

VERBALE

"INTEGRATED SERVICES: ORGANIZATIONAL HEALTHCARE MODELS IN THE FRAMEWORK OF CHRONIC DISEASES"

26 e 27 MARZO 2018, Torino

26 MARZO

Il giorno 26 marzo alle ore 14 si è tenuta a Torino, presso la sede delle Regione Piemonte in Corso Regina Margherita, la prima sessione dell'evento organizzato da ProMIS e dal sottogruppo di lavoro sul tema "Promuovere il miglioramento continuo della qualità e l'erogazione dei servizi integrati", composto da 5 Regioni (Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Molise e Piemonte), dal titolo "Integrated services: organizational healthcare models in the framework of chronic diseases". La sessione "*Chronic diseases: European sustainable policies and challenge*", è stata coordinata da Renato Botti e ha visto la partecipazione di circa 130 persone.

Apri i lavori **Antonio Maritati** (Regione Veneto, Referente Coordinamento Generale ProMIS) che introduce il ruolo di ProMIS - quale rete che coinvolge tutte le Regioni italiane e il Ministero della salute con l'obiettivo di internazionalizzare i sistemi sanitari regionali - ed il riconoscimento ottenuto nella relazione consuntiva del Governo sulla partecipazione dell'Italia all'Unione Europea relativa al 2017 in cui il Programma Mattone viene definito un "modello di gestione d'avanguardia che agevola la redazione di progetti ad ampio respiro strategico, valorizzando metodologie e pratiche di formazione e lavoro di rete". Infine, sottolinea l'importanza dell'evento che ha lo scopo di creare un luogo di confronto sul tema dei servizi integrati nell'ambito delle malattie croniche attraverso la presentazione di strategie e politiche nazionali ed europee, nonché attraverso la condivisione di esperienze e buone pratiche nell'ambito dei modelli organizzativi per la cura delle malattie croniche.

La parola passa a **Renato Botti** (Direttore Generale Dipartimento Sanità, Regione Piemonte) che introduce le "Linee di indirizzo regionali per il recepimento del Piano nazionale cronicità", approvate nel settembre 2016. Si tratta di un sistema completamente nuovo per la cura delle malattie croniche, basato su percorsi personalizzati per i pazienti, sulle cure domiciliari e sullo sviluppo dell'assistenza territoriale; perciò nuovi ruoli, nuove funzioni e nuove attività. Partendo dalle domande "Quali obiettivi? Quali risorse? Quale metodologia?" è stato creato un modello bottom up di coinvolgimento dal basso e sono state individuate 4 aree pilota che rappresentano i diversi contesti organizzativi dove implementare il modello. Il gruppo di lavoro regionale analizza i fattori comuni delle 4 aree pilota e definisce i contenuti del Documento per la Risoluzione del Consiglio Regionale su come implementare il NPCD, identificando le linee di sviluppo e gli elementi di trasferibilità e/o scalabilità.

A seguire prende la parola **Marina Davoli** (Dipartimento di Epidemiologia, Regione Lazio e membro dell' Health Systems Performance Assessment Expert Group) che specifica come la cura integrata includa iniziative che intendono migliorare i risultati dell'assistenza superando i problemi di

frammentazione. Resta fondamentale una definizione esplicita dell'obiettivo della cura integrata in un contesto specifico, al fine di consentire una buona valutazione della prestazione. Il gruppo di esperti ha realizzato un report sulle cure integrate in cui si parla di misurazione delle performance riportando una panoramica dei trend e degli indicatori per la valutazione. È necessario definire degli indicatori specifici tenendo conto, però, che non c'è un unico approccio corretto da applicare in ogni sistema sanitario, perciò gli indicatori devono essere specifici per il modello sviluppato e non esiste un approccio che vada bene per tutti. Secondo Davoli, risulta necessario fornire agli Stati Membri un forum di scambio sull'uso delle valutazioni delle performance.

La parola passa, poi, a **Caroline Berchet** (OCSE) che introduce le due sfide principali dei paesi dell'OCSE: invecchiamento e multimorbilità. I paesi per poter cogliere questa doppia sfida devono concentrarsi doppiamente; l'importante è che i sistemi sanitari dell'OCSE utilizzino un approccio basato sul gioco di squadra creando team multidisciplinari (integrazione verticale ed orizzontale). Nei paesi dell'OCSE questo modello è già stato sviluppato (es: UTAp Italia). Fondamentale risulta la giusta allocazione dei ruoli professionali. È inoltre importante sviluppare modalità innovative di pagamento. Devono essere tenuti in considerazione, inoltre, i feedback sulla performance e, quindi, è necessario che l'infrastruttura informativa sia esattamente utilizzata e che il lavoro sia incentrato sulla persona, al fine di uniformare al meglio le infrastrutture nel futuro.

