

## Fragilità e cronicità a Rieti: tra sisma e pandemia Covid19

### *Fragility and chronicity in Rieti: between the earthquake and the Covid19 pandemic*

Giorgio Banchieri \*, Assunta De Luca\*\*, Mariella D'Innocenzo\*\*\*, Pietro Manzi\*\*\*\*

\* *Segretario Nazionale ASIQUAS, Associazione italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, Docente DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed economiche, Università "Sapienza", Roma*

\*\* *Direttore Sanitario ASL Rieti*

\*\*\* *Direttore Generale ASL Rieti*

\*\*\*\* *Coordinatore Sanitario Piano della Cronicità ASL Rieti*

*Parole chiave:* fragilità, cronicità, percorsi assistenziali, pandemia, sisma

#### RIASSUNTO

*Introduzione:* fragilità e cronicità sono due aspetti di uno stesso problema di fondo: il bisogno di assistenza a lungo termine, che richiede attività continuative ed eterogenee, sanitarie e sociali, soprattutto di prossimità, per prevenire o rallentare l'evoluzione delle patologie ed aumentare la qualità della vita delle persone che ne sono affette, anche attraverso la modifica dei modelli culturali basati sulla medicina di iniziativa o di prossimità e sul coinvolgimento dei caregivers.

*Obiettivi:* la ASL di Rieti ha affrontato sin dal 2018 il duplice tema, dovendo superare la doppia sfida degli effetti del devastante sisma del 2016 e successivamente della pandemia da COVID19.

L'articolo descrive e sintetizza l'esperienza condotta sia come direzione strategica e manageriale, che di middle management, per fornire una indicazione concreta delle policy e degli strumenti per agevolare l'integrazione dei servizi sanitari e sociali nella provincia.

*Metodi:* partendo dalla revisione dei principali elementi della letteratura scientifica e dalla analisi demografica ed epidemiologica dei due Distretti Sanitari, si è proceduto alla rimodulazione dell'organizzazione sanitaria dei servizi territoriali e al rafforzamento dei rapporti tra ospedale e territorio.

*Risultati:* è stato aggiornato il Piano Aziendale Territoriale, nonché alcuni Percorsi Assistenziali e sono state istituite alcune strutture gestionali specificamente destinate alla governance del territorio, ovvero l'Osservatorio della Fragilità e della Cronicità, la Centrale per Integrazione Socio Sanitarie e la Centrale Operativa Aziendale.

*Conclusioni:* le emergenze che sono esplose nel territorio reatino, a partire dal sisma 2016, hanno accelerato la sperimentazione e il perfezionamento di modalità di lavoro in rete, che sono risultate necessarie per la gestione della complessità.

*Keywords:* fragility, chronicity, care pathways, pandemic, earthquake

## SUMMARY

*Introduction:* fragility and chronicity are two aspects of the same underlying problem: the need for long-term assistance, which requires continuous and heterogeneous health and social activities, especially proximity activities, to prevent or slow down the evolution of diseases and increase the quality of the life of people affected by it, also through the modification of cultural models based on initiative or proximity medicine and on the involvement of caregivers.

*Objectives:* the ASL of Rieti has faced the double issue since 2018, having to overcome the double challenge of the effects of the devastating earthquake of 2016 and subsequently of the COVID19 pandemic.

The article describes and summarizes the experience conducted both as a strategic and managerial direction and as a middle management, to provide a concrete indication of the policies and tools to facilitate the integration of health and social services in the province.

*Methods:* starting from the review of the main elements of the scientific literature and from the demographic and epidemiological analysis of the two health districts, we proceeded with the remodeling of the health organization of local services and the strengthening of relations between hospital and territory.

*Results:* the Territorial Plan has been updated, as well as some Assistance Pathways and some management structures specifically intended for territorial governance have been established, namely the Observatory of Fragility and Chronicity, the Central for Social and Health Integration and the Central Operations Center.

*Conclusions:* the emergencies that exploded in the Rieti area, starting from the 2016 earthquake, accelerated the experimentation and improvement of networking methods, which were necessary for the management of complexity.

## Introduzione

La ASL di Rieti presenta un contesto particolare rispetto a quello delle altre ASL della Regione Lazio. È la provincia più montuosa, con 68 Comuni, molti di piccole e piccolissime dimensioni in quanto a numero di abitanti. Ha la popolazione più anziana della Regione e anche l'incidenza maggiore delle patologie croniche e con ampi settori di fragilità sociale. Inoltre è stata con i Comuni di Accumoli e Amatrice l'epicentro del sisma che ha colpito le Regioni centrali del Paese nel loro tratto appenninico nel 2016. (1)

Questo ha comportato danni rilevanti alle strutture sanitarie e sociosanitarie del territorio, imponendo una riflessione sui modelli di organizzazione dei servizi territoriali in una logica di prossimità, comunità, integrazione tra servizi sociosanitari della ASL e servizi sociali dei Comuni, nonché di appropriatezza delle cure, di continuità assistenziale e di gestione dei pazienti in particolare cronici e poli cronici in un approccio di presa in carico e di garanzie organizzative e professionali (2-4).

Fragilità e cronicità, dunque, oltre ad essere due condizioni contigue (5-6) (spesso la fragilità è una *proxy* della cronicità), sono aspetti dello stesso problema di fondo (7): il bisogno di assistenza a lungo termine, la cosiddetta *Long Term Care* (8-9) che richiede attività continuative ed eterogenee, soprattutto di prossimità, per prevenire e/o rallentare l'evoluzione delle patologie ed aumentare la qualità della vita delle persone che ne

sono affette, per garantire la sostenibilità e per migliorare la qualità dei servizi attraverso la loro riorganizzazione su modelli culturali basati sulla medicina di iniziativa e sulla riduzione della frammentazione dell'assistenza (10) che comprende sistema sanitario, sistema sociale, associazioni dei pazienti e i singoli cittadini con i loro *caregiver*, sempre più protagonisti dei percorsi di cura (11-12).

Il tema delle fragilità rappresenta significati e contenuti afferenti ad ambiti e *setting* diversi che ne connotano gli aspetti di trasversalità e di pluridimensionalità (12). Tali significati individuano anche la strategia necessaria (13-14). La trasversalità e la multidimensionalità costituiscono dunque il problema e al tempo stesso la soluzione, portando a individuare nelle cure integrate lo strumento utile per la produzione di benefici che non potrebbero pervenire con cure singole e/o parallele (15-16).

Alla luce della presenta pandemia di COVID19 sembra polarizzarsi sugli ospedali e in particolare sulle Unità di Terapia Intensiva (UTI) l'attenzione della opinione pubblica e dei professionisti come risposta principale all'impatto del virus sulla popolazione (17). Per altro il reatino con il livello di presenza di pazienti over 65 e l'alta concentrazione di RSA, ben 84, rispetto al resto della Regione, sembra rischiare di essere un facile terreno di cultura del virus.

