**Deliberazione della giunta regionale 1 dicembre 2010 - n. 9/937**

**Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario**

**regionale per l’esercizio 2011**

**Allegato 14**

**CRONICITA` E CREG**

**Premessa**

Il Capitolo Sanitario del Piano Regionale di Sviluppo della IX Legislatura ha come titolo una prospettiva di cambiamento epocale: **dalla cura al prendersi cura**. Cio` significa che quando emerge un bisogno di natura sanitaria il primo compito e` quello di rispondervi in una prospettiva che e` quella del percorso del paziente senza sentirsi a priori legati ad un modello predefinito di intervento e a degli attori che lo realizzino in esclusiva. Molte risorse sono state impegnate per verificare fino in fondo questa ipotesi ma la realta` dei fatti ha mostrato che l’attuale organizzazione delle cure primarie manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali ed amministrative richieste ad una organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell’ospedale. Il tanto evocato potenziamento delle cure extraospedaliere non puo` che realizzarsi favorendo, al di fuori dell’ospedale, la crescita di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l’ospedale, non solo in termini clinici ma anche gestionali ed organizzativi, andando quindi a creare un polo territoriale forte che possa garantire il nascere della «tensione» necessaria ad attivare il circuito ospedale / territorio, indispensabile per ottenere la gestione delle patologie croniche efficacemente anche fuori dall’ospedale, anzi, usandolo il meno possibile. La capacita` di programmare un percorso di cura e di essere proattivi verso la malattia cronica e` stata sviluppata in alcuni casi a livello specialistico. Gli ambulatori ospedalieri di patologia sono una realta` ma hanno il «difetto» di avere un approccio esclusivamente clinico e di avere in carico i pazienti piu` collaborativi e/o piu` complessi perdendo di vista pero` la gran parte dei soggetti, soprattutto nella fase meno grave, ma piu` lunga, della patologia. Nella cronicita` da «curare» sono anche e soprattutto: la frammentazione dei percorsi di cura e dei trattamenti terapeutici, l’autoreferenzialita` degli specialisti e conseguentemente dei soggetti erogatori, la scarsa conoscenza da parte dei cittadini della rete dei servizi e delle conseguenze connesse ad un inadeguato trattamento terapeutico. In particolare, una delle criticita` maggiormente evidenziate dai cittadini e` l’insufficienza di continuita` delle cure, ovvero il «vuoto» assistenziale, talora percepito come abbandono istituzionale, quando sono necessari, per assistere i pazienti, molteplici interlocutori e/o diverse modalita` assistenziali. Tale discontinuita` comporta costi, non solo economici, per il malato, la famiglia, gli operatori e per le performance del sistema assistenziale nel suo complesso. Da un punto di vista clinico molte indagini effettuate per verificare l’aderenza ai Processi Diagnostico Terapeutici (PDT) hanno messo in evidenza che solo una modesta quota dei soggetti puo` essere adeguatamente considerata «in percorso». In termini di salute cio` significa maggiori complicanze, ricoveri ripetuti e disabilita` ed in termini economici piu` costi evitabili. Ancora piu` esplicitamente: il CReG non deve essere considerato esclusivo appannaggio dei MMG come le cure sanitarie subacute non sono da considerarsi a priori esclusiva competenza degli ospedali. Per la gestione territoriale delle patologie della cronicita` sara` garantita la continuita` del processo di diagnosi e cura programmato in filiera domicilio-territorio-ospedale-territorio-domicilio. Per la gestione del processo di cura del paziente cronico le competenze dei diversi attori coinvolti procederanno in parallelo e/o in sequenza secondo distinte matrici di responsabilita` tecniche sanitarie per le cure e sociali per l’assistenza. In un contesto di territorio modellato sulle reti di patologia e di cronicita` i principali punti di raccordo della rete delle cure saranno i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), le ASL, i soggetti erogatori di ricovero e cura e quelli extraospedalieri di specialistica ambulatoriale, che dovranno lavorare in sinergia attraverso una maggiore integrazione operativa.

