

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE
TERRITORIO: RETI CLINICHE INTEGRATE E SANITÀ TERRITORIALE**

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 27 del 12/07/2023



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

COMMISSIONE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE - OTGC

DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE TERRITORIO: RETI CLINICHE INTEGRATE E SANITÀ TERRITORIALE

Gruppo di lavoro:

Giancarlo Landini -Coordinatore

Massimo Alessandri, Elisabetta Alti, Filomena Autieri, Cristiana Baggiani, Pietro Claudio Dattolo, Valeria Dubini, Paolo Francesconi, Luciano Gabbani, Rossella Marcucci, Rita Marianelli, Stefano Michelagnoli, Angelica Moretti, Sandra Moretti, Enrico Mossello, Chiara Salvestrini, Andrea Ungar, Paolo Zoppi.

Il contesto

La crescita inesorabile delle cronicità nella popolazione occidentale e non solo, con il suo carico di crescenti bisogni assistenziali e di complessità, rappresenta la sfida che i Sistemi sanitari devono affrontare in un contesto di contenimento delle risorse.

Le malattie croniche rappresentano, nei paesi Occidentali, una sorta di epidemia, responsabile dell'85% dei costi della sanità e la loro prevalenza nella popolazione aumenta di anno in anno.

Molteplici studi descrivono che circa la metà della popolazione con più di 75 anni ha tre o più condizioni croniche e che coloro che superano gli 85 anni hanno un rischio di sviluppare comorbidità sei volte superiore rispetto a coloro che hanno tra 65 e 69 anni. Avere più patologie croniche che frequentemente si riacutizzano condiziona negativamente la qualità della vita, la capacità di lavorare, crea disabilità e aumenta in maniera importante la mortalità.

Non si può pensare che l'ospedale sia l'unica possibilità di cura. Il rafforzamento del territorio è inevitabile come è inevitabile implementare lo stretto collegamento fra ospedale e territorio fino a prospettare una assistenza integrata ospedale –territorio definendo i vari ambiti in maniera chiara con regole di ingaggio definite.

La piena **continuità dei servizi** significa che non si avverte più se il paziente è in ospedale o fuori perché è sempre realmente **preso in carico**. Una rivoluzione copernicana che vede tutto ruotare intorno al paziente e non i pazienti che "ruotano" fra i servizi. Il punto qualificante è il domicilio come primo luogo di cura. Questo si può ottenere portando a casa una assistenza a più alta intensità.

È essenziale quindi presidiare i bisogni correlati alla cronicità, riprogettando l'intera filiera dei servizi erogati nel contesto di una piena integrazione tra Ospedale e Territorio.

La scelta del modello organizzativo

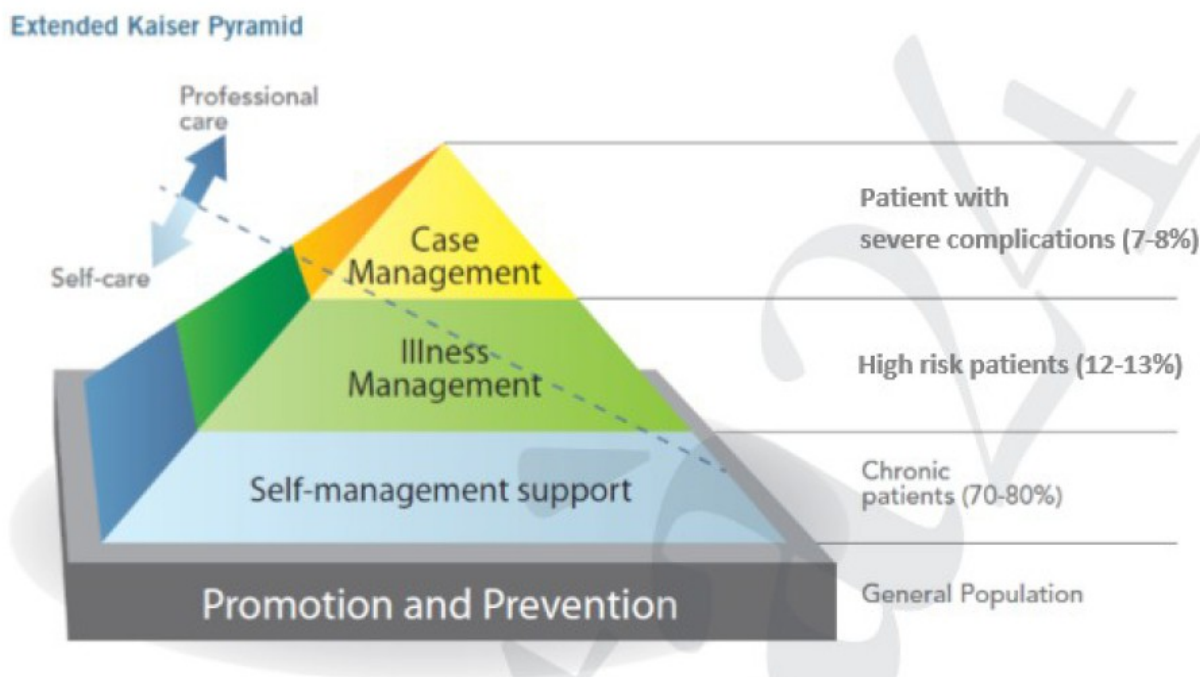
In letteratura troviamo numerosi contributi che descrivono modelli organizzativi che si pongono come obiettivo quello di offrire il miglioramento degli esiti delle cure, il coinvolgimento dei cittadini, il miglioramento della qualità percepita ed il contenimento dei costi.

