

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

RETI REGIONALI PER LA PREVENZIONE E CURA DELL'OBESITÀ.

AUTORI:

Gianluca Aimaretti, Rocco Barazzoni, Paolo Bernante, Simona Bertoli, Luca Busetto, Michele Carruba, Rita Cosso, Lorenzo Maria Donini, Roberto Fabris, Mirtò Foletto, Lucia Frittita, Francesco Giorgino, Lucio Gnessi, Franco Grimaldi, Andrea Lenzi, Pietro Maffei, Claudio Maffeis, Gerardo Medea, Uberto Pagotto, Fabrizio Pasanini, Marco Rossato, Guido Salvetti, Paolo Sbraccia, Federico Serra, Chiara Spinato, Samir G. Sukkar, Roberto Vettor per il Gruppo di lavoro per la definizione di un sistema organizzato di supporto alla prevenzione e alla cura dell'obesità "Veneto Obesity Lab".

PREMESSA

L'esigenza di conciliare equità e sostenibilità delle cure, assicurando gli standard più evoluti e la personalizzazione degli interventi, rappresentano una sfida che può essere affrontata attraverso un approccio multidisciplinare e multi-professionale ed una presa in carico globale del paziente con obesità fin dall'inizio del percorso di cura, garantendone gli aspetti logistici e organizzativi.

Le indicazioni che pervengono dalle Istituzioni nazionali, dalle Regioni, dalle Società Scientifiche e dalle Associazioni dei pazienti convergono sulla necessità di avviare in ciascuna Regione una Rete Assistenziale per la Prevenzione e Cura dell'Obesità.

Si tratta di un modello organizzativo che:

- a) favorisce sistematicità ed organicità delle relazioni tra aziende, strutture organizzative, professionisti e cittadini;
- b) prevede la multidisciplinarietà e multi-professionalità degli interventi;
- c) persegue la qualità degli interventi atti alla prevenzione e terapia ed un approccio omogeneo per tutti i cittadini delle regioni su uno standard condiviso a livello nazionale avendo come modello iniziale la Rete Veneta dell'Obesità;

La migliore prospettiva per adeguare l'organizzazione dei servizi nella Rete per la Prevenzione e la Terapia Integrata dell'Obesità è quella del paziente. Il coinvolgimento dei pazienti affetti da obesità, e dell'intera famiglia nel caso di pazienti in età pediatrica, nella gestione del percorso sanitario è essenziale per la corresponsabilizzazione e condivisione del percorso di cura.

Una migliore consapevolezza da parte di tutti dei propri diritti, doveri, ambiti di responsabilità e ruoli può rappresentare una innovazione importante ed è una condizione di funzionamento della rete. L'attivazione delle strutture di supporto denominate complessivamente Rete Regionale per la Prevenzione e Terapia dell'Obesità prevede:

1. Il coordinamento dei diversi ambiti assistenziali

che accompagnano e supportano il percorso del paziente, per individuare correttamente le esigenze prioritarie, facilitare e semplificare l'accesso e favorire una partecipazione attiva e consapevole ai processi.

2. L'adeguamento della propria organizzazione alle evidenze emergenti nella letteratura scientifica e al rispetto sostanziale delle indicazioni normative per l'accreditamento delle strutture allo svolgimento delle attività connesse con gestione clinica complessiva del paziente adulto e in età pediatrica con obesità.

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

Il "Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks (2009)" mostrava come gli otto fattori di rischio a componente dietetico-comportamentale per tumori e malattie cardiovascolari (obesità, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, iperglicemia, consumo di alcol, basso intake di frutta e verdura, sedentarietà) avessero causato il 61% della perdita di anni di vita in buona salute (DALYs), il 60% circa delle morti cardiovascolari e si fossero resi corresponsabili del 35% delle morti per cancro. Ancora oggi, a livello mondiale, carenze nutrizionali, malnutrizione per eccesso e per difetto sono responsabili di disabilità in diverse fasce di età (GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators; GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators).

Tra i 12 indicatori di benessere e sostenibilità che sono entrati a far parte del ciclo di programmazione della politica economica del Governo, è stata inserita anche la percentuale di cittadini in eccesso di peso. Inoltre, nell'ambito delle statistiche internazionali che consentono di monitorare i progressi verso gli obiettivi di sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals - SDGs), la prevalenza dell'obesità è inserita tra gli indicatori del secondo obiettivo (Fame Zero). La visione