In realtà la risposta alla pandemia si gioca sicuramente nelle UTI per i casi più gravi, ma la battaglia vera e propria è a livello delle pratiche di isolamento dei contagiati, della rottura delle catene di contagio, della prevenzione e del triage tramite le reti di cure primarie e intermedie non ospedaliere.

In base al dibattito e alle ricerche sul campo sulla natura e le modalità di trasmissione del COVID19 sembra che, fino al momento in cui avremo un vaccino o farmaci testati e somministrabili a livello di massa, dovremo necessariamente trovare le modalità più opportune per "*convivere*" con questo virus o altri successivi o derivati. Da tutto ciò discende che è necessario ripensare i modelli organizzativi e gestionali della sanità pubblica e "*accreditata*" sia per avere strutture e servizi dedicati ai pazienti COVID19 nei loro diversi bisogni di livelli di assistenza, sia per i pazienti acuti e per quelli cronici.

Questi diversi target dovranno avere percorsi "*differenziati*" e "*divisi*" con il massimo di garanzie di tutela della loro salute e organizzando i servizi in modo da ridurre al minimo possibile i loro livelli di rischio di contagio, senza penalizzare i pazienti acuti e cronici rispetto all'attuale centralità di quelli COVID19.

Il tutto sembra ovvio, ma in realtà comporta un grande processo di riorganizzazione e di trasformazione di scopi (missione) e di strategie (visione) dei servizi sia ospedalieri che territoriali con nuovi e più avanzati livelli di integrazione operativa.

## Obiettivi

Presentare in modo esaustivo l'esperienza svolta dal management della ASL di Rieti (18)

sia in quanto direzione strategica aziendale, che in quanto middle management durante l'insorgenza della pandemia Covid19, "*prima ondata*" della pandemia, e nell'avvio della recrudescenza della pandemia con l'avvio della "*seconda ondata*", nonché a fronte dei bisogni specifici preesistenti della popolazione della provincia caratterizzata da un target di over 65 superiore alla media regionale, da presenze di patologie croniche e poli croniche significative e da un numero di RSA superiore ai bisogni della popolazione residente e quindi con un bacino di utenza regionale. Il tutto anche a fronte dei danni economici, sociali e strutturali subiti dall'area con il sisma del 2016, che ha raso al suo parte significativa delle strutture sanitarie sociosanitarie della provincia.

Presentare l'esperienza di governo aziendale e di governo clinico basato sull'applicazione di modelli di presa in carico, continuità delle cure, costruzione di PDTA specifici in un approccio di filiera assistenziale integrata, costruendo alleanza con gli stakeholder del territorio e gli altri soggetti delle filiere su obiettivi di salute della popolazione condivisi.

Gli obiettivi specifici della Asl di Rieti sono stati (18-21):

- Riquilibrare la rete di offerta e l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate nei Distretti aziendali, secondo una declinazione adeguata alle realtà territoriali
- Attuare gli interventi previsti a livello nazionale (legge n.189/2012, Patto per la Salute 2014-2016) e regionale, riorganizzando il sistema delle cure primarie e l'assistenza territoriale
- Definire e adottare percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) sia a livello territoriale che ospedaliero e percorsi integrati ospedale – territorio
- Realizzare modelli di programmazione e gestione integrata delle cure.

Per l'area *territoriale colpita dal sisma*:

- Riprogettazione delle reti di cura e assistenziali nei territori colpiti dal sisma
- Miglioramento dell'assistenza sanitaria nelle vecchie e nuove aree di bisogni di salute
- Analisi delle situazioni di fragilità collegate agli effetti psicologici e sanitari del sisma
- Presa in carico delle situazioni emergenti e collegamento con i principali percorsi sanitari aziendali
- Arricchimento dell'offerta sanitaria nei luoghi del sisma anche attraverso l'utilizzo della telemedicina
- Ricostruzione della rete di assistenza socio-sanitaria preesistente.

Per l'area dell'*integrazione sociosanitaria*:

- Adottare strumenti di programmazione integrata per la presa in carico e la risposta ai bisogni della popolazione (PDZ, PAT, accordi di programma)
- Sviluppare un sistema integrato con gli Ambiti Sociali dei Comuni per servizi socio-

sanitari alla persona con cronicità nella ASL di Rieti che valorizzino la partecipazione della società civile e garantiscano equità di accesso e di prestazioni

- sperimentazione del budget di salute.

Per l'area della *organizzazione dell'assistenza ospedaliera*:

- Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per la presa in carico della persone con cronicità
- Creazione di reti multi-specialistiche ospedaliere
- Promozione dell'integrazione con il territorio assicurando la continuità assistenziale.

Ulteriori obiettivi generali da parte della ASL, comuni alle tre aree precedentemente indicate, sono:

- Sviluppo di modelli di programmazione, gestione e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza (Bassa, Media e Alta Complessità Assistenziale)
- Incremento di progetti di formazione dei team multi disciplinari
- Sviluppo di modelli che prevedano una risposta integrata sociosanitaria ai bisogni di salute
- Sperimentazione di modalità diverse di remunerazione delle prestazioni per la persona con malattia cronica.

## Metodi

Partendo dalla revisione dei principali elementi della letteratura scientifica e dalla analisi demografica ed epidemiologica dei due Distretti Sanitari, si è proceduto alla rimodulazione dell'organizzazione sanitaria dei servizi territoriali e al rafforzamento dei rapporti tra ospedale e territorio

### a) I modelli di integrazione e continuità nella ASL di Rieti

I modelli di integrazione/continuità assistenziale della ASL hanno trovato la loro configurazione concettuale nel *Chronic Care Model / Expanded Chronic Care Model* (ECCM) e nel *Disease Management* e la traduzione operativa nella progettazione e implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) e reti assistenziali “*dedicati*” e “*dedicate*” strumenti, ad oggi, ineludibili per perseguire gli obiettivi fondamentali dei sistemi sanitari (equità, appropriatezza, efficacia, efficienza) (22).

Questo attraverso:

- La promozione delle dinamiche di *clinical governance* e l'integrazione dei PDTA tra le diverse istituzioni coinvolte (strutture di medicina di base, ospedaliere, territoriali,

ambiti sociali ecc.) per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc) che spingono verso approcci multi disciplinari e forme di integrazione verticali (tra i diversi livelli assistenziali) e orizzontali (all'interno degli stessi livelli)

- Il coinvolgimento dei pazienti nell'autogestione della salute attraverso il *self-care* ed il *self-management*
- L'attivazione di processi di *bench-marking* e *bench-learning* al fine di permettere alle singole componenti della rete di disporre di informazioni e dati utili a promuovere processi di miglioramento gestionali, finanziari e qualitativi
- La razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri
- Il perseguimento di "*economie di scala*" grazie all'accentramento di alcune funzioni in staff (acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc).

