

Medicina di prossimità

l'esperienza dell'Asl 3 Nuoro

L'esperienza dell'Asl 3 Nuoro nella presa in carico dei pazienti cronici ha dimostrato che è possibile ridurre i ricoveri in ospedale migliorando la sicurezza dei pazienti, privilegiando il domicilio come principale luogo di cura e portando risparmio economico e gradimento di pazienti e familiari

Paolo Cannas - Direttore generale Asl 3 Nuoro, presidente Federsanità Sardegna



KEYWORDS

pazienti cronici
medicina di prossimità
chronic patients
proximity medicine

L'Asl 3 è una delle otto Aziende Sanitarie Locali della Sardegna e copre un'ampia area che include quattro distretti e diverse strutture ospedaliere. Occupa un territorio di 3.934 km² e comprende 52 Comuni, la maggior parte dei quali conta meno di 2.000 abitanti. Quest'area è caratterizzata da una complessa morfologia del territorio, principalmente montuosa, che rende le comunicazioni interne e l'accesso ai servizi sanitari particolarmente difficili. La densità di popolazione è estremamente bassa: 37,30 abitanti/km². Questo quadro non è molto diverso da quello di molte altre zone interne della penisola. La piramide dell'età della popolazione di Nuoro rivela un invecchiamento progressivo. Questo fenomeno ci obbliga a considerare il target sanitario a cui dobbiamo dare risposta, tenendo conto che con l'aumentare dell'età ci sarà un incremento delle patologie correlate all'invecchiamento e dei relativi costi associati, che rischiano di mettere a repentaglio la sostenibilità del Sistema Sanitario, attualmente non adeguatamente organizzato per far fronte a questa sfida sanitaria.

Medicina di prossimità come risposta alla cronicità

L'aumento della popolazione anziana creerà una sempre crescente domanda di assistenza sanitaria legata in prevalenza a patologie croniche, le quali, se trascurate, possono portare a complicazioni e ricoveri. L'aumento dei ricoveri per patologie croniche, spesso non necessari, contribuisce al sovraccollamento dei reparti ospedalieri, soprattutto quelli di Cardiologia, Medicina Generale e Geriatria, con situazioni che ormai siamo abituati a vedere e in cui i letti vengono posizionati persino nei corridoi quando i posti letto ufficiali sono occupati. È necessario, quindi, trovare il modo di anticipare questi problemi e adottare approcci innovativi per affrontarli. Attualmente, i processi sanitari si

Asl 3 Nuoro's experience in taking care of chronic patients has shown that it is possible to reduce hospital admissions by improving patient safety, favouring the home as the main place of care and bringing cost savings and satisfaction to patients and families.

basano sull'attesa, con il medico di base, l'ospedale e i servizi territoriali che attendono il paziente per intraprendere un percorso di cura. Questo approccio genera un senso di "responsabilità attiva" nei pazienti rispetto alla propria salute, che si traduce anche in frequenti accessi impropri ai Pronto Soccorso e quindi a ricoveri ospedalieri, aumentando spesa sanitaria, complicanze e mortalità dei pazienti. Con questa organizzazione l'intervento sanitario avviene solo quando ormai il problema di salute è conclamato e le malattie croniche si trasformano in acuzie. In questa analisi va considerata anche la grave carenza di personale sanitario sul territorio nazionale, soprattutto nelle aree interne distanti dai grandi centri urbani, come quelle di pertinenza dell'Asl 3 di Nuoro, in cui anche la viabilità è problematica. Le aree interne risultano perciò disagiate e bisognose di attenzione maggiore rispetto alle aree urbane, dove si trovano i maggiori poli ospedalieri regionali. Per superare queste sfide è necessario adottare una nuova modalità proattiva di presa in carico dei pazienti cronici basata sulla medicina di prossimità, ossia la medicina portata direttamente a domicilio del paziente. Questo approccio richiede lo sviluppo di sistemi di telemedicina e teleassistenza attraverso tecnologie di monitoraggio da remoto che garantiscano un'assistenza sanitaria adeguata presso il luogo di residenza del paziente.

