



REGIONE BASILICATA

**PIANO REGIONALE INTEGRATO DELLA SALUTE E DEI SERVIZI
ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA'
2012 – 2015**

Ammalarsi meno, curarsi meglio.

L'Area della Cronicità: il Chronic Care Model

Nell'ambito delle titolarità distrettuali grande importanza riveste la gestione della cronicità, per meglio intercettare le domande di assistenza che deriveranno.

Il modello assistenziale e organizzativo che si intende adottare è quello della "presa in carico" integrata e proattiva, in grado di intercettare il bisogno di salute, anche prima che si manifesti esplicitamente, organizzando le risposte assistenziali adeguate.

Le patologie croniche, che per definizione si curano sempre di più e guariscono sempre di meno, richiedono all'organizzazione assistenziale di creare quelle condizioni che permettono di mantenere il livello di salute più alto possibile affrontando con efficienza ed efficacia l'insorgenza di riacutizzazioni della stessa patologia o di altre patologie acute.

Il modello prevede che tutte le figure professionali, sia sanitarie che sociali, interagiscano con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare nell'erogazione delle prestazioni assistenziali appropriate, per tipologie, tempi e luoghi, per la soddisfazione dei bisogni specifici di salute, in base a percorsi assistenziali predefiniti.

I percorsi assistenziali così intesi, si sono dimostrati efficaci nell'assicurare un'assistenza ottimale ai pazienti cronici, in base a standard operativi basati sull'evidenza scientifica.

Nella gestione della cronicità vengono individuati i seguenti percorsi assistenziali:

- Diabete mellito;
- Scompenso cardiaco;
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva;
- Demenza e Malattie neurodegenerative;
- Disabilità da ictus e Osteoartropatie cronico-degenerative;
- Insufficienza renale cronica;
- Patologia oncologica;

Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera:

Confermando l'impianto del PSR 97/99, il Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" di Matera è un presidio ospedaliero di media-elevata complessità, sede di dipartimento di I livello di emergenza, con unità operative di chirurgia generale e medicina generale con orientamento specialistico diversificato. Il DEA di I livello deve garantire, oltre le funzioni di Pronto Soccorso Attivo (PSA), anche interventi diagnostico terapeutici di emergenza medica, chirurgica, ortopedica, ostetrica, pediatrica e neonatologica, un trauma center nonché osservazione breve, assistenza cardiologica, rianimatoria e prestazioni di laboratorio di analisi chimico clinico e microbiologiche, di diagnostica per immagini (TAC, RMN) ed immunoematologia.

E' prevista la presenza di una "guardia attiva" per 24 ore in medicina generale, chirurgia generale ed anestesia e rianimazione, ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio di analisi e radiologia e servizio immuno trasfusionale.

Garantisce, inoltre, le funzioni del CRT (Centro regionale Trapianti) Basilicata con L.R.T.T. (laboratorio regionale tipizzazione tissutale) con servizio H/24 ed il centro regionale di genetica medica e di neuropsichiatria infantile. Il CRT Basilicata, conforme con linee guida nazionali degli indirizzi del ministero e del CNT (Centro nazionali Trapianti), assicura e coordina la gestione della banca dati delle cellule staminali che viene attivata presso il SIT (servizio immunotrasfusionale), sede del CRT Basilicata, attraverso la definizione della attività di raccolta ed eventuale amplificazione delle cellule staminali da realizzare tra il CRT di Basilicata e le strutture afferenti in questo settore: U.O. di ematologia Ospedale San Carlo di Potenza, servizio di ematologia dell'ospedale Madonne delle grazie di Matera, U.O. di oncoematologia del CROB di Rionero.

In queste strutture è praticabile: autotrapianto da midollo osseo c/o da cellule staminali periferiche, raccolta di cellule da cordone ombelicale in collaborazione con l'U.O. di Ostetricia con l'invio del campione alla banca regionale per la conservazione.