#### **b) Evidenze scientifiche di sanità pubblica**

Nell' ECCM (24), gli aspetti clinici (individuali) sono integrati da quelli di sanità pubblica, implementati dalla ASL di Rieti, basati su un approccio "verso" la popolazione quali:

- Prevenzione primaria collettiva
- Attenzione ai determinanti della salute;
- Gli *outcome* non riguardano solo i pazienti, ma le comunità e l'intera popolazione.

Il modello ECCM più utilizzato è quello derivato da Kaiser Permanente (KP) (23-28), si fonda infatti su un sistema di stratificazione dei bisogni assistenziali modulato sulla complessità della persona assistita che consente di individuare per ciascun livello le figure coinvolte nel processo assistenziale.

Il bisogno assistenziale è stratificato su diversi livelli:

- *Assenza di rischio*: popolazione sana e quella esposta al rischio gestibile mediante attività di promozione della salute e di prevenzione primaria
- *Livello di rischio basso*: bisogno di assistenza sanitaria relativamente basso per una condizione di cronicità facilmente controllabile fornito dal team di professionisti dell'assistenza primaria.
- *Livello di rischio medio*: bisogno di assistenza più complesso per condizioni cliniche non perfettamente compensate e stabili in cui necessita un supporto strutturato attraverso una gestione specifica della patologia.
- *Livello di rischio alto*: bisogni complessi che richiedono un utilizzo intensivo di assistenza secondaria non pianificata ed una gestione attiva attraverso un case manager.
- *Livello cosiddetto di "fase terminale"*: bisogni complessi ricompresi nell'ambito delle cure di fine vita.

La gestione delle malattie croniche riguarda essenzialmente i tre Livelli Basso, Medio, Alto (vedi Figura 1).

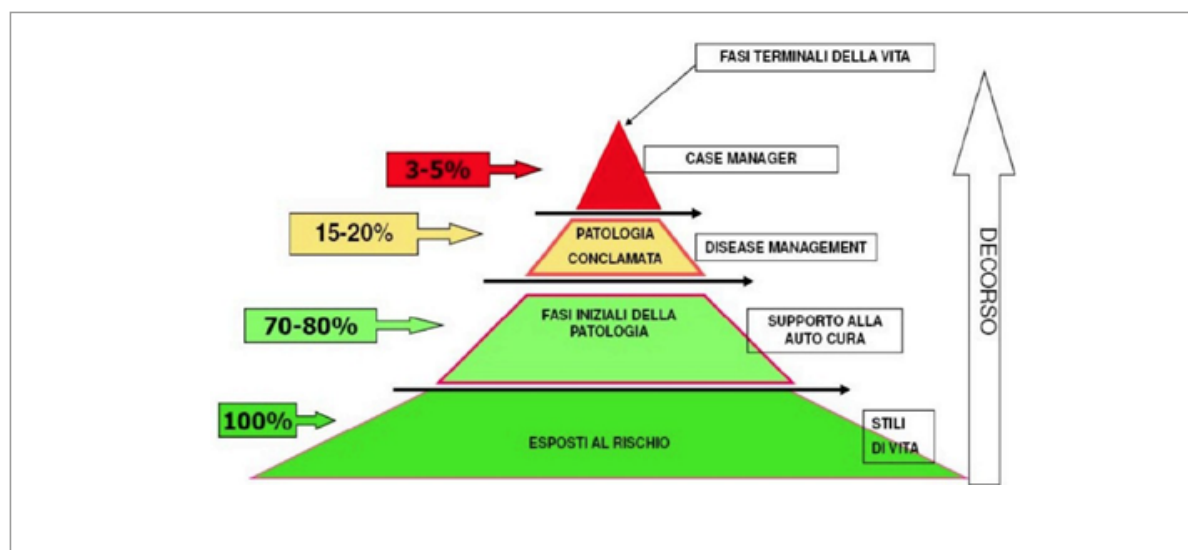


Figura 1 - La stratificazione della popolazione della provincia di Rieti in una logica di disease management

### c) Evidenze demografiche ed epidemiologiche

Gli indici demografici e di struttura della popolazione della Provincia di Rieti mostrano un quadro sostanzialmente in linea con l'andamento nazionale, ma con valori superiori a quelli regionali (29-34).

In generale, la provincia di Rieti:

- È al 25° posto su 107 province per età media
- È al 21° posto su 107 province per indice di vecchiaia
- È al 91° posto su 107 province per % di residenti con meno di 15 anni
- È al 27° posto su 107 province per % di residenti con più di 64 anni.