Già nel 1994 Stephen M. Shortell parla della creazione di un sistema chiamato "**Integrated Delivery System**" capace di garantire il superamento della frammentarietà della risposta sanitaria, rendendo possibile, per i percorsi diagnostico-terapeutici dei malati cronici, la contemporanea offerta sia della necessaria alta concentrazione dei saperi attraverso team multi-specialistici in Ospedale, sia la presa in carico, per la continuità e la prossimità delle cure sul Territorio.

In precedenza, a metà del secolo scorso, era stato prospettato il "**Progressive Patient Care**" (1959 AJN) in cui l'assistenza ai pazienti sia in ospedale che sul territorio è effettuata secondo intensità di cura e si attiva per gradi di complessità clinica secondo un modello proattivo.

Negli anni 2000 è stato infine messo a punto il modello dell' "**Hospital without walls**" in cui le competenze, anche di alta specializzazione, non sono concentrate solo in ospedale ma si proiettano senza ostacoli nel territorio (BMJ;347 Settembre 2013) "The hospital ceases to be somewhere; it becomes everywhere".

Per meglio capire dove i modelli di assistenza socio-sanitaria possono agire e come si implementa la continuità nei vari livelli è importante considerare la cosiddetta **piramide di population management** che classifica i pazienti cronici in sottogruppi sulla base dello stadio di sviluppo della stessa, oltre ad enfatizzare la promozione della salute per tutta la popolazione sana.



Questa stratificazione serve per differenziare le strategie di intervento e quindi i percorsi assistenziali a seconda dei differenti bisogni dei sottogruppi, in particolare per quelli con maggiore complessità, come nel 7-8% dei pazienti posti all'apice della piramide, che rappresentano il target a maggiori costi, sia di salute che economici.

Nella parte centrale della piramide troviamo quei pazienti ad alto rischio (12-13%), a cui è stata fatta la diagnosi di patologia cronica precocemente, ma che hanno bisogno di interventi specifici per contrastare la malattia.

Nella base della piramide troviamo la popolazione sana, quella cioè su cui investire e su cui sviluppare i programmi di prevenzione delle malattie, affinché mantengano uno stato di salute più elevato possibile.

La messa a terra del progetto

L'attuazione della riforma della sanità territoriale varata in concomitanza della applicazione del PNRR sta creando una serie di strutture che sono lo scheletro organizzativo che può essere utilizzato per realizzare una efficace continuità assistenziale:

- 1) **Casa di Comunità**
 - a) I Livello- SPOKE (AFT strutturate dei MMG)
 - b) II Livello- HUB (ex Case della Salute con Day Service territoriale)
- 2) **COT (Centrale Operativa Territoriale):** evoluzione della ACOT. Con due livelli di intervento aziendale e zonale. Indirizza i flussi delle necessità clinico –assistenziali del territorio di competenza.
- 3) **Ospedale di Comunità:** coprono il setting delle cure intermedie necessaria cerniera con accesso sia dall'ospedale che dal territorio.