**Tabella 2 : Riepilogo dell'assegnazione del fabbisogno stimato dei posti letto per acuti
(specialità per area provinciale).**

Area provinciale						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CHIRURGIA VASCOLARE	12	0	0	12	0	24
OCULISTICA	10	0	12	12	0	34
OTORINOLARINGOIATRIA	10	0	6	10	0	26
UROLOGIA	34	6	6	18	0	64
Totale	66	6	24	52	0	148
Area funzionale omogenea emergenza						
Totale	0	0	0	0	0	0
Area funzionale omogenea materno-infantile						
NEONATOLOGIA	8	0	12	10	0	30
Totale	8	0	12	10	0	30
Area funzionale omogenea medica						
GASTROENTEROLOGIA	12	0	0	8	0	20
GERIATRIA	34	0	24	28	0	86
MALAT. ENDOCRINE RICAM. E NUTRIZ.	18	0	8	10	0	36
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	28	0	0	22	0	50
MEDICINA NUCLEARE	2	4	0	2	0	8
NEFROLOGIA	14	0	6	12	0	32
NEUROLOGIA	32	0	6	16	0	54
PNEUMOLOGIA	42	0	32	20	0	94
Totale	182	4	76	118	0	380
Totale area	256	10	112	180	0	558

* Con non oltre il 50% a vocazione geriatrica

Tabella 8: Posti letto rilevati per acuti (specialità per area provinciale)

Area provinciale						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CHIRURGIA VASCOLARE	12	0	0	8	0	20
OCULISTICA	6	0	4	12	0	22
OTORINOLARINGOIATRIA	10	1	4	8	0	23
UROLOGIA	34	6	0	16	0	56
Totale	62	7	8	44	0	121
Area funzionale omogenea emergenza						
Totale	0	0	0	0	0	0
Area funzionale omogenea materno-infantile						
NEONATOLOGIA	8	0	8	0	0	16
Totale	8	0	8	0	0	16
Area funzionale omogenea medica						
GASTROENTEROLOGIA	0	0	0	8	0	8
GERIATRIA	34	0	0	23	0	57
MALAT. ENDOCRINE RICAM. E NUTRIZ.	14	0	0	4	0	18
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	26	0	0	24	0	50
MEDICINA NUCLEARE	2	3	0	0	0	5
NEFROLOGIA	15	0	0	6	0	21
NEUROLOGIA	32	0	0	12	0	44
PNEUMOLOGIA	40	0	25	20	0	85
Totale	163	3	25	97	0	288
Totale area	233	10	41	141	0	425

Tabella 9: Posti letto rilevati per acuti (specialità per area di base)

Area di base						
Disciplina	S.Carlo	CROB	ASP	ASM	Privato	Totale
Area funzionale omogenea chirurgica						
CHIRURGIA GENERALE E ONCOLOGICA	58	0	67	57	0	182
CHIRURGIA GENERALE PRIVATO	0	0	0	0	28	28
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	48	0	41	43	28	160
Totale	106	0	108	100	56	370
Area funzionale omogenea emergenza						
ASTANTERIA	12	0	0	0	0	12
TERAPIA INTENSIVA	30	2	8	12	0	52
UNITA' CORONARICA	18	0	13	14	0	45
Totale	60	2	21	26	0	109
Area funzionale omogenea materno-infantile						
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	60	4	58	42	0	164
PEDIATRIA	24	0	16	32	0	72
Totale	84	4	74	74	0	236
Area funzionale omogenea medica						
CARDIOLOGIA	36	0	16	27	0	79
MEDICINA GENERALE	44	0	71	65	0	180
PSICHIATRIA	8	0	14	12	0	34
Totale	88	0	101	104	0	293
Totale area	338	6	304	304	56	1.008

CAPITOLO 18 - LO SVILUPPO DELLE RETI IN REGIONE

Fermo restando il modello descritto nel titolo 2, questo Piano intende istituire e valorizzare le reti esistenti, ispirandosi ai condizionali dei percorsi e della continuità, adottando il modello hub – spoke.

Ogni rete sarà specificata con atto di indirizzo regionale ed attivata entro sei mesi dalla pubblicazione del presente piano.

Il Piano indica prioritariamente le reti di seguito declinate, anticipando che l'elenco non è esaustivo e che, nell'arco della vigenza del Piano stesso, potranno essere implementate ulteriori reti che si riterranno utili per il contesto.