La mappatura dei processi

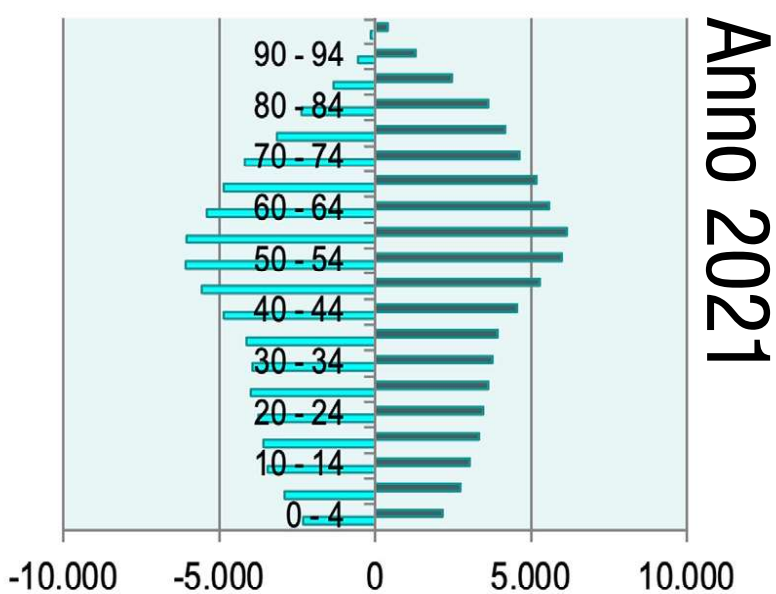
Per incidere in modo efficace e strutturato sull'organizzazione, l'approccio all'Asl 3 di Nuoro ha previsto la mappatura dei processi clinici e logistici che stanno alla base della medicina di prossimità che operativamente si sono tradotti nella realizzazione dei PDTA. Il punto di partenza è stato la costruzione dei PDTA delle principali malattie croniche dell'anziano che, dopo i 65 anni, sono scompenso cardiaco, BPCO e diabete. I PDTA sono strumenti organizzativi nel campo sanitario volti a definire in modo standardizzato le fasi diagnostico-terapeutiche e assistenziali necessarie per gestire specifiche patologie, con l'obiettivo di garantire un'assistenza uniforme e di qualità, ottimizzando al contempo l'uso delle risorse e migliorando l'efficienza dei servizi sanitari. Individuato il problema di salute, si procede con l'identificazione dei professionisti coinvolti lungo la catena di valore del processo. Si crea quindi una Comunità di Pratica (CdP), caratterizzata da una rappresentanza multidisciplinare completa che coinvolge sia figure sanitarie sia professionisti non sanitari che hanno un ruolo nel processo. Spesso, i

PDTA da mappare interessano sia l'ambito territoriale sia ospedaliero, quindi è importante individuare le figure professionali più rappresentative operanti in entrambi i contesti. Intrapreso il percorso, è fondamentale che la CdP sia ascoltata e abbia potere d'incidere sull'organizzazione aziendale attraverso suggerimenti e scelte che la direzione strategica deve essere pronta a considerare e accogliere. Questo favorisce un senso d'appartenenza tra i professionisti e stimola il miglioramento continuo, facendoli sentire parte integrante del processo d'innovazione organizzativa.

Nei PDTA mappati dall'ASL 3 di Nuoro si è scelto d'inserire nella CdP la figura dell'ingegnere clinico, come professionista direttamente coinvolto nella riorganizzazione delle attività per tradurre in proposte tecnologiche realizzabili e sostenibili le necessità espresse dai professionisti. La vicinanza dell'ingegneria clinica allo sviluppo dei processi ha una priorità organizzativa e strategica, poiché la capacità di proporre soluzioni tecnologiche per migliorare il percorso sanitario aiuta il management ad allocare le risorse in modo efficiente e utile al paziente.

Presenza in carico dei pazienti con scompenso cardiaco nell'Asl 3 di Nuoro

L'attività è partita con lo studio di una delle principali patologie croniche che si manifestano nell'anziano: lo scompenso cardiaco. La comunità di pratica responsabile del PDTA dello scompenso cardiaco, dopo aver sviluppato il ragionamento cli-



nico e mappato a livello organizzativo le attività, ha identificato le principali criticità che stanno alla base della gestione del paziente con scompenso cardiaco. Il principale problema individuato è stato l'assenza di adeguate risposte sanitarie sul territorio: spesso, infatti, il sistema sanitario locale non riusciva a soddisfare adeguatamente le necessità dei pazienti cronici, mancando programmi mirati di monitoraggio e intervento preventivo. Questo portava i pazienti ad arrivare alla fase acuta della malattia senza un intervento precoce, generando:

- eccessivo afflusso e conseguente sovraccarico in Pronto Soccorso, poiché i pazienti con patologie croniche non gestite adeguatamente possono essere portati a cercare cure urgenti quando la loro condizione si aggrava;
- ricoveri evitabili se l'aggravamento delle condizioni cliniche richiede cure immediate;
- un aumento di mortalità e complicanze, poiché le condizioni non trattate adeguatamente possono peggiorare rapidamente;
- aggravio dei costi sanitari perché gli accessi impropri al PS e i ricoveri evitabili richiedono risorse che potrebbero essere usate in modo più efficiente con una gestione preventiva nel territorio.

