



COMUNICATO STAMPA

## **‘Piano della cronicità in Veneto’**

### **Presentato il nuovo modello integrato ospedale-territorio per affrontare la nuova epidemia di malattie croniche**

Vicenza, 24 maggio 2018. Nella Regione Veneto sono 1,2 milioni i pazienti con ipertensione, 273.111 i diabetici, 33.756 soffrono di bronchite cronica ostruttiva, 523.327 hanno una dislipidemia, 41.181 un’insufficienza renale cronica, 136.261 una cardiopatia ischemica, 577.335 sono i malati con osteoporosi, 291.800 con depressione, 190.400 con un tumore maligno, 35.612 con Parkinson, 60.695 con Alzheimer e altre demenze, 75.647 hanno lo scompenso cardiaco, 175.556 soffrono di ipotiroidismo, 8.539 hanno la sclerosi multipla e 606 la SLA. Il 72% dei pazienti ricoverati in ospedale è affetto da almeno una o più malattie croniche, complicate probabilmente da una patologia acuta o da una riacutizzazione di una condizione cronica, e questo dato sfa il mito che l’ospedale è dedicato solo ai pazienti acuti. Di fronte all’*‘epidemia di malattie croniche’*, come la definiscono gli esperti, esistono alcune criticità: si raccolgono dati a silos e non si conoscono bene i trend temporali delle patologie; si cura una patologia alla volta; le malattie spesso vengono curate troppo tardi e per questo le cure sono più costose; i pazienti sperimentano percorsi di cura spesso frammentati e giustamente chiedono che le loro attese e preferenze vengano sempre considerate quando vengono prese decisioni cliniche. Le risposte efficaci potrebbero essere: un utilizzo integrato dei dati centrati sulla persona, cure integrate e multiprofessionali, una reingegnerizzazione degli ospedali e dei suoi specialisti, un potenziamento delle cure intermedie, l’utilizzo dell’Health Information Technology per la medicina di iniziativa, la rimodulazione delle competenze professionali e una accurata pianificazione del futuro fabbisogno di risorse umane, per un obiettivo fondamentale: la gestione integrata del paziente cronico che assicuri un’assistenza funzionale e sostenibile nel servizio sanitario nazionale.

**Il Veneto sta andando in questa direzione costruendo, sulla scorta di un’assistenza territoriale di livello, una proposta che mira a integrare le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie con il territorio, utilizzando livelli di intensità assistenziali crescenti della cronicità.** Dalle indicazioni del “Piano nazionale della cronicità” si materializza un processo, che rappresenta la base del modello veneto: inizia dai *big data*, passa dalla *segmentazione della popolazione a piani di cura personalizzati con valutazione degli esiti* e termina con l’uso di *Pdta integrati* e a un *sistema di stratificazione dell’intensità di cura basato sull’utente e non sulle patologie*. La stratificazione comporta una misurazione individuale del rischio, una stima dei costi attesi, una partecipazione integrata di tutti gli erogatori di cura e assistenza territoriale, che parte dal ruolo fondamentale dei medici di medicina generale, del Distretto, degli infermieri del territorio e dei *caregiver* dei pazienti, talora con l’ausilio della tecnologia come la telemedicina e il teleconsulto.

**Al convegno organizzato da Motore Sanità, con il supporto non condizionato di Gilead, Novartis e AbbVie, dal titolo “Medicina territoriale e gestione integrata della cronicità”, in programma oggi a Palazzo Chiericati, viene presentato il modello veneto nella gestione della cronicità.**

