

# Il nuovo Piano Sanitario dell'Umbria: è l'integrazione il driver per l'innovazione dei servizi

W. Orlandi, M. Pioppo, E. Ricci, F. Armellini, F. Mariotti

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 (PSR), che permetta l'innalzamento della qualità delle cure e migliori, quindi, la salute dei cittadini.

Si chiama "P.R.O.G.E.T.T.O. per la salute" il nuovo Piano Sanitario dell'Umbria le cui principali azioni di intervento sono sintetizzate in questo acronimo:

**PROMUOVERE** la valorizzazione degli operatori sanitari

**RICONOSCERE** i protagonisti

**OFFRIRE** cure in qualità, sicurezza, con le tecnologie più avanzate

**GARANTIRE** la riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

**ESTENDERE** i programmi di prevenzione in tutte le fasi della vita

**TUTELARE** le fasce di popolazione

**TRACCIARE** le attività e trasferire le informazioni

**ORIENTARE** l'accessibilità ai servizi

Le suddette azioni programmatiche vengono trattate in 2 capitoli:

- Nel primo si fa un approfondimento sul contesto di riferimento a partire dagli scenari attuali basilari per la pianificazione del triennio, si analizzano le performance del sistema per risolvere le criticità riscontrate nelle aree di riferimento e si individua l'assetto istituzionale e le risorse a disposizione per gli obiettivi da raggiungere
- Nel secondo si individuano le politiche sanitarie per i tre livelli di assistenza che delineano il P.R.O.G.E.T.T.O. di salute

Uno degli aspetti più critici, connessi con l'offerta di un'assistenza di elevata qualità è rappresentato dalla necessità di 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.

Per questo il nuovo PSR identifica l'integrazione a 360° come principale driver di programmazione, sviluppando importanti elementi di innovazione:

- ✓ le Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT per un'assistenza territoriale H24
- ✓ le Centrali Operative Territoriali – COT per realizzare la vera integrazione tra ospedale e territorio e gestire le dimissioni protette valorizzando:
  - ✓ la medicina di genere, promuovendo la prevenzione e la diagnosi precoce delle patologie in un approccio di "genere" come determinante di salute
  - ✓ i progetti di qualità in tutte le strutture ospedaliere

L'integrazione proposta dalla programmazione regionale con il fine di migliorare gli outcome in termini di risultati clinici, 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 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.

Il superamento della dicotomia ospedale/territorio e della frammentazione dei servizi territoriali potrà essere effettivamente perseguito con la piena realizzazione delle cure primarie e 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".

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, condividendo con il servizio di C.A il software gestionale, 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 (ora numeri 4 e 5 secondo le nuove Linee guida nazionali).

## Le Aggregazioni Funzionali Territoriali

### COSA SONO

Sono forme organizzative monoprofessionali per le cure primarie composte da medici a rapporto di fiducia e a rapporto orario



### ARTICOLAZIONE

Popolazione assistita di norma  $\leq 30.000$  ab. e numero di medici non inferiore a 20 (MMG e C.A.)



### SEDE E ATTIVITA'

Individuazione di una sede di riferimento (studio di medicina di gruppo o sede Usl); attività ambulatoriale garantita H12 con orario 8-20 e 8-14 il sabato in un'unica sede o in due distinte sedi



### OBIETTIVI

Perseguire gli obiettivi di salute della programmazione e condividere percorsi assistenziali, linee guida, audit e strumenti di valutazione della qualità assistenziale



Figura 1: 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, anche con i terapisti della riabilitazione e gli psicologi, in grado di programmare le terapie e gli accertamenti necessari; 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 e servizio sanitario.

I risultati attesi dall'attivazione di queste nuove forme organizzative dei Medici di Medicina Generale sono: la partecipazione nell'applicazione dei PDTA previsti nel Piano Regionale Cronicità 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.

È 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)

## La Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale, 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 l'ospedale e tutti i servizi posti nel territorio.

Qui di seguito vengono elencate le funzioni della COT:



Figura 2: 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).

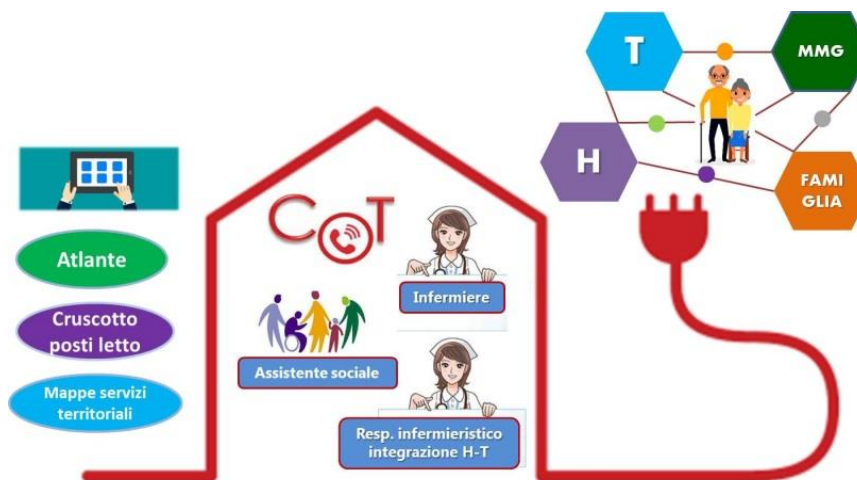


Figura 3: gli operatori della COT

Il piano prevede l'estensione del ruolo delle COT ampliandone 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 è quella di rendere la COT, alla stregua della Centrale 118 per l'emergenza/urgenza, 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.

