

## 1. Introduzione

Il convegno “Patologie croniche: utilizzare i flussi amministrativi per conoscere i bisogni di salute e i percorsi assistenziali dei pazienti”, tenutosi a Padova il 29 Gennaio 2016, è stato organizzato dalla Regione del Veneto in *partnership* con C.R.E.A. Sanità<sup>1</sup>, con l'obiettivo primario di mettere a confronto i sistemi ad oggi in uso per la mappatura delle patologie croniche, evidenziandone potenzialità, limiti e possibilità di integrazione.

Il convegno è stato rivolto a Direzioni Sanitarie, di Distretto, delle Cure Primarie e di Farmacie Ospedaliere e Servizi Farmaceutici Territoriali.

La tematica scelta è di grande attualità: malgrado il potenziamento dei servizi territoriali/distrettuali sia, da oltre un ventennio, al centro delle politiche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e delle sue articolazioni regionali (SSR), i nuovi modelli organizzativi per l'Assistenza Primaria stentano ancora a trovare una loro condivisa standardizzazione.

La cosiddetta “Legge Balduzzi”, in larga misura destinata a delineare una riforma complessiva dell'Assistenza Primaria, ha reso ancor più evidente il bisogno di un potenziamento del settore: potenziamento che ha un contenuto certamente quantitativo, basti pensare allo sviluppo dell'Assistenza Domiciliare e Residenziale, come anche alla copertura H24 dei servizi di Emergenza Territoriale, ma anche, e principalmente, la finalità di proporre un ripensamento complessivo della modalità di fornitura dell'assistenza prestata al di fuori delle strutture ospedaliere.

Da un punto di vista qualitativo, ma come vedremo con riflessi anche quantitativi, esiste una larga condivisione sull'individuazione della medicina di iniziativa e dell'integrazione dei servizi quali elementi fondanti di un efficace e efficiente approccio all'Assistenza Primaria.

---

<sup>1</sup> L'organizzazione del convegno è stata supportata da un contributo incondizionato di MSD.



Lo sviluppo dell'Assistenza Primaria è, altresì, condizione essenziale per ridisegnare in modo moderno l'offerta complessiva del SSN, riducendo (non solo per ragioni economiche) il ricorso all'ospedale e sviluppando modelli di presa in carico della cronicità.

Possiamo osservare come l'ultimo ventennio abbia visto avanzare rapidamente il processo di deospedalizzazione, testimoniato da una riduzione dei posti letto, e una seppure minore riduzione degli organici ospedalieri, mentre stenta a crearsi una nuova e alternativa offerta extra-ospedaliera (territoriale). Il rischio più evidente è quello di realizzare risparmi economici, a scapito della capacità di presa in carico dei pazienti cronici.

Nella evidente diversa velocità di avanzamento dei due processi, riduzione dell'offerta ospedaliera e incremento di quella territoriale, si rispecchia la differente conoscenza ad oggi disponibile in tema di modelli organizzativi nei rispettivi ambiti.

Da una parte l'Assistenza Ospedaliera segue modelli condivisi e standardizzati, che hanno permesso di sviluppare flussi informativi (amministrativi, ma non solo) e modelli interpretativi che rendono ormai possibile valutare in modo coerente e omogeneo le *performance*; dall'altra, quasi nulla di ciò ancora esiste per l'assistenza primaria.

A conferma, basta richiamare l'indubbio ampliamento delle conoscenze sulla attività assistenziale ospedaliera che si è generato per effetto dell'introduzione del sistema di pagamento prospettico a DRG e, più di recente, dello sviluppo del Piano Nazionale Esiti (PNE). Lo stesso non può dirsi dei modelli territoriali, ove i sistemi informativi, ma ancor di più quelli di monitoraggio e di valutazione, risultano parzialmente diffusi e scarsamente condivisi, rimanendo spesso confinati in una valenza sostanzialmente regionale.

In prospettiva, la crescente affidabilità dei *database* amministrativi promette di fornire una nuova e ingente messe di informazioni, atta a

sviluppare sistemi di monitoraggio e valutazione anche in un ambito complesso come quello dell'Assistenza Primaria.

Per analizzare le prospettive che si vanno delineando in tema di analisi della cronicità, nonché favorire la condivisione delle conoscenze sviluppatesi a vari livelli nel SSN e comprendere le opportunità e criticità dei vari approcci utilizzati, il Convegno ha promosso un confronto su alcuni modelli sviluppati tanto a livello nazionale che regionale. Alcuni esperti sono stati invitati a rappresentare obiettivi, logiche e metodologie di analisi utilizzate dai principali (senza pretesa di esaustività) modelli ad oggi implementati.

Le presentazioni sono state divise in due sezioni: la prima, dedicata ai modelli con applicazione nazionale o comunque sovraregionale. In tale ambito in particolare sono stati presentati (fra parentesi il relatore):

- gli indicatori di appropriatezza prescrittiva OSMED-AIFA (L. Degli Esposti)
- il progetto MATRICE AgeNaS (M. D. Bellentani)
- il sistema di valutazione delle performance MeS Sant'Anna di Pisa (S. Nuti)
- il progetto CORE H24 CINECA (N. Martini).

A seguire sono stati presentati i modelli a valenza sostanzialmente regionale; in particolare:

- il sistema ACG Regione Veneto (M. C. Corti)
- l'esperienza CREG Regione Lombardia (M. Agnello)
- il Chronic Care Model ASL di Arezzo (E. Desideri)
- le banche dati regionali per la presa in carico delle persone fragili in Emilia Romagna (A. Brambilla).

In conclusione, i vari modelli sono stati discussi in una tavola rotonda moderata da G. Scroccaro, a cui hanno partecipato M. Cancian, M. C. Corti, I. Fortino, M. C. Ghiotto, M. Saugo, F. Spandonaro.

Nel seguito si sintetizzano le relazioni presentate, cui segue un tentativo di fornire una tassonomia minima degli approcci proposti, e anche di delineare

alcune linee prospettiche per lo sviluppo dei sistemi di monitoraggio e valutazione della cronicità e, in generale, dell'Assistenza Primaria.