

---

# Integrazione: parola chiave e driver per l’innovazione nei servizi sanitari della regione Umbria

Walter Orlandi<sup>1</sup>, Manuela Pioppo<sup>2</sup>, Francesco Mariotti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direttore Direzione Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse Umane Regione Umbria

<sup>2</sup> Referente regionale per la Regione Umbria del Progetto Mattone Internazionale Salute (Pro.M.I.S.)

<sup>3</sup> Economista sanitario

---

Nel 2018 l’Italia ha festeggiato il 40° anno dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale con la legge 833/78 che, con i suoi principi di universalismo, uguaglianza ed equità ha concretizzato l’art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana rendendola una delle nazioni al mondo con il migliore stato di salute.

Nella situazione attuale tuttavia, la programmazione e gestione dei servizi sanitari non può prescindere dall’analisi delle attuali sfide del sistema sanitario e anche dalla visione dei possibili scenari futuri.

E’ l’invecchiamento della popolazione, infatti, la principale sfida attuale che ha molteplici risvolti sia sul piano organizzativo che economico e che richiede un nuovo modello di assistenza ospedaliera e territoriale dove la continuità e l’integrazione tra servizi sono i driver di progettazione dei Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziali (PDTA). Soltanto la collocazione del cittadino al centro della rete del sistema che include strutture, servizi, professionisti e famiglia permette di fornire un’assistenza aderente ai bisogni di salute della popolazione. Per far fronte al cambiamento del quadro epidemiologico che vede la popolazione italiana, e in particolare quella umbra, invecchiarsi sempre di più, la Regione Umbria, con il nuovo Piano Sanitario Regionale 2019-2021 “P.R.O.G.E.T.T.O. per la salute”, intende operare verso la creazione di un ambiente sempre più favorevole all’integrazione fra strutture e professionisti, che permetta l’innalzamento della qualità dell’assistenza e migliori, quindi, la salute dei cittadini.

Uno degli aspetti più critici, connessi con l’offerta di un’assistenza di elevata qualità, è rappresentato infatti da un miglior coordinamento e da una più stretta integrazione Ospedale-Territorio, in una logica di rete al fine di garantire la presa in carico del paziente fragile in un percorso assistenziale di continuità delle cure e di appropriatezza.

L’integrazione proposta dalla programmazione regionale con il fine di migliorare gli outcome sia in termini di risultati clinici sia di efficienza e di soddisfazione, prevede il coinvolgimento della molteplicità dei professionisti e dei servizi a 360 gradi:

- Integrazione tra assistenza ospedaliera e cure primarie/intermedie
- Integrazione tra aziende ospedaliere (AO)
- Integrazione tra Aziende Ospedaliere e ospedali di base

Come raccomandato dal WHO Regional Committee for Europe in “Strengthening people-centred health systems in the WHO European region: framework for action on integrated health services delivery”, organizzare servizi sanitari integrati risulta più efficace per la gestione delle malattie non trasmissibili e malattie croniche, perché possono migliorare la qualità delle cure, dare un accesso più sicuro, diminuire i ricoveri inutili e ripetuti e aumentare l’aderenza al trattamento. Inoltre, l’offerta di servizi sanitari integrati, oltre a rispondere ai

**Integrare per migliorare l’assistenza delle persone croniche**

principi di efficienza, contribuisce direttamente al miglioramento dei risultati di salute e di maggiore benessere e qualità della vita, con benefici risvolti economici, sociali e individuali.