- rete dell'Emergenza – Urgenza (DIRES);
- rete cardiologica dell'infarto miocardico acuto (IMA);
- rete integrata per l'assistenza al trauma;
- rete oncologica regionale;
- rete inter – aziendale della radioterapia oncologica;
- rete dell'ictus;
- rete della Genetica Medica;
- rete integrata Ospedale-Territorio della Patologia Diabetica e delle Patologie Endocrino-metaboliche;
- rete della neuropsichiatria infantile;
- rete della reumatologia;
- rete integrata Ospedale-Territorio per la prevenzione e la cura dell'obesità;
- rete regionale di Medicina dello sport e dell'esercizio fisico;
- rete dei punti nascita;
- rete pediatrica interaziendale (RIPED);
- rete delle cure palliative pediatriche;
- rete dello scompenso cardiaco;
- rete nutrizione artificiale domiciliare;
- rete integrata ospedale – territorio della nefrologia e dialisi;
- rete regionale delle demenze;
- piano sangue;
- rete di pneumologia;
- rete della terapia del dolore e rete delle cure palliative;
- rete assistenziale post – acuzie.

RETE INTEGRATA OSPEDALE-TERRITORIO DELLA NEFROLOGIA E DIALISI

Diverse patologie, di organo e di organismo, possono portare alla Malattia Renale Cronica (MRC) che rappresenta uno stato di malattia di grande impatto sulla sanità pubblica per almeno tre motivi:

- il numero dei pazienti con MRC è in costante ascesa per l'aumento dell'età della popolazione e, quindi, delle patologie ad essa correlate quali l'ipertensione, il diabete mellito, l'angiosclerosi;
- la morbilità e la mortalità nella MRC per cause cardiovascolari è elevata;
- la quasi totalità dei pazienti con MRC giunge, in tempi variabili, alla necessità del trattamento dialitico, terapia ad alto costo sia sociale (il paziente dializzato è costretto a ridurre o interrompere la propria attività lavorativa), sia economico.

Il numero dei pazienti in trattamento dialitico è ben quantificabile ed anche in Basilicata si attesta sui valori medi nazionali.

Il numero dei nuovi ingressi in emodialisi ogni anno è quantificabile in circa 180 per milione di persone, in linea con la media nazionale.

Al contrario, la popolazione di pazienti con MRC in fase non dialitica non è ancora quantificabile: negli USA, dove sono disponibili dati, è stimato che rappresenti il 5% della popolazione adulta.

Di qui l'importanza di una migliore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie renali che permetterebbe una migliore programmazione delle risorse umane ed economiche da utilizzare per la possibile prevenzione e per la terapia degli stadi avanzati della MRC. E non è cosa di poco conto se solo si considera che la spesa per curare la popolazione di pazienti in dialisi cronica (0.08% della popolazione generale) è 25- 30 volte la spesa sanitaria pro capite.

Tutto questo rafforza il concetto che la Malattia Renale Cronica è un problema di salute pubblica di prima grandezza e che la competenza dello specialista Nefrologo non è vicariabile da non -specialisti.

Se è vero che l'identificazione dei pazienti con Malattia Renale nelle fasi iniziali è essenziale per implementare subito una terapia farmacologica la cui efficacia nel rallentamento della progressione del danno cardiovascolare e renale è stata ampiamente riconosciuta ed è suggerita dalle principali linee guida nazionali ed internazionali sul trattamento del Nefropatico, è altrettanto vero che il "riferimento tardivo" allo specialista Nefrologo peggiora sensibilmente la progressione della malattia renale cronica e, soprattutto, l'incidenza delle complicanze ad essa correlata.

Risulta, pertanto, di strategica importanza la figura del Medico di Medicina Generale, da un lato, e la figura dello Specialista Nefrologo, dall'altro, che devono cooperare in sinergia, inseriti in una rete integrata ospedale-territorio della Nefrologia e Dialisi che offra la possibilità di una presa in carico globale, socio-sanitaria, del paziente nefropatico quanto più precocemente possibile con l'obiettivo di :

- identificare fattori responsabili di un possibile deterioramento della funzione renale;
- ritardare la progressione del danno renale una volta instaurato;
- ridurre le complicanze della malattia renale cronica;
- sviluppare un percorso di assistenza pluridisciplinare nella fase predialitica, con particolare attenzione ai risvolti psicologici che tale condizione comporta;
- realizzare una omogeneizzazione dei criteri strutturali e di accreditamento dei centri dialisi, pubblici e privati, presenti sul territorio regionale.