Per **Leo Lewis** (International Foundation for Integrated Care) la sfida è essere proattivi piuttosto che reattivi. La cura integrata è centrata sulle persone e sulla collaborazione e prevede un approccio preventivo e non restrittivo. Essa implica il coinvolgimento della comunità e il rafforzamento del paziente e la possibilità di fare scelte. Esistono vari modelli progettati per l'assistenza integrata di persone con condizioni croniche, tra cui i modelli individuali di cura, i modelli basati sulla popolazione e quelli specifici per gruppo e malattia. Per esempio, negli ultimi 10 anni i Paesi Bassi si sono approcciati alle cure integrate facendo dei passi da giganti. Il Galles ha appena lanciato un nuovo sistema di cure detto "cooperante", in cui si incoraggiano le comunità ad avere maggiore responsabilità nel prendersi cura di sé, tramite comportamenti e stili di vita più sani. Popolazioni diverse, coorti diverse hanno necessità di programmi diversi. Ha ribadito, infine, che è fondamentale promuovere l'innovazione, investire nel sostegno delle persone, ridisegnare il ruolo del personale e le loro responsabilità ed è necessario misurare i risultati in tutto il percorso soprattutto attraverso il supporto di strumenti digitali.

Alexia Zurkuhlen (HealthRegion CologneBonn & ECHAlliance), dopo aver mostrato la distribuzione per argomento dei vari commitment all'Eip aha, presenta 4 progetti di salute digitale in ambito di cure integrate. Il progetto Atlantic ha raggiunto importanti obiettivi tra cui progettare un nuovo modello di cura per i pazienti cronici ad alto rischio, la riprogettazione dei processi e dei ruoli di professionisti e pazienti, protocolli di coordinamento tra assistenza sociale e sanitaria, l'integrazione e/o l'interoperabilità tra sistemi di informazione sociale e sanitaria e piattaforme tecnologiche e la valutazione del nuovo modello di cura integrata. Il progetto Digital Diabetes first è un programma con l'obiettivo della sostenibilità finanziaria, mentre il progetto OBK_FAIRsorgt (focalizzato sul change management e non ancora finanziato) mira a cambiare i processi nelle zone rurali per le persone anziane che necessitano di cure costanti a casa. Infine, ha spiegato il progetto Airways il cui

obiettivo è portare avanti una collaborazione per percorsi di cura multisettoriali per le malattie croniche respiratorie.

La giornata si conclude con l'intervento di **Toni Dedeu** (AQUAS, Agency for Health Quality & Assessment) che illustra il sistema sanitario della catalogna. Tutti gli operatori sanitari in catalogna devono essere interoperabili. Lo scopo è combinare al meglio il servizio sanitario con quello sociale tramite 3 ministeri che lavorano insieme per promuovere e partecipare a un modello di assistenza sanitaria integrata e sociale basato su un'assistenza centrata sulla persona che sia in grado di dare risposte ai bisogni degli individui.

27 MARZO

La giornata del 27 marzo ha inizio alle ore 9 con la sessione *"Policies for Sustainable organizational healthcare models in the framework of chronic diseases in Italy"* coordinata da Antonio Maritati e ha visto la partecipazione di circa 120 persone.

Paola Pisanti (Ministero della Salute) introduce il tema della strategia nazionale nell'ambito delle malattie croniche. L'Italia è il primo Stato in EU a dotarsi di un piano sulla cronicità, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016. Il Piano è centrato sulla persona e come obiettivi ha quello di facilitare la terapia e l'effetto sulla quotidianità dei malati cronici. Il documento si compone di due parti: la prima recante gli indirizzi generali per la cronicità e la seconda che contiene approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici. Nella prima parte vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano, proposte alcune linee di intervento ed evidenziati i risultati attesi, attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Inoltre viene approfondita la parte relativa alla cronicità in età evolutiva. Nella seconda parte, il Piano individua un primo elenco di patologie croniche, per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatici specifici a livello nazionale, individuate attraverso criteri quali la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, la difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure.

