

## Allegato 14

### Cronicità e CReG

#### Premessa

Il Capitolo Sanitario del Piano Regionale di Sviluppo della IX Legislatura ha come titolo una prospettiva di cambiamento epocale: **dalla cura al prendersi cura.**

Ciò significa che quando emerge un bisogno di natura sanitaria il primo compito è quello di rispondervi in una prospettiva che è quella del percorso del paziente senza sentirsi a priori legati ad un modello predefinito di intervento e a degli attori che lo realizzino in esclusiva.

Molte risorse sono state impegnate per verificare fino in fondo questa ipotesi ma la realtà dei fatti ha mostrato che l'attuale organizzazione delle cure primarie manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'ospedale. Il tanto evocato potenziamento delle cure extraospedaliere non può che realizzarsi favorendo, al di fuori dell'ospedale, la crescita di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l'ospedale, non solo in termini clinici ma anche gestionali ed organizzativi, andando quindi a creare un polo territoriale forte che possa garantire il nascere della "tensione" necessaria ad attivare il circuito ospedale / territorio, indispensabile per ottenere la gestione delle patologie croniche efficacemente anche fuori dall'ospedale, anzi, usandolo il meno possibile.

La capacità di programmare un percorso di cura e di essere proattivi verso la malattia cronica è stata sviluppata in alcuni casi a livello specialistico. Gli ambulatori ospedalieri di patologia sono una realtà ma hanno il "difetto" di avere un approccio esclusivamente clinico e di avere in carico i pazienti più collaborativi e/o più complessi perdendo di vista però la gran parte dei soggetti, soprattutto nella fase meno grave, ma più lunga, della patologia.

Nella cronicità da "curare" sono anche e soprattutto: la frammentazione dei percorsi di cura e dei trattamenti terapeutici, l'autoreferenzialità degli specialisti e conseguentemente dei soggetti erogatori, la scarsa conoscenza da parte dei cittadini della rete dei servizi e delle conseguenze connesse ad un inadeguato trattamento terapeutico.

In particolare, una delle criticità maggiormente evidenziate dai cittadini è l'insufficienza di continuità delle cure, ovvero il "vuoto" assistenziale, talora percepito come abbandono istituzionale, quando sono necessari, per assistere i pazienti, molteplici interlocutori e/o diverse modalità assistenziali. Tale discontinuità comporta costi, non solo economici, per il malato, la famiglia, gli operatori e per le performance del sistema assistenziale nel suo complesso.

Da un punto di vista clinico molte indagini effettuate per verificare l'aderenza ai Processi Diagnostico Terapeutici (PDT) hanno messo in evidenza che solo una modesta quota dei soggetti può essere

adeguatamente considerata “in percorso”. In termini di salute ciò significa maggiori complicanze, ricoveri ripetuti e disabilità ed in termini economici più costi evitabili.

Ancora più esplicitamente: il CReG non deve essere considerato esclusivo appannaggio dei MMG come le cure sanitarie subacute non sono da considerarsi a priori esclusiva competenza degli ospedali. Per la gestione territoriale delle patologie della cronicità sarà garantita la continuità del processo di diagnosi e cura programmato in filiera domicilio-territorio-ospedale-territorio-domicilio.

Per la gestione del processo di cura del paziente cronico le competenze dei diversi attori coinvolti procederanno in parallelo e/o in sequenza secondo distinte matrici di responsabilità tecniche sanitarie per le cure e sociali per l'assistenza.

In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia e di cronicità i principali punti di raccordo della rete delle cure saranno i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), le Asl, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale, che dovranno lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa.

## **CRONICITA' e CReG (Cronic Related Group)**

Il sistema è oggi ampiamente organizzato per affrontare la malattia in fase acuta. Poco importa che si tratti di un semplice rialzo febbrile o di un evento particolarmente drammatico come un infarto o un ictus. Regione Lombardia ha una rete di cure primarie, di continuità assistenziale ed ospedaliera di primordine ed ha progettato e realizzato uno dei migliori sistemi per l'emergenza urgenza.

Nel caso dell'acuzie la richiesta del cittadino è immediatamente percepibile, incalzante ed ineludibile. La risposta clinica (diagnosi e terapia) deve essere rapida. Le risorse tecnologiche e professionali devono essere e mantenersi di alto livello.

La gestione della fase cronica delle patologie richiede cultura, mezzi e strumenti diversi. L'inquadramento clinico in molti casi non è complesso. A ciò si aggiunga che nel paziente cronico il lavoro di tipo clinico è spesso associato ad altre attività di cura quali la valutazione di aspetti epidemiologici, attività sanitarie necessarie per effettuare attività di stadiazione, monitoraggio dei dati clinici e controllo dell'evolversi della malattia. L'evoluzione di molte malattie croniche è spesso lenta, seguendo in modo lineare l'invecchiamento della persona. Per la gran parte del decorso, anche pluridecennale, di molte malattie croniche la patologia procede attraverso fasi improvvise di riacutizzazione o scompenso o con caratteristica di prevedibilità e pertanto è richiesto un programma di monitoraggio dei dati clinici e la disponibilità di applicazioni terapeutiche.

