

# Nuove prospettive di sviluppo per la sanità

RETI STRUTTURATE PER L'OFFERTA CLINICA INTEGRATA

Enrico Desideri  
*Commissario Siena, Grosseto, Arezzo*

# EVIDENZE

- ▶ Incremento “inesorabile” della cronicità (e del bisogno di salute) nella popolazione occidentale
  - ▶ andamento dei costi per età (classi di età)
  - ▶ riduzione (contemporanea) delle risorse
- ▶ Circa 85 % costi complessivi (Paesi OCSE) legati alla cronicità (50% dei quali connessi ai ricoveri ospedalieri)
- ▶ Tutti i modelli di presa in carico per le cronicità tendono a rafforzare le funzioni delle cure primarie ( per “cementare” la risposta continua e di prossimità) raccordandole in modo strutturato alle cure multi specialistiche, necessariamente, centralizzate.

Tali modelli sono associati a:

- ▶ miglioramento della qualità delle cure (indicatori *outcome*)
- ▶ Riduzione utilizzo di servizi (quindi dei costi)

(*Am. J. Manag. Care, 2013: review article*)

# Esperienze internazionali di population health management

## A. Kinzigstal Region

71.000 abitanti Sud Ovest Germania

- ▶ 33.000 abitanti seguiti dal 2006
- ▶ Provider: assicurazione no profit- network Mmg
- ▶ Pagamento in base al miglioramento degli indicatori di esito
  - ▶ tassi di morbilità/ morbidità
  - ▶ cadute/ fratture
  - ▶ aspettative di vita
  - ▶ ammessi alla residenzialità
  - ▶ ADR – DDR
  - ▶ costi (efficiency saving)
- ▶ Ampio sviluppo di servizi di Information Communication Technology:
  - ▶ comunicazione strutturata fra i professionisti
  - ▶ Sviluppo *Data analysis*

## B. Greater Manchester “Strategic Health and social Care”

in Partnership Board (con Local Authorities più Clinical Commissioning Groups + NHS): in vigore da aprile 2016

## c. Kaiser Permanente:

esempio più conosciuto di IDS  
opera in 9 Stati (incluso Washington)  
9 milioni di persone, 14.000 medici

## D. 3. Mayo Clinic: la più antica esperienza

...

# IN ITALIA

Hot points (in Italia e nei Paesi più sviluppati- Ocse, 2013)

- ▶ Tempi di attesa e presa in carico
- ▶ Ruolo piccoli ospedali (*a different approach to centralization*)
- ▶ Overtesting-medicina difensiva (stima costi 13 mld.)
- ▶ Digitalizzazione della sanità (*patients workflow management*)



giugno 2015: un panel di esperti (Rapporto OASI) per il governo della domanda

- ▶ Integrazione reti dell'offerta per il controllo costi

# IL MODELLO DI RIFERIMENTO

- ▶ Sistema di cure integrate basato sul nuovo ruolo delle cure primarie
- ▶ e sul loro raccordo strutturato con la specialistica di riferimento.

Tipo di integrazione:

1. Integrazione clinica
2. Integrazione professionale
3. Integrazione organizzativa (*clinical governance*)
4. Integrazione di sistema (nuovo ruolo del Distretto)

# OBIETTIVI

1. assicurare, per tutte le principali malattie croniche, le opportune **risposte di prossimità** (attraverso il proprio medico di famiglia) **raccordate con un adeguato expertise** (multi) specialistico necessariamente centralizzato c/o l'Ospedale della Zona di riferimento.
2. garantire alla popolazione di riferimento, all'interno della AFT (20/ 25 Mmg anche di Continuità assistenziale), percorsi assistenziali **personalizzati** per la prevenzione e la diagnosi precoce  
→ **GESTIONE PROATTIVA DELLA CRONICITA'**

# COME SI REALIZZA

1. In ogni Aft sono individuati Mmg “esperti” nella gestione di specifiche patologie, i quali svolgono attività (reciproca) di consulenza per gli altri colleghi (no ambulatori dedicati rivolti ai pazienti!)
2. in ogni area distrettuale vengono individuati gli specialisti di riferimento che, per le principali patologie, si interfacciano con il medico esperto
3. l’interlocuzione avviene attraverso mezzi vari, poco costosi e sicuri come: telerefertazione, teleconsulto, telefono, trasmissione su piattaforma web di dati, referti, immagini, telemonitoraggio pazienti a domicilio (da cui < gg di ricovero)
4. il medico specialista - considerato che nessuna tecnologia può sostituire lo scambio diretto – può visitare, ad es. c/o le Case della Salute -con i colleghi medici di famiglia- pazienti selezionati (spostando così sul territorio, lo scambio di opinioni tra medici).  
Da una parte, quindi, lo specialista nella disciplina specifica, dall’altra il Mmg dotato di una visione olistica (comprehensive health care)



# ELEMENTI ESSENZIALI

CENTRALE IL RUOLO DEL NUOVO DISTRETTO che diviene il principale garante facilitatore che assicura, attraverso la riorganizzazione del governo clinico del territorio:

- ▶ la piena integrazione fra Mmg e specialisti ospedalieri - anche per la dimissione sicura – soprattutto da reparti come medicina, geriatria, neurologia, ortopedia...) (Agenzia ospedale-territorio)
- ▶ l'organizzazione di team multiprofessionali (infermieri, assistenti sociali, Oss....) oltre i collaboratori di studio (per attività di prenotazione, front office... )
- ▶ lo sviluppo delle cure domiciliari ed intermedie