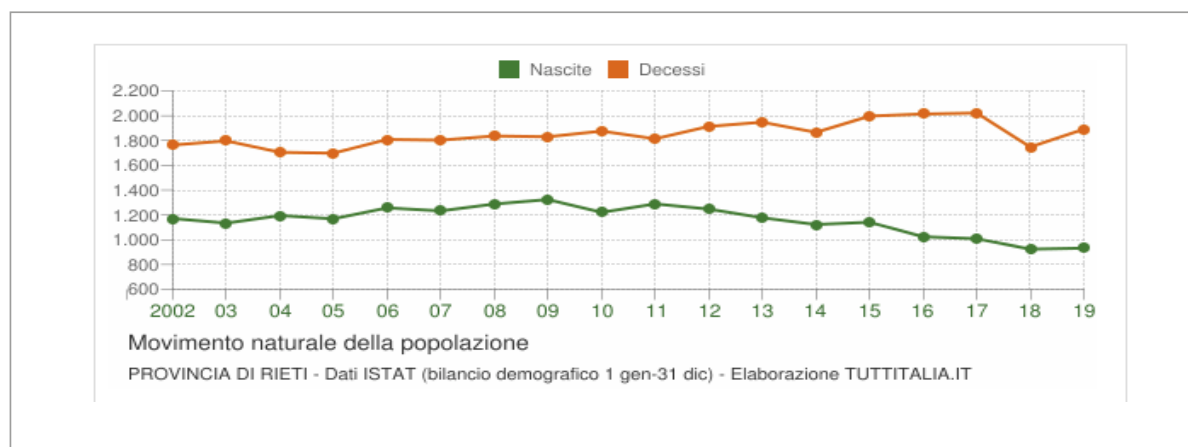


Grafico 1 - Saldo naturale della popolazione nella provincia di Rieti 2002-2019

| Anno | Data rilevamento      | Popolazione residente | Variazione assoluta | Variazione percentuale | Numero Famiglie | Media componenti per famiglia |
|------|-----------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|-----------------|-------------------------------|
| 2012 | 1 gennaio-31 dicembre | 1.247                 | -42                 | 1.914                  | +100            | -667                          |
| 2013 | 1 gennaio-31 dicembre | 1.177                 | -70                 | 1.948                  | +34             | -771                          |
| 2014 | 1 gennaio-31 dicembre | 1.123                 | -54                 | 1.866                  | -82             | -743                          |
| 2015 | 1 gennaio-31 dicembre | 1.141                 | +18                 | 1.997                  | +131            | -856                          |
| 2016 | 1 gennaio-31 dicembre | 1.024                 | -117                | 2.014                  | +17             | -990                          |
| 2017 | 1 gennaio-31 dicembre | 1.008                 | -16                 | 2.022                  | +8              | -1.014                        |
| 2018 | 1 gennaio-31 dicembre | 924                   | -84                 | 1.748                  | -274            | -824                          |
| 2019 | 1 gennaio-31 dicembre | 932                   | +8                  | 1.891                  | +143            | -959                          |

(<sup>1</sup>) bilancio demografico pre-censimento 2011 (dal 1 gennaio al 8 ottobre)  
 (<sup>2</sup>) bilancio demografico post-censimento 2011 (dal 9 ottobre al 31 dicembre)  
 (<sup>3</sup>) bilancio demografico 2011 (dal 1 gennaio al 31 dicembre). È la somma delle due righe precedenti.

Tabella 1 - Andamento popolazione provincia di Rieti 2012-2019

La tabella 1 presenta una analisi induttiva circa la distribuzione delle principali patologie croniche nella popolazione residente presso la ASL di Rieti in base agli indici di prevalenza delle patologie croniche (Fonte ISTAT) calcolate a popolazione costante sulla popolazione residente a Rieti e provincia.

Applicando l'algoritmo della "piramide del rischio" sui pazienti del target di patologia considerato abbiamo una suddivisione per livelli di complessità assistenziale (Tabella 2), che sono stimabili in:

- Bassa Complessità Assistenziale dal 70% all'80%
- Media Complessità Assistenziale dal 15% al 20%
- Alta Complessità Assistenziale dal 3% al 5 % (vedi Tabella 3).

Il Dipartimento di Epidemiologia del Lazio "DEP Lazio" ha inviato alle ASL della Regione i dati "grezzi" della fragilità/cronicità in base ai consumi di diagnostica, specialistica e farmaceutica per territori di riferimento e popolazione residente. Tali dati sono resi accessibili dal Dipartimento di Epidemiologia sullo specifico sito della Regione Lazio.

In sede ASL questi dati sono stati elaborati in base a "filtri" per patologie per ricostruire i target di popolazione per patologie croniche prevalenti e ricostruire le relative piramidi di rischio della popolazione considerata.

Questa è l'attività prioritaria affidata all'Osservatorio Fragilità e Cronicità della ASL di Rieti, come di seguito specificato.

#### d) Le scelte programmatiche e verso la cronicità e la fragilità

La ASL ha attivato una riorganizzazione dei servizi per cronicità e fragilità nei territori di sua competenza attraverso l'assunzione nel 2018 di un "Piano delle cronicità", in corso di aggiornamento nel 2020, e la redazione di PDTA, Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali, per pazienti cronici e acuti (BPCO, Diabete, Scompenso cardiaco, Artrite



| Patologie croniche                  | % Italia | Maschi Rieti | Cronici | % Italia | Femmine Rieti | Cronici | Totale Rieti |
|-------------------------------------|----------|--------------|---------|----------|---------------|---------|--------------|
| Diabete                             | 5,3      | 77.648       | 412     | 4,8      | 79.780        | 383     | 794          |
| Ipertensione                        | 17,1     | 77.648       | 1.328   | 18,9     | 79.780        | 1.508   | 2.836        |
| Infarto miocardio                   | 2,8      | 77.648       | 217     | 0,8      | 79.780        | 64      | 281          |
| Angina pectoris e altre             | 4,7      | 77.648       | 365     | 5,4      | 79.780        | 431     | 796          |
| Ictus, emorragia cerebrale          | 1,6      | 77.648       | 124     | 1,6      | 79.780        | 128     | 252          |
| Bronchite cronica, enfisema         | 4        | 77.648       | 311     | 3,5      | 79.780        | 279     | 590          |
| Asma                                | 4,3      | 77.648       | 334     | 4,2      | 79.780        | 335     | 669          |
| Malattie della Tiroide              | 1,9      | 77.648       | 148     | 10       | 79.780        | 798     | 945          |
| Artrosi artrite                     | 11,8     | 77.648       | 916     | 23       | 79.780        | 1.835   | 2.751        |
| Osteoporosi                         | 1,6      | 77.648       | 124     | 11,2     | 79.780        | 894     | 1.018        |
| Tumore (incluso linfoma e leucemia) | 1,8      | 77.648       | 140     | 2,2      | 79.780        | 176     | 315          |
| Tumore maligno in passato           | 1,8      | 77.648       | 140     | 3,8      | 79.780        | 303     | 443          |
| Parkinsonismo                       | 0,5      | 77.648       | 39      | 0,4      | 79.780        | 32      | 71           |
| Alzheimer, demenze senili           | 0,8      | 77.648       | 62      | 1,5      | 79.780        | 120     | 182          |
| Depressione e ansia                 | 2,8      | 77.648       | 217     | 6,2      | 79.780        | 495     | 712          |
| Disturbi comportamento alimentare   | 2,7      | 77.648       | 210     | 3,2      | 79.780        | 255     | 465          |
| Disturbi dello Spettro Autistico    | 3,5      | 77.648       | 272     | 3,5      | 79.780        | 279     | 551          |
| Insufficienza renale                | 1,8      | 77.648       | 140     | 1,1      | 79.780        | 88      | 228          |
| Celiachia                           | 0,6      | 77.648       | 47      | 0,5      | 79.780        | 40      | 86           |
| Totale pazienti cronici stimati     |          |              | 5.544   |          |               | 8.441   | 13.985       |

Tabella 2 - Stima incidenza patologie croniche nazionali x 1.000 abitanti su popolazione Rieti, dati ISTAT 2017 prevalenza delle singole patologie a costanza di popolazione

| Livelli di Complessità Assistenziale | Minimo | Massimo | Minimo | Massimo |
|--------------------------------------|--------|---------|--------|---------|
| Bassa Complessità Assistenziale      | 3.881  | 4.435   | 5.909  | 6.753   |
| Media Complessità Assistenziale      | 832    | 1.109   | 1.266  | 1.688   |
| Alta Complessità Assistenziale       | 166    | 277     | 253    | 422     |

Tabella 3 - Distribuzione dei pazienti cronici stimati in provincia di Rieti per livelli di complessità assistenziale, vedi modello Kaiser Permanente.

reumatoide, Allergie pediatriche, Pazienti oncologici, Donne che hanno subito violenze). Gli obiettivi strategici della ASL di Rieti (disabilità- cronicità - non autosufficienza) sono relativi a:

- Riduzione della ospedalizzazione
- Promozione della permanenza a domicilio
- Sostegno ai nuclei familiari nelle responsabilità di cura
- Promozione dell'autonomia e di una vita indipendente
- Accessibilità ai servizi territoriali
- Promozione di interventi a programmazione individuale e autogestita
- Sviluppo della continuità assistenziale
- Sviluppo del Piano per le cronicità.

