni ed alle cure, concordati a livello locale a norma dell'art. 27 dell'ACN.

Figura 9.4 **Meccanismi di finanziamento del sistema basato su NCP-CdS**



Fonte: nostra elaborazione da DGR 2001/2007 e DGR 291/2010

mentazione della Casa della Salute, previsto dalla L. 296 del 27 Dicembre 2006 (Finanziaria 2007). Per il triennio 2007-2008-2009 sono stati quindi stanziati 10 milioni di euro annuali. La Figura 9.4 riassume il modello di finanziamento del sistema basato sui NCP-CdS.

9.4.4 Stato dell'arte del modello²⁴

NCP e CdS rappresentano due successivi passaggi per la piena realizzazione del modello emiliano – romagnolo, il cui obiettivo è offrire ai cittadini una sede territoriale di riferimento per i propri bisogni di salute e di assistenza, alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata, facilmente identificabile e con caratteristiche omogenee in tutto il territorio regionale. Coerentemente con queste finalità, l'analisi dello stato di implementazione del modello si concentra sulla diffusione e sull'operatività delle Case della Salute.

A Ottobre 2011, quasi tutti i distretti (35 su 38) hanno programmato Case della Salute. Sono previste ben 102 CdS, con una notevole concentrazione nelle ASL di Parma (26) e Reggio Emilia (22). Le sedi già operative sono 42,

²⁴ Il riferimento è al documento «La programmazione delle Case della salute in Emilia Romagna – Report 2011». Il documento è aggiornato a ottobre 2011 e rappresenta la fonte ufficiale più aggiornata al momento della stesura del capitolo.

classificabili abbastanza equamente tra CdS grandi (31%), medie (38%) e piccole (31%).

Sotto il profilo dell'organizzazione interna, nel 90% dei casi la struttura è sotto la responsabilità di un dirigente medico del Dipartimento di Cure primarie. Come è logico immaginare, la Casa sta diventando sede fisica per le forme di integrazione tra MMG già esistenti: nel 91% dei casi, essa ospita una medicina di gruppo. Inoltre, 17 strutture (40%) sono sede di guardia medica notturna e festiva con presenza di attività ambulatoriale. Il servizio ADI è attivato in tutte le sedi.

Con riferimento agli strumenti specificamente attivati per la presa in carico della cronicità, si rileva che:

- ▶ in 33 sedi sono stati attivati programmi di gestione integrata delle malattie croniche (79% del totale). Coerentemente con i percorsi proposti più di frequente in Emilia Romagna, i programmi interessano principalmente il diabete e le patologie psichiatriche minori; in misura più ridotta, BPCO, scompenso e insufficienza renale cronica; in 18 Case, la gestione integrata prevede anche sistemi di monitoraggio attivo del paziente (ed esempio, *recall* telefonico, *counseling* infermieristico ambulatoriale, ecc);
- ▶ 34 esperienze (81% del totale) si sono dotate di un ambulatorio infermieristico per le attività programmate;
- ▶ 7 CdS offrono servizi di telediagnosi e teleconsulto;
- ▶ 24 sedi (57% del totale) propongono programmi integrati con il Dipartimento di Prevenzione (ad esempio, interventi mirati di educazione sanitaria su particolari segmenti di popolazione a rischio);
- ▶ 29 sedi offrono agli operatori formazione specifica per patologia.

9.5 Toscana

9.5.1 Presupposti normativi e assetto generale del modello regionale

Nel complesso contesto istituzionale-organizzativo del suo sistema di servizi territoriali, la regione Toscana ha individuato un preciso modello di presa in carico dei pazienti cronici. Più precisamente, gli atti normativi parlano di progetti per l'attuazione della «sanità d'iniziativa». Il PSR 2008-2010, al punto 4.3.1, descrive per la prima volta il progetto «Dalla medicina d'attesa alla sanità di iniziativa»; le DGR 894/2008 e 716/2009, in particolare, ne danno attuazione. A livello territoriale, il modello di riferimento indicato dal PSR per l'implementazione di questo nuovo concetto di sanità è quello del *chronic care model* (CCM). Peraltro, sulla base del parere n. 37/2008 del Consiglio Sanitario Regionale (CSR), la Giunta regionale, con propria deliberazione n. 894/2008, ha ritenuto opportuna

a tal fine l'adozione di una versione evoluta del CCM: l'*expanded chronic care model*. In questo modello, il singolo cittadino è calato nella più ampia dimensione della comunità e gli aspetti clinici, presi in carico dal medico di famiglia, sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute. Tale modello prevede, a livello di cure primarie, un *team* multi-professionale proattivo, nel quale il medico di famiglia, nello svolgimento del proprio ruolo, è affiancato da infermieri e altre figure di supporto, nell'ambito delle rispettive professionalità. Il *team* ha il compito di attuare, sotto la supervisione del medico di famiglia, gli interventi resi necessari dai bisogni della specifica patologia e dal livello di rischio, con modalità che garantiscano il coordinamento degli interventi (sia all'interno del *team*, sia nei confronti di altri livelli del sistema socio-sanitario) e la continuità del percorso di salute del paziente tra territorio e ospedale. Coordinamento e continuità sono realizzati mediante l'applicazione di protocolli operativi per le diverse patologie croniche (Percorsi Diagnostico-Terapeutico Assistenziali), condivisi a livello aziendale e coerenti con le linee di indirizzo definite a livello regionale da apposite commissioni istituite dal CSR, che possano valere come supporto decisionale e strumento per l'integrazione.

Nello specifico, gli elementi costitutivi del modello sono:

- ▶ la valutazione dei bisogni della comunità, tramite l'elaborazione di profili di salute, l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio, l'analisi delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;
- ▶ la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute;
- ▶ l'assetto organizzativo dei servizi sanitari, supportato da una chiara scelta politica e dall'impegno degli amministratori all'investimento di risorse;
- ▶ il supporto all'auto-cura (*self-management*), come aiuto ai pazienti e alle loro famiglie ad acquisire le conoscenze necessarie alla gestione della malattia e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
- ▶ la proattività degli interventi, quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche e assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di *follow-up* (anche attraverso sistemi automatici di allerta e richiamo) sulla base del percorso previsto per una determinata patologia e in funzione del profilo di rischio dei pazienti (basso, medio, alto);
- ▶ il supporto alle decisioni, consistente nell'adozione di linee-guida basate sull'evidenza che forniscano al *team* gli standard per offrire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici e che siano oggetto di una costante attività di aggiornamento, di adattamento alla realtà locale e di *audit* da parte del *team* stesso;
- ▶ sistemi informativi in grado di garantire alcune fondamentali funzioni quali: un sistema di raggruppamento dei pazienti per patologie («registri di patologia») e di stratificazione degli stessi per profilo di rischio all'interno di un de-

terminato gruppo; un sistema di allerta che aiuti i *team* delle cure primarie ad attenersi alle linee guida; un sistema di *feedback* per i medici riguardo ai loro livelli di performance rispetto agli indicatori delle malattie croniche; un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi individuali realizzati.