La parola passa a **Flavia Carle** (Ministero della Salute) che introduce il Nuovo Sistema di Garanzia Nazionale e la valutazione dei percorsi di cura integrata. Secondo Carle, è evidente che gli obiettivi della valutazione dell'assistenza sono strettamente associati alle strategie e al sistema organizzativo del Paese in cui questa viene erogata. Nel Servizio Sanitario nazionale l'eguaglianza di tutti i cittadini nell'accesso ad un'assistenza sanitaria appropriata e di qualità è garantita attraverso un'azione di monitoraggio e valutazione concordata e sinergica tra lo Stato e le Regioni. Quest'azione è oggetto del "Patto per la salute": un accordo rinnovato periodicamente, che prevede che lo Stato attivi la valutazione in tutte le Regioni e fornisca il necessario supporto alle Regioni in cui vengono evidenziate situazioni critiche. Il sistema di valutazione deve quindi essere nazionale e misura qualità, appropriatezza, efficienza ed equità indipendentemente dalle differenze geo-demografiche e dalla eterogeneità dei modelli organizzativi presenti sul territorio nazionale, ma utilizza questa eterogeneità come una risorsa, in quanto essa rende disponibile una sorta di laboratorio naturale

dove il confronto dei risultati dell'applicazione di modelli organizzativi diversi fornisce informazioni importanti per il miglioramento dell'assistenza. Carle evidenza come il Nuovo Sistema di Garanzia Nazionale produrrà e pubblicherà annualmente i risultati della valutazione e individuerà gli aspetti critici clinici e organizzativi allo scopo di attivare sistemi di audit rivolti al miglioramento continuo della qualità, dell'appropriatezza e dell'utilizzo delle risorse economiche. Ogni anno, inoltre, il livello centrale e le Regioni individueranno un sottoinsieme di indicatori relativi ad obiettivi e aspetti critici da considerare prioritari e su cui quindi è necessario concentrare maggiori interventi. Attualmente è in fase di completamento l'aggiornamento del sistema di monitoraggio e valutazione dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in tutte le Regioni italiane, ovvero di quei servizi e interventi che sono necessari e appropriati. Il Nuovo Sistema di Garanzia Nazionale, considera le prestazioni erogate nei tre macro livelli di assistenza, prevenzione e assistenza collettiva, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera, individuando contemporaneamente quelle specifiche condizioni cliniche per cui la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza sono strettamente dipendenti dall'applicazione efficace ed efficiente di un sistema di cure integrato trasversale su questi livelli.

Successivamente, **Mario Braga** (AGENAS) spiega come la ratio sia quella di assicurare una migliore gestione della salute della popolazione, per superare il grado di frammentazione e verticalizzazione che caratterizza l'erogazione dei servizi sanitari di assistenza. Secondo Braga è essenziale programmare la cura della popolazione sull'intensità e il tipo di bisogni di assistenza e le preferenze personali degli individui malati. La stratificazione della popolazione viene eseguita con metodi diversi. Vi è una notevole diversità per quanto riguarda la portata e la qualità degli interventi e delle strategie sulle malattie croniche nelle Regioni o anche tra le autorità sanitarie locali all'interno delle Regioni stesse, con molte iniziative che tendono ad essere situate nel nord del paese. Inoltre, come in altri paesi, esiste una notevole frammentazione tra servizi sociali (comuni) e servizi sanitari (agenzie sanitarie locali).

La parola passa a **Simona Giampaoli** (ISS) che introduce la validazione dei Nuovi Modelli di Consegna della Telemedicina. Sottolinea come la telemedicina abbia molti potenziali vantaggi e possibili usi (ad es. migliorare la qualità, promuovere la sicurezza e ampliare l'accesso). Qualsiasi intervento o innovazione che fornisca assistenza in maniera più coordinata ed efficiente potrebbe essere di grande beneficio per le organizzazioni. Una considerazione politica chiave è come la telemedicina potrebbe figurare in nuovi modelli di consegna e pagamento dei servizi. Vengono individuati, pertanto, due possibili modelli: 1) Controllo remoto di dispositivi cardiaci impiantabili (pacemaker e defibrillatori) e; 2) Monitoraggio dell'insufficienza cardiaca congestizia. Lo scopo del controllo remoto dei dispositivi impiantabili è il rilevamento precoce dei problemi tecnici del dispositivo, la reazione precoce ai cambiamenti dello stato clinico del paziente e la riduzione delle visite ambulatoriali non necessarie con conseguente ottimizzazione dell'assegnazione delle risorse sanitarie. Per quanto riguarda l'insufficienza cardiaca congestizia, senza assistenza medica possono verificarsi scompenso e ospedalizzazione. La prima generazione di dispositivi di monitoraggio domiciliare per l'insufficienza cardiaca era relativamente semplice. Le apparecchiature di seconda generazione, invece, riflettono la stessa misura della valutazione dei sintomi ma vi è un'esperienza più interattiva per il paziente. Questi nuovi sistemi forniscono istruzione, feedback ai pazienti sui loro risultati, promemoria per il trattamento e l'appuntamento e una quantità limitata di consigli

