



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI
“MARCO FANNO”

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA INTERNAZIONALE
L-33 Classe delle lauree in SCIENZE ECONOMICHE

Tesi di laurea

L'evoluzione dell'assistenza socio-sanitaria territoriale in Veneto: le indicazioni
del Piano Socio-Sanitario 2012-2016

*The evolution of community social and health care in the Veneto Region of Italy:
the directions of 2012-2016 Veneto Social and Health Care Plan*

Relatore:

Prof. REBBA VINCENZO

Laureanda:

MIOR ANNA

Anno Accademico 2014-2015

Indice

Introduzione	3
---------------------------	----------

CAPITOLO 1 – ANALISI DELLA DOMANDA

1.1. Evoluzione dei bisogni in Italia	5
1.1.1. Invecchiamento della popolazione	5
1.1.2. Malattie cronico - degenerative	8
1.1.3. Nuova idea di salute	10
1.2. Strumenti di governo della domanda: orientamento e sostenibilità.....	10
1.2.1. Il ruolo della prevenzione	11
1.2.2. Promozione “healthy and active ageing”	13
1.2.3. “Empowerment” dei cittadini	14
1.3. La domanda di assistenza socio – sanitaria in Veneto	16

CAPITOLO 2 – ANALISI DELL'OFFERTA

2.1. Nuovi modelli di assistenza socio-sanitaria: continuità assistenziale.....	19
2.1.1. CCM – Chronic Care Model.....	20
2.1.2. PDTA – Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali	23
2.1.3. PAI – Piano Assistenziale Individualizzato.....	24
2.2. La nuova assistenza territoriale delle Cure Primarie	25
2.2.1. Il nuovo ruolo del medico: i vantaggi della medicina di gruppo.....	26
2.2.2. AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie	27
2.3 L’evoluzione dell’offerta socio-sanitaria in Veneto.....	29

CAPITOLO 3 – LO SVILUPPO DI UN NUOVO MODELLO SOCIO-SANITARIO IN VENETO: IL NUOVO RAPPORTO TRA OSPEDALE E TERRITORIO

3.1. Il disegno del PSSR 2012-2016: obiettivi.....	31
3.2. Evoluzione dell’assistenza ospedaliera: Ospedali hub e spoke e reti cliniche integrate	32

3.3. Evoluzione delle Cure Primarie: filiera dell'assistenza territoriale.....	34
3.3.1. AFT e UCCP: da UTAP- Unità Territoriale di assistenza primaria – a MGI – Medicina di Gruppo Integrata	35
3.3.2. COT – Centrali Operative Territoriali.....	37
3.3.3. Strutture intermedie.....	38
3.3.4 Mappatura del territorio: ACG – Adjusted Clinical Groups.....	39
Conclusioni.....	41
Riferimenti Bibliografici.....	43

Introduzione

Negli anni recenti, la crescente complessità ed eterogeneità della popolazione, causata soprattutto da cambiamenti demografici e socio-economici, ha posto le fondamenta per la realizzazione di rinnovamento del Sistema Sanitario Nazionale in Italia.

Al fine di rendere realizzabile il progetto, il Sistema Sanitario viene analizzato a livello regionale, studiandone la realtà, le problematiche e la riorganizzazione della Medicina del Territorio.

Il Piano Socio-Sanitario Regionale del Veneto 2012-2016, approvato con L.R. 23/2012, risponde alla necessità di far fronte a un sistema di bisogni sempre più ampio e complesso, sia dal lato della domanda sia dal lato dell'offerta sanitaria.

L'obiettivo del Piano consiste nel definire nuove modalità di gestione delle Cure Primarie: da un'idea di medicina di famiglia, basata sul tradizionale rapporto medico-paziente, riesce a svilupparsi un'idea di medicina integrata, fondata sul contributo di più professionisti, quali medici, specialisti, infermieri. Innovazione, efficienza e continuità delle cure diventano gli ideali in grado di indirizzare l'erogazione dei servizi d'assistenza verso un costante miglioramento.

A un cambiamento della domanda e delle esigenze sanitarie ne deriva un adeguamento dell'offerta in termini di prestazioni e di sostenibilità economica e finanziaria.

Verranno in primo luogo analizzate le ragioni che hanno stimolato l'evolversi della domanda sanitaria, dal progressivo modificarsi del contesto sociale al grado di orientamento della domanda stessa, con un'attenzione particolare alla domanda di assistenza socio-sanitaria in Veneto.

Di seguito, verranno descritte le principali modalità di gestione e offerta del servizio sanitario e le loro evoluzioni verso i nuovi modelli di assistenza.

Infine, il caso pratico del Piano Socio-Sanitario del Veneto 2012-2016 metterà in luce il riequilibrio del rapporto ospedale – territorio: un connubio perfetto tra i bisogni della domanda e le necessità dell'offerta, realizzato attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale e la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera.

Capitolo 1

ANALISI DELLA DOMANDA

1.1. Evoluzione dei bisogni in Italia

La definizione dei bisogni deve essere sempre contestualizzata rispetto al luogo e alle caratteristiche della popolazione. In quanto tali, i bisogni rappresentano le esigenze di una comunità o di un singolo individuo e possono essere classificati in base al loro grado di importanza: dai bisogni primari, legati soprattutto ad aspetti fisiologici, ai bisogni secondari di carattere sociale e psicologico.

Negli anni, in tutto il mondo si è assistito a una progressiva diversificazione dei bisogni umani a livello quantitativo e a livello qualitativo: la causa di tale evoluzione risiede nelle caratteristiche, altrettanto mutevoli e complesse, della società di riferimento.

La domanda di assistenza socio-sanitaria è diventata sempre più esigente, personalizzata e non pienamente soddisfatta; il sistema sanitario deve pertanto essere rimodellato e plasmato per venire incontro ai nuovi bisogni (Fondazione Sicurezza in Sanità, 2013).

Di seguito, saranno riportati i principali fattori che hanno stimolato il cambiamento dei bisogni e delle necessità della popolazione in Italia, prendendo come riferimento elaborazioni dei dati Istat.

1.1.1. Invecchiamento della popolazione

E' ormai noto come lo sviluppo di nuovi stili di vita abbia aumentato nel tempo il benessere generale della comunità. La conseguenza di tale benessere si è riversata nel quadro demografico della popolazione, sempre più anziana e con un'aspettativa di vita sempre più alta.

Dai dati Istat degli ultimi anni è stato registrato un incremento delle persone anziane in Italia, e tale fenomeno è stato rafforzato dalla diminuzione del numero di nascite annuali.

Al 1° gennaio 2015, l'età media della popolazione supera in Italia i 44 anni. La percentuale di popolazione per fasce di età è distribuita come segue: 13,8% fino a 14 anni di età, 64,4% dai 15 ai 64 anni e 21,7% dai 65 anni e più (Istat, 2015). La percentuale di persone con 65 anni e

più, se confrontata ad anni precedenti, è quella che ha subito il cambiamento più rilevante, passando da una percentuale del 19% nel 2003 a un 21,2% nel 2013 (www.tuttaitalia.it).

Inoltre, dall'analisi di previsioni demografiche per i prossimi anni, l'innalzamento dell'età media e la presenza di persone ultra sessantacinquenni sono fenomeni che interesseranno tutte le regioni d'Italia, così come la riduzione del numero di giovani.

Tabella 1.1.

Popolazione per grandi classi di età e ripartizione geografica – scenario centrale e intervalli di variazione. Anni 2011, 2030 e 2065, dati al 1° gennaio, in milioni

	2011			2030			2065		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e più
Nord-ovest	2,2	10,5	3,5	2,2 (2,0 ; 2,4)	10,5 (10,3 ; 10,7)	4,6 (4,4 ; 4,7)	2,3 (1,7 ; 2,9)	9,8 (8,6 ; 10,8)	5,5 (4,8 ; 6,0)
Nord-est	1,6	7,6	2,5	1,7 (1,5 ; 1,8)	7,9 (7,8 ; 8,1)	3,3 (3,2 ; 3,4)	1,8 (1,4 ; 2,3)	7,7 (6,8 ; 8,6)	4,3 (3,8 ; 4,7)
Centro	1,6	7,8	2,6	1,6 (1,5 ; 1,7)	8,0 (7,9 ; 8,2)	3,4 (3,2 ; 3,5)	1,7 (1,3 ; 2,1)	7,4 (6,5 ; 8,2)	4,2 (3,7 ; 4,7)
Sud	2,1	9,5	2,5	1,7 (1,6 ; 1,8)	8,4 (8,3 ; 8,5)	3,6 (3,4 ; 3,7)	1,3 (1,0 ; 1,6)	5,8 (5,3 ; 6,4)	4,1 (3,6 ; 4,6)
Isole	1,0	4,5	1,3	0,8 (0,8 ; 0,9)	4,0 (4,0 ; 4,0)	1,7 (1,7 ; 1,8)	0,6 (0,5 ; 0,8)	2,9 (2,6 ; 3,1)	1,9 (1,7 ; 2,2)
Italia	8,5	39,8	12,3	8,0 (7,4 ; 8,6)	38,9 (38,3 ; 39,4)	16,6 (15,9 ; 17,2)	7,8 (5,9 ; 9,7)	33,5 (29,8 ; 37,2)	20,0 (17,7 ; 22,3)

Tratto da: *Istat, 2011. Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065.*

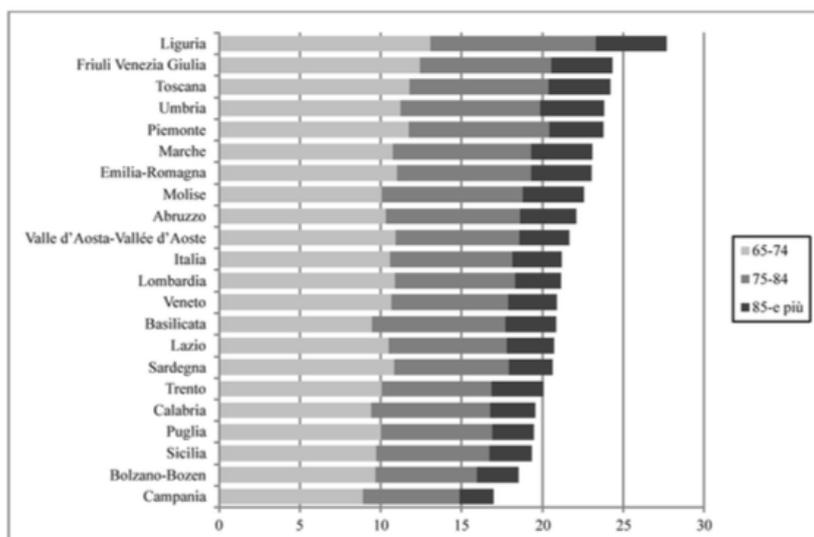
Come è possibile osservare dalla Tabella 1.1., il numero di giovani tra gli zero e i quattordici anni subirà un brusco calo. Caso emblematico è quello delle regioni del Sud Italia e delle Isole, in cui i giovani nella fascia di età compresa tra i 0-14 anni passeranno da 2,1 milioni del 2011 ai 1,3 milioni previsti per il 2065 nel Sud. Inoltre, è possibile notare come la quota di persone in età compresa dai sessantacinque anni e più aumenterà in maniera progressiva in tutte le regioni, fino a raggiungere un totale di 20 milioni di persone nel 2065.

Persone in età compresa tra i quindici e i sessantaquattro anni, invece, subiranno una diminuzione che secondo le stime passerà da 39,8 milioni di persone nel 2011 a 33,5 nel 2065.

La conclusione di tali disposizioni è che l'Italia diventerà un Paese sempre più vecchio, con una crescita della speranza di vita sia alla nascita che a sessantacinque anni e con un innalzamento dell'età media.

Grafico 1.1.

Quota (per 100) di popolazione di 65 anni ed oltre per classe di età e regione - Anno 2013



Elaborazioni su dati Istat disponibili su Demografia in cifre. Anno 2014. Tratto da: Rapporto Osservasalute 2014.

Il Grafico 1.1. descrive invece la distribuzione della popolazione anziana nelle regioni Italiane nel 2013, facendo una distinzione per fasce di età comprese tra 65 e 74 anni, tra 74 e 84 anni e da 85 e più anni.