attuale lega indissolubilmente un'alimentazione sana a un'alimentazione sostenibile in una logica di One Health. La prevenzione dell'obesità ed in particolare un'alimentazione sostenibile aiuterebbe a raggiungere diversi obiettivi previsti dalle Nazioni Unite quali il SDG 3 (Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età), favorendo l'SDG 5 (Raggiungere l'uguaglianza di genere e l'autodeterminazione di tutte le donne e ragazze) attraverso un'alimentazione che raggiunga l'SDG 12 (Garantire modelli di consumo e produzione sostenibili) anche attraverso una riduzione significativa degli sprechi (rappresentati anche dal sovra-consumo) e l'SDG 13 (Adottare misure urgenti per combattere i cambiamenti climatici e le loro conseguenze). Ciò può aiutare a raggiungere anche gli SDG 11 (Rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, resilienti e sostenibili) e 15 (Proteggere, ripristinare e promuovere l'uso sostenibile degli ecosistemi terrestri, gestire in modo sostenibile le foreste, contrastare la desertificazione, arrestare e invertire il degrado dei suoli e fermare la perdita di biodiversità). Il tutto necessita di perseguire l'SDG 4 (Garantire un'istruzione di qualità inclusiva ed equa e promuovere opportunità di apprendimento continuo per tutti). L'obesità, la malnutrizione per difetto ed i cambiamenti climatici sono tra i rischi più gravi per la salute e la sostenibilità del nostro modello sociale ed economico. Tali rischi sono tanto correlati tra loro che la correzione di uno può causare cambiamenti positivi anche negli altri.

Le statistiche sociali prodotte dall'Istat tracciano un ritratto continuamente aggiornato delle condizioni di salute, delle abitudini alimentari e degli stili di vita della popolazione, con particolare attenzione al consumo di alcol e al fumo; della loro propensione a praticare attività motorie, fisiche e sportive, nonché della salubrità negli ambienti domestici e di lavoro. Oggi, in Italia, un minore su quattro, fra 3 e 17 anni, è in eccesso di peso e oltre il 46% della popolazione adulta è decisamente in sovrappeso o affetta da obesità, con un aumento di incidenza che è stato circa del 30% nell'arco degli ul-

timi 30 anni. Solo un terzo di questo incremento può essere attribuito all'invecchiamento della popolazione. Le nostre fonti documentano come l'eccesso di peso si accompagna regolarmente a situazioni di svantaggio culturale, economico e sociale e come siano profonde e persistenti le differenze tra gruppi di popolazione e nei territori.

L'obesità, insieme alle guerre ed all'uso di droghe, controbilancia negativamente il trend in aumento della speranza di vita globale. In quest'ottica, particolare importanza assume la prevenzione e cura del sovrappeso e dell'obesità. La diffusione epidemica della "globesity" (il 50% circa della popolazione adulta in UE è sovrappeso o affetta da obesità) ed il trend in crescita dell'obesità infantile rappresentano una sfida di sanità pubblica senza precedenti. L'obesità e il sovrappeso sono infatti responsabili di un forte carico di malattia, che provoca l'80% dei casi di diabete tipo 2, il 7-41% di alcuni tipi di tumori e il 35% della cardiopatia ischemica. In Italia più di un terzo della popolazione adulta è in sovrappeso, mentre circa 1 persona su 10 è affetta da obesità. L'Italia è tra i paesi europei con i valori più elevati di eccesso ponderale nella popolazione in età scolare con una percentuale di bambini in sovrappeso del 20,4% e di bambini obesi del 9,4%, compresi i gravemente obesi che rappresentano il 2,4%. In Veneto il 10,5% della popolazione adulta e il 6% della popolazione pediatrica soffre di obesità, e ciò si traduce in circa 430.000 cittadini affetti da gravi problemi correlati all'eccesso ponderale con disabilità cronica.

Ne consegue che i costi socio sanitari attribuibili all'obesità, sono elevatissimi:

- 12 milioni di anni di vita trascorsi in cattive condizioni di salute;
- 32,8 Mld di €/anno di spesa nei paesi dell'UE (6% della spesa totale sanitaria);
- 190 Mld di \$/anno negli USA (21% della spesa sanitaria).

Il costo totale del sovrappeso e dell'obesità sembra ammontare all'1,2% del PIL negli USA ed allo 0,1-0,9% nei Paesi membri dell'UE.

OBIETTIVI DELLA RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE E TERAPIA DELL'OBESITÀ

Assicurare equità di accesso alla prevenzione, alla diagnosi, alle cure, incluse la psicoterapia, il ricondizionamento fisico e quelle ad alta complessità quali la chirurgia bariatrica, ed al sostegno assistenziale, indipendentemente dalla sede di residenza e dalle condizioni di fragilità.

Coordinare le professionalità e le istituzioni coinvolte nella prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione del paziente adulto e pediatrico con obesità per una presa in carico orientata alla appropriatezza delle cure compreso un adeguato follow-up, perseguendo la semplificazione amministrativa per pazienti e comprendendo l'accesso alla terapia farmacologica.