sull'adattamento della terapia. Inoltre, secondo Giampaoli, è necessaria una stretta collaborazione del team multidisciplinare (personale ospedaliero, medici generici, infermieri, responsabile del caso). Infine, chiude sottolineando come gli ostacoli all'adozione della telemedicina includono ancora una mancanza di ricerca basata su prove, sostenibilità, mancanza di supporto del fornitore, rimborso, problemi etici, sulla privacy e sulla scalabilità.

Sabrina Nardi (Active Citizenship Network) illustra il ruolo delle associazioni di tutela dei pazienti e delle loro famiglie che si basa sull'implementazione e valutazione delle politiche della cronicità per concorrere al miglioramento della qualità dell'assistenza. Si tratta di un ruolo di anticipazione nella segnalazione di bisogni emergenti, uno stimolo alle istituzioni pubbliche a tutela dei diritti dei cittadini. I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) risultano efficaci, infatti, secondo l'analisi svolta da Cittadinanzattiva, quando l'informatizzazione e l'interoperabilità producono effetti per il cittadino, quali la riduzione degli oneri burocratici ed il superamento della funzione di mediatore e collante.

La sessione si conclude con l'intervento di **Lidia Gargiulo** (ISTAT) che spiega che l'Italia è uno dei paesi più longevi in Europa, ma le tendenze evolutive dell'invecchiamento della popolazione rappresentano una sfida per tutti i sistemi di welfare. Gli indicatori relativi alle condizioni di salute dichiarata indicano una maggiore fragilità dei nostri anziani rispetto agli altri paesi dell'Unione Europea, ma soprattutto per le età più avanzate. Gli anziani costituiscono comunque un universo molto variegato. In prospettiva le generazioni che man mano entrano nell'età anziana mostrano sempre maggiore consapevolezza nella tutela della propria salute, anche grazie alle strategie promosse (active aging). Le disuguaglianze geografiche e sociali nella salute degli anziani, congiuntamente al contesto familiare e alle reti di supporto, possono fornire indicazioni più mirate sui gruppi di popolazione più fragili su cui intervenire in modo prioritario. Sono indispensabili interventi e politiche di tipo integrato (sanitario e non) che coinvolgano tutto il sistema di welfare del nostro paese.

La sessione *"Best practices presentation at European level (projects and networks)"*, coordinata da Ursula Kirchmayer (Dep Lazio), si apre con l'intervento di **Oscar Bertetto** (Città della Salute e della Scienza di Torino) in cui illustra il funzionamento del Centro Accoglienza e Servizi (CAS) Piemonte che permette di garantire in modo coordinato, appropriato e tempestivo gli esami di diagnosi e stadiazione. La rete oncologica nasce come progetto sperimentale con una delibera della Regione Piemonte per due nuove modalità assistenziali: il Centro Accoglienza e Servizi ed i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC). Il P.D.T.A (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) è usato per definire, sulla base di raccomandazioni riconosciute e adattate al contesto locale, il migliore processo assistenziale per rispondere a specifici bisogni di salute.

La parola passa a **Danilo Fusco** (Dep Lazio) che illustra il monitoraggio e la promozione della qualità ed equità delle cure nel progetto PRe.Val.E.. Dopo aver illustrato i risultati del progetto evidenzia le sfide per il futuro, cioè la necessità di valutare attraverso dei modelli quale sia l'intervento che permetta il massimo miglioramento degli esiti.

Luca Merlino (Regione Lombardia) illustra il modello che si basa sulla valutazione dei comportamenti tracciati dagli assistiti in cui deve essere definito chi è titolare della presa in carico

e chi ha la responsabilità riconosciuta ed accettata di coordinare in modo efficace una tale complessità di organizzazione: il gestore della presa in carico. Il titolare e garante del nuovo modello organizzativo. Il gestore, può essere rappresentato da Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta aggregati in forme che abbiano personalità giuridica, enti accreditati ed a contratto con il SSR di tipo sanitario e socio sanitario.

