



**I PIANO AZIENDALE
DELLA CRONICITA'**

**2018-
2020**

DIREZIONE AZIENDALE
ASL DI RIETI
DIREZIONE.GENERALE@ASL.RIETI.IT

Sommario

1.	Definizioni, epidemiologia, costi.....	3
2.	Il trend demografico e l'incidenza delle patologie croniche in Italia	4
3.	Alcuni dati sui costi della cronicità in Italia	8
4.	Differenti bisogni del paziente con malattia cronica	9
5.	Il concetto di integrazione e i modelli di riferimento in letteratura scientifica.	10
6.	Sintesi della revisione normativa	15
7.	Il Contesto Demografico della Provincia di Rieti	16
8.	Il profilo epidemiologico della popolazione reatina.....	21
	<i>Mortalità generale e speranza di vita</i>	21
	<i>Analisi della mortalità per causa</i>	22
	<i>L'ospedalizzazione</i>	24
9.	I Distretti Socio-Sanitari nell'Azienda Sanitaria Locale Rieti.....	25
10.	Obiettivi strategici della ASL di Rieti sulla cronicità	26
11.	La strutturazione di Percorsi Assistenziali per la cronicità	27
	<i>Percorsi Assistenziali che diano evidenza a contributi e responsabilità</i>	28
	<i>Percorsi Assistenziali che siano strumenti di Empowerment</i>	29
12.	Elementi trasversali della presa in carico delle cronicità.....	33
	<i>Diseguaglianza, fragilità e vulnerabilità</i>	33
	<i>Sanità digitale</i>	35
	<i>Umanizzazione</i>	36
13.	Le cronicità in età evolutiva	38
14.	Obiettivi delle reti verso la cronicità della ASL di Rieti	39
	<i>Obiettivi dell'area della organizzazione dei servizi territoriali verso la cronicità</i>	39
	<i>Obiettivi generali:</i>	39
	<i>Linee di intervento operative entro il 2018:</i>	39
	<i>Linee di intervento operative entro il 2019:</i>	39
	<i>Obiettivi dell'area dell'integrazione sociosanitaria verso la cronicità</i>	40
	<i>Obiettivo generale:</i>	40
	<i>Linee di intervento operative entro il 2018:</i>	40
	<i>Linee di intervento operative entro il 2019:</i>	40
	<i>Obiettivi dell'area della organizzazione dell'assistenza ospedaliera verso la cronicità</i>	41
	<i>Obiettivi generali:</i>	41
	<i>Linee di intervento operative entro il 2018:</i>	41
	<i>Linee di intervento operative entro il 2018:</i>	41
	<i>Risultati generali attesi, comuni alle tre aree precedentemente indicate:</i>	41
15.	Le reti assistenziali della ASL di Rieti.....	42
16.	I PDTA per pazienti cronici nella ASL di Rieti	43
17.	Le Comunità di pratica nella gestione dei PDTA per i pazienti cronici.	44
18.	Bibliografia:.....	46

1. Definizioni, epidemiologia, costi

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione della persona assistita da parte dei diversi professionisti sanitari interessati e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multi morbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).

Le condizioni di salute di questi pazienti hanno un rischio maggiore di *outcome* negativi, quali aumento della morbidità, aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità.

La stessa definizione OMS di malattia cronica (*"problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni"*) fa chiaro riferimento all'impegno di risorse, umane, gestionali ed economiche, in termini sia di costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.) che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita ecc.), necessarie per il loro controllo.

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo.

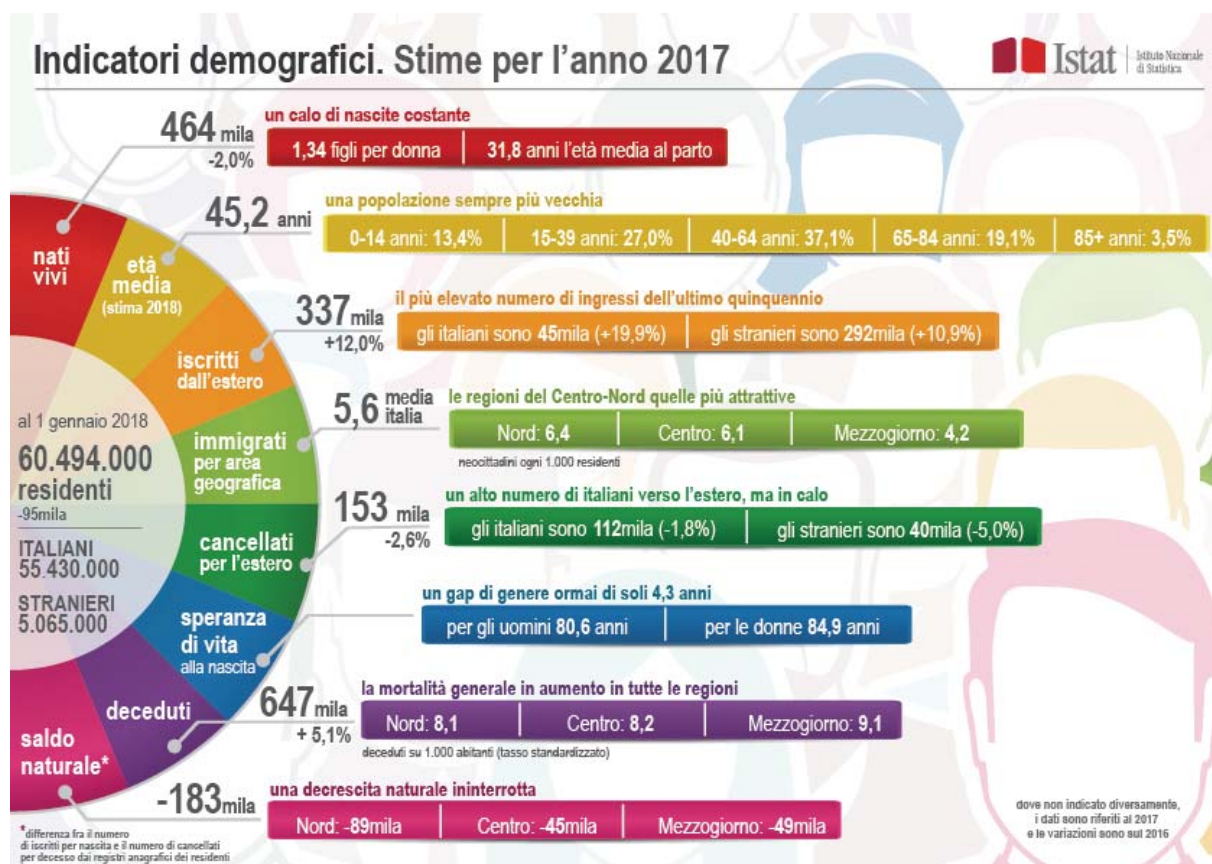
Nella Regione Europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia rispetto a quella sotto i 15 anni. I dati indicano inoltre come all'avanzare dell'età le malattie croniche diventano la principale causa di morbidità, disabilità e mortalità, e gran parte delle cure e dell'assistenza si concentra negli ultimi anni di vita. Inoltre si è osservato che le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute. Tuttavia, per molte di esse può essere utile un'attività di prevenzione che agisca sui fattori di rischio comuni: uso di tabacco e alcol, cattiva alimentazione e inattività fisica.

La cronicità, infine, è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione con conseguente aumento di stress psicologico, ospedalizzazioni, uso di risorse (sanitarie, sociali, assistenziali) e mortalità. Secondo dati ISTAT, due milioni 600 mila persone vivono in condizione di disabilità in Italia (4,8 % della popolazione, totale, 44,5 % nella fascia di età >80 anni) e ciò testimonia una trasformazione radicale nell'epidemiologia del nostro Paese¹.

In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di Euro per anno.

¹ Istituto Superiore Sanità, I Conferenza Italiana sull'accesso alle Cure nelle malattie croniche - ROMA 21 settembre 2010. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 4° Rapporto (2012) N.N.A (Network non autosufficienza) Rapporto promosso dall'IRCCS - INCRA Ancona per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento.

2. Il trend demografico e l'incidenza delle patologie croniche in Italia



Le nascite hanno toccato il picco del -2% rispetto al 2016 con solo 464 mila nuovi nati. La media dei nati è di 1,34 per donna, ma sebbene in aumento, secondo le proiezioni dell'Istat con alta probabilità le future nascite non potranno compensare i futuri decessi.

Fino al 2040 le nascite dovrebbero mantenersi costantemente intorno a 460-465 mila unità annue. I decessi, però, saliranno in misura progressiva da 646 mila nell'anno base a 736 mila nel 2040.

Nel prossimo futuro, poi, i residenti saranno sempre più concentrati nelle regioni del Centro Nord e gli immigrati arriveranno a quota 2,6 milioni. Il saldo migratorio con l'estero, positivo per 184 mila unità, registra un consistente incremento annuale.

Aumentano le immigrazioni, pari a 337 mila (+12%) mentre diminuiscono le emigrazioni, 153 mila (-2,6%). Non si rilevano, invece variazioni significative sulla speranza di vita alla nascita: 80,6 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne.

Il gap di sopravvivenza tra donne e uomini scende a 4,3 anni.

Sulla speranza di vita si notano leggere variazioni a livello territoriale. I valori massimi continuano a registrarsi nel Nord-Est del Paese, dove gli uomini hanno una vita media di 81,2 anni (+0,1 sul 2016) e le donne 85,6 (invariata).

Quelli minimi, invece, si ritrovano nel Mezzogiorno con 79,8 anni per gli uomini (-0,1 sul 2016) e 84,1 per le donne (-0,2). Per contro la mortalità generale è più alta nel Mezzogiorno con il 9,1%, rispetto al Centro (8,2%) ed al Nord (8,1%). Il 22,6% della popolazione ha età compiuta superiore o uguale ai 65 anni, il 64,1% ha età compresa tra 15 e 64 anni mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni.

Nel 2015 rimane costante la percentuale di chi dichiara di essere in buona salute (69,9%) e diminuisce dello 0,6% quella di chi dichiara di avere una o più patologie croniche rispetto al 2014 (tabella 1). Aumenta la percentuale di chi assume farmaci (dal 40,7% del 2014 al 41% del 2015). La patologia cronica più diffusa tra quelle prese in esame rimane sempre l'ipertensione (17,1%) seguita da artrosi/artrite (15,6%) e da malattie allergiche (10,1%).

Tabella 1 Incidenza delle patologie croniche, qualità di vita percepita

Tavola 4.15 Popolazione residente per condizione di salute, malattie croniche dichiarate, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, sesso, classe di età e regione
Anno 2016, per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona

ANNI CLASSI DI ETÀ	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper-tensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteo-porosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duodenale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
2012	71,0	38,7	20,5	43,2	5,5	16,5	6,2	16,8	7,7	3,6	10,6	4,4	2,7	39,3
2013	70,3	38,0	20,1	41,5	5,4	16,8	5,9	16,5	7,5	3,7	10,0	4,0	2,7	39,8
2014	69,9	38,9	20,4	41,2	5,5	17,4	5,8	16,1	7,5	3,9	10,3	4,2	2,6	40,7
2015	69,9	38,3	19,8	42,3	5,4	17,1	5,6	15,6	7,3	3,9	10,1	4,0	2,4	41,0

Fonte: *Annuario Statistico Italiano 2016* - ISTAT

Tabella 2 Incidenza delle patologie croniche, qualità di vita percepita per Regione

Tavola 4.15 segue Popolazione residente per condizione di salute, malattie croniche dichiarate, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, sesso, classe di età e regione
Anno 2016, per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona

REGIONI	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper-tensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteo-porosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duodenale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
2016 - PER REGIONE														
Piemonte	69,2	40,6	20,5	43,5	4,5	18,4	5,2	15,4	6,7	4,1	10,2	4,7	2,6	45,6
Valle d'Aosta/Valleée d'Aoste	71,8	39,5	19,6	52,7	4,2	13,7	6,4	16,2	5,6	3,4	12,4	4,2	2,5	43,6
Liguria	67,2	42,3	24,9	39,1	4,7	20,5	6,2	20,0	9,2	3,9	9,9	4,7	2,4	49,0
Lombardia	72,4	40,5	20,0	48,8	4,7	16,7	5,4	14,0	5,9	4,0	12,7	4,7	2,7	43,9
Trentino-Alto Adige/Südtirol	81,4	32,6	14,3	57,9	3,3	11,8	4,5	11,6	4,6	2,7	10,1	3,5	2,0	35,1
Bolzano-Bözen	84,5	29,8	11,4	64,0	3,4	10,0	4,0	9,1	3,3	2,0	8,9	3,0	1,4	31,3
Tirol	78,5	35,3	17,1	52,9	3,2	12,9	5,0	13,9	5,7	3,2	11,3	3,9	2,8	38,9
Veneto	69,5	39,4	20,0	45,5	4,3	17,0	5,4	15,2	6,5	4,1	10,6	4,7	2,9	44,8
Friuli-Venezia Giulia	70,8	38,9	18,6	44,3	4,6	15,8	3,8	13,9	5,1	4,2	10,7	3,4	1,9	40,6
Emilia-Romagna	73,5	42,0	21,0	48,4	5,1	17,3	6,0	16,0	6,6	4,6	11,3	4,7	2,4	44,5
Toscana	69,0	38,6	19,8	40,6	4,9	15,4	5,5	15,4	7,9	3,5	10,7	5,1	1,6	44,3
Umbria	66,9	43,6	25,3	43,5	6,1	21,3	7,8	19,7	9,1	5,6	11,4	5,7	3,9	46,4
Marche	67,1	41,2	20,2	42,0	4,4	16,4	5,8	17,2	6,6	4,3	10,1	4,8	3,5	42,7
Lazio	69,1	38,6	20,5	40,8	6,5	16,4	6,3	15,3	9,5	3,9	11,2	4,2	2,4	40,8
Abruzzo	66,6	42,5	23,6	37,5	5,8	19,8	6,3	18,8	9,6	3,9	12,7	4,5	3,2	42,3
Molise	67,1	39,7	21,1	35,8	4,9	18,9	5,3	19,2	8,8	4,0	8,2	3,9	3,0	41,6
Campania	72,0	34,0	19,2	38,4	5,7	17,0	5,8	15,4	7,5	3,0	8,1	4,0	2,0	32,0
Puglia	70,1	38,0	20,6	40,0	5,7	18,4	6,1	16,0	8,5	4,1	11,2	3,8	1,9	36,9
Basilicata	63,0	38,6	21,1	28,7	7,6	16,3	5,5	19,2	8,1	4,7	10,8	3,8	2,5	37,0
Calabria	62,1	37,8	22,7	28,7	7,9	19,6	6,2	18,4	9,6	3,6	9,5	4,6	3,1	38,1
Sicilia	70,6	37,5	22,0	36,0	6,0	19,0	6,0	17,2	8,6	3,8	9,4	4,8	1,7	37,6
Sardegna	63,0	43,3	25,1	35,7	5,2	18,7	7,0	19,6	11,3	4,6	11,1	5,7	2,9	47,2
Nord-ovest	71,0	40,7	20,6	46,4	4,7	17,5	5,5	15,0	6,4	4,0	11,7	4,7	2,7	44,9
Nord-est	72,2	39,7	19,7	47,5	4,5	16,5	5,4	15,1	6,2	4,1	10,8	4,4	2,5	43,3
Centro	68,7	39,3	20,6	41,2	5,7	16,4	6,1	15,9	8,6	4,0	10,9	4,7	2,4	42,5
Sud	69,1	36,8	20,7	36,9	6,1	18,0	5,9	16,5	8,3	3,6	9,7	4,1	2,3	35,7
Isole	68,7	38,9	22,7	35,9	5,8	19,0	6,2	17,8	9,3	4,0	9,8	5,0	2,0	39,9
ITALIA	70,1	39,1	20,7	42,3	5,3	17,4	5,8	15,9	7,6	3,9	10,7	4,5	2,4	41,4

Fonte: Istat, indagine multiscope "Aspetti della vita quotidiana" (R)

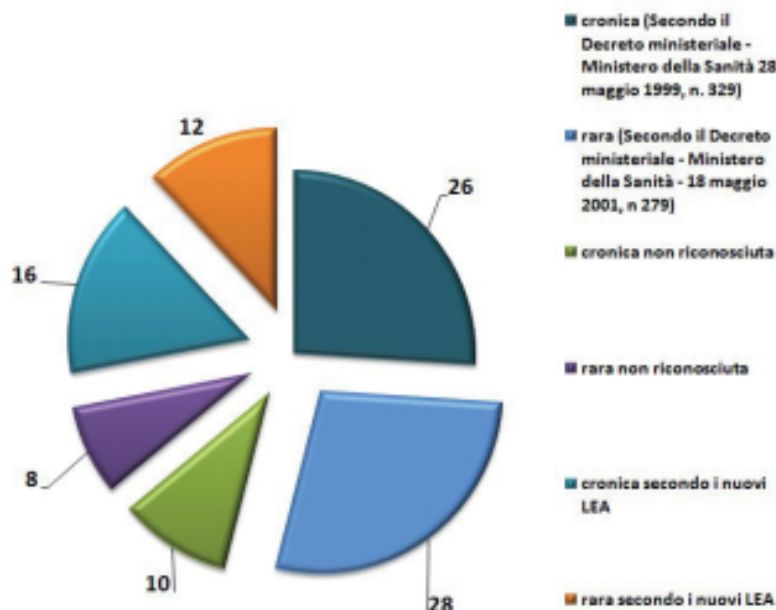
(a) Indicano le modalità "molto bene" o "bene" alla domanda "Come va in generale la sua salute?".

(b) Per 100 persone affette da almeno una malattia cronica.

(c) Dal 2009 il fenomeno è rilevato con un quesito standardizzato a livello internazionale e non è confrontabile con gli anni precedenti.

Fonte: *Annuario Statistico Italiano 2016* - ISTAT

Malattie croniche e rare in Italia 2015



Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

Le patologie croniche colpiscono indifferentemente uomini e donne (68%) e si tratta soprattutto di adulti (50%). Altra fascia di età prevalente è quella che va dai neonati ai ragazzi, che complessivamente rappresenta il 36% del campione (16% neonati, 20% bambini e ragazzi). Molto spesso si tende ad associare la cronicità e tutte le sue problematiche come un fenomeno legato esclusivamente all'età anziana, mentre, come dimostrato dai dati non è così. In questo caso, le patologie legate prevalentemente agli anziani, infatti, rappresentano il 18% del campione.

Le malattie croniche sono in crescita: il 39,1% dei residenti in Italia ha dichiarato poi di essere affetto da almeno una di quelle rilevate (scelte tra una lista di 15 malattie o condizioni croniche), un dato in lieve aumento rispetto al 2015 (+0,8 punti percentuali). Le patologie crono-degenerative sono più frequenti nelle fasce di età più adulte: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 53,0%, e tra le persone ultra settantacinquenni la quota raggiunge l'85,3%.

Come per le condizioni generali di salute, lo svantaggio del sesso femminile emerge anche dall'analisi dei dati relativi alla quota di popolazione che soffre di almeno una malattia cronica. Infatti, sono le donne ad esserne più frequentemente colpite, in particolare dopo i 55 anni.

Il 20,7% della popolazione ha dichiarato di essere affetto da due o più patologie croniche, con differenze di genere molto marcate a partire dai 55 anni. Tra gli ultra settantacinquenni la comorbidità si attesta al 66,7% (58,4% tra gli uomini e 72,1% tra le donne). Rispetto al 2015 aumenta la quota di chi dichiara due o più patologie croniche, soprattutto nella fasce di età 45-54 anni (+2,6 punti percentuali). Nel 2016, le persone che, pur dichiarando di essere affette da almeno una patologia cronica, si percepiscono in buona salute sono pari al 42,3%.

Queste le malattie o condizioni croniche più diffuse: l'ipertensione (17,4%), l'artrosi/artrite (15,9%), le malattie allergiche (10,7%), l'osteoporosi (7,6%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (5,8%), il diabete (5,3%).

Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età e con nette differenze di genere, in linea di massima a svantaggio delle donne.

Per la bronchite cronica e le malattie del cuore si rovescia lo svantaggio femminile nelle età più anziane. In particolare, gli uomini di 75 anni e oltre sono più colpiti da malattie del cuore (21,0%) rispetto alle loro coetanee (13,7%) e da bronchite cronica (19,6% contro 15,1%).

Le principali cause di morte, secondo, gli ultimi dati disponibili, sono le malattie del sistema circolatorio (37,35 per 100.000 abitanti), i tumori (29,2 per 100.000 abitanti) e le malattie dell'apparato respiratorio (6,64 per 100.000 abitanti)².

Le cause di morte più frequenti in Italia:

Cause di morte (Ordinamento secondo il numero dei decessi nel 2014)	2003				2014				Variazione range 2003-2014	Variazione % tasso 2003-2014
	Rango	Numero decessi	% su totale	Tasso	Rango	Numero decessi	% su totale	Tasso		
Malattie ischemiche del cuore	1	82.059	13,9	15,6	1	69.653	11,6	9,8	---	-37,2
Malattie cerebrovascolari	2	68.927	11,7	13,4	2	57.230	9,6	8,0	---	-40,5
Altre malattie del cuore	3	51.017	8,7	10,1	3	49.554	8,3	7,0	---	-30,5
Tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni	4	32.264	5,5	5,7	4	33.386	5,6	4,9	---	-13,7
Malattie ipertensive	6	22.325	3,8	4,4	5	30.690	5,1	4,3	↑	-1,3
Demenza e Malattia di Alzheimer	9	14.685	2,5	2,8	6	26.600	4,4	3,7	↑	29,1
Malattie croniche basse vie respiratorie	5	23.325	4,0	4,5	7	20.234	3,4	2,8	↓	-36,8
Diabete mellito	7	19.759	3,4	3,7	8	20.183	3,4	2,8	↓	-23,0
Tumori maligni di colon, retto e ano	8	17.255	2,9	3,1	9	18.671	3,1	2,7	↓	-13,8
Tumori maligni del seno	10	11.589	2,0	2,1	10	12.330	2,1	1,8	---	-13,5
Tumori maligni del pancreas	15	8.777	1,5	1,6	11	11.186	1,9	1,6	↑	3,9
Malattie del rene e dell'uretere	17	8.110	1,4	1,6	12	10.043	1,7	1,4	↑	-9,5
Tumori maligni del fegato	12	9.841	1,7	1,7	13	9.915	1,7	1,4	↓	-17,1
Tumori maligni dello stomaco	11	11.024	1,9	2,0	14	9.557	1,6	1,4	↓	-31,0
Influenza e Polmonite	14	8.878	1,5	1,8	15	9.413	1,6	1,3	↓	-25,6
Tumori non maligni	16	8.127	1,4	1,5	16	8.204	1,4	1,2	---	-22,8
Setticemia	31	2.490	0,4	0,5	17	7.636	1,3	1,1	↑	131,1
Tumori maligni della prostata	18	7.707	1,3	1,4	18	7.174	1,2	1,0	---	-29,8
Leucemia	20	5.561	0,9	1,0	19	6.049	1,0	0,9	↑	-12,3
Cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	13	9.742	1,7	1,7	20	6.035	1,0	0,9	↓	-48,7
Tumori maligni della vescica	21	5.116	0,9	0,9	21	5.610	0,9	0,8	---	-14,5
Morbo di Hodgkin e Linfomi	22	4.885	0,8	0,9	22	5.175	0,9	0,8	---	-13,3
Morbo di Parkinson	24	3.391	0,6	0,6	23	5.110	0,9	0,7	↑	10,8
Tumori maligni del cervello e del SNC	25	3.108	0,5	0,5	24	4.237	0,7	0,6	↑	17,6
Suicidio e autolesione intenzionale	23	4.075	0,7	0,7	25	4.147	0,7	0,6	↓	-8,5
Prime 25		444.037	75,4			448.022	74,8			
Altre		144.860	24,6			150.648	25,2			
Totale		588.897	100,0	110,8		598.670	100,0	85,3		-23,0

Le criticità segnalate dalle Associazioni dei malati cronici³ sono le seguenti:

1. Per il 50% poca prevenzione;
2. Ancora troppa medicina di attesa;
3. Disuguaglianze nell'accesso;
4. 2 Associazioni su 3 segnalano carenze dei servizi socio sanitari territoriali: ADI – RSA – Riabilitazione – Centri diurni Alzheimer;
5. Per il 90,7% si registrano ritardi diagnostici;
6. Il tempo per l'ascolto non sufficiente (78%) e di conseguenza si tendono a sottovalutare i sintomi;

² Dati ISTAT 2014;

³ Fonte: Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità Coordinamento Nazionale Associazioni dei Malati Cronici-Cittadinanzattiva.

7. Per il 40% poco coinvolgimento nella costruzione dei Piano assistenziali e di cura: Percorsi o Piani di cura integrati.
8. Per l'80% poca formazione per la gestione della patologia.
9. Per il 50% non è previsto un percorso agevolato di accesso alle liste d'attesa per chi ha una patologia cronica.
10. Troppa burocrazia per: Invalidità civile e L. 104/92 - Piani terapeutici farmaci, Prontuari regionali/aziendali, protesi e ausili, rilascio patente, tesserino esenzione ...
11. Per il 50% rilevano : difficoltà sul lavoro.
12. Costi privati insostenibili.

Implementazione del Piano Nazionale delle Cronicità: stato dell'arte.

- 5 le Regioni che hanno recepito con proprio atto il PNC, e queste sono:
Umbria, Puglia, Lazio, Emilia-Romagna, Marche;
- La Regione Lazio ha istituito con DCA 46/2018 un Gruppo di lavoro regionale di coordinamento e monitoraggio delle attività riguardanti il PNC;
- La Regione Toscana con Delibera n. 545/2017, che tra le premesse cita il Piano Nazionale, sta lavorando a "*IDEA: Incontri Di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche. Approvazione e destinazione risorse*";
- Il Piemonte ha un iter approvativo ancora in corso;
- La Lombardia ha un suo Piano Regionale della Cronicità e Fragilità e successivi provvedimenti attuativi.
- La Cabina di Regia Nazionale si è insediata il 24 gennaio 2018.

3. Alcuni dati sui costi della cronicità in Italia

La domanda di servizi sanitari per soggetti anziani con patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta e, di conseguenza, è cresciuto l'ammontare delle risorse sanitarie destinate a questa fascia di popolazione.



È stato calcolato che quasi un terzo delle visite generiche e di quelle specialistiche sia erogato alla popolazione multi-cronica e, di queste, circa il 30% a persone con patologie croniche gravi⁴.

Nel 2010 la spesa per ricoveri ospedalieri è stata attribuita per il 51% alla fascia di età over 65 (dati SDO Ministero della salute). In tale fascia di età si concentra anche il 60% della spesa farmaceutica territoriale, mentre la spesa pro-capite di un assistito di età >75 anni è 11 volte superiore a quella di una persona appartenente alla fascia d'età 25-34 anni. I costi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio e del sistema nervoso centrale, costituiscono tutti insieme i 4/5 della spesa complessiva⁵.

La circostanza che i malati cronici assorbono quote progressivamente crescenti di risorse al crescere del numero di malattie è confermata dai dati rilevati in ambito regionale.

In base ai dati di Regione Lombardia⁶, nel 2013 il rapporto tra la spesa sanitaria pro-capite di un paziente non cronico e la spesa pro-capite di un paziente con 4 patologie croniche è stata di circa 1/21,5; per un paziente con 3 patologie lo stesso rapporto è di circa 1/12, per due patologie è 1/7,3 per una patologia 1/4.

Nel corso del tempo la spesa totale della Regione Lazio per le malattie croniche risulta aumentata dal 2005 al 2013 del 36%, con incrementi percentuali molto più marcati per pazienti poli-patologici.

4. Differenti bisogni del paziente con malattia cronica

Il miglioramento delle condizioni sociosanitarie e l'aumento della sopravvivenza hanno portato progressivamente a una profonda modificazione degli scenari di cura in quanto, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, si è avuto un progressivo incremento delle malattie ad andamento cronico, spesso presenti contemporaneamente nello stesso individuo, le cui caratteristiche principali sono descritte, a confronto con quelle ad andamento acuto, nel box seguente:

MALATTIE ACUTE	MALATTIE CRONICHE
Insorgenza improvvisa	Insorgenza graduale nel tempo
Episodiche	Continue
Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
Cura specifica a intento risolutivo	Cura continua, raramente risolutiva
Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	Terapia causale spesso non disponibile
La cura comporta il ripristino dello stato di salute	La restitutio ad integrum è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità della vita
Assistenza sanitaria di breve durata	Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

⁴ ISTAT, 2005

⁵ Osmed, 2008

⁶ "Indirizzi per la presa in carico della cronicità e della fragilità in Regione Lombardia 2016-2018".

5. Il concetto di integrazione e i modelli di riferimento in letteratura scientifica.

Il concetto di Integrazione rappresenta uno degli obiettivi fondamentali delle innovazioni organizzative portate avanti in questi ultimi decenni da tutte le aziende produttrici di beni e servizi.

Sul versante dei servizi per la salute l'obiettivo è quello di superare la frammentazione nell'erogazione dell'assistenza ed assicurarne la continuità creando connettività, allineamento e collaborazione entro e tra le diverse istituzioni sociosanitarie. Obiettivo è il miglioramento della qualità delle cure erogate e della vita dei pazienti, l'efficienza del sistema e la soddisfazione degli utenti con problemi complessi che utilizzano/attraversano servizi, provider e setting operativi differenti. [Ovretveit, 1998⁷ Kodner and Spreeuwenberg, 2002⁸].

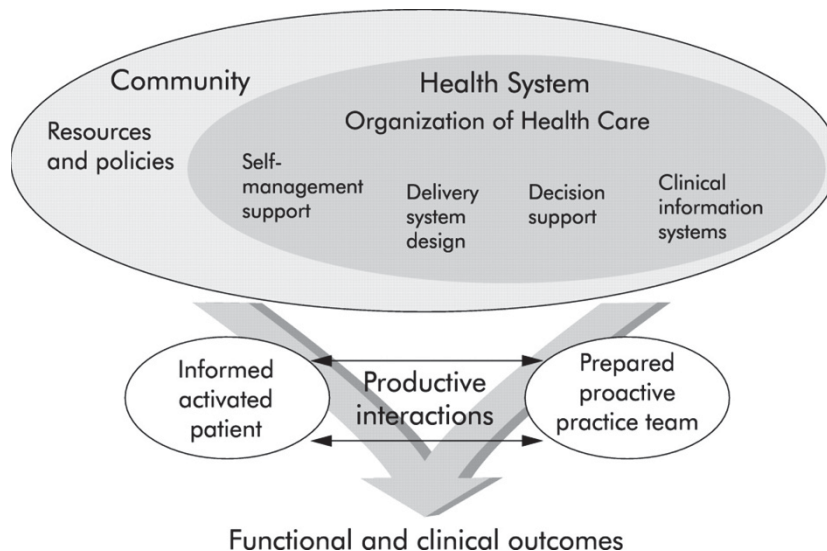
Le logiche di integrazione/continuità nel campo dell'assistenza sanitaria hanno trovato la loro configurazione concettuale nel Chronic Care Model / Expanded Chronic Care Model (ECCM) e nel Disease Management e la traduzione operativa nella progettazione e implementazione dei Percorsi Assistenziali e Reti assistenziali strumenti, ad oggi, ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari (Equità, Efficacia, Efficienza) attraverso:

- La promozione delle dinamiche di clinical governance e l'integrazione dei percorsi assistenziali tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliera, territoriale, ambiti sociali ecc.) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc) che spingono verso approcci pluridisciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all'interno degli stessi livelli);
- Il coinvolgimento dei pazienti nell'autogestione della salute attraverso il self-care ed il self-management;
- L'attivazione di processi di bench-marking e bench-learning al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi;
- La razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri;
- Il perseguimento di economie di scala grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc).

⁷ Ovretveit, J. (1998) Evaluating Health Interventions. Open University Press, Buckingham.

⁸ Kodner DL, Spreeuwenberg C. - Integrated care: meaning, logic, applications, and implications--a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12

Chronic Care Model



Nell' ECCM⁹, gli aspetti clinici (individuali) sono integrati da quelli di sanità pubblica basati su un approccio "verso" la popolazione quali:

- Prevenzione primaria collettiva
- Attenzione ai determinanti della salute
- Gli outcome non riguardano solo i pazienti, ma le comunità e l'intera popolazione

Expanded Chronic Care Model (Barr Et Al,2003)



Il modello ECCM più utilizzato del Kaiser Permanente (KP)¹⁰ si fonda infatti su un sistema di stratificazione dei bisogni assistenziali modulato sulla complessità della persona assistita che consente di individuare per ciascun livello le figure coinvolte nel processo assistenziale.

⁹ Sviluppato dalla Johns Hopkins University di Baltimora, il sistema nasce dall'osservazione di una stretta relazione tra la presenza di comorbidità nella popolazione e il consumo di risorse sanitarie

¹⁰ Light D, Dixon M, Making the NHS more like Kaiser Permanente BMJ 2004; 328:763

Il bisogno assistenziale è stratificato su diversi livelli:

- *Assenza di rischio*: popolazione sana e quella esposta al rischio gestibile mediante attività di promozione della salute e di prevenzione primaria
- *Livello di rischio basso*: bisogno di assistenza sanitaria relativamente basso per una condizione di cronicità facilmente controllabile fornito dal team di professionisti dell'assistenza primaria.
- *Livello di rischio medio*: bisogno di assistenza più complesso per condizioni cliniche non perfettamente compensate e stabili in cui necessita un supporto strutturato attraverso una gestione specifica della patologia.
- *Livello di rischio alto*: bisogni complessi che richiedono un utilizzo intensivo di assistenza secondaria non pianificata ed una gestione attiva attraverso un case manager.
- *Livello cosiddetto di "fase terminale"*: bisogni complessi ricompresi nell'ambito delle cure di fine vita

La gestione delle malattie croniche riguarda essenzialmente i tre Livelli Basso, Medio, Alto (vedi figura sottostante).

Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (*Expanded CCM, Kaiser Permanente*)



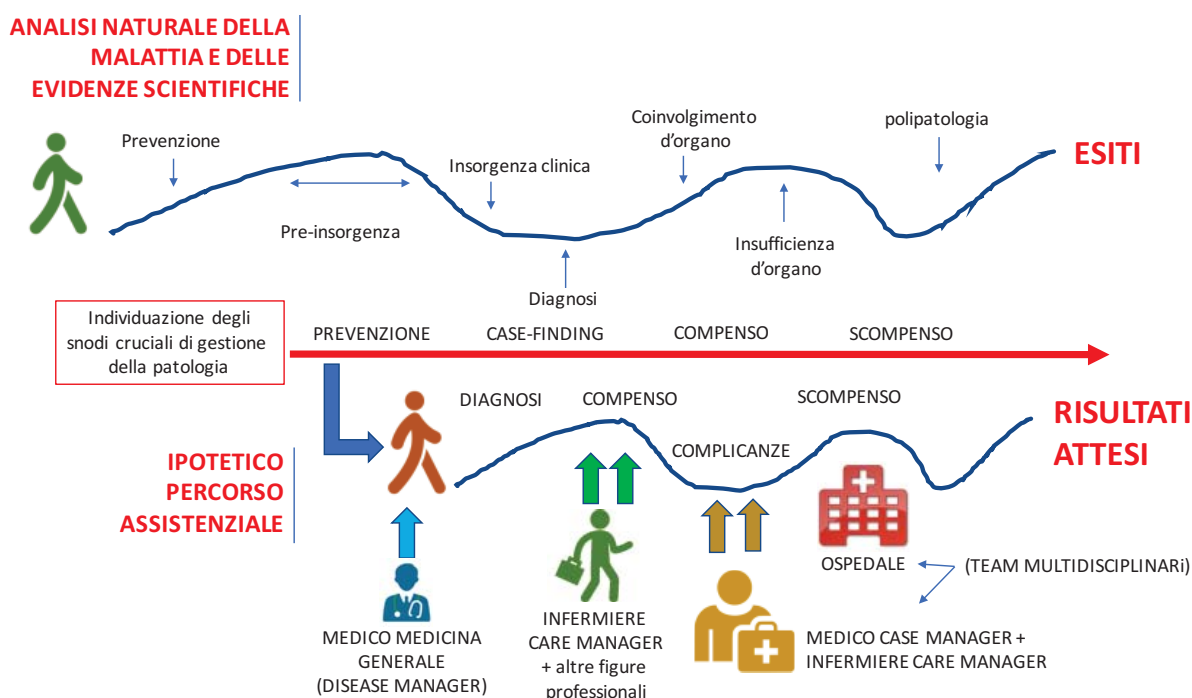
Nel modello ECCM-KP, la risposta assistenziale per ciascun livello si fonda su 4 approcci chiave:

1. *Il self care e il self management* (nel livello di rischio basso): attraverso il sostegno alle persone nell'assumere un ruolo attivo nella cura di sé stessi; attraverso l'aiuto alle persone nel gestire specifiche condizioni e nell'adottare misure che possano prevenire un peggioramento di queste condizioni e riducano il rischio di aggiungerne di nuove;
2. *Il disease management* (nel livello di rischio medio): attraverso la formazione di team multidisciplinari che forniscono cure di elevata qualità, basate sulle evidenze includendo l'uso di percorsi e protocolli;
3. *Il care management* (nel livello di rischio alto): attraverso le figure dei "care managers" (di solito infermieri) in grado di assumersi la responsabilità del carico assistenziale, lavorando in un sistema integrato;

4. *Il knowledge management*, promuovendo l'acquisizione da parte degli operatori della capacità di identificare gruppi a rischio all'interno della popolazione generale, di effettuare valutazioni dei bisogni, di conoscere le risorse disponibili (umane, organizzative e finanziarie), identificare gli andamenti del processo assistenziale.

Attraverso l'approccio della stratificazione secondo il livello di rischio, è possibile ipotizzare, sulla base dell'andamento naturale di una malattia cronica, un percorso tipo per la gestione integrata dei casi cronici complessi secondo livelli di intensità, dove accanto alla figura del MMG di riferimento per la persona assistita (disease manager), sono coinvolti gli infermieri care manager e il medico case manager (specialista ospedaliero che si occupa di gestire le complicanze specifiche nella fase di riacutizzazione della malattia), nonché tutte le altre figure sanitarie e socio-sanitarie necessarie ad assicurare la continuità assistenziale.

La costruzione di reti e l'adozione di percorsi integrati fra ospedale e territorio sono gli strumenti privilegiati per un'efficace programmazione dei bisogni cronici ed un adeguato livello di organizzazione, coordinamento e gestione delle attività clinico-assistenziale e socio-sanitarie sia a livello territoriale che a livello ospedaliero.



La tradizione del KP evidenzia come la gestione dell'insieme dei servizi sia gestita dai clinici con una responsabilità condivisa nell'ambito di team multidisciplinari e in collaborazione con i Medici di Medicina Generale e/o Pediatri di Libera Scelta, presso sedi, quali possono essere ad esempio le Case della salute e/o presidi sanitari territoriali, è possibile procedere ad una rapida valutazione congiunta o ad un tempestivo ricorso agli accertamenti diagnostici.

Questo tipo di approccio deve essere chiaramente integrato e potenziato da un sistema informativo avanzato che consente ai professionisti di lavorare in rete.

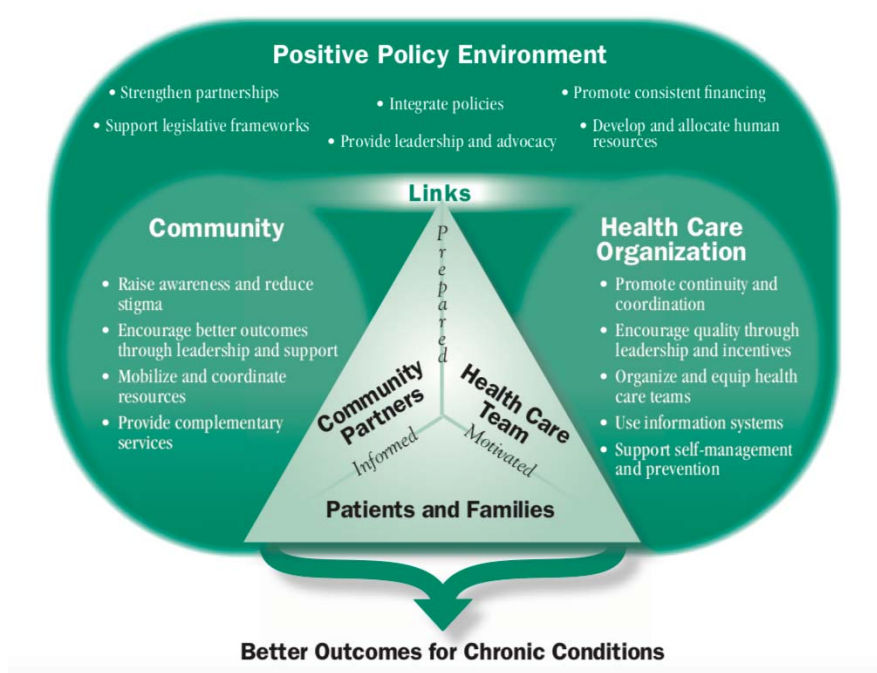
A fronte dell'aumento del problema delle cronicità a livello globale, il modello ECCM-KP di stratificazione dei pazienti in funzione del livello di cura è stato ulteriormente modificato. Viene infatti

evidenziato il rapporto tra auto-cura (70-80%) e cura da parte dei sanitari in funzione della crescente complessità assistenziale dei pazienti.

L'WHO nel Globale Report del 2009 intitolato *"Innovative Care for Chronic Conditions"*¹¹ (ICCC) definisce un *framework* per la gestione delle condizioni di salute croniche.

Il quadro ICCC, concettualmente legato al CCM/ ECCM-KP, evidenzia come per realizzare una adeguata organizzazione e gestione integrata delle cure per la cronicità sia necessario disporre di contesto politico-istituzionale-sociale positivo (attraverso risorse, partneriati, leadership) in grado di garantire una *governance* efficace del sistema delle cure e la riduzione a lungo termine del carico determinato da questi problemi di salute da parte dei singoli attori e/o settori interessati.

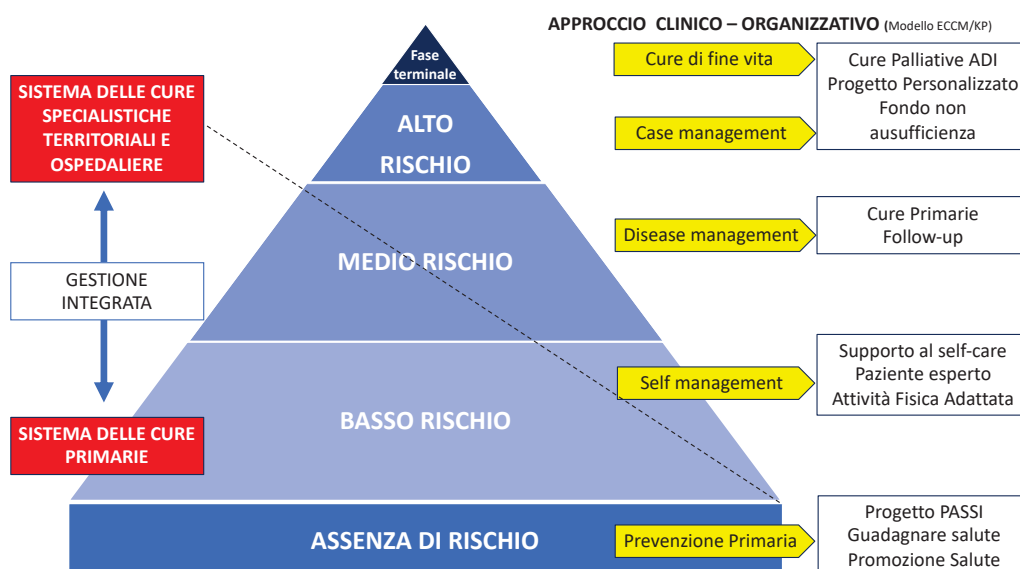
Innovative Care for Chronic Conditions Framework



Applicato in modo corretto il modello ECCM-KP assicura il *setting* di cura maggiormente appropriato al paziente in un continuum assistenziale, che nell'integrazione ospedale-territorio, garantisce il coordinamento organizzativo ed operativo tra le varie componenti sanitarie e socio-sanitarie interessate. In Italia, i recenti Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale, della Pediatria di Libera scelta e della Continuità Assistenziale costituiscono in tal senso un valido strumento per la revisione del sistema delle Cure Primarie.

Le Cure Primarie di fatto costituiscono l'ambito peculiare per la gestione della cronicità, non soltanto perché rappresentano la prossimità e quindi sono la porta di accesso dei cittadini ai servizi del SSR, ma proprio per questo assumono la diretta responsabilità della gestione della continuità delle cure nella cronicità.

¹¹ Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report



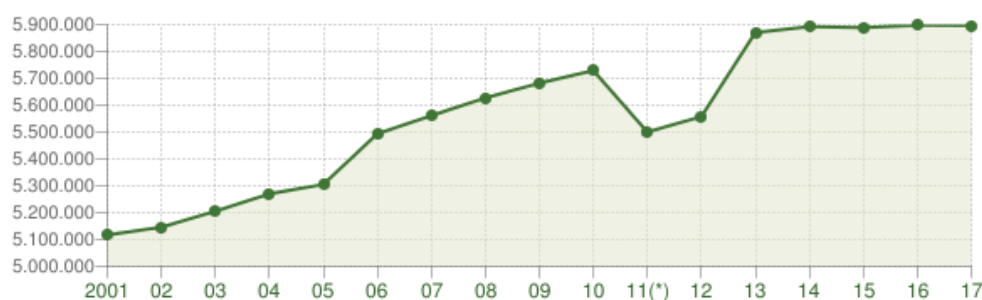
6. Sintesi della revisione normativa

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 smi;
- Regione Lazio Legge Regionale 18/1994;
- Regione Lazio Legge Regionale n.38/1996 smi;
- D. Lgs 229/1999 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale (G.U. del 16 luglio 1999, n. 165 - Suppl. Ordinario n. 132);
- D.P.C.M. del 14/02/2001 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie (G.U. 6 giugno 2002, n. 129);
- D.P.C.M. del 29/11/2001 - Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (G.U. 8 febbraio 2002, n.33);
- Legge 8 novembre 2000, n.328 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (G.U. 13 novembre 2000, n. 265 - Suppl. Ordinario n. 186);
- D.P.C.M. Guadagnare salute del 4 maggio 2007
- Regione Lazio, Legge Regionale 10 agosto 2016 n.11;
- D. Lgs 267/2000 e s.m.i.;
- Ministero della Salute, Patto per la Salute 2014-2016, 10 luglio 2014;
- Regione Lazio, D.G.R. 585/2015;
- Regione Lazio, D.G.R. 223/2016;
- Accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016 Piano Nazionale Cronicità.;
- Regione Lazio D.G.R. 88/2017;
- D.P.C.M. del 12 gennaio 17 Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza (G.U. 18 marzo 2017);
- Regione Lazio, D.G.R. 149/2018;
- Regione Lazio, Deliberazione del Consiglio Regionale 1° dicembre 1999, n.91;
- Regione Lazio , Legge regionale 31 dicembre 2016, n. 17 “Legge di Stabilità regionale 2017”.

7. Il Contesto Demografico della Provincia di Rieti

La Provincia di Rieti si estende su una superficie di 2.750,52Km² ed è costituita da 73 comuni. Il territorio provinciale coincide anche con quello di competenza della ASL di Rieti ed è prevalentemente montuoso (circa il 70%), con un'altitudine media di circa 580 metri s.l.m.

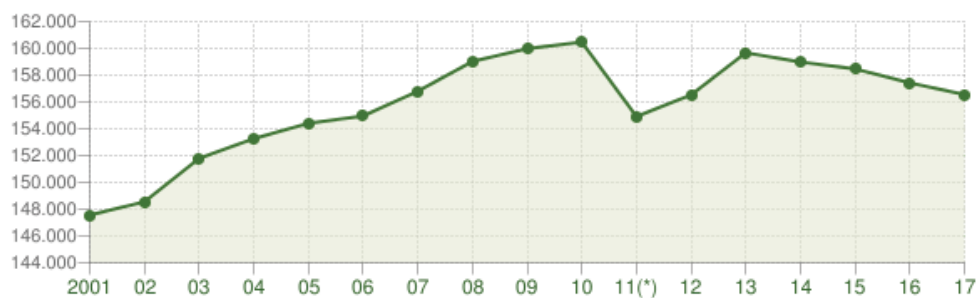
La densità abitativa della provincia, pari a 57,6 ab/km², è comunque sensibilmente inferiore rispetto a quella regionale (342,3 ab/km²). La popolazione della provincia di Rieti nel 2017 è pari a **156.554** abitanti.



Andamento della popolazione residente

LAZIO - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Andamento della popolazione residente

PROVINCIA DI RIETI - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

La tabella in basso riporta il dettaglio della variazione della popolazione residente al 31 dicembre di ogni anno. Vengono riportate ulteriori due righe con i dati rilevati il giorno dell'ultimo censimento della popolazione e quelli registrati in anagrafe il giorno precedente.

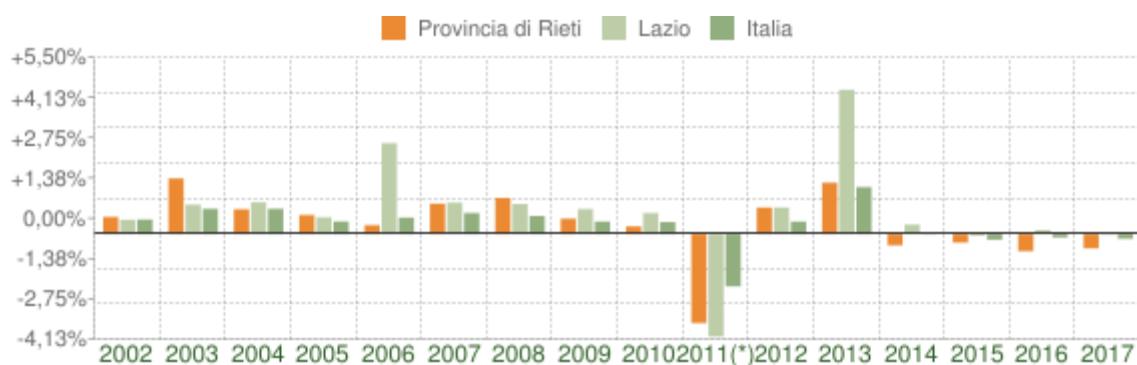
Andamento saldo popolazione della provincia di Rieti, Anni 2001-2017

Anno	Data rilevamento	Popolazione residente	Variazione assoluta	Variazione percentuale	Numero Famiglie	Media componenti per famiglia
2001	31-dic	147.550	-	-	-	-
2002	31-dic	148.547	997	0,68%	-	-
2003	31-dic	151.782	3.235	2,18%	62.607	2,41
2004	31-dic	153.258	1.476	0,97%	63.574	2,4
2005	31-dic	154.406	1.148	0,75%	64.826	2,37
2006	31-dic	154.949	543	0,35%	65.591	2,35
2007	31-dic	156.796	1.847	1,19%	67.103	2,33
2008	31-dic	159.018	2.222	1,42%	68.511	2,31
2009	31-dic	159.979	961	0,60%	69.220	2,3
2010	31-dic	160.467	488	0,31%	69.791	2,29
2011 ⁽¹⁾	08-ott	160.583	116	0,07%	70.191	2,28
2011 ⁽²⁾	09-ott	155.164	-5.419	-3,37%	-	-
2011 ⁽³⁾	31-dic	154.909	-5.558	-3,46%	70.990	2,17
2012	31-dic	156.521	1.612	1,04%	70.520	2,21
2013	31-dic	159.670	3.149	2,01%	70.334	2,26
2014	31-dic	158.981	-689	-0,43%	70.452	2,25
2015	31-dic	158.467	-514	-0,32%	70.631	2,23
2016	31-dic	157.420	-1.047	-0,66%	70.614	2,22
2017	31-dic	156.554	-866	-0,55%	70.800	2,2

(¹) popolazione anagrafica al 8 ottobre 2011, giorno prima del censimento 2011.

(²) popolazione censita il 9 ottobre 2011, data di riferimento del censimento 2011.

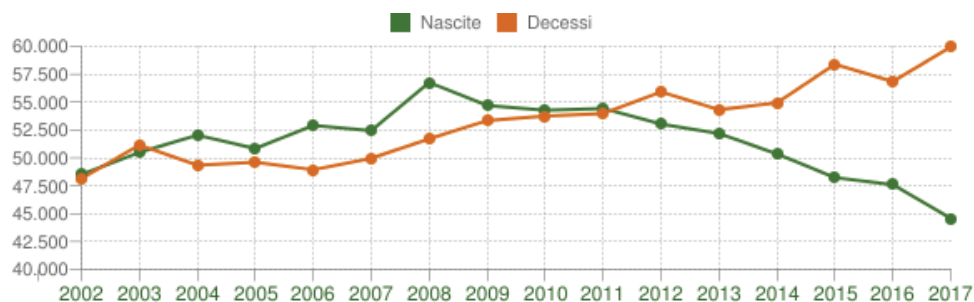
(³) la variazione assoluta e percentuale si riferiscono al confronto con i dati del 31 dicembre 2010.



Variazione percentuale della popolazione

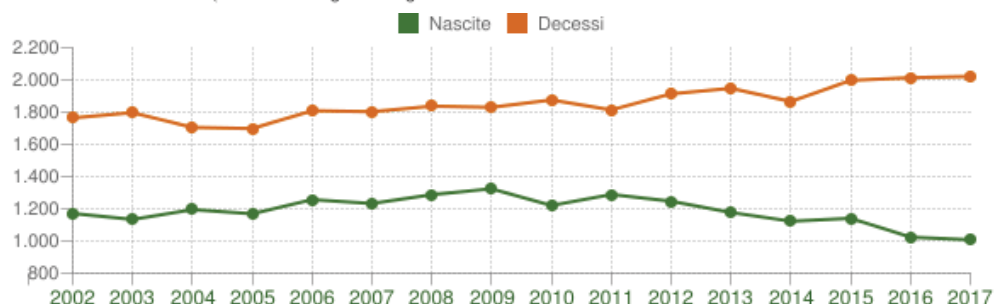
PROVINCIA DI RIETI - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



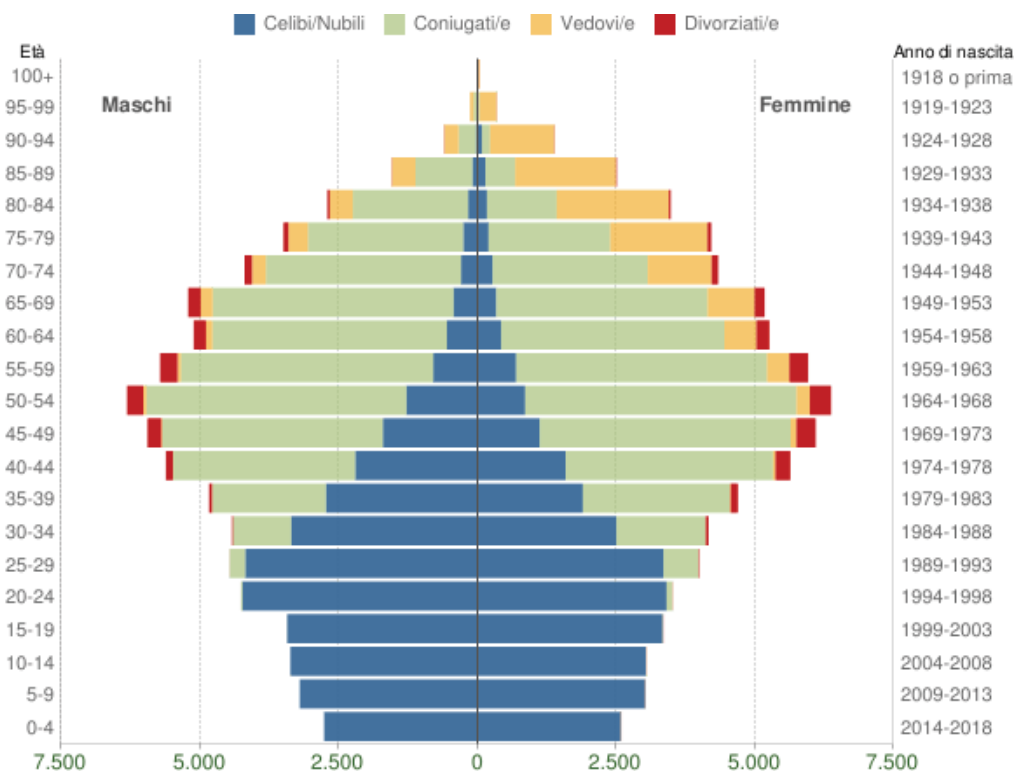
Movimento naturale della popolazione

LAZIO - Dati ISTAT (bilancio demografico 1° gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT)



Movimento naturale della popolazione

PROVINCIA DI RIETI - Dati ISTAT (bilancio demografico 1° gen-31 dic - Elaborazione TUTTITALIA.IT)



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2018

PROVINCIA DI RIETI - Dati ISTAT 1° gennaio 2018 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

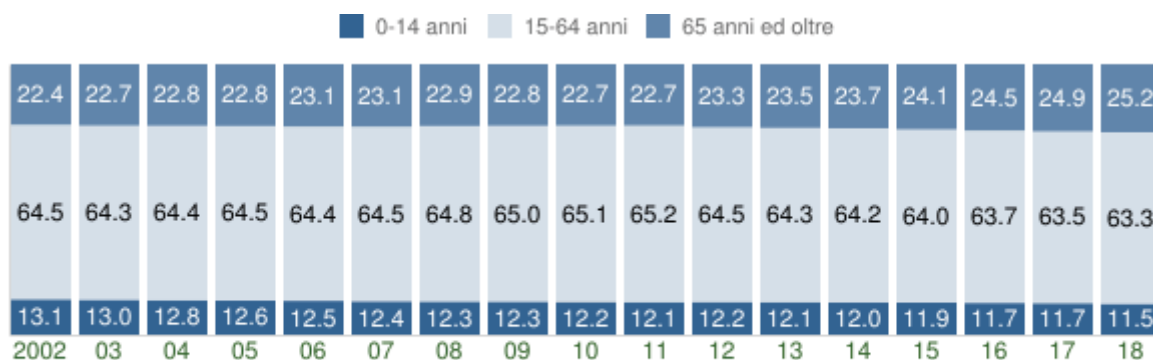
Popolazione della provincia di Rieti per fasce di età, anni 2002-2018

Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
2002	19.341	95.127	33.082	147.550	43,4
2003	19.255	95.563	33.729	148.547	43,7
2004	19.419	97.821	34.542	151.782	43,8
2005	19.367	98.887	35.004	153.258	44
2006	19.353	99.463	35.590	154.406	44,2
2007	19.203	99.973	35.773	154.949	44,4
2008	19.289	101.667	35.840	156.796	44,4
2009	19.515	103.311	36.192	159.018	44,5
2010	19.499	104.155	36.325	159.979	44,7
2011	19.449	104.616	36.402	160.467	44,8
2012	18.830	99.931	36.148	154.909	45,2
2013	18.975	100.691	36.855	156.521	45,3
2014	19.220	102.595	37.855	159.670	45,5
2015	18.930	101.684	38.367	158.981	45,7
2016	18.611	100.961	38.895	158.467	46
2017	18.358	99.900	39.162	157.420	46,3
2018	17.983	99.182	39.389	156.554	46,5

Principali indici demografici calcolati sulla popolazione residente in provincia di Rieti.

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gen-31 dic	1° gen-31 dic
2002	171,0	55,1	124,3	99,1	22,1	7,9	11,9
2003	175,2	55,4	123,0	101,4	21,7	7,6	12,0
2004	177,9	55,2	121,0	102,5	21,3	7,8	11,2
2005	180,7	55,0	119,1	105,3	21,0	7,6	11,0
2006	183,9	55,2	114,1	108,5	20,9	8,1	11,7
2007	186,3	55,0	115,4	111,3	21,3	7,9	11,6
2008	185,8	54,2	120,3	113,5	21,3	8,2	11,6
2009	185,5	53,9	126,6	115,8	21,3	8,3	11,5
2010	186,3	53,6	133,4	119,0	21,2	7,6	11,7
2011	187,2	53,4	140,7	122,0	21,3	8,2	11,5
2012	192,0	55,0	144,5	124,9	21,3	8,0	12,3
2013	194,2	55,4	146,7	127,0	21,0	7,4	12,3
2014	197,0	55,6	146,5	130,2	20,8	7,0	11,7
2015	202,7	56,3	148,6	133,7	20,8	7,2	12,6
2016	209,0	57,0	149,1	136,4	21,1	6,5	12,8
2017	213,3	57,6	152,3	139,2	21,2	6,4	12,9
2018	219,0	57,8	153,1	141,1	21,5	-	-

L'analisi della struttura della popolazione dal 2002 al 2016 (dati ISTAT, 2017) nella Provincia di Rieti mostra che il 25,2% della popolazione è over 65 anni, con punte vicine al 30% in alcune zone della Provincia.



Struttura per età della popolazione (valori %)

PROVINCIA DI RIETI - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Gli indici demografici e di struttura della popolazione della Provincia di Rieti mostrano un quadro sostanzialmente in linea con l'andamento nazionale, ma con valori superiori a quelli regionali. In generale, la provincia di Rieti:

- È al 25° posto su 107 province per età media;
- È al 21° posto su 107 province per indice di vecchiaia;
- È al 91° posto su 107 province per % di residenti con meno di 15 anni;
- È al 27° posto su 107 province per % di residenti con più di 64 anni.

I dati del 2016 messi a confronto con quelli regionali e nazionali evidenziano che nella provincia di Rieti:

- ci sono 200,1 anziani per ogni 100 giovani fino a 14 anni; nel Lazio ci sono 152,9 anziani ogni 100 giovani; in Italia l'indice di vecchiaia è pari a 161,4;
- ci sono 56 individui a carico, ogni 100 che lavorano; nella regione Lazio sono 53,1 e in Italia sono 55,6;
- la popolazione in età lavorativa è molto anziana: indice di ricambio pari a 129. Nella regione Lazio il valore è pari 131 e in Italia è pari a 126,5;
- la quota della popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) è superiore a quella più giovane (15-39 anni): indice di struttura della popolazione attiva pari a 135,1 superiore a valore regionale e nazionale;
- Il carico di figli in età prescolare per le mamme lavoratrici è pari a 22,1: superiore al valore nazionale e regionale.
- Nascono meno bambini del resto della Regione Lazio: il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti è pari a 5,8. Nel Lazio è pari a 8,1 e in Italia è pari a 7,8.

Nella Provincia di Rieti è necessario porre attenzione al fattore "cronicità", ovvero alla condizione di morbosità di una patologia che più volte, nel singolo anno, può portare la persona malata a rivolgersi a strutture sanitarie.

8. Il profilo epidemiologico della popolazione reatina

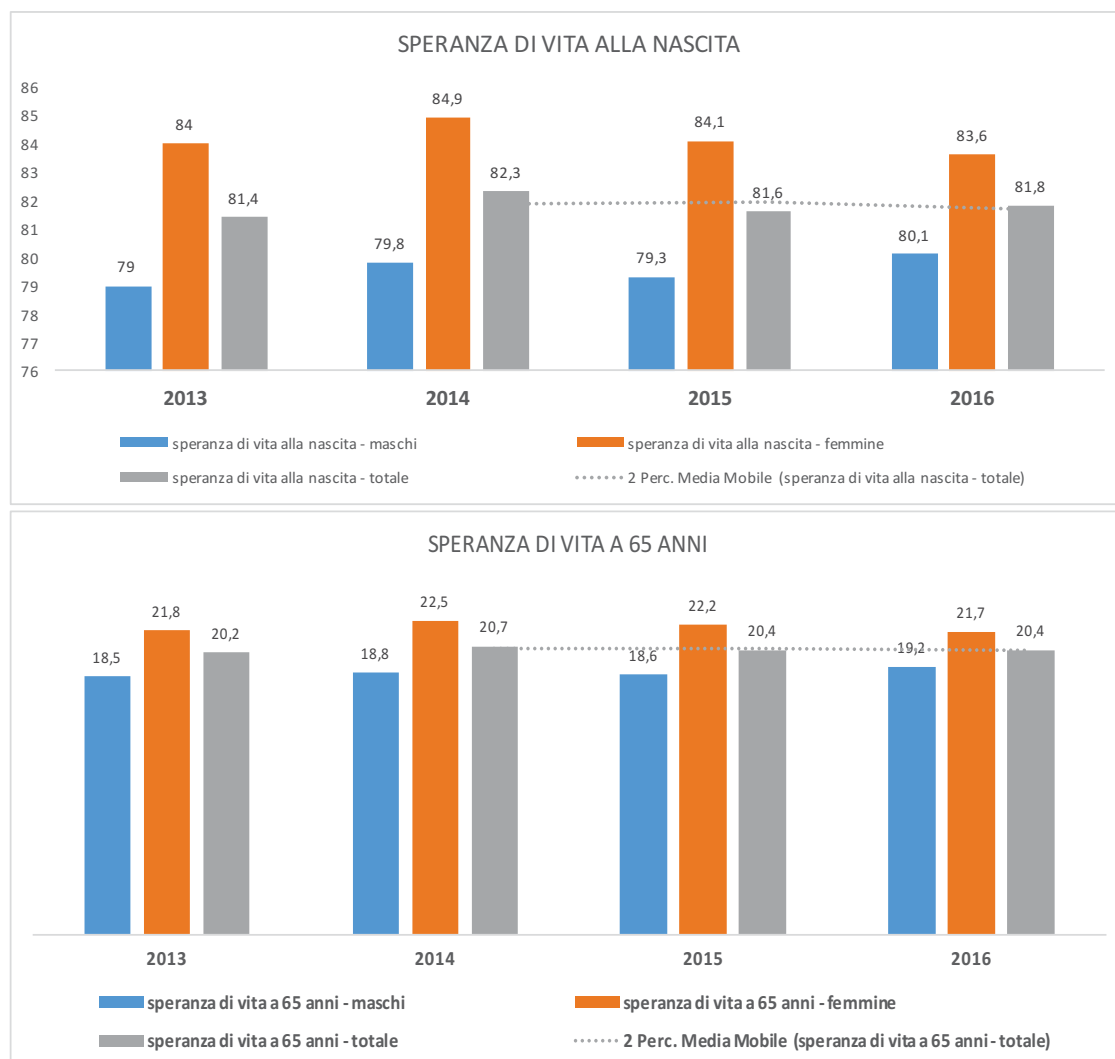
Mortalità generale e speranza di vita

L'andamento della mortalità rappresenta uno dei principali indicatori per definire lo stato di salute di una popolazione.

Nel periodo 2002 – 2016 (Istat, 2017) nella Provincia di Rieti si sono verificati 7.036 decessi e 5.423 nascite con un saldo negativo di 1.613 unità.

Il generale miglioramento delle condizioni di salute della popolazione nel biennio 2015-2016 viene confermato dalla diminuzione del numero dei decessi, attestatosi nel 2016 a 529 unità con una riduzione del 4% rispetto all'anno precedente.

Tale dato è confermato dalla mortalità generale che nel 2016 è rimasto sostanzialmente invariato attestandosi al 12,8 per 1000 abitanti; valore comunque superiore a quello regionale (9,6) e nazionale (10,1). Il miglioramento dello stato di salute dei cittadini della Provincia di Rieti è comprovato da una lieve crescita, per entrambi i generi:



Analisi della mortalità per causa

L'analisi delle cause di morte costituisce un aspetto fondamentale nell'osservazione dello stato di salute della popolazione e rappresenta uno dei più solidi indicatori epidemiologici. Lo studio della mortalità, infatti, rappresenta un elemento di grande importanza per la conoscenza dello stato di salute di una popolazione e fornisce indicazioni utili sull'aspettativa di vita.

L'esame delle cause di morte nel territorio della Provincia di Rieti è fondamentale per la programmazione sia in termini di attivazione di strutture di cura, sia per l'attuazione di adeguati interventi di prevenzione. Il maggior contributo alla mortalità è dato da due gruppi di cause: le malattie del sistema circolatorio ed i tumori maligni.

Principali cause di morte in provincia di Rieti, anno 2015, Fonte ISTAT

Seleziona periodo	2	
Tipo dato	morti	quoziente di mortalità (per 10.000 abitanti)
	▲ ▼	▲ ▼
Causa iniziale di morte - European Short List		
■ alcune malattie infettive e parassitarie	53	3.34
tubercolosi	1	0.06
aids (malattia da hiv)	1	0.06
epatite virale	3	0.19
altre malattie infettive e parassitarie	48	3.02
■ tumori	512	32.26
■ tumori maligni	487	30.68
di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe	13	0.82
di cui tumori maligni dell'esofago	1	0.06
di cui tumori maligni dello stomaco	42	2.65
di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	58	3.65
di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	20	1.26
di cui tumori maligni del pancreas	35	2.21
di cui tumori maligni della laringe	1	0.06
di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	99	6.24
di cui melanomi maligni della cute	6	0.38
di cui tumori maligni del seno	26	1.64
di cui tumori maligni della cervice uterina	1	0.06
di cui tumori maligni di altre parti dell'utero	8	0.5
di cui tumori maligni dell'ovaio	10	0.63

di cui tumori maligni della prostata	23	1.45
di cui tumori maligni del rene	12	0.76
di cui tumori maligni della vescica	12	0.76
di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale	12	0.76
di cui tumori maligni della tiroide	2	0.13
di cui morbo di hodgkin e linfomi	15	0.95
di cui leucemia	25	1.58
di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	7	0.44
di cui altri tumori maligni	59	3.72
tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)	25	1.58
malattie del sangue e degli organi ematopoietici ed alcuni disturbi del sistema immunitario	9	0.57
■ malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	87	5.48
diabete mellito	60	3.78
altre malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	27	1.7
■ disturbi psichici e comportamentali	43	2.71
demenza	42	2.65
altri disturbi psichici e comportamentali	1	0.06
■ malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	74	4.66
morbo di parkinson	19	1.2
malattia di alzheimer	31	1.95
altre malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	24	1.51
■ malattie del sistema circolatorio	830	52.29
■ malattie ischemiche del cuore	313	19.72
di cui infarto miocardico acuto	57	3.59
di cui altre malattie ischemiche del cuore	256	16.13
altre malattie del cuore	217	13.67
malattie cerebrovascolari	170	10.71
altre malattie del sistema circolatorio	130	8.19
■ malattie del sistema respiratorio	113	7.12
influenza	1	0.06
polmonite	16	1.01
■ malattie croniche delle basse vie respiratorie	65	4.1
di cui asma	2	0.13
di cui altre malattie croniche delle basse vie respiratorie	63	3.97
altre malattie del sistema respiratorio	31	1.95
■ malattie dell'apparato digerente	74	4.66
ulcera dello stomaco, duodeno e digiuno	2	0.13
cirrosi, fibrosi ed epatite cronica	21	1.32
altre malattie dell'apparato digerente	51	3.21
malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	7	0.44
■ malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	11	0.69
artrite reumatoide a osteoartrosi	4	0.25
altre malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	7	0.44
■ malattie dell'apparato genitourinario	37	2.33
malattie del rene e dell'uretere	33	2.08
altre malattie dell'apparato genitourinario	4	0.25
alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1	0.06
malformazioni congenite ed anomalie cromosomiche	3	0.19
■ sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	31	1.95

■ sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	31	1.95
cause sconosciute e non specificate	1	0.06
altri sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	30	1.89
■ cause esterne di traumatismo e avvelenamento	70	4.41
■ accidenti	62	3.91
di cui accidenti di trasporto	8	0.5
di cui cadute accidentali	9	0.57
di cui avvelenamento accidentale	2	0.13
di cui altri accidenti	43	2.71
suicidio e autolesione intenzionale	6	0.38
omicidio, aggressione	1	0.06
altre cause esterne di traumatismo e avvelenamento	1	0.06

L'ospedalizzazione

Nell'analisi dei ricoveri in regime ordinario e in DH, registrati presso l'Ospedale di Rieti nel 2016 (dato aggiornato al mese di novembre - Fonte ACeSIS) per MDC (categorie diagnostiche principali), sono più frequenti le malattie ed i disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, del rene e delle vie urinarie.

Patologie	N. Decessi	% Maschi	% Femmine
Malattie del sistema circolatorio	789	45%	55,4%
Tutti i tumori	525	59%	40,8%
Malattie dell'apparato respiratorio	178	51%	48,9%
Malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione e del metabolismo	102	45%	54,9%
Traumatismi ed avvelenamenti	80	75%	25,0%
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	77	48%	51,9%
Malattie dell'apparato digerente	72	50%	50,0%
Malattie dell'apparato genito-urinario	46	54%	45,7%
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	41	39%	61,0%
Malattie infettive	24	38%	62,5%
Sintomi, segni, stati morbosi mal definiti	22	50%	50,0%
Disturbi psichici	17	41%	58,8%
Altre cause di morte	28	61%	39,3%
TOTALE	2.001	51%	49%

Fonte dati ACeSIS

Il quadro socio-demografico-epidemiologico, unitamente ai problemi orografici e geomorfologici di questo territorio, pone inevitabilmente il problema di come riuscire a gestire bisogni di salute della popolazione correlati all'invecchiamento ed alla cronicità, ovvero di come affrontare le difficoltà della popolazione con patologia cronica che più volte, nello stesso anno, hanno necessità, seppur con molte

difficoltà negli spostamenti, di rivolgersi a strutture sanitarie, nella maggior parte dei casi alla struttura ospedaliera di Rieti e, in nella fase precedente al terremoto del 2016, al Presidio Ospedaliero di Amatrice.

Vi è pertanto la necessità di ampliare il contatto tra istituzioni e cittadini e nuove forme di integrazione socio-sanitaria, di attivare risorse formali e informali della comunità promuovendo nuove risposte assistenziali ai nuovi bisogni che prevedano anche il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti della società civile.

9. I Distretti Socio-Sanitari nell'Azienda Sanitaria Locale Rieti

La A.S.L. di Rieti così come ridisegnata dall'ultimo Atto Aziendale del 2016, è costituita da due distretti sanitari:

- Distretto n. 1 - Rieti, Antrodoto, S.Elpidio, nato dalla fusione dei tre ex Distretti Sanitari, n.1 Montepiano Reatino, n.4 Salto-Cicolano e n.5 Alto-Velino, ha una popolazione complessiva, al 01/01/2016, di 96.211 abitanti (61% circa della popolazione provinciale);
- Distretto n. 2 – Salario, Mirtense, comprende i due ex Distretti Sanitari, n.2- Mirtense e n.3-Salario, e ha una popolazione complessiva, al 01/01/2016, di 62.256 abitanti (39% circa della popolazione provinciale).



Nel nuovo sistema delle Cure Primarie, il Distretto, sede fondamentale della programmazione dell'offerta dei servizi territoriali e nel governo complessivo dell'erogazione delle cure e di prestazioni anche non strettamente sanitarie, diviene lo snodo in cui si realizza la gestione delle cure e l'integrazione tra i diversi servizi e tra le componenti sanitarie e sociali presenti nel territorio, ma anche si realizza la continuità assistenziale ospedale-territorio, potendo gestire le dimissioni protette rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare in regime di assistenza domiciliare o residenziale, nonché essere di riferimento per quei pazienti cronici autosufficienti dimessi dall'ospedale da prendere in carico nell'ambito di specifici percorsi di cura personalizzati.

Il Distretto, dovendo svolgere una funzione di committenza/tutela nel sistema delle Cure Primarie, deve porre in essere un'organizzazione adeguata (tra MMG/PLS, medici specialisti, infermieri, altre figure professionali) e sviluppare una progettualità in tal senso prevedendo percorsi dedicati ai pazienti più complessi (ambulatori per *follow-up* attivo, *day service* ambulatoriale, etc), ed anche una diversa organizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale in funzione anche della cronicità.

Infatti, la Specialistica Ambulatoriale deve rappresentare, nell'ambito del sistema delle Cure Primarie orientato alla gestione della cronicità, un elemento di "raccordo ed integrazione" con la componente specialistica ospedaliera (II° e II° livello specialistico).

Questa integrazione tra ruoli e competenze diviene così la base per la creazione di opportuni percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio, che siano in grado di generare risultati di maggiore efficacia e di creare le condizioni per demandare all'ospedale la gestione delle acuzie e della casistica più complessa. Un esempio tipico, secondo la logica *hub* (ospedale) & *spoke* (ambulatori territoriali), sono gli ambulatori territoriali dedicati alla gestione del *follow-up* dello scompenso cardiaco, del diabete, etc.¹²

Al riguardo è interessante osservare anche il contesto degli altri sistemi sanitari europei che stanno affrontando i medesimi problemi dell'Italia, i quali hanno sviluppato una varietà di approcci per migliorare la gestione e il coordinamento della cronicità che prevedono:

- Un migliore ed adeguato coordinamento dell'assistenza per le condizioni croniche tra i servizi sanitari a livello dell'assistenza primaria;
- Una maggiore attenzione sulle attività di prevenzione e autogestione, per una più efficiente gestione delle risorse da destinare alla gestione dell'assistenza cronica.

10. Obiettivi strategici della ASL di Rieti sulla cronicità

Gli obiettivi di stretta competenza della ASL di Rieti (disabilità- cronicità - non autosufficienza) riguardano:

- La riduzione della ospedalizzazione;
- La promozione della permanenza a domicilio;
- Il sostegno ai nuclei familiari nelle responsabilità di cura;
- La promozione dell'autonomia e di una vita indipendente;
- L'accessibilità dei servizi territoriali;
- La promozione di interventi a programmazione individuale e autogestita;
- Lo sviluppo della continuità assistenziale;
- Lo sviluppo del Piano per le cronicità.

Al fine di realizzare gli obiettivi suddetti, sulla base delle indicazioni regionali e in linea con i modelli organizzativi (ECCM-KP ed Innovative ECCM) previsti per la cronicità nel PNC e nel DCA regionale specifico, l'Azienda di Rieti intende sviluppare i seguenti servizi:

- Assistenza domiciliare integrata;
- Assistenza di prossimità
- Infermiere di comunità;

¹² Bonatti M.L. Corso di aggiornamento per Medici di Medicina Generale "Asl Lanciano-Vasti-Chieti, Regione Abruzzo, 2012

- Assistente sociale di comunità;
- Équipe multispecialistiche ospedale-territorio anche itineranti

I Percorsi clinici e di assistenza (PDTA e percorsi integrati) costituiranno gli strumenti necessari al supporto del processo di cambiamento e sviluppo organizzativo aziendale.

11. La strutturazione di Percorsi Assistenziali per la cronicità

Entrando appunto nel merito dei *“Percorsi Assistenziali per la cronicità”*, P.A., di seguito meglio specificati come P.A.I.C., *“Percorsi Assistenziali Individualizzati per la Cronicità”*, questi rappresentano un metodo analitico ed innovativo dell’assistenza ormai ampiamente diffuso nel nostro Paese.

Il loro uso nell’ambito delle patologie croniche comporta tuttavia la necessità di tenere in considerazione una serie di variabili specifiche, che saranno trattate di seguito in forma sintetica.

La *“personalizzazione”* dei P.A.I.C. nell’ambito delle patologie croniche si rende necessaria per due motivi fondamentali, uno di natura squisitamente clinica, trattato in questo paragrafo, ed uno legato ai bisogni non-clinici (cioè connessi al più ampio tema della convivenza con la cronicità ed alla qualità di vita). Nell’ambito di una stessa patologia cronica i pazienti possono avere caratteristiche cliniche molto diverse, legate, ad esempio, allo stadio evolutivo di malattia.

Pertanto, nella programmazione degli interventi assistenziali è necessario almeno differenziare i pazienti in base alla fase di storia naturale della malattia, più o meno avanzata, correlata con la complessità assistenziale.

La letteratura scientifica fornisce uno schema molto utile, il cosiddetto *“triangolo di population management”* che differenzia la popolazione con patologia cronica in sottogruppi (sub-target) sulla base dello stadio di sviluppo della stessa, definendo una percentuale di prevalenza media per tali sottoclassi.

È del tutto evidente che anche le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, devono essere differenziati a seconda dei differenti bisogni dei sottogruppi (sub-target), in particolare per quelli a maggiore complessità, come nel caso dei pazienti più complessi posti all’apice della piramide, che rappresentano il target a *“maggiori costi”*, di salute ed economici.

Il sistema consente di identificare gruppi di popolazione a maggior rischio di carico assistenziale, target potenziali di intervento nell’ambito di attività di Care Management e nella medicina di iniziativa.

La stratificazione, come già ampiamente trattato nei paragrafi iniziali precedenti, permette anche di confrontare i costi sanitari di gruppi di popolazione (ASL, Ospedali, Distretti, AFT) valutando più equamente la performance dei servizi sanitari in termini di confronto tra costi osservati e costi attesi ricavati dalla distribuzione della popolazione assistita.

Esso rappresenta quindi uno strumento a disposizione dell’organizzazione sanitaria per spiegare la quota di variabilità dei costi imputabile a differenze nelle condizioni di salute. Il risultato del confronto tra costi aggiustati per il rischio di malattia rappresenta la base informativa per poter conseguentemente avviare meccanismi di calibrazione nella distribuzione delle risorse sanitarie.

Percorsi Assistenziali che diano evidenza a contributi e responsabilità

La “*storia naturale*” di malattia è il binario-guida della programmazione degli interventi perché è grazie alla sua conoscenza che si è in grado di avere nozione degli snodi più critici nella gestione della patologia stessa e di stratificare i pazienti in sottoclassi, in base alla loro “*storia clinica*”.

Le altre variabili, individuali e sociali, fanno parte di un ulteriore specifico approfondimento sul singolo “*paziente-persona*”, che include tutti gli aspetti in grado di incidere, negativamente o positivamente, nella “*storia personale*” di ogni individuo con la propria cronicità.

Il “*PA*” rappresenta, quindi, lo strumento di traduzione della storia naturale e dei suoi snodi critici in prassi assistenziale.

Esso permette di evidenziare le fasi dell’assistenza e, all’interno di queste, i principali “*prodotti clinico-assistenziali*” che i diversi attori del sistema-salute dovranno garantire attraverso le loro attività. Attraverso questa metodologia, che utilizza un “*paziente-tipo*” come “*tracciante*” dei vari servizi e dei singoli professionisti impegnati nell’assistenza (mettendone in evidenza i contributi, le responsabilità ed i risultati), è possibile scomporre il processo clinico-assistenziale, dettagliando e, quindi, monitorando le caratteristiche e le modalità erogative dei singoli “*prodotti*”.

La “*stadiazione*” dei pazienti in sottoclassi di complessità consente di costruire percorsi personalizzati, o il *follow up* “*attivo*” perché effettuato con richiamo (*recall*) dei pazienti per una più attenta adesione al piano di cura. Questo consente indirettamente di abbassare l’indice di “*fuga*” (*drop out*), che rappresenta la maggiore causa di peggioramenti e di ricoveri evitabili

A proposito del *Follow up*, vi è la necessità di assumere strategie attive ma anche diversificate a seconda del “*carico assistenziale*”, strettamente connesso con il grado di complessità derivante dalla fase di “*storia naturale*” della malattia e dalla “*storia personale*” del singolo paziente (in un bilancio tra “*fattori critici*” e “*fattori potenziali*”).

Riguardo a ciò risulta doveroso esprimere il carattere clinico assistenziale della narrazione codificato dall’ Istituto Superiore di sanità in occasione della Conferenza di Consenso¹³ appositamente programmata per il tema e che ha dato luce a linee guida specifiche sulla Medicina Narrativa.

Tale intervento clinico-assistenziale che si inserisce a pieno titolo nei processi di umanizzazione e nella centralità del paziente nei percorsi di cura si configura come azione strategica per garantire una gestione delle cronicità che sia sostenibile in termini di accoglienza ma anche di appropriatezza. La narrazione, è caratterizzata da alcune componenti di quadro, complesse e significative, in grado, di nutrire la rappresentazione senso-esperienziale del principio del vissuto di malattia, col fine di rendere il sistema delle cure umanizzato ed aumentare i livelli di aderenza al trattamento.

Pertanto, il percorso del paziente con patologia cronica è pianificato nel lungo periodo e gestito in modo proattivo e differenziato, così da rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni specifici al fine di prevenire l’insorgenza di complicanze evitabili; tutto deve essere condiviso e armonizzato da un team composto da diverse figure (MMG, PLS, infermiere, medico specialista territoriale e ospedaliero, assistente sociale, psicologo etc.) in una logica di collaborazione e corresponsabilità, individuando il soggetto responsabile della gestione del percorso di cura.

Il *follow up* dovrà essere gestito con una maggiore o minore presenza dell’uno o dell’altro attore assistenziale, a seconda delle fasi e del grado di complessità, che mantiene sempre e comunque la propria “*appartenenza*” al team integrato ed a tutta la rete assistenziale.

¹³ ISS, Conferenza di Consenso, Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative", Collana "I Quaderni di Medicina Il Sole 24 ore Sanità Allegato al n. 7, 24 feb.-2 mar. 2

Il P.A.I.C. permette quindi di specificare e dettagliare, senza perdere di vista il continuum di una prassi assistenziale *“integrata”*, l’insieme dei contributi, i singoli prodotti e le relative caratteristiche erogative, nonché le specifiche responsabilità di ognuno sui risultati attesi.

Inoltre, il Percorso aiuta a mettere in luce le *“interfacce”* tra i diversi servizi ed attori assistenziali, usualmente poco governate nel sistema sanitario, e ad evidenziare gli *“strumenti di confine”* per integrarle tra loro.

La sua struttura permette ancora di inserire tutti gli *“alert”* utili a prevenire proattivamente l’insorgere di aspetti critici (ad esempio l’abbandono del piano di cura da parte del paziente) che possono incidere sull’emergere di complicanze e sul peggioramento della storia clinica e della qualità di vita del paziente.

Relativamente alla valutazione di risultati, nei P.A.I.C. rivolti ai pazienti con patologia di lungo termine vi è la necessità di rivedere il paradigma di fondo relativo al concetto di *“esito”*, termine che i servizi e gli operatori sanitari sono abituati generalmente ad allocare (ed a misurare) alla fine del processo assistenziale, ed a leggere come esiti *“puntuali”* utilizzando parametri clinici (mortalità, morbosità, ecc.) o al più aggiungendo generici parametri di *“qualità percepita”* da parte del paziente.

Al contrario, l’esito nel paziente con patologia a lungo termine non può essere considerato soltanto una misurazione puntuale e *“finale”* effettuata attraverso indicatori clinici.

Appare, invece, più utile e appropriato concepire gli esiti come un *“insieme di risultati intermedi”* e non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l’iter dell’assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori che esplorino in modo multidimensionale la *“salute globale”* (mutuando la nota definizione WHO) del paziente-persona.

In questo senso, anche il concetto di *evidence*, nel campo della cronicità, è da considerarsi in un’accezione più ampia, come un approccio ed un metodo di generazione ed uso della conoscenza, basato sulla valorizzazione delle migliori evidenze scientifiche ma anche sulla piena valorizzazione del sapere derivante dal *“vissuto”* dei pazienti e dei *caregiver*.

Tale sapere, che possiamo definire *“narrativo”*, deve essere considerato un bagaglio di conoscenza primario per programmare e per gestire l’assistenza oltre che mettere il paziente al centro dei processi di cura e personalizzando essa stessa attraverso i bisogni rilevati mediante la narrazione. Quindi, porre l’accento sull’uso sistematico di strumenti di partecipazione attiva del paziente e dei *caregiver* e l’uso delle *“storie di malattia”* (*illness histories*).

Gestire la *“comunicazione/relazione”* (che costituisce uno dei *“prodotti”* più importanti dell’assistenza sanitaria) in modo efficace ed empatico è il presupposto di base per orientare le organizzazioni sanitarie e tutti gli operatori verso i sempre più emergenti scenari di *clinical humanities*.

Percorsi Assistenziali che siano strumenti di Empowerment

Il P.A.I.C. è un metodo che permette di porre in risalto tutte le variabili dell’assistenza, e cioè i prodotti legati all’organizzazione dell’assistenza (*“care”*), agli aspetti clinici (*“cure”*) ed all’empatia (*“caring”*).

La figura successiva mette in evidenza i prodotti, quali la *“Comunicazione della diagnosi”*, e la *“Comunicazione della diagnosi infausta”* il *“Piano di cura personalizzato”* ed il relativo *“Patto di cura”*, oltre al complesso (e non collocabile in un momento puntuale) prodotto *“Educazione”*, tutti usualmente trascurati in un classico Percorso Assistenziale *“clinico-centrico”*.

È diffusamente riconosciuta, in letteratura e nelle esperienze, la valenza fondamentale della *“comunicazione della diagnosi”* come fattore che incide significativamente non solo sulla qualità di vita del paziente ma anche sull’evoluzione della storia e influisce sulle capacità di gestione della malattia.

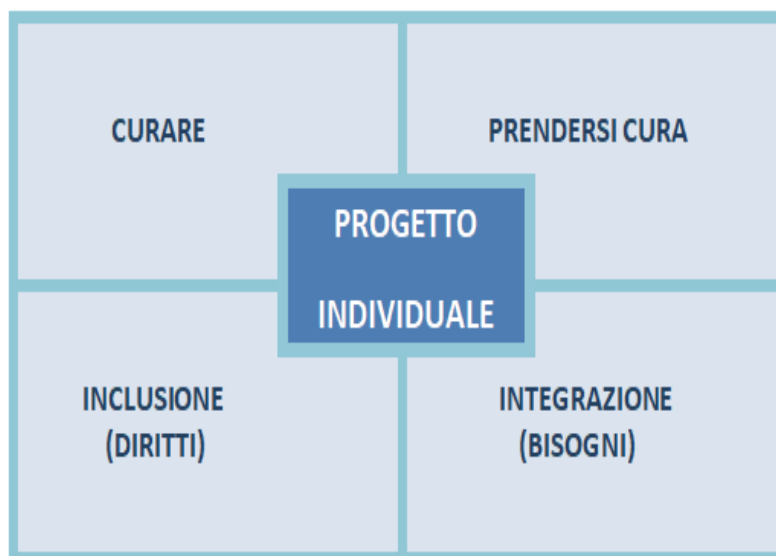
Così risulta importante l'attenzione al *setting*, ai silenzi, al linguaggio ed al bagaglio culturale del paziente al fine di operare una riduzione della complessità comunicativa e migliorare il senso della relazione umana.

Quindi, l'efficace comunicazione della diagnosi è strettamente connessa alla cosiddetta capacità di *"fare fronte"* alla convivenza con la patologia (*ability to cope*) e ne costituisce la base di appoggio e di successivo sviluppo.

Il Prodotto *"Piano di Cura Personalizzato"*, è un piano adattato alle problematiche specifiche di ogni singolo paziente, non solo cliniche, ma anche ai suoi effettivi potenziali, volto a identificare analogamente le variabili di carattere socio-ambientale che possono contribuire all'intero sistema di cura.

Ciò sarà possibile anche attraverso strumenti e metodologie organizzative quali:

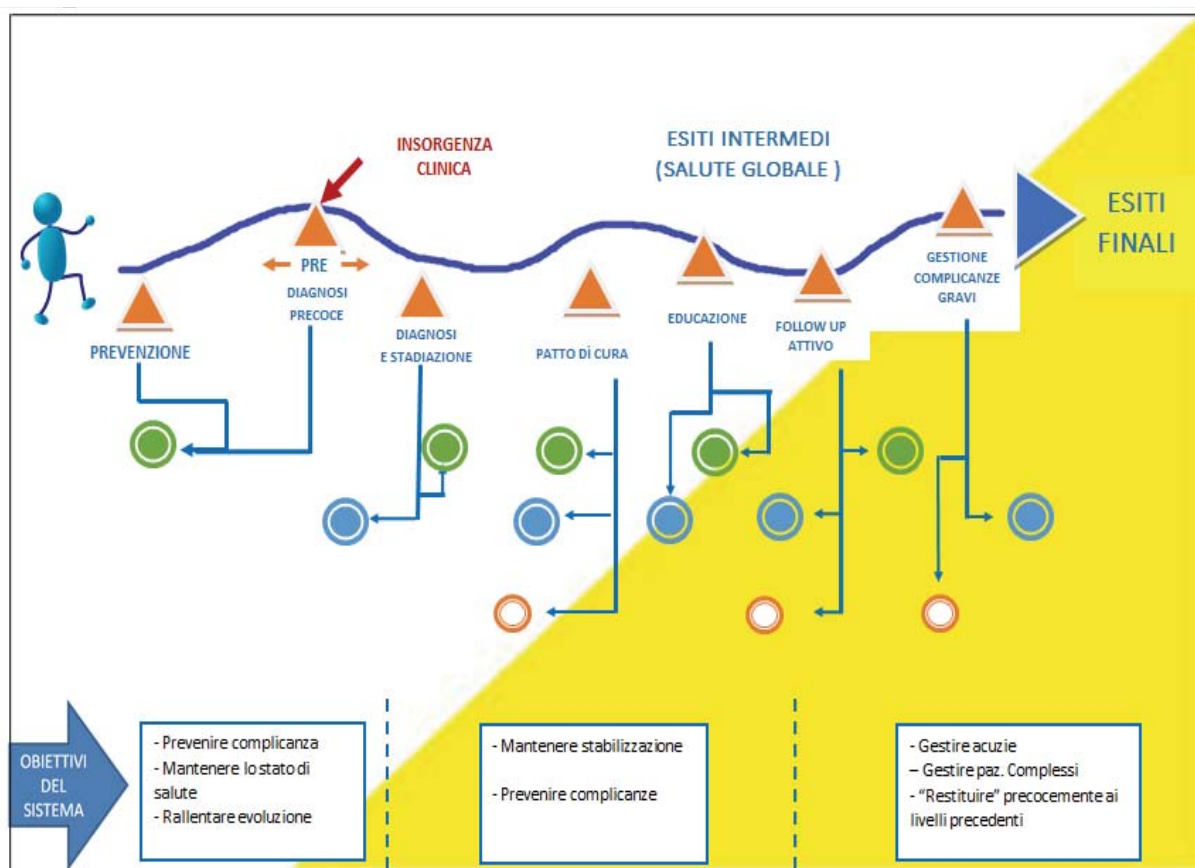
- Le equipe multidisciplinari integrate e, nelle zone periferiche, con caratteristiche itineranti, così come previste per l'organizzazione del PUA di *back office*: una relativa all'area minori e famiglia e l'altra per le cronicità;
- Lo sviluppo dei PAI e della cartella sociosanitaria integrata;
- Percorsi agevolati (*fast track*) per soggetti a rischio di esclusione;
- Sviluppo di strumenti di misurazione degli esiti.



Lo strumento *"Percorso Assistenziale"*, che mette in evidenza le prestazioni e gli esiti, clinici e non clinici, ne definisce le caratteristiche (specifiche o standard di prodotto) e li rende verificabili, si presta bene ad implementare un sistema di valutazione che non prenda in considerazione solo i classici outcome di salute (morbilità, mortalità), ma dia la necessaria centralità anche a prodotti ritenuti erroneamente poco valutabili, quali la comunicazione, il patto e l'educazione, che costituiscono assi portanti per interventi efficaci, efficienti e centrati sui bisogni "globali" del paziente.

Algoritmi relativi alla presa in carico e alla gestione del piano di cura (Fonte Piano Nazionale cronicità, Ministero Sanità):

CONTINUUM ASSISTENZIALE BASATO SULL'INTENSITA' DI CURA



LEGENDA

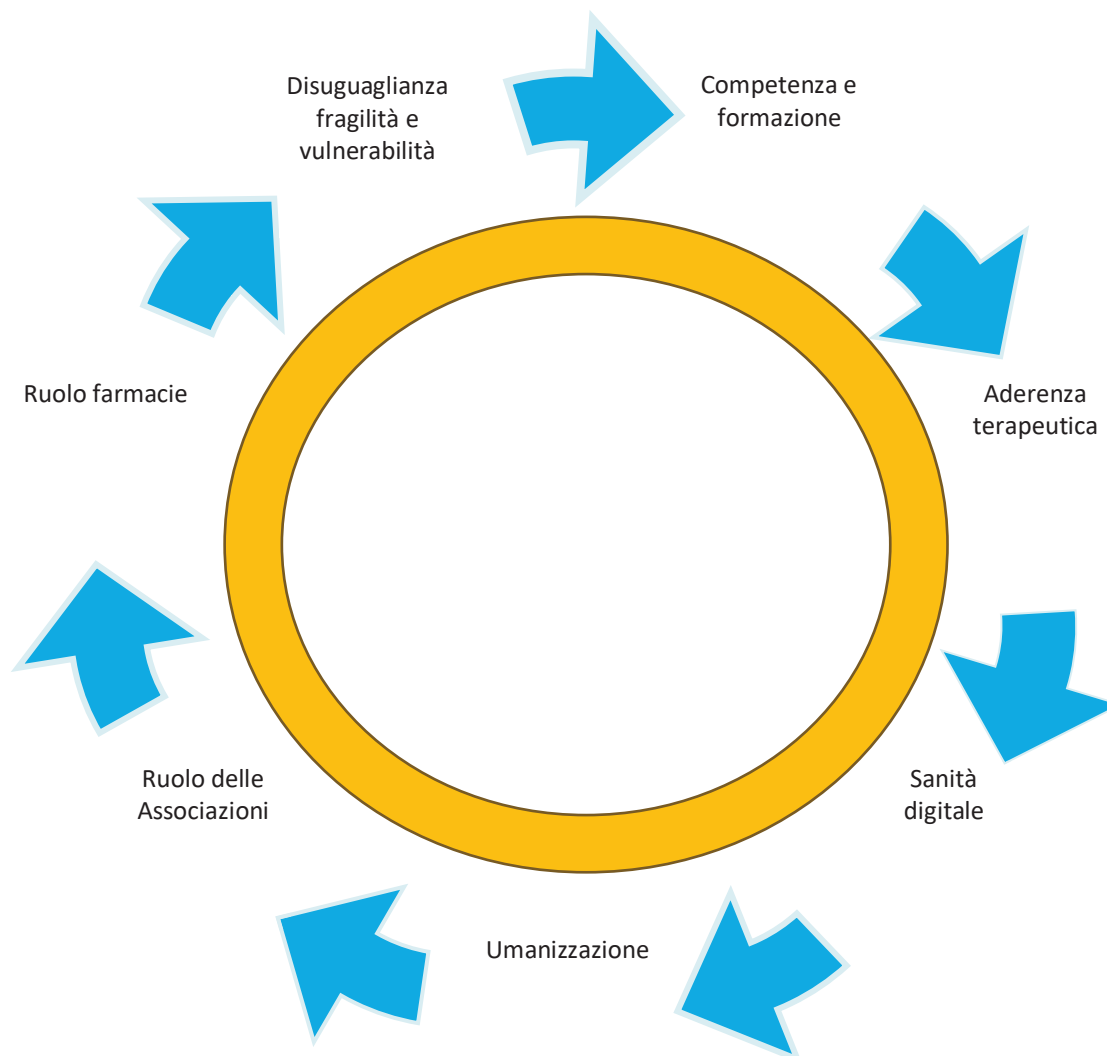


IL MACRO-PROCESSO DI GESTIONE DELLA PERSONA CON MALATTIA CRONICA



12.Elementi trasversali della presa in carico delle cronicità

Trasversalmente al macro-processo di gestione del paziente con cronicità si collocano ulteriori elementi, di eguale importanza, utili alla realizzazione di una presa in carico integrata e completa.



Disuguaglianza, fragilità e vulnerabilità

Le disuguaglianze sociali sono uno dei fattori più importanti nel determinare le condizioni di salute. I cosiddetti determinanti sociali della salute contribuiscono a definire lo stato di salute dei singoli anche perché sono in grado di condizionare l'accesso a sistemi efficaci di prevenzione e cura delle malattie.

Migliorare l'equità in campo sociale e sanitario richiede uno sforzo globale e la messa in campo di una serie di azioni finalizzate a migliorare le condizioni quotidiane di vita e a contrastare le disuguaglianze nella distribuzione delle risorse ma anche a consentire il potenziamento delle risposte che il sistema sanitario è in grado di garantire ai soggetti in condizioni di disagio sociale.

Le azioni che la ASL intende sviluppare per contrastare disuguaglianze, fragilità e vulnerabilità sociale sono:

- Promuovere l'efficacia delle cure e l'accessibilità all'assistenza per le persone con cronicità, migliorando le capacità di gestione in condizioni di disagio e/o vulnerabilità o in contesti sociali difficili;
- Definire specifici percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone vulnerabili e/o in contesti sociali difficili.
- Potenziare l'assistenza domiciliare integrata per le condizioni di fragilità e di difficoltà sociale anche con l'impiego appropriato dei mediatori culturali al fine di superare le barriere culturali e linguistiche.
- Realizzare progetti a supporto delle condizioni di disagio sociale (minori, anziani, disabilità fisica e/o psichiatrica, svantaggio socio-culturale e/o economico).
- Favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale omogenei sul territorio aziendale, per la definizione dei bisogni di assistenza socio-sanitaria del malato cronico.
- Realizzare attività di formazione e informazione dei pazienti e delle loro famiglie, con particolare riferimento alle condizioni di disagio e/o vulnerabilità e ai contesti sociali difficili.

Competenza e formazione

La formazione continua dei professionisti è una delle leve strategiche per favorire e supportare il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai cittadini. Infatti per migliorare il sistema sanitario è necessario che i professionisti possano coniugare le conoscenze teoriche e tecniche basate sulle evidenze scientifiche e sull'appropriatezza clinico-assistenziale con la concreta operatività e, contemporaneamente, acquisire la capacità di gestire i cambiamenti organizzativi per rispondere alle nuove sfide della complessità in maniera appropriata ed efficace, tenendo conto delle innovazioni tecnologiche ed organizzative.

Le azioni che la ASL intende promuovere per sviluppare le competenze tecniche e relazionali degli operatori sanitari e sociali sono:

- Aumentare e diffondere le competenze tra gli operatori favorendo lo scambio di informazioni;
- Promuovere la formazione continua del personale e monitorare, attraverso verifiche puntuali, l'effettiva crescita culturale specifica;
- Aumentare le conoscenze circa la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e l'assistenza delle malattie croniche;
- Sostenere la trasferibilità della ricerca finalizzata per migliorare i processi di cura;
- Promuovere a livello universitario l'insegnamento di tecniche di cura del paziente cronico;
- Creare un link fra didattica, ricerca e assistenza, anche favorendo l'utilizzo di un linguaggio comune nei rispettivi ambiti.

Aderenza terapeutica

Una delle maggiori sfide per le aziende sanitarie e per gli operatori sanitari è il mantenimento degli standard assistenziali raggiunti o il miglioramento di quelli non ancora ottimali nonostante la difficile congiuntura economica che il nostro Paese sta attraversando.

E' prioritario ridiscutere del concetto di appropriatezza, ovvero, l'adeguatezza delle azioni intraprese per trattare uno specifico stato patologico, secondo criteri di efficacia ed efficienza che coniugano obiettivi di salute e corretto uso delle risorse. Si può affermare che un intervento sanitario è appropriato dal punto di vista professionale se è di provata efficacia ed è stato prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per una durata adeguata; inoltre i possibili effetti sfavorevoli devono essere accettabili rispetto ai benefici.

La *compliance* è definita come l'aderenza di un paziente alle prescrizioni mediche, farmacologiche o di *follow up*, come alle indicazioni dietologiche, ai suggerimenti per un cambiamento nello stile di vita.

La disponibilità di soluzioni tecnologiche sicure e vicine al paziente, rappresenta una possibile soluzione alle problematiche correlate all'aderenza terapeutica, alla politerapia e alla interazione farmacologica nella popolazione affetta da patologia cronica, con risparmi evidenti in termini economici e qualitativi.

Le azioni che la ASL intende promuovere per sviluppare l'aderenza terapeutica sono:

- Promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche;
- Migliorare l'aderenza terapeutica;
- Garantire il diritto all'accesso appropriato alle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, favorendo l'impiego di strumenti di qualità tecnologica adeguata e di procedure idonee a ottenere risultati sicuri riducendo i potenziali rischi e monitorando nel tempo l'adeguatezza e la qualità.

Sanità digitale

I sistemi informativi fungono da sostegno all'ottimizzazione del percorso di cura, facilitando la condivisione dei dati clinici, favorendo una pianificazione più efficace degli esami medici, inserendo le persone con cronicità in un monitoraggio continuo da parte dei vari attori assistenziali, programmando e favorendo una gestione "*personalizzata*" degli interventi sui pazienti.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie in telemedicina contribuisce ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Le azioni che la ASL intende sviluppare per sviluppare la sanità digitale sono relative allo sviluppo di:

1. *Telemedicina Specialistica*: come varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari.
2. *Telesalute*: riguarda i sistemi e i servizi che collegano i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici per assistere nella diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione degli stessi.
3. *Teleassistenza*: caratterizzata dalla presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "*supporto*" da parte di un centro servizi ed ha quindi un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati

verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale.

La Telesalute comprende il Telemonitoraggio, con l'interpretazione a distanza dei parametri vitali, ma lo scambio di tali dati tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali dedicate, ecc.) e una postazione di monitoraggio non avviene solo per l'interpretazione degli stessi, ma anche per supportare i programmi di gestione della terapia e per migliorare la informazione e formazione (*knowledge and behaviour*) del paziente.

I principali benefici attesi dall'adozione di modelli, tecniche e strumenti di Telemedicina nella gestione della cronicità sono i seguenti (Linee di Indirizzo Nazionale, 2014):



Umanizzazione

Umanizzare le cure significa approcciarsi al paziente nella sua totalità mettendolo al centro del processo di cura nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale. Solo attraverso una visione olistica della persona e un intervento strutturato su più livelli (ambientale, relazionale, psicologico, organizzativo) possono garantire la piena riuscita di un autentico processo di umanizzazione.



Ruolo delle Associazioni

Le Associazioni di tutela delle persone con malattia cronica svolgono un'azione collettiva, responsabile, solidale ed hanno un ruolo importante nella implementazione e valutazione delle politiche della cronicità e nell'erogazione dell'assistenza, specialmente in questo particolare momento storico di contenimento delle risorse destinate ai servizi.

Il loro ruolo è strategico per il miglioramento della qualità dell'assistenza e di conseguenza della qualità della vita delle persone e delle loro famiglie e per costruire percorsi di socializzazione e di integrazione migliorando il rapporto e il dialogo con le istituzioni.

Le azioni che la ASL intende sviluppare per favorire la partecipazione/inclusione/coinvolgimento delle Associazioni sono le seguenti:

- Coinvolgere le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo nazionale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello nazionale;
- Coinvolgere le Associazioni di tutela delle persone con patologia cronica di rilievo regionale e aziendale nelle decisioni e iniziative sviluppate a livello regionale e aziendale;
- Potenziare la formazione e la qualificazione dei volontari perché operino con sempre maggiore efficacia, efficienza, responsabilità e trasparenza.

Ruolo delle farmacie

Negli ultimi anni la farmacia sta assumendo in Italia una nuova identità, trasformandosi da farmacia in senso tradizionale in *"Centro polifunzionale"* improntato alla *Pharmaceutical Care*, nonché in un luogo di promozione e produzione della salute. Tale ruolo è cambiato con i decreti ministeriali sulla *"farmacia dei servizi"*, che hanno previsto la possibilità di erogare servizi e prestazioni professionali agli assistiti.

Il coinvolgimento attivo delle farmacie, grazie alla loro diffusione sul territorio e ai continui rapporti con i cittadini, permetterà di conseguire significativi obiettivi in termine di salute.

La farmacia dei servizi può rappresentare il luogo in cui la popolazione potrà trovare una prima risposta alle proprie domande di salute. Per garantirla, il nuovo farmacista dovrà acquisire competenze e nuove attitudini che facilitino il paziente anche nell'accesso alle cure e alle prestazioni.

Le azioni che la ASL intende sviluppare per promuovere un nuovo ruolo delle farmacie sono le seguenti:

- Sperimentare modalità di coinvolgimento delle farmacie nei percorsi di prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche;
- Coinvolgere il farmacista nei programmi di formazione sulla cronicità.

13. Le cronicità in età evolutiva

L'Azienda Sanitaria di Rieti considera riferimento principale nella presa in carico delle cronicità in età evolutiva la Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia¹⁴ e dell'adolescenza, particolare dall'art. n. 23 all'art. n. 29 e tiene conto dei principi di:

- 1) non discriminazione,
- 2) del superiore interesse del bambino,
- 3) del diritto alla vita, alla sopravvivenza e allo sviluppo,
- 4) dell'ascolto delle opinioni del minore in tutti i processi decisionali che li riguardano, e il corrispondente dovere, per gli adulti, di tenerne in adeguata considerazione le opinioni.

Ne consegue la necessità di considerare la particolare complessità assistenziale di questi pazienti cronici che risiede nella natura socio-sanitaria dei bisogni dei bambini e nell'impatto delle cronicità nello sviluppo evolutivo.

Si rendono necessari, pertanto, approfondimenti che includono:

- Il continuo cambiamento dei bisogni nelle differenti fasi della crescita;
- La possibilità che malattia e/o disabilità possano ritardare, talora in modo irreversibile, il normale sviluppo;
- La necessità di favorire l'inserimento in comunità ludiche, ricreative e scolastiche, quale aspetto importante dell'intervento assistenziale;

¹⁴ Convenzione sui Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con legge del 27 maggio 1991, n.176, depositata presso le Nazioni Unite il 5 settembre 1991. La traduzione italiana qui riprodotta è quella pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'11 giugno 1991. L'UNICEF Italia sottolinea che sarebbe preferibile tradurre il termine inglese "child", anziché con "fanciullo", con "bambino, ragazzo e adolescente"

- La dipendenza del bambino dagli adulti e quindi dalle competenze e dallo stato sociale ed economico della famiglia (patologie relativamente semplici possono risultare di difficile gestione in contesti familiari critici).

Vengono, dunque, individuate le seguenti aree di macro-attività:

- La continuità assistenziale del bambino con cronicità;
- Il ruolo delle famiglie;
- Gli ambiti relazionali specifici per l'età (scuola, sport, socialità);
- Il passaggio dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto.

Tutte queste aree dovranno essere approfondite e definite nella presa in carico del bambino con cronicità.

14. Obiettivi delle reti verso la cronicità della ASL di Rieti

Obiettivi dell'area della organizzazione dei servizi territoriali verso la cronicità

Obiettivi generali:

- Riqualificare la rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate nei Distretti aziendali, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali;
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016) e regionale, riorganizzando il sistema delle cure primarie e l'assistenza territoriale;
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale – territorio;
- Realizzare modelli di programmazione e gestione integrata delle cure.

Linee di intervento operative entro il 2018:

- Realizzare un censimento dell'offerta, dal punto di vista strutturale, organizzativo e delle risorse (umane, strumentali, dei servizi) per singolo Distretto sociosanitario a supporto del back office dei PUA, Punti Unici di Accesso;
- Diffondere sistemi di classificazione dei pazienti uniformi in tutti i servizi della ASL e degli Ambiti territoriali;
- Distribuire le risorse in modo adeguato ai bisogni, in una logica di promozione dell'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale;
- Creare reti integrate tra le strutture che assicuri la continuità assistenziale;
- Valorizzare le diverse e specifiche competenze anche attraverso la creazione di reti specialistiche multidisciplinari.

Linee di intervento operative entro il 2019:

- Inserire ogni singolo paziente, fin dal momento della diagnosi, in un processo di gestione integrata condivisa, che preveda l'adozione di PDTA ai quali partecipino tutte le figure

assistenziali coinvolte con impegno diversificato in funzione del grado di complessità della malattia (Bassa, Media e Alta Complessità Assistenziale) tramite l'attivazione di team multi-professionali;

- Individuare figure di coordinamento che garantiscano la continuità territorio-ospedale e l'appropriatezza degli interventi e la valutazione di efficacia dei percorsi di cura.
- Definire percorsi di cura clinici nel rispetto delle raccomandazioni e linee guida, almeno per le più importanti malattie croniche.
- Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza;
- Sperimentare modelli di remunerazione adeguati al malato cronico.

Obiettivi dell'area dell'integrazione sociosanitaria verso la cronicità

Obiettivo generale:

- Adottare strumenti di programmazione integrata per la presa in carico e la risposta ai bisogni della popolazione (PDZ, PAT, accordi di programma);
- Sviluppare un sistema integrato con gli ambiti sociali di servizi sociosanitari alla persona con cronicità nella ASL di Rieti che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni;
- Sperimentazione del budget di salute.

Linee di intervento operative entro il 2018:

- Promuovere un approccio che favorisca il benessere delle persone con cronicità, attraverso modelli di welfare di comunità, evitando la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali.
- Sostenere interventi volti a garantire il diritto di fruizione dei servizi e delle prestazioni e l'equità di accesso alle reti sanitarie, sociosanitarie, socioassistenziali.
- Implementare la diffusione di procedure di presa in carico unitarie e dei Punti Unici di Accesso (PUA) presso i singoli Distretti sociosanitari.
- Valorizzazione del terzo settore e del mondo del volontariato.

Linee di intervento operative entro il 2019:

- Sperimentare le Farmacie di Servizio, gli Infermieri di Comunità e i Team specialistici itineranti nelle aree interne e in quelle interessate dal sisma;
- Potenziare e migliorare il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata, anche attraverso la sanità digitale.
- Garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali, pubbliche e private accreditate, extraospedaliere, anche con l'impiego di tecnologie di e-Health.
- Integrare e potenziare le forme di sussidiarietà orizzontali e verticali tra i vari attori istituzionali (ASL, Ambiti territoriali, Comuni, Terzo Settore, Associazionismo e Volontariato).

Obiettivi dell'area della organizzazione dell'assistenza ospedaliera verso la cronicità

Obiettivi generali:

- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per la presa in carico della persona con cronicità;
- Creare reti multi-specialistiche ospedaliere;
- Promuovere l'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale.

Linee di intervento operative entro il 2018:

- Promuovere interventi finalizzati ad assicurare la continuità terapeutica ed assistenziale alle persone affette da cronicità che accedono alle cure ospedaliere, sia in emergenza/urgenza, che in elezione;
- Favorire la definizione, secondo standard EBM, di specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali multidisciplinari intraospedalieri almeno per le principali patologie croniche;
- Garantire la trasmissione delle informazioni alla dimissione, assicurando la continuità assistenziale sul territorio in contatto con il sistema delle cure primarie, anche con l'uso di tecnologie di e-Health;

Linee di intervento operative entro il 2018:

- Promuovere l'istituzione della figura dell'operatore sanitario "tutor" per la persona affetta da cronicità al momento dell'accesso ospedaliero, che gestisca il percorso clinico intraospedaliero e si raccordi con il sistema territoriale;
- Sperimentare modelli di ospedale per intensità di cura e valutarne l'efficacia sul paziente ricoverato.

Risultati generali attesi, comuni alle tre aree precedentemente indicate:

- Sviluppo di modelli di programmazione, gestione e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza (Bassa, Media e Alta Complessità Assistenziale);
- Incremento di progetti di formazione dei team multidisciplinari;
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata sociosanitaria ai bisogni di salute;
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica.

15. Le reti assistenziali della ASL di Rieti

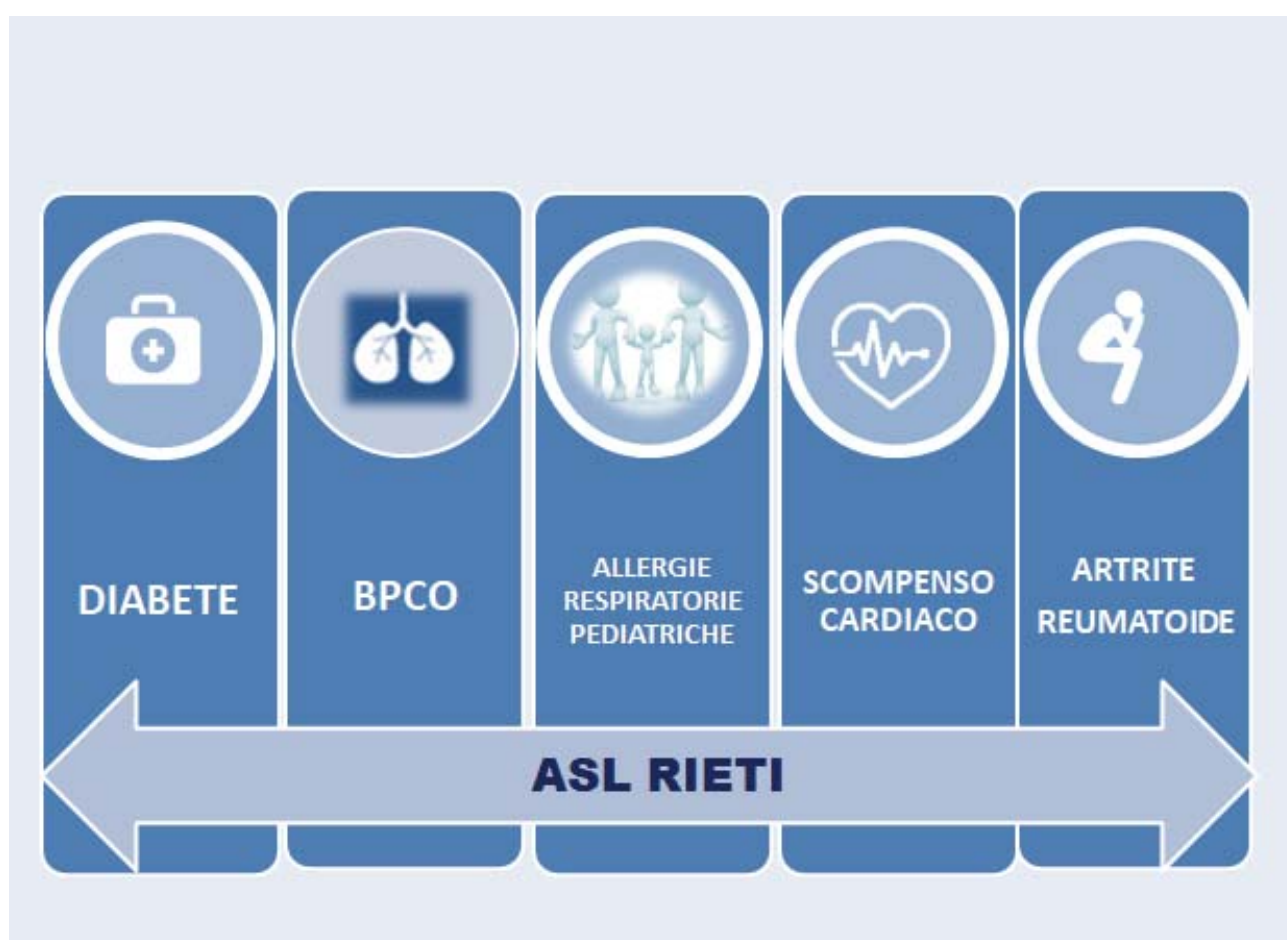


16. I PDTA per pazienti cronici nella ASL di Rieti

Il PDTA viene considerato nel Piano Aziendale della Cronicità uno strumento di *governance* multi disciplinare e multi-professionale costruito attraverso l'interrelazione di tutti componenti delle filiere assistenziali esaltando il carattere multisetting ed il valore del contributo di ognuno nella chiarezza dei ruoli e delle responsabilità. Sono stati redatti, seguendo tale approccio percorsi clinico-assistenziali centrati sui pazienti a garanzia di un'effettiva presa in carico dei bisogni globali oltre che alla costruzione di una relazione empatica tra il team di cura, la persona con cronicità ed i suoi *caregiver*.

La ASL di Rieti ha predisposto percorsi clinico-assistenziali per i pazienti cronici affetti da:

- BPCO;
- Scompenso cardiaco;
- Diabete;
- Artrite reumatoide;
- Allergie respiratorie pediatriche.



17. Le Comunità di pratica nella gestione dei PDTA per i pazienti cronici.

La ASL di Rieti per facilitare la trasferibilità delle esperienze e dei modelli organizzativi dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali all'interno delle filiere assistenziali integrate generate fra tutti i soggetti in esse operanti deve tendere alla promozione e costituzione di Comunità di Pratica (CoP)¹⁵ secondo un modello inclusivo e partecipativo in un approccio *bottom up* sulla base del quale:

- I gruppi sono strettamente connessi all'interno dell'organizzazione di appartenenza;
- I componenti della CoP s'incontrano;
- Esiste una forte reciprocità tra i partecipanti alla CoP;
- Si realizza un flusso di conoscenze diretto, sia implicito che esplicito, tra gruppi differenti della stessa organizzazione.

Wenger¹⁶ prima e Tomassini¹⁷ poi, definiscono le Comunità di Pratica (CoP) come un luogo in cui le *“persone che: condividono un interesse comune, un set di problemi o una passione rispetto ad un certo argomento (Dominio), approfondiscono la conoscenza e la comprensione di questi aspetti (Pratica) attraverso l'interazione e l'impegno reciproco (Comunità)”*.

ELEMENTI FONDANTI DI COMUNITA' DI PRATICA

APPRENDIMENTO COLLABORATIVO



¹⁵ Wenger E. *Communities of practice: learning, meaning and identity*, Cambridge University Press, New York 1998; tr. it. *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Raffaello Cortina, Milano 2006.

¹⁶ idem

¹⁷ Massimo Tomassini *“Comunità di pratica e reti professionali”* Presentazione di una metodologia di autovalutazione dell'apprendimento organizzativo applicata al sistema sanitario dell'Emilia-Romagna

Le dinamiche di interazione delle CoP sono riassumibili in quattro fasi essenziali:

1. *La comunicazione* – fase in cui ci si scambia domande e risposte supportandosi reciprocamente nel lavoro quotidiano, solitamente ci si trova nello stesso ambito professionale con una certa eterogeneità del livello di esperienza. In questa fase iniziale si sviluppa un senso di “aiuto reciproco” nel breve periodo.
2. *La condivisione* – fase in cui si hanno interessi comuni (ad es: problema di salute specifico) per i quali si hanno risorse comuni alle quali far riferimento per risolvere ciascuno i propri problemi, interagendo con persone che provengono da ambiti disciplinari simili si migliora la formazione personale. In questa fase si sviluppa l’“apprendimento individuale” nel lungo periodo.
3. *La collaborazione* – fase in cui si ha un problema comune da risolvere separatamente (ad es: creare PDTA, percorsi integrati), ma avvalendosi del supporto reciproco, solitamente si è tutti attori dello stesso processo e la finalità è quella di migliorare continuamente le prestazioni del processo. In questa fase si sviluppa il “supporto ai processi” aziendali nel breve periodo.
4. *La cooperazione* – fase in cui si lavora per produrre un unico “prodotto” (che può identificarsi in un prodotto, un servizio, un progetto, ecc.) E il risultato dovrà essere il migliore da ogni punto di vista scartando le proposte inadeguate, così facendo si sviluppano le capacità innovative dell’impresa. In questa fase si sviluppa l’“apprendimento organizzativo” nel lungo periodo.

La ASL di Rieti individua nei Distretti Sanitari i luoghi delle Comunità di Pratica.

Le CoP avranno la funzione di definire i piani di gestione (P.A.I.C.) della cronicità/fragilità avviando modelli di *clustering* della popolazione, condividendo/implementando i PDTA specifici, organizzando gli accessi tramite i PUA, monitorando le attività verso la popolazione fragile e cronica nel tempo.

Tali CoP vedranno la partecipazione dei MMG, PLS, Medici Specialisti Ospedale/Territorio, Specialisti della fragilità (Fisiatri e Geriatri), ADI, UVMD ed èquipe itineranti, comunità protette, *i referenti dei servizi di dimissioni ospedaliere*, Assistenti sociali e Psicologi della ASL e *dei Distretti Sociali/Ambiti territoriali*, rappresentanti delle Associazioni dei malati.

Ruolo del Management (Direttori dei Distretti Sanitari e del Presidio Ospedaliero, gli altri Dirigenti delle strutture aziendali, Formazione, Controllo di Gestione, Farmacisti, e servizi informatici, etc), sarà quella di incoraggiare, supportare, incentivare e indirizzare la CoP verso il raggiungimento degli obiettivi aziendali, stimolando la creazione di un senso di appartenenza, facilitando la comunicazione e la condivisione di informazioni e conoscenze, incoraggiando l’utilizzo della tecnologia a disposizione per la comunicazione e agendo in collaborazione con i servizi degli Enti Locali per una piena integrazione multidisciplinare finalizzata alla attuazione del presente Piano delle Cronicità.

18. Bibliografia

- Ahgren, B., Axelsson, R. (2005), *Evaluating integrated health care: a model for measurement*, in Int. J. Integr. Care, 5. doi:10.5334/ijic.134.
- Al-Abri, R., 2007. *Managing change in healthcare*, in Oman Med. J., 22, 9–10.
- Al-Abri, R.K., Al-Hashmi, I.S. (2007) *The learning organisation and health care education*, Sultan Qaboos Univ. Med. J., 7, 207–214.
- Alter, C., Hage, J. (1993), *Organizations working together*, Sage Publications. Anderson, R.M., Funnell, M.M., Butler, P.M., Arnold, M.S., Fitzgerald, J.T., Feste, C.C. (1995), *Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial*, in *Diabetes Care*, 18, 943–949.
- Armitage, G.D., Suter, E., Oelke, N.D., Adair, C.E. (2009), *Health systems integration: state of the evidence*, in Int. J. Integr. Care, 9. doi:10.5334/ijic.316.
- Banchieri G., a cura di e Autore, Raccomandazione SIQuAS su “*Requisiti di qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*”, Franco Angeli Editore, 2013;
- Banchieri G., a cura di, Rivista QA, SIQuAS, Numeri 2012 -2013, Curatore Atti convegni preparatori per Raccomandazione SIQuAS su “*Requisiti di qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*”;
- Banchieri G., “*L’integrazione sociosanitaria in Italia, Il Report 2010,*” Edizioni Federsanità ANCI 2011;
- Banchieri G., “*Le condizioni di sostenibilità nelle politiche di integrazione tra sanità e sociale*” Rivista “*Servizi Sociali Oggi*” Edizioni Maggioli Bologna 2011;
- Banchieri G., Data base sulle pratiche di miglioramento dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio assistenziali a supporto della Raccomandazione SIQUAS sui “*I requisiti di qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*”, 2010;
- Banchieri G., “*Il socio-sanitario e il socio-assistenziale in Italia*”, SIQUAS-DieS, 2010; attività di ricerca realizzata da SIQUAS e DieS per la composizione di materiali per un osservatorio permanente, coordinatore scientifico della ricerca, (a cura di + introduzione);
- Banchieri G., “*Il socio-sanitario e il socio-assistenziale in Italia*”, Federsanità ANCI, 2007; attività di ricerca realizzata da SIQUAS su indicazione di Federsanità-ANCI per la composizione di materiali per un osservatorio permanente, coordinatore scientifico della ricerca, Edizioni Federsanità ANCI (a cura di + introduzione);
- Bangalore, S., Kamalakkannan, G., Parkar, S., Messerli, F.H., 2007. *Fixed-Dose Combinations Improve Medication Compliance: A Meta-Analysis.*, in Am. J. Med., 120, 713– 719. doi:10.1016/j.amjmed.2006.08.033.
- Bloom, B.S. (2001), *Daily regimen and compliance with treatment*, in BMJ, 323, 647.
- Bodenheimer, T., Handley, M.A. (2009), *Goal-setting for behavior change in primary care: an exploration and status report*, in *Patient Educ. Couns.*, 76, 174–180. doi:10.1016/j.pec.2009.06.001
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002a), *Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model*, Part 2. JAMA, 288, 1909–1914.
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002b), *Improving primary care for patients with chronic illness*, JAMA, 288, 1775–1779.
- Bonatti, M.L. (2012), *La gestione della cronicità nel setting della Medicina Generale*. Servizio Sanitario Nazionale, Regione Abruzzo.

- Brazil, K., Whelan, T., O'Brien, M.A., Sussman, J., Pyette, N., Bainbridge, D. (2004), *Towards improving the co-ordination of supportive cancer care services in the community*, in *Health Policy Amst. Neth.*, 70, 125–131. doi:10.1016/j.healthpol.2004.02.007.
- Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., Byrne, C., Kertyzia, J., Loney, P. (2004), *Conceptualizing and validating the human services integration measure*, in *Int. J. Integr. Care*, 4. doi:10.5334/ijic.98.
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., Zentner, A. (2010), *Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges*, WHO Regional Office Europe.
- Busse, R., Mays, N. (2008), *Paying for chronic disease care*, in: *Caring for People with Chronic Conditions. A Health System Perspective*, Open University Press, Berkshire, England, pp. 195–221.
- Busse, R., Zentner, A., Schlette, S. (eds.) (2006), *Health Policy Developments: Focus on Public-Private Mix, Patient Safety, Public Health*, 1 edition. ed. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- Campbell, S., Reeves, D., Kontopantelis, E., Middleton, E., Sibbald, B., Roland, M. (2007), *Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance*, in *N. Engl. J. Med.*, 357, 181–190. doi:10.1056/NEJMSr065990.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005), *Gesundheit und Gesundheitsversorgung. Der Alterssurvey: Aktuelles auf einen Blick, ausgewählte Ergebnisse*. Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn.
- Devers, K.J., Shortell, S.M., Gillies, R.R., Anderson, D.A., Mitchell, J.B., Erickson, K.L. (1994), *Implementing organized delivery systems: an integration scorecard*, in *Health Care Manage. Rev.*, 19, 7–20.
- European Commission (2013), *A compilation of good practices. European Innovation Partnership on active and healthy ageing. Replicating and Tutoring Integrated Care for Chronic Diseases, Including Remote Monitoring at Regional Level*.
- Feachem, R.G.A., Sekhri, N.K. (2005) *Moving towards true integration*, in *BMJ*, 330, 787– 788. doi:10.1136/bmj.330.7494.787. Fletcher, R.H., O'Malley, M.S., Fletcher, S.W., Earp, J.A., Alexander, J.P. (1984), *Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers*, in *Med. Care*, 22, 403–411.
- Gillies, R.R., Shortell, S.M., Anderson, D.A., Mitchell, J.B., Morgan, K.L. (1993), *Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study*, in *Hosp. Health Serv. Adm.*, 38, 467–489.
- Ginneken, E. van, Busse, R., Gericke, C.A. (2008), *Universal private health insurance in the Netherlands: The first year*, in *J. Manag. Mark. Healthc.*, 1, 139–153. doi:10.1179/mmh.2008.1.2.139.
- Glasby, J., Peck, E. (2003), *Care Trusts: Partnership Working in Action*, Radcliffe Publishing.
- Ham, C.J., De Silva, D. (2009) *Integrating care and transforming Community Services: what works? where next?*, http://www.hsmc.bham.ac.uk/publications/policypapers/Ham_and_de_Silva_PP_5_pdf_Policy_Paper.pdf (accessed 10.12.2017).
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Walker, E., Simon, G.E., Bush, T., Robinson, P., Russo, J. (1995), *Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care*, in *JAMA*, 273, 1026–1031.

- Kodner, D. (2009), *Integrated Service Models: An Exploration of North American Models and Lessons*, in: Co-Director, J.G., Lecturer, H.D. (Eds.), *International Perspectives on Health and Social Care*, Wiley-Blackwell, pp. 68–80.
- Leatherman, S., Berwick, D., Iles, D., Lewin, L.S., Davidoff, F., Nolan, T., Bisognano, M., (2003), *The Business Case For Quality: Case Studies And An Analysis*, in *Health Aff. (Millwood)*, 22, 17–30. doi:10.1377/hlthaff.22.2.17.
- Leutz, W.N. (1999), *Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom*, in *Milbank Q.*, 77, 77–110, iv–v.
- Lewis, R., Rebecca, R., Goodwin, N., Dixon, J. (2010), *Where next for integrated care organisations in the English NHS*, Nuffield Trust, London, UK.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M.,
- Laurent, D.D., Holman, H.R. (1999), *Evidence suggesting that a chronic disease selfmanagement program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial*, in *Med. Care*, 37, 5–14.
- Maric, B., Kaan, A., Ignaszewski, A., Lear, S.A. (2009), *A systematic review of telemonitoring technologies in heart failure*, *Eur. J. Heart Fail*, 11, 506–517. doi:10.1093/eurjhf/hfp036.
- McKee, M., Nolte, E. (2004), *Responding to the challenge of chronic diseases: ideas from Europe*, in *Clin. Med. Lond. Engl.*, 4, 336–342.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L.A. (2015), *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement*, in *Syst. Rev.* 4, 1. doi:10.1186/2046-4053-4-1.
- Mohr, J.J. (2001), *Clinical Microsystem Assessment Tool*. Morrissey, M.A., Alexander, J., Burns, L.R., Johnson, V. (1996), *Managed care and physician/hospital integration*, *Health Aff. (Millwood)*, 15, 62–73. doi:10.1377/hlthaff.15.4.62.
- Oelke, N.D., Suter, E., Lima, M.A.D. da S., Vliet-Brown, C.V. (2015), *Indicators and measurement tools for health system integration: a knowledge synthesis protocol*, *Syst. Rev.*, 4, 99. doi:10.1186/s13643-015-0090-7.
- Organization, W.H. (2008), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report*, World Health Organization.
- Ovretveit (1998), *Evaluating health interventions: Introduction to Evaluation of Health Treatments, Services Policies and Organizational Interventions*, Open University Press, Buckingham England; Philadelphia.
- Øvretveit, J., Hansson, J., Brommels, M. (2010), *An integrated health and social care organisation in Sweden: creation and structure of a unique local public health and social care system*, in *Health Policy Amst. Neth.*, 97, 113–121. doi:10.1016/j.healthpol.2010.05.012.
- Oxman, A.D., Glasziou, P., Williams, J.W. (2008), *What should clinicians do when faced with conflicting recommendations?*, in *BMJ*, 337, a2530. doi:10.1136/bmj.a2530.
- Petersen, L.A., Woodard, L.D., Urech, T., Daw, C., Sookanan, S. (2006), *Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?*, in *Ann. Intern. Med.*, 145, 265. doi:10.7326/0003-4819-145-4-200608150-00006.
- Raleigh, V., Bardsley, M., Smith, P., Wisotw, G., Wittenberg, R., Erens, B., Mays, N. (2014), *Integrated care and support Pioneers: Indicators for measuring the quality of integrated care*.

- Ramsey, A., Fulop, N. (2008), *The Evidence Base for Integrated Care*. King's Patient Safety and Service Quality Research Centre, London, UK.
- Reilly, S., Challis, D., Burns, A., Hughes, J. (2003), *Does integration really make a difference? A comparison of old age psychiatry services in England and Northern Ireland*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 18, 887–893. doi:10.1002/gps.942.
- Ricciardi, W., Specchia, M.L. (2013), *Il malato complesso: possibili modelli di management*, Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro cuore, Milano.
- Rittenhouse, D.R., Shortell, S.M., Fisher, E.S. (2009), *Primary Care and Accountable Care — Two Essential Elements of Delivery-System Reform*, in N. Engl. J. Med., 361, 2301–2303. doi:10.1056/NEJMp0909327.
- Roland, M. (2004), *Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom*, in N. Engl. J. Med., 351, 1448–1454. doi:10.1056/NEJMp041294.
- Rosen, R., Ham, C. (2008), *Integrated Care: Lessons from Evidence and Experience*. Nuffield Trust, London, UK.
- Rosen, R., Mountford, J., Lewis, G., Lewis, R., Shand, J., Shaw, S. (2011), *Integration in action: four international case studies*, London, UK.
- Schang, L. (2009), *Morbidity-based risk structure compensation*. Health Policy Monit., April.
- Shaw, S., Rosen, R., Rumbold, B. (2011), *What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS*, Nuffield Trust, London, UK.
- Shukla, R.K. (1985), *A longitudinal approach for measuring integration and continuity of nursing care*, in Inq. J. Med. Care Organ. Provis. Financ., 22, 426–432.
- Simoens, S. (2001), *Working together in primary care: measuring the extent of integration with local health care co-operatives*, University of Aberdeen, Health Economics Research Unit.
- Simoens, S., Scott, A. (2005), *Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why?*, in Health Serv. Manage. Res. 18, 25–40. doi:10.1258/0951484053051951.
- Singh, D., Figueras, J., Lavis, J., McDaid, D., Mossialos, E. (2008), *How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers?* URL /paper/How-can-chronic-disease-management-programmes-oper-SinghFigueras/19559e25e08039163fb4fc46dbe7dcdb51ddffea (accessed 10.8.17).
- Smith, P.C., York, N. (2004), *Quality Incentives: The Case of U.K. General Practitioners*. in Health Aff. (Millwood), 23, 112–118. doi:10.1377/hlthaff.23.3.112.
- Stein, K.V., Rieder, A. (2009), *Integrated care at the crossroads—defining the way forward*, in Int. J. Integr. Care, 9. doi:10.5334/ijic.315.
- Strandberg-Larsen, M., Krasnik, A. (2009), *Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions*, in Int. J. Integr. Care, 9. doi:10.5334/ijic.305.
- Suhrcke, M., Fahey, D.K., McKee, M. (2008), *Economic aspects of chronic disease and chronic disease management*, in: *Caring for People with Chronic Conditions*. A Health System Perspective, Open University Press, Berkshire, England, pp. 43–63.
- Suter, E., Oelke, N.D., Adair, C.E., Armitage, G.D. (2009), *Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration*, in Healthc. Q. Tor. Ont, 13, 16–23.

- Van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Roos, S., Knottnerus, J.A. (1998), *Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases*, in J. Clin. Epidemiol., 51, 367–375.
- Van der Linden, B.A., Spreeuwenberg, C., Schrijvers, A.J. (2001), *Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994*, in Health Policy Amst. Neth., 55, 111–120.
- Van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., Bensing, J. (2007), *Patient adherence to medical treatment: a review of reviews*, in BMC Health Serv. Res., 7, 55. doi:10.1186/1472-6963-7-55.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S.J., Wagner, E.H. (1997), *Collaborative management of chronic illness*, in Ann. Intern. Med., 127, 1097–1102.
- Wagner, E.H. (1998), *Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?*, in Eff. Clin. Pract. ECP, 1, 2–4.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., Bonomi, A. (2001), *Improving chronic illness care: translating evidence into action*, in Health Aff. Proj. Hope, 20, 64–78.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Von Korff, M. (1996), *Organizing care for patients with chronic illness*, in Milbank Q., 74, 511–544.
- Wang, B.B., Wan, T.T.H., Clement, J., Begun, J. (2001), *Managed Care, Vertical Integration Strategies and Hospital Performance*, in Health Care Manag. Sci., 4, 181–191. doi:10.1023/A:1011492731396.
- Wan, T.T.H., Lin, B.Y.-J., Ma, A. (2002), *Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems*. J. Med. Syst. 26, 127–143.
- Wan, T.T.H., Wang, B.B.L. (2003), *Integrated Healthcare Networks' Performance: A Growth Curve Modeling Approach*, Health Care Manag. Sci., 6, 117–124. doi:10.1023/A:1023337203584.
- Wolff, J.L., Starfield, B., Anderson, G. (2002), *Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly*, in Arch. Intern. Med., 162, 2269–2276.
- Woods, K.J. (2001), *The development of integrated health care models in Scotland*, in Int. J. Integr. Care, 1. doi:10.5334/ijic.29.
- World Health Organization (2003) *Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action*.
- Zentner, A., Velasco-Garrido, M., Busse, R. (2005), *Methods for the comparative evaluation of pharmaceuticals*, in GMS Health Technol. Assess., 1, Doc09.