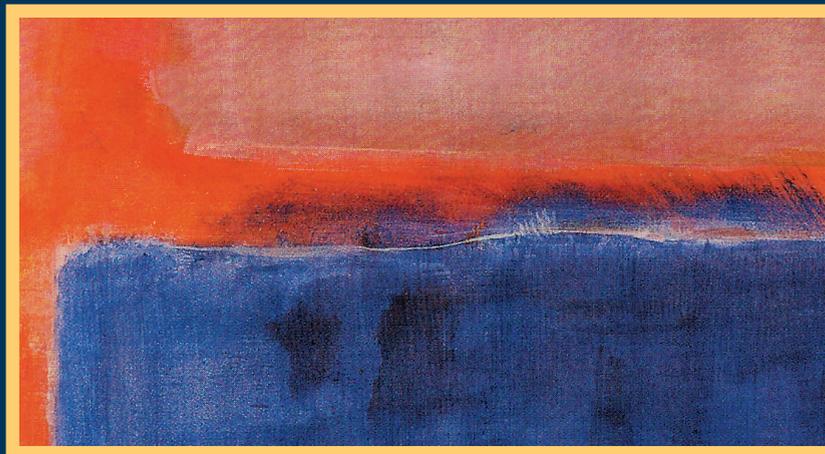


GIUSEPPE NOTO ROBERTO RASCHETTI MARINA MAGGINI

GESTIONE INTEGRATA *e percorsi assistenziali*



PROGETTO
IGEA



Il Pensiero Scientifico Editore



GIUSEPPE NOTO ROBERTO RASCHETTI MARINA MAGGINI

GESTIONE INTEGRATA *e percorsi assistenziali*



 **Il Pensiero Scientifico Editore**



Prima edizione: marzo 2011
Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma
Telefono (+39) 06 862821 – Fax (+39) 06 86282250
pensiero@pensiero.it – www.pensiero.it
© 2011 Istituto Superiore di Sanità
Tutti i diritti sono riservati per tutti i Paesi
La riproduzione e la divulgazione dei contenuti
del presente documento sono consentite fatti salvi
la citazione della fonte ed il rispetto dell'integrità
dei dati utilizzati. Il documento è disponibile consultando
il sito web: www.epicentro.iss.it/igea
Stampato in Italia dalle Arti Grafiche Tris S.r.l.
Via delle Case Rosse 23, 00131 Roma
Impaginazione: Doppiosegno snc, Roma
Immagine di copertina: Mark Rothko, *Untitled (Multiform)*, 1948
ISBN 978-88-490-0358-1

Autori

Giuseppe Noto

Assessorato della Salute, Regione Sicilia, Palermo

Roberto Raschetti

Istituto Superiore di Sanità, Roma

Marina Maggini

Istituto Superiore di Sanità, Roma



Indice

Introduzione	1
Scenari di sistema integrato in ambito territoriale e ospedaliero	4
<i>Il distretto - Le cure primarie e la specialistica ambulatoriale come binari di congiunzione tra ospedale e territorio</i>	7
<i>L'ospedale come sistema specialistico integrato con le cure primarie</i>	11
<i>Il distretto e l'ospedale come componenti di un sistema unico</i>	15
La gestione integrata	17
<i>Quali pazienti?</i>	17
<i>Quali professionisti?</i>	18
<i>Cosa caratterizza un paziente in gestione integrata?</i>	19
<i>Quali sono i passaggi-chiave della gestione integrata?</i>	21
<i>Box 1. Schema delle attività fondamentali in un modello di gestione integrata</i>	24
<i>Stadiazione e approccio per popolazioni omogenee di pazienti</i>	28
<i>Come applicare il Triangolo di stratificazione del rischio</i>	30
I percorsi assistenziali per dare traduzione organizzativa e operativa alla gestione integrata	35
<i>Costruzione di un percorso assistenziale</i>	41
<i>La scomposizione dai prodotti alle attività</i>	44

I percorsi assistenziali per promuovere il passaggio dall'efficacia teorica all'efficacia pratica	48
<i>Dal percorso assistenziale ipotetico al percorso assistenziale contestualizzato</i>	48
<i>Come definire gli esiti attesi</i>	52
<i>Box 2. Alcune definizioni</i>	56
<i>Il percorso assistenziale come metodo per dare evidenza alla centralità del paziente</i>	58
<i>L'implementazione dei percorsi assistenziali nel contesto organizzativo</i>	61
Conclusioni	63
Appendice A	64
<i>Il percorso assistenziale come strumento di documentazione delle attività e dei risultati</i>	64
<i>Alcuni consigli per la compilazione delle schede di percorso assistenziale</i>	69
Appendice B	73
<i>La gestione integrata come strumento di traduzione organizzativa e operativa del Chronic Care Model e del Disease Management</i>	73
Bibliografia	77