Apra i lavori **Domenico Mantoan**, Direttore generale della Sanità e Sociale della Regione Veneto. Attualmente nella Regione Veneto lavorano 3.147 medici di famiglia (convenzionati), 554 pediatri di libera scelta (convenzionati), 787 medici di continuità assistenziale (convenzionati), 1.206 specialisti ambulatoriali interni (convenzionati), 8.533 dirigenti medici a tempo indeterminato (dipendenti), 311 dirigenti medici a tempo determinato (dipendenti). In uno scenario così complesso è necessario garantire unagovernance dell’assistenza territoriale e **il Veneto ha scelto di puntare sul rafforzamento del ruolo dei Distretti socio-sanitari**. A seguito della Legge regionale numero 19/2016 che ha ridefinito i confini delle Aziende Ulss, il distretto potenzia le sue competenze cliniche, si dota di alte professionalità al fine di erogare l’assistenza ai pazienti complessi, sviluppa la competenza organizzativa. In questa cornice riorganizzativa la Regione intende innovare il sistema proponendo un modello di gestione della cronicità denominato **“Modello per intensità di cura e di assistenza” che attribuisce ai team dell’assistenza primaria (composti da medici di famiglia, infermieri, eccetera) la gestione della cronicità semplice, mentre la cronicità complessa ed avanzata viene affidata a specifici team multiprofessionali a baricentro distrettuale.**

Per quanto riguarda la “cronicità semplice”, la stratificazione operata con il sistema Acg (Adjusted Clinical Group) consente di quantificare un 19% della popolazione veneta affetto da patologie multiple non complesse e un 20% affetto da singola patologia o condizione non complessa. La gestione di questa quota parte di popolazione che è denominata “*cronicità semplice*” avverrà attraverso un lavoro di équipe tra medici di famiglia, infermieri, altri professionisti sanitari, applicando i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: sulla base delle liste dei pazienti sarà possibile definire anche le prestazioni specialistiche necessarie e individuare *modalità di accesso facilitato* per i pazienti alle stesse. Nell’ambito delle cure primarie questa Regione negli ultimi anni ha sviluppato il modello delle medicine di gruppo integrate su cui si stanno elaborando le prime valutazioni sia in termini di offerta assistenziale e di accessibilità, sia in termini di gradimento da parte degli utenti, sia dal punto di vista delle risorse economiche necessarie all’implementazione delle stesse. Al momento sono attive su tutto il territorio 73 Medicine di Gruppo Integrate (Mgi), che coinvolgono 620 medici di famiglia ed interessano il 21% della popolazione del Veneto. Il modello attualmente è in fase di revisione anche a seguito delle istanze pervenute dai cittadini. Si tratta infatti di contemperare la richiesta manifestata dagli assistiti di avere sedi aperte per 12 ore, dalle ore 8.00 alle ore 20 e la necessità di garantire la capillarità della presenza medica ed infermieristica nei territori, senza sguarnire il territorio. Un altro aspetto riguarda la necessità di organizzare l’accessibilità agli ambulatori per dare la possibilità al medico di famiglia di svolgere in modo appropriato il proprio lavoro. È rilevante in questo senso il supporto dei collaboratori di studio che organizzano e gestiscono le agende dei medici di medicina generale, che fissano gli appuntamenti, che organizzano il *follow-up* dei pazienti cronici che devono essere rivisti periodicamente. È un valore aggiunto. Ma al contempo è necessario garantire l’accesso libero al medico di famiglia e evitando il formarsi di liste d’attesa. Anche alla luce di queste considerazioni è in atto una puntuale valutazione del modello ed una sua revisione.

Per quanto riguarda invece la “cronicità complessa”, la stratificazione della popolazione elaborata con Acg consente di individuare che nella popolazione veneta almeno il 4,3% è inquadrabile nella categoria della cronicità complessa o avanzata. Sono persone “fragili” anche terminali, che hanno necessità di una assistenza costante, che transitano spesso per più luoghi di cura (domicilio, ospedale, strutture di ricovero intermedie) e che necessitano di essere presidiate. La Regione Veneto intende, pertanto, affidare la gestione di queste persone a dei *team multiprofessionali composti da specialisti con prevalente competenza geriatrica/internistica*, dipendenti del sistema sanitario nazionale, e infermieri, assistenti sociali e altri professionisti con legami funzionali anche con i professionisti che operano nelle strutture ospedaliere. **È questa la visione di un ospedale che si apre al territorio, perseguendone i medesimi obiettivi.** Ma questo richiede una rivisitazione funzionale della rete di offerta ospedaliera, considerandola a tutti gli effetti parte integrante e attiva nelle fasi di dimissione/ammissione protetta, nonché con funzione consulenziale e di supporto reso al domicilio del paziente. Ciò richiede un progressivo **sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale, garantendo la copertura 7 giorni su 7 e il consolidamento della rete delle cure palliative. Allo scopo si sta lavorando per attivare anche un numero unico sempre attivo dedicato alla ricezione delle istanze dei pazienti e ai loro familiari.** Si intende, inoltre, consolidare il ruolo della Centrale Operativa Territoriale (Cot) quale strumento che garantisce di presidiare i passaggi da un luogo di cura ad un