Il parere espresso dal CSR riconosce al MMG il ruolo di responsabile clinico del *team* e del paziente: il MMG esercita, infatti, una funzione di supervisione sulle attività del *team* assistenziale, quale figura che mantiene un ruolo centrale determinato dal rapporto di libera scelta che lo lega al cittadino utente.

Il lavoro di *team* fra MMG, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari e altri professionisti nella gestione del paziente lungo l'intero percorso di assistenza e cura, implica l'uso delle proprie cartelle cliniche informatizzate dalle quali poter trarre le informazioni necessarie per:

- ▶ il monitoraggio delle patologie croniche ed il *patient summary*, ovvero un set predefinito di informazioni relative agli assistiti in carico;
- ▶ la pianificazione personalizzata degli interventi;
- ▶ l'educazione ed il supporto dei pazienti al *self-management*;
- ▶ lo sviluppo di competenze gestionali e l'utilizzo continuo dell'*audit* nell'ambito del *team*.

All'inizio della sperimentazione di questo modello, nel 2008, l'assistenza di base in Toscana presentava (e presenta) diversi caratteri distintivi: oltre il 30% dei medici di famiglia già organizzati in medicine di gruppo; sperimentazioni di Unità di Cure Primarie (UCP) e di ulteriori strumenti di gestione delle patologie croniche; presenza di cooperative mediche. Nell'ambito di questo scenario variegato, si è reso necessario scegliere la dimensione operativa di riferimento più appropriata in cui avviare e testare la sanità d'iniziativa. Il legislatore ha deciso di individuare una ulteriore unità organizzativa come base dell'applicazione del modello: il «modulo». In fase di sperimentazione, che si è prolungata fino a tutto il 2010, la scelta dei moduli è stata effettuata dalle singole aziende USL di concerto con la Medicina Generale afferente al territorio, in modo tale che i moduli selezionati fossero rappresentativi di tutte le aziende e congrui rispetto al territorio regionale. La popolazione totale di riferimento, nella prima fase di attuazione del progetto, è stata di circa 500.000 assistiti.

I moduli presentano i seguenti requisiti:

- ▶ una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
- ▶ una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del *team*;
- ▶ la presenza di un coordinatore di modulo, individuato in un MMG del *team*;
- ▶ la presenza di almeno 6 e non più di 16 MMG;

- ▶ la presenza di un infermiere e un operatore socio sanitario con formazione complementare in area sanitaria in rapporto alla popolazione di riferimento (1/10.000);
- ▶ una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del *team*;
- ▶ la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina Generale;
- ▶ il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali.

In fase di sperimentazione sono stati avviati 56 moduli, che hanno interessato tutte le zone-distretto del territorio regionale, per un totale di 497 MMG, 112 infermieri e 618.969 pazienti (Francesconi, 2011). A partire dalle indicazioni contenute nel parere 52/2008 e quelle ancora più dettagliate nel parere 1/2009, le aziende USL hanno sviluppato e pubblicato nei loro siti web i percorsi assistenziali per diabete, scompenso cardiaco, BPCO, ictus e ipertensione. Nella prima parte della sperimentazione, i moduli si sono concentrati nella gestione dei pazienti cronici affetti da *diabete e scompenso cardiaco*, mentre nel proseguimento dell'implementazione del progetto sono stati presi in carico pazienti con *BPCO, ictus e ipertensione*. Le specifiche delle patologie trattate sono dettagliate nel paragrafo 9.5.3.

9.5.2 Attori coinvolti: ruoli e relazioni

L'assetto dei servizi territoriali della regione Toscana si configura in modo molto articolato e, negli ultimi dieci anni, ha subito una evoluzione continua: gli attori coinvolti sono molteplici e afferiscono a diversi livelli. Risulta fondamentale chiarire fin d'ora che la struttura organizzativa e istituzionale dei servizi territoriali toscani è stata senz'altro propedeutica alla ideazione e attuazione dei moduli della sanità d'iniziativa.

Dal punto di vista istituzionale, da oltre 10 anni sono attive le Società della Salute (SdS). La LR 60/2008, che ha modificato la LR 40/2005, è intervenuta a normare – con il Titolo V Capo III Bis – la costituzione e i fondamentali principi di funzionamento delle Società della Salute, ponendo fine alla fase sperimentale e confermando le scelte di fondo della DCR 155/2003 «Atto di indirizzo regionale per l'avvio della sperimentazione delle Società della Salute». La SdS è definita come la «modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale ed i comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate» (LR 60/2008). Essa è un soggetto pubblico senza scopo di lucro, costituita per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e

dell'azienda USL territorialmente competente. Attualmente esistono 25 Società della Salute e altre si stanno costituendo. Gli organi della Società della Salute sono 5: l'Assemblea dei soci, composta dal Direttore Generale della azienda USL di riferimento e dai sindaci dei comuni aderenti (o da un componente delle giunte), il Presidente, la Giunta esecutiva, formata di norma da tre componenti, il Collegio sindacale, e il Direttore, che è anche il Direttore della zona-distretto di competenza. Compito principale della SdS è quello di programmare gli obiettivi di salute e di benessere, e di individuare i percorsi assistenziali, interpretati ed attuati sulle caratteristiche peculiari di ciascun territorio, definendo anche azioni attuative e programmando soluzioni operative, insieme a strumenti di controllo, monitoraggio e valutazione. La SdS attua la sua missione attraverso la stesura del Piano Integrato di Salute, l'atto fondamentale per la programmazione dei servizi territoriali. La DGR 243/2011 approva le disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana.

Sul lato organizzativo, con la DGR 1204/2003 è iniziato il processo di sperimentazione delle cosiddette Unità di Cure Primarie (UCP), implementando uno degli obiettivi prioritari del PSR 2003-2005: «promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari». Le UCP presentano aspetti simili ai NCP emiliano-romagnoli: sono le unità organizzative di base di un nuovo modello delle cure primarie volto ad assicurare, in un ambito territoriale di riferimento, l'integrazione degli interventi socio sanitari da parte della medicina generale, della pediatria di libera scelta, della continuità assistenziale, della specialistica ambulatoriale interna e di altre professionalità presenti nel territorio individuato. Secondo il PSR 2005-2007, tale modello avrebbe rappresentato il futuro assistenziale in termini di integrazione e di riappropriazione del ruolo preminente di intercettazione del fabbisogno sanitario sul territorio; in altri termini, la nuova modalità organizzativa sperimentale si poneva come obiettivo prioritario la riconduzione della medicina territoriale al proprio ruolo originario, attraverso l'intercettazione del fabbisogno sanitario, spesso e impropriamente attribuito al livello ospedaliero. Tra i servizi innovativi che le UCP sono state chiamate a offrire vi era anche la gestione delle patologie croniche, attraverso la predisposizione di protocolli diagnostici-terapeutici e il coinvolgimento del personale infermieristico in interventi personalizzati rivolti a pazienti cronici (soprattutto servizi erogati in ADI). Tuttavia, il PSR precisava che tale sperimentazione non doveva essere disgiunta dalla programmazione e implementazione di altre iniziative, comunque rivolte a sollecitare e premiare l'associazionismo fra medici, con forme che garantissero uniformi livelli di assistenza.