INTRODUZIONE

Il progetto IGEA (Integrazione, Gestione E Assistenza per la malattia diabetica) non si concepisce come l'*incipit* della gestione integrata e dei percorsi assistenziali in Italia; in armonia con tale premessa, si intende piuttosto come un "punto di arrivo", in quanto raccoglie e valorizza le idee, i principi e i valori, i metodi e le prospettive nati in campo internazionale e nazionale nell'ambito della gestione efficace, efficiente ed evidence-based delle persone con malattie croniche. Allo stesso tempo il progetto è anche un "punto di partenza": infatti, per l'impronta istituzionale che lo caratterizza, per l'ampia logica partecipativa che l'ha sempre impregnato e per la capillarizzazione che può scaturire dall'impegno assunto da tutte le Regioni italiane, può effettivamente costituire un vero e proprio laboratorio per la ricerca di soluzioni condivise su vari aspetti critici dell'assistenza, quali la frequente frammentarietà delle esperienze e l'annoso problema dell'autoreferenzialità professionale.

Il progetto IGEA, al di là della sua denominazione, non costituisce un semplice progetto a termine, ma rappre-

senta uno scenario permanente che impegnerà a diverso titolo lo Stato, le Regioni e le Aziende sanitarie nei prossimi anni, come è testimoniato dalle sue caratteristiche intrinseche fondamentali: origine dalla Conferenza Stato-Regione del 23 marzo 2005, collegamento con il Piano Nazionale di Prevenzione, impegno pluriennale sottoscritto da tutte le Regioni italiane.

In ragione di ciò, il progetto IGEA, attraverso le sue iniziative a vari livelli e con il contributo attivo delle sue reti formali ed informali, intende promuovere il passaggio da un "sistema di progetti" aziendali e regionali verso un "progetto di sistema" unitario e nazionale nell'ambito della gestione integrata del diabete mellito, orientandosi verso:

- il progressivo affermarsi dell'unitarietà di logiche e di finalità comuni a livello nazionale, nel pieno rispetto delle specificità (limiti e potenzialità) dei diversi contesti regionali e locali;
- la promozione di buone pratiche assistenziali, sia sul versante clinico, sia su quello organizzativo e gestionale, che mettano al centro sempre e comunque il benessere e la qualità di vita delle persone con diabete;

- il raggiungimento di concreti risultati in termini di outcome clinici, di ottimizzazione dell'uso delle risorse e di potenziamento della capacità di autogestione del paziente, misurabili tramite indicatori di processo e di esito uniformi in campo nazionale.

Il progetto IGEA intende curare particolarmente il progressivo sviluppo teorico ed il continuo affinamento metodologico dei temi relativi alla gestione del diabete e, più in generale, delle patologie croniche, perseguendo un'ottica di ampia partecipazione alla costruzione di "un'intelligenza collettiva" che animi i programmi e le iniziative del progetto e che si espliciti periodicamente attraverso l'elaborazione condivisa di documenti di approfondimento e di linee di indirizzo (Progetto IGEA 2008, Maggini 2008a). Un'intelligenza collettiva in quanto costruita e progressivamente affinata con il contributo continuo degli operatori che compongono i reticoli formali ed informali collegati al progetto IGEA.

Questo documento di discussione, sui temi della gestione integrata e dei percorsi assistenziali, nasce dalle

riflessioni emerse a più livelli: dal dibattito interno al gruppo di coordinamento del progetto IGEA e dalle riflessioni nate all'interno dei corsi di formazione per formatori e operatori, dei seminari e dei vari incontri realizzati con i referenti regionali e con la rete dei "formatori IGEA".

Si tratta di un documento che intende promuovere un ampio dibattito cercando, contemporaneamente, di offrire alcuni strumenti metodologici per la gestione delle malattie croniche. Da ciò deriva la scelta di uno strumento divulgativo sintetico ad ampia diffusione.