**Cronicita` e CReG (Cronic Related Group)**

Il sistema e` oggi ampiamente organizzato per affrontare la malattia in fase acuta. Poco importa che si tratti di un semplice rialzo febbrile o di un evento particolarmente drammatico come un infarto o un ictus. Regione Lombardia ha una rete di cure primarie, di continuita` assistenziale ed ospedaliera di primordine ed ha progettato e realizzato uno dei migliori sistemi per l’emergenza urgenza. Nel caso dell’acuzie la richiesta del cittadino e` immediatamente percepibile, incalzante ed ineludibile. La risposta clinica (diagnosi e terapia) deve essere rapida. Le risorse tecnologiche e professionali devono essere e mantenersi di alto livello. La gestione della fase cronica delle patologie richiede cultura, mezzi e strumenti diversi. L’inquadramento clinico in molti casi non e` complesso. A cio` si aggiunga che nel paziente cronico il lavoro di tipo clinico e` spesso associato ad altre attivita` di cura quali la valutazione di aspetti epidemiologici, attivita` sanitarie necessarie per effettuare attivita` di stadiazione, monitoraggio dei dati clinici e controllo dell’evolversi della malattia. L’evoluzione di molte malattie croniche e` spesso lenta, seguendo in modo lineare l’invecchiamento della persona. Per la gran parte del decorso, anche pluridecennale, di molte malattie croniche la patologia procede attraverso fasi improvvise di riacutizzazione o scompenso o con caratteristica di prevedibilita` e pertanto e` richiesto un programma di monitorizzazione dei dati clinici e la disponibilita` di applicazioni terapeutiche. L’obiettivo e` mantenere cronica la cronicita` il piu` possibile garantendo al soggetto il miglior compenso clinico, ritardando il piu` possibile il danno d’organo con le note conseguenze in termini di invalidita` e/o disabilita` . Per questo tipo di attivita` non necessariamente e` richiesta un’alta specializzazione e l’intervento non si esaurisce nell’***hic et nunc*** tipico dell’intervento ospedaliero acuto ma si sviluppa in molteplici attivita` di varia natura ma orientate, nel corso degli anni, allo stesso obiettivo.