Infatti, parallelamente alle UCP, diverse ASL toscane hanno avviato e implementato progetti per la creazione delle Case della Salute (CdS). Con la legge 296/2006 (legge finanziaria 2007) veniva istituito un Fondo per il finanziamento di progetti previsti dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, tra cui progetti che

riguardassero la «sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute». La regione Toscana ha quindi presentato una richiesta di cofinanziamento al Ministero della Salute per l'anno 2007, per la realizzazione, inizialmente, di tre CdS. Questa soluzione, declinata nel contesto toscano, rappresenta una forma di riorganizzazione delle cure primarie attraverso «una struttura polivalente per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie di un determinato ambito territoriale (bacino di 5-10.00 persone)». La Casa della Salute è stata in seguito sperimentata in diverse realtà toscane, adattandosi allo specifico contesto territoriale di riferimento, ma mantenendo alcune caratteristiche condivise. Essa, in sintesi:

- ▶ prevede la presenza di una sede unica «fisica» in cui confluiscono gli ambulatori dei MMG interessati che lavorano in forma aggregata;
- ▶ garantisce la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle 24 ore e sette giorni su sette;
- ▶ assicura un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
- ▶ promuove e valorizza la partecipazione dei cittadini, soprattutto delle loro organizzazioni, assicurando forme di programmazione dei servizi e di valutazione dei risultati nei vari presidi e servizi;
- ▶ contribuisce alla ricomposizione delle separazioni storiche esistenti tra le professioni sanitarie, realizzando concretamente l'attività interdisciplinare tra MMG, specialisti, infermieri, terapisti e integrando operativamente le prestazioni sanitarie con quelle sociali;
- ▶ organizza e coordina le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
- ▶ sviluppa programmi di prevenzione per tutto l'arco della vita, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini.

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2010-2015 individua nella Casa della Salute un presidio socio-sanitario integrato dove dare concreta attuazione al processo evolutivo dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria nel territorio, un punto di riferimento certo per i cittadini che abbiano un bisogno emergente o programmato di ascolto, cura o assistenza e auspica che essa diventi il presidio unico di raccordo operativo per l'erogazione di tutti i servizi socio-sanitari territoriali. Attualmente, in Toscana sono attive 11 Case della Salute e altre 14 sono in fase di attivazione.

Con la diffusione delle CdS, i progetti di sperimentazione delle UCP hanno perso importanza nella lista delle priorità del legislatore: le Case della Salute rappresentano, infatti, una evoluzione delle Unità di Cure Primarie, convogliando in un'unica sede tutti gli ambulatori dei MMG coinvolti e spingendo al massimo l'integrazione multi professionale. Si può affermare che le UCP sono state

per la regione Toscana il primo *step* del cambiamento organizzativo volto a raggiungere alti livelli di integrazione tra la Medicina Generale e tra i MMG e gli altri professionisti delle Cure Primarie. Dal punto di vista strutturale, il modulo della sanità d'iniziativa può coincidere o meno con la Casa della Salute o con le (ormai superate) UCP. Il modulo rappresenta una riconoscibile struttura organizzativa in cui i professionisti coinvolti si occupano precipuamente della gestione e della presa in carico di pazienti affetti da cinque specifiche patologie croniche, mentre CdS e UCP sono unità organizzative per l'offerta dei servizi territoriali in modo integrato e coordinato, che, in modo diretto o indiretto, hanno posto le basi per la creazione dei moduli di sanità di iniziativa.

Il modulo, dunque, sottintende il coinvolgimento di una pluralità di soggetti istituzionali e professionali. In particolare, la DGR 894/2008, sulla base del parere 37/2008 del CSR, definisce i ruoli delle professioni coinvolte nell'*expanded CCM*.

Innanzitutto, la *Regione* rimane la prima responsabile della gestione e implementazione del progetto, visto che attraverso la sua attività di *policy making* ha fornito la prima spinta (normativa e finanziaria) alla realizzazione dei moduli, in un processo decisamente *top-down*. Nello specifico le sue principali funzioni sono:

- ▶ supporto tecnico alle aziende USL e ai moduli, in particolare per quanto attiene competenze epidemiologiche, organizzative e di valutazione della performance;
- ▶ coordinamento delle attività previste dal progetto a livello territoriale, al fine di assicurare uniformità;
- ▶ valutazione di secondo livello sui risultati dei moduli per finalità di governo e orientamento del sistema con relativi report di *feedback*;
- ▶ attivazione di *audit* presso aziende USL e moduli;
- ▶ indirizzo in merito all'applicazione del sistema di remunerazione per la Medicina Generale;
- ▶ predisposizione della reportistica e modulistica necessaria per l'attuazione del progetto.

Le *aziende USL* del territorio rivestono un ruolo particolarmente importante, essendo state attivamente coinvolte tanto nella fase di avvio quanto nella fase di implementazione e mantenimento. In particolare, l'azienda USL:

- ▶ definisce i percorsi assistenziali, in accordo e condivisione con la Medicina Generale, delle cinque patologie individuate dal PSR 2008-2010;
- ▶ individua i «moduli» della sanità d'iniziativa, sulla base dei requisiti richiesti (vedi paragrafo 9.5.1);
- ▶ condivide con il coordinatore del modulo gli specifici obiettivi assegnati;

- ▶ assegna ai moduli le risorse umane necessarie al perseguimento degli obiettivi (infermieri e OOSS);
- ▶ individuare, a livello di zona-distretto, i *medici di comunità* da affiancare ai moduli, quali figure di supporto ai *team* assistenziali;
- ▶ monitora e valuta, per mezzo dei medici di comunità, i risultati dell'applicazione della sanità d'iniziativa;
- ▶ garantisce l'interfaccia dei sistemi informativi aziendali per l'assistenza territoriale con i sistemi informatici dei medici dei moduli;
- ▶ garantisce la predisposizione di un modello di *Libretto personale di patologia*;
- ▶ eroga i compensi ai medici di medicina generale (MMG) dei moduli in base ai criteri condivisi nell'accordo regionale;
- ▶ gestisce la formazione dei MMG e degli altri componenti del *team* su tematiche inerenti la sanità d'iniziativa.

Il *medico di comunità* (appartenente alla struttura organizzativa Attività sanitarie di comunità, di cui all'allegato 2, punto 9 del PSR 2008-2010), è un medico dell'azienda USL e, come indicato dal parere 37/2008 del CSR, ricopre un ruolo trasversale: agendo al fianco del *team* assistenziale in una dimensione complementare a quella clinica, contribuisce alle fasi di progettazione, attuazione e verifica dei percorsi assistenziali, «al fine di garantire la sostenibilità del sistema e l'autonomia delle scelte professionali nell'ambito del *team* e della rete dei servizi sociosanitari».