Nel 2017 la Regione Umbria, riprendendo le strategie del Piano Nazionale della Cronicità, ha elaborato il Piano Regionale della Cronicità (PRC) ed individuato la necessità di nuovi modelli organizzativi che, compatibilmente con le risorse economiche, organizzative e strutturali disponibili, prevedano interventi basati sull’unitarietà di approccio, centrati sulla persona ed orientati su una miglior organizzazione dei servizi con la piena integrazione e responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza: ciò deve consentire, da un lato, di migliorare la tutela della salute delle persone affette da patologie croniche, riducendo l’onere assistenziale sull’individuo, sulla famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita; dall’altro di rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione ed assistenza assicurando maggior uniformità ed equità di accesso ai cittadini umbri. A tale riguardo, si afferma nel PRC, bisogna far emergere localmente una “piramide del rischio”, che permetta di articolare il “case mix” della popolazione e che indirizzi le strategie più idonee per sviluppare interventi basati sull’intensità di cura, concentrando prioritariamente gli interventi sulla percentuale di popolazione più fragile, per la quale si rilevano ampi margini di miglioramento sia in termini di risultati di salute e di qualità di vita, sia in termini di costi evitabili.

Il superamento della dicotomia ospedale/territorio e della frammentazione dei servizi territoriali potrà essere effettivamente perseguito con la piena realizzazione delle cure intermedie, operando secondo la logica del “chi è in grado di dare la risposta in modo più appropriato, efficace, efficiente e nel luogo e nei tempi più adeguati”.

I tavoli attivati di professionisti delle varie aziende sanitarie umbre e rappresentanti di associazioni hanno permesso di elaborare nel PRC i seguenti PDTA:

<b>PDTA nel Piano Regionale Cronicità</b>
MALATTIA RENALE CRONICA
INSUFFICIENZA CARDIACA CRONICA (SCOMPENSO CARDIACO)
PARCKINSON E PARKINSONISMI
MALATTIE REUMATICHE INFIAMMATORIE AUTOIMMUNI
MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI
PATOLOGIE CRONICHE DELL’ETA’ EVOLUTIVA (ARTRITI REUMATOIDE E ARTRITI, ASMA, INSUFFICIENZA RESPIRATORIA, MALATTIE RENALI CRONICHE, MALATTIE ENDOCRINE)
BPCO
DIABETE
DEMENZE (in aggiunta rispetto al PNC)
MALATTIE TIROIDEE CRONICHE (in aggiunta rispetto al PNC)

*Tabella 1*

Per favorire l’applicazione dei PDTA del Piano Regionale Cronicità, grazie all’Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, sono stati implementati nuovi modelli organizzativi che favoriscono la presa in carico dei pazienti cronici, fragili o non autosufficienti quali le Centrali Operative Territoriali e le Aggregazioni Funzionali Territoriali.

## La Centrale Operativa Territoriale

La Regione Umbria sul recepimento dell’Accordo sulle modalità di riparto tra le regioni dell’incremento sperimentale della quota di premialità ministeriale per l’anno 2017 del Programma annuale di miglioramento e riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale ha inserito la sperimentazione nel distretto del Perugino della Centrale Operativa Territoriale (COT). La COT, ai sensi del D.M. 70/2015, è una centrale della continuità posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post-ricovero e a cui è assegnato il ruolo di garante della continuità assistenziale tra ospedale e tutti i servizi posti nel territorio.

Qui di seguito vengono elencate le funzioni della COT:



Figura 1: le funzioni della COT

L’attivazione del percorso per attivare la COT inizia con l’equipe dimissione protetta dell’ospedale che effettua il più precocemente possibile la compilazione della scheda BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening) con l’obiettivo di identificare l’indice di rischio di dimissione difficile ed inviandola alla COT, attraverso il sistema informatico Atlante, da 72 a 48 ore prima della dimissione per tutti gli assistiti che rispondono a determinati criteri presenti all’ingresso o che si sviluppano nel corso della degenza. L’equipe territoriale di dimissione protetta programma entro 72 ore dalla segnalazione la Valutazione Multidimensionale congiunta con l’equipe ospedaliera dimissione protetta. La valutazione viene effettuata tramite la Scheda di Contact Assessment e successivamente viene eseguita la stesura del verbale di chiusura del processo di dimissione protetta. La scheda viene trasmessa attraverso il Sistema Atlante con assegnazione al setting assistenziale più appropriato, condiviso anche con i familiari, a scelta tra Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e strutture intermedie residenziali o semi-residenziali (RSA o RP).

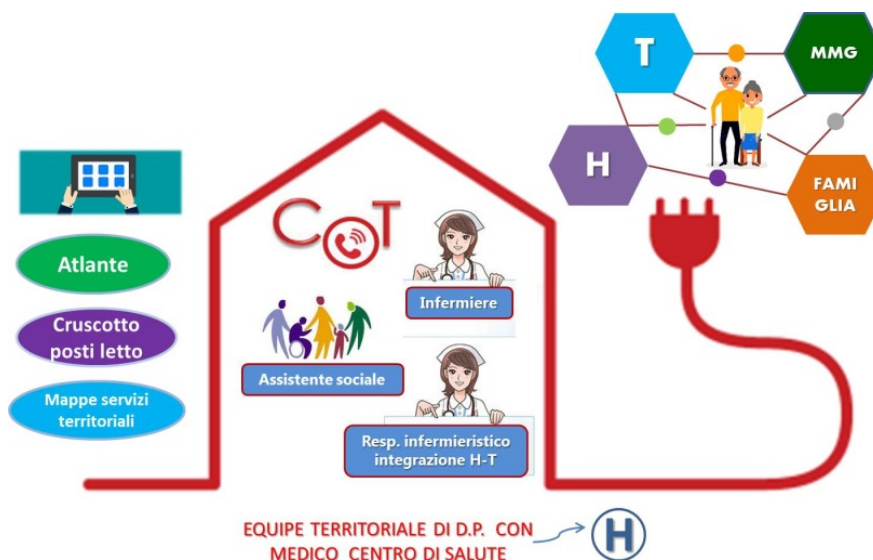


Figura 2: gli operatori della COT

Nei prossimi mesi si prevede di enfatizzare il ruolo delle COT estendendone l’operatività a tutto il territorio regionale ma soprattutto ampliarne le funzioni: alla COT, infatti, oltre al compito di gestione centralizzata dei percorsi di dimissione protetta nelle ore diurne, verrà assegnato anche quello di Centrale di Ascolto e smistamento delle chiamate rivolte al servizio di continuità assistenziale nelle ore notturne e nei giorni festivi.

L’idea che sottende queste azioni è quella di rendere la COT, alla stregua della Centrale 118 per l’emergenza, la centrale unificata per la presa in carico di tutti i bisogni assistenziali nel territorio non ricomprese nelle emergenze/urgenze e rispondente al numero unico europeo 116117.

**Le Aggregazioni Funzionali Territoriali**

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali sono forme organizzative integrate dei medici di famiglia e dei medici di Continuità Assistenziale (C.A.) che perseguono obiettivi di salute e di attività per promuovere tra l’altro la medicina di iniziativa e la presa in carico della cronicità. Esse garantiscono, con il servizio di C.A., una copertura oraria 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 e forniscono assistenza ai bisogni assistenziali a bassa complessità che in molti casi, in modo inappropriato, cercano risposta nei pronto soccorso in cui vengono classificati come codici bianchi.

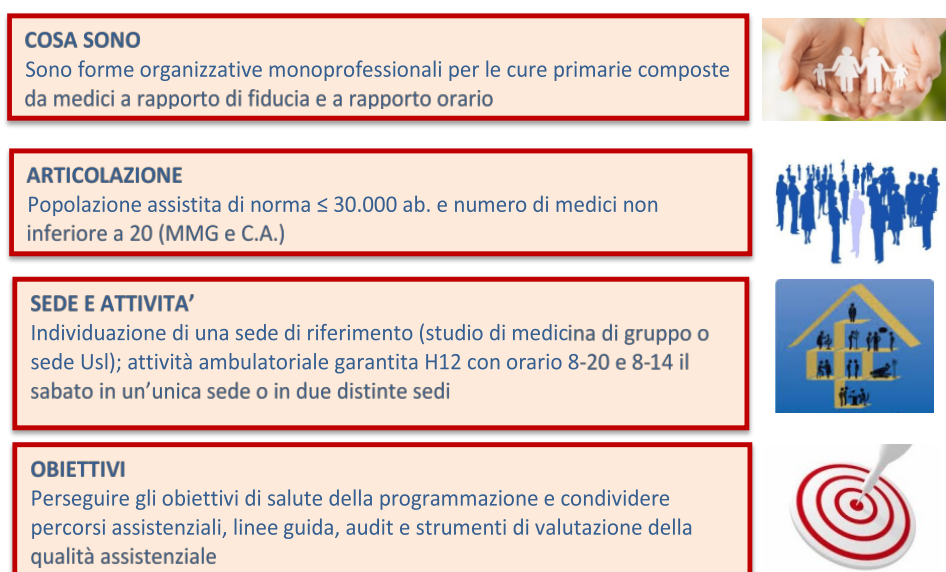


Figura 3: descrizione sintetica delle AFT

Nelle 38 AFT attivate in Umbria nel 2018, oltre alle visite mediche, il cittadino può ricevere consigli di educazione sanitaria, prestazioni diagnostiche semplici, medicazioni, prescrizioni di farmaci, esami strumentali e certificazioni. Coloro che sono affetti da una malattia cronica, trovano nell’AFT il medico e l’infermiere di famiglia, insieme ai terapisti della riabilitazione e agli psicologi, in grado di programmare le terapie e gli accertamenti necessari, mentre, nel caso di ricoveri, le AFT collaborano con i presidi ospedalieri per eventuali dimissioni protette.

Fondamentale nelle AFT è anche la figura dell’infermiere di famiglia e di comunità (IFC) che, in collaborazione con il medico di medicina generale e la farmacia dei servizi, contribuisce ad offrire consigli utili per un corretto stile di vita e per rendere le persone sempre più responsabili nei confronti della loro salute. Gli obiettivi principali che l’IFC persegue sono quelli di garantire la continuità assistenziale migliorando e facilitando l’accesso alle cure primarie al fine di promuovere e proteggere la salute dell’individuo e della popolazione di riferimento e di costruire e rafforzare un rapporto di fiducia fra cittadini. A questo proposito la regione dell’Umbria è risultata vincitrice del bando per “Contributi alle Regioni/PP.AA. per la realizzazione di attività di studio per l’implementazione di buone pratiche (nazionali ed europee) attraverso il finanziamento assegnato al Programma Mattone Internazionale Salute-Pro.M.I.S”, per l’implementazione della buona pratica regionale denominata: “Valorizzare il ruolo dell’Infermiere di Famiglia e di Comunità – IFC” con il coinvolgimento delle regioni Piemonte, Marche e Campania.

I risultati attesi dall’attivazione di queste nuove forme organizzative dei MMG sono: la partecipazione nell’applicazione dei PDTA previsti nel PRC e della medicina di iniziativa intesa come un insieme di azioni finalizzate alla prevenzione delle patologie grazie alla proattività del medico, la riduzione degli accessi inappropriati in pronto soccorso e il miglioramento della qualità dell’assistenza offerta dalla Continuità Assistenziale grazie anche alla condivisione dei dati clinici tra medici di famiglia e medici di C.A.

E’ possibile consultare il video di presentazione delle AFT realizzato dalla regione Umbria al link: [https://www.youtube.com/watch?v=arKkSC\\_4L0M&t=100s](https://www.youtube.com/watch?v=arKkSC_4L0M&t=100s)

**L’integrazione nell’assistenza ospedaliera**

La Regione Umbria sta affrontando l’emergenza cronicità non solo implementando soluzioni organizzative di integrazione ospedale-territorio ma anche con politiche sanitarie che disegnano un nuovo assetto della rete dei presidi ospedalieri che ne favorisca l’integrazione.