Adottare specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) quale strumento ordinario di governo clinico per assicurare uniformità di approccio e standard diagnostici, terapeutici ed assistenziali corrispondenti allo stato dell'arte.

Identificare le strutture ed i percorsi diagnostici avanzati per la diagnosi ed il trattamento delle obesità rare e monogeniche, incluse le forme sindromiche (Prader-Will, Almstrom, eccetera), e delle malattie rare del tessuto adiposo (lipodistrofie e lipomatosi), in accordo con l'attenzione doverosa alle particolari necessità diagnostiche e terapeutiche che queste forme di malattia rara presentano e con la necessità di raccogliere dati di registro delle stesse.

Adeguare i modelli organizzativi con le seguenti azioni:

- identificazione degli standard professionali, orga-

nizzativi e dei volumi di attività, delle aziende e delle strutture ritenute idonee al trattamento dei pazienti affetti da obesità per ogni livello di criticità dovuto alle complicanze della malattia e all'età dei pazienti tenendo conto di una documentata correlazione tra il numero di casi trattati, la qualità degli esiti e la sicurezza;

- valutazione della coerenza tra dotazione tecnologica, condizioni di accesso multi specialistico e complessità della casistica;
- selezione delle strutture di riferimento a cui affidare la gestione della terapia farmacologica in una visione di costo efficacia e delle procedure ad alto costo quale la terapia chirurgica bariatrica.
- integrazione con la rete delle strutture dedicate alla prevenzione come i Servizi di igiene degli alimenti e della nutrizione (Sian), l'assistenza primaria dell'adulto e pediatrica.
- introduzione ed uso ottimale dell'innovazione e delle tecnologie avanzate secondo i principi dell'Health Technology Assessment;
- valutazione dei sistemi di raccolta delle informazioni sulla casistica trattata e di modelli di "Population Health Management";
- sperimentazione di sistemi di gestione innovativi basati sulla retribuzione dei percorsi di cura, piuttosto che sulle prestazioni;

Assicurare un utilizzo dei supporti informatici coerente con gli obiettivi della Rete, che garantisca i flussi informativi regionali e nazionali nel rispetto della normativa relativa alla privacy e della autonomia degli operatori.

Incentivare l'adozione sistematica di soluzioni di telemedicina per favorire l'attività multidisciplinare in contesti Hub & Spoke, le funzioni di coordinamento con la rete distrettuale e la permanenza a domicilio del paziente.

Favorire la crescita e la diffusione delle competenze professionali attraverso l'integrazione tra attività assi-

stenziali, di formazione, didattica e ricerca, e la circolazione dei professionisti in formazione. È importante in questo ambito notare che l'attività di formazione dei professionisti che si occupano di obesità non possa prescindere da conoscenze e competenze anche nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare (una quota significativa di soggetti con obesità soffre di BED) e della malnutrizione per difetto (spesso i soggetti con obesità presentano anche sarcopenia o segni di carenze nutrizionali).

Promuovere i rapporti con i pazienti e le loro associazioni per una partecipazione attiva alle scelte programatorie e per una valutazione della qualità offerta dalla Rete.

Accrescere per tutti i professionisti della rete le opportunità di partecipare alla ricerca ed allo sviluppo delle conoscenze sull'innovazione rilevante in ambito clinico, tecnologico e organizzativo.

MECCANISMI OPERATIVI E STRUMENTI

Per il perseguimento degli obiettivi indicati la Rete per la Prevenzione e la Terapia Integrata dell'Obesità utilizzerà i seguenti meccanismi operativi e strumenti:

- definizione di sistemi e momenti di accesso alle strutture accreditate dalla Rete per l'avvio del percorso assistenziale, con la presa in carico del paziente con la programmazione delle attività diagnostiche e le valutazioni multidisciplinari;
- applicazione di percorsi integrati di cura che includano indicatori di struttura, di processo e di esito, approvati dalla Rete e soggetti ad aggiornamento periodico, implementazione e monitoraggio;
- adozione di un sistema informativo articolato su due diverse dimensioni:
 1. la prima, che attiene alla presa in carico e cura del paziente in tutto il suo percorso di diagnosi e cura o la seconda, costituita da una piattaforma in grado

di consentire il controllo di gestione e la valutazione epidemiologica dei percorsi, nel rispetto delle normative vigenti sulla privacy;