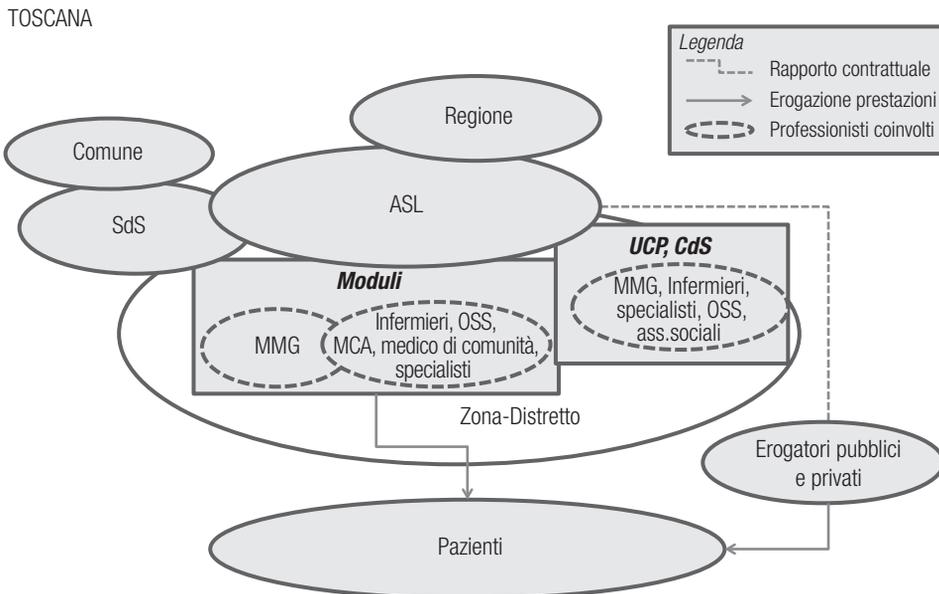
Per quanto riguarda i professionisti del *team*, innanzitutto il *Medico di Medicina Generale* ha un ruolo pivotale nel modulo di sanità d'iniziativa. Egli assume il ruolo di responsabile clinico del *team* e del paziente, quale figura che mantiene un ruolo centrale legato al rapporto di fiducia che intrattiene con il cittadino e al servizio di diagnosi, cura e relazione con lo stesso. Nella prospettiva di sanità pubblica che connota il modello assistenziale indicato dal PSR, il medico di famiglia partecipa inoltre al governo clinico del sistema, garantendo l'appropriatezza e la qualità delle cure ed orientando l'attività del *team* verso obiettivi condivisi, misurabili attraverso specifici indicatori. Inoltre, il compito di coordinare il modulo spetta proprio al MMG. Il MMG coordinatore è nominato dall'azienda sanitaria di riferimento, su proposta dei MMG del modulo. Come coordinatore, il MMG: cura che tutti i MMG del modulo adempiano agli impegni assunti con l'Accordo regionale; costituisce l'interfaccia con il medico di comunità per la verifica e la valutazione dell'attività del modulo; indice e cura le riunioni di *audit* dei professionisti afferenti al modulo; verifica che tutti i MMG del modulo effettuino la formazione obbligatoria; gestisce i conflitti interni al modulo; sottoscrive, in rappresentanza di tutti i MMG del modulo, l'impegno verso l'azienda USL a raggiungere gli obiettivi regionali per le diverse patologie e ad essere misurati sulla base degli indicatori concordati.

Lo svolgimento delle attività necessarie per la gestione delle diverse patolo-

gie croniche, per il livello di specificità e l'impegno richiesto, presuppone inoltre la valorizzazione nell'ambito del *team* multiprofessionale del ruolo dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario (OSS), che vengono assegnati in maniera funzionale dalle aziende sanitarie ai MMG presenti nel *team* stesso, pur continuando ad appartenere all'unità professionale di provenienza. In particolare, l'*infermiere* assume autonomia e responsabilità per funzioni specifiche attinenti alla gestione assistenziale del paziente, individuate in maniera concordata con il MMG, sulla base dei protocolli operativi condivisi a livello aziendale e coerenti con le indicazioni delineate a livello regionale. Anche l'*operatore socio sanitario* costituisce una risorsa di rilievo per l'attuazione del CCM, continuando a svolgere le funzioni di assistenza alla persona al domicilio del paziente nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario.

Come chiarito dal parere 37/2008 del CSR, i componenti del *team* si coordinano con gli altri professionisti coinvolti in base alla patologia e al livello di rischio dei pazienti, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali, e si relazionano con il medico di comunità di riferimento per il monitoraggio dei risultati dell'attività svolta. Al fine di assicurare il coordinamento del *team* e la corretta attuazione del modello, l'Accordo regionale sottolinea l'importanza di cartelle cliniche informatizzate quali strumenti essenziali per il monitoraggio delle patologie

Figura 9.5 **Ruolo e interazioni tra i soggetti nel modello «sanità d'iniziativa», all'interno del sistema di Servizi Territoriali**



Fonte: elaborazione da LR 60/2008, DGR 139/2008, DGR 894/2008, DGR 716/2009

croniche, la pianificazione personalizzata degli interventi, l'educazione dei pazienti ed il supporto all'auto-cura, nonché per lo sviluppo di competenze gestionali. Il supporto di strumenti informativi informatizzati costituisce, del resto, uno degli elementi costitutivi del modello, e come tale opportunamente sostenuto anche da un punto di vista economico.

Infine, è importante sottolineare che l'*audit*, in particolare, rappresenta un momento di confronto tra componenti del *team*, aziende USL e Regione, nel quale riportare eventuali dissensi interni o disallineamenti, e nel frattempo è un'attività che consente di migliorare le attività di gestione e arricchire i professionisti coinvolti. Nel successivo paragrafo si riportano alcuni indicatori di valutazione della performance dei singoli moduli legati alle specifiche patologie oggetto del progetto.

La Figura 9.5 riporta le relazioni tra i vari soggetti coinvolti nel modello della sanità d'iniziativa.

9.5.3 Meccanismi operativi

Come indicato sopra, i moduli della sanità di iniziativa hanno applicato l'*expanded chronic care model* per la presa in carico di pazienti affetti da cinque patologie: diabete mellito, scompenso cardiaco, ipertensione, BPCO e ictus.

La prima parte della sperimentazione si è concentrata su diabete e scompenso, mentre nella fase «a regime» i moduli hanno implementato anche i percorsi per ipertensione, BPCO e ictus.

I percorsi definiti per le cinque patologie indicano chiaramente e in modo molto dettagliato le competenze dei singoli professionisti coinvolti. Il MMG riveste in ogni caso un ruolo fondamentale e la sua responsabilità varia in base al livello di gravità della patologia e alla sua stabilità, soprattutto nel caso della BPCO. In generale, il MMG è sempre chiamato a «riconoscere» il paziente, avendo un compito chiave nella fase diagnostica. Per i pazienti ipertesi e scompensati il medico di famiglia è praticamente il solo regista del trattamento, anche se pure in questi casi è tenuto a inviare il paziente dallo specialista di riferimento per la conferma della diagnosi.