### Riqualficazione dell'assistenza ospedaliera attraverso i processi di integrazione

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

Il nuovo PSR si pone appunto 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 previsti dal nuovo PSR per contribuire a migliorare l'appropriatezza nell'utilizzo del ricovero ospedaliero è la centrale di Bed Management (a conduzione infermieristica) su base regionale, anticipando in tal modo le "linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso". Gli obiettivi sono quelli di raggiungere una più razionale gestione dei posti letto, ridurre il fenomeno dei "letti aggiunti" specie nei periodi di epidemia influenzale o delle ondate di calore e migliorare i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche. La gestione integrata dei posti letto può consentire anche l'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 ed esperienza quasi unica 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.

Un tema fondamentale nella riqualificazione dell'assistenza ospedaliera e da cui dipende anche il successo dei processi di integrazione è quello della qualità. Nel nuovo PSR si prende atto che la promozione della salute, che comprende l'attenzione alla sicurezza e alla qualità della vita del paziente e il perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi, è oggi considerata, a livello europeo, uno degli elementi che maggiormente influenzano la qualità dei servizi ospedalieri. Per questa ragione l'OMS ha realizzato il progetto "Health promoting hospitals and health services" che ha lo scopo di incorporare i concetti, i valori e gli standard di promozione della salute nella struttura organizzativa e nella cultura dell'ospedale, a beneficio degli operatori, dei pazienti e delle loro famiglie, sostenendo un ambiente sano.

Nel PSR vengono proposti i seguenti progetti di qualità da realizzarsi su tutti i maggiori ospedali della regione:

- Ospedale sicuro
- Ospedale ecosostenibile
- Ospedale donna e di genere
- Ospedale aperto
- Ospedale dopo le venti
- Ospedale senza dolore

## Il nuovo modello di sanità

La riorganizzazione e la riqualificazione della rete ospedaliera dal punto di vista della sicurezza e della qualità, grazie al Decreto Ministeriale 70/2015, ha accelerato i processi di integrazione tra i vari livelli di assistenza: per questo è fortemente auspicabile, come avvenuto con il D.M. 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 per 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 e percorsi, tutti sempre ispirati al tema primario della prevenzione. Oltre alla progettazione dei luoghi e dei servizi, infatti, si dovrà dare una valenza aggiuntiva agli ambienti sanitari, che vanno individuati non solo come luoghi di diagnosi e cura, ma anche come luoghi di promozione della salute in cui tutti gli operatori sanitari devono diventare *testimonial* sviluppando l'abilità di una comunicazione efficace per contribuire a raggiungere gli obiettivi di salute del triennio.

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 e l’integrazione ospedale-territorio per la presa in carico dei pazienti fragili.

Nella riprogettazione dei servizi e dei luoghi di cura dovrà essere enfatizzato lo sviluppo delle risorse umane, da attuarsi anche con la creazione del benessere organizzativo, le progressioni di carriera orizzontali e la formazione continua, che valorizzi gli operatori sanitari e sia elemento strategico di innovazione per allineare costantemente le competenze e conoscenze alle trasformazioni del sistema sanitario.

Nel triennio di vigenza, con tutti gli stakeholders coinvolti nella fase di elaborazione, verrà effettuato un monitoraggio costante delle azioni previste per il raggiungimento degli obiettivi del Piano, anche grazie all’aggiornamento on-line dei dati epidemiologici e delle performance di attività. Sarà redatta una check list degli indicatori di output ed outcome, per ogni anno di vigenza dell’atto di programmazione. Il Comitato di redazione provvederà annualmente a verificare lo stato di attuazione del PSR in base alla predetta check list, anche al fine di evidenziare eventuali e potenziali criticità. Tale percorso permetterà di introdurre in modo tempestivo adeguate misure correttive alle attività programmate rispetto agli obiettivi prefissati, anche tramite una revisione degli indicatori individuati.

---

## Bibliografia

- Ministero della Salute, D.M. 2 aprile 2015 n. 70
- WHO Regional Committee for Europe, Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery, 2016
- Ministero della Salute, Piano Nazionale della Cronicità 2016
- Regione Umbria, Piano Regionale Cronicità, 2017
- 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”