altro (es. dal domicilio all'ospedale, dall'ospedale alla unità riabilitativa territoriale, eccetera), in modo da tracciare le attività e dare trasparenza. La tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa (ossia monitorare il processo), ma anche *nel dare trasparenza* ai familiari delle azioni che vengono svolte per quel paziente. Rappresenta pertanto l'elemento cardine del Sistema delle cure in quanto svolge *una funzione d'ordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" (paziente fragile e complesso) e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale*. Per avere una dimensione dell'attività, si rileva che le 21 Cot attualmente attive nel territorio regionale gestiscono una **media mensile di 5.807 transizioni**, di cui il 50,8% riguarda passaggi dall'ospedale verso il domicilio (reingresso a casa dopo un ricovero di pazienti fragili con cronicità complessa ed avanzata). **L'informatizzazione rappresenta l'altra grande sfida**: questa Regione sta lavorando alla realizzazione di una "Cartella clinica elettronica" in condivisione con le strutture ospedaliere, visibile dal team multiprofessionale che ha in carico il paziente con cronicità complessa e avanzata, prevedendo che la sintesi informativa sul paziente alimenti il fascicolo sanitario elettronico della persona. Investire sul Territorio significa *rendere il Sistema più vicino al paziente*, evitargli inutili spostamenti, assicurargli una risposta certa, adeguata alla tipologia di bisogno, continuativa e coordinata, competente e responsabile.

«A fronte delle trasformazioni epidemiologiche che stiamo vivendo diventa indispensabile definire modelli per la gestione della cronicità e nel farlo è necessario tener conto di alcuni elementi strategici – spiega **Maria Cristina Ghiotto**, Direttore Uo Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali della Regione Veneto -: superare il concetto di prestazione e di luogo di cura perché abbiamo più malattie, più luoghi di cura, più competenze necessarie e diversificate da mettere assieme, più modelli organizzativi e di erogazione dell'assistenza; garantire una gestione delle transizioni ossia i passaggi che la persona compie tra un luogo di cura ad un altro o tra un professionista all'altro; garantire una gestione integrata, che veda attorno al paziente più professionisti ma che al contempo venga garantito un coordinamento dell'assistenza».

Secondo **Maria Chiara Corti**, Direttore Uoc del Servizio Epidemiologico Regionale e Registri dell'Azienda Zero della Regione Veneto «siamo di fronte sempre più spesso ad un paziente complesso, affetto non da una singola patologia ma da molte patologie, le malattie croniche hanno una lunga latenza e un decorso prolungato, il paziente non è guaribile ma è stabilizzabile, ha multipli fattori di rischio e frequente comorbilità, presenta multi-morbilità, con perdita funzionale e disabilità. Oggi è importante che cominciamo a contare le persone con una o più malattie o condizione cronica. Finora la maggior parte dei dati prodotti dai nostri sistemi informativi parlano di numero di ricoveri, numero di visite, numero di posti letto, numero di farmaci e di costi. Dobbiamo produrre dati che ci parlano di malattie e di come queste malattie si associano nella stessa persona, e di come si distribuiscono nella popolazione e di come si complicano nel loro decorso. E le cure vanno personalizzate con Piani di cura, di riabilitazione e di assistenza integrati e condivisi anche informaticamente tra tutti i professionisti coinvolti nella rete».

Ufficio stampa Motore Sanità  
[comunicazione@motoresanita.it](mailto:comunicazione@motoresanita.it)  
327.8920962, 347.2642114