2. gestione sistematica del rischio clinico attraverso requisiti di accreditamento istituzionale, criteri per l'individuazione dei centri erogatori, certificazione delle competenze e concentrazione della casistica e della diagnostica ad elevata complessità (chirurgia bariatrica).
- Realizzazione di attività di formazione nelle aree clinico professionale, organizzativo gestionale, di ricerca e dei fabbisogni emergenti;
 - identificazione degli standard necessari per collaborare alla ricerca clinica, organizzativa e traslazionale, al fine di favorire la partecipazione diffusa ai progetti;
 - dotazione di supporti di telemedicina in ogni sede ospedaliera della Rete Obesità, per gestire teleconferenze cliniche e riunioni operative a distanza, visione contemporanea e trasmissione di documentazione ed immagini diagnostiche di alta qualità;
 - realizzazione di attività di supporto al personale garantendo il lavoro in equipe e la multidisciplinarietà anche attraverso iniziative di formazione e coaching;
 - supporto dal punto di vista organizzativo alla rete territoriale per la prevenzione dell'obesità e la presa in carico delle persone con obesità e in sovrappeso.

ARTICOLAZIONE DELLA RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA TERAPIA INTEGRATA DELL'OBESITÀ.

La Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia Integrata dell'Obesità include tutte le strutture presenti nel Servizio Sanitario Regionale a vario titolo competenti per la prevenzione, diagnosi, cura dell'obesità e promuove la costruzione di rapporti organizzati tra le varie strutture ed una pianificazione regionale nell'uso delle risorse attraverso l'individuazione di funzioni e ruoli specializzati,

secondo le indicazioni normative nazionali e regionali.

La rete deve prevedere cinque livelli integrati tra di loro:

1. medicina del territorio (MMG, pediatra di libera scelta, Sian, Dipartimenti di Prevenzione)
2. ambulatorio specialistico e day service diagnostico/terapeutico
3. day hospital terapeutico che integri attività nutrizionali, psicologico-comportamentali, di ricondizionamento fisico
4. reparti H24 per la gestione delle emergenze legate alle complicanze e/o per la chirurgia bariatrica
5. riabilitazione (codice 56) che integri attività nutrizionali, psicologico-comportamentali e di ricondizionamento/riabilitazione fisica

La rete deve poter essere articolata sia longitudinalmente (seguendo l'evoluzione della malattia nel singolo paziente) sia trasversalmente (gestendo pazienti con diversi livelli di gravità clinico-nutrizionale, psicologico, funzionale).

Il passaggio da un nodo all'altro della rete per il singolo paziente, che come avviene in tutte le malattie croniche può vivere momenti diversi della malattia, deve essere il più facile possibile e agevolato dagli operatori e dalle Istituzioni nel rispetto di chiari e definiti criteri di appropriatezza. Particolare attenzione deve essere posta al passaggio da cure pediatriche a cure dell'adulto all'interno del percorso di rete.

La prevenzione dell'obesità e delle malattie metaboliche croniche ad essa correlate va focalizzata sugli individui in sovrappeso e deve essere svolta a livello territoriale, con coinvolgimento della medicina primaria dell'adulto e del bambino e delle strutture territoriali di prevenzione (Sian).

Per le attività di prevenzione è inoltre fondamentale prevedere interazioni tra strutture sanitarie della rete ed altri enti pubblici e privati di alta rilevanze educativa

e sociale (scuola, mondo del lavoro, comuni, eccetera) con creazione di tavoli tecnici di coordinamento per la formulazione di programmi di prevenzione inter-settoriali e sistemici. Le attività di prevenzione devono prevedere anche la formazione degli educatori (scuola, MMG).

L'educazione alimentare ed il counseling nutrizionale del paziente con obesità deve essere affidata a personale sanitario dedicato (dietisti) sia in strutture territoriali multifunzionali di prevenzione sia anche nei centri ospedalieri, implementando le attività di gruppo o in telemedicina.

La rete specialistica ospedaliera è articolata secondo un modello HUB & SPOKE delle attività di prevenzione e terapia.

- I centri HUB per l'età adulta e pediatrica sono individuati nelle aziende sanitarie universitarie integrate della Regione sedi dei corsi di laurea dell'area medica, assolvono il mandato di ricerca e formazione universitaria, integrate con l'assistenza secondo le indicazioni del Protocollo d'Intesa Regione-Università e del documento istitutivo della Rete.
- I centri SPOKE sono individuati per ciascuna AULSS, sia in area pediatrica che dell'adulto, in centri di II livello che assolvono il mandato di fornire assistenza multidisciplinare avvalendosi della collaborazione di diverse figure professionali (medico, dietista, psicologo), secondo le indicazioni del documento istitutivo della Rete. Per ciascuno SPOKE, rispettivamente dell'adulto e pediatrico, viene individuata una figura di Coordinamento del team multidisciplinare coinvolto.