Al fine di realizzare gli obiettivi suddetti, sulla base delle indicazioni regionali e in linea con i modelli organizzativi (ECCM-KP ed Innovative ECCM), sopra richiamati, previsti per la cronicità nel PNC e nel DCA regionale specifico, l'Azienda di Rieti ha sviluppato i seguenti servizi:

- Assistenza domiciliare integrata
- Assistenza di prossimità
- Infermiere di comunità
- Assistente sociale di comunità
- Équipe multi specialistiche ospedale-territorio anche itineranti.

I Percorsi clinici e di assistenza (PDTA e percorsi integrati) sono gli strumenti necessari al supporto del processo di cambiamento e di sviluppo organizzativo aziendale.

Quanto sopra in presenza della pandemia Covid19 comporta una attenzione particolare a “disegnare” gli obiettivi strategici della ASL rendendoli sostenibili anche a fronte della priorità Covid19 con attenta allocazione di risorse professionali e tecnologiche e rivedendo procedure e percorsi di cura in modo da dare garanzie di qualità e sicurezza agli operatori sanitari e sociali e ai pazienti (35-38).

#### **e) Azioni organizzative**

Le principali azioni organizzative sono state:

1. Riorganizzazione/accorpamento dei Distretti sociosanitari
2. Redazione di ulteriori PDTA per portatori di Disturbi del Comportamento Alimentare, di Obesità e DAI
3. Progettazione e implementazione della COISS, Centrale Operativa per l'Integrazione tra Servizi Sociosanitari della ASL e Sociali dei Comuni
4. Progettazione e implementazione di un Osservatorio su Fragilità e Cronicità
5. Approvazione del Piano Aziendale Territoriale per l'integrazione ospedale-territorio e la continuità assistenziale

## 6. Realizzazione di una COA, Centrale Operativa Aziendale.

*1 - La A.S.L. di Rieti così come ridisegnata dall'ultimo Atto Aziendale del 2016, è costituita da due Distretti Sociosanitari:*

- Distretto n. 1 - Rieti, Antrodoto, S. Elpidio, nato dalla fusione dei tre ex Distretti Sanitari, n.1 Montepiano Reatino, n.4 Salto-Cicolano e n.5 Alto-Velino, ha una popolazione complessiva, al 01/01/2016, di 96.211 abitanti (61% circa della popolazione provinciale)
- Distretto n. 2 - Salario, Mirtense, comprende i due ex Distretti Sanitari, n.2- Mirtense e n.3-Salario, e ha una popolazione complessiva, al 01/01/2016, di 62.256 abitanti (39% circa della popolazione provinciale).

Al Distretto la ASL affida una funzione di committenza/tutela nel sistema delle Cure Primarie, e tramite il Distretto implementa un'organizzazione adeguata (tra MMG/PLS, medici specialisti, infermieri, altre figure professionali) e sviluppa una progettualità prevedendo percorsi dedicati ai pazienti più complessi (ambulatori per follow-up attivo, day service ambulatoriale, etc), ed anche una diversa organizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale in funzione anche della cronicità.

*2 - la ASL si è dotata di PDTA per pazienti cronici e acuti BPCO, Diabete, Scompenso cardiaco, Artrite reumatoide, Allergie pediatriche, Pazienti oncologici, Donne che hanno subito violenze), nonché i PDTA per portatori di Disturbi del Comportamento Alimentare, di Obesità e DAI e per pazienti Oncologici.*

I PDTA hanno definito al loro interno sia le procedure di *"presa in carico"* (il profilo di patologia come *"soglia"* di reclutamento dei singoli pazienti) sia le condizioni della *"continuità assistenziale"* tra reparti ospedalieri, reti di cure primarie, residenze e semi residenze e strutture intermedie. Inoltre sono state definite le condizioni per garantire la *"continuità relazionale"* (rapporto operatori sanitari e sociali con singolo paziente), la *"continuità assistenziale"* (rapporto tra *setting* diversi per singolo paziente) e la *"continuità informativa"* sul singolo paziente reclutato. Infine con la definizione di set di indicatori organizzativi, di processo e di esito e con il loro inserimento tra gli obiettivi di budget per singola UUOO coinvolta nei PDTA stessi si collegano strumenti di governance clinica con quello di *governance organizzativa ed economico finanziaria* in un approccio sistemico e integrato di gestione aziendale.

Tutti i PDTA sono in via di implementazione all'interno della organizzazione della ASL di Rieti. Una volta a regime saranno oggetto di audit organizzativi e clinici periodici sia per implementarne la redazione stessa che le prassi assistenziali connesse.

*3 - la COISS, Centrale Operativa per l'Integrazione Socio Sanitaria, è una articolazione*

“funzionale” della ASL di Rieti che coordina le seguenti articolazioni aziendali già definite dalla Direzione Generale della ASL con proprie delibere specifiche:

1. Cabina di Regia per la gestione e il monitoraggio dei PUA
2. Ufficio sociosanitario della ASL
3. Coordinamento Centrali Operative ADI (CAD) presso i Distretti socio sanitari della ASL
4. Coordinamento Aree Interne: Servizi di prossimità e Farmacie di Comunità
5. Cabina di Regia per la gestione dei PDTA per pazienti cronici
6. Coordinamento cronicità nelle età evolutive
7. Coordinamento cronicità e percorsi integrati in età evolutiva
8. Osservatorio sulla popolazione fragile e cronica.

I compiti attribuiti alla COISS sono:

- Coordinamento delle suddette articolazioni aziendali con modalità “funzionale”
- Analisi dei bisogni della popolazione per target di popolazione omogenei per profili di patologia, per mono o poli cronicità, per livelli di complessità assistenziale (piramidi di rischio specifiche), nonché in base alla estrazione di dati per profili di consumi sanitari, socio sanitari e sociali dall’Anagrafe Sanitaria (SOGEI) relativa alla Regione Lazio e alla Provincia di Rieti
- Pianificazione, progettazione e implementazione delle reti sociosanitarie della ASL in integrazione con le reti di servizi sociali degli Ambiti territoriali della Provincia di Rieti in rapporto con la Direzione Generale aziendale
- Progettazione, gestione implementazione di nuovi modelli di servizi di prossimità in ambito sociosanitario e sociale
- Progettazione integrata a supporto delle attività delle articolazioni aziendali e degli Ambiti Territoriali suddetti su fonti di finanziamento UE, nazionali e regionali
- Pianificazione delle attività delle suddette articolazioni aziendali in rapporto con la Direzione Generale della ASL, con le Direzioni dei Distretti Socio sanitari aziendali e con le Direzioni degli Ambiti Territoriali della Provincia di Rieti
- Progettazione, gestione, implementazione di data repository della ASL e degli Ambiti Territoriali sui flussi informativi rivenienti dalle attività svolte dalle reti sociosanitarie e sociali
- Progettazione, gestione e implementazione dei rilevazioni periodiche della offerta di servizi sociosanitari e sociali da parte della ASL, degli Ambiti Territoriali, da soggetti terzi del terzo Settore, del Volontariato, della Cooperazione Sociale, dell’Associazione dei malati (realizzazione e aggiornamento periodico del backup PUA)
- Censimento e data repository dei progetti a valenza sanitaria e sociale che intervengono a vario titolo sul territorio della Provincia di Rieti nell’ambito di programmi di finanziamento UE, Nazionale e regionali con relativa banca dati e verifica degli stati di avanzamento degli stessi

- Progettazione e gestione di procedure integrate di monitoraggio attivo e in progress delle performance e delle evidenze delle reti socio sanitarie della ASL e delle reti di servizi sociali degli Ambiti Territoriali della Provincia di Rieti
- Monitoraggio, valutazione e controllo delle attività svolte dalle reti socio sanitarie della ASL e dalle reti di servizi sociali degli Ambiti Territoriali della Provincia di Rieti
- Reportistica alla Direzione Generale aziendale, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari della ASL e degli Ambiti Territoriali, agli stakeholder territoriali, nonché ai soggetti del Terzo Settore, del Volontariato e della Cooperazione Sociale sulle attività suddette.

Quanto sopra in coerenza anche con gli obiettivi del Programma “*Obiettivi di Piano*” della Regione Lazio.

4 - *l'Osservatorio Fragilità e Cronicità* della ASL ha i seguenti obiettivi:

- Individuare gli obiettivi significativi e gli standard centrati sul benessere del paziente, l'assegnazione di responsabilità professionali, i risultati attesi presenti negli atti di policy sanitaria e sociale nel Reatino, assunti da Regione Lazio, ASL e Enti Locali e loro Ambiti Territoriali.

Costruire un database strutturato provinciale e per Ambiti Territoriali, incrociando le fonti dati esistenti e tramite eventuali analisi a campione su target sensibili della popolazione del Reatino, per fornire un quadro di sintesi di:

- Analisi dei bisogni della popolazione sanitari e sociali e loro trend di sviluppo
- Mappatura delle offerte di servizi sanitari, sociosanitari e sociali presenti negli Ambiti Territoriali e dei loro contenuti assistenziali
- Analisi dei volumi di prestazioni erogate nel Reatino dai soggetti erogatori sanitari, sociosanitari e sociali
- Analisi dei progetti a valenza socio sanitaria e sociale in essere nel Reatino, finanziati da fonti Unione Europea, Ministeri, Regione Lazio e Enti locali
- Svolgere, partendo da quanto sopra indicato, analisi di tendenze e proiezioni epidemiologiche, economiche, demografiche, sociali per sostenere politiche attive di prevenzione e di prossimità
- Raccogliere letteratura, buone pratiche, evidenze sul tema dell'integrazione fra i servizi alla persona preposti alla tutela della salute e del benessere delle persone e delle comunità
- Analizzare i sistemi di classificazione delle strutture/servizi individuati sulla base delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali e dei servizi e delle prestazioni da loro erogabili
- Svolgere, come derivata di quanto sopra, una analisi di contesto nel Reatino sulle filiere assistenziali osservate individuando quadri normativi, risorse impegnate, mandati, attori e utenti

- Analizzare i diversi modelli di reti di assistenza sanitaria, socio assistenziale e sociale, i loro punti di forza e di debolezza, le possibili proposte di miglioramento, le migliori pratiche di riferimento pro tempore nelle filiere assistenziali osservate
- Supportare con dati e studi di specie la sperimentazione di nuove modalità di organizzazione e erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali nel Reatino
- Validare e diffondere i nuovi modelli organizzativi e gestionali dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali come da obiettivi strategici della Regione Lazio.

I materiali raccolti e le elaborazioni conseguenti vengono proposti alle Istituzioni, agli Enti, alle Organizzazioni, alle Aziende pubbliche e private, sociali e no profit, alle Associazioni che lavorano sul tema, come guida per la costruzione, utilizzo e la valutazione dei propri programmi, supportata da banche dati, osservatori, buone pratiche validate, nomenclatori, e glossari.

5 - *il PAT, Piano Aziendale Territoriale*, ha come obiettivo generale la garanzia della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, seppure con modalità organizzative alternative e con la necessaria flessibilità e modularità dettate dall'attuale scenario sanitario.

Il Piano Aziendale Territoriale è volto a tutelare gli specifici bisogni sanitari e sociosanitari degli assistiti e garantire le necessarie misure di sicurezza indicando, per alcuni ambiti assistenziali e laddove opportuno, anche le possibili prestazioni erogabili in presenza del paziente o da remoto, tenendo conto dei profili di bisogno degli utenti. Ad oggi, i servizi sanitari e sociosanitari sono chiamati a gestire l'impatto della riapertura delle attività a favore dei cittadini da loro assistiti, che presentano caratteristiche di fragilità, disabilità e non autosufficienza, ivi incluse le persone con disturbo mentale, con disturbo da abuso di sostanze e/o *addiction* e le persone seguite dai servizi dei consultori che, nel precedente periodo hanno visto ridefinito e rimodulato i loro piani assistenziali, anche con il ricorso a nuove modalità di erogazione delle prestazioni, utilizzando strumenti di ICT.

I servizi territoriali della ASL prevedono modalità organizzative flessibili e modulabili anche per quanto riguarda le risorse impegnate, tenendo in considerazione l'evoluzione della curva epidemiologica in un arco temporale non definibile a priori.

6 - *il COA, Centrale Operativa Aziendale*, fa riferimento al Piano Regionale che individua come strumenti rivolti a favorire la continuità assistenziale le "Centrali Operative (aziendali e sovra aziendali), la revisione delle funzioni del Bed Manager, e il "percorso assistenziale integrato" dotato di un sistema informatico.