Operativamente si devono creare due reti cliniche interdipendenti che dialogano attraverso le strutture territoriali in cui ambedue i sistemi partecipano.

- 1) **Rete di prossimità** : con la finalità di raggiungere l'obiettivo di "**casa primo luogo di cura**" che ha come perno il Medico di Medicina Generale(MMG) e L' Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC) integrati da specialisti ospedalieri e professionisti sanitari dell'area tecnica, della riabilitazione e della prevenzione(ad es. dietista , fisioterapista etc...)
- 2) **Rete specialistica integrata e strutturata** in cui la specialistica ospedaliera è organizzata con ambulatori complessi e Day Service con ausilio di telemedicina e teleconsulto con connessioni orizzontali anche fra presidi diversi.
- 3) **Gruppo Intervento Rapido Ospedale Territorio(GIROT)**: che si situa fra le due reti , gestito dalla Geriatria e dalla Medicina Interna , permette di trattare a domicilio una parte degli anziani a basso livello funzionale con patologia acuta. Il GIROT è attivato dal MMG che ha in cura il paziente. Medici specialisti del GIROT e MMG cogestiscono il paziente rimanendo il MMG il team leader della equipe.

Queste funzioni creano una **equipe unica di cura** che lega insieme l'ospedale di riferimento ,collegato con le rete specialistica integrata e strutturata agli altri presidi ospedalieri, con le strutture territoriali di prossimità (AFT dei MMG , Case della Salute, Ospedale di Comunità) in modo di ottenere una presa in carico globale del paziente. Tale gruppo specialistico viene attivato su richiesta del **MMG** che ha in cura il paziente.

Alla luce di quanto sopra descritto un **Progetto di Reti Cliniche integrate e strutturate** si pone come obiettivo generale quello di definire un modello di medicina proattiva per la gestione della cronicità, della complessità e della fragilità, in accordo con i principi dello **Health Population Management** e delle indicazioni della Regione Toscana e del **Piano Nazionale della Cronicità**.

Il nuovo modello assistenziale si sviluppa nelle seguenti fasi:

- a) la identificazione della popolazione target;
- b) la stratificazione della popolazione target, in funzione della gravità/complessità delle singole patologie, identificando così sottopopolazioni che potrebbero costituire in seguito la base di valutazioni del corretto utilizzo delle risorse
- c) la individuazione della rete clinica integrata strutturata con un relativo **team assistenziale multi-professionale** rappresentato dalle seguenti figure professionali:
 - 1)medico di Medicina Generale (**affidente ad una Aft**)
 - 2)medico specialista di branca (**referente clinico di Aft**)
 - 3)infermiere di famiglia
 - 4)assistente sociale
 - 5) altri professionisti sanitari attivabili secondo il bisogno clinico prevalente.

La **rete clinica integrata** è uno dei cardini distintivi del Progetto ed è un modello che cerca di rispondere alle criticità manifestate col tempo dal **Chronic Care Model**, quali:

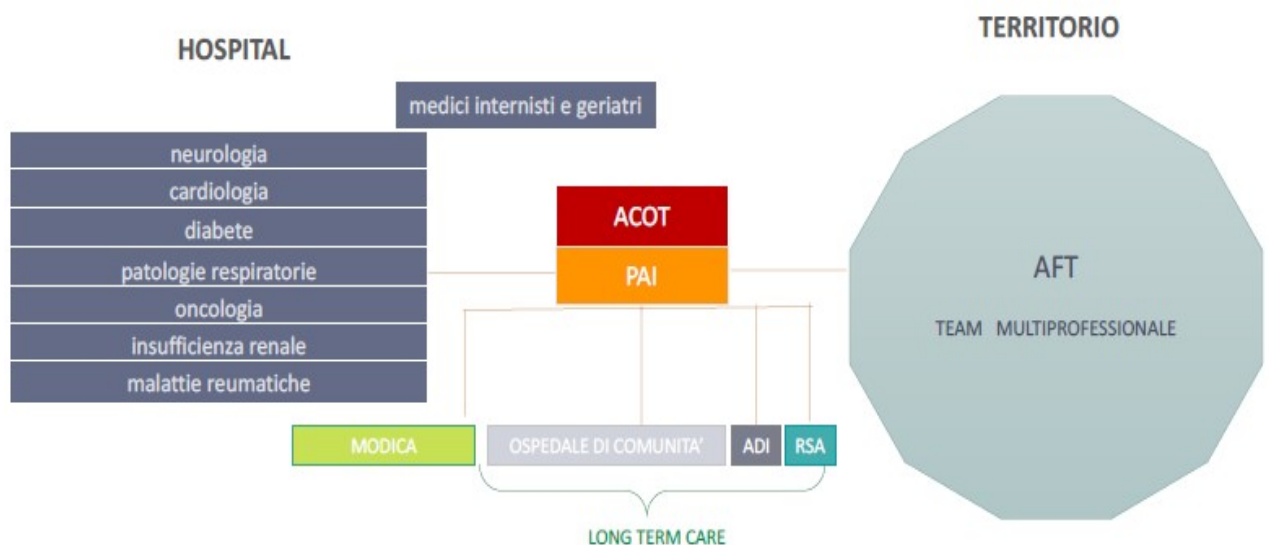
- a) la mancanza di una personalizzazione delle cure (i Pdta sono incentrati più sulla malattia che sulla persona)
- b) l'autoreferenzialità dei vari attori coinvolti con il rischio di una frammentarietà della cura
- c) l'assenza di una reale integrazione da Ospedale e Territorio