I professionisti della CdP hanno quindi proposto di agire in modo proattivo su questi pazienti attraverso un progetto di rivisitazione e ristrutturazione totale del percorso organizzativo nell'Asl 3 di Nuoro. Il progetto si è quindi articolato su due fondamentali pilastri, strettamente interconnessi: la presa in carico a domicilio del paziente cronico e la riorganizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali sul territorio. La presa in carico a domicilio del paziente è stata possibile mediante l'implementazione di un programma di telemedicina e teleassistenza che ha previsto il monitoraggio da remoto di alcuni parametri clinici attraverso la fornitura di specifici device che includono smartphone, bilancia e, in base alla complessità della patologia e presenza di comorbidità, sfigmomanometro, glucometro, saturimetro, termometro e ECG a 3 derivazioni. Il programma ha inizialmente previsto l'arruolamento di 400 pazienti per testare il sistema e valutarne efficacia e capacità di risposta. I pazienti sono stati selezionati coinvolgendo medici di base dei distretti e strutture ospedaliere che hanno dimesso pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco. Inoltre, sono stati predisposti bandi da pubblicare nei Comuni con coinvolgimento di sindaci e assistenti sociali dei paesi. I criteri di arruolamento includono residenza nel territorio dell'Asl 3, età prevalentemente over 65

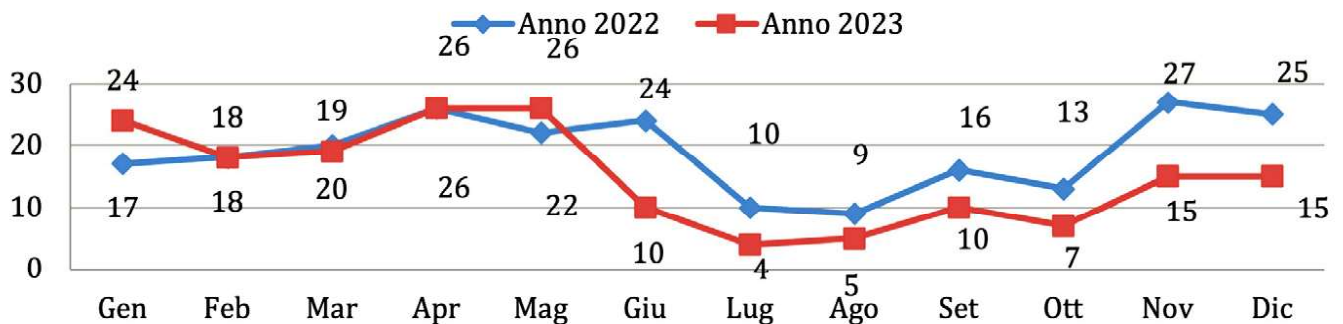
**LA
RIORGANIZZAZIONE
DELLE ATTIVITÀ
SPECIALISTICHE
AMBULATORIALI
È PARTITA IN
PARALLELO AL
PROGETTO DI
TELEMEDICINA PER
DARE RISPOSTE
AI PAZIENTI CON
SCOMPENSO
CARDIACO AL
DI FUORI DAL
CONTESTO
OSPEDALIERO**

(ma questa regola non è rigida) e diagnosi certa di scompenso cardiaco. La gestione operativa del progetto è in capo a una centrale di monitoraggio che permette monitoraggio, raccolta, archiviazione e analisi dei dati clinici dei parametri dei pazienti che partecipano al programma. La finalità è individuare eventuali anomalie o comunque variazioni sui parametri in modo precoce e avere la possibilità d'intervenire in caso di necessità anche pianificando un consulto specialistico. L'attività degli operatori della centrale di monitoraggio prevede anche la possibilità di comunicare con i pazienti (per fornire istruzioni e supporto all'uso dei device o accertarsi delle condizioni di salute del paziente quando si rilevano anomalie) e inviare a casa del paziente del personale in funzione del problema riscontrato. Il personale assegnato alla centrale è composto da individui laici appositamente formati per riconoscere gli allarmi provenienti dai dispositivi usati dai pazienti. In caso si rilevino anomalie nel paziente monitorato, il personale della centrale di monitoraggio attiva vari tipi di risposta in base al problema riscontrato:

- invio di un tecnico per verificare il corretto funzionamento del dispositivo
- chiamata al paziente da parte del personale della centrale in caso di anomalie comportamentali (es. mancata aderenza alla terapia, mancata registrazione dei dati)
- invio di un infermiere di comunità al domicilio del paziente per prestazioni sanitarie assistenziali correlate al monitoraggio
- prenotazione di una visita specialistica nell'ambulatorio dello scompenso cardiaco più vicino al paziente (punto di riferimento) se vi è necessità di controllo urgente
- realizzazione di una televisita con specialisti dedicati (es. con presenza giornaliera di un geriatra in centrale per alcune ore).

La riorganizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali sul territorio è partita parallelamente al progetto di telemedicina con l'obiettivo di dare risposte ai pazienti con scompenso cardiaco al di fuori dal contesto ospedaliero, in modo strutturato e creando la copertura sul territorio per le necessità di consulto specialistico dei pazienti telemonitorati e non. Per garantire un intervento efficace, sono stati istituiti 5 punti di riferimento di specialistica ambulatoriale denominati Point of Care ubicati nelle Case di Comunità Hub (DM 77 del 2022) e distribuiti in modo equilibrato sul territorio aziendale. Il progetto è ora limitato allo scompenso cardiaco, ma l'obiettivo è estenderlo ad altre patologie cro-

Andamento delle dimissioni per scompenso cardiaco - Anni 2022/2023 - Residenti



niche. Il DM 77 definisce i requisiti tecnologici e organizzativi delle Case di Comunità e Ospedali di Comunità che anche i PoC dell'ASL 3 dovranno rispettare, tenendo conto delle necessità tecnologiche per le specifiche patologie. In questo contesto s'inserisce la figura dell'ingegnere clinico come supporto nella scelta delle tecnologie da acquisire. I PoC dello scompenso cardiaco dell'Asl 3 di Nuoro, in particolare, garantiscono un livello di assistenza sanitaria intermedio tra ospedale e domicilio, in quanto presso le suddette strutture il paziente cronico può essere telemonitorato servendosi della tecnologia POCT. I dati vengono trasmessi tramite il tablet in dotazione alla web app, visualizzabile sia dal personale sanitario sia dal personale amministrativo operativo presso la centrale di monitoraggio.

Risultati

La presa in carico a domicilio dei pazienti affetti da scompenso è iniziata ad aprile 2023. I pazienti sono stati arruolati progressivamente, fino ad arrivare al valore target di 400 a novembre 2023. Gli effetti, perciò, si sono registrati in modo progressivo nel secondo semestre 2023. La figura 3 mostra che vi è stato un sostanziale calo dei ricoveri per scompenso cardiaco a partire da giugno. Se si considera il secondo semestre 2022 rispetto al secondo semestre 2023, si è passati da 100 casi nel 2022 rispetto ai 56 del 2023 con una contrazione del 44%. L'effetto del calo dei dimessi per scompenso ha modificato l'incidenza per mille delle dimissioni rispetto al numero della popolazione residente nell'anno di riferimento, con significativo miglioramento su base annua del dato, passando da 1,79 del 2022 a 1,142 del 2023. Il risultato sarebbe migliore se si considerasse solo il secondo semestre dei due anni messi a confronto. Anche se i valori sono relativamente bassi, si registra un miglioramento anche nei reingressi a 30 giorni, passati da 7 del 2022 a 3 del 2023. Inol-

tre, la mortalità intraospedaliera per scompenso cardiaco è passata da 33 casi del 2022 a 21 del 2023. Anche questo dato è stato calcolato in ragione d'anno, quindi sarebbe migliore se si considerasse il solo dato del secondo semestre. A oggi quindi abbiamo evidenza (fonte File A ufficiale), che nel secondo semestre del 2023 rispetto al secondo semestre del 2022 c'è stata una forte contrazione dei principali indicatori di performance aziendali. Va inoltre considerata la valutazione dell'impatto economico dei dati sopra esposti. Considerando che ogni ricovero non effettuato incide con una media di 9,3 giornate di ricovero e che ogni giornata costa circa 1.000 €, ogni ricovero vale in media 9.300 €. Se moltiplichiamo il valore medio del singolo ricovero per i 44 ricoveri in meno che ci sono stati nel secondo semestre del 2023, si nota che vi è stato un risparmio di 409.000 € in sei mesi, che in un anno sono 818.000 €. Il costo dei pazienti monitorati a domicilio è di 400.000 € annui, mentre il valore dei mancati ricoveri si attesta su 818.000 € annui con un differenziale positivo di 418.000 € circa. Questo dimostra che, oltre all'alto gradimento di pazienti e familiari, vi è il risparmio economico che rende sostenibile questa modalità di gestione del paziente cronico.

Conclusioni

Il modello di presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, attualmente in sviluppo presso l'Asl 3 di Nuoro, dimostra che è possibile ridurre i ricoveri in ospedale migliorando la sicurezza dei pazienti. Inoltre, è stato dimostrato che la riduzione dei ricoveri porta risparmio economico e rende sostenibile questa modalità di assistenza ai pazienti. Questo approccio può essere esteso ad altri territori e ad altre patologie, rappresentando una soluzione efficace e concreta per la gestione dei pazienti sul territorio, privilegiando il domicilio come principale luogo di cura.