GOVERNO DELLA RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA TERAPIA INTEGRATA DELL'OBESITÀ

Il governo della Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata dell'Obesità è affidato alla Azienda

Regionale di Coordinamento per la Salute attraverso una propria Struttura complessa denominata "Centro per il Coordinamento Regionale della Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata dell'Obesità", come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

Il funzionamento della Rete e le attività di coordinamento dovrebbero prevedere un proprio budget e le finalità della Rete devono essere condivise a livello delle Aziende Sanitarie locali.

Il coordinamento della Rete si potrebbe realizzare all'interno di un Dipartimento interaziendale della Rete affidato ai Direttori della Struttura complessa "Centro per il Coordinamento Regionale della Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata dell'Obesità" (un Direttore per ciascuna area di competenza: area dell'età adulta e dell'età pediatrica). Tale Dipartimento dovrebbe comprendere un'adeguata rappresentanza delle strutture territoriali, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Al Dipartimento interaziendale della rete afferiscono le strutture assistenziali aziendali e delle strutture convenzionate e contrattualizzate specialistiche riconosciute ed accreditate e dedicate alla prevenzione e al trattamento integrato dell'obesità.

Il "Centro per il Coordinamento Regionale della Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata dell'Obesità" deve garantire, in modo indipendente ma integrato per le due aree (età adulta e pediatrica):

- una ricognizione periodica epidemiologica, l'innovazione scientifica, clinico professionale e tecnologica;
- la programmazione strategica, attraverso la predisposizione di un Piano della Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata dell'Obesità;

- la definizione delle procedure regionali in accordo con le indicazioni della normativa e delle Linee Guida Nazionali;
- la gestione integrata delle complicanze complesse “tempo dipendenti” della chirurgia bariatrica mediante la stipulazione di protocolli di intesa fra i centri spokes ed il centro hub;
- il monitoraggio periodico dei risultati finalizzato alla riprogettazione organizzativa, anche attraverso Audit strutturati;
- l’indirizzo tecnico scientifico per gli investimenti, l’innovazione tecnologica e le attività di Health Technology Assessment in tema di Prevenzione e la Terapia integrata dell’Obesità;
- le relazioni con le Associazioni dei Pazienti per garantire il loro coinvolgimento nella programmazione delle attività e dei servizi;
- la programmazione di attività di ricerca clinica, sia profit che non profit, con particolare riferimento agli studi real-life.

ARTICOLAZIONE AZIENDALE

I centri per la Terapia integrata dell’Obesità sono costituiti da Strutture operative semplici e complesse, in sedi Spoke (caratterizzate dallo svolgimento di funzioni di base, senza attività di degenza) e Hub (caratterizzate dallo svolgimento di funzioni di base, intermedie e specializzate). Le strutture Spoke e Hub si differenziano per le funzioni svolte, ma devono garantire gli stessi standard di qualità per le funzioni comuni.

I Centri per la Terapia integrata dell’Obesità devono stabilire connessioni di fattiva collaborazione tradotta in un comune PDTA con le cure primarie sia per l’adulto che per l’area pediatrica e per la gravidanza, anche grazie al teleconsulto e, dove e se possibile, con consulenze di prossimità nelle medicine di gruppo.

I Centri per la Terapia integrata dell’Obesità sono organizzati in maniera multidisciplinare per l’età adulta

(quali ad esempio medicina interna, endocrinologia, scienza dell’alimentazione e nutrizione clinica, psicologia, psichiatria, medicina dello sport, riabilitazione nutrizionale, chirurgia bariatrica, farmacologia clinica, ecc) e per l’età pediatrica (quali ad esempio: psicologia, psichiatria, endocrinologia pediatrica, medicina dello sport, riabilitazione funzionale, chirurgia pediatrica, ecc.) ed hanno il mandato di promuovere e coordinare le attività multidisciplinari e multi-professionali aziendali indirizzate al Centro per il Coordinamento Regionale della Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata dell’Obesità.

Le Aziende sanitarie regionali assicurano lo svolgimento delle attività multidisciplinari per il governo clinico quale sede elettiva di confronto tra i professionisti di tutte le strutture operative interessate (area della diagnostica e dei servizi, della chirurgia generale e specialistica, della medicina interna e specialità mediche, dei distretti). Le attività assistenziali e di confronto e condivisione degli indirizzi terapeutici devono essere il frutto di incontri multidisciplinari con cadenza almeno settimanale all’interno delle strutture operative coinvolte.

Gli strumenti organizzativi assistenziali fondamentali devono perciò essere le strutture interdisciplinari sopra descritte. Nelle Strutture operative identificate dai percorsi integrati di cura quali porta d’accesso per il paziente il servizio di accoglienza ed orientamento prevede la presenza di una o più unità infermieristiche con il ruolo di case manager.

Il Centro per il Coordinamento Regionale definisce gli indirizzi generali organizzativi per l’attivazione dei Servizi di accoglienza ed orientamento.

INTEGRAZIONE CON LE ALTRI RETI ASSISTENZIALI ESISTENTI

Il Centro per il Coordinamento Regionale e la Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata

dell'Obesità promuove un programma di integrazione e di assistenza integrata con altre Reti Regionali di Patologia strategiche per garantire un'adeguata assistenza in ambiti specialistici intercettanti le complicanze (Rete Oncologica, Rete Epatologica, Rete delle palestre della Salute e Medicina dello sport, Rete Ginecologica/Ostetrica, ecc). L'integrazione tra le Reti di patologia è fondamentale per affrontare la complessità nel malato pluri-patologico.

L'obesità è una condizione patologica che coinvolge trasversalmente la popolazione residente in una regione. Pertanto è possibile che soggetti presi in carico da altre reti assistenziali siano anche affetti da sovrappeso-obesità. È auspicabile per questo l'attivazione automatica di protocolli di riferimento tra le reti, quando il BMI dei soggetti trattati sia almeno superiore a 30 kg/m² per l'adulto o superiore ai centili di riferimento per l'età pediatrica, in quanto ad esempio esistono importanti correlazioni tra BMI e il rischio di complicanze. In età pediatrica ad esempio è frequente la coesistenza di patologie neuropsichiatriche e obesità grave e per l'adulto vi è correlazione tra il BMI e il rischio di recidiva/insorgenza di 2° tumore di alcune forme di neoplasia (mammella, ovaio, utero), come tra BMI e sopravvivenza degli organi trapianti. La stesura di questi protocolli può essere promossa nel corso di eventi formativi coinvolgenti più reti assistenziali.

SUPPORTO INFORMATICO DELLA RETE

Si prevede l'attivazione di un SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE della Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata dell'Obesità.

Per la presa in carico clinica dei pazienti possono essere utili strumenti:

- La Cartella Clinica dedicata al paziente con Obesità specificamente dedicata al processo di diagnosi e cura, per cui sono previste evoluzioni innovative per l'implementazione di sistemi esperti a supporto dei processi decisionali clinici e prescrittivi;

- la gestione del paziente ricoverato, comprensiva del Registro Operatorio per la terapia chirurgica Bariatrica;
- il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) di recente introduzione, che rappresenta la sintesi degli eventi clinici nell'uso esclusivo del paziente e dei sanitari da lui autorizzati.

VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DELLA RETE REGIONALE PER LA PREVENZIONE E LA TERAPIA INTEGRATA DELL'OBESITÀ

La misurazione delle attività erogate dalla Rete Regionale per la Prevenzione e la Terapia integrata dell'Obesità riveste una funzione essenziale sia per confermare i vantaggi intrinseci derivanti dall'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo reti assistenziali (PSSR), sia perché può promuovere ed incentivare l'applicazione di nuovi modelli assistenziali orientati all'efficientamento del sistema (es. week surgery, week medicine...).

Per tale valutazione, di competenza della Direzione Generale Sanità e Sociale di ogni regione si propongono i seguenti indicatori:

A) *Indicatori di risultato*

- Riduzione della prevalenza dell'obesità in età adulta e pediatrica
- Riduzione della mortalità globale e per patologia
- Miglioramento/Risoluzione delle complicanze e dei fattori di rischio
- Riduzione/sospensione farmaci per patologie croniche correlate e complicanti
- Monitoraggio degli interventi terapeutici (dietetici, esercizio fisico, terapia cognitiva comportamentale farmaci per l'obesità) con loro quantificazione e follow-up legandolo agli esiti con una attenzione al rapporto costo/beneficio
- Perdita percentuale di peso e BMI
- Miglioramento QoL

B) *Indicatori di processo*

- Numero di pazienti presi in carico e/o inseriti in un percorso di PDTA
- Numero prestazioni ambulatoriali totali
- Numero interventi chirurgici
- Liste di attesa per accessi ambulatoriali (prime visite e controlli)
- Liste di attesa per intervento chirurgico
- Risorse Umane dedicate/volume complessivo attività
- Degenza media
- Tasso ricovero per complicanze
- Valutazione partecipata della qualità (equipe multi-stakeholders, osservazione partecipante, metodo Audit civico/Agenas)

Al fine di ottimizzare il processo di valutazione è indispensabile predisporre con le Strutture sanitarie regionali dedicate e i medici del territorio modalità di flussi di dati anonimizzati che pur rimanendo in accordo con le normative relative alla privacy consentano di linkare pazienti, prestazioni ed esiti.

PERCORSO DI COSTITUZIONE DELLA RETE (Esempio della Rete Veneta)

In accordo con quanto previsto nel Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016, è stata promossa l'istituzione della Rete Obesità Veneto (RObV) improntata su un modello assistenziale di rete "hub&spokes", approvata con **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 142 del 16/02/2016** avente per OGGETTO: "Realizzazione del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 55/CR del 4 agosto 2015". I Centri hub, in coerenza con quanto previsto dalla programmazione regionale, sono stati previsti presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di

Verona. Presso ogni Azienda Ulss doveva essere inoltre individuata una struttura spoke che potesse fungere da riferimento per la gestione delle problematiche relative ai pazienti con obesità, ovvero rappresentasse un punto di riferimento, sia per i pazienti adulti che per quelli in età pediatrica, per la tempestiva e completa presa in carico degli stessi in piena sintonia con quanto proposto dal PSSR e dal PDTA Regionale. A livello di ogni singola azienda sanitaria, al fine di facilitare i rapporti con i centri Hub, dovevano inoltre essere identificati dei referenti per l'attività in oggetto.

Al Centro Regionale Specializzato per lo studio ed il trattamento integrato dell'Obesità dell'Azienda Ospedaliera di Padova (**DGR n. 2707 del 29 dicembre 2014**) è stata attribuita la funzione di coordinamento del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità.

Con Delibera della Giunta Regionale n.142 del 16 Febbraio 2016 sono state approvate le funzioni di coordinamento per l'età adulta al Centro Regionale Specializzato per lo studio ed il trattamento integrato dell'Obesità situato presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e per l'età pediatrica ed evolutiva al Centro Regionale Specializzato per la diabetologia pediatrica collocato presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

In adempimento di tali funzioni, i Centri Regionali Specializzati designati hanno coordinato un gruppo di lavoro composto da esperti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto e predisposto il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità nel paziente adulto e il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità pediatrica. Entrambi i PDTA sono stati approvati con **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 26 del 9/03/2017** avente per OGGETTO: "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico

Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità nel paziente adulto e approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità pediatrica”.

IMPLEMENTAZIONE TERRITORIALE DELLA RETE (Esempio della Rete Veneta)

A seguito dell'invio da parte della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria ai Direttori Generali delle Aziende ULSS del Veneto, dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona della DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 142 del 16/02/2016 avente per OGGETTO: “Realizzazione del modello assistenziale di rete per il trattamento integrato dell'obesità. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016. Deliberazione n. 55/CR del 4 agosto 2015”, è stato possibile individuare in ogni Ambito Territoriale Regionale (nuove AULSS) e nelle due Aziende Ospedaliere i referenti e le strutture sanitarie da integrare nelle attività della RObV.

La presentazione dell'organizzazione della RObV nei nuovi ambiti territoriali, con contributi di ciascuno dei referenti locali, individuati come coordinatori dei team multidisciplinari RObV, è avvenuta nel corso dell'evento formativo RObV “IL PDTA REGIONALE NELLA REALTA' CLINICA DEL VENETO: DALLE NUOVE ULSS AL TERRITORIO”, Padova 7 ottobre 2017. In tale contesto è stato quindi possibile effettuare una prima ricognizione delle strutture già presenti nel territorio regionale, evidenziando nel contempo alcune criticità strutturali. L'attività di ricognizione e consolidamento delle strutture della RObV è quindi proseguita mediante l'invio a ciascuno dei referenti aziendali di un questionario informativo che potesse raccogliere informazioni sullo stato di implementazione delle strutture della RObV, con particolare riferimento alla costituzione a livello di ciascuna Azienda ULSS di un Gruppo di lavoro Aziendale Interdisciplinare

sull'Obesità (GAIO), sulla operatività di questo gruppo, sulle figure professionali coinvolte (Internista/Endocrinologo/Diabetologo, Chirurgo bariatrico, Psicologo/Psichiatra, Dietista/Nutrizionista, Specialista in attività fisica (fisiatra/fisioterapista), Specialista in Medicina dello Sport, altro) e sulle eventuali criticità. Il tasso di risposta all'invio dei questionari è stato del 100%. Le risposte ricevute sono state comunicate e discusse all'interno della RObV nel corso dell'evento formativo “ULTIMI PROGRESSI IN CHIRURGIA BARIATRICA”, Padova 8 giugno 2018. L'attività di ricognizione e consolidamento delle strutture della RObV è sempre stata attuata in maniera coordinata con la Direzione della Programmazione Sanitaria Regionale, che ha approvato i programmi degli eventi ed i questionari da somministrare ed ha provveduto ad inviare la convocazione ed i questionari alle Unità periferiche.