In quasi tutte le Regioni d'Italia, la percentuale di persone con oltre 65 anni supera il 20% della popolazione totale residente: la quota maggiore viene registrata nella Regione Liguria, in cui la percentuale di over 65 raggiunge circa il 27%. La Liguria viene così classificata come la "Regione più longeva d'Italia".

La percentuale minima di anziani è presente invece in Campania, con una quota totale di anziani pari al 17%.

Analizzando la situazione nel dettaglio, le persone di età compresa tra i 65-74 anni rappresentano la maggioranza rispetto alle altre due fasce d'età, con una percentuale che supera il 10% di presenze in tutte le Regioni, esclusa la Campania e altre Regioni del Sud (Rapporto Osservasalute 2014).

Le stime, che prevedono una popolazione di età media sempre più elevata, sono avvalorate anche dalla presenza di un tasso di natalità in diminuzione.

Il rapporto tra persone in età attiva e persone anziane è in costante crescita, e tale squilibrio è destinato ad aumentare. A gennaio 2014, l'indice di dipendenza, ossia il rapporto tra

popolazione residente in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione residente attiva, è pari al 54,6% (Noi-Italia, Istat, data di consultazione 2015).

Sempre nel 2014, l'indice di vecchiaia è pari a 154,1: sono presenti 154,1 anziani ogni 100 giovani.

Il fenomeno delle migrazioni è decisivo per la crescita demografica: sono in numero sempre minore le donne italiane in età feconda e le cittadine straniere stanno in parte colmando tale mancanza. Come rilevano i dati riportati dall'Istat a novembre 2014, i bambini iscritti in anagrafe per nascita nel 2013 sono 514.308, circa 20 mila in meno rispetto all'anno precedente (Istat, 2014).

La presenza della popolazione straniera all'interno delle dinamiche del Paese è un elemento determinante per garantire un positivo bilancio demografico: è previsto che gli stranieri aumentino in modo esponenziale, con una previsione che oscilla tra i 7,3 milioni di stranieri nel 2020 e 9,5 milioni nel 2030 (Istat, 2011).

La presenza di una società multietnica e l'insorgere di nuove e croniche patologie rappresentano degli elementi precursori per lo sviluppo di nuove forme di assistenza sanitaria.

1.1.2. Malattie cronico - degenerative

I bisogni sanitari e sociali sono legati allo sviluppo di malattie croniche e alle conseguenze che ne derivano: le patologie assumono caratteristiche complesse e il paziente diventa sempre più fragile. La cronicità esige un trattamento attento, costante, specialistico e meno urgente rispetto alle malattie di tipo infettivo.

Come conseguenza dell'invecchiamento, le patologie cronico-degenerative interessano soprattutto le persone anziane, con frequenza maggiore tra le persone ultra-settantacinquenni, raggiungendo un'incidenza su tali soggetti pari all'86,4 %. I soggetti compresi tra i 55-59, invece, sono interessati da patologie cronico-degenerative per una quota pari al 55% (Istat, 2013). Tuttavia, dagli studi elaborati dall'Istat, emerge che le donne, in particolare dopo i 44 anni, sono i soggetti più esposti al rischio di contrarre malattie croniche.

Tra le patologie con un indice di frequenza in aumento bisogna menzionare i tumori maligni, il diabete, le demenze senili e la depressione, diretta conseguenza della crisi economica (Istat, 2014).

Rispetto ad anni precedenti, è aumentata la percentuale sia di persone affette da almeno una patologia cronica grave sia di persone anziane esposte al rischio di contrarre malattie, come illustra la Tabella 1.2.

Tabella 1.2.

Persone con almeno una malattia cronica grave o con tre o più malattie croniche per sesso e classe di età media Settembre - Dicembre 2005 e anno 2012

CLASSI DI ETÀ	Almeno una malattia cronica grave (a)					
	2005			2012 (b)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0-13	1,4	0,8	1,1	1,1	1,4	1,2
14-24	1,8	2,0	1,9	1,9	2,3	2,1
25-34	2,4	2,7	2,5	2,6	3,4	3,0
35-44	4,4	3,8	4,1	4,5	4,9	4,7
45-54	10,2	8,7	9,4	10,1	9,2	9,6
55-64	24,2	18,7	21,4	23,6	18,8	21,2
65-69	35,6	28,8	32,0	35,8	28,1	31,7
70-74	41,2	34,2	37,3	43,1	34,4	38,5
75 e più	55,1	47,3	50,2	57,0	51,1	53,3
Totale	13,3	13,3	13,3	14,6	15,0	14,8
Totale standardizzato	15,9	13,2	14,6	16,0	13,9	14,9

Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari

(a) Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; emorragia cerebrale; bronchite cronica; enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; alzheimer; demenze. (b) Dati provvisori.

Tratto da: *Istat, 2014. Rapporto annuale 2014, Capitolo 4. Tendenze demografiche e trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema del welfare*

La cronicità, che molto spesso deriva dall'adozione di stili di vita non salubri quali l'uso del tabacco, una cattiva alimentazione o l'inattività fisica aumenta il grado di non-autosufficienza della persona stessa. Le malattie croniche, infatti, oltre a essere permanenti, sono in grado di sviluppare un tasso di disabilità variabile e rappresentano una delle principali cause di marginalità sociale.

Un indice importante per descrivere la situazione di non autonomia è l'indice di dipendenza strutturale degli anziani, un rapporto tra le persone di oltre 65 anni e le persone in età dai 15 ai 64. Anche tale indice, secondo gli studi dell'Istat, è in aumento da una percentuale odierna del 30,9% a una percentuale di 59,7% nel 2065: è previsto che i soggetti affetti da disabilità aumentino in modo proporzionale rispetto alla popolazione stessa (Istat, 2011).

Da tali presupposti, l'obiettivo fondamentale del rinnovamento del sistema sanitario nel territorio risiede nell'individuare interventi personalizzati che facilitino il paziente: interventi che assicurino l'autosufficienza e la qualità della vita a livello psicofisico e relazionale.

1.1.3. Nuova idea di salute

Cambia la società, cambiano i valori e le idee; anche il concetto di salute cambia, andando a toccare la sfera emotiva e non più solo fisica dell'individuo.

Fino a non molto tempo fa, infatti, il concetto di salute era basato sul semplice significato di "assenza di malattia"; ora, esso assume un significato più ampio. La salute rappresenta uno stato di benessere completo e generale della persona, un benessere di carattere sociale e mentale, e non solo fisico (Bertin G., 2015).

Una visione di questo tipo ha costretto la medicina a ripensare alla sua organizzazione, da sempre dedita alla diagnosi e alla ricerca contro le malattie.

Subentra una nuova prospettiva di promozione e prevenzione della salute, a interesse di tutti. Uno "stare-bene" di cui ciascun individuo, nel proprio piccolo, deve essere consapevole.

Il concetto di salute nel tempo si è evoluto a causa delle caratteristiche sociali e demografiche della popolazione, quali cambiamenti negli stili di vita, l'invecchiamento e l'aumento delle malattie croniche.

Il "benessere" generale dell'individuo diventa l'obiettivo cardine da raggiungere, realizzabile attraverso interventi di orientamento e di governo della domanda sanitaria (Rebba, 2015).

1.2. Strumenti di governo della domanda: orientamento e sostenibilità

La crisi economica ha messo a dura prova la stabilità delle famiglie italiane e il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale.

Per affrontarla, all'interno del sistema sanitario si è sviluppato il concetto di ottimizzazione delle risorse e di sostenibilità in termini finanziari ed economici.

La spesa sanitaria è sostenibile a livello economico quando il valore dei servizi offerti è superiore al costo-opportunità; in questo modo, c'è la garanzia di costo-efficacia della maggior spesa sanitaria. La sostenibilità finanziaria, invece, consiste nell'avere risorse sufficienti per garantire un'assistenza sanitaria a tutti i cittadini (Rebba, 2015).

I servizi sanitari pubblici sono portatori del concetto di equità e universalismo; essi sono nati con lo scopo di garantire ai cittadini lo stesso tipo di assistenza.

Negli ultimi anni la spesa sanitaria, in Italia e in altri Paesi, ha subito un rapido processo di crescita soprattutto per due principali motivi: l'invecchiamento della popolazione e

l'introduzione delle tecnologie diagnostiche e farmaci più costosi.

La sfida per il sistema sanitario consiste nel mantenere nel tempo l'equilibrio tra sostenibilità finanziaria ed equità nell'erogazione dei servizi: “dare il giusto a tutti anziché il tutto a pochi” tramite il criterio dell'appropriatezza.

La sostenibilità non deve però essere intesa solo in termini economici. Essa deve anche considerare il rinnovamento della *governance* del sistema sanitario: deve esserci un vero e proprio investimento sulla qualità del personale, capace di gestire al meglio le risorse tecniche ed economiche (Regione del Veneto. Comitato Regionale per la Bioetica, 2014).

In tempi di crisi, si è manifestato anche il problema del finanziamento del sistema sanitario pubblico, compensato in parte dall'imposizione di ticket sulla diagnostica e farmaceutica e dallo sviluppo di assicurazioni private (Rebba, 2015).

Rispetto agli altri Paesi europei, l'Italia è uno dei Paesi che investe meno in sanità pubblica, a tal punto che la spesa ammonta a 110 miliardi di euro (circa il 7% del PIL).

La spesa pro-capite in Italia ammonta a 1800 euro. Tali dati appaiono molto bassi se confrontati a Paesi come Francia e Germania, che spendono oltre 3000 dollari pro-capite. (www.noi-italia/istat.it).

Per rendere sostenibile il sistema sanitario, oltre a investire sulle risorse, la strategia di rinnovamento dell'assistenza sanitaria prevede in primo luogo l'intervento diretto sulla domanda di assistenza: pensare a strumenti in grado di orientare la domanda e renderla appropriata all'offerta, evitando così sprechi, inefficienze e rispondendo subito ai particolari bisogni dei pazienti (Rebba, 2015).

1.2.1. Il ruolo della prevenzione

Si dice spesso che “prevenire è meglio che curare”. Un concetto simile può essere applicato anche alla riorganizzazione della medicina.

Strumenti di prevenzione, infatti, possono garantire maggiori risparmi strutturali, oltre che un aumento di efficienza e benefici per i pazienti: il risultato si manifesta in un'eliminazione di sprechi, costi e in un'ottimizzazione delle competenze del personale.

Per prevenire, è fondamentale agire dal basso, ossia dalla domanda di assistenza sanitaria, e gli interventi, anche se rivolti all'intera popolazione o a gruppi specifici a maggior rischio, mantengono sempre lo stesso obiettivo: indirizzare i pazienti verso le soluzioni più adeguate e radicare in ognuno la responsabilità nell'adottare stili di vita più corretti.

Di importante riferimento per la prevenzione risulta essere il “Piano Nazionale prevenzione

2014-2018”, approvato con Intesa Stato-Regioni n.156 del 13 novembre 2014. Tra le priorità di intervento del Piano, l’attenzione si sofferma su cinque principali aspetti: la riduzione del carico di malattia nella popolazione, l’investimento sul benessere dei giovani, la conferma delle già sviluppate pratiche preventive, l’attenzione a gruppi fragili della popolazione e la considerazione dell’individuo nella sua globalità e nel proprio ambiente di vita (Regione del Veneto, 2014. *Piano Nazionale della Prevenzione, 2014-2015*).

Proprio perché esistono diverse priorità e obiettivi di intervento, si possono distinguere anche distinte tipologie di prevenzione, che si differenziano a seconda dello stadio o della gravità della malattia.

La prevenzione primaria è quella più comune, basata sull’adozione di comportamenti in grado di ridurre i rischi di contrarre malattie. All’interno di questo gruppo, rientrano anche l’attività di promozione della salute e gli incentivi per migliorare i propri stili di vita.

Tra modalità utilizzate di prevenzione primaria, un’attenzione particolare deve essere rivolta alla strategia del *nudging*, che letteralmente in Italiano si traduce con “spinta gentile”.

Il *nudging* è uno strumento che lega i comportamenti dell’individuo all’ambiente fisico e sociale in cui si trova. L’ambiente circostante influenza i comportamenti umani: se cambia l’ambiente, cambiano i comportamenti.

Gli interventi del *nudging* possono riguardare moltissimi ambiti, quali il fumo, l’alimentazione o l’attività fisica. Per citare un esempio, un ottimo metodo di *nudging* potrebbe essere quello di promuovere un maggiore utilizzo delle biciclette in città attraverso sistemi di noleggio.

Tuttavia, poiché alcuni cambiamenti ambientali possono risultare costosi, il problema principale di questa nuova strategia risiede proprio nel metterli in atto (Rebba, 2012).

Il secondo tipo di prevenzione è la prevenzione secondaria, basata principalmente sull’individuazione dei rischi e sulla diagnosi precoce di una patologia. Il vantaggio principale del secondo tipo di prevenzione consiste nel migliorare l’efficacia di una potenziale cura partendo già da una approfondita conoscenza della malattia.

Infine, la prevenzione terziaria è legata soprattutto alla gestione delle complicanze della malattia, quali la probabilità che essa diventi recidiva.

Non bisogna dimenticare che la prevenzione, oltre a essere uno strumento utile per la medicina, è soprattutto legata ad aspetti comportamentali dell’individuo. Assumono un ruolo rilevante i comportamenti quotidiani, individuali, dedotti dalle preferenze e dalla volontà dell’individuo stesso. Le scelte di tutti i giorni devono essere responsabili, mature e consapevoli, a tal punto che ogni cittadino deve essere in grado di autoregolare il proprio stato di salute. Agendo in tale modo, verrebbero meno pressioni e sprechi di risorse per il sistema

sanitario e l'investire in prevenzione potrebbe essere un ottimo punto di partenza per garantirne la sostenibilità (Rapporto Osservasalute 2014).

Un programma nazionale, approvato nel 2007 con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, che ha come obiettivo il potenziamento della prevenzione e il monitoraggio delle malattie croniche prende il nome di “Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari”.

Si tratta di un programma che ingloba al proprio interno attività di comunicazione per stimolare i cittadini e renderli responsabili della propria salute, promuovendo la prevenzione e l'adozione di stili di vita salutari, come avviene nella filosofia dell' *healthy and active ageing*.

1.2.2. *Promozione “healthy and active ageing”*

Con il termine *healthy and active ageing* si intende letteralmente “invecchiamento attivo e in salute”.

Il fondamento che sta alla base di tale concetto risiede nella considerazione e nell'importanza che, all'interno di una società, è necessario dare alle persone anziane, viste non più solo come portatrici di costi e bisogni bensì come portatrici di risorse per lo sviluppo.

Riflettere sul ruolo degli anziani nella società e sulle loro potenzialità è un ottimo punto di partenza per promuovere la strategia dell'*active ageing*.

L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento dell'età media, infatti, hanno creato uno squilibrio tra la presenza di popolazione adulta attiva e la presenza di anziani, incrementando le pressioni socio-sanitarie per il Paese.

La strategia dell' “invecchiare in modo attivo e in salute” è promossa già da diversi anni dall'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, e sembra essere una buona soluzione per indirizzare la domanda sanitaria nel corretto modo. L'essere “attivo” per la persona anziana non si riferisce solo al mantenimento di un proprio benessere fisico e mentale (la capacità di essere attivi e in buona salute), bensì a una partecipazione e a un contributo sociale attivo all'interno di una comunità.

L'iniziativa dell'*active ageing* rappresenta un'opportunità per riflettere sul fenomeno dell'invecchiamento e su una ottimizzazione delle risorse di cui dispone, ossia gli anziani, migliorandone la qualità della vita, la sicurezza, le opportunità di salute e il loro grado di autosufficienza. Molto diffusi stanno diventando i casi in cui l'anziano decide di dedicarsi ad attività sportive o ricreative per incrementare il proprio stato di autosufficienza e per stimolare il proprio benessere psichico.

Come già citato, l'*active ageing* implica una partecipazione dell'anziano all'interno della società, tramite l'adozione di uno stile di vita in grado di valorizzarne capacità e conoscenze. Tale aspetto si riversa soprattutto nel mondo del lavoro e sul tipo di professione svolta, in cui il grado di "soddisfazione" dell'anziano gioca un ruolo importante. Una persona che svolge una professione di carattere intellettuale piuttosto che manuale tenderà a prolungare la propria attività lavorativa: oltre a tenere attiva la mente, infatti, l'anziano potrà fornire prova delle sue conoscenze. In questo modo, è possibile evitare il problema dell' "emarginazione sociale", promuovendo la collaborazione e la partecipazione dell'anziano con la comunità.

L'investimento sulla qualità della vita degli anziani può migliorare la sostenibilità della spesa sanitaria; tuttavia, c'è il rischio che tale strategia riduca il grado di produttività delle imprese e il cambio generazionale con i giovani nel mondo del lavoro (Istituto Superiore di Sanità, 2012); (Scafato E., Galluzzo L., 2015).

1.2.3. "Empowerment" dei cittadini

La comunicazione tra paziente e professionista sanitario è fondamentale per garantire un più appropriato metodo di assistenza.

Il termine *empowerment* non presenta ancora un'adeguata traduzione in italiano. Tuttavia, esso viene adottato in ambito sanitario per descrivere una situazione di coinvolgimento e di partecipazione attiva ed educativa del paziente durante le decisioni nel percorso di cura. Per darne una definizione generica, l'*empowerment* indica un processo di crescita che può riguardare la sfera psicologica-individuale oltre che sociale e culturale dell'individuo.

La persona e i suoi bisogni rappresentano il fulcro dell'*empowerment*: un paziente *empowered* è informato, consapevole delle sue scelte; è in grado di comunicare con il medico, di essere partecipe, e di capire quali possano essere le possibilità di cura più adeguate per migliorare il proprio benessere, avendo le informazioni utili e il controllo sulle decisioni cliniche.

Questo coinvolgimento del cittadino serve a dargli una sorta di responsabilità nel "governare la domanda sanitaria", partecipando alla spesa e prestando attenzione alla quantità e alla qualità dei servizi erogati. Egli, infatti, può essere libero di esprimersi sulla cura o sulla scelta del professionista cui rivolgersi.

Nel tempo il ruolo del paziente ha subito un'evoluzione nel suo significato: è passato dall'essere una figura passiva, in grado solo di ricevere informazioni dai professionisti sanitari, all'essere una figura attiva in grado di elaborarle, dividerle, esprimendo le proprie preferenze così da discutere su opzioni di trattamento, valutando rischi e finalità. Si verifica

quella che viene definita una “scelta condivisa” tra medico e paziente.

L'*empowerment*, infatti, riguarda anche gli operatori garanti delle prestazioni sanitarie; ed è proprio qui che la comunicazione tra le due parti diventa un ottimo strumento di valutazione e orientamento delle attività. Una sorta di scambio reciproco e attivo tra paziente e operatore. Da una parte, si presenta la partecipazione, le preferenze e la soddisfazione del paziente, dall'altra la volontà da parte dell'operatore di condividere informazioni sulle possibili terapie da attuare e la volontà di ottenere una più accurata visione dei bisogni (Agenas, 2010); (Regione del Veneto. Comitato Regionale per la Bioetica, 2014).

1.3. La domanda di assistenza socio – sanitaria in Veneto

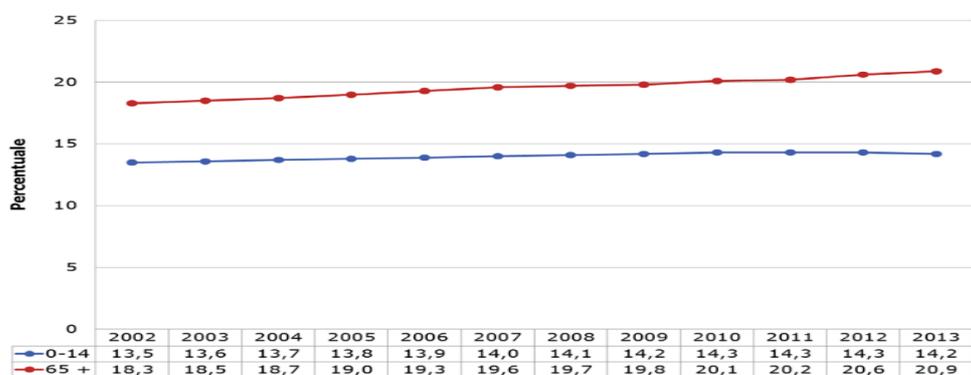
L'analisi della popolazione e le strategie di orientamento della domanda esposte nei paragrafi precedenti vengono applicate e analizzate nello specifico anche per la regione Veneto.

I dati che descrivono al meglio lo scenario socio-demografico e la spesa per il Servizio Socio Sanitario Regionale sono contenuti nella *Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto* del 2014, relativa agli anni 2012-2013, a cura della Giunta Regionale del Veneto.

Un primo aspetto da analizzare riguarda la popolazione anziana e l'aumento dell'età media che, come nel resto dell'Italia, hanno subito un considerevole aumento in Veneto. La conseguenza dell'invecchiamento si manifesta anche nella Regione con la presenza di un forte squilibrio generazionale tra persone anziane e giovani.

L'evoluzione e il trend di crescita della popolazione anziana e giovanile, che nel corso degli anni ha interessato la regione Veneto, viene descritta dalla Figura 1.1. .

Figura 1.1. *Percentuale di popolazione delle fasce 0-14 anni e 65 e più anni. Veneto, anni 2002-2013*



Tratto da: *Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto, anno 2014*

Come dimostra la Figura 1.1., lo squilibrio tra persone anziane e giovani resta un problema: il totale di giovani presenti in Veneto nel 2013 raggiunge solo la quota del 14,2% rispetto al totale degli anziani con più di 65 anni, che raggiungono una quota totale del 20,9% nel 2013. Tuttavia, la popolazione in Veneto continua a crescere grazie alla presenza di un saldo migratorio sempre positivo, che garantisce nel complesso un costante aumento della popolazione nel territorio e che riesce in parte a colmare il saldo naturale della regione (ossia il numero dei nati sottratto al numero dei morti). Gli stranieri residenti, infatti, nel 2013

rappresentano circa il 10% della popolazione totale in Veneto, con una presenza consistente nelle Aziende ULSS dell'Ovest Vicentino e di Verona.

La maggior parte della popolazione residente si riversa nelle province di Verona, Padova, Vicenza, Treviso e Venezia. In tali province, prendendo come riferimento le Aziende ULSS, la maggiore percentuale di popolazione anziana oltre il 65 anni si trova nella zona Veneziana e nella provincia di Belluno e Rovigo.

Un altro importante aspetto da considerare è l'indice di dipendenza degli anziani in Veneto, ossia una stima di quanto ammonta l'onere sociale ed economico che una persona anziana esercita in rapporto alla popolazione attiva e lavorativa (età compresa tra i 15 e i 64 anni). Dal 2002 al 2013 tale indice ha subito un incremento di circa 7,5 punti percentuali, passando dal 46,6% al 54% (Regione del Veneto. Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto, 2014).

Per quanto riguarda il quadro epidemiologico della regione Veneto, si registra come nel resto dell'Italia un aumento delle malattie cronico-degenerative. Di questo si occupa soprattutto il SER, Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto, che fornisce i dati di mortalità e delle malattie croniche prevalenti nella Regione (Regione del Veneto, 2013. SER).

Le principali malattie croniche che sono presenti nella Regione e che è doveroso citare sono: le malattie cardiovascolari, le patologie oncologiche quali il tumore al colon retto o alla mammella per le donne, il diabete mellito di tipo 2 (causato soprattutto dagli stili di vita e dall'avanzamento dell'età), le demenze sensili e la BPCO, ossia la broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Le malattie del sistema circolatorio, nel periodo tra il 2007 e il 2011, hanno causato circa 7.000 decessi all'anno per gli uomini e 9.000 per le donne. Tra le malattie circolatorie vengono citate come sottogruppi le cardiopatie ischemiche, che hanno registrato nel periodo 2007-2011 un numero totale di decessi all'anno pari a circa 6.000 individui.

Nonostante il numero totale di decessi causato da cardiopatie ischemiche sia diminuito tra il 2007 e il 2011, esse rappresentano ancora una delle principali cause di morte per le persone con oltre 85 anni, soprattutto di sesso femminile.