L'infermiere ha sempre una funzione rilevante, addirittura arrivando a sostituire il medico in alcuni suoi compiti: misura i parametri clinici del paziente e può addirittura eseguire test diagnostici come l'ECG (nel caso del paziente iperteso). Tuttavia, il compito fondamentale dell'infermiere è quello di educare pazienti e familiari all'autocura: la partecipazione attiva del paziente è, dopo tutto, uno dei tratti caratteristici di questo modello.

Per quanto riguarda gli specialisti, essi vengono coinvolti in base alla specifica patologia: troviamo lo pneumologo e il fisioterapista per la BPCO, il cardiologo per lo scompenso, il dietista per l'ictus, il diabete e lo scompenso, il neurologo e il fisiatra per l'ictus, il diabetologo e il podologo per il diabete.

Il rispetto e l'implementazione di questi percorsi sono così importanti che l'intero sistema di *audit* e finanziamento è disegnato sulle patologie. La Regione Toscana ha messo a disposizione delle sue 12 aziende USL oltre 8,8 milioni di euro per avviare il progetto «Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa». In particolare queste risorse sono state utilizzate per distribuire il compenso ai coordinatori dei moduli, ai MMG che aderiscono al progetto e per il collegamento ADSL nelle sedi dei moduli.

Al *MMG coordinatore* del modulo viene riconosciuto un compenso annuale pari a:

- ▶ € 1.500, se il numero degli assistiti del modulo è inferiore o uguale 15.000;
- ▶ € 2.250, se il numero degli assistiti del modulo è superiore a 15.000.

Ad *ogni MMG* viene riconosciuto un compenso massimo a regime pari a € 4,5 ad assistito per anno, in relazione a:

1. compenso per l'adesione complessiva al progetto – 20%
2. compenso per la presa in carico delle singole patologie e per il raggiungimento degli obiettivi intermedi e finali per le singole patologie, in rapporto al peso percentuale delle stesse. Per ogni singola patologia, in rapporto al rispettivo valore percentuale, sono riconosciuti i seguenti compensi:
 - 20% del compenso massimo totale per la presa in carico della singola patologia (con consegna del relativo archivio informatizzato);
 - 30% del compenso massimo totale per il raggiungimento dell'obiettivo intermedio;
 - 30% del compenso massimo totale per il raggiungimento dell'obiettivo finale.

Per quanto riguarda il punto 1), l'obiettivo è considerato raggiunto se il MMG compie le attività previste al punto 5 dell'Accordo tra Regione e Organizzazione Sindacali per l'attuazione del PSR 2008-2010: a titolo esemplificativo, il MMG è tenuto a collaborare nella definizione dei percorsi, a partecipare agli *audit* interni ai moduli, a mettere a disposizione le informazioni necessarie per gli indicatori di percorso, ad aggiornare gli archivi informatizzati di patologia.

Il punto 2) descrive una ripartizione degli incentivi economici composita e complessa. L'incentivazione è legata completamente al raggiungimento degli obiettivi di singola patologia. Per tutte le patologie oggetto del progetto la presa in carico viene finanziata al momento della consegna dell'archivio informatizzato con l'elenco dei pazienti (20% dell'incentivo). In rapporto all'impegno richiesto e alla prevalenza delle cinque patologie previste dal PSR 2008-2010, a ciascuna di esse è attribuito un valore percentuale:

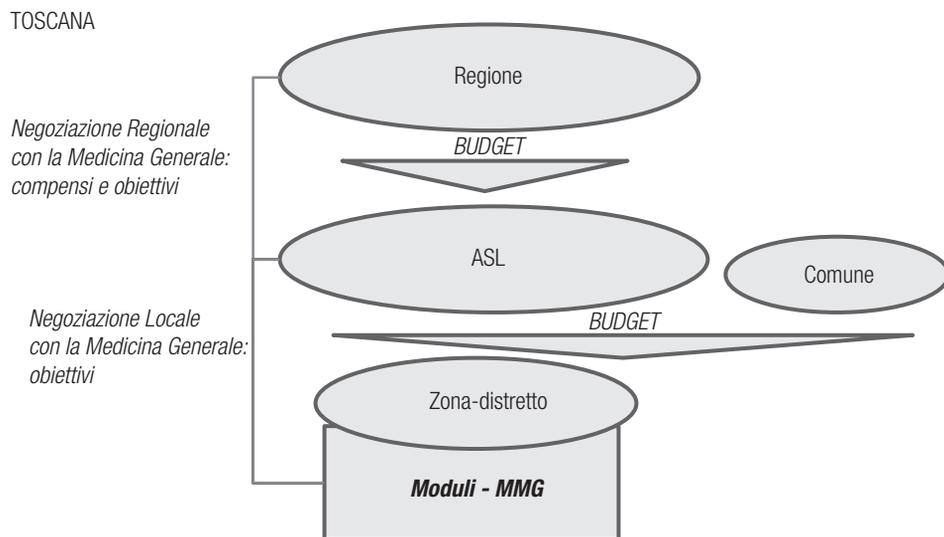
- ▶ diabete mellito: 30%
- ▶ scompenso cardiaco: 15%
- ▶ ipertensione: 30%
- ▶ BPCO: 15%
- ▶ Ictus: 10%

Inoltre, vi sono gli obiettivi specifici, che per il primo anno di attività sono stati indicati nell'Allegato A della DGR 716/2009 (diabete e scompenso). Di seguito si riportano alcuni esempi di obiettivi:

- ▶ Diabete: numero pazienti diabetici che hanno effettuato almeno una misurazione annuale di Emoglobina glicata (>70%); % pazienti della coorte con Emoglobina glicata <7 senza terapia farmacologica (>10% rispetto a valore di partenza o almeno 20% dei pazienti in carico a MMG).
- ▶ Scompenso cardiaco: tasso di ricovero di pazienti con scompenso cardiaco in carico ai MMG di un modulo (<20% rispetto a valore di partenza); % pazienti in terapia con ACE-inibitori e/o sartani (> 50% rispetto a valore di partenza o almeno 50% dei pazienti in carico a MMG).

La Figura 9.6 riporta lo schema dei «flussi» di finanziamento e definizione degli obiettivi del sistema.

Figura 9.6 **Meccanismi di finanziamento e di definizione degli obiettivi nel sistema dei Moduli**



Fonte: elaborazione da DGR 716/2009

9.5.4 Stato dell'arte del modello

Il modello della sanità d'iniziativa è ormai una realtà consolidata in Toscana. La Tabella 9.7 riporta alcuni dati di sintesi dello stato dell'arte dell'implementazione del modello.