Il nuovo PSR si pone come obiettivo strategico la realizzazione di una forte integrazione tra le Aziende Ospedaliere e tra queste e gli ospedali di base. Mettere in rete le risorse, soprattutto dei professionisti, evitando duplicazioni diseconomiche, prevalentemente nelle discipline di alta specialità e valorizzare con una sempre più adeguata specializzazione le vocazioni di ogni singola struttura sono gli obiettivi principali.

Uno dei principali strumenti organizzativi che l’assistenza ospedaliera può mettere in campo per contribuire a migliorare l’appropriatezza nell’utilizzo del ricovero ospedaliero è la centrale di Bed Management (a conduzione infermieristica) su base regionale. Questa soluzione consiste nel monitoraggio centralizzato della disponibilità dei posti letto di tutti i presidi regionali che vengono quindi “idealmente” unificati per una riduzione del fenomeno dei letti aggiunti e un’ottimizzazione del tasso di utilizzo dell’intera rete ospedaliera. Un’altra forma organizzativa innovativa che contribuisce all’utilizzo appropriato del ricovero ospedaliero è l’Unità di Degenza Infermieristica (UDI), sperimentata con risultati molto positivi in Umbria già dal 2014 e quasi unica esperienza nel territorio nazionale. Si tratta di un’area dell’assistenza intermedia ad elevata intensità assistenziale infermieristica e a bassa complessità clinica posta all’interno di ospedali di grandi dimensioni e rivolta ad assistere i dimessi ospedalieri che hanno completato il ricovero ospedaliero ma che non sono ancora in grado di tornare a domicilio.

**Il futuro prossimo dell’integrazione tra livelli di assistenza**

Alla fine di un’ampia riflessione sull’integrazione tra i vari livelli di assistenza, sarebbe auspicabile, come avvenuto per la riorganizzazione della rete ospedaliera con il Decreto Ministeriale 70/2015, avviare uno stesso processo di riorganizzazione dei servizi dell’assistenza delle cure primarie e specialistiche con un analogo intervento normativo. Nell’attesa di quest’ultimo la regione dell’Umbria con il nuovo PSR ha delineato un Servizio Sanitario Regionale fondato su due grandi tipologie di servizi sanitari: quella territoriale organizzata per garantire risposte H24 7 giorni su 7 in tutta la filiera dell’assistenza e tutelare ciascuna fase del percorso di presa in carico globale e quella ospedaliera, organizzata per complessità dell’assistenza e secondo un modello Hub & Spoke fondato su reti cliniche integrate, funzionali e non gerarchiche. Le parole chiave che integrano le due tipologie sono: integrazione, team multiprofessionali, percorsi.

Progressivamente anche i servizi territoriali, adesso frammentati in sedi molto diffuse, dovranno avere, al pari di quelli ospedalieri, un’unica sede riconoscibile e di riferimento che può essere identificata nella casa della salute grazie ai suoi punti di forza: la presenza continuativa della Medicina Generale, l’assistenza sociale integrata a quella sanitaria, l’assistenza domiciliare e residenziale, la collaborazione con tutti gli attori sociali della comunità, le strutture per l’accoglienza delle persone con cronicità, l’integrazione ospedale-territorio per la presa in carico dei pazienti fragili, un’attenta formazione continua che valorizzi gli operatori sanitari e che sia elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e conoscenze dei professionisti alle trasformazioni del sistema sanitario.

## **Bibliografia**

- Ministero della Salute, D.M. 2 aprile 2015 n. 70
- Ministero della Salute, Piano Nazionale della Cronicità 2015
- WHO Regional Committee for Europe, Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery, 2016
- Regione Umbria, Piano Regionale Cronicità 2016
- Regione Umbria, D.G.R. n. 903 del 28/07/2017 “Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale”
- Regione Umbria, Piano Sanitario Regionale 2019-2021 “P.R.O.G.E.T.T.O per la salute”