La realizzazione della rete Regionale della Nefrologia e Dialisi deve prevedere, quindi, come elementi di base:

- Programma di integrazione Ospedale-Territorio;
- Programma di formazione medica continua per Nefrologi e MMG;
- Adeguato numero di Specialisti Nefrologi;
- Omogeneizzazione di protocolli clinici per l'individuazione delle nefropatie ed il loro follow-up;
- Omogeneizzazione dei criteri strutturali e di accreditamento dei Centri Dialisi pubblici e privati.

Un modello organizzativo efficace per la gestione della rete integrata della Nefrologia e Dialisi è quello "hub and spoke" dove gli "spoke" (primo livello) sono rappresentati dall'attivazione di ambulatori nefrologici territoriali in ambito Distrettuale che operano in stretto rapporto con i MMG da un lato e gli "hub" dall'altro.

A questo primo livello della rete nefrologica di strategica importanza, competono le azioni di individuazione e diagnosi precoce delle malattie renali, di monitoraggio delle fasce a rischio della popolazione (diabetici, ipertesi, cardiopatici), di follow-up ambulatoriale delle malattie renali in fase di stabilizzazione, di monitoraggio di problematiche cliniche insorte nel periodo interdialitico dei pazienti dializzati. L'interfaccia con i MMG a mezzo di periodici incontri, la stesura di protocolli diagnostici e terapeutici condivisi, la elaborazione di analisi epidemiologiche utili alla prevenzione primaria, risulta di fondamentale importanza.

Individuata la patologia renale, il nefrólogo territoriale si interfaccia con il terzo livello (hub) della rete nefrologica per la definizione diagnostica e la stadiazione della patologia renale anche a mezzo di indagini invasive (biopsia renale), per poi riprendere in carico il paziente una volta dimesso.

Il secondo livello (rete interaziendale dei servizi dialisi ubicati nei presidi di Venosa, Rionero, Muro Lucano, Villa d'Agri, Lauria, Chiaromonte, Maratea, Tinchi) assicura, con adeguati ed omogenei criteri strutturali e di dotazione organica, le prestazioni dialitiche ed il trattamento, anche in regime di ricovero diurno, delle complicanze mediche e chirurgiche del paziente in trattamento dializzato avendo come punto di riferimento, (hub), in ambito provinciale, la U.O.C. Nefrologia e Dialisi dell'A.O.R. "Ospedale S. Carlo" di Potenza e la U.O.C. Nefrologia e Dialisi del P.O. Madonna delle Grazie di Matera.

Il terzo livello, gli "hub":

- assicurano la degenza nefrologica in regime di ricovero ordinario, day hospital e day-service garantendo un approccio multidisciplinare alla patologia renale acuta, cronica, e cronica in fase di scompenso;
- attivano percorsi di informazione-comunicazione nella fase di patologia renale predialisi nei confronti dei pazienti e dei loro familiari;
- provvedono all'allestimento di accessi vascolari, con vasi nativi o con ausili protesici tunnellizzati, propedeutici al trattamento dialitico;
- selezionano i pazienti da proporre al Centro di Riferimento Regionale Trapianti per l'inserimento nella lista di attesa per il trapianto di rene;
- promuovono e coordinano con il primo e secondo livello della rete nefrologica la formazione e l'aggiornamento continuo per i Nefrologi e i MMG;
- rappresentano un punto di riferimento ospedaliero per l'esecuzione di tecniche che comportano una circolazione extracorporea con indicazioni anche extra-nefrologiche;
- favoriscono e provvedono alla formazione per la gestione della dialisi domiciliare.

Una volta a regime, la rete integrata della Nefrologia e Dialisi, raggiunto l'obiettivo di maggiore conoscenza dell'epidemiologia delle malattie renali sul territorio regionale tale da consentire una migliore programmazione delle risorse umane ed economiche da mettere in campo, di standardizzazione dei criteri

per la prevenzione e per il rallentamento della progressione della MCR, perseguirà l'obiettivo di allargare le proprie maglie, attraverso l'attività di dialisi domiciliare, per portare il trattamento sostitutivo della insufficienza renale cronica allo stadio sempre più prossimo alla sede di residenza del paziente dializzato.