L'obiettivo è mantenere cronica la cronicità il più possibile garantendo al soggetto il miglior compenso clinico, ritardando il più possibile il danno d'organo con le note conseguenze in termini di invalidità e/o disabilità. Per questo tipo di attività non necessariamente è richiesta un'alta specializzazione e l'intervento non si esaurisce nell' *hic et nunc* tipico dell'intervento ospedaliero acuto ma si sviluppa in molteplici attività di varia natura ma orientate, nel corso degli anni, allo stesso obiettivo.

E' sempre più evidente che per opporsi alle malattie croniche sono necessari strumenti, competenze ed organizzazione che solo in parte si sovrappongono a quelli utilizzati per la patologia acuta e richiedono lo sviluppo di metodi ed idee innovative.

Da alcuni anni sono in atto varie esperienze (gruppi di cure primarie, dote sanitaria, ambulatori di patologia, network di patologia, etc.) che esprimono positivamente nuovi percorsi e l'impegno di molti professionisti per operare in modo sinergico per matrici di responsabilità ed innovativo.

Queste sperimentazioni hanno puntato quasi esclusivamente sul coinvolgimento del MMG considerandolo il principale agente di cui il sistema dispone per affrontare le esigenze post acute e territoriali della cronicità.

L'evoluzione della malattia cronica richiede l'elaborazione di Piani di cura individuali e flessibili, temporalmente adeguati, in relazione ai bisogni che progressivamente emergono, modellati a partire da percorsi diagnostico terapeutici condivisi, realizzando in questo modo una continuità delle cure nel processo a livello individuale.

Per dare "continuità individuale" al piano di cura è necessaria una "continuità di sistema" tra i vari soggetti della rete dei servizi a qualsiasi stadio della malattia intervengano. L'approccio sinergico di processo per matrici di responsabilità realizza, tra l'altro, la piena attuazione dei livelli essenziali di assistenza nei suoi diversi ambiti (prevenzione, distrettuale, ospedaliero) oltre alla continuità delle cure.

La stadiazione della malattia è fondamentale per uniformare i bisogni, per definire il percorso di cura individualizzato e le risorse necessarie.

Di conseguenza diviene necessario che i sistemi informativi di rilevazione delle attività di ricovero vengano al più presto arricchiti prevedendo di raccogliere informazioni anche sui diversi stadi di gravità delle principali patologie croniche (scompenso cardiaco, BPCO, Osteoporosi, patologie neuromuscolari, diabete .....).

Gli strumenti utilizzati per affrontare la malattia acuta possono non essere sufficienti per l'affronto della malattia cronica e, pertanto, richiedono un impegno per lo sviluppo tecnologico sanitario, soprattutto nell'ambito della teletrasmissione dei dati clinici.

Le conseguenze per la salute dei cittadini sono che molti soggetti affetti da patologia cronica non fanno di esserlo o non si curano adeguatamente e vanno incontro a precoci complicanze perdendo salute e qualità di vita. Per i professionisti del sistema è quindi necessario dotarsi di una organizzazione specifica che porti a una costante collaborazione tra cure primarie e livello specialistico.

Protocolli terapeutici condivisi disegnano la continuità delle cure per matrici di responsabilità e renderanno possibile un utilizzo appropriato delle risorse elidendo duplicazioni di servizi e di prestazioni e favoriranno un miglior orientamento dei pazienti fra i diversi servizi necessari alla loro cura.

Si intende quindi sperimentare un modello di gestione extraospedaliera della cronicità che integri e migliori i servizi esistenti e che coinvolga, in una dinamica sussidiaria, le competenze che, concordando con l'obiettivo posto, accettino di mettersi a disposizione del sistema per realizzare sempre più la continuità delle cure.

**Lo strumento che si intende implementare è denominato CReG (Cronic Related Group).**

Con tale termine si intende una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), deve garantire, senza soluzioni di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG è patologia specifica finanziato dai LEA.

Per avviare la nuova organizzazione sono indispensabili tre elementi tecnologici ed una piattaforma organizzativa.

## **I PILASTRI TECNOLOGICI**

### ***BDA.***

Il primo riguarda la capacità dei nostri sistemi informativi di identificazione e stadiazione della malattia cronica.

Attualmente è in uso in tutte le ASL la cosiddetta BDA (banca dati assistito) grazie a cui è possibile individuare e classificare tutti i soggetti affetti da patologie croniche. Questo tipo di classificazione, fortemente improntato alla logica epidemiologica, non è spesso in grado di distinguere le diverse fasi evolutive di una stessa malattia, soprattutto relativamente alle diverse necessità di prestazioni e di servizi.