Perché la rete clinica integrata e strutturata sia strumento innovativo ed efficace è necessario però definirne alcune caratteristiche:

- a) coinvolgimento dei professionisti nel team mediante assegnazione nominale in modo che la popolazione di riferimento possa sempre relazionarsi con le stesse persone
- b) definizione di un **piano assistenziale individuale (PAI)** da garantire ad ogni singolo cittadino di cui il responsabile clinico è il MMG. Nel territorio è il MMG che detiene la presa in carico dell'assistito lungo tutto il percorso clinico assistenziale, assicurando la continuità assistenziale e attivando, di volta in volta, i percorsi di cure necessari e specifici per quel paziente. IL PAI è il contesto ottimale nel quale sviluppare il percorso condiviso delle cure ai sensi della legge 24/2017.
- c) sistema di relazione tra medici ed assistiti e tra medici stessi, utilizzando anche metodiche di telemedicina quali televisita e teleconsulto
- d) definizione di strumenti di valutazione di performance

- e) definizione di presa in carico per intensità di cura del paziente (**Progressive patient care**)
- f) definizione dei setting più idonei alla erogazione della assistenza e dei conseguenti modelli organizzativi del lavoro del team (**Case della comunità**). Al paziente deve essere garantita un'erogazione dell'assistenza il più vicino possibile (**domiciliarità o Rete di prossimità**). Nella Rete di prossimità il **team assistenziale multi-professionale** gestisce il percorso di cura in base ai livelli di intensità di cura. La gestione dei pazienti non può prescindere da un **briefing strutturato** periodico organizzativo ed operativo sui pazienti in presenza o in remoto del team assistenziale in modo che si venga a creare effettivamente una équipe unica di cura.
- g) **Ambulatorio protetto diurno e/o Day Service**, garantito dall'Ospedale di riferimento, per la diagnostica ed i trattamenti ambulatoriali più complessi
- h) Importante è anche lo sviluppo dei **Consultori Familiari**. Il punto è garantire oltre all'accoglienza ed al supporto psicosociale, risposte competenti di promozione di salute offrendo quindi strutture attrezzate e misurate su un criterio di qualità e non solo di quantità. In questa ottica nelle case di Comunità sarebbe possibile organizzare ambulatori per le urgenze (ad esempio una per zona distretto) che rispondano in tempi rapidi a quei codici bianchi che si rivolgono attualmente al PS (perdite ematiche in gravidanza, flussi mestruali abbondanti, dolore pelvico) e potrebbero viceversa accogliere invii dei codici minori da parte dei PS di zona. Particolare attenzione richiedono i Consultori Giovani, che si rivolgono ad adolescente in età compresa da 14 a 24 anni. Gli operatori consultoriali possono svolgere attività di informazione sui percorsi e di educazione sanitaria sia nei territori che nelle scuole e possono avvalersi del terzo settore su progetti specifici (donne straniere vittime di tratta e tortura, accompagnamento all'IVG o al percorso mamma segreta per donne particolarmente fragili, intercezione di fenomeni di violenza).

INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO (apice della piramide)



I referenti clinici di Aft

Per ogni percorso di patologia cronica e per ciascuna Aft si deve identificare un referente clinico.