Le Centrali Operative costituiscono un volano proattivo per il cambiamento organizzativo dell'integrazione Ospedale-Territorio secondo un modello che prevede due livelli, *Centrale Aziendale (COA) e Centrale Regionale Acuzie-Post-Acuzie (COR-APA)*, coordinati tra loro secondo criteri condivisi e percorsi strutturati.

L'obiettivo di questa modalità organizzativa è garantire la continuità del percorso di cura con le seguenti finalità:

- Equità di accesso con la definizione di una lista d'attesa unica
- Priorità definite secondo la complessità clinica
- Strumenti di valutazione omogenei
- Utilizzo del setting assistenziale più appropriato
- Maggiore tempestività nei cambi di setting
- Ottimizzazione delle risorse nei diversi setting assistenziale.

Le Centrali Operative sono strutture funzionali gestite da un team di figure professionali con diverse competenze, sanitarie e sociali, coordinate e attive secondo un programma organizzativo definito a livello aziendale e sovra-aziendale, dotate della tecnologia necessaria a gestire le piattaforme informatiche.

Inoltre sono stati inseriti con contratti a termine decine di giovani professionisti Assistenti Sociali e Psicologi Sociali per rinforzare l'organico di servizi di *front end* sia nell'Ospedale "De Lellis" di Rieti che in tutte le strutture intermedie e nei servizi territoriali.

Attivando fondi per le Aree Interne sono stati predisposti progetti per reti di prossimità istituendo le figure dell'"Infermiere di Comunità", della "Ostetrica di Comunità" e della "Farmacia di Servizi" da sperimentare nelle aree interessate dal sisma, ma da poi generalizzare in tutto il reatino.

#### **f) Sanità digitale nella "governance" della cronicità**

La *Telemedicina* in permanenza della pandemia Covid19 è un utile supporto per garantire un rapporto equo e appropriato verso i pazienti a domicilio, garantendo sicurezza ai pazienti e agli operatori sanitari e sociali.

Le azioni che la ASL sta sviluppando relative alla sanità digitale sono:

1. *Telemedicina Specialistica*: come varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari.
2. *Teleassistenza*: caratterizzata dalla presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di "supporto" da parte di un centro servizi ed ha quindi un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale.
3. *Telesoccorso e emergenza urgenza*: nell'attuale contesto pandemico sono supporti fondamentali per seguire da remoto, con il supporto di eventuali case *giver*, pazienti Covid19 o in quarantena da assistere a domicilio con possibilità di monitoraggio h24 dei loro parametri vitali tarati su quelli osservati su pazienti Covid19 in modo da atti-

vare un sistema di “*allert*”. Tali supporti, oltre a consentire di trattare in tempo reale i pazienti in osservazione, consente anche di ottimizzare l’uso del personale disponibile finalizzandone gli interventi sui casi veramente critici.

La ASL di Rieti sta operando il collegamento tra la rete informatica dei Medici di Medicina Generale e il cruscotto direzionale aziendale che consentirà alla COISS (Centrale Operativa per l’Integrazione Socio Sanitaria) (2) di incrociare le informazioni essenziali dei pazienti con le prescrizioni specialistiche e la ricetta elettronica ottenendo un realistico accorciamento delle distanze (Figura 2).

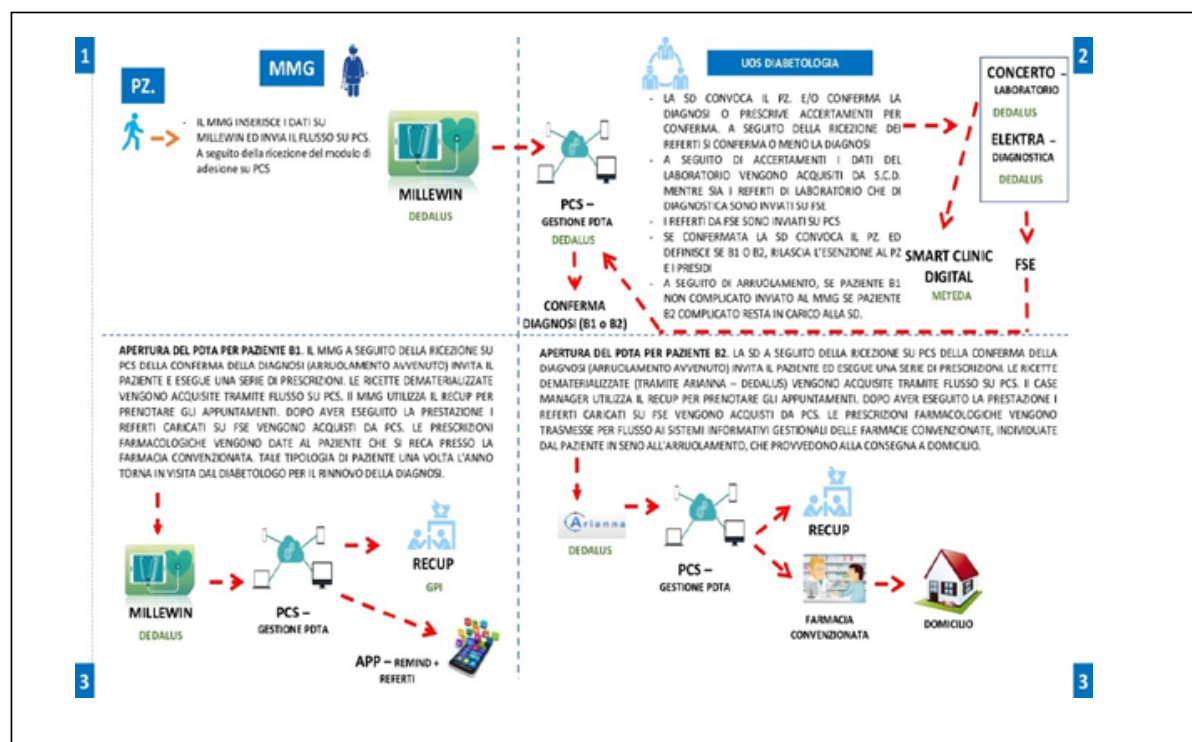


Figura 2 – Algoritmo del modello di sanità digitale della ASL di Rieti

## Conclusioni

La rivisitazione della *governance* aziendale del sistema sanitario reatino (ma il discorso è estensibile a tutti) non è solo un fattore opportuno in questo momento, ma dirimente rispetto a questioni annose incardinate in strutture inclini al mantenimento di procedure consolidate, ma poco efficaci rispetto ai bisogni di salute di una popolazione con alta presenza di elementi di fragilità e cronicità.