Più di un terzo dei MMG toscani sono coinvolti nella sanità di iniziativa, e quasi 1 milione di pazienti risultavano essere presi in carico nel 2011. Questi risultati eccellenti diventano sorprendenti se si prende in considerazione la tempistica dell'implementazione del *Chronic Care Model*: a giugno 2010 erano coinvolti poco meno di 500 MMG, e circa un anno dopo l'adesione è raddoppiata. Sorprendente perché il cambiamento culturale che questo modello impone a tutti gli attori del sistema, ma soprattutto ai medici di Medicina Generale, è rivoluzionario. Riferendosi ai percorsi assistenziali di presa in carico dei pazienti cronici, l'allegato A della DGR 894/2008 parla di «percorsi territorio-ospedale-territorio», percorsi TOT, volendo usare un acronimo che si riferisce anche all'aspetto totalizzante di questa nuova presa in carico. Il legislatore, insomma, sottolinea fin dall'inizio l'importanza della prevenzione, in termini di promozione di stili di vita sani e di capacità di riconoscere e tenere sotto controllo i cosiddetti pazienti a rischio. Una tale fluidità di implementazione è dovuta certamente a una già esistente e radicata cultura dell'associazionismo e dell'integrazione tra gli attori del territorio toscano. Infatti, appare evidente che il modello organizzativo dei servizi territoriali per la presa in carico dei pazienti cronici in Toscana sia una evoluzione delle già esistenti unità organizzative per le cure primarie, come le UCP e le Case della Salute. La costante evoluzione del sistema è provata, ad esempio, dal fatto che il PSSIR 2010-2015 prevede di avviare, all'interno delle Case della Salute, le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), che rappresentano uno sviluppo delle vecchie UCP, ormai non più al centro dell'attenzione del legislatore e dei decisori politici, e che consistono in gruppi di professionisti che comprendono non solo i MMG, ma anche pediatri, specialisti ambulatoriali, medici della continuità assistenziale e personale sanitario non medi-

Tabella 9.7 **Dati Progetto «Dalla medicina d'attesa alla sanità d'iniziativa» – Gennaio 2012**

| | |
|-----------------------------|------------|
| ASL coinvolte | 12 (su 12) |
| Moduli avviati | 93 |
| MMG coinvolti | 943 |
| Infermieri coinvolti | 174* |
| Pazienti interessati | 956.179* |

* Dati riferiti a Marzo 2011

Fonte: Francesconi (2011) e Francesconi e Barletta (2012)

co e assistenziale: il documento indica, testualmente, che le UCCP devono essere sviluppate «partendo dalla valorizzazione della esperienza in corso con i moduli della sanità di iniziativa».

9.6 Confronto dei tre modelli regionali di presa in carico della cronicità e considerazioni conclusive

La Tabella 9.8 riporta le caratteristiche principali dei tre modelli analizzati.

Le cure primarie hanno registrato alla fine degli anni Novanta e nei primi anni Duemila un processo diffuso e tumultuoso di innovazione dal basso, dove le ASL delle regioni più forti sperimentavano modelli organizzativi e strumenti di governo, diffondendo i primi PDTA per i MMG e PLS con grande variabilità nelle soluzioni adottate, in base alle sensibilità, opportunità e competenze localmente disponibili. Pertanto, il sistema delle cure primarie registrava progressi in direzioni diverse, non sempre coordinati o coerenti tra di loro, ma che delineavano un quadro in movimento.

Il crescente esercizio di prerogative di governo da parte delle regioni a partire da metà degli anni Duemila ha contenuto l'autonomia aziendale locale e diminuito la propensione all'innovazione dal basso. Le cure primarie sono state raramente le protagoniste dell'innovazione regionale, più focalizzate sulle alte specialità, sulle aree vaste di programmazione, sulla tenuta economico-finanziaria complessiva. La recente attenzione delle regioni a modelli sistematici e diffusi di *disease management*, da correlarsi allo sviluppo di forme associative strutturali dei MMG, rappresenta un elemento di novità nelle priorità di agenda dei *policy maker* sanitari.

Il fatto che questo avvenga contemporaneamente in modo esplicito e robusto in tre regioni come Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, storicamente anticipatrici di molti movimenti del SSN, delinea probabilmente un cambio di fase. Da un lato, si è messa in agenda la necessità di supportare direttamente lo sviluppo delle cure primarie evitando di limitarsi al semplice contenimento delle attività e dei consumi ospedalieri. Dall'altro, si propone una nuova segmentazione dell'utenza, non più principalmente per patologia o per ambiti di cura (prevenzione, ospedale, territorio), ma per profilo assistenziale: cronicità, acuzie, non autosufficienza, etc.

Vi è quindi una tensione comune a queste tre grandi regioni per sviluppare modelli di *disease management* delle patologie croniche facendo perno su forme strutturali di associazionismo tra i MMG e di connessione ingegnerizzata con la specialistica ambulatoriale e diagnostica. Diverse sono però le ispirazioni fondanti i modelli assunti, così come diversi sono i *driver* che spingono l'innovazione.

La Regione Lombardia affida una consistente area delle cure primarie ad operatori che potremmo concettualmente avvicinare ai privati accreditati: ge-

Tabella 9.8 **Elementi di confronto tra i modelli analizzati di servizi territoriali per la cronicità**

| Elemento | Regione | | |
|--|---|--|--|
| | Lombardia – CReG | Emilia Romagna – NCP-CdS | Toscana – CCM |
| Assetto modello | Funzionale | Strutturale | Strutturale |
| Anno di introduzione | 2011 | 2006 | 2008 |
| Fase di implementazione | Sperimentale | A regime | A regime |
| Livello di accentramento regionale | Alto | Basso | Alto |
| Adesione MMG | Facoltativa | Obbligatoria (NCP), facoltativa (CdS) | Facoltativa |
| Regolazione rapporti MMG aderenti-ASL | Contratto di servizio | Accordo integrativo regionale/aziendale | Accordo integrativo regionale/aziendale |
| Forme associative interessate | Cooperative (ex art.54 c.3 lettera B ACN 2005) | Aggregazioni funzionali (ex art.26 bis ACN 2010) | Aggregazioni funzionali (ex art.26 bis ACN 2010) |
| Assegnazione del paziente | Tramite gara ad evidenza pubblica e accettazione da parte del paziente; indipendente dalla scelta del MMG da parte del paziente | Automatica in base alla scelta del MMG da parte del paziente | Automatica in base alla scelta del MMG da parte del paziente |
| Modalità di remunerazione MMG partecipanti | Margine economico del gestore del CReG | Integrazioni alla quota capitaria | Integrazioni alla quota capitaria |
| Fornitore di tecnologia | Società di Servizi, ASL | ASL | ASL |
| Stimolo all'integrazione | Tra MMG | Tra tutte le professionalità dell'assistenza territoriale | Tra tutte le professionalità dell'assistenza territoriale |
| Focus su specifiche patologie | Si: Nefropatie, Broncopneumopatie, Cardiopatie | No | Si: Diabete, BPCO, Cardiopatie, Ictus |
| Integrazione con servizi sociali | No | Si | Si |
| Forte accento sull'autocura e la valorizzazione del contesto familiare e sociale | No | No | Si |
| Ruolo dell'infermiere | Marginale | Rilevante | Rilevante |