Il lavoro di individuazione puntuale finora attuato e riassunto nelle righe precedenti, in aggiunta all'attivazione e/o potenziamento delle strutture della RObV, permette ora di poter presentare la struttura intra-ospedaliera della Rete all'utenza e ai suoi referenti nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale. In questa ottica risulta strategica l'integrazione tra le strutture specialistiche della Rete e le cure primarie, con particolare riferimento ai Medici di Medicina Generale. Tale interazione dovrebbe permettere da un lato una maggior informazione e un miglior coinvolgimento delle cure primarie riguardo le strutture specialistiche presenti a livello territoriale, dall'altro garantire una maggiore appropriatezza dell'uso delle strutture stesse mediante la condivisione di adeguati criteri e percorsi di cura.

PDTA ULTERIORI (Esempio della Rete Veneta)

Nel “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento integrato dell'obesità nel paziente adulto” sviluppato dal gruppo di lavoro RObVe

approvato con DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 26 del 9/03/2017 erano già state individuate alcune necessità assistenziali e di percorso specifiche per la donna con obesità gravida, per la donna con obesità intenzionata ad intraprendere una gravidanza e per la programmazione/gestione della gravidanza in donne trattate con chirurgia bariatrica.

La necessità di competenze ed integrazioni multi-specialistiche per la gestione della problematica “Obesità e gravidanza” emersa durante la stesura del PDTA, ha consigliato un’estensione del PDTA specificamente dedicata al tema, con l’individuazione di percorsi e strutture specificamente dedicati. Il Centro Regionale Specializzato per lo studio ed il trattamento integrato dell’Obesità, in collaborazione con la Direzione dell’UOC Diabetologia e Dietetica dell’Azienda Ulss 6 Euganea ha coordinato un gruppo di lavoro coinvolgente gli specialisti di ostetricia e ginecologia operanti nell’ambito territoriale dell’Azienda patavina e ha predisposto, sulla base delle raccomandazioni esistenti a livello nazionale ed internazionale, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gravidanza nella donna obesa. Questo PDTA è stato approvato con DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 25 del 15/02/2018 avente per OGGETTO: “Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gravidanza nella donna obesa”.

In via di definizione è anche il PDTA *per i pazienti con sospette obesità rare di natura genetica, obesità sindromiche, sindromi lipodistrofiche, lipomatosi*. Per questi pazienti sono necessarie specifiche capacità e attrezzature diagnostiche e possono essere necessarie competenze ultra-specialistiche in fase di trattamento. Presso il Centro Regionale Specializzato per lo studio ed il trattamento integrato dell’Obesità è in corso di formazione uno specifico gruppo di studio per la creazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) specifico per il paziente con

sospetta obesità rara di natura genetica, obesità sindromiche, sindromi lipodistrofiche, lipomatosi. IL PDTA dovrà esplicitare gli elementi anamnestici e clinici che possano far sospettare la presenza di una delle forme suddette a livello di cure primarie o di centri specialistici spoke ed individuare specifiche modalità di riferimento al centro hub individuando le competenze ultra-specialistiche necessarie.

Pazienti affetti da obesità grave associata a condizioni cliniche diverse, quali neoplasie, insufficienza renale, insufficienza epatica, insufficienza cardiaca, sindrome obesità/ipoventilazione che richiedano soluzioni logistiche ed expertise “ad hoc”, in particolare in riferimento a programmi terapeutici di chirurgia generale in regime di urgenza o elezione o bariatrica.

CONCLUSIONI

La rilevanza epidemiologica e clinica dell’obesità, oggi pienamente riconosciuta come una malattia cronica ad alto impatto sulla sopravvivenza e sullo stato di salute dell’individuo e della popolazione, impone la necessità di organizzare schemi e percorsi di trattamento in linea con il concetto di cronicità.

Il modello di Rete Assistenziale è il modello che risponde meglio a questa esigenza, garantendo un approccio multidisciplinare e multi-professionale ed una presa in carico globale del paziente con obesità fin dall’inizio del percorso di cura, garantendone gli aspetti logistici e organizzativi.

Il percorso di nascita della Rete Obesità Veneto può fornire uno spunto ed un esempio, pur nel dovuto rispetto della differenziazione regionale, per l’implementazione di un sistema di rete assistenziale dedicato alla prevenzione ed alla cura dell’obesità in tutte le realtà regionali.

Italian Health Policy Brief

Anno XII - N° 1 - 2022

Direttore Responsabile

Walter Gatti

Direttore Editoriale

Stefano Del Missier

Direttore Progetti Istituzionali

Marcello Portesi

Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Segreteria di Redazione

Chiara Spinelli

Tel. +39 02 49538302

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.