Se la missione di una azienda cambia nel tempo in quanto legata alla produzione di servizi legati ai bisogni di salute della popolazione, che sono sempre in divenire, ciò che deve evolvere sono anche i valori e le visioni, sempre più legati alla persona, che diviene il fulcro centrale (*patient centered*) su cui ruota la riorganizzazione dei servizi sanitari e



sociali e la qualità della vita in una prospettiva psico-socio-economica.

Proprio le emergenze che sono esplose nel territorio reatino, a partire dal sisma 2016, e che hanno avuto forte impatto sui cittadini e coinvolto tutti gli attori della nostra comunità, hanno, nella destabilizzazione generale, accelerato la sperimentazione e il perfezionamento di prassi di lavoro in rete che sono risultate necessarie per la gestione della complessità e per ritrovare gli equilibri necessari a far fronte alle molteplici esigenze.

La ASL di Rieti è di fatto un laboratorio *in divenire* di modelli organizzativi, politiche, procedure e strumenti per implementare le attività di presa in carico, continuità assistenziale verso i pazienti fragili e cronici in una ottica di filiere assistenziali e di integrazione ospedale territorio e di alleanze con gli altri erogatori terzi su obiettivi di salute della popolazione assistita.

#### Bibliografia

1. ASL Rieti - COISS, Centrale Operativa per l'Integrazione socio sanitario, Asl di Rieti, Rev. 2020, in corso di deliberazione.
2. Ramsey A, Fulop N. The Evidence Base for Integrated Care. King's Patient Safety and Service. London: Quality Research Centre; 2008.
3. Ricciardi W, Specchia L. Il malato complesso: possibili modelli di management, Milano: Istituto di Sanita Pubblica, Universita Cattolica del Sacro cuore; 2013.
4. European Commission A compilation of good practices. European Innovation Partnership on active and healthy ageing. Replicating and Tutoring Integrated Care for Chronic Diseases, Including Remote Monitoring at Regional Level; 2013.
5. Laurent DD, Holman HR. Evidence suggesting that a chronic disease selfmanagement program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med. Care* 1999; 37:( 5-14).
6. Banchieri G. a cura di e Autore, Raccomandazione SIQuAS su "Requisiti di qualita nell'integrazione tra sanità e sociale". Milano: Franco Angeli Editore; 2013.
7. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N. Engl. J. Med* 2007; 357: 181-190. doi:10.1056/NEJMSr065990.
8. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *Int. J. Integr. Care* 2005; 5. doi:10.5334/ijic.134.
9. Banchieri G, D'Innocenzo M. Fragilita e Cronicita: policy e strumenti nella Asl di Rieti. Roma: COM srl Editore; 2020.
10. Busse R., Blumel M., Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges. Geneve: WHO Regional Office Europe; 2010.
11. Al-Abri, R. Managing change in healthcare. *Oman Med. J.* 2007; 22, 9-10.
12. ASL Rieti - PDTA pazienti cronici della ASL di Rieti, Delibera n, 265 del 22.03.2019.
13. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst. Rev.* 2015; 4, 1. doi:10.1186/2046-4053-4-1.
14. Light D, Dixon M, Making the NHS more like Kaiser Permanente *BMJ* 2004; 328:763
15. Ovretveit, J, Hansson J, Brommels M. An integrated health and social care organization Sweden: creation and structure of a unique local public health and social care system *Health Policy* 2010;

- Oct;97(2-3):113-21.
16. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?, in *Eff. Clin. Pract. ECP* 1998; 1: 2-4.
  17. Banchieri G, Mariantoni S. Ripensare i servizi in una ipotesi di convivenza con pandemie virali. *Quotidiano Sanita*, 31 marzo 2020.
  18. ASL Rieti - COA, Centrale Operativa Aziendale, Asl di Rieti, Rev. 2020, in corso di deliberazione;
  19. ASL Rieti - Piano Cronicità Asl di Rieti 2020, Determina 11 del 14.01.2019;
  20. ASL Rieti - Osservatorio Fragilità e Cronicità della ASL di Rieti, Rev. 2020, in corso di deliberazione;
  21. ASL Rieti - PAT, Piano Aziendale Territoriale, Protocollo n. 65004 del 15.10.2020;
  22. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q.* 1999;77(1):77-110, iv-v.
  23. Hutchinson SL, Lauckner H, Recreation and collaboration within the Expanded Chronic Care Model: working towards social transformation, *Health Promotion International*, 2020; 35(6)1531-1542 <https://doi.org/10.1093/heapro/daz134>
  24. Devers KJ, Shortell SM, Gillies RR., Anderson DA, Mitchell JB, Erickson KL. Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Manage. Rev.* 1994; 19: 7-20.
  25. Browne G, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Kertyzia J, Loney P. Conceptualizing and validating the human services integration measure. *Int. J. Integr. Care* 2004; 4. doi:10.5334/ijic.98.
  26. Wang BB, Wan TTH, Clement J, Begun J. Managed Care, Vertical Integration Strategies and Hospital Performance, in *Health Care Manag. Sci.* 2001; 4: 181-191. doi:10.1023/A:1011492731396.
  27. Simoens S, Scott A. Integrated primary care organizations: to what extent is integration occurring and why? *Health Serv. Manage. Res.* 2005; 18: 25-40. doi:10.1258/0951484053051951.
  28. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002a; 288: 1909-1914.
  29. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS., London: Nuffield Trust; 2011.
  30. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. (2002), Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch. Intern. Med.* 2002; 162: 2269-2276.
  31. Bonatti, M.L. La gestione della cronicità nel setting della Medicina Generale. Servizio Sanitario Nazionale, Regione Abruzzo; 2012.
  32. W.H. O(2008), Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report, World Health; 2008.
  33. Ministero Salute - Piano Nazionale Cronicità, Ministero Sanità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.
  34. Regione Lazio - Linee Guida Regione Lazio per Piano Cronicità, DCA U00046\_08:02\_2018;
  35. Banchieri G. et al Ospedali di Comunità, Case della Salute, cure primarie: esperienze regionali e confronti. Perugia: Jollie Editore; 2019.
  36. Banchieri G. et al. Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali: Il caso dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari. Perugia: COM Editore; 2018.
  37. Banchieri G, Dal Maso M. Per la Fase 2 non basta osservare le curve epidemiologiche, servono analisi costi/benefici. *Quotidiano Sanita*, 29 aprile 2020.
  38. Banchieri G, Vannucci A. Dalla pandemia Covid-19 nuovi modelli di assistenza, di appropriatezza e di accreditamento. *Quotidiano Sanita*, 16 aprile 2020.

*Conflitti di interesse dichiarati:* nessuno