

TOSCANA

La riorganizzazione dei modelli di gestione della cronicità: l'esempio della Toscana

A colloquio con **Daniela Matarrese**

Programmazione e organizzazione delle cure,

Regione Toscana

Quali sono i 'numeri' del diabete in Toscana e quali le principali criticità gestionali?

I pazienti affetti da diabete nella Regione Toscana sono circa 150.000, il 20% dei quali si sottopone a terapia insulinica.

Tra le principali criticità sicuramente la gestione del percorso e del follow-up (per esempio, far sì che i pazienti rispettino le scadenze temporali, garantire a tutti la disponibilità degli esami da effettuare nei tempi adeguati); la gestione delle complicanze (per esempio, il piede diabetico); l'aderenza alla terapia e la prevenzione delle complicanze secondarie e dei costi correlati (per esempio, ospedalizzazioni, invalidità, conseguenti ricadute economiche).

Quale ruolo ha, a suo avviso, la riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione ospedale-territorio rispetto a obiettivi di qualità di cura e efficiente impiego delle risorse disponibili nella gestione della patologia diabetica e delle ipoglicemie?

Per un adeguato aggiustamento della terapia diabetica, la pianificazione del follow-up e la prevenzione delle complicanze è fondamentale la collaborazione tra la medicina generale, che si occupa degli interventi preventivi e della gestione della terapia di base, e i centri diabetologici, che hanno il compito di erogare l'assistenza e la terapia di secondo livello.

La riorganizzazione delle cure primarie, in particolare l'implementazione della sanità d'iniziativa, è sicuramente uno strumento di aiuto per i medici di medicina generale per la corretta gestione dei pazienti.

I maggiori collegamenti con gli specialisti e i centri ospedalieri, resi possibili dal Chronic Care Model e da percorsi strutturati e omogenei ospedale-territorio, permettono inoltre una gestione integrata e precoce di eventuali aggravamenti o complicanze, garantendo un'assistenza efficace e completa.

La Toscana sta infatti implementando ormai da un po' un processo di trasformazione della rete territoriale. Ce ne descrive i principi ispiratori, gli obiettivi e i risultati raggiunti?

I principi ispiratori sono quello dell'efficacia delle cure, dell'efficienza nell'uso delle risorse, dell'appropriatezza, equità e qualità nei servizi erogati.

Gli obiettivi sono:

- l'aumento della qualità e dell'efficienza dei servizi territoriali, nonché dei volumi e della tipologia di interventi disponibili sul territorio, nell'ottica di una presa in carico complessiva e coordinata tra i vari professionisti coinvolti (MMG, infermieri, specialisti territoriali e ospedalieri);
- la riduzione del ricorso improprio all'ospedale per situazioni gestibili sul territorio o per riacutizzazioni evitabili di malattie croniche (sia per attività di ricovero che per accessi impropri al Pronto Soccorso);
- l'efficienza nell'uso di tutte le risorse, sia professionali sia finanziarie, a sostegno di una presa in carico globale del paziente, a partire dal territorio.

I risultati principali sono stati:

- la creazione di 115 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), composte da circa 25-30 medici di assistenza primaria, l'individuazione dei coordinatori di AFT e la realizzazione di un corso di formazione specifico per questi ultimi;
- l'introduzione della sanità d'iniziativa, grazie alla quale oltre il 40% della popolazione toscana è coperta dai moduli del Chronic Care Model, attivati dai MMG, per patologie quali lo scompenso cardiaco e il diabete mellito. Si prevede un ampliamento della copertura anche grazie alle AFT;
- gli accordi con la continuità assistenziale per la sperimentazione di un modello assistenziale 'H16' in alcune AFT;
- la creazione delle Case della Salute: in tutta la Regione ci sono ad oggi 34 Case della Salute aperte ma, dati i diversificati finanziamenti in corso, il loro numero tenderà a crescere in maniera sostanziale. Queste riuniscono diversi professionisti e vari servizi al loro interno (specialistica ambulatoriale, vaccinazioni, amministrazione, etc) per garantire una risposta integrata al cittadino;
- la creazione di posti letto di cure intermedie a bassa intensità di assistenza (letti extraospedalieri), con presenza infermieristica dedicata, in vari setting;
- la revisione dell'assistenza domiciliare: si parla di cure domiciliari per ricomprendere una molteplicità di erogazione di cure e servizi a domicilio del paziente.

Quali sono gli elementi più innovativi nella riorganizzazione dei modelli di gestione della cronicità?

Sicuramente il modello Stanford per aumentare l'empowerment del paziente. Questo modello è stato sperimentato in quattro Aziende UsI territoriali, con buoni risultati sia per i pazienti sia per i professionisti coinvolti, il modello mira ad aumentare la capacità di autogestione della patologia cronica da parte del paziente o del *caregiver*.

E poi il Chronic Care Model e la Sanità d'Iniziativa, di cui ho già parlato prima, e la creazione degli AFT e delle Unità Complesse di Cure Primarie o Case della salute.

In Toscana è in via di finalizzazione il progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera chiamato 4H. In che modo questo progetto si integra con il processo di riorganizzazione della rete territoriale?

Tutti e quattro gli ospedali sono organizzati e pensati secondo il modello dell'ospedale per intensità di cura, con livelli assistenziali graduali che richiedono un collegamento diretto e costante col territorio, soprattutto al momento della dimissione del paziente, ma anche per la corretta gestione dell'eventuale follow-up e al momento dell'ammissione.

L'intento è quello di condividere il più possibile le informazioni

sul paziente, garantendo l'adeguato setting di cura in base alla situazione clinica del soggetto.

Quando il progetto 4H sarà a regime, quali risultati si riusciranno a perseguire con riferimento specifico alla gestione delle patologie croniche?

L'obiettivo più importante che si vuole raggiungere è quello di integrare gli specialisti ospedalieri con quelli territoriali e la medicina di famiglia, creando percorsi strutturati e condivisi che permettano un approccio più semplice, lineare e omogeneo al paziente, senza perdite di risorse (tempo, prestazioni inadeguate o sovrapposte, mancata condivisione di informazioni). Il territorio dovrà poter ricorrere alle competenze ospedaliere anche con modalità nuove (per esempio, consulenze in telemedicina), per garantire la migliore soluzione ai problemi di salute dei pazienti cronici, con continuità e conformità. Tutto ciò dovrebbe comportare una riduzione delle ospedalizzazioni per riacutizzazioni che spesso determinano, oltre al consumo di risorse e discomfort per il paziente, anche un peggioramento delle condizioni in uscita, soprattutto per i pazienti più anziani (peggioramento dovuto alla ridotta mobilità durante il ricovero, alle sequele dell'evento acuto o a possibili complicanze legate al ricovero in sé); si migliora inoltre l'efficienza ospedaliera e si liberano risorse utilizzabili per altri servizi. ■ ML

Prevalenza del diabete per sesso e fasce di età. Elaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità di dati ISTAT 2013.