Le malattie cerebrovascolari (per esempio l'ictus) sono un altro esempio di malattia che testimonia come le donne siano i soggetti più colpiti, rispetto agli uomini, delle malattie circolatorie: nella fascia di età tra 65 e 74 anni, il numero di decessi totale tra uomini e donne è stabile circa allo stesso livello. A seguito, tra i 75 e 84 anni e dagli 85 anni e oltre, l'incidenza della malattia cambia drasticamente tra uomini e donne: nel periodo 2007-2011,

per le donne con oltre 85 anni si sono registrati 7.189 decessi contro i 2.858 per gli uomini della stessa fascia di età.

Altri tipi di patologie che interessano soprattutto le donne sono da ricercare nelle demenze senili e nei disturbi psichici, che nel 2012 hanno registrato in Veneto un numero di decessi pari a 1345 per le donne e 610 per gli uomini.

La principale causa di morte per gli uomini è rappresentata invece dai tumori. In particolare, hanno una forte incidenza il tumore al polmone, il tumore al colon e retto, il tumore al fegato e alla prostata.

Il tumore alla mammella per le donne ha causato invece ancora circa mille decessi all'anno nel 2012, con una forte prevalenza nelle donne tra i 45 e i 64 anni.

E' interessante notare come la mortalità per tumore in uomini e donne fino a trent'anni risulti circa allo stesso livello; poi, nelle fasce di età successive, la mortalità è maggiore tra gli uomini, soprattutto tra i 75 e 84 anni.

Per esempio, il tumore maligno della trachea, dei bronchi e del polmone, tra il 2007 e il 2011, ha provocato 3.989 negli uomini tra 75 e 84 anni e 1.306 decessi per le donne nella stessa fascia di età. Il totale dei decessi per tumore nell'anno 2011 in Veneto ammonta a 7.803 per gli uomini e 6.341 per le donne.

Da considerare sono anche le malattie croniche delle basse vie respiratorie, come la bronchite cronica o la BPCO, che raggiunge una frequenza massima nei soggetti maschili tra i 75 e gli 84 anni.

Infine, il diabete di tipo 2 è causato soprattutto dall'adozione di stili di vita non sani, dall'invecchiamento e dalle abitudini alimentari. All'aumentare dell'età e a seconda del sesso, infatti, aumenta anche la presenza di casi di diabete: la malattia si manifesta soprattutto nei soggetti maschi tra i 65 e i 74 anni di età (il numero dei decessi nel periodo tra 2007 e 2011 ha raggiunto 672, circa la metà per le donne con 317). Tuttavia, a partire dagli 85 anni e più, la presenza della malattia diventa più frequente nelle donne anziché negli uomini.

Visti i cambiamenti demografici ed epidemiologici della popolazione in Veneto, lo studio della domanda di assistenza socio-sanitaria rappresenta un punto di partenza per l'intervento e il rinnovamento dell'offerta sanitaria.

Capitolo 2

ANALISI DELL'OFFERTA

2.1. Nuovi modelli di assistenza socio-sanitaria: continuità assistenziale

Come già esposto nel capitolo precedente, i cambiamenti demografici, sociali ed economici, hanno costretto il Sistema Sanitario Nazionale a ripensare ai propri servizi e alle procedure di assistenza sanitaria.

Negli ultimi anni, il sistema sanitario pubblico ha subito le pressioni di una domanda di assistenza continuativa (*long term care*) sempre più crescente; garantire i LEA, ossia i Livelli Essenziali di Assistenza, è diventato un problema anche in termini di risorse.

L'attenzione negli ultimi anni si è spostata sulla riorganizzazione della Medicina del Territorio, con lo scopo di mettere in atto un potenziamento della continuità assistenziale e l'integrazione tra "sociale" e "sanitario". Una sfida di questo tipo prevede come strumento cardine il miglioramento nell'assistenza delle Cure Primarie sul territorio, attuate dai medici di base, ma pur sempre mantenendo la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni.

Garantire una continuità assistenziale significa garantire una copertura totale al paziente nell'arco della giornata, con medici e servizi sempre reperibili (Rebba, 2015); (Ceccarelli A., et al., 2009); (Ghiotto M.C., 2007).

Il modello di *Disease Management*, attraverso gli strumenti del CCM – *Chronic Care Model* e del LTC – *Long Term Care Model*, serve a coordinare e migliorare il rapporto con il paziente affetto da patologia cronica, stimolandone l'interesse per la tutela del proprio stato di salute.

Si sviluppano percorsi diagnostici e terapeutici personalizzati al caso del paziente; si sviluppa l'idea di integrazione tra sociale-sanitario tramite la stabilità dell'assistenza domiciliare, una rete integrata di servizi e una rete extra-ospedaliera più diffusa nel territorio. Garantire la centralità del paziente e la sua soddisfazione è un aspetto su cui basare nuovi modelli per la promozione della salute e per il miglioramento dell'assistenza di base, che deve agire secondo una logica di "continuità delle cure".

Di seguito, verranno delineate le principali caratteristiche di nuovi modelli di assistenza socio-sanitaria in Italia incentrati sul paziente e sulla selezione della domanda sanitaria, al fine di monitorarne le esigenze e i bisogni più urgenti.

2.1.1. CCM – Chronic Care Model

Un percorso di cura centrato sul paziente e sulla gestione della patologia cronica che lo interessa richiede collaborazioni e lavori di tipo interprofessionale tra operatori sanitari: all'interno dell'approccio integrato di *Disease Management*, tutti i componenti del sistema assistenziale svolgono interventi mirati verso obiettivi comuni e condivisi.

Il *Disease Management* è una strategia suddivisa per fasi, in cui pazienti e loro bisogni vengono contestualizzati, valutati e posti al centro dell'attenzione al fine di sviluppare un preciso piano di cura e monitoraggio delle terapie. In tale strategia *patient-centered*, uno degli obiettivi è anche quello di educare il paziente e renderlo consapevole e responsabile del proprio stato di salute (Noto G. et al., 2011).

Una terapia, per essere davvero efficace e per essere classificata secondo la sua complessità, deve considerare gli aspetti clinici e sociali della persona. Per tale ragione, il paziente non può essere considerato all'interno di un gruppo, ma deve essere considerato nella sua individualità, seguito secondo le sue specifiche esigenze e necessità, soprattutto nel caso in cui il soggetto stesso si ritrovi a dover combattere contro più patologie croniche.

Uno strumento importante che permette di inquadrare l'avanzamento della patologia cronica e il conseguente percorso di cura è rappresentato dal Triangolo di stratificazione del rischio, in cui vengono considerati non solo parametri clinici ma anche la possibilità del paziente di adottare programmi di *self care*. Il risultato si manifesta in un piano di cura personalizzato e appropriato al caso singolo del paziente (Noto G. et al., 2011).

Il livello base, o livello 1 del Triangolo di suddivisione del rischio, è il livello della prevenzione e promozione della salute, in cui i pazienti possono diventare partecipi e attivi nel decidere il percorso di cura più adatto, prevenendo la progressione della malattia.

Il secondo livello è quello relativo al *Disease e Care Management* in cui la gestione del paziente diventa proattiva, specifica e multidisciplinare.

Infine, il terzo livello del Triangolo del rischio riguarda i pazienti affetti da più patologie croniche che richiedono un'assistenza complessa e continua. Da tale situazione, si sviluppa il *case management*, in cui un operatore di riferimento gestisce in maniera globale e prende in carico il caso (Noto G. et al., 2011).

Il modello del *Chronic Care* ha preso forma per la prima volta a partire dal 1996 per opera dei ricercatori del MacColl Institute for Healthcare Innovation (Seattle, USA). Il principio cardine alla base del modello si identifica nella volontà di gestire i malati cronici, garantendo loro qualificati e appropriati percorsi assistenziali nel territorio: un'assistenza proattiva, pianificata, che presta attenzione all'individualità del singolo paziente.

All'interno del CCM agiscono un *team* di operatori sanitari (medici, infermieri, operatori di supporto) specializzati nella gestione delle terapie, che collaborano tra loro attraverso registri di patologia e tecnologie informative di supporto per la raccolta dei dati clinici dei pazienti (Brusaferro S. et al, 2012). Vengono realizzati percorsi di cura specifici per scompenso cardiaco, diabete, ipertensione e per la broncopneumopatia cronico ostruttiva.

Per organizzare e migliorare i percorsi assistenziali dei pazienti, la strategia del CCM è strutturata secondo sei fondamentali aree di intervento: il supporto all'autogestione; le risorse comunitarie; l'organizzazione dell'assistenza; il disegno del sistema di erogazione; il supporto ai processi decisionali e il sistema informativo clinico (Brusaferro S. et al, 2012).

1. Il supporto all'autogestione si concentra sulla figura del paziente, attraverso una sua continua partecipazione al processo decisionale. Il fine è quello di rendere il paziente autonomo e responsabile nel gestire il proprio stato di salute. Un esempio di attività di autogestione della malattia da parte del paziente può essere rilevata nell'adozione di particolari diete, utilizzo appropriato di farmaci e corretto esercizio fisico.

Il tutto viene promosso dalla presenza di un'attenta educazione sanitaria, mirata a dare risposta alle preoccupazioni del paziente stesso e a intervenire su comportamenti e stili di vita (Brusaferro S. et al, 2012). L'autogestione è in grado di fornire un miglioramento non solo alla qualità dei vita del paziente, ma incide molto anche sull'efficienza dell'intero percorso, evitando sprechi di risorse e di servizi (Noto G. et al., 2011).

2. Le risorse comunitarie servono a sviluppare interventi in grado di incontrare i bisogni dei pazienti, dando loro la possibilità di partecipare a programmi sociali e di stabilire collegamenti con gruppi di volontariato o centri per anziani autogestiti.
3. L'organizzazione dell'assistenza deve essere realizzata in sicurezza e con strumenti di qualità al fine di assicurarne un progressivo miglioramento: per gestire le malattie croniche, infatti, devono essere chiari gli obiettivi da raggiungere, i risultati raggiunti e l'allocazione ottima delle risorse disponibili.
4. Allo stesso tempo, l'erogazione dei servizi viene armonizzata con l'organizzazione del personale sanitario di assistenza, che deve essere efficace, efficiente, con ruoli definiti all'interno del *team* e di facile individuazione per il paziente. La suddivisione dei compiti all'interno del *team* garantisce la continuità delle cure per il paziente cronico e permette un'integrazione di più professionalità.
5. Anche il supporto ai processi decisionali ha come protagonista il paziente che, oltre ad essere incoraggiato nella partecipazione al processo decisionale, possiede delle preferenze da ascoltare e valutare. Al paziente vengono sempre garantite delle linee

guida da seguire, aggiornate per gestire una possibile co-morbidity.

6. Infine, l'organizzazione del sistema informativo permette di raccogliere, ordinare i dati clinici relativi ai pazienti e di condividere informazioni tra pazienti e professionisti. I registri di patologia, per esempio, servono a dare una pianificazione adeguata per una cura personalizzata del paziente, oltre che *feedback* report per la valutazione delle *performance*.

Il modello di assistenza CCM rappresenta quindi una valida soluzione nel territorio per approcciarsi in modo pianificato e sistemico alle malattie croniche: il CCM permette di operare con modalità appropriate, specifiche al caso del paziente e integrate tramite la collaborazione e il contributo di più professionisti sanitari (Brusaferro S. et al, 2012).

Un approccio proattivo, coordinato, in cui personale sanitario e pazienti collaborano per definire le linee guida e le preferenze del percorso assistenziale. Attraverso tale strategia, i pazienti sono sempre informati e supportati nel processo di autocura, raggiungendo poi un migliore stato di salute: ogni paziente possiede un percorso assistenziale personalizzato realizzabile a livello territoriale (a domicilio o in ambulatorio).

La gestione delle malattie croniche tramite il *Chronic Care Model* viene affrontata non solo a livello clinico, ma anche a livello psicosociale, coinvolgendo così, in un'ottica multidimensionale, i vari aspetti di vita del paziente. L'esito del piano di intervento viene valutato da tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura, sia medici sia pazienti, e si basa su valutazioni e risultati intermedi ottenuti in periodi prolungati. Da una parte c'è un paziente informato, attivo, dall'altra un *team* di professionisti integrato, preparato e proattivo (Regione Emilia Romagna, 2013)

A differenza del *Disease Management*, il CCM si sofferma quindi su tutte le variabili che fanno parte di un percorso di cura per malati cronici a lungo termine: dal personale sanitario, con il suo assetto organizzativo e informativo, alle risorse della comunità per affrontare i bisogni complessi e per favorire l'*empowerment* (Noto G. et al., 2011).

Dal *Chronic Care Model* derivano strumenti quali i PDTA – Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e i PAI – Percorsi Assistenziali Individualizzati.

2.1.2. PDTA – Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

Nella vita di tutti i giorni le persone possono essere esposte al rischio di contrarre malattie; in una società come quella contemporanea, l'assistenza sanitaria deve rispondere a bisogni specifici al contesto locale.

Per gestire la domanda sanitaria e l'organizzazione delle terapie, negli ultimi tempi sono stati introdotti i PDTA, ossia i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, per ottimizzare l'intero percorso di assistenza per il paziente.

Dai servizi forniti in ospedale ai servizi domiciliari, dalla diagnosi alla terapia, infatti, il paziente si ritrova a dover percorrere un *iter* di assistenza circondato da diversi professionisti. Il termine “percorso” nella sigla PDTA si riferisce proprio al percorso di cura del paziente, dal momento in cui diventa consapevole della malattia e dalla diagnosi fino alla terapia.

Con gli altri termini “diagnostico”, “terapeutico” e “assistenziale”, si vuole fare riferimento alle diverse fasi di gestione del paziente, che deve essere assistito con costanza e continuità da figure professionali sanitarie; esse a loro volta devono interagire tra loro per conoscere le caratteristiche dei pazienti. Ogni professionista sanitario possiede delle competenze specifiche e un proprio ruolo: entrambi gli aspetti garantiscono l'appropriatezza della prestazione rispetto al caso clinico. I risultati ottenuti devono essere sottoposti a valutazioni per dimostrare la verifica di un potenziale miglioramento.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 530 del 15 aprile 2014, l'obiettivo diventa quello di migliorare la gestione e l'organizzazione dei PDTA nella Regione per garantire un'integrazione sempre più forte tra servizi sanitari e servizi sociali. In ogni fase del percorso, infatti, devono essere chiari gli strumenti, le modalità in cui viene eseguita l'attività e il ruolo dello specialista responsabile: in questo modo, se le risorse sono sufficientemente disponibili e ben utilizzate, il PDTA prosegue in modo sequenziale da ospedale a territorio, o da medico di medicina generale a specialista.

La legge numero 38 del 2010 (Ministero della Salute) riguarda le “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”. Essa si fonda sui principi di equità e centralità del paziente, di cui deve esserne tutelata la dignità e l'autonomia.

Il concetto di PDTA è implicitamente contenuto all'interno della definizione di “cure palliative” e “terapia del dolore”. Le prime fanno riferimento all' “insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare”; la seconda si riferisce all' “insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie

farmacologiche”, che hanno il compito di “elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici”. Un esempio di attuazione di PDTA è contenuto nell’Allegato A alla DGR n. 206 del 24 febbraio 2015 della Regione Veneto; tale allegato, riguarda il PDTA per la gestione della Bronco – Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).

Il primo aspetto che viene analizzato riguarda le caratteristiche della malattia e le motivazioni per cui essa necessita di essere affrontata tramite PDTA. Si tratta di una patologia che interessa una rilevante quota della popolazione in Veneto, soprattutto in età al di sopra dei 45 anni.

Studiare quindi le caratteristiche della malattia, i relativi rischi, l’incidenza sulla popolazione e i risultati di cura è un metodo per ottenere un miglioramento della prestazione sanitaria tramite PDTA. Di seguito, l’attenzione si sofferma sul possibile percorso di cura da effettuare a seconda della gravità della malattia sia in ambulatorio, in cui agiscono medici di medicina generale e infermieri, sia in ospedale, in cui si verifica una collaborazione tra MMG e specialista ospedaliero.

I PDTA rappresentano un esempio di continuità nelle cure e integrazione tra più figure professionali; un esempio che si sofferma non solo su un singolo episodio di cura, ma su una catena sempre meno frammentata che riguarda l’intero processo di cura.

2.1.3. PAI – Piano Assistenziale Individualizzato

Utilizzando come punti di riferimento servizi quali i PDTA o CCM, negli ultimi anni in Veneto e altre Regioni Italiane si stanno sviluppando i PAI – Percorsi Assistenziali Individualizzati (Allegato B alla Dgr n. 2372 del 29 dicembre 2011 e Bur n. 71 del 20 settembre 2011).

I PAI partono dall’idea base di personalizzare il percorso di cura, e non definirlo solo per gruppi di patologie, come avviene per i PDTA. Tali Piani Assistenziali sono infatti rivolti a quei pazienti, nella maggior parte dei casi anziani, portatori di più patologie croniche diverse tra loro: personalizzare vuol dire considerare la persona nella propria individualità, con tutte le sue varianti. Ecco dunque che il percorso di cura suddiviso per categorie (per esempio il percorso di cura per il diabete) non deve più essere generalizzato ma plasmato e reso complementare alle altre patologie che possono interessare il soggetto, evitando di creare una risposta uguale e standard a tutti. Tale approccio permette una gestione più vicina, centrale e sensibile al paziente, alla conoscenza approfondita dei suoi aspetti di vita e al suo benessere, che devono essere sempre monitorati e aggiornati. A persone diverse corrispondono percorsi e

piani di cura diversi.

I PAI sono composti da cinque fasi: raccolta dati; identificazione del problema; formulazione di obiettivi; pianificazione e attuazione degli interventi; valutazione finale. Una volta raccolti i dati principali del paziente, quali aspetti personali e di salute, vengono identificati i problemi e i conseguenti obiettivi da raggiungere.

Tuttavia, esistono problemi con priorità diverse, motivo per il quale deve essere prestata maggiore attenzione e pronto intervento ai problemi più urgenti.

Nella fase di pianificazione degli interventi le soluzioni da attuare devono essere adeguate e conformi alle priorità personali e alle risorse disponibili. Gli interventi possono assumere varie forme, ecco perché all'interno del percorso è importante che ciascun membro dell'équipe assistenziale sia ben preparato e pronto all'intervento.

Infine, c'è la fase di valutazione finale: essa consiste in un'attenta analisi delle qualità, delle modalità con cui l'obiettivo prefissato è stato o meno raggiunto e del grado di soddisfazione dell'ospite durante il percorso. Tutti gli operatori nelle varie fasi del processo diventano quindi responsabili per il raggiungimento dell'obiettivo finale (Roffia R. et al., 2010).

2.2. La nuova assistenza territoriale delle Cure Primarie

Il potenziamento delle Cure Primarie prevede una riorganizzazione a livello verticale, ossia tra ospedale e territorio, ma anche e soprattutto a livello orizzontale, ossia tra gruppi di medici di medicina generale che collaborano tra loro.

Il medico di famiglia, prima isolato e in stretto rapporto di fiducia con il paziente, ora rientra all'interno di un team multi-professionale di specialisti e infermieri, in grado di garantire una continuità assistenziale nell'arco di ventiquattro ore e un collegamento con l'ospedale.

Anche nel caso di rinnovamento "orizzontale", infatti, assume ruolo importante il concetto di continuità delle cure e di integrazione tra sociale e sanitario. La nuova assistenza territoriale si fonda su strutture sanitarie con alle proprie radici associazioni di Medici di Medicina Generale, che possono assumere varie forme (Ceccarelli A. et al., 2009); (Ghiotto M.C. et al., 2006).

2.2.1. *Il nuovo ruolo del medico: i vantaggi della medicina di gruppo*

Il ruolo del medico negli ultimi anni ha subito una modifica, causata dalla necessità di adeguare il sistema di assistenza primaria ai cambiamenti della domanda sanitaria. I concetti di “integrazione” e adeguamento dei servizi sanitari alle esigenze della popolazione, cui è stato fatto spesso riferimento, riguardano anche la figura del medico nel territorio e le sue responsabilità nei confronti del paziente.

La tradizionale attività del medico, basata su un rapporto individuale e personale con il paziente, è stata sostituita da varie forme di associazioni e collaborazioni tra medici abilitati a gestire le Cure Primarie. Il fine dell’associazionismo consiste nella necessità di garantire una maggiore efficacia ed efficienza delle prestazioni, oltre che di stimolare l’interazione tra varie figure professionali disposte a confrontarsi tra loro.

Tuttavia, nonostante varie forme di associazionismo, il Medico di Medicina Generale rappresenta ancora un punto di riferimento nel territorio di sua competenza, ed è in grado di garantire continuità e individualità nel rapporto con il proprio paziente (Ghiotto M. et al., 2007, 2006).

Tra le forme di associazionismo medico riconosciute negli ultimi anni si ricorda la medicina in associazione semplice, la medicina in rete e la medicina di gruppo (Ceccarelli A. et al., 2009). Le caratteristiche e i vantaggi che accomunano le varie forme di *team* tra medici possono essere riassunti in una continuità nel garantire i servizi sanitari e in uno scambio continuo e informale di informazioni tra i membri del *team*. Tale scambio di informazioni permette infatti di gestire in modo congiunto un paziente, qualora il suo medico di riferimento non sia presente.

Inoltre, parlando a livello economico, l’associazionismo tra medici permette di allocare e sfruttare le risorse disponibili, dividendo le spese di gestione degli ambulatori e i relativi costi (Ceccarelli A. et al., 2009). Tutte queste forme di associazione sono state introdotte dall’ACN del 2000 (d.p.r. 270/2000). Vengono di seguito citate le più importanti:

- L’associazione semplice è costituita da medici associati (da un minimo di tre a un massimo di dieci), che mantengono allo stesso tempo l’attività presso i propri ambulatori e non sono quindi vincolati in un’unica sede. I medici collaborano tra loro per confrontarsi tra loro in merito alle terapie da adottare.
- La medicina in rete permette una condivisione e un collegamento tra medici tramite supporti informatici e software compatibili. In questo modo, è possibile condividere e accedere alle cartelle cliniche elettroniche relative ai pazienti degli altri medici facenti

parte del gruppo. L'utilizzo di strumenti informatici permette inoltre di mettersi in contatto con i centri di cura e prenotazione delle ASL per i pazienti.

- La medicina di gruppo si fonda su un'unica sede di medici con la presenza aggiuntiva di personale infermieristico e di segreteria. La condivisione di informazioni sugli assistiti tramite strumenti informatici avviene nelle stesse modalità della medicina in rete.

2.2.2. AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) - (ACN Luglio 2009 e L. Balduzzi n. 189/2012) - sono la rappresentazione di un'integrazione tra le attività di un gruppo di Medici di Medicina Generale (MMG) convenzionati e Specialisti ambulatoriali, e coordinate da uno dei membri stessi. Le AFT, in quanto strutture mono-professionali di medici, hanno il compito di tutelare, garantire la salute della popolazione di riferimento e conseguire determinati obiettivi di salute.

La struttura è una sorta di punto di ritrovo a livello regionale per ciascun distretto e per ciascun medico; una struttura portatrice di obiettivi di programmazione per le linee guida in termini di prevenzione, diagnosi, cura delle patologie più importanti e condivisione degli obiettivi dei PDTA. Nel caso delle AFT, è rilevante la figura del MMG che non opera più in singolo ma in gruppo: il *team* delle AFT valuta i bisogni e controlla il paziente a carico del Medico di Medicina Generale. La popolazione assistita a cui l'AFT si rivolge non deve essere superiore a trenta mila assistiti e i medici non devono essere inferiori a venti, aventi tutti partecipazione obbligatoria.

Inoltre, nelle AFT, c'è la possibilità di fornire servizi di diagnostica base, che consentono di indirizzare subito il paziente e di evitare lunghe liste d'attesa negli ospedali e nei pronti soccorsi.

Nelle AFT è presente un coordinatore, con il compito di organizzare incontri e riunioni tra i medici della AFT di riferimento, oltre che esserne il rappresentante nei rapporti con gli ospedali e il Distretto.

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29 Luglio 2009, l'art 26 Bis elenca gli obiettivi che i medici devono perseguire all'interno delle AFT, tra i quali l'equità di accesso ai servizi, la diffusione dell'appropriatezza clinica e modelli di prevenzione e diagnosi. Tutti queste attività vengono condivise con il Distretto di riferimento, il quale ne verifica gli esiti.

Negli ultimi anni, diverse regioni italiane, tra cui il Veneto, hanno avviato il progetto di programmazione delle AFT, che sono strettamente connesse con le UCCP.

Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) - (ACN luglio 2009 e L. Balduzzi n.189/2012) sono l'espressione di aggregazioni strutturali multi-professionali che operano in un'unica sede ben strutturata e dislocata nel territorio, con al proprio interno medici di medicina generale, operatori del territorio quali infermieri, specialisti, assistenti sociali, e pediatri oltre che personale amministrativo di segreteria.

Nella logica di continuità assistenziale, le UCCP hanno il delicato compito di gestire le cronicità dei cittadini in tutte le sue forme e garantire i LEA ventiquattro ore al giorno e sette giorni su sette. Un aspetto importante che le riguarda consiste nella presenza di un sistema informatico comune a tutti i professionisti presenti nella UCCP.

Tali strutture sono aperte al pubblico durante la giornata e operano in collegamento con le strutture ospedaliere e con le AFT per definire gli obiettivi da raggiungere, quali l'assistenza continua domiciliare e in ambulatorio.

Il modello della "Casa della Salute", adottato da diverse Regioni d'Italia come Emilia Romagna, Toscana, Lombardia e Veneto (Ministero della Salute, data di consultazione 2015) è l'emblema dell'idea di continuità assistenziale.

Si tratta di una struttura con unica sede in cui prendono forma servizi territoriali e sanitari eterogenei e integrati tra loro per la promozione della salute e del benessere sociale, attivi per ventiquattro ore e sette giorni su sette. Un'attività quindi ben programmata e coordinata in cui medicina generale, diagnostica di laboratorio e prestazioni specialistiche entrano in contatto tra loro.

In Italia e in particolare nella Regione Veneto, si sono sviluppate altre strutture denominate UTAP – Unità Territoriali di Assistenza Primaria, che possiedono anch'esse il compito di valorizzare la qualità e continuità della medicina territoriale.

2.3 L'evoluzione dell'offerta socio-sanitaria in Veneto

Il continuo modificarsi dei bisogni e delle aspettative della popolazione ha imposto la necessità di ripensare all'assistenza socio-sanitaria nella Regione Veneto. L'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria è da sempre una delle peculiarità del Sistema Veneto, interessando sia la realtà dell'Ospedale sia del Territorio. Prima di giungere al progetto del Piano Socio Sanitario 2012-2016 Veneto, si sono sviluppate diverse forme associative tra professionisti sanitari.

La nuova assistenza delle Cure Primarie concentra la sua attenzione sulla gestione e monitoraggio continuo del paziente cronico. Nel garantire tale servizio, agiscono forme associative integrate di medici, tramite i centri AFT e UCCP, e percorsi studiati *ad hoc* come i PDTA e i PAI.

Come stabilisce la legge, le Regioni sono tenute a garantire, migliorare, organizzare i LEA e le attività in ambito sanitario e sociale, spingendosi verso una "medicina di iniziativa" e tenendo conto della popolazione della Regione.

Ai sensi delle leggi regionali n. 55 e n. 56 del 1994, "la Regione del Veneto assicura ai cittadini i migliori livelli uniformi di assistenza sanitaria in ambito territoriale regionale in rapporto alle risorse a disposizione" (Articolo 1, primo comma). Da tale disposizione hanno origine le funzioni di programmazione, controllo e tutela della salute.

L'integrazione socio-sanitaria rimane parte fondante anche nel nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016: da una parte, l'attenzione alla domanda di assistenza sanitaria e il paziente nei suoi contesti di vita; dall'altra professionisti e strutture che collaborano tra loro per intervenire in tali singoli contesti.

Capitolo 3

LO SVILUPPO DI UN NUOVO MODELLO SOCIO – SANITARIO IN VENETO: IL NUOVO RAPPORTO TRA OSPEDALE E TERRITORIO

3.1. Il disegno del PSSR 2012-2016: obiettivi

Come riportato ne *Le politiche per la sostenibilità del sistema socio-sanitario veneto: implicazioni bioetiche*, il Comitato Regionale per la Bioetica delinea le principali caratteristiche presenti nel Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto, approvato con L.R. 23/2012.

I valori propri del Sistema Sanitario Nazionale quali l'appropriatezza, la qualità delle cure e l'equità nell'utilizzo dei servizi, sono tutti aspetti che hanno stimolato e ispirato il rinnovamento dell'assistenza sanitaria in Veneto.

Il Comitato per la Bioetica si sofferma sulla descrizione degli obiettivi del Piano 2012-2016:

- Ridisegnare l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera in una logica di rete integrata. Le funzioni degli ospedali vengono suddivise a seconda delle caratteristiche dei bisogni, qualora essi siano più complessi o intensi nelle cure. In base al bisogno, viene ridisegnato anche lo stato di degenza del paziente in ospedale.
- Agire a livello territoriale tramite il potenziamento dell'assistenza nel territorio (con il ruolo chiave delle Cure Primarie) e tramite il rafforzamento del Distretto socio-sanitario come punto di riferimento per i cittadini. Tali strategie si sintetizzano in quella che viene definita "filiera dell'assistenza territoriale", continua e fondata sui bisogni della persona.

La strategia del Piano possiede il fine ultimo di garantire la continuità di assistenza per i vari tipi di bisogni e un miglioramento non solo nella selezione di una domanda sanitaria più appropriata, ma anche nell'efficienza e nell'offerta di servizi di cura. La gestione globale del paziente, infatti, richiede costante coinvolgimento di più professionisti in grado di collaborare tra loro. Da una parte il territorio, con il contributo dei medici e la garanzia dei primi livelli di assistenza sia a livello sanitario sia sociale per la gestione della cronicità; dall'altra

l'ospedale come luogo di riferimento per la gestione delle emergenze ed erogazione dei servizi nel momento di maggiore complessità della patologia.

“Il riequilibrio del rapporto tra ospedale e territorio, con la necessità di riconvertire molti degli esistenti presidi ospedalieri” e spostare il personale per potenziare l'offerta sul territorio rappresenta il punto centrale di attuazione del Pssr 2012-2016 (Regione del Veneto. Comitato Regionale per la Bioetica, 2014).

Gli strumenti di governo della domanda sanitaria, quali la prevenzione, la promozione della salute e *empowerment*, realizzati per ottenere efficienza e appropriatezza, sono parte delle azioni strategiche del Pssr 2012-2016, utilizzati per ottenere un'analisi accurata dei bisogni e per orientare il paziente nelle scelte di cura.

Le azioni strategiche adottate dal Piano riguardano l'offerta dei servizi sanitari. Di seguito, verranno esaminate nel dettaglio le principali aree di intervento del Pssr 2012-2016 quali lo sviluppo di una filiera dell'assistenza territoriale e la promozione della continuità assistenziale tramite le Centrali Operative Territoriali (COT), le strutture intermedie, le Medicine di Gruppo Integrate (MGI), e lo sviluppo di una nuova rete ospedaliera fondata su due livelli, *hub e spoke*.

3.2. Evoluzione dell'assistenza ospedaliera: Ospedali hub e spoke e reti cliniche integrate

L'ospedale, luogo dotato di strumenti avanzati e professionisti specializzati, è in grado di gestire le emergenze e le fasi acute di svariate patologie. Dalle disposizioni del Pssr del Veneto 2012-2016, l'obiettivo del sistema ospedaliero consiste nella realizzazione di una “rete integrata” di servizi per pazienti con patologie acute, in cui siano presenti Ospedali di riferimento e Presidi ospedalieri di rete.

Il miglioramento dell'accesso alle cure, la garanzia di un'appropriata risposta ai bisogni di cura e la gestione dell'intensità e complessità delle patologie, sono tutti obiettivi della riorganizzazione ospedaliera.

Il Pssr 2012-2016 prevede una suddivisione ospedaliera in due livelli, denominati *hub e spoke*.

Gli ospedali *hub* (in italiano “perno”) sono un riferimento per il territorio a livello provinciale: sono dotati di sistemi specialistici di base e medio livello per il territorio di riferimento, ma

anche di specialità avanzate e complesse per un territorio più vasto per la gestione di casi più gravi. Gli ospedali *hub*, infatti, vengono denominati “centri di eccellenza”, operativi su vaste aree proprio per la dotazione di risorse e interventi specializzati che richiedono costi elevati, oltre che competenze qualificate. I centri *spoke* (in italiano “raggio”, od ospedali di rete) vengono definiti centri a “media intensità di intervento”, poiché dotati di sistemi di pronto soccorso e specialità di base, come chirurgia generale o interna, e di servizi di diagnosi. I centri *spoke* agiscono a livello periferico, con un raggio di azione più ristretto rispetto ai centri *hub* (Rebba, 2015).

La rete ospedaliera viene quindi organizzata secondo una logica di reti cliniche integrate: da una parte, la gestione dei casi più gravi e complessi in un numero limitato (ma valido per un territorio più ampio) di centri *hub*; dall'altra, la collaborazione dei centri *hub* con i centri periferici *spoke* per la gestione di malati meno gravi e per la realizzazione di un loro possibile trasferimento.

In particolare, tra i centri *hub* più importanti vengono citate le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, le quali rappresentano dei punti di riferimento regionale per l'emergenza neonatale e la chirurgia oncologica.

Nell'individuare i fabbisogni dei pazienti, l'allocazione dei posti letto negli ospedali per i malati acuti rappresenta un aspetto importante. L'organizzazione dei posti letto deve garantire un utilizzo ottimale delle risorse umane e tecnologiche e deve basarsi sui profili demografici ed epidemiologici della popolazione, onde evitare interventi e utilizzo eccessivo di risorse.

Il Pssr 2012-2016 ha come obiettivo la riduzione del numero dei posti letto e il conseguente potenziamento della rete territoriale di assistenza per il percorso di riabilitazione, gestito da associazioni di medici, e da un forte distretto socio-sanitario. Negli ospedali si tende a privilegiare il malato acuto sottoposto a interventi importanti e una sua permanenza per il tempo minimo necessario. A seguito dell'intervento, subentrano i centri per la riabilitazione e le strutture intermedie nel territorio nella fase post-intervento (Regione del Veneto. Comitato Regionale per la Bioetica, 2014).

All'interno della logica di rete per l'ospedale, le reti cliniche rappresentano gli strumenti idonei a consentire “l'assistenza integrata in termini multidisciplinari, la differenziazione dei contributi professionali, la maggior equità di accesso ai servizi e a cure qualificate” (Allegato A alla Dgr. 2112 del 19 novembre 2013).

Le reti cliniche agiscono a livello locale e regionale e riguardano svariate aree di intervento come l'oncologia, l'ictus, le emergenze pediatriche e neonatali, la riabilitazione, le cardiocirurgie e le reti per trapianti.

Esse prevedono la collaborazione tra strutture ospedaliere e servizi socio-sanitari distrettuali, ossia con professionisti specializzati in diverse branche della medicina. Gli obiettivi dell'assistenza ospedaliera possono quindi essere qui di seguito sintetizzati:

- Integrazione tra i servizi dell'Ospedale e i servizi riabilitativi del Territorio per assicurare da una parte la gestione di acuzie complesse nell'ospedale, (con una diminuzione dei posti letto) e dall'altra un potenziamento dei servizi sanitari nel territorio per le patologie croniche e il trasferimento di pazienti meno gravi verso centri riabilitativi, affinché non rimangano in ospedale più del tempo necessario.
- Suddivisione tra centri sanitari di eccellenza ad alte prestazioni e centri periferici per rendere più accessibili i servizi di base e più razionali i servizi più complessi.

3.3. Evoluzione delle Cure Primarie: filiera dell'assistenza territoriale

Gestire i malati cronici è diventata una priorità per il Territorio, e non più per l'ospedale. Da tale presupposto, la necessità di seguire il paziente in tutto il percorso di cura e in modo equo per tutti ha spostato l'attenzione dall'assistenza sanitaria in ospedale all'assistenza sanitaria nel Territorio.

Nel disegno di rinnovamento delle Cure Primarie, i concetti di equità e decentramento dei servizi diventano i precursori per la realizzazione di un miglioramento dell'assistenza territoriale: un'assistenza che sia il più vicina possibile al paziente, dal punto di vista sia sanitario sia sociale e che lo riguardi anche nel contesto di famiglia.