E` sempre piu` evidente che per opporsi alle malattie croniche sono necessari strumenti, competenze ed organizzazione che solo in parte si sovrappongono a quelli utilizzati per la patologia acuta e richiedono lo sviluppo di metodi ed idee innovative. Da alcuni anni sono in atto varie esperienze (gruppi di cure primarie, dote sanitaria, ambulatori di patologia, network di patologia, etc.) che esprimono positivamente nuovi percorsi e l’impegno di molti professionisti per operare in modo sinergico per matrici di responsabilita` ed innovativo. Queste sperimentazioni hanno puntato quasi esclusivamente sul coinvolgimento del MMG considerandolo il principale agente di cui il sistema dispone per affrontare le esigenze post acute e territoriali della cronicita` . L’evoluzione della malattia cronica richiede l’elaborazione di Piani di cura individuali e flessibili, temporalmente adeguati, in relazione ai bisogni che progressivamente emergono, modellati a partire da percorsi diagnostico terapeutici condivisi, realizzando in questo modo una continuita` delle cure nel processo a livello individuale. Per dare «continuita` individuale» al piano di cura e` necessaria una «continuita` di sistema» tra i vari soggetti della rete dei servizi a qualsiasi stadio della malattia intervengano. L’approccio sinergico di processo per matrici di responsabilita` realizza, tra l’altro, la piena attuazione dei livelli essenziali di assistenza nei suoi diversi ambiti (prevenzione, distrettuale, ospedaliero) oltre alla continuita` delle cure. La stadiazione della malattia e` fondamentale per uniformare i bisogni, per definire il percorso di cura individualizzato e le risorse necessarie. Di conseguenza diviene necessario che i sistemi informativi di rilevazione delle attivita` di ricovero vengano al piu` presto arricchiti prevedendo di raccogliere informazioni anche sui diversi stadi di gravita` delle principali patologie croniche (scompenso cardiaco, BPCO, Osteoporosi, patologie neuromuscolari, diabete.......). Gli strumenti utilizzati per affrontare la malattia acuta possono non essere sufficienti per l’affronto della malattia cronica e, pertanto, richiedono un impegno per lo sviluppo tecnologico sanitario, soprattutto nell’ambito della teletrasmissione dei dati clinici. Le conseguenze per la salute dei cittadini sono che molti soggetti affetti da patologia cronica non sanno di esserlo o non si curano adeguatamente e vanno incontro a precoci complicanze perdendo salute e qualita` di vita. Per i professionisti del sistema e` quindi necessario dotarsi di una organizzazione specifica che porti a una costante collaborazione tra cure primarie e livello specialistico. Protocolli terapeutici condivisi disegnano la continuita` delle cure per matrici di responsabilita` e renderanno possibile un utilizzo appropriato delle risorse elidendo duplicazioni di servizi e di prestazioni e favoriranno un miglior orientamento dei pazienti fra i diversi servizi necessari alla loro cura. Si intende quindi sperimentare un modello di gestione extraospedaliera della cronicita` che integri e migliori i servizi esistenti e che coinvolga, in una dinamica sussidiaria, le competenze che, concordando con l’obiettivo posto, accettino di mettersi a disposizione del sistema per realizzare sempre piu` la continuita` delle cure.

**Lo strumento che si intende implementare e` denominato CReG (Cronic Related Group).** Con tale termine si intende una innovativa modalita` di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), deve garantire, senza soluzioni di continuita` e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L’insieme di attivita` , servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG e` patologia specifica finanziato dai LEA. Per avviare la nuova organizzazione sono indispensabili tre elementi tecnologici ed una piattaforma organizzativa.

**I PILASTRI TECNOLOGICI**

***BDA***

Il primo riguarda la capacita` dei nostri sistemi informativi di identificazione e stadiazione della malattia cronica. Attualmente e` in uso in tutte la ASL la cosiddetta BDA (Banca Dati Assistito) grazie a cui e` possibile individuare e classificare tutti i soggetti affetti da patologie croniche. Questo tipo di classificazione, fortemente improntato alla logica epidemiologica, non e` spesso in grado di distinguere le diverse fasi evolutive di una stessa malattia, soprattutto relativamente alle diverse necessita` di prestazioni e di servizi. Questa e` la ragione per cui si rende necessario modificare gli attuali criteri di identificazione delle classi BDA proprio per renderli piu` pertinenti alle diverse fasi e necessita` di cura della cronicita` gia` positivamente sperimentati con la Dote Sanitaria.

***PDT (Processi Diagnostico Terapeutici di cura) e linee guida***

Rappresentano il secondo pilastro tecnologico in quanto servono ad identificare gli appropriati fabbisogni di cura di ogni cronicita` . Rappresentano, dei tre, l’elemento maggiormente sviluppato nella nostra regione. Sono state formalizzate e condivise procedure diagnostiche e terapeutiche regionali per le principali patologie croniche (ipertensione, diabete, BPCO, etc.). In questo caso il lavoro richiede il miglioramento continuo della qualita` delle cure sanitarie attraverso il riordino e l’aggiornamento dei documenti di consenso gia` prodotti. Lo sviluppo di linee guida e di processi di cura e` fondamentale per monitorare l’adesione ai percorsi e per implementare il sistema dei controlli.

***Criterio di remunerazione del servizio***

La logica che guida la definizione del rimborso e` molto simile a quella che viene utilizzata per classificare e pagare le attivita` erogate in acuzie (DRG). Ad ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia e` assegnata una tariffa che comprende i consumi per ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno, protesica, ospedalizzazione domiciliare e degli eventuali ricoveri effettuati in ingresso nelle c.d. strutture subacute. Nella tariffa sono ricompresi la compilazione dei piani terapeutici individuali di cura, il debito informativo, il rilascio dell’esenzione per patologia, la fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci in WEB o a domicilio, gli eventuali trasporti (dializzati). Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acut, quelli in riabilitazione e la quota capitaria del MMG. I tre elementi di base di cui sopra rappresentano i pilastri tecnologici indispensabili su cui costruire la nuova piattaforma organizzativa.

**PIATTAFORMA ORGANIZZATIVA**

***Individuazione dei pazienti***

Le 5 ASL nel cui territorio si svolgera` la sperimentazione, che saranno individuate dalla D.G. Sanita` entro il 31 dicembre 2010, secondo i nuovi criteri che saranno applicati alla BDA, individuano i pazienti da reclutare nel progetto. In una prima fase le patologie individuate saranno: Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scompenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi, patologie neuromuscolari. L’Area territoriale minima sara` rappresentata da un distretto. E` infatti indispensabile avere un numero di pazienti sufficiente per ridurre al minimo la variabilita` di consumi osservati rispetto a quelli attesi che saranno la base per definire l’ammontare economico del cosiddetto CReG.

***Assegnazione delle risorse***

Una volta definito l’ammontare delle risorse da dedicare per la realizzazione del progetto le stesse saranno assegnate a quei soggetti accreditati gia` a contratto governati dalla ASL che si faranno carico di garantire le cure. Gli attori coinvolti dalla ASL in questo processo opereranno nell’ottica prevalente di assicurare la continuita` di cura. La ASL contrattera` direttamente con gli erogatori le prestazioni necessarie. Nessun vincolo deve essere posto alla libera scelta del cittadino. I soggetti accreditati gia` a contratto e coordinati dalla ASL operano in modo sinergico secondo le matrici di responsabilita` di processo. Il ruolo della ASL e` quello di *governance* e di monitorare, valutare e perseguire l’appropriatezza dei processi clinico- terapeutici. Alla ASL e` lasciato ampio margine per sperimentare le modalita` tecnologiche ed organizzative sanitarie piu` consone al perseguimento dell’obiettivo (call center, telemedicina, carte della salute, etc.).

***Contratto***

Il contratto e` formulato dalla ASL e condiviso dai soggetto accreditati e gia` a contratto e deve definire:

• gli elementi caratterizzanti la centralita` dell’assistito,

• l’elenco degli assistiti a cui assicurare la continuita` di cura,

• la valutazione iniziale dei bisogni attesi,

• le modalita` di sinergia, collaborazione e raccordo con le

cure primarie e le funzioni ospedaliere e territoriali dell’ospedale.

• gli obiettivi da raggiungere con relativi indicatori di processo

intermedi e finali (chiari, realistici e misurabili);

• la modalita` di trasmissione delle informazioni

• le modalita` di pagamento,

• le modalita` attuative dei controlli.

***Rendicontazione delle attivita` rese***

In analogia a quanto avviene per la remunerazione delle attivita` per acuti e` necessario che ogni percorso attuato sia adeguatamente rendicontato attraverso modalita` formali. Alla ASL dovranno essere comunicati per ogni singolo soggetto il tracciato record degli eventi formalmente rappresentati attraverso una sorta di Scheda di Percorso Territoriale in analogia a quanto avviene per i ricoveri ospedalieri con la SDO. La SPT puo` anche essere eventualmente surrogata dal patient file o dal FSE (fascicolo sanitario elettronico).

***Attivita` di controllo***

Sono in carico alla ASL che definisce nel contratto le modalita` di esecuzione e la numerosita` dei percorsi da controllare.

Tratto dal Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia

2º Supplemento Straordinario N. 50 - 14 dicembre 2010