Fonte: nostra elaborazione

stori del CReG, vale a dire i MMG in cooperativa e la società di servizio di supporto. L'energia imprenditoriale di questi soggetti dovrebbe agire come volano per l'innovazione. L'incentivo attivato è quello di poter conquistare esplicita centralità nel governo dell'allocazione delle risorse e potenziali guadagni reddituali, attraverso un sistema di DRG per la presa in carico della cronicità. Questo assetto è molto coerente con l'architettura istituzionale del sistema sanitario lombardo. Rispetto alle altre regioni, è evidente come predominino i rapporti contrattuali tra i soggetti, tipici dei sistemi basati sul quasi-mercato (Figura 9.2). I CReG rappresentano una soluzione «shock» che cerca di scuotere un sistema

delle cure primarie che è stato, in Lombardia, storicamente piuttosto debole e refrattario alle innovazioni. La forza degli incentivi messi in gioco è quindi proporzionale alle significative resistenze al cambiamento che sono facilmente immaginabili.

All'opposto l'Emilia Romagna (RER) ha storicamente investito molto nello sviluppo delle forme associative dei MMG, nell'aumento del portafoglio delle loro competenze e delle patologie trattate, nell'infrastrutturare meglio gli ambulatori con personale di supporto e piccole tecnologie. Significativamente alti sono i tassi di adesione alle forme associative previste dalla convenzioni nazionali, soprattutto quelle più intense, così come ogni MMG obbligatoriamente è collocato in un nucleo di cure primarie più ampio. Esiste un *set* di PDTA diffusi nella regione, ma ogni AUSL ha poi interpretato autonomamente su quali concentrare le azioni di governo. Nel complesso sono però storicamente deboli gli strumenti di monitoraggio, incentivazione e controllo degli effettivi tassi di reclutamento dei pazienti nei PDTA e della loro *compliance*. Lo sviluppo recente della RER valorizza i propri punti di forza storici e cerca di accentuarne le caratteristiche. Il *focus* è sulle forme organizzative/erogative dei servizi territoriali, visti in un'ottica allargata. L'obiettivo è quello di diffondere le Case della Salute, dove dovrebbero lavorare in modo integrato MMG, specialisti ambulatoriali, infermieri, e nei casi più avanzati, anche riabilitatori e assistenti sociali. Il perno dell'innovazione è nell'accostamento logistico di diverse figure professionali dei servizi territoriali, che dovrebbero progressivamente imparare a lavorare in maniera più integrata e a offrire servizi la cui fruizione sia più unitaria possibile. Il *driver* dello sviluppo è di natura tecnico-professionale, offrendo ai medici e alle figure coinvolte una prospettiva di sviluppo professionale interna all'organizzazione pubblica con l'ambizione di offrire servizi sanitari territoriali più competenti, completi e strutturati. Il modello tende infatti a rimanere nel perimetro pubblico, cercando di attivare meccanismi organizzativi centripeti, potenzialmente capaci di riavvicinare alla cultura e ai processi organizzativi della AUSL anche i professionisti convenzionati (Figura 9.3). L'innovazione è di tipo incrementale perché interessa percorsi ormai intrapresi da tempo.

Nella Regione Toscana vi è stata una profonda riflessione sulla filosofia di cura da adottare, sui confini che deve avere la sanità nelle società contemporanee, riscoprendo la rilevanza dell'autocura, del sostegno di gruppi di pari, del supporto della comunità. Le cronicità sono state giustamente osservate anche come fenomeno sociale, rispetto a cui la società dispone risorse e competenze per rafforzare le attività di prevenzione e cura, migliorando gli stili di vita e contribuendo all'accrescimento del capitale sociale diffuso. Pertanto, in base al metodo proposto dal *Chronic Care Model*, alcune patologie croniche, o meglio stadi di patologie croniche, sono stati assegnati al perimetro dell'autocura, del supporto dei familiari, a gruppi di auto-aiuto, al lavoro di comunità. Sono

stati analizzati i meccanismi di trasformazione del bisogno in domanda; si è stabilito come i cittadini-pazienti debbano essere indirizzati a utilizzare e valorizzare le loro risorse e competenze individuali, familiari o sociali in cui sono inseriti. Una quota significativa dell'innovazione in Toscana ha poi posto la domanda su chi dovesse essere il *care giver* per il paziente cronico: anche negli stadi di patologia in cui deve intervenire il SSN, si cerca di valorizzare figure professionali diverse dai medici, come gli infermieri professionali o gli operatori sanitari (Figura 9.5). Nel complesso, il processo di evoluzione in Toscana porta a riflettere sui confini delle missioni degli attori dei sistemi e sul ruolo che ognuno dovrebbe occupare, per arrivare ad una allocazione più costo-efficace delle risorse. Il modello è stato quindi proposto in una chiave politico-culturale complessiva e ha utilizzato come *driver* di cambiamento sicuramente anche il desiderio di rigore professionale e di programmazione sanitaria, ma soprattutto, ha richiamato i valori delle persone e il loro senso di appartenenza alla comunità.

Da questa comparazione si evince che i modelli operativamente presentano delle similarità, essendo di fatto delle declinazioni di logiche di *disease management* per la cronicità, che fanno tutte perno sull'associazionismo medico strutturato e sul coinvolgimento in maniera ingegnerizzata e coordinata di altri professionisti sanitari (medici specialisti e infermieri), sia per l'accesso al sistema da parte dei pazienti, sia per la diagnosi e cura. Ognuno dei tre modelli ha però un *focus* e una narrativa che sorregge l'innovazione specifica: la regione Lombardia sottolinea, sin dal titolo, la logica di finanziamento forfettario per una presa in carico annuale da parte di un «imprenditore»; l'Emilia Romagna indica la via dell'evoluzione organizzativa dei professionisti delle cure primarie in rete con gli specialisti e gli altri professionisti dei servizi territoriali, in chiave di valorizzazione tecnico-professionale; la Regione Toscana propone una riflessione più profonda sul confine tra i servizi e l'*empowerment* dei cittadini e della comunità. Pertanto, ognuno dei modelli attiva dei potenziali driver di cambiamento specifici e distintivi: nel caso lombardo è rilevante l'incentivo finanziario per il soggetto «privato accreditato» che si attiva; nel caso emiliano-romagnolo l'*empowerment* professionale e la potenzialità di una nuova centralità nella geografia organizzativa dovrebbero sospingere l'innovazione; mentre nel caso toscano, un significativo ruolo viene attribuito ai valori del sistema e all'appartenenza ad una comunità, che viene tutta quanta coinvolta nell'innovazione.

Riteniamo inutile discutere su quale modello sia migliore o più innovativo; piuttosto, è rilevante capire se le soluzioni proposte, e le narrative che le sorreggono, sono coerenti con i sistemi in essere e i loro fabbisogni di cambiamento. La Lombardia ha storicamente delle cure primarie più deboli rispetto alla solidità del suo sistema ospedaliero, così come nelle sue ASL sono difficilmente rintracciabili alti potenziali manageriali per lo sviluppo delle cure primarie.

Pertanto, è stata adottata una innovazione «shock» che cerca di riformare radicalmente il settore, agendo prevalentemente sulle energie imprenditoriali di soggetti esterni alle ASL, come le cooperative di MMG o le società di servizio. Questo risulta coerente ad una regione che ha fatto della valorizzazione del privato, regolamentato e incentivato, una delle sue scelte qualificanti. D'altra parte, l'Emilia Romagna non poteva che valorizzare l'enorme investimento fatto negli scorsi anni nello strutturare i modelli organizzativi dei MMG, proponendone un ulteriore salto in avanti con le Case della Salute. Ha aggiunto alla robusta struttura organizzativa e manageriale disponibile una maggiore attenzione ai PDTA e alla capacità di monitorarli. Il sistema toscano, storicamente molto ancorato al senso della comunità, al coinvolgimento attivo dei cittadini, al controllo politico, ha individuato un modello capace di valorizzare questa sua caratterizzazione, proponendo un approccio molto basato sull'*empowerment* dei pazienti e delle reti sociali, in un'ottica di crescita individuale e di sistema, alla luce di valori condivisi. La coerenza è facilitata dalla forza delle caratterizzazioni delle regioni mature, che garantisce introduzione di innovazioni nel solco degli assetti e della cultura in essere. In sintesi, siamo davanti a tre soluzioni, operativamente non così dissimili, ma con grandi differenze nelle sottolineature, nelle soluzioni di governance e nella narrativa proposta; tutte sono coerenti con il proprio sistema sanitario e all'impronta di *policy* che lo caratterizza. Con il radicarsi delle tendenze federaliste dovremo sempre più spesso abituarci a queste traiettorie divergenti.

È interessante, infine, analizzare anche i principali punti di forza e di debolezza dei singoli sistemi e le lezioni che ognuno può apprendere dagli altri. La Lombardia ha concepito un modello, i CReG, molto robusto sul piano della metrica tecnica, della capacità di veicolare i PDTA e di monitorarli in maniera ingegnerizzata, con chiari obiettivi e incentivi. Debole è invece il livello di associazionismo e di imprenditorialità medica di partenza, che sta determinando dei problemi nell'effettiva attuazione della prima sperimentazione in cinque ASL. L'Emilia Romagna, all'opposto, presenta strutturate configurazioni organizzative per le cure primarie e per i servizi territoriali, dispone dei PDTA, ma è più debole nei loro meccanismi di monitoraggio e nella metrica per misurarli e rappresentarli. La Toscana ha condotto un approfondito lavoro di coinvolgimento e responsabilizzazione dei pazienti, di riflessione sulle figure professionali da utilizzare per i diversi stadi/fasi della patologia; però, è un poco più debole sui meccanismi manageriali di governo dell'intero processo, in parte vicariati da una relativamente forte dimensione valoriale a cui è legata la sua innovazione. La reciproca contaminazione dei modelli sarebbe positiva, con la possibilità, un giorno, di disporre di un sistema basato sulle forme strutturali di associazionismo dei MMG e di connessione con i servizi territoriali dell'Emilia-Romagna, sulle potenzialità di programmazione e controllo dei PDTA che garantiscono i CReG, sul lavoro di *empowerment* e di responsabilizzazione dei pazienti e della comu-

nità attivati in Toscana, alla luce di robusti e condivisi valori sociali. Per favorire queste contaminazioni è necessario attivare con più coraggio sistemi regionali di monitoraggio di queste innovazioni, pubblicandoli e rendendoli fruibili per un processo condiviso di discussione e apprendimento reciproco.

Bibliografia

- Agnello M., Bragato D., Merlino L. e Zocchetti C. (2011), «Una nuova proposta per la cronicità: i CReG», *Tendenze nuove*, 5, pp. 377-398
- Boerma W.G.W. (2006), «Coordination and Integration in European Primary Care», in Saltman R.B., Rico A. e Boerma W.G.W. eds, *Primary Care in the driver's seat?*, New York, Open University Press.
- Borgonovi E., Lecci F., Ricci A. e Salvatore D. (2011), «Strumenti di governo per la gestione delle patologie croniche in medicina generale» in Fondazione Farmafactoring, *Il Sistema sanitario in controluce. Rapporto 2011*, Milano, Franco Angeli.
- Calnan M., Hutten J. e Tiljak H. (2006), «The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface», in Saltman R.B., Rico A. and Boerma W.G.W., *Primary Care in the driver's seat ?*, New York, Open University Press.
- Compagni A., Tediosi F. e Tozzi V.D. (2010), «L'integrazione tra ospedale e territorio nelle aziende sanitarie» in Cantù E. (a cura di) *L'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2010*, Milano, EGEA.
- Francesconi P. (2011), «Sanità d'iniziativa, malattie croniche e diseguaglianze nella salute», Atti del workshop *Diseguaglianze nella salute e programmazione sanitaria*, Firenze, Settembre 2011.
- Francesconi P. e Barletta V. (2012), «L'implementazione del Chronic Care Model in Toscana», *Toscana Medica*, 1/12, pp. 33-35.
- Freeman G. (1985), «Priority given by doctors to continuity of care», *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 5 (6) pp. 423-426.
- Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K., Starfield B.H., Adair C.E. e McKendry R. (2003), «Continuity of care: a multidisciplinary review». *British Medical Journal*, 327, pp. 1219-21.
- ISTAT (2011), *Annuario Statistico Italiano 2011*, disponibile *on line* http://www3.istat.it/dati/catalogo/20111216_00/PDF/cap3.pdf.
- Regione Emilia Romagna (2011), «La programmazione delle Case della salute in Emilia Romagna – Report 2011», disponibile *on line* http://www.saluter.it/documentazione/rapporti/case_della_salute_ottobre2011.pdf/
- Renders C. G., Valk S., Griffin E., Wagner J., Van E. e Assendelft W. (2001), «Interventions to Improve the Management of Diabetes in Primary Care, Out-patient, and Community Settings», *Diabetes Care* 24(10), pp.1821-33.

- Tozzi V.D. (2010), «Le spinte al cambiamento dell'assistenza territoriale in Italia» in Corsalini E., Vendramini E. (a cura di) *Integrare la rete dei servizi territoriali: contenuti, forme e risultati delle best practices in Italia*, Milano, EGEA.
- Wagner E. H., Austin B. e Von Korff M. (1996), «Organizing Care for Patients with Chronic Illness» *The Milbank Quarterly* 74(4), pp. 511-44.
- Woo J. e Cockram C. (2000), Cost Estimates for Chronic Diseases, *Disease Management and Health Outcomes*, 8(1), pp. 29-41.