Questa è la ragione per cui si rende necessario modificare gli attuali criteri di identificazione delle classi BDA proprio per renderli più pertinenti alle diverse fasi e necessità di cura della cronicità già positivamente sperimentati con la Dote Sanitaria.

### ***PDT (processi diagnostico terapeutici di cura) e linee guida***

Rappresentano il secondo pilastro tecnologico in quanto servono ad identificare gli appropriati fabbisogni di cura di ogni cronicità. Rappresentano, dei tre, l'elemento maggiormente sviluppato nella nostra regione. Sono state formalizzate e condivise procedure diagnostiche e terapeutiche regionali per le principali patologie croniche (ipertensione, diabete, BPCO, etc.). In questo caso il lavoro richiede il miglioramento continuo della qualità delle cure sanitarie attraverso il riordino e l'aggiornamento dei documenti di consenso già prodotti. Lo sviluppo di linee guida e di processi di cura è fondamentale per monitorare l'adesione ai percorsi e per implementare il sistema dei controlli.

### ***Criterio di remunerazione del servizio***

La logica che guida la definizione del rimborso è molto simile a quella che viene utilizzata per classificare e pagare le attività erogate in acuzie (DRG). Ad ogni raggruppamento omogeneo di

patologia o pluripatologia è assegnata una tariffa che comprende i consumi per ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno, protesica, ospedalizzazione domiciliare e degli eventuali ricoveri effettuati in ingresso nelle c.d. strutture subacute.

Nella tariffa sono ricompresi la compilazione dei piani terapeutici individuali di cura, il debito informativo, il rilascio dell'esenzione per patologia, la fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci in WEB o a domicilio, gli eventuali trasporti (dializzati). Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acut, quelli in riabilitazione e la quota capitaria del MMG.

I tre elementi di base di cui sopra rappresentano i pilastri tecnologici indispensabili su cui costruire la nuova piattaforma organizzativa.

## **PIATTAFORMA ORGANIZZATIVA**

### ***Individuazione dei pazienti***

Le 5 ASL nel cui territorio si svolgerà la sperimentazione, che saranno individuate dalla DG Sanità entro il 31 dicembre 2010, secondo i nuovi criteri che saranno applicati alla BDA, individuano i pazienti da reclutare nel progetto. In una prima fase le patologie individuate saranno: Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scompenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi, patologie neuromuscolari. L'Area territoriale minima sarà rappresentata da un distretto. E' infatti indispensabile avere un numero di pazienti sufficiente per ridurre al minimo la variabilità di consumi osservati rispetto a quelli attesi che saranno la base per definire l'ammontare economico del cosiddetto CReG.

### ***Assegnazione delle risorse***

Una volta definito l'ammontare delle risorse da dedicare per la realizzazione del progetto le stesse saranno assegnate a quei soggetti accreditati già a contratto governati dalla ASL che si faranno carico di garantire le cure.

Gli attori coinvolti dalla ASL in questo processo opereranno nell'ottica prevalente di assicurare la continuità di cura. La ASL contratterà direttamente con gli erogatori le prestazioni necessarie. Nessun vincolo deve essere posto alla libera scelta del cittadino.

I soggetti accreditati già a contratto e coordinati dalla ASL operano in modo sinergico secondo le matrici di responsabilità di processo. Il ruolo della ASL è quello di governance e di monitorare, valutare e perseguire l'appropriatezza dei processi clinico-terapeutici.

Alla ASL è lasciato ampio margine per sperimentare le modalità tecnologiche ed organizzative sanitarie più consone al perseguimento dell'obiettivo (call center, telemedicina, carte della salute, etc.).

### ***Contratto***

Il contratto è formulato dalla ASL e condiviso dai soggetto accreditati e già a contratto e deve definire:

- gli elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito,
- l'elenco degli assistiti a cui assicurare la continuità di cura,
- la valutazione iniziale dei bisogni attesi,
- le modalità di sinergia, collaborazione e raccordo con le cure primarie e le funzioni ospedaliere e territoriali dell'ospedale.
- gli obiettivi da raggiungere con relativi indicatori di processo intermedi e finali (chiari, realistici e misurabili);
- la modalità di trasmissione delle informazioni
- le modalità di pagamento,
- le modalità attuative dei controlli

### ***Rendicontazione delle attività rese***

In analogia a quanto avviene per la remunerazione delle attività per acuti è necessario che ogni percorso attuato sia adeguatamente rendicontato attraverso modalità formali. Alla ASL dovranno essere comunicati per ogni singolo soggetto il tracciato record degli eventi formalmente rappresentati attraverso una sorta di Scheda di Percorso Territoriale in analogia a quanto avviene per i ricoveri ospedalieri con la SDO. La SPT può anche essere eventualmente surrogata dal patient file o dal FSE (fascicolo sanitario elettronico).

### ***Attività di controllo***

Sono in carico alla ASL che definisce nel contratto le modalità di esecuzione e la numerosità dei percorsi da controllare.