Il Distretto socio-sanitario diventa portatore di un nuovo ruolo nel territorio, espressione diretta dell'incontro tra domanda di salute e offerta di cure. Nell'ambito del Distretto, è stato introdotto il concetto di "filiera dell'assistenza territoriale", per rendere il percorso di cura più semplice e accessibile al paziente: tale concetto prende forma in strumenti e strutture in grado di erogare servizi in modo graduale e appropriato. Le forme associative di medici convenzionati, le strutture di ricovero intermedie e residenziali, le cure domiciliari sono i principali protagonisti della filiera e servono ad assicurare i LEA.

Il Distretto socio sanitario coordina la gestione operativa di tutti questi strumenti: esso è l'espressione e il garante dei servizi dell'assistenza territoriale in ambito di *primary care*, oltre che punto di riferimento per l'uso di servizi dell'Azienda ULSS e centro per la valutazione dei

bisogni. Per ogni ULSS della Regione, è presente almeno un distretto ogni cento mila abitanti. L'assistenza territoriale riguarda la medicina primaria, le cure domiciliari e sociali, ma anche l'assistenza infermieristica e farmaceutica.

Da tale presupposto, si sono sviluppate diverse forme di associazionismo di medici connesse ad altri professionisti sanitari e strumenti per la mappatura del territorio.

3.3.1. AFT e UCCP: da UTAP- Unità Territoriale di assistenza primaria – a MGI – Medicina di Gruppo Integrata

Nel Pssr 2012-2016, la Regione Veneto concentra la sua attenzione sul riequilibrio tra ospedale e territorio attraverso la filiera dell'assistenza territoriale e le sue strutture.

Per garantire la continuità assistenziale, il modello Veneto delle Cure Primarie ruota attorno alle AFT e alle MGI. A marzo 2015, in Veneto sono presenti 198 AFT, 24 UTAP e 18 MGI (Rebba, 2013).

Si parla per la prima volta di diverse tipologie di “medicina associata” nell'Accordo Collettivo Nazionale del 2000 (Ghiotto M.C., 2006).

Tra le forme associative per l'assistenza primaria, prendendo come riferimento le UCCP, è opportuno fare riferimento all'associazionismo in centri UTAP e alla loro conseguente evoluzione in MGI. Tutte queste forme di associazione si basano su un accordo volontario tra i partecipanti, i quali danno vita a una forma di integrazione tra professionisti di vario tipo.

Le UTAP sono state introdotte per la prima volta con l'Accordo Collettivo Nazionale del 2005 e negli ultimi anni, in Italia e soprattutto in Veneto, hanno rappresentato la forma di associazione prevalente per l'assistenza primaria.

I centri UTAP sono strutture finalizzate all'erogazione di cure primarie, caratterizzate dall'associazione di più medici convenzionati, che operano all'interno di un'unica sede e che devono garantire la continuità d'assistenza in tutto l'arco della giornata, sette giorni su sette.

Le UTAP, infatti, sono la rappresentazione concreta di continuità e integrazione multidisciplinare: esse inglobano al proprio interno sia la medicina di base, con la figura del medico di famiglia, sia specialisti con ambulatori dedicati a particolari patologie.

Il Distretto socio sanitario e l'ospedale di riferimento sono tutte strutture con cui l'UTAP entra in contatto e con cui gestisce i servizi da offrire ai pazienti. Il Distretto è il “responsabile della salute della popolazione di riferimento, coordinatore strategico delle attività territoriali e polo di integrazione sociosanitaria” (Ghiotto M.C., 2007).

Nei centri UTAP, il Medico di Medicina Generale è tenuto a fornire servizi quali le visite

ambulatoriali e le visite domiciliari (Assistenza Domiciliare Programmata con interventi programmati a domicilio). Tutti servizi che contribuiscono a garantire livelli essenziali di assistenza per il cittadino: la presenza di più medici all'interno della stessa struttura consente al paziente di ottenere sempre una risposta ai suoi bisogni, qualora il suo medico non sia presente o reperibile in ambulatorio.

Le caratteristiche e i principali vantaggi dei centri UTAP possono quindi essere qui di seguito sintetizzate (Ghiotto M.C., 2007):

- Continuità dell'assistenza sanitaria. Un obiettivo di questo tipo si realizza garantendo una copertura oraria e un accesso più ampio agli ambulatori durante la giornata, oltre che una garanzia di risposta al call center della sede di riferimento. Inoltre, la presenza di un'unica sede di riferimento, con al proprio interno medici e servizi sociali e infermieristici, consente di salvaguardare la centralità nel territorio e una facilitazione nell'accesso al servizio.
- Multi-professionalità integrata. L'integrazione tra medici di famiglia e altri operatori non si verifica solo a livello umano, ma anche a livello informativo e informatico. Il medico di famiglia non è più isolato, e proprio per questo si trova a collaborare in *team* e a condividere le proprie conoscenze e informazioni sulle cartelle dei pazienti (strumento utile qualora uno dei medici non sia disponibile).
- Centralità sul cittadino. Il coinvolgimento del cittadino attraverso l'*empowerment* è uno strumento importante per garantirne la centralità e la sua appropriatezza nell'accesso ai servizi. Tuttavia, oltre che intervenire sul paziente stesso, è fondamentale intervenire anche sul *team* e sulle sue competenze professionali, che devono essere sempre stimolate e aggiornate. Un esempio interessante è stato realizzato nel centro UTAP dell'Azienda ULSS Alto Vicentino, la quale ha sviluppato un sistema di "promozione delle competenze professionali dei Medici di assistenza primaria" (erogazione di attività specialistiche di primo livello).

Le MGI - Medicine di Gruppo Integrate - sono composte da gruppi di medici di famiglia, specialisti, assistenti sociali, infermieri, pediatri. La legge Balduzzi n. 189/2012 prevede che le MGI siano abilitate ad assicurare assistenza ventiquattro ore al giorno e sette giorni su sette; ad assicurare i LEA e programmi di prevenzione, assistenza globale, continua alla persona e prestazioni socio-sanitarie di primo livello, oltre che PDTA.

Le MGI rappresentano le forme associative di riferimento per i MMG. L'obiettivo è quello di sostituire a poco a poco i centri UTAP con le MGI in tutto il territorio del Veneto e di farle

diventare il nuovo perno della rete territoriale insieme al Distretto, da cui trarre risorse e personale amministrativo.

Tra le caratteristiche peculiari delle MGI, è importante menzionare l'integrazione informativa/informatica tra i componenti stessi del gruppo e con l'ULSS per coordinare le informazioni e la situazione clinica del paziente.

Prevenzione e promozione della salute, visite domiciliari a scopo diagnostico e terapeutico e gestione della cronicità attraverso la promozione di PDTA e autoregolazione del paziente sono tutti servizi derivati dalle MGI.

3.3.2. COT – Centrali Operative Territoriali

La Centrale Operativa Territoriale (COT) - (DGR 2271/2013 e Intesa Stato Regioni 05.08.2014 e DGR 975/2013 Linee guida per l'organizzazione del Distretto socio-sanitario) negli ultimi anni ha assunto un ruolo decisivo nel territorio per la cura di bisogni non urgenti, ma che richiedono la collaborazione di più operatori sanitari e sociali.

Le Centrali Operative sono composte da medici di famiglia, personale dell'ospedale, del distretto e delle strutture intermedie. Tali figure interagiscono tra loro per intercettare e classificare i bisogni dei cittadini, fornendo soluzioni adeguate e risposte più consapevoli. È fondamentale il coordinamento di tutte le risorse disponibili tra Ospedale e Territorio e fra i vari soggetti della rete di assistenza.

Per ottimizzare al meglio tali risorse, la COT deve aver chiara la programmazione e i progetti da intraprendere per la presa in carico dei pazienti. Nel fare questo, la COT collabora con i servizi ospedalieri e con le strutture intermedie per orientare i percorsi assistenziali a seconda dei bisogni e per dividerne le informazioni cliniche.

Tra le caratteristiche della COT vengono citate: l'apertura al pubblico ventiquattro ore su ventiquattro e sette giorni su sette e un servizio di call center sempre reperibile per dare informazioni. La COT ricopre quindi il ruolo di coordinatrice per l'inserimento appropriato dei pazienti verso le strutture o verso le soluzioni di cui hanno più bisogno (Rebba, 2015).

Le fasi in cui opera la COT possono essere delineate come segue: per prima cosa, una volta venuti a conoscenza della richiesta, viene individuato il problema e si procede subito con lo stabilire la scelta del percorso assistenziale più appropriato.

Nel fare questo, la COT attiva le strutture o gli specialisti di competenza e indirizza il paziente o verso le strutture intermedie come gli Hospice, o verso le cure domiciliari come l'ADI

(Assistenza Domiciliare Integrata) o ancora si impegna nella dimissione del paziente dall'ospedale in cui è ricoverato, secondo una logica di appropriatezza.

Tra le altre funzioni della COT, bisogna fare riferimento al ruolo che essa investe nell'*empowerment* dei cittadini e nella loro conoscenza sui servizi del territorio, che deve essere sempre incoraggiata e aggiornata.

3.3.3. *Strutture intermedie*

A seguito della riduzione dei posti letto negli ospedali, le risorse e gli stessi posti letto vengono distribuiti nelle strutture del territorio definite "intermedie", quali gli Hospice, gli Ospedali di Comunità e le Unità Riabilitative Territoriali (URT), (Regione Veneto, Bur n. 3 dell'11 gennaio 2013). Strutture di questo tipo sono in grado di offrire soluzioni per quei pazienti che, per un periodo limitato e temporaneo, hanno bisogno di ricoveri per la riabilitazione e per una stabilizzazione post intervento avvenuto in ospedale. I soggetti che vengono indirizzati alle strutture intermedie sono infatti tutti quei pazienti per i quali l'assistenza domiciliare sia ancora lontana e poco praticabile, sebbene esse si configurino come soluzioni temporanee.

Le principali strutture intermedie, con l'obiettivo comune di evitare una permanenza inappropriata in ospedale, vengono qui di seguito citate:

- Unità Riabilitative Territoriali (URT), caratterizzate da una possibilità di ricovero di media durata pari a 60 giorni, provvedono a garantire un'assistenza socio-sanitaria di base in tutto l'arco della giornata da parte di infermieri e altri operatori socio-sanitari. L'obiettivo ultimo delle URT è quello di riabilitare il soggetto in modo da garantirgli l'autonomia necessaria per il rientro al domicilio.
- Ospedale di comunità (OC) è una struttura che prevede un ricovero di breve durata di circa 30 giorni preso a carico da infermieri e da medici di famiglia per h24. Tale struttura è rivolta a soggetti colpiti da patologie croniche che richiedono controlli periodici e terapie poco praticabili a domicilio.
- Gli Hospice sono strutture dedicate ai malati inguaribili, con aspettative di vita inferiori a sei mesi. Sono luoghi pensati per confortare il malato nei suoi ultimi giorni di vita e farlo vivere a contatto con la sua famiglia. Quest'ultima, infatti, ha la possibilità di entrare nella struttura ogni qual volta lo desidera.

L'Allegato A alla Dgr n. 2112 del 19 novembre 2013, basandosi su dati del rapporto regionale "Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere" aggiornati al 2011, conta un numero di posti letto per strutture ospedaliere pari a 1775, distribuiti in 181 negli Hospice, 236 per gli Ospedali di Comunità e 553 per le URT.

3.3.4 Mappatura del territorio: ACG – Adjusted Clinical Groups

Il progetto di Mappatura del territorio ACG – *Adjusted Clinical Groups* – rappresenta una delle novità più importanti previste dal Pssr 2012-2016.

Le prime Aziende ULSS che hanno aderito al primo anno di attività del progetto nel 2012 sono l'Azienda ULSS 16 di Padova e l'ULSS 20 di Verona. Nell'anno 2013-2014, si sono aggiunte al progetto altre sei aziende ULSS per poi arrivare negli ultimi due anni al coinvolgimento di tutte le altre Aziende ULSS del Veneto, ottenendo così una copertura totale degli assistiti nel territorio.

Il sistema ACG è incentrato sulla persona, sul suo stato di salute e sulla distribuzione che le varie patologie hanno sul territorio e sulla popolazione. Esso prende forma dalla ricerca e dall'ingegno della Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health a Baltimore, Maryland, U.S.A.