Il referente clinico fa generalmente parte di una Struttura professionale ospedaliera competente, per quella patologia, in quel territorio

Il referente clinico svolge la sua attività prevalentemente in Ospedale, ma può essere proiettato sul territorio sia in presenza che da remoto, utilizzando le metodologie che la Telemedicina oggi mette a disposizione (teleconsulto, televisita e quant'altro)

Le **Case di Comunità** potranno essere i luoghi dove questa attività extramuraria si svolgerà in un prossimo futuro.

Le strutture ospedaliere a disposizione

Le attività ospedaliere che si inseriscono nei percorsi di diagnosi e cura delle patologie croniche sono così articolate:

- a) ambulatorio di diagnosi e cura di 2° livello
- b) ambulatorio protetto a ciclo diurno e/o Day Service
- c) ricovero ospedaliero

Ambulatorio di 2° livello

Ambulatorio dedicato per patologia e gestito prevalentemente dal referente clinico di Aft per quella patologia.

A questo ambulatorio afferiscono pazienti:

- a) inviati dal Mmg per una prima visita
- b) pazienti in fase iniziale di instabilizzazione, sempre inviati dal Mmg
- c) pazienti dimessi da un reparto ospedaliero per iniziale follow up

Nell'Ambulatorio dedicato di 2° livello si svolgono le seguenti attività:

- a) diagnostica
- b) clinico-terapeutica (valutazione, assieme al Mmg, dell'adeguatezza del Piano di assistenza individuale, ottimizzazione della cura)
- c) educativa
- d) di dimissione (verso il Territorio, verso il day Service, verso il ricovero ospedaliero)

Ambulatorio protetto a ciclo diurno o Day service

Struttura ambulatoriale complessa e multidisciplinare per la presa in carico di pazienti cronici con instabilizzazione che non necessitino ancora di ricovero. I pazienti possono provenire da:

- a) Mmg che, contattato il referente clinico di Aft, ne propone il passaggio in Day Service
- b) Ambulatorio di 2° livello

In questa struttura ambulatoriale a più alta intensità di cura si svolgono le seguenti attività:

- a) diagnostica, potendo avvalersi di tutte le metodiche disponibili, come se il paziente fosse ricoverato
- b) terapeutica, utilizzando anche farmaci ospedalieri per via infusiva
- c) di dimissione verso il Territorio oppure, di fronte ad aggravamento o mancata risposta al trattamento, verso il ricovero ospedaliero

Ricovero ospedaliero

In questo modello il paziente cronico con grave riacutizzazione può essere ricoverato nel reparto competente per patologia (direttamente dal Mmg o dal referente clinico di Aft che ha visto il paziente nelle strutture ambulatoriali dedicate), evitando di transitare dal Pronto Soccorso

I percorsi assistenziali dei pazienti con patologia cronica nella Rete di prossimità

I percorsi assistenziali territoriali dei pazienti affetti da malattie croniche sono graduati per intensità di cura e si suddividono in:

- a) **programmati**: paziente clinicamente stabile, con Pai
- b) **programmabili**: paziente in instabilità clinica a bassa/media intensità (**urgenza differibile**)
- c) **non programmati**: paziente con instabilità clinica di patologia cronica ad alta/medio-alta intensità (**urgenza non differibile**)

Sanità territoriale per progressività di cura

Si viene a creare un sistema di cura territoriale con risposte differenziate progressive basate sulla urgenza e complessità dell'intervento:

- 1) **Emergenza/ urgenza indifferibile**: invio al PS/Dea di competenza
- 2) **Urgenza differibile**: Day service multidisciplinare ospedaliero/ricovero diretto nel reparto specialistico ospedaliero appropriato.
- 3) **Paziente ambulatoriale complesso**: Day Service multidisciplinare territoriale in Casa di Comunità HUB
- 4) **Paziente anziano a basso livello funzionale** : Presa in carico domiciliare in cogestione GIROT/MMG o invio presso Ospedale di Comunità.

Inoltre una **gestione integrata a del paziente cronico** con possibilità di usufruire in maniera diretta dei servizi di II livello, integrando i livelli di priorità di accesso a percorsi ambulatoriali e/o al ricovero (di tipo medico) all'interno del più vasto ambito del governo delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie.