FULVIO LONATI, FAUSTA PODAVITTE E CARMELO SCARCELLA [(°)]

UNA STRATEGIA ORGANIZZATIVA DI SISTEMA POSSIBILE PER AFFRONTARE LA SFIDA DELL'INVECCHIAMENTO, DELLE PATOLOGIE CRONICHE E DEI MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI: L'ESPERIENZA DELL'ASL DI BRESCIA

Il presente lavoro si propone di presentare l'esperienza dell'Asl di Brescia, ove è stato messo in atto un modello organizzativo di governo della rete locale dei servizi sanitari e socio-sanitari coinvolti nella gestione delle problematiche sanitarie e assistenziali della popolazione anziana e delle patologie croniche, al fine di consentire, pur nel rispetto dei limiti economici attribuiti, la presa in carico di tutti gli assistiti, garantendo un approccio globale, continuità delle cure, appropriatezza degli interventi.

Sulla base di esperienze prototipali antecedenti, sviluppatesi nel territorio dell'Asl [Lonati *et al.*, 1999], dal 2003 il disegno strategico adottato dall'Asl di Brescia ha assunto le caratteristiche di un sistema di governo organizzativo complessivo ed integrato.

Al fine di consentire una congruente comprensione dei contenuti metodologici, organizzativi e strategici analizzati, la presentazione viene supportata dalla esplicitazione dei principali dati di contesto e, considerando l'intero processo alla guisa di un macroprogetto a carattere sperimentale, si riportano man mano indicatori di struttura, di processo, di esito e, quando possibile, di risultato di salute, riferiti prevalentemente al periodo 2003-2006.

[(°)] *Fulvio Lonati: Direttore Dipartimento Cure primarie, Azienda sanitaria locale della Provincia di Brescia; Fausta Podavitte: Direttore sociale, Azienda sanitaria locale della Provincia di Brescia; Carmelo Scarcella: Direttore generale, Azienda sanitaria locale della Provincia di Brescia.*

1. *Il contesto dell'Asl di Brescia*

1.1. *Le dimensioni dell'Asl di Brescia e della sua rete di servizi*

Il territorio dell'Asl di Brescia è composto da 164 comuni con una popolazione, nel II semestre 2007, superiore a 1.100.000 assistiti, di cui 207.500 ultrasessantacinquenni, pari al 18,9%.

La rete dei servizi sanitari di base, articolata in 12 distretti socio-sanitari, si avvale di circa 695 medici e 120 pediatri di famiglia, 30 postazioni di continuità assistenziale, in cui operano circa 190 medici, 278 farmacie, che coinvolgono quasi 600 farmacisti. Sono accreditate 3 aziende ospedaliere e 14 strutture private di ricovero e cura, di cui 2 Irccs; 6 strutture dispongono di reparti ad orientamento riabilitativo. In area socio-sanitaria sono attivi:

– 85 residenze sanitarie assistenziali accreditate, in grado di fornire 5.989 posti letto, dei quali 205 per pazienti affetti da malattia di Alzheimer e 39 per pazienti in stato di coma vegetativo (si ampliano a 6.393 se si considerano anche i posti letto solo autorizzati);
– 4 strutture di riabilitazione;
– 2 *hospice* residenziali con 16 posti letto;
– 45 centri diurni integrati per un totale di 801 posti.

L'Asl, inoltre, è responsabile del funzionamento delle cure domiciliari, erogate attraverso 18 enti accreditati esterni e 6 articolazioni distrettuali Asl per i *Voucher* socio-sanitari e *Credit*. Il *Voucher* socio-sanitario è stato introdotto dal luglio 2003 e dall'aprile 2005 il sistema *Credit*, mentre l'assistenza estemporanea e l'Adi tradizionale sono attive da anni.

1.2. *Il ruolo dell'Asl nel contesto lombardo*

In Lombardia, l'assetto organizzativo del Servizio sanitario regionale e le strategie di programmazione e di intervento delle Asl sono incernierate sui criteri introdotti, dal 1997, con la L.R. 31/1997, riconducibili, in estrema sintesi, a due elementi fondanti: da un lato, la valorizzazione della

centralità del cittadino e della sua libertà di scelta e, dall'altro lato, la separazione tra i soggetti acquirenti, le Asl, e gli enti erogatori, le strutture accreditate pubbliche e private. La Regione Lombardia, con tale atto, ha voluto, da un lato, garantire al cittadino la più ampia possibilità di scelta tra le diverse opzioni clinico-assistenziali pertinenti al suo problema socio-sanitario e tra tutti gli erogatori presenti, sia pubblici che privati, purché accreditati. Dall'altro lato, ha voluto promuovere la parità di diritti e doveri tra erogatori pubblici e privati: a tal fine, le aziende ospedaliere sono state separate dalle Asl ed hanno ormai acquisito dalle stesse ogni attività di ricovero, di diagnostica e di specialistica ambulatoriale.

Con tale assetto istituzionale, alle Asl è stata affidata la "regia" dell'intero sistema sanitario e socio-sanitario mediante la valutazione della domanda di salute dei cittadini, l'orientamento della domanda verso le risorse a disposizione a partire dai bisogni reali di salute, la verifica della appropriatezza e della conformità delle prestazioni rese all'assistito. Il ruolo della Asl, quale garante della salute del cittadino ed acquirente le prestazioni sanitarie volte alla cura dello stesso, comporta la necessità di rafforzare quelle funzioni strategiche di programmazione, acquisto e controllo con le quali si intende perseguire quel macrobiettivo che è la produzione di salute per i propri cittadini. È evidente che la complessità di un sistema del genere impone la definizione di regole, di strumenti e di programmi per:

– analizzare le caratteristiche sanitarie della popolazione della Asl;

– definire livelli di assistenza e prestazioni coerenti rispetto ai bisogni sanitari della popolazione;

– stimolare l'efficienza, promuovere la qualità dei sistemi sanitari e l'innovazione dei servizi;

– controllare la dinamica dei costi con la definizione dei criteri di compatibilità economica e finanziaria;

– controllare l'adeguatezza delle attività rese dai soggetti fornitori.

La *mission* dell'Asl può essere così sintetizzata: promuovere il patrimonio di salute della collettività mediante pro-

grammazione-acquisto-controllo dei nodi della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, avvalendosi delle risorse assegnate, su committenza "pubblica". L'Asl è chiamata, cioè, a svolgere il ruolo di regia del sistema socio-sanitario, teso alla crescita dei meccanismi di integrazione, coordinamento e comunicazione tra tutti i servizi sanitari e socio-sanitari del territorio, in una logica di rete complessiva, in grado di valorizzare i fattori a valenza preventiva e di dare risposte efficaci ed efficienti alle diverse tipologie di domanda espressa o inespressa. Tale *mission* si inquadra all'interno di alcuni "valori" di riferimento: garanzia di approccio olistico, appropriatezza degli interventi, equità nell'accesso ai servizi, libertà di scelta, oculatezza nel consumo delle risorse, partecipazione degli assisiti, gestione proattiva delle criticità presenti.

2. *I problemi emergenti*

2.1. *L'aumento progressivo della durata della vita*

Un insieme di fattori, sociali e sanitari (tra questi ultimi lo sviluppo e la diffusione di interventi preventivi, diagnostici e terapeutici efficaci), sta producendo un esito di portata "epocale": il progressivo, e fino ad oggi inarrestato, incremento della durata media della vita, sia nell'intera popolazione, sia nei soggetti portatori di condizioni di rischio. Si tratta di un indiscutibile risultato di salute di grandissimo significato, che vede l'Italia tra i migliori a livello mondiale.

Tale tendenza si riscontra in modo chiaro anche nel territorio dell'Asl di Brescia: l'età media della popolazione assistita nel 2006 era di 41,53 anni (deviazione standard = 22,63), nel 2003 era di 41,21 anni (deviazione standard = 22,41), con un incremento medio annuo di un mese e 8 giorni. Come evidenziato in Tab. 1, che mostra la distribuzione per classi di età, nel periodo 2003-2006, la popolazione totale ha subito un incremento annuo medio dell'1,8% (da 1.069.995 a 1.128.435), anche per effetto dell'invecchiamento della popolazione (oltre che per l'ingresso di stranieri).

TAB. 1. *Popolazione assistita dall'Asl di Brescia per classi di età (in anni)*

CLASSE DI ETÀ IN ANNI	0	01-04	05-14	15-44	45-64	65-74	> 74	POPOLAZIONE TOTALE
Popolazione totale assistita nel 2006	11.440	46.342	107.991	472.753	282.352	110.139	97.418	1.128.435
Incremento annuale medio della popolazione assistita (2003-06)	3,0%	2,5%	2,6%	1,1%	1,7%	2,5%	4,0%	1,8%

FIG. 1. *Numerosità popolazione assistita dell'Asl di Brescia dal 2003 al 2006*

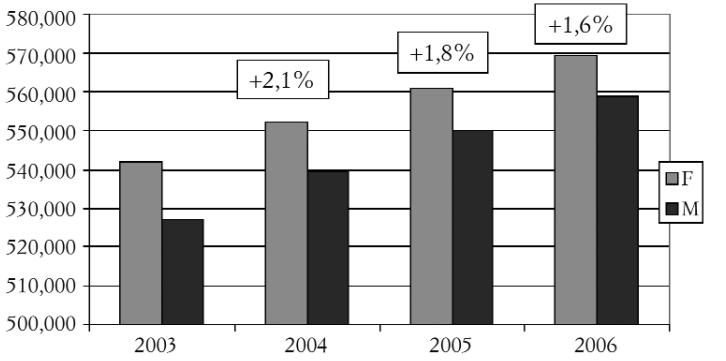
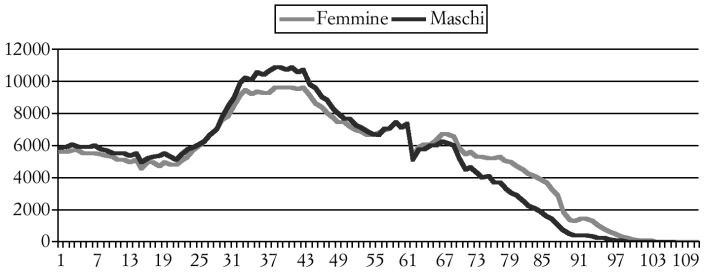


FIG. 2. *Distribuzione per età e sesso popolazione Bda 2006*



L'aumento non è comunque stato costante (Fig. 1) e sembra essere in diminuzione (dal +2,1% tra 2003 e 2004 al 1,6% dal 2005 al 2006).

Le femmine sono risultate essere il 50,5% della popolazione totale: erano il 50,7% nel 2003. Negli ultimi 4 anni la popolazione maschile è cresciuta più di quella femminile (2,0% verso 1,7% di crescita media annuale).

La Fig. 2 evidenzia come vi sia una netta superiorità del numero di donne nelle classi d'età più avanzate, in particolare per la classe 65-74 anni (+15%, 59.012 vs 51.127) e >74 anni (+95%, 64.385 donne vs 33.033 uomini); il fenomeno è presente, con lievi diversità territoriali, in tutti i distretti.

Al contrario, sotto i 55 anni i maschi sono più numerosi: la differenza è particolarmente rilevante nella fascia d'età tra i 15 e i 44 anni (+9% dei maschi).

2.2. *L'aumento progressivo della prevalenza delle patologie croniche*

Le malattie croniche e le comorbilità assumono una forte rilevanza: indagini italiane stimano che l'80,6% soffra di più di una malattia cronica [Censis-Assr, 2004; Censis-Pfizer, 2004]. Studi recenti dimostrano che l'intervento del medico, soprattutto a livello di medicina generale, riguarda sempre di più le patologie croniche e non quelle acute [Smith, 2005].

L'incremento della durata della vita si associa alla prolungata "convivenza" del malato con la sua malattia, nonché all'aumento progressivo del numero totale di soggetti contemporaneamente trattati per patologie croniche. Ne consegue la rapidissima trasformazione della configurazione anagrafico-epidemiologica dell'intera popolazione che, oltre a richiedere di rimodellare numerosi aspetti e regole della vita sociale, comporta inevitabili ripercussioni, di natura professionale, organizzativa ed economica, sui servizi sanitari.

Nel contesto dell'Asl di Brescia che, come si avrà modo di approfondire successivamente, ha sviluppato una strategia di monitoraggio oltre che di razionalizzazione e ottimizzazione della presa in carico dei soggetti affetti da patologie

TAB. 2. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: prevalenza delle singole patologie nel 2006*

	PERSONE PRESE IN CARICO		PERSONE PRESE IN CARICO PER LA CONDIZIONE ISOLATA		
	NUMERO	PREVALENZA (x 1,000)	NUMERO	PREVALENZA (x 1,000)	PERCENTUALE DELLE FORME ISOLATE SUL TOTALE
Cardiovasculopatie	206.493	183,0	115.827	102,6	56,1%
Diabete	48.606	43,1	10.122	9,0	20,8%
Neoplasie	40.005	35,5	14.809	13,1	37,0%
Broncopneumopatie	34.755	30,8	14.836	13,1	42,7%
Dislipidemie	21.905	19,4	2.912	2,6	13,3%
Neuropatie	19.269	17,1	5.716	5,1	29,7%
Malattie endocrine	18.691	16,6	5.203	4,6	27,8%
E/G/Duodenopatie	15.050	13,3	2.104	1,9	14,0%
Epato-enteropatie	13.708	12,1	6.082	5,4	44,4%
Mal. psichiatriche gravi	9.604	8,5	3.436	3,0	35,8%
Malattie autoimmuni	5.420	4,8	1.568	1,4	28,9%
Insufficienza renale	4.847	4,3	202	0,2	4,2%
Malattie rare	4.677	4,1	3.062	2,7	65,5%
Hiv/Aids	3.235	2,9	2.030	1,8	62,8%
Trapianti	828	0,7	82	0,1	9,9%
Totale patologie	447.093				
Totale persone con patologia cronica	293.466	260,1	187.991	166,6	64,1%
Senza patologia cronica	834.969	739,9			
Di cui nessun contatto	*219.428*	*194,5*			
Totale assistiti	1.128.435	1.000,0			

croniche[Lonati *et al.*, 2006], si è riscontrata una imponente tendenza all'incremento del numero dei soggetti presi in carico per almeno una patologia cronica.

Nel corso del 2006, su 15 condizioni morbose croniche individuate sulla base della lettura integrata dei data base a disposizione dell'Asl con la metodologia individuata come Bda (Banca dati assistito) [Lonati *et al.*, 2004], sono risultati presi in carico 293.466 soggetti, pari al 26,1% dell'intera popolazione (Tab. 2).

L'incremento medio annuale rispetto al 2003 è stato di +2,2% per la prevalenza, ma di +4,0% come numero assoluto (da 260.555 a 292.466) (Tab. 3).

TAB. 3. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: prevalenza delle singole patologie nel tempo (2003-2006)*

	PREVALENZA NEGLI ANNI (x1000)				INCREMENTO MEDI ANNUALE		
	2003	2004	2005	2006	PREVALENZA	NUMERO ASSISTITI	% CON PATOLOGIA ISOLATA
Cardiovasculopatie	170,0	176,7	180,2	183,0	2,5%	4,4%	-2,3%
Diabete	38,2	40,1	42,3	43,1	4,1%	6,0%	-6,0%
Neoplasie	34,3	33,2	34,5	35,5	1,1%	3,0%	-3,9%
Broncopneumopatie	29,7	31,1	30,8	30,8	1,2%	3,1%	-0,4%
Dislipidemie	13,5	15,5	18,7	19,4	13,1%	15,2%	9,1%
Neuropatie	15,7	16,9	16,8	17,1	3,0%	4,8%	-5,4%
Malattie endocrine	14,3	15,5	16,5	16,6	5,2%	7,1%	-3,8%
E/G/Duodenopatie	9,5	12,3	12,3	13,3	12,7%	14,8%	-5,8%
Epato-enteropatie	10,4	11,1	11,9	12,1	5,5%	7,4%	-1,6%
M. psichiatrica grave	7,6	7,8	8,3	8,5	3,9%	5,8%	-0,1%
Malattie autoimmuni	3,6	3,9	4,5	4,8	10,1%	12,1%	-0,2%
Insufficienza renale	3,5	4,0	4,2	4,3	6,8%	8,8%	-3,2%
M. rare	2,5	3,0	3,8	4,1	18,5%	20,6%	-1,9%
HIV/AIDS	2,5	2,6	2,8	2,9	5,2%	7,1%	-2,9%
Trapianti	0,57	0,64	0,71	0,73	8,8%	10,8%	-8,3%
Totale persone con patologia cronica	243,7	250,3	256,7	260,1	2,2%	4,0%	
Senza patologia cronica	756,3	749,7	743,3	739,9	-0,7%	1,1%	
Di cui nessun contatto	178,3	184,4	189,9	194,5	2,9%	4,8%	
Totale assistiti	1.068.995	1.091.694	1.110.997	1.128.435			

Tale fenomeno è risultato di entità maggiore nelle classi di età più elevate: la prevalenza dei presi in carico per patologia cronica, stabile nei primi 3 decenni di vita, è risultata aumentare in modo esponenziale con il crescere dell'età fino ad un massimo tra gli 80-89enni (nel 2006 dal 4% delle prime decadi all'80%) per poi diminuire negli ultranovantenni. Nel periodo 2003-2006 gli aumenti più consistenti della prevalenza sono avvenuti nelle fasce d'età più elevate (Tab. 4).

L'aumento dei soggetti presi in carico per patologie croniche, specialmente se razionale, sistematico ed efficace, comporta un effetto paradosso, caratterizzato dall'aumento della spesa totale per il trattamento della malattia a fronte della riduzione della spesa pro capite.

TAB. 4. *Bda dell'Asl di Brescia: presa in carico per patologia cronica nel 2003 e nel 2006 per fasce d'età*

CATEGORIE D'ETÀ	PREVALENZA NEL 2003 N°	%	PREVALENZA NEL 2006 N°	%	DIFFERENZA ANNUALE MEDIA DELLA PREVALENZA
0	332/10.479	3,2%	464/11.440	4,1%	0,30%
0-9	3.550/93.834	3,8%	4.252/102.500	4,1%	0,12%
10-19	3.720/97.907	3,8%	4.585/102.881	4,5%	0,22%
20-29	6.053/134.937	4,5%	6.208/127.449	4,9%	0,13%
30-39	14.516/189.511	7,7%	15.882/196.281	8,1%	0,14%
40-49	23.739/156.851	15,1%	29.439/178.909	16,5%	0,44%
50-59	45.060/133.662	33,7%	49.886/140.694	35,5%	0,58%
60-69	65.246/117.799	55,4%	71.161/122.440	58,1%	0,91%
70-79	61.617/86.252	71,4%	67.142/90.207	74,4%	1,00%
80-89	30.314/38.954	77,8%	36.687/45.547	80,5%	0,91%
90-99	6.318/8.626	73,2%	7.583/9.786	77,5%	1,41%
>100	90/183	49,2%	177/301	58,8%	3,21%
Tutti	260.555/1.068.995	24,4%	293.466/1.128.435	26,0%	0,54%

Le osservazioni effettuate nell'Asl di Brescia nei confronti della popolazione diabetica [Scarcella *et al.*, 2004; Scarcella *et al.*, 2005] evidenziano che, con un programma di *disease management*, la spesa pro capite per servizi territoriali (farmaceutica, specialistica, protesica e integrativa) tende a crescere, mentre si produce un netto contenimento della spesa pro capite per ricoveri: la spesa totale tende ad aumentare, a causa del prevalere dell'effetto del progressivo aumento del numero totale dei soggetti presi in carico, connesso alla maggior durata media della malattia quando adeguatamente trattata oltre che dalla presa in carico di soggetti precedentemente misconosciuti.

2.3. *I malati con bisogni assistenziali complessi*

Il perfezionamento e la diffusione di strumenti tecnici che offrono potenzialità terapeutiche ed assistenziali di elevata efficacia consentono oggi di trattare a lungo e con suc-

cesso malati cronici con gravi e irreversibili compromissioni funzionali: si pensi, ad esempio, a come nell'arco di pochi decenni si sia modificata la storia sanitaria di ampie categorie di malati grazie alla messa a disposizione di pannoloni monouso, di presidi per stomie, della dialisi, dell'alimentazione artificiale, della ventilazione polmonare meccanica domiciliare, di materiali evoluti per la prevenzione e la cura delle piaghe da decubito, del trattamento chirurgico rapido delle fratture, degli strumenti di valutazione delle abilità funzionali. Ciò anche in contesti extraospedalieri, domiciliari o residenziali, con il risultato di consentire un prolungamento significativo della sopravvivenza e, di conseguenza, generando l'incremento del numero totale di tali soggetti.

I malati con bisogni assistenziali complessi rappresentano, quindi, una popolazione di cospicue dimensioni che richiedono un elevato impegno di risorse sanitario-assistenziali; si tratta di malati non autosufficienti, incapaci, cioè, di soddisfare autonomamente i bisogni vitali fondamentali, con una prospettiva tendenzialmente involutiva del proprio patrimonio biologico, rientranti in una o più delle seguenti tipologie:

– anziani ammalati;

– dementi in età senile e pre-senile;

– persone affette da malattie tumorali maligne in fase avanzata;

– persone affette da malattie neurologiche progressivamente invalidanti;

– persone con esiti di traumi o accidenti cerebrali gravi;

– persone in coma o con abolizione totale delle funzioni motorie;

– persone in terapia sostitutiva (dializzati, insufficienti respiratori in assistenza respiratoria o ossigenoterapia, malati in alimentazione artificiale) con compromissione dell'autosufficienza;

– disabili adulti con insorgenza di malattie severe acute o croniche;

– gravi politraumatizzati nella fase di convalescenza;

– persone (anche bambini) affetti da polipatologie che, in ambito domiciliare, necessitano di terapie complesse.

La non autosufficienza riguarda una parte rilevante della

TAB. 5. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia. Numero di patologie croniche per ciascun assistito*

NUMERO PATOLOGIE	NUMERO ASSISTITI	% SUL TOTALE	VARIAZIONE ANNUALE MEDIA DEL NUMERO ASSOLUTO DEI CRONICI (2003-2006)	VARIAZIONE ANNUALE MEDIA DELLA PREVALENZA DEI CRONICI (2003-2006)
0	834.969	74,0%	1,1%	-0,7%
1	187.991	16,7%	2,3%	0,5%
2	71.476	6,3%	6,0%	4,1%
3	23.632	2,1%	9,7%	7,7%
4	7.485	0,7%	12,5%	10,5%
5	2.159	0,2%	16,4%	14,3%
6	574	0,051%	14,9%	12,8%
7 E +	149	0,013%	19,9%	17,7%
TOTALE	1.128.435	100,0%		

popolazione anziana italiana, anche se vi sono alcuni segni positivi di un suo controllo [Istat 2005]: secondo l'ultimo rapporto Istat sulle condizioni della popolazione anziana, il 32% si sente fortemente vincolata da un disturbo del cammino, e tra questi il 75,5% incontra difficoltà dovute ad ostacoli presenti nella propria abitazione. Malattie croniche e comorbilità assumono una forte rilevanza; in particolare, più della metà (56,5%) risulta essere affetta da artrite o artrosi, il 39,7% da ipertensione, il 25,3% da osteoporosi ed il 13,4% da diabete mellito. Si tratta di patologie che hanno un'importante ricaduta sull'aspetto funzionale, poiché determinano disabilità e la cui prevalenza è aumentata negli ultimi anni [Marti e Thorslund, 2007]. Ad oggi, 3/4 degli anziani italiani, in caso di malattia o di invalidità, riceve aiuto dai figli, per il 40% dal coniuge/convivente, il 20% da altri parenti. Molto spesso si tratta di un carico assistenziale che le famiglie faticano a sostenere; peraltro questa condizione potrebbe peggiorare a causa degli ulteriori possibili cambiamenti della struttura famigliare (meno figli, meno matrimoni, aumento dei nuclei monocomponenti) e della riduzione della disponibilità di personale di assistenza a basso costo, inducendo una maggiore richiesta di aiuto pubblico (formale) per la non autosufficienza [Censis-Assr, 2004]. La dimensione della popolazione dell'Asl di Brescia che presenta polipatologie, e quindi potenzialmente con bisogni assistenziali complessi, è in crescita rapida, come evidenziato nella Tab. 5.

Nelle parti successive del capitolo, si avrà modo di documentare ulteriormente l'entità della sottopopolazione che presenta compromissione dell'autosufficienza e bisogni assistenziali complessi.

2.4. *La classificazione dei problemi emergenti nell'Asl di Brescia*

Il progressivo incremento della prevalenza delle persone prese in carico per patologie croniche, generato dall'incremento dell'incidenza di nuovi casi associato al prolungamento della durata delle malattie croniche, si configura come una vera e propria sfida per i sistemi sanitari. Ciò risulta ancora più problematico se si tiene conto della stretta correlazione tra compromissione dell'autonomia e patologie croniche nell'età senile, in un contesto sociale tendenzialmente orientato verso la famiglia nucleare. Inoltre, l'importanza della cura delle malattie croniche assume un grande rilievo per l'intera comunità, non solo per i risvolti sull'aspettativa di vita, ma anche per le ricadute sulla famiglia e sulla società. I problemi che l'Asl di Brescia ha ritenuto opportuno affrontare in modo razionale con un disegno progettuale possono essere ricondotti schematicamente ai seguenti fattori:

– la spesa totale per l'erogazione delle cure necessarie tende a crescere oltre i limiti economici attribuiti;

– il patrimonio umano, professionale e culturale necessario per garantire interventi sanitari competenti ed appropriati è in crescita progressiva;

– la lunga durata delle malattie e delle forme invalidanti comporta interventi che devono essere mantenuti nel tempo, coinvolgendo diversi attori, servizi ed enti: si rende, quindi, necessario garantire una visione ed un approccio unitari sui tempi lunghi;

– la polipatologia e la labilità dei compensi funzionali associata all'età senile generano problematiche di diversa natura che richiedono interventi di differenti professionalità e tipologie; si rende, quindi, necessario garantire l'integrazione tra i diversi attori coinvolti ed un approccio multi-

dimensionale, pena l'inefficacia in tempi brevi di ciascuno degli interventi attuati;

– la cronicità delle patologie e delle disabilità si ripercuote inevitabilmente nel contesto di vita dell'assistito; le azioni necessarie per gestire malattia e disabilità devono essere riportate nella "quotidianità" e nella "domiciliarità": l'assistito, la sua famiglia e il suo "microcontesto sociale" devono essere valorizzati come attori sanitaro-socio-assistenziali fondamentali e imprescindibili.

Dal punto di vista organizzativo l'Asl di Brescia ha ritenuto necessario distinguere chiaramente due categorie di problematiche che corrispondono a due diverse tipologie di assisiti, per le quali ha previsto approcci sostanzialmente differenti.

1. *Malati affetti da malattie croniche a elevata prevalenza.*

La maggior parte delle malattie croniche, tra le quali in particolare il diabete, l'ipertensione, le cardiovasculopatie, le dislipidemie, le broncopneumopatie, interessano sottopopolazioni di cospicue dimensioni che convivono per molti anni con la malattia, spesso in condizioni di buon compenso clinico terapeutico e senza disabilità.

L'impatto sanitario, sociale ed economico di tali patologie è rilevante: risulta necessario garantire, oltre all'appropriatezza delle cure, anche l'oculatezza nella scelta degli interventi diagnostico-terapeutici. È evidente che la diffusione di scelte di trattamento con costi unitari maggiori, anche nell'ordine di frazioni di euro (si pensi, ad esempio, ai 206.493 cardiovasculopatici o ai 48.606 diabetici dell'Asl di Brescia nel 2006), comporta ricadute economiche rilevanti. Ma ancor di più appare evidente la ricaduta di interventi che siano in grado di modificare, anche modestamente, la sopravvivenza o il tempo di comparsa di complicanze o di ulteriori necessità terapeutiche.

Per tali problematiche cliniche si pone, in modo imperativo, anche la necessità di garantire la continuità di cura su tempi lunghi: diversi attori specialistici intervengono lungo la storia sanitaria del malato, con visite ambulatoriali o ricoveri, per dare man mano la risposta alla specifica pro-

blematica emergente. Risulta indispensabile che siano destinate specifiche attenzioni nelle fasi di passaggio tra medici di medicina generale (Mmg) e momenti specialistici (visite, accertamenti, ricoveri) e, soprattutto, che sia implementato un *follow-up* metodico e continuativo; ciò anche quando la malattia è negli stadi di compenso clinico senza gravi complicanze.

È altresì importante favorire la sistematicità delle cure e del monitoraggio efficaci, evitando la variabilità dei comportamenti clinici, e far sì che la cura si mantenga nel tempo, si esplichi con criteri e modalità unitari, sia capace di valorizzare la partecipazione attiva dell'assistito nella gestione della propria malattia. Il ruolo del Mmg è quindi nodale: deve superare completamente la visione clinica tradizionale (formulare diagnosi e prescrivere terapie) per diventare il conduttore clinico lungo la storia sanitaria del malato, avvalendosi del supporto degli interventi specialistici che nel tempo si rendono necessari; il medico specialista è, invece, opportuno si configuri non come "il curante", bensì come "il consulente del curante", con il compito di supportarlo, a seguito degli approfondimenti specialistici, con proposte ampie che garantiscano il *follow up* e le cure che, nel tempo, sarà il Mmg a personalizzare e adattare.

2. *Malati con bisogni assistenziali complessi.* Nei confronti di tali assistiti non può bastare un unico operatoreente in grado di rispondere con competenza e sufficiente specializzazione a tutte le esigenze clinico assistenziali, ma deve essere progettato, implementato e aggiornato ad ogni mutamento delle esigenze, un piano di intervento personalizzato, multidimensionale e multiprofessionale, che assegni un ruolo a ciascun operatore/ente coinvolto. Deve, cioè, essere garantito un approccio olistico, mediante l'integrazione tra tutti gli operatori, di diversa estrazione professionale e appartenenti a diversi enti, con forte proiezione verso la domiciliarità e con necessità di coinvolgimento del contesto familiare.

3. *Gli obiettivi strategici dell'Asl di Brescia per l'area delle patologie croniche e dei malati con bisogni assistenziali complessi*

Per affrontare e dare una risposta sistematica ai problemi emergenti prima evidenziati, nel rispetto della propria mission, l'Asl di Brescia ha individuato una serie di obiettivi strategici, che si ritiene possano essere ricondotti alle aree di seguito esposte.

Attivare un sistema informativo integrato permanente, in grado di monitorare, con costanza nel tempo, l'evoluzione delle caratterizzazioni e della distribuzione territoriale della popolazione assistita, dei nodi della rete attivi e/o potenziali, degli interventi effettuati, degli esiti prodotti; in particolare, assume rilevanza strategica la capacità di individuare la variabilità dei comportamenti dei diversi attori, le aree di criticità, l'impatto delle azioni correttive che man mano si vanno ad introdurre. Per quanto riguarda nello specifico la rete dei servizi dell'area anziani e delle cronicità, il monitoraggio deve essere in grado di mantenere costantemente aggiornata la conoscenza, per ciascun nodo attivo e/o potenziale, la *mission*, i destinatari elettivi, le caratterizzazioni professionali e organizzative, i criteri di acceso, la capienza, l'effettiva recettività, la disponibilità e capacità di far fronte a problematiche atipiche.

Promuovere l'appropriatezza degli interventi traducendo a livello locale le prove di efficacia e le linee guida: è necessario che l'Asl attivi i meccanismi organizzativi affinché, a livello locale, sia possibile tradurre operativamente e diffondere capillarmente le indicazioni che emergono dall'*evidence-based medicine* (Ebm) e dalle indicazioni delle linee guida professionali validate. Queste ultime, specialmente quando prodotte in ambienti specialistici, possono riflettere una impostazione settoriale, mirata a specifici aspetti [Donzelli e Sghedoni, 1998]; spesso, sono orientate all'immissione di modalità innovative dal costo tendenzialmente in aumento rispetto alla prassi in uso. Inoltre, le indicazioni che emergono dall'Ebm individuano il comportamento teorico che, alla luce delle conoscenze scientifiche attuali,

dovrebbe essere adottato per affrontare ben definite situazioni e tipologie cliniche, oggetto di studi sperimentali, a prescindere dalle risorse e capacità che saranno effettivamente disponibili. Va peraltro tenuto presente che il contesto italiano si sta caratterizzando per una progressiva diversificazione dei modelli organizzativi adottati dalle diverse regioni: pur nel rispetto dei medesimi livelli essenziali di assistenza, da garantire uniformemente sull'intero territorio nazionale, ciascun servizio sanitario regionale adotta autonomamente le modalità attuative ritenute ottimali. Le indicazioni di riferimento che emergono da linee guida e da Ebm non possono pertanto essere implementate direttamente nel reale contesto locale, composto da una popolazione eterogenea, con caratteristiche anche difformi da quelle individuate dagli studi e dalle linee guida. La loro implementazione può avvenire in modo diffuso solo con gradualità e a seguito di un "adattamento locale", che tenga pragmaticamente conto di numerosi fattori:

– la distanza tra la prassi in atto e le indicazioni della letteratura;

– le professionalità, effettivamente presenti e disponibili, in grado di attuare immediatamente le indicazioni di riferimento, senza percorsi preparatori;

– il livello organizzativo, strutturale e strumentale già adeguato e fruibile, rispetto ai nuovi criteri richiesti;

– la possibilità di avvalersi delle risorse economiche sufficienti per far fronte al possibile incremento di attività;

– le aspettative della popolazione, non sempre convergenti alle indicazioni di riferimento.

In tal senso il ruolo dell'Asl di mediazione organizzativa e culturale tra le parti assume un significato di grandissimo rilievo, ben più ampio del semplice governo amministrativo: l'obiettivo è la traduzione delle Ebm e delle linee guida in modelli organizzativi dinamici di sistema, in grado di valorizzare i nodi presenti, ottimizzando l'uso delle potenzialità presenti in relazione ai bisogni emergenti, al fine di migliorare progressivamente, in modo diffuso, l'appropriatezza degli interventi, nel rispetto dei limiti di spesa attribuiti.

Garantire la presenza capillare sull'intero territorio di servizi sanitari di base efficienti, promuovendone la capacità di rispondere direttamente ed in modo esaustivo al maggior numero possibile di bisogni reali; l'obiettivo, nel contesto italiano, può essere raggiunto solo valorizzando il sistema delle cure primarie (medici di medicina generale, servizio di continuità assistenziale, farmacie), a condizione che sia adeguatamente supportato da servizi distrettuali competenti ed efficienti, orientato da appositi strumenti di riferimento organizzativo-professionale e con la formazione sul campo.

Valorizzare i servizi specialistici e graduarne l'accesso in base al livello di complessità e problematicità, mediante la definizione chiara, per ciascuna categoria di servizio, di quali condizioni e per quali utenti il servizio stesso rappresenta una risorsa consulenziale alle cure primarie e quando, invece, deve assumere la responsabilità della gestione e della conduzione della situazione. In altre parole:

– nel caso di approfondimenti per problematiche croniche, è opportuno che lo specialista operi come consulente del medico di famiglia, proponendo e non prescrivendo, lasciando a questi la conduzione clinica;

– nel caso di problematiche a carattere acuto, invece, lo specialista deve farsi carico della soluzione della problematica, restituendo al medico di famiglia chiare indicazioni in fase di dimissione.

L'Asl, valorizzando opportunità contingenti e potenzialità presenti, ha la possibilità di orientare lo sviluppo e/o la nascita dei servizi, in modo che divengano nodi della rete, ovvero entità organicamente integrate in un sistema che ne ottimizzi l'utilizzo appropriato, nel rispetto della specifica mission. Inoltre l'Asl, favorendo la gestione positiva di criticità estemporanee, ha la possibilità di stimolare il miglioramento continuo dei singoli nodi della rete.

Privilegiare le risposte meno complesse e più gestibili nella "quotidianità" e nella "domiciliarità": ciò rappresenta il prerequisito per il coinvolgimento attivo dell'assistito e del suo contesto di vita, consente di ottenere una buona compliance su tempi medio-lunghi, contiene i costi. Soprattutto, la semplificazione dei processi assistenziali migliora la qualità

di vita, riducendo i rischi connessi ai trattamenti complessi, togliendo tempo, attenzione e ansie a ciò che è "medicale" per promuovere una "convivenza ordinaria" con la propria condizione di malattia e disabilità. A ciò si oppone fortemente l'inversa tendenza di richiedere, prescrivere e fornire "l'ultimo ritrovato", in collusione con gli interessi economici non del servizio sanitario, patrimonio della comunità, ma dei fornitori di prodotti sanitari. A titolo di esempio, si valuti quanto poco è valorizzata la prescrizione di specifici stili di vita, come "camminare per 30 minuti al giorno", ben gestibili dalla popolazione anziana, per il trattamento del diabete o dell'ipercolesterolemia, a fronte dell'immediato ricorso a farmaci; o quanto poco si insegni ad utilizzare la bilancia pesapersone nei cardiopatici con insufficienza cardiaca, affidandosi prioritariamente a frequenti controlli specialistici e strumentali.

Promuovere la continuità di cura nel tempo e l'approccio globale mediante strumenti di lavoro condivisi dalle diverse componenti, orientati specialmente a guidare le fasi di passaggio tra i livelli di base e specialistico, a favorire la comunicazione tra le diverse professionalità, ad evitare conflitti tra i servizi coinvolti nella gestione di ciascun assistito. Si pongono principalmente due categorie di problematiche:

– per dare continuità al trattamento della malattie croniche, che si sviluppano lungo la vita dell'assistito, vanno individuate e condivise precise ed efficienti modalità di comunicazione e di integrazione che rimangano valide nell'arco degli anni, con riferimento tendenziale sulle cure primarie, elettivamente sul Mmg;

– per dare continuità in occasione delle fasi acute e dei passaggi tra servizi, l'esplicitazione delle modalità e dei canali di comunicazione rappresentano il presupposto indispensabile per dare continuità alla "intenzione di trattamento", evitando dannose divergenze o inutili duplicazioni dei percorsi sanitario-assistenziali intrapresi nei confronti della medesima persona.

Promuovere la partecipazione attiva dell'assistito e del suo contesto con una adeguata educazione terapeutica: la malattia cronica, che si prolunga oltre i momenti di contatto con le

strutture ed i servizi, impone che gli operatori socio-sanitari spostino il baricentro della loro attività dalla esecuzione diretta di interventi per diventare "maestri" che insegnano come affrontare la propria malattia e disabilità, in modo che ne sia gestore attivo, consapevole ed efficace. L'Asl ha il compito di promuovere ogni iniziativa tesa a sviluppare questo orientamento, tanto più in considerazione della mancanza di una tradizione formativa e professionale in tal senso.

3.1. *Il problema della compatibilità economica*

La sfida dell'invecchiamento e delle patologie croniche si gioca elettivamente sul terreno della crescita totale delle risorse economiche consumate; la compatibilità economica va ricercata mettendo in campo tutte le modalità utili, in parte già indicate precedentemente, al fine di strutturare un sistema flessibile che introduca con gradualità le azioni di ottimizzazione, razionalizzazione, miglioramento, che si sintetizzano di seguito:

– dare continuità di cura, evitando la ripetizione di visite, indagini, interventi, ricoveri;

– incentivare gli interventi meno complessi;

– promuovere la partecipazione attiva dell'assistito alla gestione della malattia con una adeguata educazione terapeutica;

– promuovere gli stili di vita a valenza preventivo-terapeutica;

– valorizzare le cure primarie;

– graduare l'accesso ai sevizi specialistici, distinguendo i momenti consulenziali dai passaggi in cura;

– utilizzare in modo appropriato i servizi specialistici, sanitari e socio-sanitari, specialmente nel caso di quelli residenziali e semiresidenziali;

– attuare le procedure d'acquisto opportune per ridurre i prezzi.

4. *Gli attori della rete e gli specifici contributi*

4.1. *Le articolazioni organizzative dell'Asl*

I compiti delle articolazioni in cui sono strutturate le Asl della Lombardia sono formalmente disegnati nel rispettivo Piano di organizzazione e funzionamento aziendale, che in linea di massima, rispetta la seguente strutturazione fondamentale:

– servizi centrali, in staff alla direzione dell'Asl, focalizzati sulla gestione dei flussi informativi e sulla programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni effettuate dagli erogatori;

– presidio tecnico-professionale-organizzativo curato, sull'intera Asl, dai dipartimenti, nello specifico, delle Cure primarie e delle Attività socio-sanitarie integrate (Assi); è compito dei dipartimenti promuovere la definizione condivisa di documenti tecnico-professionali-organizzativi di riferimento per i diversi nodi della rete (percorsi diagnostico-terapeutici, protocolli operativi mirati, protocolli di intesa, ecc.) e supportarne l'attuazione con la formazione sul campo;

– distretti socio-sanitari quali articolazioni operative territoriali interfacciate verso gli assistiti e gli operatori convenzionati quali i Mmg ed i medici di continuità assistenziale e le entità locali quali comuni e associazioni.

Per indirizzare, sviluppare, supportare e monitorare l'intero processo di presa in carico dei malati cronici e dei malati con bisogni assistenziali complessi, nell'Asl di Brescia:

– il presidio dell'intero processo di cura delle malattie croniche è stato affidato agli operatori dell'area delle cure primarie sia per gli aspetti di progettazione e coordinamento, a livello centrale a cura del rispettivo dipartimento, sia per l'implementazione locale, a cura delle équipes distrettuali dell'area, composta da figure mediche e amministrative ed orientata a supportare direttamente l'attività dei Mmg e dei Pls (Pediatri di libera scelta), in particolare in merito alla gestione razionale ed oculata delle patologie croniche;

– il distretto è il luogo di catalizzazione della integrazione tra i diversi operatori, soprattutto per rendere possibile

la definizione condivisa dei piani individuali di intervento nei confronti dei malati critici, attraverso una comunicazione efficace, facilitata anche dalla conoscenza diretta degli operatori coinvolti e delle caratteristiche dei servizi cui appartengono, all'interno di criteri operativi di riferimento uniformi, indicati dal Servizio Anziani-Cure domiciliari del Dipartimento Assi;

– inoltre, sempre con il coordinamento distrettuale, sono promossi incontri di confronto tra referenti dei Mmg e specialisti delle strutture, per analizzare le criticità riscontrate e per concordare le soluzioni operative più opportune.

4.2. *I nodi della rete direttamente afferenti l'Asl*

Il Medico di medicina generale, unitamente al sistema delle Cure primarie, rappresenta il servizio capillarmente presente su tutto il territorio, che ha in carico la totalità della popolazione assistita. Il Mmg è formalmente il titolare della conduzione clinica nel tempo di tutti gli assistiti che lo hanno scelto: ha il compito di accogliere e inquadrare le segnalazioni e le richieste dell'assistito, avvalendosi della facoltà di prescrivere l'erogazione o l'accesso sostanzialmente a tutti i servizi sanitari. Risulta conveniente che dia una risposta esaustiva in tutte le situazioni "non complesse". La conoscenza della storia sanitaria e del contesto culturale e sociale di ciascun assistito rappresenta la premessa migliore per garantire un accompagnamento tra i servizi che man mano si rendono necessari per affrontare le problematiche "complesse".

È indispensabile, per la gestione delle cronicità, che le fasi di passaggio tra i servizi si configurino complessivamente come momenti consulenziali per il Mmg, che deve facilitare il processo di "restituzione alla quotidianità e domiciliarità".

I Servizi sanitari specialistici accreditati, ambulatoriali e di ricovero, possono essere adeguatamente valorizzati se si rispettano due fondamentali aspetti:

– la definizione e l'osservanza dei criteri di accesso, in modo da evitare costose e disorientanti sovrapposizioni con le Cure primarie;

– la "diagnosi differenziale" tra eventi acuti, per i quali la struttura deve sostanzialmente acquisire la gestione diretta della conduzione clinica, anche se per il periodo più breve possibile, dagli interventi clinico-terapeutici mirati alla cronicità, per i quali è assolutamente controproducente la gestione diretta dello specialista che deve invece assumere il ruolo di consulente, ed eventualmente formatore sul campo, del Mmg e della Ucam (Unità di continuità assistenziale multidimensionale). [Scarcella 2003]

I Servizi socio-sanitari accreditati, specificamente le Residenze sanitarie assistenziali ed i Centri diurni integrati, consentono di far fronte a situazioni diversamente ingestibili: il loro costo, non solo economico ma anche socio-affettivo, è talmente elevato da imporre il loro ricorso solo per il periodo più breve possibile. Peraltro, è parimenti necessario che la rete sia in grado di accogliere tempestivamente i soggetti che ne abbiano necessità. L'uso appropriato ed oculato di tali servizi richiede la massima capacità di gestione della rete e risulta ottimale solo con l'attivazione di piani individuali di intervento che si avvalgano della possibilità di accesso a tutti i nodi della rete. In tal senso l'Assistenza domiciliare integrata è il complemento indispensabile, sempre a condizione che anche questa possa avvalersi di una gamma estesa di possibilità operative.

4.3. *I nodi della rete esterni all'Asl*

La possibilità di integrare gli interventi sanitari con i servizi sociali comunali e con le eventuali organizzazioni di volontariato attive nel territorio amplifica in misura esponenziale l'efficacia dei piani individuali di intervento per la gestione delle situazioni con bisogni assistenziali complessi. Ciò è, tuttavia, possibile solo a condizione di condividere e attivare preventivamente modalità di comunicazione e di collaborazione.

5. *Le linee strategiche di governo dell'Asl di Brescia*

L'assetto istituzionale-organizzativo dei nodi della rete dei servizi, così come esplicitato nel paragrafo precedente, identifica con chiarezza gli ambiti di competenza dei diversi attori chiamati ad intervenire. Tuttavia, per garantire la continuità assistenziale, devono essere attivati appositi canali e protocolli di comunicazione, finalizzati ad integrare le diverse componenti attivate su ciascun singolo caso. Al fine di porre il cittadino al centro del sistema socio sanitario e di superare la logica dell'intervento rivolto alla risoluzione del singolo episodio clinico, deve essere favorito un approccio integrato, teso ad una gestione globale della salute del singolo mediante un modello di cure che faccia corrispondere continuità e variabilità di bisogni del paziente con la continuità e la variabilità della risposta assistenziale del sistema.

Tale cambiamento nell'approccio comporta in primo luogo l'integrazione organizzativa di percorsi assistenziali intraospedalieri ed extraospedalieri e la formulazione di profili di cura, imperniati sul potenziamento delle Cure primarie, particolarmente nella gestione delle patologie croniche, comprendenti nuove modalità di interlocuzione e strumenti di governo dei casi.

In secondo luogo, comporta l'introduzione di modelli organizzativi e gestionali innovativi, al fine di delineare forme di continuità assistenziale e forme alternative al ricovero per la gestione territoriale dell'utente. L'impulso alle Cure primarie così delineato si pone, peraltro, come strumento effettivo di tutela della capacità di libera scelta del cittadino, nell'ambito di una medicina di qualità che risulti dalla fruizione di prestazioni efficaci ed appropriate, accettabili ed accessibili, economicamente compatibili.

Le due tabelle seguenti (Tabb. 6 e 7) riepilogano gli spazi di programmazione che l'Asl di Brescia ha fatto propri al fine di orientare lo sviluppo e l'integrazione della rete dei servizi, oltre ai criteri generali di riferimento.

TAB. 6. *Gli ambiti di pertinenza dell'Asl per la programmazione nell'area anziani, delle patologie croniche e dei malati con bisogni assistenziali complessi*

- Lettura del contesto: risorse e bisogni
- Orientamento dello sviluppo dei nodi della rete
- Valorizzazione della *mission* e dell'uso appropriato dei nodi della rete
- Promozione di modelli innovativi e sperimentali
- Promozione della continuità di cura dei malati cronici
- Promozione della continuità e personalizzazione della cura dei malati critici
- Promozione dell'integrazione e della comunicazione mediante sistema informativo integrato
- Promozione della integrazione e del miglioramento continuo mediante formazione sul campo

TAB. 7. *I principi programmatori e gestionali di riferimento dell'Asl di Brescia nell'area anziani, delle patologie croniche e dei malati con bisogni assistenziali complessi*

- Visione d'insieme dei bisogni dell'intera popolazione anziana e dell'offerta di servizi per l'anziano (presenza di osservatori e sistemi informativi)
- Approccio olistico, multidimensionale, applicato alla popolazione ed al singolo
- Definizione di obiettivi, criteri di sviluppo e di gestione della rete dei servizi per l'anziano fra cui:
  – Accordo Asl/Comuni (documenti di programmazione, protocolli d'intesa)
  – Condivisione con erogatori, terzo settore, rappresentanti degli utenti
- Realizzazione e sviluppo di un sistema di rete (rapporti, consulenze, protocolli d'intesa) con condivisione di:
  – informazioni e dati (sistemi informativo-informatici)
  – modalità di raccolta e gestione della domanda
  – modalità, criteri e strumenti di valutazione, di attivazione, di verifica
- Consapevolezza condivisa fra Asl ed erogatori dei limiti delle risorse

6. *Le modalità attuative*

6.1. *I meccanismi di integrazione tra i nodi della rete e del loro uso appropriato*

Lo sviluppo della rete deve essere orientato da strumenti di indirizzo organizzativo che leghino tra loro i diversi nodi della rete con trasparenza, efficienza, pragmaticità e rispetto delle rispettive mission. A seconda della natura dell'ente che gestisce il servizio, vanno declinati gli strumenti di interafacciamento: l'Asl, che è tenuta istituzionalmente a

giocare il ruolo di regista, deve valorizzare le diverse peculiarità, esigenze, committenze interne.

Presso l'Asl di Brescia sono stati quindi concordati e attivati numerosi processi.

Con gli Enti gestori di servizi socio-sanitari pubblici/privati: sono stati attivati e gestiti Tavoli di Confronto su scelte strategiche, formazione del personale, aspetti organizzativi generali e relativi alle singole strutture, fra cui:

– Tavolo di Concertazione Rsa,

– Gruppo rappresentanti dei responsabili sanitari di Rsa,

– Gruppo referenti operativi enti accreditati per *Voucher* socio-sanitario e Credit,

– Gruppi di lavoro per la definizione di linee guida su aspetti specifici (per esempio, cure palliative, prevenzione e trattamento lesioni cutanee),

– tavolo problematiche anziani.

Sono stati inoltre condivisi, tra l'altro:

– protocollo di funzionamento delle Ucam per l'accesso alla rete dei servizi,

– protocolli per le dimissioni protette dalle unità di degenza ospedaliera,

– lista unica distrettuale d'accesso alle Rsa,

– linee guida per le cure palliative [Podavitte e Lonati 2002],

– sistema condiviso di priorità d'accesso all'hospice residenziale,

– protocollo per il ricovero in strutture residenziali per malati in stato vegetativo persistente,

– protocollo per gli interventi riabilitativi domiciliari,

– protocolli per la gestione dei decubiti.

Inoltre l'Asl è stata capofila di un progetto ministeriale triennale Alzheimer, dedicando particolare attenzione alla gestione di questa problematica.

A livello di ogni distretto, in stretta collaborazione con gli Ambiti territoriali e gli Uffici di piano, è stata delegata la gestione di:

– progetti di cure domiciliari per singolo assistito,

– utilizzo delle risorse della rete del distretto,

– il coinvolgimento dell'assistente sociale comunale/di Ambito, che frequentemente è componente dell'Ucam.

I medici di medicina generale sono componenti dell'Ucam relativamente al proprio assistito.

Con le strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate: in numerose occasioni, sono state poste all'attenzione dei due organismi di coordinamento delle strutture sanitarie:

– la Conferenza Asl delle Strutture;

– il Tavolo tecnico dei Direttori sanitari,

diverse problematiche relative alla gestione delle malattie croniche e dei malati con bisogni assistenziali complessi, anche per raccoglierne la condivisione.

Inoltre, per promuovere la migliore integrazione tra i servizi geriatrici delle strutture sanitarie e di questi con il sistema delle cure primarie e dei servizi sanitari e sociali territoriali, l'Asl di Brescia ha istituito dal 2007 il *Dig - Dipartimento interaziendale geriatrico*, finalizzato ad ottimizzare i meccanismi di collegamento e scambio professionale tra le diverse unità di ricovero (ospedaliero, riabilitativo, lungodegenziale) oltre che in proiezione territoriale, mediante l'attivazione di un apposito *network* focalizzato su:

– definizione e adozione di protocolli tecnico-organizzativi per dare trasparenza, appropriatezza ed efficienza ai passaggi degli assistiti da un servizio all'altro, con particolare riferimento alle modalità di attuazione delle dimissioni ospedaliere;

– individuazione di un sistema di scale di valutazione multidimensionale, condiviso e da applicare omogeneamente da tutte le strutture di ricovero;

– perfezionamento degli strumenti operativi per garantire la continuità di cura alla dimissione;

– definizione delle premesse ospedaliere per favorire l'attuazione del piano individuale personalizzato di intervento per ciascun assistito.

Il primo anno di attività ha già permesso di raggiungere risultati operativi:

– individuazione di "criteri di riferimento per la valutazione multidimensionale degli anziani in occasione di ricoveri ospedalieri" e loro prima attuazione sperimentale in alcuni reparti di area chirurgica, con la prospettiva di una successiva diffusione a tutte le unità di ricovero;

– aggiornamento dei criteri organizzativi di riferimento per la "dimissione/ammissione protetta" di anziani/malati con bisogni assistenziali complessi, formulati sulla base delle positive esperienza maturate, con l'obiettivo di assicurare a tutte le persone con necessità assistenziali complesse, la possibilità di usufruire di un percorso protetto di accompagnamento tra ospedale e territorio, basato su una proficua comunicazione tra le due realtà.

6.2. *Il sistema informativo integrato dell'Asl di Brescia*

La rilevanza strategica per l'Asl di disporre di un sistema informativo specifico per la cronicità e le problematiche della popolazione anziana è evidente: l'Asl di Brescia ha sviluppato un sistema informativo integrato, mirato a monitorare l'evoluzione delle caratterizzazioni e della distribuzione territoriale della popolazione assistita, dei nodi della rete attivi e/o potenziali, degli interventi effettuati, degli esiti prodotti. Tale sistema si articola in diverse sezioni.

Banca dati assistito (Bda) per il monitoraggio dei soggetti presi in carico per patologie croniche. L'Asl di Brescia sta sperimentando da anni metodologie innovative nell'utilizzo, a fini epidemiologici, di governo clinico e di *disease management* delle patologie croniche, dei dati amministrativi e gestionali relativi ai servizi sanitari erogati: la valorizzazione di tali informazioni, che sono relative all'intera popolazione assistita, apre nuove possibilità di monitorare, fatte salve le dovute garanzie sulla *privacy*, la diffusione nel mondo reale delle principali patologie croniche e gli interventi loro rivolti.

È stata messa in atto una metodologia che utilizza le informazioni di esercizio (esenzioni, farmaceutica, ricoveri, specialistica, protesica), chiamato Banca dati assistito (Bda) [Lonati *et al.*, 2006; Lonati *et al.*, 2004], finalizzato a monitorare le caratteristiche delle sottopopolazioni composte dagli assisiti presi in carico per una o più patologie croniche ed i correlati consumi sanitari per farmaci, specialistica e ricoveri. L'aspetto più interessante è dato dalla possibilità di

TAB. 8 *Bda dell'Asl di Brescia: le patologie considerate e i data base utilizzati per l'identificazione*

	ESENZIONI	FARMACI	FILE F	SDO	SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Broncopneumopatie	X	X		X	
Cardiovasculopatie	X	X		X	
Diabete	X	X		X	
Dislipidemie	X	X		X	
Epato-enteropatie	X			X	
E/G/Duodenopatie		X		X	
HIiv/Aids	X		X	X	
Insufficienza renale	X			X	X
Malattie autoimmuni	X			X	
Malattie endocrine	X	X		X	
Neoplasie	X	X	X	X	X
Neuropatie	X	X		X	
Trapianti	X			X	

individuare patologie "di rilievo strategico", da studiare in modo approfondito per i potenziali riflessi di natura clinica e assistenziale da un lato, economica dall'altro, esplorando la possibilità di individuare nuove strade di lavoro per migliorare il patrimonio di salute della popolazione, con l'intento di riallocare le risorse ottimizzando gli interventi sanitari.

La Bda dell'Asl di Brescia è stata ottenuta mediante il *linkage* dei *database* Anagrafe sanitaria assistiti, Archivio prescrizioni farmaceutiche, Anagrafe assistiti esenti per patologia, Archivio ricoveri (Sdo), Archivio assistenza specialistica ambulatoriale, in modo da ottenere per ogni assistito indicatori di consumo di risorse sanitarie, espressi in termini di costo lordo a carico del Servizio sanitario di ogni assistito. Questo primo passo consente di ottenere informazioni generali sugli assistiti; ma la vera innovazione della Bda consiste nella ulteriore identificazione degli assistiti presi in carico per ciascuna patologia cronica, secondo il metodo di identificazione evidenziato nella Tab. 8.

Nel rispetto della normativa vigente in materia di *privacy*, L. 196/2003 e successive integrazioni, i dati elaborati sono

resi anonimi, eliminando qualsiasi possibilità di ricostruire le generalità dell'assistito.

La Bda consente, per ogni assistito, di individuare informazioni a carattere generale (età, sesso, residenza, medico curante), indici di spesa per tipo di trattamento (ricovero ospedaliero, *day hospital*, ricovero riabilitativo, specialistica, farmaceutica) e la particolare combinazione delle diverse patologie croniche.

Monitoraggio permanente dei nodi della rete dell'area anziani e delle cure domiciliari. La possibilità di tessere i nodi della rete all'interno di un tessuto organico non può prescindere da una puntuale, aggiornata ed esaustiva conoscenza dei servizi del territorio, presenti e potenziali; anche la possibilità di attivare piani individuali di intervento che si avvalgano in modo ottimale delle tipologie di servizio più consone a dare risposte efficaci ed esaustive a ciascuna situazione può avvenire solo se i nodi sono ben conosciuti.

Pertanto, sia a livello centrale che in sede distrettuale, l'Asl di Brescia effettua una mappatura costante di ciascun nodo attivo e/o potenziale e valuta la mission, i destinatari elettivi, le caratterizzazioni professionali e organizzative, i criteri di accesso, la capienza, l'effettiva recettività, la disponibilità e capacità di far fronte a problematiche atipiche.

Sistema informativo dell'area anziani e delle cure domiciliari. Per il monitoraggio dei soggetti con bisogni assistenziali complessi che accedono ad uno dei servizi della rete, presso l'Asl di Brescia è ormai consolidato da anni un apposito sistema informativo [14], che, oltre ad adempiere a funzioni di natura amministrativa, per garantire l'efficienza e l'efficacia del modello, raggiunge due obiettivi fondamentali: fungere da strumento di programmazione e verifica degli interventi e garantire l'integrazione tra i vari settori di intervento.

Sul versante operativo, il sistema informativo persegue ulteriori obiettivi:

– acquisizione delle informazioni: le notizie rilevate nella valutazione e gestione dei singoli casi, i dati di attività degli

operatori, le caratteristiche relative agli enti della rete vanno "inserite" per alimentare il sistema;

– circolazione delle informazioni: le informazioni analitiche servono agli operatori per gestire le singole situazioni; l'elaborazione dei dati permette sia di svolgere procedure operative (ad esempio, stilare la lista d'attesa delle Rsa) che di restituire reports e ritorni informativi mirati;

– monitoraggio degli eventi: la disponibilità di informazioni aggiornate ed esaustive, elaborabili secondo le esigenze e le strategie organizzative, consente un'ottimale conoscenza degli eventi, delle linee di tendenza, dei punti di forza, delle "zone critiche" e favorisce conseguentemente la possibilità di effettuare scelte appropriate.

Per raggiungere questi obiettivi, il sistema è stato impostato, fin dall'inizio, con una architettura informativa di tutti i settori di intervento con criteri comuni poiché tutti questi fanno parte di un'unica rete e la loro attivazione viene effettuata tramite lo stesso organismo: l'Ucam (Unità di continuità assistenziale).

Gli utenti diretti del sistema informativo sono gli operatori chiamati a gestire le diverse fasi di valutazione, intervento e programmazione organizzativa.

Gli elementi di qualità cruciali sia per il sistema informativo nel suo insieme che per ciascuno degli strumenti che lo compongono sono:

– la semplificazione delle procedure e l'utilizzo minimo dei moduli;

– un supporto operativo agli operatori;

– la comunicazione tra i vari operatori;

– la stretta connessione con i protocolli tecnico-operativi e con l'attività;

– la coerenza con l'approccio multidimensionale.

Monitoraggio dei bisogni evasi/inevasi tramite l'Unità di valutazione multidimensionale. A livello distrettuale è possibile monitorare la caratterizzazione e la dimensione delle richieste di intervento che pervengono e la capacità di dare una risposta congruente, con quali tempi di attesa, con quale capacità dei singoli nodi di rispondere con efficienza.

6.3. *Razionalizzazione delle procedure di acquisto dei prodotti sanitari necessari per la cura delle malattie croniche*

A fronte delle iniziative a carattere professionale-organizzativo, l'Asl di Brescia ha implementato un processo di razionalizzazione attraverso l'attivazione di tutte le procedure consentite e possibili per acquistare farmaci, ausili e prodotti sanitari territoriali con il rapporto qualità/prezzo più vantaggioso e attraverso l'ottimizzazione delle prescrizioni e delle autorizzazioni (ove previste) con significativa riduzione tendenziale del costo medio per soggetto trattato.

In tal senso meritano una particolare menzione:

a) la fornitura di ausili protesici monouso di assistenza integrativa a prezzi scontati, mediante apposito accordo commerciale con il sistema delle farmacie territoriali;

b) l'aggiudicazione alle ditte che hanno offerto il miglior rapporto qualità/prezzo, a seguito di gara, dei servizi di:

– consegna-ritiro a domicilio in comodato d'uso, con possibilità di sanificazione, collaudo e riutilizzo, degli ausili protesici non personalizzati,

– ventilazione meccanica domiciliare,

c) l'aggiudicazione alle ditte che hanno offerto il miglior rapporto qualità/prezzo, a seguito di gara, di per l'acquisto a di:

– ausili protesici non personalizzati,

– prodotti per la nutrizione artificiale domiciliare,

– microinfusori per insulina e accessori di corredo,

– saturimetri.

Ulteriore menzione meritano le iniziative adottate per garantire la distribuzione di farmaci territoriali alle condizioni più convenienti; in tal senso l'Asl di Brescia ha attuato, anche con sperimentazioni gestionali innovative, azioni differenziate:

– distribuzione tramite "doppio canale" di farmaci costosi, acquistati direttamente dall'Asl a costo ospedaliero ridotto e distribuiti dal sistema delle farmacie territoriali, tramite specifico accordo;

– distribuzione diretta da parte dell'Asl di farmaci costosi a categorie particolari di malati (ad esempio: emofilici, affetti da fibrosi cistica);

– distribuzione di farmaci specialistici direttamente da parte delle strutture di ricovero e cura tramite il cosiddetto "File F".

6.4. *Formazione sul campo per l'implementazione operativa degli strumenti di lavoro e di governo*

La complessità del processo illustrato nei precedenti paragrafi può reggersi e dispiegarsi se adeguatamente sostenuta, tra l'altro, da percorsi formativi *ad hoc*: ciascun operatore migliora la propria potenzialità professionale se è consapevole sia di quanto il sistema sta costruendo in quel momento, sia del significato del proprio apporto allo sviluppo dell'intera rete. Compito essenziale della formazione è quello di fornire occasioni di crescita perché esperienza e conoscenza risultino il più possibile equilibrate tra loro. In un forte processo di riorganizzazione, infatti, il sapere le cose, il sapere fare e il saper interpretare efficientemente il ruolo richiesto dalle circostanze devono svilupparsi congiuntamente. Tutto ciò esige la messa in atto di un processo di formazione efficace ed articolato, in grado di raggiungere tutti gli attori interessati al fine di sciogliere preventivamente i nodi critici.

L'implementazione di ciascuna nuova modalità di lavoro o di integrazione tra diversi servizi/professioni è stata sostenuta, nel contesto dell'Asl di Brescia, oltre che da appositi protocolli tecnico-professionali, da una azione di informazione-formazione, tale da consentire a ciascun operatore di appropriarsi dei contenuti e tradurli nella pratica quotidiana. Sono stati pertanto messi in atto:

– formazione sul campo, specificamente contestualizzata e capillare, per la presentazione articolata della nuova modalità operativa: obiettivi, destinatari, criteri di accesso, aspetti tecnico-professionali, modalità di documentazione dell'attività, indicatori di processo e di risultato;

– possibilità di accedere a consulenze, a sostegno di possibili momenti di difficoltà (prime applicazioni operative, casi critici…);

– iniziative di *follow-up*, per la verifica dell'applicazione effettiva e per rilevare eventuali criticità nell'applicazione della nuova modalità, in modo da poter introdurre le opportune azioni correttive.

7. *La gestione delle patologie croniche a elevata prevalenza e di rilevante impatto sanitario, sociale ed economico*

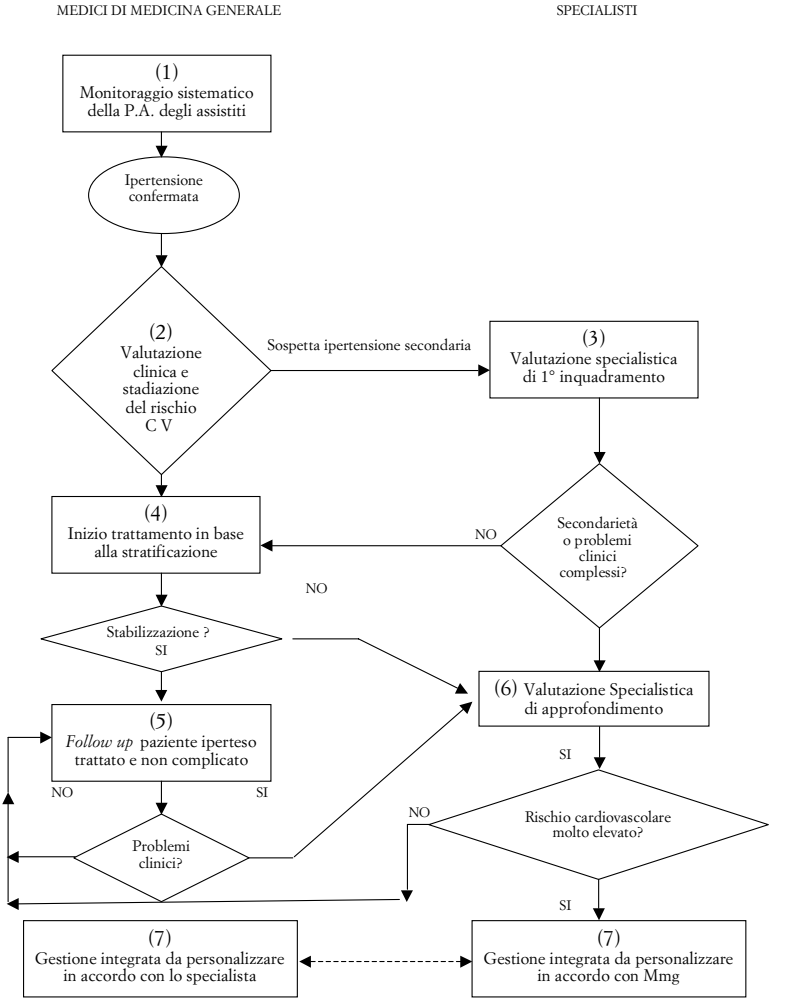
La necessità di garantire la continuità assistenziale si pone, in particolare, nei confronti dei malati cronici, che richiedono specifiche attenzioni nelle fasi di passaggio tra Mmg e momenti specialistici (visite, accertamenti, ricoveri) e, soprattutto, un *follow up* metodico e continuativo; ciò anche quando la malattia è negli stadi di compenso clinico senza gravi complicanze. È, infatti, necessario prevedere un monitoraggio – intervento che si mantenga nel tempo, si esplichi con criteri e modalità unitari, sia capace di valorizzare la partecipazione attiva dell'assistito nella gestione della propria malattia.

Per garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza degli interventi diagnostici e di cura nei confronti del malato cronico, l'Asl di Brescia ha condotto esperienze diversificate, contestualizzate alle peculiarità locali.

7.1. *Percorsi diagnostico-terapeutici per la gestione integrata di malattie croniche ad elevata prevalenza*

A partire dal 2000, con il coinvolgimento dei medici delle Cure primarie e delle strutture di ricovero e cura accreditate, sono stati definiti e progressivamente aggiornati percorsi diagnostico-terapeutici di riferimento per la gestione integrata del malato cronico. Attraverso il lavoro di tavoli di consenso, coordinati dal dipartimento Cure primarie dell'Asl, a cui hanno partecipato referenti dei Mmg e delle strutture ospedaliere, sono stati definiti collaborativamente tre specifici percorsi diagnostico-terapeutici: diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronico ostruttiva.

FIG. 3. *Diagramma di flusso del percorso diagnostico-terapeutico per la gestione integrata dell'ipertensione*



Le tappe descritte nella *flow chart* (Fig. 3) di ciascuno dei tre documenti individuano, lungo lo sviluppo della storia sanitaria di ciascun malato cronico, il percorso più adatto a garantirne una gestione razionale e continuativa nello specifico contesto dell'Asl di Brescia, favorendo l'integrazione funzionale tra centro specialistico e medicina primaria, la continuità assistenziale del paziente e l'uso ottimale delle risorse. La *flow chart* individua altresì criteri, periodicità e modalità di interazione tra i due livelli di assistenza cui ciascun professionista, nel proprio ambito e nella pratica quotidiana, può fare riferimento. I contenuti dei percorsi diagnostico-terapeutici sono stati, quindi, presentati ai Mmg durante apposite iniziative informativo-formative e diffusi tra i medici delle strutture; a seguito, dove se ne manifestava la necessità, si sono organizzati, a livello distrettuale, incontri di confronto tra medici territoriali e medici specialisti. I tre percorsi diagnostico-terapeutici, consultabili al sito www.aslbrescia.it, sono stati progressivamente aggiornati e risultano ora un riferimento consolidato.

I percorsi diagnostico-terapeutici fra territorio e ospedale, condivisi, sono strumenti di integrazione tra medici di medicina generale, professionisti del distretto e specialisti delle strutture accreditate pubbliche e private, finalizzati, da un lato, a migliorare lo stato di salute di pazienti affetti da patologie croniche di rilevante prevalenza, e, dall'altro, a ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie territoriali e specialistiche effettivamente presenti.

7.2. *Disease management delle patologie croniche*

Il *disease management* consiste nella creazione di un modello rappresentativo delle modalità di cura della malattia considerata (la fotografia di partenza) e nella successiva analisi del modello stesso che permette di identificare le aree critiche relative all'efficacia clinica, ai costi e alla qualità della vita del paziente, programmando ed applicando gli interventi migliorativi. Si raccolgono quindi nuovi dati per monitorare l'efficacia dei provvedimenti adottati e si con-

frontano i risultati con quelli di partenza, in un circolo virtuoso di miglioramento continuo.

Il diabete rappresenta una condizione emblematica di patologia cronica per la quale risulta vantaggioso progettare l'assistenza tenendo in considerazione l'integrazione tra i diversi livelli assistenziali e, quindi, tramite un'azione programmata di *disease management.* Per tale motivo, nell'Asl di Brescia, è stato realizzato un programma sperimentale di *disease management* del diabete [AA.V.V., 2003], che ha consentito di realizzare un modello avanzato di gestione integrata del paziente diabetico, in modo da garantire la continuità assistenziale tra il livello di base ed il livello specialistico, con il monitoraggio sistematico di indicatori di salute, organizzativi ed economici.

L'esperienza maturata ha contribuito a definire un impianto metodologico organico, che si va progressivamente estendendo alle altre patologie croniche.

7.3. *Governo clinico del Mmg per garantire la continuità, l'appropriatezza e la sistematicità della cura delle malattie croniche*

I medici delle Cure primarie dell'Asl di Brescia sono stati protagonisti di un intenso processo culturale-professionale-organizzativo, finalizzato ad offrire loro gli strumenti per gestire nel modo più razionale la rilevante massa di lavoro connessa al crescente numero di malati cronici, che li vede come il riferimento che nel tempo deve garantire la continuità del percorso di cura. Tale processo, in sintesi, si è caratterizzato per:

- l'aggiornamento professionale continuo, promosso dall'Asl di Brescia, anche in collaborazione con le Società scientifiche della Medicina generale, strutturato in piani di formazione annuali, con iniziative replicate in più edizioni, in modo da consentire la partecipazione di tutti i Mmg ai medesimi contenuti formativi;
- l'informazione indipendente, mediante:
  – il notiziario mensile "Assistenza Primaria" (consultabile

al sito www.Aslbrescia.it), che presenta, oltre ad informazioni professionali, il risultato dei progetti e delle iniziative intraprese ed elaborazioni o indagini relative a consumi locali di specifiche prestazioni sanitarie;

– la *mailing list* dei Mmg/Pls per trasmettere tempestivamente informazioni e anticipare le comunicazioni istituzionali,

– comunicazioni di rilevo istituzionale e/o formale con circolari *ad hoc*,

– pubblicazioni di lavori monografici e messa a disposizione di documentazione professionale (consultabile al sito www.Aslbrescia.it).

– gli incontri distrettuali organicamente preordinati,

– la possibilità per i Mmg di chiedere un supporto consulenziale agli operatori dell'Area cure primarie.

Al fine di offrire ad ogni medico di famiglia la possibilità di riscontrare in modo scientifico il proprio profilo prescrittivo, l'Asl di Brescia ha prodotto e distribuito capillarmente e sistematicamente report personalizzati a ciascun Mmg, Pls e forma associativa:

– a cadenza trimestrale:

– farmaceutica, con indicatori globali e per ciascuna famiglia di farmaci che corrisponde ad una grande problematica clinica (ulcera e reflusso, diabete, ipertensione, dislipidemie, malattie respiratorie, malattie infettive ecc.)

– ricoveri ordinari e in *day hospital* (con indicatori globali, di Drg raggruppati, di struttura in cui è avvenuto il ricovero);

– accesso alla specialistica ambulatoriale e al pronto soccorso;

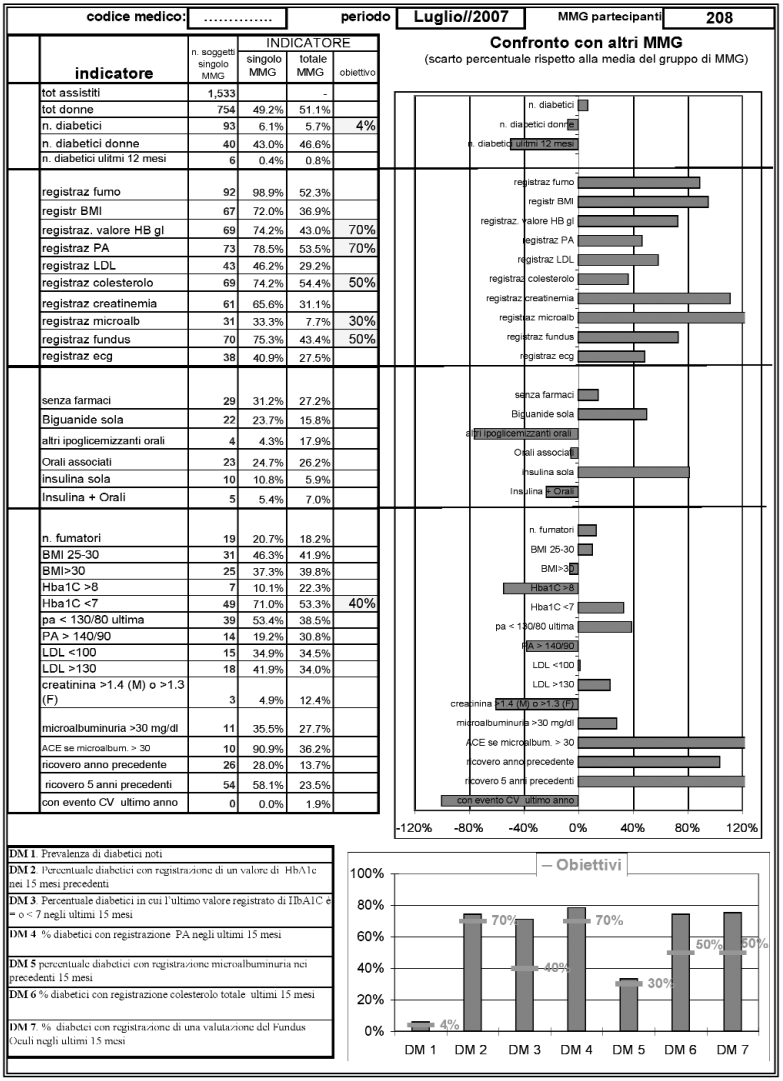
– a cadenza annuale:

– soggetti presi in carico per patologia cronica,

– aspetti farmacologici mirati (con indicatori riferiti anche a farmaci con brevetto scaduto).

I diversi *reports* contengono indicatori di sintesi ed analitici, che consentono il confronto con il corrispondente valore medio di Asl. A livello distrettuale, nei "Gruppi di miglioramento", ciascun medico è quindi facilitato nel confronto tra pari con gli altri colleghi, con modalità non empiriche o aneddotiche, ma mediante indicatori effettivamente misura-

FIG. 4. *Esempio di ritorno informativo personalizzato al Mmg sul diabete*



bili: risulta così possibile individuare punti di forza e punti di debolezza, da cui partire con azioni di miglioramento, individuali o collettive.

Tale processo è alla base del governo clinico che, dal 2006, si è arricchito di una innovativa ed originale modalità di verifica dell'attività e dei risultati di processo e di salute prodotti dalla medicina generale: ormai, quasi 300 Mmg estraggono periodicamente dal proprio archivio informatico, secondo un protocollo comune, una serie di informazioni relative a ciascun assistito in merito alla valutazione del rischio cardiocerebrovascolare, all'ipertensione, al diabete e le trasmettono all'Asl tramite il sistema informatico regionale Crs-Siss. Tali informazioni vengono quindi assemblate, elaborate e ad ogni Mmg viene restituito il proprio *report* informativo personalizzato (Fig. 4), in modo da consentire una valutazione, sia a livello di Asl che per ciascun medico, individuando la percentuale di soggetti assistiti che hanno raggiunto specifici risultati di processo, di adeguatezza del trattamento, di salute.

7.4. *La prevenzione delle malattie cronico-degenerative*

A seguito di una rilettura critica dell'esperienza maturata con l'applicazione dei percorsi diagnostico terapeutici, l'Asl di Brescia ha avviato dal 2005, con il coinvolgimento di tutte le componenti e *in primis* dei Mmg, una serie di iniziative di promozione degli stili di vita. Infatti, documentato il risultato globale nettamente favorevole (il netto incremento dei malati cronici presi in carico con positivi indicatori di salute e di uso razionale delle risorse sanitarie), generato eminentemente dal lavoro sistematico dei Mmg, è stata individuata, tra le aree di possibile ulteriore miglioramento, l'opportunità di valorizzare gli stili di vita sani, sia per la prevenzione primaria orientata all'intera popolazione, sia per potenziare il bagaglio terapeutico a disposizione del medico.

Sono state quindi progettate, avviate e messe in atto con l'apporto collaborativo di tutte le componenti, specialmente dei Mmg, diverse iniziative.

FIG. 5. *Diagramma sensibilizzazione a cascata del progetto Cuore a Brescia*

Per poter misurare la ricaduta delle azioni intraprese, oltre al monitoraggio *in itinere* delle attività svolte e degli indicatori integrati di presa in carico e di consumo di risorse sanitarie, sono stati previsti incontri di *follow-up* con i Mmg ed i referenti delle differenti componenti.

Inoltre, per documentare l'effettiva ricaduta delle azioni nella popolazione generale, è stata attuata, prima dell'avvio delle iniziative, una indagine campionaria, da replicare con la medesima metodologia ogni anno: mediante un questionario autocompilato in occasione delle visite mediche per la valutazione dell'idoneità alla guida, l'intervistato riferisce in merito ai propri stili di vita e alle indicazioni ricevute, generiche o mirate, da parte del Mmg e/o di altri operatori sanitari.

I dati riscontrati sono in linea con le indagini campionarie eseguite a livello nazionale e mostrano come anche a Brescia si possa fare molto per migliorare la promozione degli stili di vita da parte degli operatori sanitari.

Il 50% degli assistiti afferma di avere ricevuto consigli riguardo gli stili di vita da parte del Mmg, una percentuale più che doppia rispetto ai consigli di tutti gli altri operatori sanitari insieme. La ripetizione dell'indagine permetterà di rilevare eventuali cambiamenti dell'attività degli operatori sanitari e di valutare l'efficacia delle iniziative fin qui intraprese.

La prima iniziativa, il "Progetto Cuore a Brescia", si è configurata come una campagna, rivolta contemporaneamente a medici, infermieri e farmacisti sia del territorio che delle strutture, con l'obiettivo di innalzare diffusamente la sensibilità e la motivazione a promuovere attivamente stili di vita sani. Metodologicamente, come schematizzato nella Fig. 5, sono stati attivati *network* di "formatori intermedi",

FIG. 6. *Poster del Progetto Cuore a Brescia*

ovvero referenti delle diverse componenti che, utilizzando un opuscolo informativo predisposto *ad hoc*, riservato agli operatori sanitari, hanno informato e sensibilizzato "a cascata" tutti gli altri operatori della propria categoria.

Sono stati così coinvolti, con incontri in piccoli gruppi, Mmg, Pls, medici di continuità assistenziale, medici e infermieri delle strutture di ricovero e cura, operatori Asl dei distretti, farmacisti, medici sportivi.

Con ampia partecipazione di tutti i *network* di formatori intermedi, sono stati realizzati un opuscolo formativo per gli operatori sanitari realizzato sulla base di evidenze scientifiche consolidate, semplice e diretto a tutti gli operatori della salute, e un poster (Fig. 6) per la diffusione di analoghi messaggi ai cittadini.

In sintesi, le diverse iniziative hanno coinvolto, nell'arco del biennio 2006-2007:

– 480 Mmg in occasione di 26 incontri condotti da 6 *team* docenti;

– 20 infermieri operanti presso ambulatori dei Mmg, con un programma formativo e di approfondimento specifico;

– 174 farmacisti, operanti in 51 farmacie, con la concomitante pubblicazione di 3 articoli sugli stili di vita salutari sulla rivista prodotta e distribuita dall'associazione dei farmacisti;

– 58 pediatri di famiglia;

– circa 1.000 operatori sanitari delle 12 strutture di ricovero e cura che hanno attivato all'interno il gruppo di "formatori intermedi", con consegna personalizzata di circa 3.000 opuscoli e 650 poster;

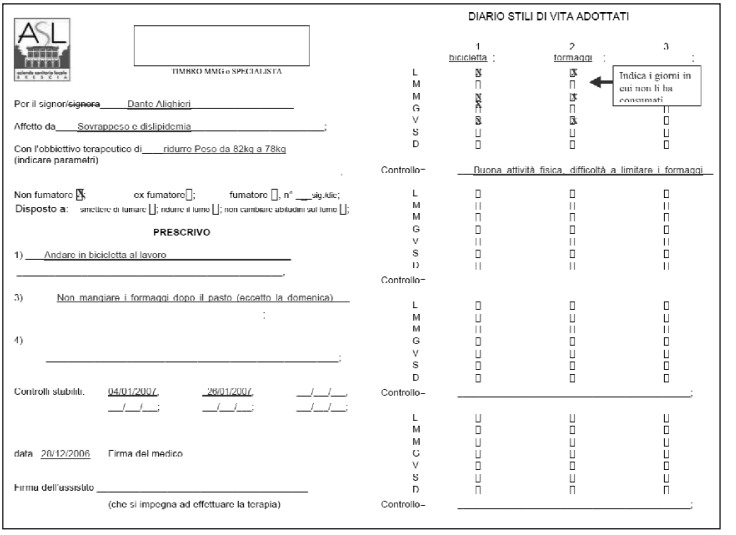
– gli operatori sanitari dell'Asl, mediante l'inserimento dei contenuti del "Progetto Cuore" nelle iniziative di formazione distrettuali già preventivate e la consegna personalizzata di circa 1.500 opuscoli e 700 poster;

– medici dello sport attivi a livello territoriale.

Si è sperimentata, quindi, con successo una metodologia che ha coinvolto capillarmente un ampio numero di operatori sanitari che in sintonia hanno fornito messaggi preventivi semplici e chiari, puntando sulla convinzione e motivazione personale degli operatori sanitari, ma lasciando alle diverse professioni il compito di calare nella propria realtà la pratica della promozione di stili di vita sani.

La campagna è stata attuata a costi contenuti ma ha richiesto una robusta azione di regia, di monitoraggio e di stimolo da parte dell'Asl.

FIG. 7. *Ricettario per la prescrizione degli stili di vita: esempio di compilazione*



TIMBRO MMG o SPECIALISTA

Per il signor/~~signora~~ Dante Alighieri

Affetto da Sovrappeso e dislipidemia ;

Con l'obbiettivo terapeutico di ridurre Peso da 82kg a 78kg
(indicare parametri)

Non fumatore ☒; ex fumatore ☐; fumatore ☐, n° sig./die;
Disposto a: smettere di fumare ☐; ridurre il fumo ☐; non cambiare abitudini sul fumo ☐;

PRESCRIVO

1) Andare in bicicletta al lavoro ;

3) Non mangiare i formaggi dopo il pasto (eccetto la domenica) ;

4) ;

Controlli stabiliti: 04/01/2007; 26/01/2007; __/__/__;
__/__/__; __/__/__; __/__/__;

data 26/12/2006 Firma del medico

Firma dell'assistito
(che si impegna ad effettuare la terapia)

DIARIO STILI DI VITA ADOTTATI

	1 bicicletta	2 formaggi	3
L	☒	☒	
M	☐	☐	
M	☒	☒	
G	☐	☐	
V	☒	☒	☐
S	☐	☐	☐
D	☐	☐	☐
Controllo–	Buona attività fisica, difficoltà a limitare i formaggi		
L	☐	☐	☐
M	☐	☐	☐
M	☐	☐	☐
G	☐	☐	☐
V	☐	☐	☐
S	☐	☐	☐
D	☐	☐	☐
Controllo–			
L	☐	☐	☐
M	☐	☐	☐
M	☐	☐	☐
G	☐	☐	☐
V	☐	☐	☐
S	☐	☐	☐
D	☐	☐	☐
Controllo–			;
L	☐	☐	☐
M	☐	☐	☐
M	☐	☐	☐
G	☐	☐	☐
V	☐	☐	☐
S	☐	☐	☐
D	☐	☐	☐
Controllo–			;

Indica i giorni in cui non li ha consumati

Dal secondo semestre 2006, mentre il "Progetto Cuore" entrava nella fase di concretizzazione, si è iniziato a progettare e realizzare, sempre con il coinvolgimento delle diverse componenti, una proposta professionale innovativa, finalizzata ad ampliare il bagaglio terapeutico a disposizione del medico nel trattamento delle patologie cardiocerebrovascolari.

Il lavoro si è basato sull'ipotesi che l'introduzione nella pratica quotidiana di specifici comportamenti si configura come una vera e propria terapia specifica, a condizione che il comportamento prescritto sia di documentata efficacia, sia formulato con una posologia personalizzata e se ne verifichi la effettiva *compliance*. Si è pertanto previsto di supportare l'attività con due strumenti di lavoro, appositamente progettati e realizzati: il "Ricettario" e il "Manuale per la prescrizione degli stili di vita", da utilizzare al momento dell'insorgenza o dell'aggravamento delle patologie individuate.

Il "Ricettario" (Fig. 7) è concepito in perfetta analogia con quello in uso per la normale prescrizione di farmaci e

prestazioni, ma, nello specifico, prevede l'individuazione del problema clinico da trattare, l'obiettivo terapeutico da raggiungere, la puntuale posologia e modalità di "assunzione" della prescrizione terapeutica, qui vista come prescrizione nutrizionale, attività motoria, astensione dal fumo.

Inoltre, con la richiesta in calce della "firma dell'assistito, che si impegna ad effettuare la terapia", la prescrizione si configura come un patto terapeutico tra medico ed assistito, reso edotto e protagonista della gestione della propria condizione morbosa.

Il "Manuale" contiene sia elementi informativi teorici in tema di aderenza alla terapia e relazione sia suggerimenti pratici: il medico viene così supportato nel produrre professionalmente, anche in considerazione delle peculiarità dell'assistito, una comunicazione efficace per ottenere l'aderenza terapeutica, sostenuta dalla motivazione del paziente a osservare le prescrizioni.

A seguito dell'esito positivo di una preliminare verifica di fattibilità effettuata da una quindicina di Mmg, raccolte le osservazioni e ravvisata l'opportunità di destinare elettivamente il "Ricettario" agli assistiti con primo riscontro/aggravamento di diabete, ipertensione, dislipidemia e sovrappeso (stimata in 1-3 soggetti a settimana per Mmg), è stata prodotta la versione finale dei due strumenti ed è stata diffusa mediante appositi incontri di aggiornamento professionale per i medici delle Cure primarie e per specialisti diabetologi, cardiologi ed internisti.

7.5. *I risultati ottenuti dalla gestione di sistema delle malattie croniche*

Nei paragrafi introduttivi è stata evidenziata l'entità della popolazione presa in carico per patologie croniche nell'Asl di Brescia.

Il tendenziale incremento della prevalenza registrato nel periodo 2003-2006 non significa necessariamente un aumento della prevalenza delle malattie nella popolazione generale, bensì una maggiore capacità del sistema di pren-

dere in carico soggetti precedentemente misconosciuti, abbinata al progressivo incremento dell'età media degli assisiti. È importante evidenziare che i dati di prevalenza riscontrati con la Bda hanno trovato forte corrispondenza rispetto ai dati attesi dalla letteratura per quanto riguarda in particolare le cardiovasculopatie, il diabete e le broncopneumopatie ostruttive [Giampaoli e Vanuzzo, 2003; CDC, *National Diabetes Surveillance System*; Garancini, 1996; Verdecchia *et al.*, 2001; Istituto nazionale tumori e Istituto superiore di sanità; CDC *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Surveillance* – United States 2002; Halbert *et al.*, 2003; Viegi, 2000].

Mediante la metodologia approntata nell'Asl di Brescia con la Bda, prima descritta, è possibile documentare l'evoluzione e la ripartizione del consumo di risorse, espresso in termini di spesa lorda in euro, avvalendosi di tre principali chiavi di lettura:

– da un lato, il calcolo della spesa media lorda pro-capite, sia globale che per tipologia di intervento, permette di evidenziare sinteticamente il carico assistenziale mediamente necessario per far fronte a ciascun malato;

– dall'altro, la spesa lorda totale sostenuta dall'Asl per ciascuna delle patologie mostra la rilevanza strategica, per l'impatto sull'insieme delle risorse impegnate;

– infine, la composizione della spesa lorda consente di individuare il contributo specifico, in termini di consumo di risorse, di ciascuna tipologia di intervento.

Nella seguente Tab. 9 sono riportati i principali indici epidemiologici e di consumo di risorse per ognuna delle patologie individuate (in ordine decrescente di spesa pro-capite), per i soggetti con patologia cronica, senza patologia cronica e per tutti gli assistiti. Il costo pro-capite è ripartito tra:

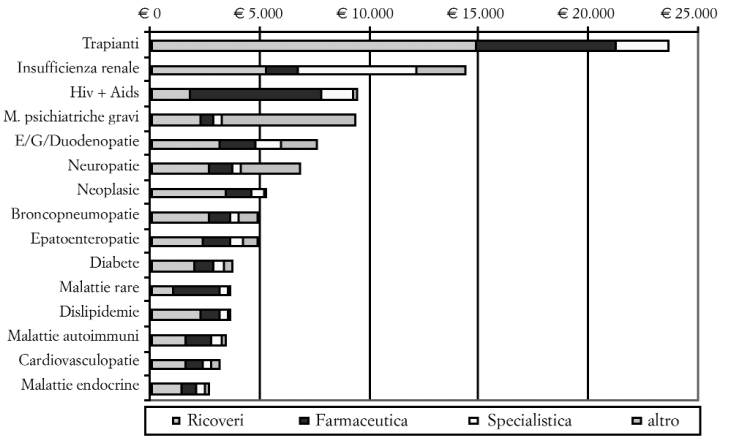
– ricoveri ospedalieri,
– farmaceutica territoriale,
– assistenza specialistica,
– servizi psichiatrici e Rsa (ricompresi nella voce "altro").

Va sottolineato che gli assistiti possono comparire più volte, potendo essere portatori di più patologie (a parte per le ultime tre righe, che si riferiscono ai riepiloghi totali).

TAB. 9. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: principali indici di consumo medio pro capite di risorse sanitarie delle patologie individuate (in ordine decrescente di spesa lorda pro-capite)*

	NUMERO ASSISTITI	ETÀ MEDIA	SPESA LORDA PRO-CAPITE (IN EURO) TOTALE	RICOVERI	ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	ASSISTENZA SPECIALISTICA	ALTRO (RSA E SEVIZI PSICHIATRICI)
Trapianti	828	50,7	23.633	14.817	6.340	2.471	6
Insufficienza renale	4.847	71,5	14.313	5.201	1.518	5.394	2.200
Hiv + Aids	3.235	43,8	9.369	1.725	6.071	1.462	111
M. psichiatriche gravi	9.604	59,6	9.305	2.294	521	374	6.117
E/G/Duodenopatie	15.050	69,5	7.562	3.157	1.651	1.100	1.653
Neuropatie	19.269	65,6	6.792	2.637	1.015	418	2.721
Neoplasie	40.005	64,2	5.272	3.375	1.166	635	96
Broncopneumopatie	34.755	57,4	4.849	2.666	970	369	844
Epatoenteropatie	13.708	56,4	4.822	2.328	1.259	588	647
Diabete	48.606	66,9	3.694	1.913	909	475	396
Malattie rare	4.677	35,4	3.576	1.037	2.123	389	27
Dislipidemie	21.905	62,0	3.577	2.237	834	404	102
Malattie autoimmuni	5.420	54,8	3.374	1.535	1.231	494	114
Cardiovasculopatie	206.493	67,8	3.090	1.595	752	396	348
Malattie endocrine	18.691	56,8	2.672	1.346	697	428	201
Totale con patologia cronica	*293.466*	*62,2*	*2.972*	*1450*	*777*	*395*	*351*
Totale senza patologia cronica	*834.969*	*34,3*	*328*	*181*	*43*	*98*	*6*
Totale assistiti	*1.128.435*	*41,5*	*1.016*	*511*	*234*	*175*	*96*

FIG. 8. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: consumo medio pro capite di risorse sanitarie per patologia, in ordine decrescente di spesa pro-capite*

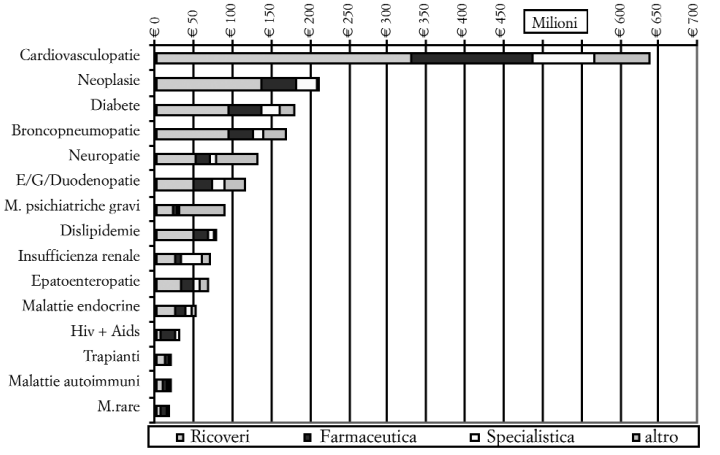


La Fig. 8 rappresenta la scomposizione del consumo medio pro-capite di risorse sanitarie nelle componenti fondamentali. La spesa pro-capite degli assistiti con patologia cronica è risultata essere di 2,972 euro, ovvero circa 9 volte più elevata di quella delle persone senza patologia cronica, pari a 328,00 euro. Si deve tener conto, comunque, che l'età media in questo gruppo (34,3 anni) è notevolmente più bassa rispetto ai portatori di patologie croniche (62,2).

Considerando la spesa complessiva lorda dell'anno 2006, il 76% (872/1.146 milioni di euro) è assorbito dai portatori di patologia cronica che rappresentano il 26% della popolazione totale. Il 50% della spesa è dovuto ai ricoveri (49% per i cronici e 55% per i non cronici), il 23% alla farmaceutica (26% per i cronici e 13% per i non cronici), il 17% alla specialistica (13% per i cronici e 30% per i non cronici) e il 9% a Rsa e servizi psichiatrici (12% per i cronici e 2% per i non cronici).

La Fig. 9 evidenzia l'impatto globale di consumo di risorse: le cardiovasculopatie rappresentano la condizione che determina il maggior costo complessivo (638 milioni), segui-

FIG. 9. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: consumo complessivo di risorse sanitarie per patologia in ordine decrescente di spesa totale (milioni di euro)*



te dalle neoplasie (210 milioni) e dal diabete (179 milioni). Si ricorda, però, che anche in questo caso gli individui con più patologie compaiono con la propria spesa in più categorie, per cui la somma delle risorse delle 15 categorie fornisce un risultato ben superiore al totale di risorse effettivamente consumate.

La Tab. 10 permette, invece, di evidenziare l'evoluzione nel tempo confrontando la variazione media annuale degli indici di spesa media pro-capite nel periodo 2003-2006.

Va preliminarmente ricordato che l'aumento medio annuale del numero di assistiti è pari a + 1,8% per la popolazione totale e a +2,3% se riferito alla popolazione pesata: ciò in riferimento all'incremento tendenziale delle fasce di età più elevate.

La sottopopolazione dei malati cronici non presenta incremento dell'età media (e quindi non si evidenzia una tendenza ad anticipare la presa in carico), ma cresce numericamente di più (+4%) rispetto alla popolazione non cronica (+1,1%). Anche la spesa media pro-capite totale cresce

TAB. 10. *Bda dell'Asl di Brescia: variazione percentuale media annuale degli indici di consumo di risorse sanitarie pro-capite nel periodo 2003-2006 per le patologie individuate*

	NUMERO ASSISTITI	ETÀ MEDIA	SPESA LORDA MEDIA PRO-CAPITE (IN EURO) TOTALE	RICOVERI	ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE	ASSISTENZA SPECIALISTICA	ALTRO (RSA E SEVIZI PSICHIATRICI)
Trapianti	10,8%	1,0%	3,4%	3,1%	2,8%	10,1%	-51,6%
Insufficienza renale	8,8%	0,7%	-1,3%	1,2%	4,0%	-5,8%	2,0%
Hiv + Aids	7,1%	2,5%	6,9%	-1,4%	12,1%	0,8%	4,0%
Malattie psichiatriche gravi	5,8%	0,1%	3,6%	-1,1%	0,5%	5,6%	6,0%
E/G/Duodenopatie	14,8%	0,6%	1,4%	1,3%	4,5%	-1,0%	4,6%
Neuropatie	4,8%	1,2%	5,5%	2,9%	2,7%	8,5%	10,3
Neoplasie	3,0%	0,6%	3,3%	1,5%	9,5%	3,9%	3,8%
Broncopneumopatie	3,1%	-0,6%	3,2%	2,1%	4,1%	3,0%	8,4%
Epatoenteropatie	7,4%	0,5%	3,6%	1,2%	6,7%	1,6%	11,8%
Diabete	6,0%	0,3%	2,4%	1,6%	3,6%	2,3%	5,2%
Malattie rare	20,6%	2,1%	2,7%	3,4%	6,4%	3,8%	13,8%
Dislipidemie	15,2%	0,4%	-2,6%	-4,9%	2,5%	0,2%	5,5%
Malattie autoimmuni	12,1%	-0,8%	-1,4%	-6,6%	4,6%	1,1%	16,2%
Cardiovasculopatie	4,4%	0,1%	3,0%	2,0%	3,2%	2,5%	10,9%
Malattie endocrine	7,1%	0,2%	1,6%	1,7%	1,5%	1,3%	3,7%
Totale con patologia cronica	*4,0%*	*0,0%*	*2,5%*	*0,9%*	*3,8%*	*2,6%*	*8,4%*
Totale senza patologia cronica	*1,1%*	*-0,2%*	*-0,1%*	*0,9%*	*-5,1%*	*2,5%*	*-7,9%*
Totale assistiti	*1,8%*	*0,3%*	*3,3%*	*2,3%*	*4,1%*	*3,5%*	*8,7%*
Totale assistiti pesati	*2,3%*	*0,0%*	*2,8%*	*1,8%*	*3,7%*	*3,1%*	*8,2%*

TAB. 11. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: variazione media annuale della spesa complessiva relativa nel periodo 2003-2006*

	NUMERO ASSISTITI	TOTALE RISORSE CONSUMATE	COMPOSIZIONE SPESA					
			RICOVERI	FARMACEUTICA	DI CUI PER FARMACEUTICA CONVENZIONATA	DI CUI PER FILE F	SPECIALISTICA	ALTRO
Cardiovasculopatie	4,4%	7,5%	6,4%	7,7%	6,5%	31,8%	7,0%	15,4%
Neoplasie	3,0%	6,3%	4,4%	12,5%	7,7%	28,2%	6,8%	7,3%
Diabete	6,0%	8,6%	7,7%	9,8%	8,8%	33,2%	8,4%	11,4%
Broncopneumopatie	3,1%	6,2%	5,2%	7,3%	6,0%	33,3%	6,2%	11,1%
Neuropatie	4,8%	10,3%	7,8%	7,7%	7,1%	10,6%	13,8%	14,8%
E/G/Duodenopatie	14,8%	15,7%	16,2%	20,5%	18,8%	40,4%	13,7%	16,3%
Malattie psichiatriche gravi	5,8%	9,5%	4,6%	6,1%	2,3%	28,4%	11,6%	12,2%
Dislipidemie	15,2%	12,2%	9,5%	18,1%	17,3%	41,8%	15,3%	21,5%
Insufficienza renale	8,8%	7,1%	10,0%	13,1%	12,0%	34,8%	2,4%	10,4%
Epatoenteropatie	7,4%	11,1%	8,6%	14,4%	9,4%	29,8%	9,0%	19,8%
Malattie endocrine	7,1%	8,9%	9,1%	8,8%	8,2%	21,6%	8,4%	10,9%
Hiv + Aids	7,1%	14,5%	5,8%	20,0%	22,4%	20,1%	7,8%	11,3%
Trapianti	10,8%	14,6%	14,3%	13,6%	11,8%	28,6%	21,9%	– 46,3%
Malattie autoimmuni	12,1%	10,5%	4,7%	17,2%	7,5%	37,0%	13,1%	30,4%
Malattie rare	20,6%	22,2%	24,2%	25,3%	-5,1%	69,6%	25,5%	38,9%
Totale con patologia cronica	*4,0%*	*6,6%*	*5,0%*	*8,0%*	*5,2%*	*25,3%*	*6,7%*	*12,7%*
Totale senza patologia cronica	*1,1%*	*1,0%*	*2,0%*	*– 4,1%*	*– 4,7%*	*33,0%*	*3,6%*	*– 7,0%*
Totale assistiti	*1,8%*	*5,2%*	*4,1%*	*6,0%*	*3,4%*	*25,3%*	*5,4%*	*10,7%*

più nei cronici (+2,5%), ma l'incremento inferiore è per i ricoveri (+0,9%, attribuibile al tendenziale aumento delle tariffe dei Drg), mentre si osserva lo spostamento verso i servizi territoriali extraospedalieri: farmaceutica (+3,8%), assistenza specialistica (+2,6%) e, in misura nettamente più elevata, altri servizi (+8,4%, elettivamente riferibile alle Rsa).

Valutazioni complementari possono essere formulate analizzando la Tab. 11, che mostra l'andamento nel periodo 2003-2006 della spesa complessiva. L'incremento medio annuale della spesa complessiva nella popolazione totale è pari al 5,2%, a fronte del già citrato aumento medio annuo della popolazione dell'1,8%.

La spesa complessiva per i non cronici è cresciuta dell'1,0% annuo, in linea con l'aumento numerico di questa popolazione, mentre per i cronici è aumentata del 6,6% annuo, a fronte dell'incremento del numero dei cronici del 4,0% annuo. Anche da questa angolatura, la spesa per i ricoveri dei cronici è tendenzialmente in riduzione, mentre è netto lo spostamento verso i servizi territoriali, farmaceutica (+8,0 con netta esplosione della modalità di distribuzione con File F, attestata a +25,3% annuo) e degli altri servizi (+12,7%, elettivamente riferibili a Rsa).

La lettura complessiva dei dati permette, quindi, di evidenziare una sostanziale tenuta del processo di progressiva presa in carico dei soggetti precedentemente misconosciuti, supportata dallo spostamento del consumo di risorse dall'ospedale ai servizi territoriali e dal contenimento della spesa pro-capite, risultato dell'azione congiunta della miglior appropriatezza/oculatezza prescrittiva da un lato e, dall'altro, dall'introduzione di meccanismi di acquisizione dei farmaci a prezzi inferiori. Ciò a fronte del tendenziale incremento annuale dell'età media (+1 mese e 8 giorni ogni anno), citato nel paragrafo 2.1.

Dai risultati presentati, si evince la possibilità di estendere facilmente analoghe valutazioni per ciascuna delle patologie indagate. In tal senso, nella Tab. 12, l'analisi si estende dalle 15 categorie patologiche originarie alle possibili associazioni di più patologie. Si possono, pertanto, apprezzare le prevalenze delle 50 associazioni di patologie

TAB. 12. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: le più frequenti tipologie patologiche*

	COMBINAZIONI DI PATOLOGIE	NUMERO ASSISTITI	SUL TOTALE ASSISTITI	SULLE PATOLOGIE CRONICHE %	SULLE PATOLOGIE CRONICHE CUMULATIVA	VARIAZIONE ANNUALE 2006/2003 N° ASSISTITI	VARIAZIONE ANNUALE 2006/2003 PREVALENZA
0	*Senza pat. cronica individuata*	834.969	73,99%			1,1%	-0,7%
1	+ C.V.patie	115.827	10,26%	39,47%	39,47%	2,0%	0,2%
1	+ C.V.patie	115.827	10,26%	39,47%	39,47%	2,0%	0,2%
2	+ Diabete + C.V.patie	21.381	1,89%	7,29%	46,75%	7,2%	5,1%
3	+ Broncop.	14.836	1,31%	5,06%	51,81%	2,7%	0,8%
4	+ Neoplasie	14.809	1,31%	5,05%	56,86%	-1,1%	-2,8%
5	+ Diabete	10.122	0,90%	3,45%	60,31%	-0,4%	-2,1%
6	+ Neoplasie + C.V.patie	9.766	0,87%	3,33%	63,63%	3,7%	1,7%
7	+ C.V.patie + Broncop.	7.183	0,64%	2,45%	66,08%	0,0%	-1,8%
8	+ C.V.patie + Displip.	6.532	0,58%	2,23%	68,31%	17,0%	14,3%
9	+ Epatop.	6.082	0,54%	2,07%	70,38%	6,0%	3,9%
10	+ Neurop.	5.716	0,51%	1,95%	72,33%	-0,9%	-2,6%
11	+ M.endocrine	5.203	0,46%	1,77%	74,10%	3,0%	1,1%
12	+ C.V.patie + Neurop.	3.905	0,35%	1,33%	75,43%	7,1%	5,0%
13	+ Psich.	3.436	0,30%	1,17%	76,60%	5,7%	3,6%
14	+ C.V.patie + EGD	3.424	0,30%	1,17%	77,77%	16,5%	13,8%
15	+ Rare	3.062	0,27%	1,04%	78,81%	21,7%	18,8%
16	+ Displip.	2.912	0,26%	0,99%	79,80%	31,7%	28,3%
17	+ C.V.patie + M.endocrine	2.325	0,21%	0,79%	80,60%	3,9%	2,0%
18	+ M.endocrine + Displip.	2.166	0,19%	0,74%	81,33%	5,1%	3,0%
19	+ Neopl. + Diab + C.V.patie	2.133	0,19%	0,73%	82,06%	6,7%	4,6%
20	+ EGD	2.104	0,19%	0,72%	82,78%	7,9%	5,8%
21	+ C.V.patie + Epatop.	2.055	0,18%	0,70%	83,48%	7,1%	5,0%
22	+ Hiv/Aids	2.030	0,18%	0,69%	84,17%	4,2%	2,2%
23	+ Diabete + C.V.patie + Broncop.	1.733	0,15%	0,59%	84,76%	5,4%	3,4%
24	+ Diabete + C.V.patie + Displip.	1.720	0,15%	0,59%	85,35%	25,1%	22,0%
25	+ M.autoimmuni	1.568	0,14%	0,53%	85,88%	13,2%	10,7%
26	+ C.V.patie + M.endocr. + Disp.	1.525	0,14%	0,52%	86,40%	9,2%	7,0%
27	+ Neoplasie + C.V.patie + Broncop.	1.172	0,10%	0,40%	86,80%	0,3%	-1,5%
28	+ Ins.renale + C.V.patie	1.101	0,10%	0,38%	87,17%	5,0%	3,0%
29	+ Diabete + C.V.patie + Neurop.	900	0,08%	0,31%	87,48%	12,8%	10,4%
30	+ C.V.patie + Psich.	898	0,08%	0,31%	87,79%	7,7%	5,5%
31	+ Diabete + C.V.patie + EGD	833	0,07%	0,28%	88,07%	24,2%	21,1%
32	+ Neoplasie + M.endocrine + Disp.	781	0,07%	0,27%	88,34%	11,5%	9,1%
33	+ Neurop. + Psich.	777	0,07%	0,26%	88,60%	-1,6%	-3,3%
34	+ C.V.patie + Broncop. + EGD	708	0,06%	0,24%	88,84%	17,6%	15,0%
35	+ Neoplasie + Diabete	675	0,06%	0,23%	89,07%	-1,4%	-3,1%
36	+ C.V.patie + M.autoimmuni	668	0,06%	0,23%	89,30%	1,8%	-0,1%
37	+ C.V.patie+ Broncop. + Neurop.	657	0,06%	0,22%	89,52%	6,9%	4,8%
38	+ Neoplasie+ Broncop.	619	0,05%	0,21%	89,74%	-5,7%	-7,2%
39	+ C.V.patie + Neurop.+ Psich.	584	0,05%	0,20%	89,93%	7,6%	5,5%
40	+ Neoplasie + M.endocrine	546	0,05%	0,19%	90,12%	1,3%	-0,6%
41	+ Diabete + C.V.patie + Epatop.	538	0,05%	0,18%	90,30%	10,2%	7,9%
42	+ Neoplasie + C.V.patie + EGD	526	0,05%	0,18%	90,48%	15,6%	13,1%
43	+ Neopl. + C.V.patie + Displip.	524	0,05%	0,18%	90,66%	24,3%	21,3%
44	+ Neoplasie + M.autoimmuni	522	0,05%	0,18%	90,84%	7,0%	4,9%
45	+ Diabete + C.V.patie + M.endocr.	474	0,04%	0,16%	91,00%	10,8%	8,5%
46	+ Neoplasie + C.V.patie + M.endocrine + Displip.	433	0,04%	0,15%	91,15%	15,3%	12,7%
47	+ Ins.renale + Diabete + C.V.patie	420	0,04%	0,14%	91,29%	4,8%	2,8%
48	+ C.V.patie + EGD + Neurop.	407	0,04%	0,14%	91,43%	26,2%	23,0%
49	+ C.V.patie + Broncop. + Displip.	392	0,03%	0,13%	91,56%	2,2%	0,3%
50	+ C.V.patie + EGD + Displip.	390	0,03%	0,13%	91,70%	26,6%	23,4%

TAB. 13. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: consumo di risorse per tipologie patologiche*

COMBINAZIONI DI PATOLOGIE	NUMERO ASSISTITI	SPESA MEDIA	SPESA TOTALE	% SU SPESA	ORDINE IN BASE ALLA SPESA	VARIAZIONE ANNUALE 2006/2003 PRO-CAPITE	TOTALE
Senza patologia cronica individuata	834.969	€328	273,9	23,90%	0	-0,1%	1,0%
+ C.V.patie	115.827	€1.427	165,3	14,42%	1	1,4%	3,5%
+ Diabete+ C.V.patie	21.381	€2.219	47,4	4,14%	3	0,0%	7,2%
+ Broncop.	14.836	€1.143	17,0	1,48%	9	0,5%	3,2%
+ Neoplasie	14.809	€3.225	47,8	4,17%	2	2,4%	1,1%
+ Diabete	10.122	€889	9,0	0,79%	18	-1,4%	-1,8%
+ Neoplasie+ C.V.patie	9.766	€4.465	43,6	3,81%	4	1,6%	5,5%
+ C.V.patie+ Broncop.	7.183	€4.453	32,0	2,79%	5	1,7%	1,6%
+ C.V.patie+ Displip.	6.532	€3.485	22,8	1,99%	6	-5,2%	9,2%
+ Epatop.	6.082	€1.500	9,1	0,80%	17	-2,2%	3,4%
+ Neurop.	5.716	€2.549	14,6	1,27%	11	2,8%	1,9%
+ M.endocrine	5.203	€960	5,0	0,44%	30	-2,5%	0,3%
+ C.V.patie+ Neurop.	3.905	€4.746	18,5	1,62%	8	6,2%	14,6%
+ Psich.	3.436	€6.332	21,8	1,90%	7	1,8%	7,8%
+ C.V.patie+ EGD	3.424	€3.418	11,7	1,02%	12	-2,3%	13,0%
+ Rare	3.062	€2.283	7,0	0,61%	22	0,3%	22,2%
+ Displip.	2.912	€1.043	3,0	0,27%	44	-2,4%	27,1%
+ C.V.patie+ M.endocrine	2.325	€2.004	4,7	0,41%	31	-1,9%	1,8%
+ M.endocrine+ Displip.	2.166	€749	1,6	0,14%	71	-1,4%	3,4%
+ Neoplasie+ Diabete+ C.V.patie	2.133	€5.420	11,6	1,01%	13	-0,5%	6,2%
+ EGD	2.104	€1.720	3,6	0,32%	36	-4,9%	1,9%
+ C.V.patie+ Epatop.	2.055	€2.844	5,8	0,51%	26	-3,1%	3,3%
+ Hiv/Aids	2.030	€7.529	15,3	1,33%	10	6,1%	11,0%
+ Diabete+ C.V.patie+ Broncop.	1.733	€6.319	11,0	0,96%	14	2,8%	8,7%
+ Diabete+ C.V.patie+ Displip.	1.720	€4.789	8,2	0,72%	19	-5,7%	15,1%
+ M.autoimmuni	1.568	€1.379	2,2	0,19%	56	2,6%	16,9%
+ C.V.patie+ M.endocrine+ Displip.	1.525	€2.030	3,1	0,27%	42	-4,1%	4,0%
+ Neoplasie+ C.V.patie+ Broncop.	1.172	€8.929	10,5	0,91%	16	1,6%	1,9%
+Ins.renale+ C.V.patie	1.101	€9.806	10,8	0,94%	15	-6,3%	-2,3%
+ Diabete+ C.V.patie+ Neurop.	900	€6.721	6,0	0,53%	25	3,9%	18,3%
+ C.V.patie+ Psich.	898	€8.510	7,6	0,67%	20	5,1%	14,0%
+ Diabete+ C.V.patie+ EGD	833	€4.778	4,0	0,35%	34	-3,7%	17,8%
+ Neoplasie+ M.endocrine+ Displip.	781	€2.065	1,6	0,14%	72	1,6%	13,7%
+ Neurop.+ Psich.	777	€8.103	6,3	0,55%	24	5,1%	3,2%
+ C.V.patie+ Broncop.+ EGD	708	€7.320	5,2	0,45%	29	1,2%	19,5%
+ Neoplasie+ Diabete	675	€4.602	3,1	0,27%	41	2,3%	0,8%
+ C.V.patie+ M.autoimmuni	668	€2.975	2,0	0,17%	60	-0,9%	0,9%
+ C.V.patie+ Broncop.+ Neurop.	657	€10.266	6,7	0,59%	23	2,4%	9,8%
+ Neoplasie+ Broncop.	619	€7.118	4,4	0,38%	32	2,8%	-3,4%
+ C.V.patie+ Neurop.+ Psich.	584	€12.713	7,4	0,65%	21	8,2%	17,7%
+ Neoplasie+ M.endocrine	546	€3.405	1,9	0,16%	64	1,7%	3,0%
+ Diabete+ C.V.patie+ Epatop.	538	€4.411	2,4	0,21%	55	-0,7%	9,2%
+ Neoplasie+ C.V.patie+ EGD	526	€7.626	4,0	0,35%	33	1,5%	17,8%
+ Neoplasie+ C.V.patie+ Displip.	524	€6.051	3,2	0,28%	40	-3,6%	18,1%
+ Neoplasie+ M.autoimmuni	522	€3.318	1,7	0,15%	69	5,4%	13,6%
+ Diabete+ C.V.patie+ M.endocrine	474	€3.504	1,7	0,14%	70	-1,3%	9,1%
+ Neoplasie + C.V.patie + M.endocrine + Displip.	433	€3.597	1,6	0,14%	78	2,8%	19,4%
+Ins.renale+ Diabete+ C.V.patie	420	€12.994	5,5	0,48%	28	-3,4%	0,9%
+ C.V.patie+ EGD+ Neurop.	407	€8.404	3,4	0,30%	37	1,5%	28,8%
+ C.V.patie+ Broncop.+ Displip.	392	€6.972	2,7	0,24%	50	-4,4%	-2,5%
+ C.V.patie+ EGD+ Displip.	390	€6.353	2,5	0,22%	53	-4,1%	19,1%

TAB. 14. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: andamento spesa media pro capite nel periodo 2003-2006 per i soggetti che presentavano la stessa combinazione di patologie (20 combinazioni più frequenti)*

	NUMERO ASSISTITI	SPESA MEDIA PRO-CAPITE € 2006	2003	DIFFERENZA SPESA MEDIA €	VARIAZIONE 2006/2003	P VALUE %
Senza patologia cronica individuata	721,536	€307	€298	€9	3.0%	<0,0001
+ C.V.patie	75,820	€1,317	€1,175	€142	12.1%	<0,0001
+ Diabete + C.V.patie	11,836	€2,176	€1,899	€277	14.6%	<0,0001
+ Broncop.	6,211	€1,053	€989	€65	6.5%	0,03
+ Neoplasie	7,563	€1,779	€2,478	-€699	- 28.2%	<0,0001
+ Diabete	5,537	€833	€851	-€18	-2.1%	0,5
+ Neoplasie + C.V.patie	3,622	€2,710	€3,244	-€534	-16.5%	<0,0001
+ C.V.patie + Broncop.	2,754	€3,856	€3,161	€695	22.0%	<0,0001
+ C.V.patie + Displip.	1,889	€2,125	€2,296	-€171	-7.4%	0,13
+ Epatop.	3,857	€1,180	€1,451	-€272	-18.7%	<0,0001
+ Neurop.	3,038	€2,377	€2,479	-€102	-4.1%	0,13
+ M.endocrine	2,024	€1,004	€1,297	-€294	-22.6%	<0,0001
+ C.V.patie + Neurop.	1,234	€4,020	€3,530	€490	13.9%	0,003
+ Psich.	1,067	€7,994	€7,240	€754	10.4%	0,047
+ C.V.patie + EGD	673	€3,354	€3,472	-€119	-3.4%	0,57
+ Rare	1,629	€2,718	€2,041	€677	33.2%	0,22
+ Displip.	894	€921	€797	€124	15.6%	0,07
+ C.V.patie + M.endocrine	697	€1,736	€1,558	€178	11.4%	0,23
+ M.endocrine + Displip.	808	€619	€739	-€120	-16.2%	0,016
+ Neoplasie + Diabete + C.V.patie	630	€3,552	€4,078	-€526	-12.9%	0,052
Hiv/Aids	1,296	€8,017	€6,689	€1,328	19.9%	<0,0001
Tutti i 867.352 soggetti con identica patologia nei due anni	*867,352*	*€600*	*€574*	*€26*	*4.5%*	*<0,0001*

più frequenti: più della metà (52%) della popolazione presa in carico per patologie croniche è giustificato dalle prime 3 tipologie, più dei tre quarti dalle prime 12, il 90% dalle prime 40 (vedi colonna rappresentante la % cumulativa).

Le malattie cardiovascolari in forma isolata, a grande distanza dalle altre, corrispondono a circa il 40% di tutti i soggetti presi in carico per patologie croniche, con una prevalenza, sulla popolazione generale, del 10,3%.

Le successive 4 tipologie hanno una dimensione rilevante (ovvero superiori alle 10.000 unità): compaiono ancora le cardiovasculopatie associate a diabete (1,9% della popola-

zione), e tre altre forme isolate: neoplasie (1,3%), broncopneumopatie (1,3%) e diabete (0,9%). Le cardiovasculopatie si associano a quasi tutte le altre forme morbose, con variegate combinazioni e prevalenza spesso consistente.

Nella Tab. 13 si possono apprezzare le stesse tipologie patologiche viste sotto l'aspetto del consumo di risorse. La spesa media pro-capite varia notevolmente, toccando i valori massimi (12.994 euro) per gli assistiti per insufficienza renale, diabete e cardiovasculopatie.

Le combinazioni di più patologie portano, come ovvio, ad un aumento delle risorse consumate. In genere vi è un effetto di tipo additivo sulla spesa pro-capite (valore simile alla somma delle due patologie isolate come nel caso di neoplasie e cardiovasculopatie), altre volte, un effetto ben maggiore, come nel caso delle broncopneumopatie che "costano" molte più risorse quando associate.

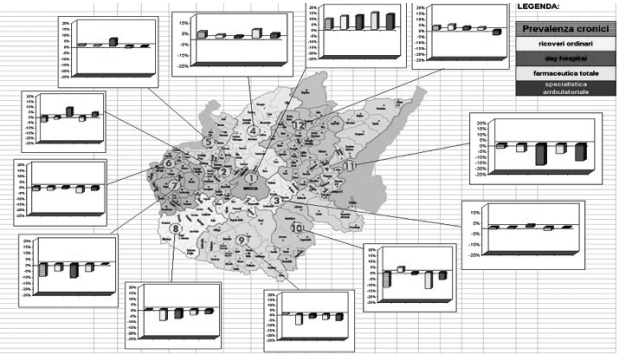
In Tab. 14 il confronto tra la spesa media pro-capite del 2006 con quella del 2003 per i soli 867.352 soggetti che nei due anni presentavano la stessa combinazione di patologie mostra come, a parità di gravità di condizione, la spesa pro-capite sia complessivamente aumentata in modo assai modesto: solo 26 euro dal 2003 al 2006 (+4,5%) a fronte dell'invecchiamento di 3 anni.

Per alcune patologie la spesa è diminuita (per esempio: neoplasie, epatopatie, malattie endocrine), per altre, invece, è aumentata, talvolta in modo rilevante: così, la spesa per l'Hiv/Aids è aumentata del 20% o per i presi in carico per C.V.patie e broncopneumopatie del 22%.

Per l'individuazione di variabilità territoriali, vengono confrontate la prevalenza e la spese lorda pro-capite, riferite al totale degli assisiti (cronici e non cornici) nei diversi distretti (Fig 10): la metodologia adottata attribuisce l'assistito al distretto in cui opera il medico di famiglia a cui è iscritto, e comprende anche ospiti di Rsa.

La successiva Fig. 11 riporta, invece, un esempio di ritorno informativo personalizzato ai Mmg relativo alle prevalenze delle patologie indagate e delle copatologie più frequenti. Ciascun indicatore del singolo Mmg viene confrontato con il corrispondente valore medio di Asl. In tal modo,

FIG. 10. *Bda 2006 dell'Asl di Brescia: prevalenza cronici e spesa media pro-capite lorda – scostamento % dalla media Asl*



il Mmg ha la possibilità di confrontare il proprio livello di capacità di presa in carico delle diverse tipologie di malati cronici con quello dei colleghi.

Tale strumento ha anche permesso di effettuare una verifica capillare dell'affidabilità della metodologia adottata, confrontando i dati elaborati con la Bda rispetto alle valutazioni effettuate dal singolo Mmg sull'archivio della propria popolazione assistita. Ciò comporta una ulteriore validazione della metodologia adottata, ad integrazione delle corrispondenze con i dati attesi dalla letteratura, come precedentemente evidenziato [Giampaoli e Vanuzzo 2003; CDC, National Diabetes Surveillance System; Garancini 1996; Verdecchia *et al.*, 2001; Istituto nazionale tumori e Istituto superiore di Sanità; CDC *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Surveillance - United States*, 2002; Halbert *et al.*, 2003; Viegi, 2000].

In tale direzione, inteso qui anche come risultato gestionale qualificante, va richiamato il processo di governo clinico del Mmg attivato nell'Asl di Brescia: presso i 12 distretti dell'Asl, si effettuano incontri periodici di confronto tra pari in piccoli "Gruppi di miglioramento", centrati sull'*audit* clinico con l'obiettivo di monitorare i principali percorsi diagnostico-terapeutici (diabete, Bpco, ipertensione) condi-

FIG. 11. *Esempio di ritorno informativo personalizzato ai Mmg relativo alla prevalenza dei malati cronici presi in carico*

ASL di Brescia - ANNO 2004 - MMG
PERSONE PRESE IN CARICO PER PATOLOGIE CRONICHE

Una persona si considera "presa in carico per patologia cronica" quando si verifica nell'anno almeno una delle seguenti condizioni:
- è esente per la patologia;
- ha ricevuto terapie farmacologiche croniche specifiche per la patologia;
- è stata ricoverata con diagnosi o DRG correlati alla patologia

cognome e nome

cognome/nome

codice reg.
distretto
tipo medico MMG cod ass -->

totale assistiti 1,546 **(al 31/12/2004)**

	n°	n° / 1.000 ass	confronto ASL	scostamento percentuale rispetto al confronto ASL
Persone in carico per almeno una patologia cronica				-150% -50% 50% 150%
Totale persone in carico	**373**	**241.3**	**276.0**	
Totale patologie croniche individuate	**575**	**371.9**	**422.5**	
Numero medio patologie / persona	**1.54**		**1.53**	
persone con **cardiovasculopatie**	266	172.1	187.2	
persone con **diabete**	50	32.3	40.3	
persone con **neoplasie**	34	22.0	31.8	
persone con **neuropatie**	26	16.8	27.8	
persone con **E-D-Gastropatie**	50	32.3	38.3	
persone con **dislipidemie**	57	36.9	32.4	
persone con **broncopneumopatie**	32	20.7	25.9	
persone con **malattie endocrine**	24	15.5	17.9	
persone con **epatopatie**	14	9.1	10.3	
persone con **insufficienza renale**	4	2.6	3.1	
persone con **malattie autoimmuni**	10	6.5	3.9	
persone con **HIV / AIDS**	7	4.5	3.2	
persone con **trapianto**	1	0.6	0.6	
Persone con patologie isolate o associate, forme più frequenti				
Cardiovasculopatie isolate	143	92.5	99.0	
Neuropatie isolate	13	8.4	12.1	
Neoplasie isolate	11	7.1	12.1	
Cardiovasculopatie + diabete	15	9.7	14.4	
Diabete isolato	11	7.1	8.9	
Broncopneumopatie isolate	9	5.8	11.2	
Cardiovasculopatie + dislipidemie	15	9.7	12.3	
Malattie endocrine isolate	11	7.1	7.5	
E-D-Gastropatie isolate	12	7.8	9.6	
Cardiovasculopatie + neoplasie	7	4.5	6.0	
Cardiovasculopatie + gastropatie	14	9.1	8.6	
Epatopatie isolate	8	5.2	5.1	
Dislipidemie isolate	10	6.5	4.6	
Cardiovasculopatie + neuropatie	4	2.6	5.1	
Deceduti	**6**	**3.9**	**6.9**	
Persone non in carico per le patologie croniche esaminate				
totale	**1,173**	**758.7**	**724.0**	
di cui senza alcun intervento	**329**	**212.8**	**192.6**	
di cui con intervento	**844**	**545.9**	**531.4**	

TAB. 15. *Evoluzione temporale della partecipazione dei Mmg dell'Asl di Brescia alle rilevazioni protocollate per il governo clinico sul diabete*

	2006		2007	
	GENNAIO	LUGLIO	GENNAIO	LUGLIO
Mmg partecipanti	25	42	73	208
Popolazione assistita	36.578	61.297	109.145	302.686
Diabetici	2.228	3.706	6.272	17.154
Prevalenza diabetici	6,09%	6,05%	5,75%	5,67%

visi e attivati localmente per gestire i pazienti affetti da tali patologie secondo criteri di appropriatezza e di buona pratica clinica.

Periodicamente, i Mmg (con adesione volontaria, supportata dal 2007 da un progetto aziendale) estraggono un *report* informatico (anonimizzato) contenente tutti gli elementi informativi previsti e lo inviano al dipartimento Cure primarie dell'Asl in forma criptata, mediante il Sistema informatico socio-sanitario della Regione Lombardia (Siss).

Successivamente, ad ogni Mmg viene inviato un ritorno informativo personalizzato commentato con il confronto dei propri indicatori rispetto a quelli dell'intero gruppo per consentire l'analisi e la valutazione secondo i principi generali del clinical *audit* (*benchmarking* interno).

Il numero di Mmg che inviano i *report* di governo clinico è progressivamente aumentato, come evidenziato nella Tab. 15, riferita alle rilevazioni del diabete.

Sulla base dei dati estratti e trasmessi da ciascun Mmg vengono dedotti indicatori, scelti secondo un razionale scientifico e organizzati in quattro sezioni:

1) Inquadramento (relativi a prevalenza e incidenza del diabete);

2) Processo (relativi all'effettuazione di controlli clinici documentati dalla registrazione del corrispondente dato)

3) Terapia (relativi al trattamento messo in atto)

4) Risultato (relativi all'esito delle indagini e a condizioni di salute documentate dal riscontro di eventi clinici negativi quali ricoveri o accidenti cardiovascolari).

TAB. 16. *Dati e indicatori riscontrati nella rilevazione luglio 2007 dei Mmg dell'Asl di Brescia sul diabete*

INDICATORE	N. SOGGETTI CHE SODDISFANO LA CONDIZIONE	INDICATORE %	OBIETTIVI
INQUADRAMENTO			
Mmg aderenti *(% riferita al totale dei Mmg)*	208	29,9%	
Totale assistiti *(% riferita alla popolazione totale)*	302.686	27,6%	
Totale donne *(% riferita al Totale assistiti)*	154.530	51,1%	
Diabetici *(% riferita al Totale assistiti)*	17.154	5,7%	4%
Diabetici donne	7.989	46,6%*	
Diabetici diagnosticati negli ultimi 12 mesi *(% riferita al totale degli assistiti)*	2.354	0,8%	
PROCESSO			
Registrazione anamnesi fumo	8.980	52,3%*	
Registrazione BMI	6.337	36,9%*	
Registrazione valore HbA1c negli ultimi 15 mesi	7.369	43,0%*	70%
Registrazione pressione arteriosa negli ultimi 15 mesi	9.175	53,5%*	70%
Registrazione LDL negli ultimi 15 mesi	5.003	29,2%*	
Registrazione colesterolemia negli ultimi 15 mesi	9.326	54,4%*	50%
Registrazione creatinemia negli ultimi 15 mesi	5.329	31,1%*	
Registrazione microalbuminuria negli ultimi 15 mesi	1.317	7,7%*	30%
Registrazione fundus oculi negli ultimi 24 mesi	7.451	43,4%*	50%
Registrazione ECG negli ultimi 15 mesi	4.710	27,5%*	
TERAPIE			
Senza farmaci	4.666	27,2%*	
Biguanide sola	2.706	15,8%*	
Altri ipoglicemizzanti orali	3.069	17,9%*	
Ipoglicemizzanti orali associati	4.491	26,2%*	
Insulina sola	1.018	5,9%*	
Insulina + Orali	1.204	7,0%*	
RISULTATI			
(% sui pazienti con dato registrato)			
Fumatori	1.636	18,2%**	
BMI 25-30 (nell'ultima registrazione)	2.655	41,9%**	
BMI>30 (nell'ultima registrazione)	2.522	39,8%**	
HbA1c <7% (nell'ultima registrazione)	3.929	53,3%**	40%
HbA1c >8% (nell'ultima registrazione)	1.643	22,3%**	
PA < 130/80 ultima (nell'ultima registrazione)	3.528	38,5%**	
PA > 140/90 (nell'ultima registrazione)	2.823	30,8%**	
LDL <100 (nell'ultima registrazione)	1.724	34,5%**	
LDL >130 (nell'ultima registrazione)	1.699	34,0%**	
Creatinina>1.4 (M) o >1.3 (F) (nell'ultima registrazione)	659	12,4%**	
Microalbuminuria >30 mg/dl (nell'ultima registrazione)	365	27,7%**	
ACE se microalbum. > 30 (nell'ultima registrazione)	132	36,2%**	
Ricovero nell'anno precedente	2.356	13,7%*	
Ricovero nei 5 anni precedenti	4.030	23,5%*	
Evento cardiovascolare nell'ultimo anno	327	1,9%*	

* Le percentuali si riferiscono al totale dei diabetici.

** Le percentuali si riferiscono al totale dei diabetici con dati registrati.

TAB. 17. *Evoluzione degli indicatori di processo e di esito nei 70 MM che hanno effettuato correttamente entrambe le rilevazioni di gennaio e luglio 2007 sul governo clinico per il diabete*

INDICATORI	PERCENTUALE MEDIA TRA I MMG GENNAIO 2007	OTTOBRE 2007	P (T TEST SU MMG APPAIATI)
Con dato fumo registrato	57.6%	62.3%	0.0026
Con dato BMI registrato	18.3%	45.2%	<0.0001
Con dato LDL registrato	29.8%	36.3%	<0.0001
Con dato PA registrato	58.7%	61.7%	0.001
Emoglobina glicata	51.0%	48.6%	0.2
Fundus	40.3%	51.9%	<0.0001
In terapia con statine	36.3%	39.9%	<0.0001
In terapia con metformina	69.9%	69.9%	0.96
Hbglicata < 7 % sui registrati	47.4%	52.7%	0.008
Hbglicata > 8 % sui registrati	20.8%	19.1%	0.3
PA < 130/80 % sui registrati	24.4%	34.6%	<0.0001
PA > 140/90 % sui registrati	44.2%	33.6%	<0.0001
LDL < 100 % sui registrati	34.6%	33.4%	0.3
LDL > 130 % sui registrati	34.3%	33.8%	0.7

La Fig. 4, presentata precedentemente, mostra l'immagine esemplificativa del ritorno informativo personalizzato di un Mmg, ove è chiaramente desumibile, anche mediante l'evidenziazione grafica con istogrammi, la posizione del singolo Mmg, per ciascun indicatore, sia rispetto alla media dei colleghi che a specifici obiettivi definiti preliminarmente. La Tab. 16 riporta, invece, i risultati complessivi, riferiti alla popolazione assistita dai 208 Mmg partecipanti di 302.686.

Particolarmente interessante è verificare se si è innescato un reale processo di miglioramento. In Tab. 17 è riportato il confronto a distanza di 6 mesi (gennaio-luglio 2007) di alcuni indicatori di processo e di risultato per i 70 Mmg che hanno effettuato sia la terza che la quarta rilevazione: ciascun Mmg è stato confrontato con se stesso ed è stato effettuato un test statistico per dati appaiati. Tutti gli indicatori di processo sono significativamente migliorati ($p<0,001$), ad eccezione della emoglobina glicata, che è rimasta sostanzialmente stabile attorno al 50%. Particolarmente rilevante

è il miglioramento della registrazione del Bmi: a luglio la percentuale è quasi triplicata, passando dal 18,3% al 45,2%.

Miglioramenti significativi si sono registrati anche per alcuni indicatori di salute: la percentuale di soggetti con emoglobina glicata <7% è passata dal 47,4% al 52,7%, quella dei soggetti con pressione arteriosa ≤ 130/80 mmHg dal 24,4% al 34,6%.

Il processo di governo clinico, per la prima volta, ha permesso ai Mmg di vedere il loro operato tradotto in indicatori e informazioni quantificate, offrendo l'opportunità di individuare in modo sistematico i diabetici da seguire con un più attento *follow-up* e/o da ricondurre al corretto controllo pressorio, metabolico e clinico.

8. *La risposta ai malati con bisogni assistenziali complessi: il Piano individuale di intervento mediante l'Ucam distrettuale*

8.1. *L'Unità di continuità assistenziale multidimensionale (Ucam) distrettuale*

Per i malati con bisogni assistenziali complessi non può bastare un unico operatore-ente in grado di rispondere con competenza e sufficiente specializzazione a tutte le esigenze clinico-assistenziali: deve essere progettato, implementato e aggiornato ad ogni mutamento delle esigenze un piano di intervento personalizzato, multidimensionale e multiprofessionale, che assegni un ruolo a ciascun operatore/ente coinvolto.

Per garantire la continuità assistenziale e l'approccio globale nei confronti di tali malati, l'Asl di Brescia ha messo in atto una specifica modalità di integrazione organizzativa mediante l'attivazione presso tutti i distretti dell'Ucam – Unità di continuità assistenziale multidimensionale (evoluzione delle precedenti Uvmd – Unità di valutazione multidimensionale). Tale modalità si basa su quattro principi:

1) la gestione integrata della rete dei servizi attivi sul territorio;

2) l'attivazione di 18 équipe territoriali, capillarmente distribuite, che svolgono l'importante compito di accoglienza

della richieste, valutazione dei bisogni e proposta dei servizi più adeguati tra quelli disponibili, assumendo il ruolo di "facilitatici". Le équipe sono composte da: medico di distretto, infermiere professionale, assistente sociale e medico di medicina generale, con il supporto di altri specialisti quali geriatra, psicologo, fisiatra e medico palliativista;

3) la elaborazione e l'utilizzo di strumenti di lavoro omogenei e condivisi a seguito di un percorso collaborativo come il fascicolo multidimensionale utente, le scale di valutazione multidimensionale, il sistema informatizzato unico per l'area anziani e la banca dati condivisa, costantemente aggiornata ed implementata da tutti gli operatori, alla quale sono collegati anche gli erogatori accreditati di *Voucher* e *Credit*;

4) la definizione per ciascun malato con bisogni assistenziali complessi di un piano individuale globale di intervento che, a seguito di una valutazione multidimensionale, definisca tipologia, durata e intensità dei diversi servizi necessari ed effettivamente attivabili, attribuendo ai diversi operatori i corrispondenti ruoli ed obiettivi. I risultati raggiunti vengono verificati alle scadenze prefissate ed il piano viene quindi concluso/aggiornato.

L'Ucam è un gruppo di lavoro interdisciplinare (medico, infermieristico, psico-sociale) che:

– utilizza in tutte le fasi di lavoro un approccio multidimensionale,

– opera all'interno dei distretti in ambito territoriale definito,

– accoglie le richieste di intervento domiciliare, semiresidenziale e residenziale nei confronti di anziani e malati poliproblematici,

– valuta i bisogni della persona e della sua famiglia,

– definisce il profilo assistenziale specifico, operando in modo razionale, efficiente, equo, trasparente e nel rispetto della volontà dell'utente e della famiglia,

– pianifica, in accordo con la persona e/o la sua famiglia, gli interventi più adeguati atti a rispondere ai bisogni emersi,

– si configura anche come osservatorio dei bisogni sanitari, sociali e assistenziali della popolazione e valuta se l'offerta dei servizi del territorio è congruente.

L'Ucam ha come obiettivi principali:

– l'utilizzo ottimale dei servizi e delle risorse disponibili, al fine di rispondere alle singole richieste con efficacia, senza discriminazioni, con efficienza e integrando le diverse componenti;

– la valutazione razionale e complessiva dei bisogni sanitari, psico-sociali e assistenziali di chi richiede di poter accedere alla rete dei servizi, effettuata con criteri il più possibile omogenei.

L'Ucam opera nei confronti di anziani ammalati o a rischio di emarginazione sociale e di malati con compromissione dell'autosufficienza (attuale o potenziale) e delle loro famiglie. Quindi, oltre agli anziani ammalati, sono destinatari dell'Ucam le persone dementi in età senile e pre-senile, le persone affette da malattie tumorali maligne in fase avanzata, persone affette da malattie neurologiche progressivamente invalidanti, le persone con esiti di traumi o accidenti cerebrali gravi, le persone in coma o con abolizione totale delle funzioni motorie, le persone in terapia sostitutiva (insufficienti respiratori in assistenza respiratoria o ossigenoterapia, i malati in alimentazione artificiale) con compromissione dell'autosufficienza, i malati in fase terminale. L'Ucam può essere chiamata a operare anche nei confronti di handicappati adulti ammalati, gravi politraumatizzati nella fase di convalescenza, persone (anche bambini) affetti da polipatologie che, in ambito domiciliare, necessitano di terapie complesse.

L'Ucam può orientare verso servizi domiciliari, semiresidenziali, e residenziali; inoltre, si può connettere con le altre reti di servizi; per specifiche problematiche, si raccorda con ospedali, servizi per malati oncologici e terminali.

Il fascicolo utente, utilizzato da tutti gli operatori sociosanitari dell'area anziani, integrato completamente al sistema informatizzato unico, supporta l'intero processo, permettendo di rilevare la pluralità dei bisogni e di garantire risposte adeguate in rapporto alle risorse locali.

Alla luce dell'esperienza acquisita in questi ultimi anni, si è ritenuto, inoltre, di sviluppare altre funzioni delle Ucam, quali il ruolo di *counseling* e sostegno nei confronti di familiari e altre figure di riferimento delle persone non autosufficienti.

Al fine di garantire una corretta funzionalità delle Ucam, e a cascata dell'intera rete, le strategie adottate sono quindi così schematizzabili:

1) costanti azioni informative e formative rivolte agli operatori coinvolti (dell'Asl, dell'assistenza domiciliare, delle strutture ospedaliere, Mmg), al fine di meglio valutare la pertinenza delle segnalazioni che giungono alle Ucam;

2) netta separazione tra gli erogatori dell'assistenza – enti privati e articolazioni Asl accreditate *ad hoc* – ed i valutatori (Ucam) del quadro clinico-assistenziale, al fine di individuare profili di cura ed assistenza e la relativa tipologia di assistenza domiciliare erogabile, con periodica rivalutazione;

3) elaborazione, condivisione ed attuazione di specifiche linee guida (ad esempio: per la prevenzione ed il trattamento delle lesioni cutanee, per la riabilitazione domiciliare, ecc.), all'interno delle quali sono state definite le tipologie di pazienti da prendere in carico, i tempi *standard* della durata degli interventi con riferimento alle patologie, le modalità di dimissione, la definizione degli obiettivi i cura;

4) utilizzo di un ponderato sistema di budgetizzazione per l'assegnazione a ciascun territorio di personale, pacchetti di prestazioni acquistabili, materiale sanitario e risorse economiche finalizzate alla remunerazione dell'assistenza domiciliare tramite *Voucher* e *Credit*. L'adeguata distribuzione delle risorse si basa, inoltre, su criteri quali la popolazione assistita, la popolazione anziana, i consumi storici, la situazione di disagio oro-geografico e viabilistico territoriale, la presenza di articolazioni dell'Asl accreditate;

5) attribuzione ai distretti di responsabilità nel rispetto dei budget territoriali, attraverso indicatori e strumenti che consentono un monitoraggio costante delle attività e del consumo delle risorse. Il secondo livello di verifica (mensile e trimestrale) è operato in sede centrale.

6) sistema organizzativo che persegue un equilibrio fra costi e benefici, tra bisogni e risorse disponibili, che porta a filtrare le richieste, a tarare le risposte ed a monitorare i risultati, gestendo il *budget* disponibile in modo da garantire il servizio all'utenza sull'intero anno solare, per priorità di bisogni e non solo in ordine temporale. Questo sforzo

FIG. 12. *Assetto organizzativo delle Unità di continuità assistenziale multidimensionale dell'Asl di Brescia*

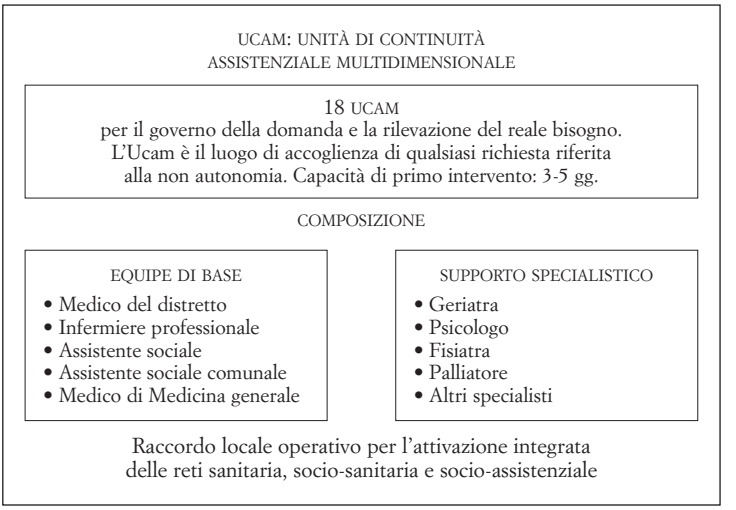
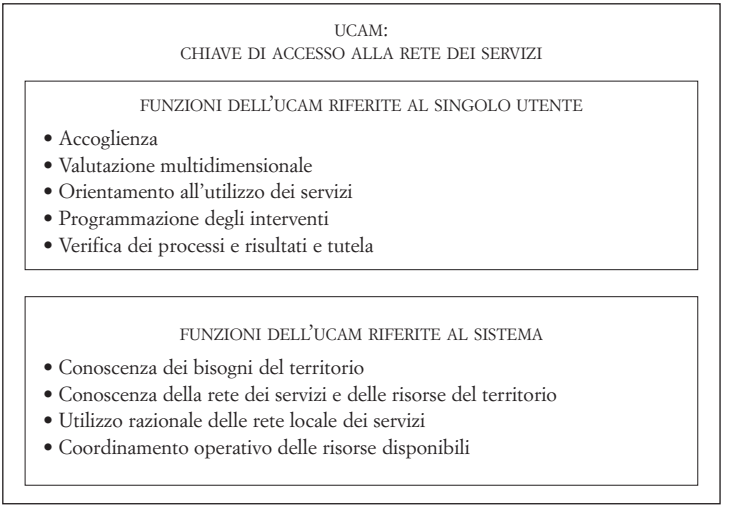


FIG. 13. *Funzioni delle Unità di continuità assistenziale dell'Asl di Brescia*



organizzativo ha dato come esito positivo che non esiste attesa per coloro che accedono alle cure domiciliari nelle varie forme.

Il modello assistenziale realizzato ha permesso di far fronte al bisogno pressante di continuità assistenziale per le persone che perdono l'autonomia, indipendentemente dal punto della rete in cui si trovano (l'ospedale, il domicilio o altre strutture territoriali). Per continuità si intende un passaggio rapido ed "accompagnato" da un punto ad un altro o da un livello di cure domiciliari ad un altro, in base ai bisogni, spesso in rapida evoluzione.

L'articolazione della rete d'offerta dell'Asl di Brescia per i malati con bisogni assistenziali complessi è molto ricca (v. par. 1.1).

8.2. *L'accesso alle cure domiciliari e alle Rsa*

Una specificità dell'Asl di Brescia è l'assenza di una lista d'attesa riguardante i pazienti che usufruiscono di cure domiciliari. Questo fatto è determinato dalle precise scelte strategiche prima evidenziate e dalla valutazione dei bisogni; i modelli di lavoro sono stati attuati con la finalità di evitare attese stressanti da parte dei cittadini, a fronte di una situazione caratterizzata da una pluralità di tipologie di servizi e da un tetto di spesa invalicabile.

Per quanto riguarda l'accesso alle Rsa, esiste, invece, una lista d'attesa motivata dal fatto che la scelta di ricovero è una decisione che viene dettata sia dalla condizione socio-ambientale della famiglia, sia dalla situazione di aggravamento clinico, tale da non permettere più la gestione domiciliare della persona malata. Anche per quanto riguarda i tempi e le modalità di accesso alle Rsa sono state adottate specifiche strategie organizzative, che consentono una responsabile gestione delle priorità a fronte di un aumento della domanda e di un'offerta vincolata dalle risorse. Per tali ragioni, la gestione razionale delle liste uniche di accesso alle Rsa, attualmente attive in 8 dei 12 Distretti ed in fase di estensione anche ai restanti 4 territori, è di primaria importanza.

TAB. 18. *Sistema di pesatura dei singoli items relativi alla disabilità funzionale e sociale, per la costruzione del punteggio utilizzato nelle liste d'attesa delle Rsa*

A) VALUTAZIONE DISABILITÀ FUNZIONALE

	PUNTEGGIO FUNZIONALE				
VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA	DIPENDENZA COMPLETA	DIPENDENZA GRAVE	DIPENDENZA MODERATA	DIPENDENZA LIEVE	AUTO-SUFFICIENZA
Deambulazione	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
Scale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Trasferimento letto/sedia	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Uso del WC	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Continenza intestinale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Continenza urinaria	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Alimentazione	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)
Vestirsi	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Igiene personale	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)
Bagno/Doccia	(2)	(1.5)	(1)	(0.5)	(0)

DISTURBI DI COMPORTAMENTO	GRAVE	MODERATA	LIEVE	ASSENTE
Confusione	(8)	(5)	(2)	(0)
Irritabilità	(4)	(3)	(1)	(0)
Irrequietezza	(4)	(3)	(1)	(0)

ASPETTI SENSORIALI	ASSENTE	LIMITATO	INTEGRO
Vista	(6)	(3)	(0)
Udito	(4)	(2)	(0)

B) VALUTAZIONE SOCIALE

	PUNTEGGIO SOCIALE		
ASPETTI SOCIO-AMBIENTALI	NON PROBLEMATICO	PROBLEMATICO	GRAVEMENTE PROBLEMATICO
Isolamento abitazione	(0)	(1)	(2)
Stato manutenzione alloggio	(0)	(2)	(4)
Igienicità alloggio	(0)	(2)	(4)
Riscaldamento	(0)	(2)	(4)
Servizi igienici	(0)	(2)	(4)
Barriere architettoniche	(0)	(2)	(4)
Problemi economici	(0)	(2)	(4)
Gestione alimentare	(0)	(2)	(4)
Gestione della vita quotidiana	(0)	(3)	(6)
Problemi relazionali	(0)	(2)	(4)
Supporto familiare: quantità	(0)	(2)	(4)
Supporto familiare: qualità	(0)	(3)	(6)

Il sistema di calcolo per la collocazione delle persone in lista avviene sommando:

1) il punteggio relativo alla disabilità funzionale (massimo 50 punti);

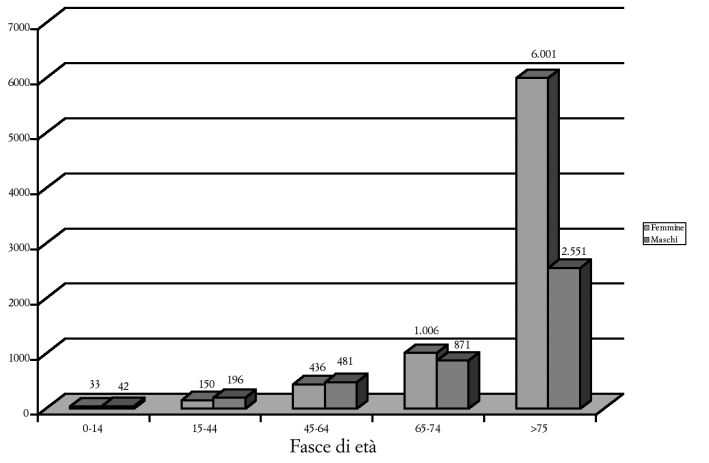
2) il punteggio socio-ambientale, legato alle risorse del contesto familiare ed alle condizioni abitative (massimo 50 punti);

3) il punteggio di anzianità di iscrizione alla lista, pari a 0,003 punti/die dalla data della richiesta.

Nella Tab. 18 sono riportate le modalità per l'attribuzione dei punteggi. Altro aspetto interessante, che conferma il monitoraggio costante delle Ucam sui pazienti in attesa di ingresso in Rsa, è dato dalle valutazioni e dalle rivalutazioni effettuate fra la data della domanda e la data di ingresso; infatti, ben il 44% delle persone in lista di attesa ha avuto più di una valutazione. La valutazione multidimensionale costituisce il passaggio fondamentale per l'attribuzione dei punteggi e, quindi, per l'inserimento nella lista: permette una prima classificazione nei livelli Sosia (acronimo per "scheda di osservazione intermedia di assistenza") [Sosia 2003], previsti dalla regione, e rappresenta un momento di sintesi tra i bisogni dell'assistito e le offerte locali. In particolare, gli item considerati riguardano l'autosufficienza (deambulazione, alimentazione, igiene personale) e i disturbi del comportamento (confusione, irritabilità, irrequietezza). Viene, inoltre, rilevata la comorbilità, tramite il numero di patologie, dedotto dalla scala Cirs [Parmalee 1995].

Le famiglie o gli interessati presentano una sola domanda di accesso alla lista d'attesa e possono esprimere, al momento della valutazione, più di una preferenza riguardo le eventuali strutture di destinazione, potendo ottenere, nel tempo, anche lo spostamento verso quella maggiormente gradita. È così possibile rispondere adeguatamente sia all'urgenza del bisogno residenziale, sia al desiderio di essere ospitati nella Rsa più vicina alla propria famiglia. La valutazione è effettuata dal personale della Rsa per i pazienti ricoverati nelle strutture protette, e dalle equipe multidisciplinari dell'Asl per i malati assistiti al domicilio e per le richieste di accesso alle Rsa.

FIG. 14. *Numero degli assistiti al domicilio dalle cure domiciliari, suddivisi per fasce di età e sesso*



8.3. *L'utilizzo effettivo delle cure domiciliari*

La prevalenza degli assistiti dalle cure domiciliari nel 2006 è stata dell'1,08% (11.767 cittadini) sul totale della popolazione dell'Asl. Di questi, gli *over* 74 rappresentano la maggiore parte; il rapporto tra femmine e maschi (Fig. 14) è nettamente a favore delle prime (6.001 donne, 2.551 uomini; 3:1). Il dato ha una duplice spiegazione: con l'avanzare dell'età, infatti, come evidenziato precedentemente, aumenta la proporzione di donne; inoltre, la maggior parte delle donne anziane vive sola, per cui sono proprio le donne che quando sperimentano un'iniziale perdita dell'autosufficienza diventano fruitrici privilegiate delle cure domiciliari.

Il paziente assistito al domicilio può ricevere più tipologie di prestazioni; in base alle diverse necessità e al variare dei bisogni, le Ucam garantiscono la rivalutazione del pacchetto dei servizi di assistenza e la sua eventuale modifica, senza interruzione delle prestazioni stesse. La maggior parte dell'assistenza fornita è di tipo estemporaneo (senza piano di

TAB. 19. *Pazienti suddivisi per numero di prestazioni domiciliari, con piani di intervento specifici, usufruite nel 2006*

Numero di prestazioni nel corso del 2006	1	2	3	4	5	6
Numero di pazienti	3.076	1.796	756	236	65	5

intervento specifico): 9.132 pazienti ne hanno fruito nel 2006. Il sistema dei Voucher socio-sanitari ha permesso, invece, di curare 2.633 persone, suddivise in 3 profili in base alle necessità assistenziali. 1.729 cittadini sono stati serviti dall'Adi tradizionale (attività che richiede un piano di intervento con un valore economico inferiore sia al Voucher che al Credit), mentre 1.573 pazienti hanno usufruito dei Credit. Tale prestazione prevede interventi solo sanitari e/o riabilitativi al domicilio, ad intensità più bassa del *Voucher*. Anche il Credit si articola su 3 livelli di assistenza. Sia per il Voucher che per il Credit, come per l'Adi, viene predisposto un Piano individualizzato di assistenza (Pai).

I pazienti possono avvalersi, nel tempo, di varie tipologie di prestazioni grazie alla flessibilità dei servizi dell'Asl, che sanno cogliere con rapidità i mutamenti delle esigenze del malato. Nel 2006, infatti, 2.858 assistiti hanno fruito con continuità di più di una tipologia di assistenza (Tab. 19).

A completamento del profilo tracciato del paziente curato a domicilio va precisato che ben il 61% degli assistiti ha avuto necessità di medicazioni o bendaggi per lesioni, il 10% di nutrizione artificiale ed il 3% di ossigenoterapia. Se si considera, inoltre, che il 61% è riconosciuto invalido al 100%, emerge la complessità del quadro dei fruitori delle cure domiciliari. Una riflessione particolare meritano le medicazioni per lesioni; dovrà essere posta maggiore attenzione alla modalità di assistenza durante la degenza ospedaliera, perché fonte delle lesioni che poi vengono riscontrate nel corso delle cure domiciliari.

È interessante analizzare, infine, l'evoluzione delle condizioni di autosufficienza dei pazienti in cure domiciliari, prendendo in considerazione le valutazioni effettuate con la

TAB. 20. *Evoluzione delle condizioni di autosufficienza dei pazienti in cure domiciliari dal gennaio 2004 al dicembre 2006, valutata tramite la Scala Barthel*

INDICE DI BARTHEL	PAZIENTI AL GENNAIO 2004	PAZIENTI AL DICEMBRE 2006
Dipendenza completa	39,39 %	43,33 %
Dipendenza grave	15,31 %	16,75 %
Dipendenza moderata	17,26 %	16,05 %
Dipendenza lieve	14,22 %	12,84 %
Quasi autosufficiente	8,49 %	7,92 %
Autosufficiente	5,33 %	3,11 %

scala di Barthel dal 1° gennaio 2004 al 31 dicembre 2006. Si mette in evidenza come i pazienti in condizioni di grave o completa dipendenza sono passati dal 54,7% al 60%, a fronte della riduzione dal 13,82% al 11,03% delle persone quasi autosufficienti o autosufficienti (Tab. 20). Il dato dimostra l'aggravamento delle condizioni di autosufficienza avvenuto nel corso dei tre anni e come siano opportune strategie organizzative, che orientano la priorità di presa in carico domiciliare per livelli di gravità.

L'attenzione alla persona richiede, oltre alla valutazione delle condizioni oggettive, anche una valutazione del grado di soddisfazione, cioè l'anello di congiunzione tra l'impegno di chi organizza e presta un servizio, ed il fruitore nella sua variabilità. A tal fine l'Asl rileva la *Customer Satisfaction* dei pazienti fruitori di *Voucher* socio-sanitario. I risultati dell'indagine del 2006 evidenziano che il 95% degli assistiti si dichiara soddisfatto. Risultano peraltro di particolare significato alcune tipologia di risposte al questionario, poiché restituiscono informazioni circa la visione degli utenti sull'organizzazione del servizio. Il 90% ritiene che l'operatore domiciliare sia stato di aiuto nel fornire informazioni sui servizi disponibili in risposta ai suoi bisogni, mentre il 91% valuta il servizio tempestivo e capace di affrontare i problemi più importanti emersi nel periodo di assistenza. Inoltre, il 67% dei pazienti ritiene che, in assenza del servizio cure domiciliari, avrebbe dovuto lasciare il proprio

TAB. 21. *Numero di persone in lista di attesa per l'accesso in Rsa dal 2000 al 2006*

ANNO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Totale persone in lista di attesa	718	935	1.262	1.476	1.479	1.644	1.974

domicilio, individuando nell'ospedale il luogo in cui avrebbe dovuto ricevere le cure. Infine, ben il 74% dei pazienti ritiene non esistano necessità di interventi migliorativi sul servizio; per quanto riguarda il restante 26% la richiesta di miglioramento è inerente l'intervento del Mmg.

8.4. *L'utilizzo effettivo delle Rsa nell'Asl di Brescia*

Le Rsa dell'Asl offrono in totale 5.989 posti letto accreditati e a contratto. Nel 2006 si sono prese cura di 8.243 pazienti, di cui 6.347 donne (77%). Tale *turn-over* è determinato in modo prioritario dai tre fattori:

– decessi (25%);

– dimissioni con rientro a domicilio (5,5%);

– trasferimento ad altra struttura, fra cui anche altre Rsa (5%).

Un aspetto importante del sistema Rsa riguarda le liste di accesso. I dati riportati in Tab. 21 mostrano come negli ultimi 6 anni ci sia stato un trend di crescita della domanda di ricovero: da 718 a 1974 persone nel periodo compreso tra il 2000 ed il 2006. Inoltre, il tempo medio d'attesa per l'accesso alle Rsa è aumentato da 44 giorni (dicembre 1999) a 117 giorni (gennaio 2007).

Questi dati sembrano apparentemente preoccupanti; tuttavia la Tab. 22 mostra come i tempi medi di attesa relativi all'anno 2006 sono inferiori a 90 giorni per il 67% delle persone; inoltre, il 41% attende 30 giorni ed il 6% solo 3 giorni dalla data della richiesta.

Di fronte a situazione gravi, e riconosciute tali dall'Asl, il sistema adottato realizza corsie preferenziali che permettono di rispondere in tempi rapidi alla domanda. Si deter-

TAB. 22. *Tempo di attesa e percentuale di inserimento in Rsa tramite lista di accesso nel 2006 (riferito agli 8 territori con lista unica)*

TEMPO D'ATTESA (GIORNI)	% CUMULATIVA DI PAZIENTI
< 3	6,3%
< 30	41,0%
< 90	66,9%
< 180	82,4%
< 360	92,8%

TAB. 23. *Numero di giorni di attesa dalla data della domanda all'inserimento in Rsa in base al punteggio ottenuto alla valutazione socio sanitaria*

NUMERO GIORNI INTERCORRENTI DALLA DATA DELLA DOMANDA ALLA DATA DI INSERIMENTO IN RSA	MEDIA PUNTEGGIO SANITARIO	MEDIA PUNTEGGIO SOCIALE	MEDIA PUNTEGGIO TOTALE (SANITARIO+SOCIALE)
entro 3 giorni	28,22	25,85	54,07
da 4 a 30 giorni	28,31	22,69	51,00
da 31 a 90 giorni	26,39	22,19	48,58
da 91 a 180 giorni	23,16	20,56	43,71
da 181 a 360 giorni	23,00	17,28	40,28
oltre 360 giorni	18,59	17,48	36,06

minano così tempi di attesa medi minori per gli anziani in lista caratterizzati da maggiore gravità alla valutazione socio-sanitaria: i giorni intercorrenti tra la data della domanda presentata alla Ucam ed il momento in cui avviene l'inserimento in Rsa è, infatti, nettamente inferiore per i pazienti maggiormente compromessi, caratterizzati da punteggio sanitario e sociale cumulati più elevati (Tab. 23).

Il quadro complessivo della condizione di bisogno in Rsa si evince anche analizzando l'evoluzione nel tempo delle condizioni di salute degli ospiti delle Rsa attraverso le schede Sosia (dal 1° gennaio 2004 al 31 dicembre 2006).

Dall'analisi emerge che gli ospiti in classe 1 passano dal 26,61% al 29,49%, così come gli ospiti in classe 3 passano dal 28,47 % al 32,82%; gli ospiti in classe 6 scendono, inve-

TAB. 24. *Numero di giorni di attesa dalla data della domanda all'inserimento in Rsa in base al punteggio ottenuto alla valutazione socio sanitaria*

CLASSE SOSIA	PAZIENTI AL GENNAIO 2004	PAZIENTI AL DICEMBRE 2006
classe 1	26,61 %	29,49 %
classe 2	4,13 %	3,53 %
classe 3	28,47 %	32,82 %
classe 4	3,85 %	3,63 %
classe 5	4,84 %	5,71 %
classe 6	9,05 %	2,73 %
classe 7	14,88 %	15,46 %
classe 8	8,16 %	6,62 %

ce, dal 9,05% al 2,73% e quelli in classe 8 dall'8,16% al 6,62% (Tab. 24). Si è assistito, quindi, nel corso di tre anni, ad un rilevante peggioramento delle condizioni cliniche degli anziani che afferiscono alle Rsa dell'Asl di Brescia.

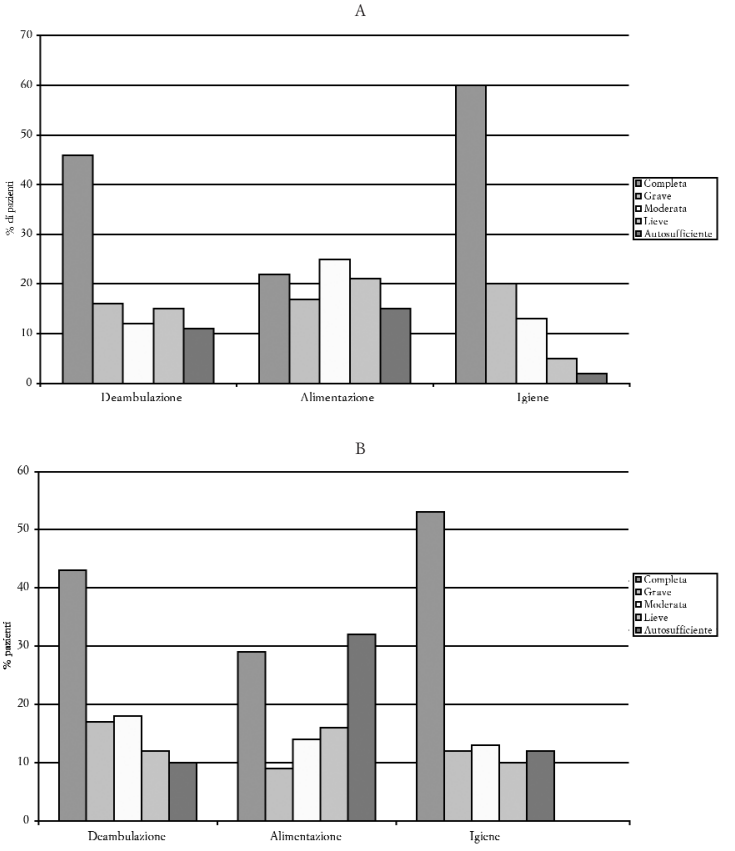
La rete locale si compone anche di altre unità di offerta, come i Cdi (Centri diurni integrati), che, passando da 39 unità del 2005 a 45 nel 2007, sono stati in grado di rispondere ad alcuni bisogni degli anziani e delle loro famiglie, riducendo di conseguenza il numero di richieste di assistenza a casa ed anche di ricovero in Rsa. Questa tipologia di servizio è attiva in media per 6 giorni la settimana, per almeno 8 ore al giorno, ed ha permesso di assistere 1.094 persone nel corso del 2006, contro le 706 del 2005.

Infine, nella rete si deve menzionare il servizio di assistenza ai soggetti in stato vegetativo persistente che, avvalendosi di 19 Rsa accreditate per un totale di 39 posti letto (nel corso del 2006), si prefigge l'obiettivo di garantire un'adeguata e dignitosa assistenza al malato dopo la dimissione dall'ospedale per acuti.

8.5. *Confronto tra cure domiciliari e Rsa nell'Asl di Brescia*

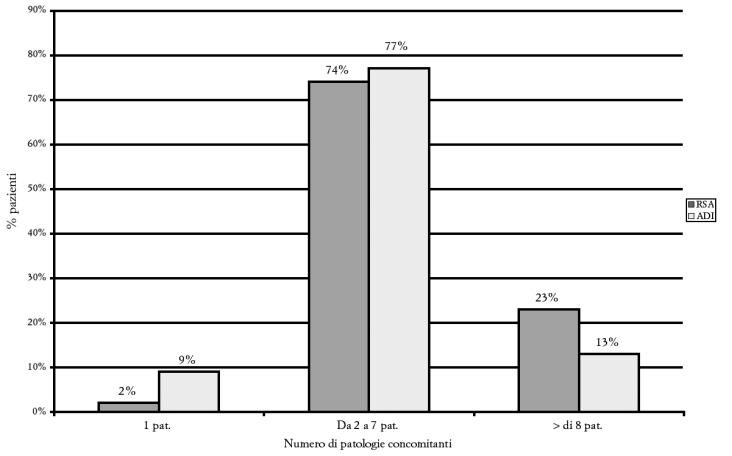
Il confronto degli indicatori del livello di autosufficienza della popolazione seguita dalle cure domiciliari rispetto a quella delle Rsa evidenzia differenze statisticamente non

FIG. 15. *Confronto tra il grado di dipendenza in Rsa (a) e nelle cure domiciliari (b)*



significative; i pazienti a casa risultano gravemente compromessi nella deambulazione, nell'alimentazione e nell'igiene personale rispettivamente per il 43%, 29% e 53%, *versus* il 46%, 22% e 60% dei degenti delle Rsa (Fig. 15). I dati dimostrano come la dipendenza completa nelle principali Badl (*Basic Activities of Daily Living*) non sia un fattore discriminante per la possibilità di gestione domiciliare del paziente anziano fragile.

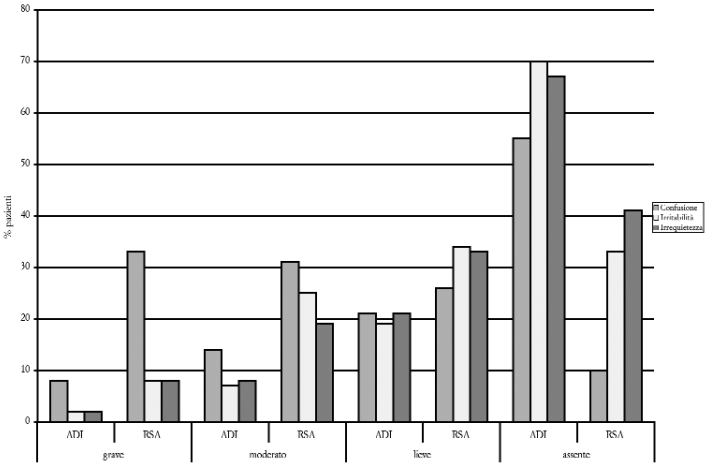
FIG. 15. *Livello di comorbilità rilevati con scala Cirs negli ospiti delle Rsa rispetto agli assistiti dalle cure domiciliari*



I pazienti seguiti dalle cure domiciliari presentano, inoltre, un grado di comorbilità in gran parte sovrapponibile a quello dei ricoverati in Rsa. Infatti, la percentuale dei malati affetti da 2 a 7 patologie croniche, rilevata attraverso la scala Cirs, sul totale degli assistiti seguiti al domicilio, non si discosta in modo significativo da quella dei pazienti residenti in Rsa (77% *versus* 74%). Solo i pazienti con maggiore comorbilità (numero di patologie croniche superiore a 8) vengono più frequentemente assistiti in Rsa in confronto con il domicilio (23% *versus* 13%) (Fig. 16).

I pazienti cognitivamente compromessi ed affetti da disturbi del comportamento (Bpsd: *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*) sono presenti nelle Rsa in percentuale elevata (86%). Tra questi, il 43% presenta Bpsd di grado severo: 64% confusione, 33% irritabilità, 26% irrequietezza. Al domicilio i Bpsd di grado moderato-severo sono comunque presenti, anche se in percentuali significativamente inferiori: 22% confusione, 9% irritabilità, 10% irrequietezza (Fig. 17).

FIG. 17. *Prevalenza dei disturbi del comportamento negli ospiti delle Rsa rispetto agli assistiti dalle cure domiciliari*



8.6. *La risposta razionale a specifiche e complesse problematiche clinico terapeutico assistenziali mediante protocolli tecnico-operativi mirati*

Per supportare i piani personalizzati individuali, nell'Asl di Brescia sono stati definiti ed implementati svariati protocolli tecnico-professionali mirati alla gestione di specifiche problematiche e/o fasi clinico-assistenziali; fra questi, meritano di essere ricordati i protocolli tecnico-organizzativi per:

a) fornitura di presidi e ausilii monouso tramite collegamento informatico con le farmacie territoriali;

b) consegna-ritiro a domicilio, con possibilità di sanificazione, collaudo e riutilizzo, degli ausilii protesici in comodato d'uso non personalizzati;

c) ausilii per diabetici;

d) prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee,

e) riabilitazione domiciliare;

f) nutrizione artificiale domiciliare;

g) ossigenoterapia a lungo termine;
h) ventilazione meccanica domiciliare;
i) malattia celiaca;
j) protesi acustiche;
k) montascale;
l) saturimetri;
m) assistenza domiciliare ai pazienti emopatici a rischio di neutropenia e infezioni.

8.7. *La sperimentazione di un modello innovativo: il Servizio distrettuale di assistenza residenziale (Sdar)*

Per taluni malati cronici con insorgenza/aggravamento di problematiche cliniche acute/subacute o in fase di dimissione ospedaliera, può rendersi necessario un supporto clinico, terapeutico, assistenziale temporaneo di intensità non gestibile a domicilio: l'Asl di Brescia ha dato perciò avvio, dal dicembre 2006, alla sperimentazione di un servizio intermedio innovativo, in grado di offrire una risposta adeguata a tali malati, specialmente quando necessitano di protezione sanitaria di tipo ospedaliero, ma non di alta tecnologia od elevata intensità.

L'ipotesi progettuale ha previsto la realizzazione di un servizio innovativo, generalizzabile su tutto il territorio dell'Asl a costi compatibili, come nodo integrato della rete, per evitare/contenere ricoveri di anziani e/o malati fragili, mediante la realizzazione di un servizio intermedio, con un forte coinvolgimento dei Mmg, sperimentandone la realizzazione in allocazioni logistiche adeguate.

Tale sperimentazione, configurata nella fase di avviamento come "ospedale di comunità", ha avuto luogo presso il presidio ospedaliero di Orzinuovi, all'interno di un processo di riconversione di servizi e strutture già esistenti afferenti all'azienda ospedaliera M.Mellini, in un contesto territoriale che presenta numerosi fattori favorenti:

– disponibilità dei Mmg a partecipare come attori alla sperimentazione;

– organizzazione evoluta dell'assistenza domiciliare integrata e delle cure primarie;

– buona integrazione dei servizi ospedalieri con quelli del territorio.

Durante i primi 10 mesi di attività, nei 4 posti letto attivati, sono stati effettuati 50 ricoveri, di durata media di 22,5 giorni (minimo 4; massimo 46), effettuati da 46 assistiti con una età media di 76 anni.

Hanno attivamente partecipato alla gestione del servizio 14 Mmg, che hanno effettuato una media di 10 accessi per ricovero; anche i medici del servizio di continuità assistenziale sono intervenuti, effettuando 20 accessi in orario notturno o festivo.

Tutti i ricoveri sono stati motivati dalla contemporanea presenza di problematiche di natura clinico-terapeutica e di natura socio-assistenziale; nessun ricovero è stato motivato dai soli problemi clinici. La sperimentazione ha permesso di riscontrare positivamente:

– la possibilità di governare l'accesso al servizio, valorizzando il ruolo dell'Ucam anche in funzione di garantire la personalizzazione e l'adeguatezza del piano individuale di intervento;

– l'utilizzo del servizio da parte di un numero non marginale dei Mmg del territorio (40%);

– l'utilizzo a pieno della struttura, con un'alta percentuale di saturazione dei posti letto (94%);

– la copertura assistenziale sulle 24 ore, anche mediante il coinvolgimento mirato del servizio di continuità assistenziale;

– la proficua collaborazione e integrazione con i servizi dell'azienda ospedaliera;

– l'assenza di criticità gestionali o assistenziali rilevanti.

L'esperienza condotta, risultata nettamente positiva, ha permesso di delineare le caratteristiche da consolidare in una nuova tipologia di servizio intermedio, lo Sdar, ormai in fase di stabilizzazione nel primo territorio e di gemmazione in altri distretti.

9. *Il bilancio dell'esperienza dell'Asl di Brescia*

Assistere con continuità, sistematicità e appropriatezza tutti i malati cronici e garantire risposte adeguate, tempestive e globali ai bisogni di tutti i malati con bisogni assistenziali complessi di un territorio definito, nell'attuale periodo storico caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione, rappresenta una vera e propria sfida: la compatibilità economica, professionale e strutturale del sistema dei servizi è seriamente messa a rischio.

Il complesso processo di governo condotto dall'Asl di Brescia per garantire a tutta la popolazione assistita una gestione ottimale sia delle malattie croniche che dei malati cronici critici, secondo quanto descritto nel presente capitolo, tenta di offrire una concreta risposta positiva: la messa in atto di una regia di sistema complessiva, ma anche mirata alle singole principali problematiche, evidenzia la possibilità di "tenuta" del sistema stesso, a fronte di garanzie assistenziali congruenti, di qualità e in progressivo miglioramento. Il costo organizzativo e di integrazione/valorizzazione di tutte le componenti è elevato, non in termini economici, ma in termini di analisi, progettazione, metodologia, comunicazione, integrazione: in sintesi di "intelligenza di governo".

La riprova conclusiva della bontà del processo attivato è il riscontro di positività più che per gli indicatori clinici di quelli anagrafici, di seguito sintetizzati.

L'età media della popolazione dell'Asl di Brescia si è progressivamente innalzata: mentre nel 2006 è stata di 41,53 (deviazione *standard* = 22,63), nel 2003 era di 41,21 anni (deviazione *standard* = 22,41), con un incremento medio annuo di un mese e 8 giorni. Ciò si verifica nonostante nel conteso bresciano da anni si osservi un incremento del numero delle nascite.

Nei 4 anni presi in considerazione dalla Bda di Brescia (periodo 2003-2006) vi è stato un progressivo aumento dell'età media di morte (Tab. 25), dovuto all'aumento dell'età di morte nei maschi. Mentre nelle femmine l'età media di morte è rimasta costante intorno agli 81 anni, per i maschi vi è stato un progressivo e costante aumento, statisticamen-

TAB. 25. *Bda Asl di Brescia: età media di morte nel periodo 2003-2006 per sesso*

	ETÀ MEDIA DI MORTE PER ANNO				REGRESSIONE LINEARE		SPEARMAN	
	2003	2004	2005	2006	COEFF.	P	RHO	P
Femmine	80.99	80.67	80.74	81.02	0,01	0,9	0,001	0,2
Maschi	72.67	72.73	73.23	73.48	0,29	0,004	0,03	0,0004
Popolazione	76.97	76.73	77.03	77.43	0,17	0,018	0,02	0,0007

te significativo, dai 72,67 anni del 2003 ai 73,48 del 2006: un aumento medio annuale di 3 mesi e 10 giorni. Tale *trend* si è confermato anche limitando l'analisi alle morti avvenute dopo il 45° anno d'età.

L'aumento della vita nel periodo 2003-2006 è confermato anche dai tassi di mortalità per fasce d'età (Tab. 26) ove le prime 3 fasce d'età della classificazione regionale, considerato il numero limitato di morti e la loro omogeneità, sono state accorpate: si noti la significativa riduzione dei tassi di mortalità dal 2003 al 2006 per i soggetti oltre i 45 anni.

Tale *pattern* è confermato dai risultati della analisi logistica riportati in Tab. 27: complessivamente vi è stata una riduzione della mortalità di circa il 3% annuo, più significativa nei maschi (-4% annuo) che nelle femmine (-2%) ed ascrivibile alla diminuzione di mortalità dopo i 45 anni.

Tali dati potrebbero essere viziati dalla mortalità particolarmente elevata ed insolita riscontrata nel 2003 in seguito all'eccezionale calura estiva e il conseguente effetto "harvesting" (mietitura), con relativa riduzione della mortalità, nell'anno successivo.

Anche l'analisi limitata al periodo 2004-2006 dimostra, però, dopo aggiustamento per età, una diminuzione della probabilità di mortalità generale (OR=0,98, p=0,004) dovuta alla diminuzione di mortalità tra i maschi (OR=0,95, p<0,0001), mentre non si notava alcuna riduzione per le femmine (OR=1,00, P=0,8).

In conclusione, quindi, si conferma la validità della strategia organizzativa dell'Asl di Brescia, considerato in particolare quest'ultimo aspetto analizzato – il progressivo innalzamento dell'età media di morte che si intende come vero e

TAB. 26. *Bda Asl di Brescia: tassi di mortalità nelle varie fasce d'età nel periodo 2003-2006*

GRUPPI D'ETÀ	2003			2004			2005			2006		
	MORTI	ASSISTITI	TASSO MORTALITÀ (x1000)	MORTI	ASSISTITI	TASSO MORTALITÀ (x1000)	MORTI	ASSISTITI	TASSO MORTALITÀ (x1000)	MORTI	ASSISTITI	TASSO MORTALITÀ (x1000)
0-14	28	153.517	0,18	26	158.340	0,16	39	161.617	0,24	38	165.773	0,23
15-44	258	457.984	0,56	283	465.473	0,61	282	470.572	0,60	249	472.753	0,53
45-64	1.178	268.488	4,39	1.043	272.496	3,83	1.001	276.813	3,62	1.016	282.352	3,60
65-74	1.691	102.396	16,51	1.575	105.482	14,93	1.634	108.156	15,11	1.512	110.139	13,73
> 74	5.762	86.610	66,53	5.383	89.903	59,88	5.506	93.839	58,67	5.750	97.418	59,02
Totale	*8.917*	*1.068.995*	*8,34*	*8.310*	*1.091.694*	*7,61*	*8.462*	*1.110.997*	*7,62*	*8.565*	*1.128.435*	*7,59*

TAB. 27. *Bda Asl di Brescia: analisi logistica con morte quale variabile dipendente e anno di morte quale variabile indipendente per fascia d'età e sesso*

CATEGORIE D'ETÀ	TUTTI		FEMMINE		MASCHI	
	ODDS RATIO	P	ODDS RATIO	P	ODDS RATIO	P
0-14	1,11	0,17	1,15	0,19	1,07	0,6
15-44	0,98	0,44	1,07	0,16	0,94	0,055
45-64	0,94	<0,0001	0,93	0,003	0,94	<0,0001
65-74	0,95	<0,0001	0,95	0,015	0,94	<0,0001
> 74	0,96	<0,0001	0,96	<0,0001	0,95	<0,0001
Totale (grezza)	0,97	<0,0001	0,98	0,001	0,96	<0,0001
Totale (aggiustata per età)	*0,95*	*<0,0001*	*0,96*	*0,001*	*0,94*	*<0,0001*

proprio risultato di salute, indicatore di un aumento generalizzato e tangibile dell'aspettativa di vita – a fronte della "tenuta del sistema", anche dal punto di vista economico, mediante il tendenziale spostamento delle risorse verso il territorio, la gerarchizzazione dell'accesso ai livelli di cura a maggior intensità, il contenimento della spesa pro capite media concomitante all'aumento del numero totale di soggetti presi in carico.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. [2003], *Disease Management del paziente diabetico. L'esperienza nel territorio bresciano*; pubblicato a cura dell'Asl di Brescia, Ccd Chronic Obstructive Pulmonary Disease Surveillance - United States, 1971-2000 August 2, 2002 / 51(SS06); 1-16.

CDC, *National Diabetes Surveillance System*, http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/

Censis-Assr [2004], *Sviluppo ed estensione della metodologia di analisi della domanda di salute e della soddisfazione dei cittadini verso il Ssn*.

Censis-Pfizer [2004], *Invecchiare in salute. Cinque Regioni a confronto*, Censis.

Donzelli, A. e Sghedoni, D. [1998], *Le linee guida cliniche tra conoscenza, etica e interessi*, Milano, Franco Angeli, pp. 17-55.

Garancini, M.P. [1996], *L'epidemiologia del diabete non-insulino-dipendente e la ridotta tolleranza glucidica*, in *Il Diabete in Italia*, a cura di O., Vaccaro, E., Bonora, G., Bruno, M.P., Garancini e S., Muntoni, Società italiana di Diabetologia, Gruppo di studio di "Epidemiologia e Statistica", Milano, Editrice Kurtis, pp. 17-30.

Giampaoli, S., Vanuzzo, D. [2003], *Italian Heart Journal*, Atlante italiano delle malattia cardiovascolari; I edizione, aprile 2003, suppl. 4.

Guerini, G., Lonati, F. [1999], *Il governo della rete: l'esperienza del Dipartimento Anziani in Valtrompia. Il sistema informativo*, Milano, Franco Angeli, pp. 93-121.

Halbert, R.J., Isonaka, S., George, D. e Iqbal, A. [2003], *Interpreting Copd prevalence estimates: what is the true burden of disease?*, in "Chest", n. 123 (5), pp. 1684-92.

Isat [2005], *Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari*.

Istituto nazionale Tumori e Istituto superiore di Sanità, *I tumori in Italia, La banca Dati*, disponibile sul sito: http://www.istitutotumori.mi.it/menuistituto/diparclinici/epidemiologia/frametumori.asp?name=statistiche

Lonati, F., Guerini, G. e Revera, E. [1999], *Il governo della rete: l'esperienza del Dipartimento Anziani in Valtrompia. Il modello dipartimentale*, Milano, Franco Angeli, pp. 17-41.

Lonati, F., Saleri, N., Buzzetti, R. [2004], *Le persone con patologia cronica prese in carico nell'Asl di Brescia nell'anno 2002*, pubblicato a cura dell'Asl di Brescia.

Lonati, F., Saleri, N., Magoni, M., Buzzetti, R. e Indelicato, A. [2006], *Le persone con patologia cronica prese in carico nell'Asl di Brescia: 2002-2004*, pubblicato a cura dell'Asl di Brescia.

Marti, G. e Thorslund, M. [2007], *Health trends in the elderly population: getting better and getting worse*, in "The Gerontologist", n. 43 (2), pp. 150-158.

Parmalee, P.A., Thuras, P.D. e Katz, I.R. [1995], *Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population*, in "Journal of the American Geriatrics Society", n. 43, p. 130.

Podavitte, F. e Lonati, F. [2002], *Guida alle cure palliative nel territorio dell'Asl di Brescia*, pubblicato a cura dell'Asl di Brescia.

Scarcella, C., Indelicato, A., Lonati, F. e Levaggi, R. [2005], *Paziente per paziente la spesa al check: l'effetto costo nell'esempio del diabete*, Il sole 24 ore Sanità, 19-25 luglio 2005, pp. 20-21.

Scarcella, C., Levaggi, R., Medea, G., Valentini, U., Lonati, F. e Indelicato, A. [2004], *Disease Management del paziente diabetico*, in "Tendenze Nuove", n. 6/2004, pp. 513-542.

Scarcella, C. [2003], *La continuità assistenziale tra territorio e ospedale nel modello lombardo*, Centro studi e formazione sociale Fondazione Emanuela Zancan.

Smith, R.B. [2005], *An alternative perspective of information asymmetry: implications for consumer authority in physician services market*, in "Journal of Economics and Management Strategy", n. 14 (3), pp. 665-699.

Verdecchia, A., Mariotto, A., Capocaccia, R., Gatta, G., Micheli, A., Sant, M. e Berrino, F. [2001], *Incidence and prevalence of all cancerous diseases in Italy*, in "European Journal of Cancer", n. 37, pp. 1149-1157.

Viegi, G., Pedreschi, M., Pistelli, F., Di Pede, F., Baldacci, S., Carrozzi, L. e Giuntini, C. [2000], *Prevalence of airways obstruction in a general population: European Respiratory Society vs American Thoracic Society definition*, in "Chest", n. 117 (5 suppl 2), pp. 339-345.