Elena Berti (Regione Emilia Romagna) illustra la gestione della malattia cronica nel modello di organizzazione primaria regionale e, nello specifico, presenta RiskER, un modello predittivo utilizzato per identificare i pazienti ad alto rischio di ospedalizzazione e fragilità. Il modello, sviluppato con la Jefferson University, prevede che vengano mandati i profili di rischio ai medici, in seguito vengono attivati team professionali e viene eseguita una valutazione interdisciplinare (prevenzione, appropriatezza clinica e aderenza, educazione sanitaria), infine viene coinvolta la comunità (pazienti, caregivers, associazioni).

La parola passa a **Paolo Francesconi** (ARS Toscana) che spiega il modello di cura delle malattie croniche in Toscana. Il progetto Sanità di Iniziativa si è evoluto nell'adattamento dell'implementazione del Chronic Care e prevede nuovi target e nuovi modelli di presa in carico, quindi una nuova organizzazione delle cure primarie.

Cristina Bescos, invece, illustra il progetto Act@Scale che ha come obiettivo quello di scalare i programmi di cure integrate e di dimostrare come possono essere dispiegati con successo su larga scala nel mondo reale i benefici di CC & TH. Le regioni sanitarie stanno studiando il modo migliore per incorporare tali servizi nell'erogazione dell'assistenza e come scalare e incorporarli alla pratica standard. Lo scaling-up comprende la realizzazione dei servizi sostenibili, fornendoli a intere popolazioni e coinvolgendo pazienti e professionisti.

La parola passa a **Miguel Alborg** per spiegare Inca Project. Il servizio INCA può essere classificato come un organizzatore di assistenza in base ai bisogni delle persone allo scopo di migliorare i servizi sanitari attraverso un migliore coordinamento tra i diversi livelli dell'assistenza socio-sanitaria ed i diversi fornitori all'interno di ciascun livello. L'INCA vuole essere visto come un contributo all'introduzione - per la prima volta - di programmi integrati di assistenza e coaching di "prima implementazione" da parte di Regioni "early adopter" negli Stati membri o nei paesi associati.

Carlo Bruno Giorda (Regione Piemonte) introduce il tema della gestione integrata del diabete e della rete diabetologica in Piemonte specificando come si passi da un modello in cui il paziente è passivo ad uno in cui è attivo nel processo. Si tratta, dunque, di un'assistenza condivisa e concordata, basata sulla collaborazione tra due professionisti. Alla diagnosi e nelle fasi più complesse, o nei controlli periodici prestabiliti, sarà lo specialista a farsene maggiormente carico. Nelle fasi stabili della malattia sarà il medico di famiglia a eseguire i controlli periodici e a riaggiustare la terapia, prevedendo, comunque, che i due medici siano sempre in contatto, valutando gli stessi esami e scegliendo insieme le migliori soluzioni terapeutiche possibili. Il diabete di tipo 2 è una malattia complessa ed evolutiva che richiede un enorme impegno assistenziale soprattutto preventivo. I sistemi attuali mettono in evidenza difficoltà nelle applicazioni.

Conclude la giornata **Diego Conforti** (PAT) che presenta le Piattaforme basate sull'intelligenza artificiale a supporto della gestione delle malattie croniche. L'innovazione digitale può svolgere un

ruolo fondamentale nel trasformare la sanità in un sistema più efficiente e focalizzato sul paziente, in cui le persone possano avere accesso istantaneo alle proprie informazioni cliniche che permettano percorsi di cura partecipati e condotti in un rapporto medico-paziente sempre più integrato. Nell'ambito delle strategie della Provincia Autonoma di Trento in materia di sanità digitale, si colloca, infatti, lo sviluppo della piattaforma TreC basata sul concetto di Personal Health Record. Infine, Conforti, introduce l'evento-follow up che sarà organizzato dal ProMIS a Trento il 18 e 19 giugno 2018 dal titolo *"Artificial Intelligence and Chronic disease management"*. Il workshop partirà dai risultati discussi durante l'evento organizzato a Torino e affronterà il tema della sanità digitale e dei relativi aspetti annessi per la gestione delle malattie croniche.