- ▶ monitoraggio e controllo di indicatori di processo e di esito di salute (cruscotto)
- ▶ valutazione della sostenibilità economica in relazione alla previsione della programmazione operativa (budgeting)

# PER OGNI DISTRETTO/ZONA

(50 - 150.000 abitanti)

## HOSPITAL

Specialisti di riferimento  
per patologie/percorsi

Neurologici



Cardiologici



Diabete



Respiratori



Oncologici



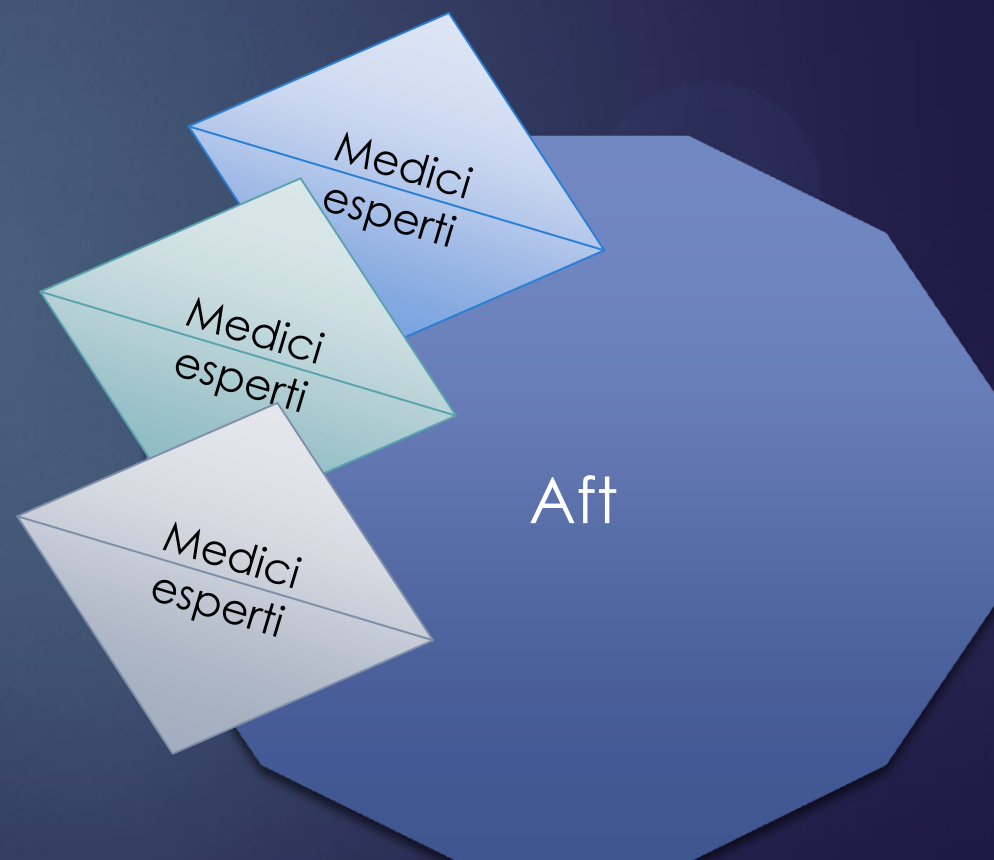
Palliativi



altri utili come  
la Salute Mentale...



## TERRITORIO



# LE RETI CLINICHE

**LE RETI CLINICHE STRUTTURATE RAPPRESENTANO  
UNO STRUMENTO EFFICACE PER RAZIONALIZZARE  
IL SISTEMA DELL'OFFERTA, OTTIMIZZARE E VALORIZZARE  
LE COMPETENZE DISPONIBILI, DIFFONDERE  
LE MIGLIORI PRATICHE, COINVOLGERE I PROFESSIONISTI  
UTILIZZANDO GLI STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO  
SCELTI SECONDO IL PRINCIPIO DEL VALORE  
PER I CITTADINI/PAZIENTI.**

# NELLE RETI CLINICHE inoltre:

- ▶ **Dove si prescrive si prenota** (c/o ospedale, Case della Salute, Studi medici...)
- ▶ Di norma, se è necessaria la visita specialistica, si adottano **agende dedicate**
- ▶ L'accesso agli accertamenti strumentali avviene per classi di priorità
- ▶ La relazione fra professionisti è di fiducia (comunità di pratica)
- ▶ Superamento delle “prestazioni di medicina difensiva” (es. diagnostica per immagini...)
- ▶ Monitoraggio dell'**aderenza alle terapie** e (l'altra faccia della medaglia) dell'overtreatment (solo per la fascia A: 1.250.000 cittadini italiani - ovvero 15% degli over 65- assumono > 10 molecole contemporaneamente)
  - ➔ *Adverse Drug Reactions e Drug Drug Reactions - in Italia - sono la 6° causa di ricovero*
- ▶ Piena sinergia con i Comuni per l'interazione socio sanitaria (in Toscana, L.R. 44/45-2014)



Quanto sopra si associa a:

- AUMENTO DELLA QUALITA' DELLE CURE (anche percepita)
- RIDUZIONE DEI COSTI

# Il ruolo strategico della comunicazione

- Alla base del modello è l'interazione tra i professionisti per l'integrazione clinica.
- Non è possibile pertanto prescindere da una corretta e ampia diffusione, coinvolgimento e formazione dei professionisti sul modello stesso.
- Non sono le esperienze individuali a rendere possibile il cambiamento ma i comportamenti collettivi.

Questi tre capisalti possono essere garantiti solo da un presidio sistematico della Comunicazione, la sola capace di dare il giusto valore e di radicare la visione strategica.