Con il termine "mappatura", infatti, si intende un processo di classificazione delle patologie che interessano la popolazione in uno specifico territorio, evidenziando le zone di minore o maggiore concentrazione di una specifica malattia. Tramite il costante monitoraggio della salute del cittadino e dei possibili rischi di multi-morbilità, ogni gruppo di assistiti potrà essere al meglio conosciuto, seguito e avere subito le cure di cui ha bisogno.

La particolare distribuzione di una malattia incide quindi in grande misura sui bisogni e sulla loro descrizione.

La morbilità dei pazienti viene suddivisa in gruppi e in base alla classificazione vengono predisposti i luoghi di cura, le visite e le cure necessarie. L'obiettivo ultimo è quello di avere una prospettiva generale sulla popolazione con caratteristiche eterogenee, e il conseguente miglioramento dell'utilizzo delle risorse.

Nel caso in cui ci si trovi di fronte a un soggetto esposto a forti rischi, il sistema ACG prevede la soluzione *Guided Care Model*: un modello in cui i soggetti portatori di bisogni complessi e cronicità multiple vengono sottoposti a interventi per ridurre i fattori di rischio. Tali interventi vengono posti in essere da Medici di Medicina Generale e da infermieri *care-manager*, ossia infermieri il cui ruolo viene ridisegnato e caricato di maggiori responsabilità per il

coordinamento dell'assistenza. La condivisione di informazioni tra professionisti permette un'analisi più accurata delle informazioni diagnostiche del paziente e della popolazione, oltre che la possibilità di ridurre i rischi di sviluppare malattie (Regione del Veneto, 2015).

Conclusioni

Negli ultimi anni, la presenza in Italia di una popolazione sempre più numerosa, anziana, e portatrice di più patologie croniche rappresenta il principale presupposto da cui partire per il rinnovamento dell'idea di sanità e assistenza. Tale situazione si verifica e viene presa in esame anche nel caso della Regione Veneto, in cui è prevista una crescita delle patologie croniche, come le malattie cardiovascolari, oncologiche e diabetiche.

Per soddisfare bisogni sempre più complessi correlati a tali patologie, si è sviluppata una medicina di “iniziativa” e non più di “attesa”, in cui il paziente viene assistito dal medico in maniera proattiva e continua, in modo che il bisogno di salute venga affrontato prima che la malattia insorga e si aggravi.

Nel fare questo, si sono sviluppate forme di gestione della domanda sanitaria, come l'introduzione di incentivi e di misure per promuovere corretti stili di vita.

La vera novità risiede soprattutto nelle nuove forme di gestione dell'offerta sanitaria.

L'idea di “continuità assistenziale” propria della medicina territoriale di iniziativa, prende forma nel modello CCM (*Chronic Care Model*) che utilizza strumenti quali PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) e PAI (Percorsi Assistenziali Individualizzati) per indirizzare e orientare la domanda sanitaria verso una più attenta scelta personale e specializzazione delle cure.

All'interno di questa logica di rinnovamento, si assiste a un cambiamento del ruolo del medico del territorio, che ora non lavora più isolato ma rientra all'interno di un *team*, e si assiste alla diffusione di strutture organizzate e centri di coordinamento quali le AFT, Aggregazioni Funzionali Territoriali e le UCCP, Unità Complesse di Cure Primarie. Le AFT, composte da un *team* mono-professionale, collaborano con il centro Asl di riferimento per gestire le cure primarie e il rapporto con l'ospedale. Le UCCP, invece, sono delle aggregazioni multi-professionali con il compito di gestire con continuità i casi cronici. Strumenti di questo tipo rappresentano la base per il rinnovamento delle Cure Primarie nel territorio, in una nuova visione di integrazione tra sociale e sanitario e in un profondo senso di vicinanza e continuità con il paziente.

Tali approcci di base vengono assunti come punto di riferimento anche nel Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto 2012-2016, che prevede tra i suoi obiettivi principali la riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e il potenziamento delle Cure Primarie nel territorio, per garantirne l'equilibrio e la collaborazione.

Il nuovo modello socio-sanitario Veneto prevede che l'assistenza ospedaliera venga suddivisa in due livelli di ospedale, *hub* (di "perno") e *spoke* (di "raggio"), per la presa in carico dei malati acuti. I malati cronici, invece, diventano l'obiettivo dell'assistenza territoriale e delle Cure Primarie. Tale è il motivo per cui si sviluppano i concetti di "filiera dell'assistenza territoriale" e di Distretto socio-sanitario "forte": il percorso di cura viene organizzato per essere semplice, appropriato e facilmente accessibile al paziente.

I principali attori all'interno della filiera diventano le MGI (Medicine di Gruppo Integrate), le strutture intermedie, le COT (Centrali Operative Territoriali), e il sistema ACG (*Adjusted Clinical Groups*). Tali strutture, connesse tra loro, prevedono una collaborazione tra professionisti e pazienti, entrambi protagonisti attivi durante il percorso di cura: il *team* integrato di medici nelle MGI assicura l'assistenza di base continuata; le strutture intermedie razionalizzano l'accessibilità all'ospedale e il sistema ACG monitora il territorio e i suoi bisogni.

In tutti i casi, il paziente e il suo benessere assumono un ruolo centrale e le sue necessità vengono tempestivamente soddisfatte e seguite tramite servizi socio-sanitari potenziati nel territorio.

Riferimenti Bibliografici

- AGENAS (2010). Il sistema sanitario e l'*empowerment*. *Quaderno di Monitor n.6, Anno IX, n.25*. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma. pp 41-45, pp 48-49, pp 102-106. Tratto da www.agenas.it
- BERTIN G. (2015). Sanità e valori: come cambia l'idea di salute nella società. Tratto da Fondazione Lanza. Seminario *Tra sanità e salute, una questione di valore*.
- BRUSAFERRO S., MORO A., MIGLIO G. (2012). Materiale preparatorio. Progetto interregionale "Prevenzione/tutela delle malattie croniche. Coordinamento, qualità, risorse nella gestione del diabete e della BPCO".
- CECCARELLI A., PALMIERI A., DI VINCENZO F., CICCHETTI A. (2009). Ricognizione sulle nuove forme di organizzazione della medicina territoriale per l'erogazione dell'assistenza primaria. *Politiche sanitarie*, Vol. 10 N.3. pp 144-152.
- FONDAZIONE SICUREZZA IN SANITÀ (2013). Le Cure Primarie del nuovo assetto organizzativo e funzionale dello SSN. pp 3-6 e pp 7-15. Tratto da www.fondazione sicurezzasanita.it
- FONDAZIONE FARMAFACTORING (2014). La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN. A cura di V. Atella, E. Borgonovi, C. Collicelli, J. Kopinska, F. Lecci e F. Maietta, da pp. 23-43.
- GHIOTTO M.C., CAFFI S. (2007). L'Unità territoriale di assistenza primaria come possibile strumento di sviluppo del welfare: l'esperienza dell'Ulss 4 dell'Alto Vicentino. *Politiche sanitarie*, Vol.8 N. 3 pp. 136-147
- GHIOTTO M.C., PERTILE C., CAFFI S. (2006). Le Utap quali strumenti per modificare la tradizionale struttura dell'offerta di prestazioni sanitarie: il percorso per una concreta realizzazione. *Politiche sanitarie*, Vol.7 N.1. pp. 30-41.
- ISTAT (2015). Indicatori demografici, Stime per l'anno 2014. Tratto da www.istat.it
- ISTAT (2014). Natalità e fecondità della popolazione residente. Tratto da www.istat.it
- ISTAT (2014). Rapporto annuale 2014, Capitolo 4. Tendenze demografiche e trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema del welfare. Tratto da www.istat.it
- ISTAT (2013). Annuario statistico italiano 2013, pp 69-70. Tratto da www.istat.it

- ISTAT (2011). Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065. Tratto da www.istat.it
- ISTAT (2011). Dossier Istat: in Italia spesa sanitaria più bassa, ma più alto numero di medici. Tratto da www.quotidianosanità.it
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (2012). Giornata mondiale della salute 2012: anziani sani e attivi. Tratto da www.epicentro.iss.it
- MURARO G., REBBA V. (2009). Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria. Principali esperienze nazionali ed estere. FrancoAngeli, Milano. pp 11-20.
- NOTO G., RASCHETTI R., MAGGINI M. (2011). Gestione integrata e percorsi assistenziali. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- RAPPORTO OSSERVASALUTE 2014. Assistenza ospedaliera. Assistenza territoriale. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione.
- REBBA V. (2015). Il Servizio Sanitario Nazionale e il sistema socio-sanitario del Veneto tra sostenibilità ed equità. *Seminario di approfondimento rivolto al gruppo dirigente della CGIL*. p. 46-91.
- REBBA V. (2013). Il sistema socio-sanitario tra universalismo e sostenibilità. *Presentazione "Il Veneto per la qualità sociale. Un territorio a prova della crisi/trasformazione"*. pp. 70-96.
- REBBA V. (2013). Il Servizio socio-sanitario regionale del Veneto: evoluzione e sostenibilità. In Agostini F., *La Regione del Veneto a quarant'anni dalla sua istituzione. Storia, politica, diritto*. FrancoAngeli, Milano. pp.278-319.
- REBBA V. (2012). *Nudge, spinta gentile e sostenibilità dei sistemi del welfare. Presentazione "Investire sull'attività fisica. Sostenibilità dei sistemi del welfare: la strategia del territorio polesano"*. pp 24-36.
- REGIONE DEL VENETO (2015). Luoghi e strumenti di cura innovativi per i nuovi bisogni di salute. A cura di Maria Chiara Corti.
- REGIONE DEL VENETO (2015). Descrizione del progetto. Il Progetto ACG, primo anno di attività 2012-2013. Il Progetto AGC, secondo anno di attività 2013-2014. Il Progetto ACG, terzo anno di attività 2014-2015. Tratto da www.acg.regione.veneto.it
- REGIONE DEL VENETO (2014). Intesa n. 156/csr del 13 novembre 2014. Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018.
- REGIONE DEL VENETO (2014). Comitato Regionale per la Bioetica. Le politiche per la

sostenibilità del sistema socio-sanitario veneto: implicazioni bioetiche.

REGIONE DEL VENETO (2014). Giunta Regionale del Veneto. Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto del 2014, relativa agli anni 2012-2013. Pubblicazione a cura di SER, Padova.

REGIONE DEL VENETO (2014). Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2014.

REGIONE DEL VENETO (2012). Legge Regionale 29 giugno 2012, n.23. (BUR n. 53/2012). Allegato A. pp 26-31, p 33, pp 43-59, pp 59-76.

REGIONE DEL VENETO (2013). Allegato A alla DGR n. 2122 del 19 novembre 2013. pp. 2-11

REGIONE DEL VENETO (2013). Sistema Epidemiologico Regionale (SER). La mortalità nella Regione del Veneto, Dati aggiornati al 2011. Padova.

REGIONE DEL VENETO (2012). Allegato A alla DGR n. 2718 del 24 dicembre 2012.

REGIONE EMILIA ROMAGNA (2013). Valutazione multidimensionale dei percorsi di continuità assistenziale. Gestione sul territorio secondo il *Chronic Care Model*. *Dossier 236-2013*. A cura di Palestini L., Anzivino F., Nicoli M.A. Bologna, 2013.

ROFFIA R., TADDEI A., ZANI M. (2010). La documentazione sanitaria e sociale in RSA. *Assessorato alle Politiche Sociali e Sanitarie, Materiali dell'Osservatorio Sociale, Quaderno 5*. Tipografia Commerciale Cooperativa, Mantova. pp 34 – 41.

SCAFATO E., GALLUZZO L. (2015). Gli anziani come risorsa: promuovere l'*active ageing* per il bene collettivo. Tratto da www.epicentro.iss.it

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2002). Active Ageing: a policy of FrameWork. Tratto da www.quotidianosanità.it

Siti consultati per raccolta dati

www.agenas.it Data di consultazione 2015.

www.epicentro.iss.it Data di consultazione 2015.

www.istat.it Data di consultazione 2015.

www.noi-italia/istat.it. Sanità e salute. Data di consultazione 2015.

www.fondazione sicurezzasanita.it Data di consultazione 2015.

www.quotidianosanita.it - Dossier Istat: in Italia spesa sanitaria più bassa, ma più alto numero di medici. Data di consultazione 2015.