La decisione è stata quella di concentrarsi sugli elementi principali della gestione del diabete e delle patologie croniche all'interno di un'ampia strategia di ricerca-intervento che il progetto IGEA si è prefissato di sviluppare attraverso:

- la produzione di documenti su temi cruciali della gestione del diabete e delle patologie croniche finalizzati a raccogliere idee e a promuovere il più ampio dibattito all'interno delle varie reti di operatori collegate al progetto IGEA. L'impronta del progetto IGEA,

- in ogni sua iniziativa, è stata sempre caratterizzata, infatti, dalla ricerca di un'ampia partecipazione;
- l'organizzazione di seminari e convegni e la realizzazione di attività formative, nazionali e regionali, nella prospettiva di una loro futura disseminazione locale anche attraverso la rete dei formatori-IGEA (Maggini 2008b).

Questo documento affronta in modo semplice ed essenziale, in accordo con le sue finalità divulgative, i temi della gestione integrata e dei percorsi assistenziali e fornisce, inoltre, alcuni spunti di riflessione di natura teorico-metodologica. Questa scelta origina da alcuni presupposti di fondo:

- si è ritenuto fondamentale, innanzitutto, proporre riflessioni sul quadro logico-concettuale degli argomenti, essendo ciò indispensabile a ragionare sul senso delle scelte organizzative e ad individuare linee strategiche adeguate, evitando potenziali errori che scaturiscano da premesse epistemologiche non adeguatamente ponderate e contestualizzate;
- la sfida di un disegno di governo clinico è “creare sistema” e per far ciò bisogna aver chiara la struttura

del sistema assistenziale e delle sue linee tensive. Bisogna assumere, cioè, un punto di vista ed un approccio “ecosistemico” alla complessità delle organizzazioni, che sappia guardare a tutte le componenti, a tutti gli attori e alle loro relazioni dinamiche, e che sappia proiettarsi verso una logica unitaria di sviluppo dando visibilità e valore ai contributi dei singoli. Questo implica il progressivo superamento delle logiche di autoreferenzialità e dei classici dualismi che nel tempo le hanno alimentate (ospedale/territorio, medico/non medico, generalista/specialista, ecc.);

- per tradurre le premesse teoriche e metodologiche in prassi bisogna conoscere bene gli strumenti operativi, saperne contestualizzare l'uso e saperli adoperare in condizioni e contesti appropriati. Per questo, con il presente documento ci si è prefissati di partire dal quadro logico-concettuale per arrivare poi a fornire gli elementi di conoscenza essenziali sugli strumenti fondamentali di intervento (gestione integrata e percorsi assistenziali) e sulla loro applicazione.

SCENARI DI SISTEMA INTEGRATO IN AMBITO TERRITORIALE E OSPEDALIERO

Per fare fronte alle “nuove epidemie”, come l’OMS definisce le cronicità, si affacciano nuove parole d’ordine – assistenza multidimensionale e multiprofessionale, globalità dei bisogni, gestione proattiva – che impongono di ripensare l’organizzazione dei servizi (WHO 2005, WHO 2008). Emerge, inoltre, la necessità di prendere in considerazione nuove dimensioni: malattia vissuta (illness) e non solo malattia organica (disease), salute possibile e non solo salute, mantenimento e non solo guarigione, accompagnamento e non solo cura, risorse del paziente e non solo risorse tecnico-professionali (ADA 2010, AMD-SID 2010).

Da ciò, come meglio sarà specificato nei paragrafi successivi, l’esigenza di rivisitare criticamente i percorsi assistenziali e di sperimentare nuove formule organizzative dell’assistenza basate sul concreto affermarsi di una

gestione integrata, costruita sulla falsa riga di percorsi assistenziali condivisi che mettano in luce e valorizzino i contributi delle varie componenti e dei vari attori assistenziali lungo il continuum di cura del paziente.

Senza questi concreti binari di interconnessione, rappresentati dalla gestione integrata e dai percorsi assistenziali, utili a governare le interfacce tra le componenti complesse di un sistema unico e unitario quale è quello assistenziale, l’integrazione continuerà a rimanere una semplice affermazione di principio, un terreno ipotetico ed auspicabile calpestato soltanto occasionalmente. Le patologie croniche sono un grande problema per il Servizio Sanitario Nazionale ma allo stesso tempo possono costituire un’opportunità di revisione radicale dell’offerta sanitaria.

Il presupposto per il realizzarsi di questo importante progetto di governance è, però, l’assunzione di un approccio sistemico e integrato di tipo disease management, che implichi, come viene raffigurato nella figura 1, un’azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema

assistenziale, che, con responsabilità diverse, devono essere chiamati a sviluppare interventi mirati a obiettivi comuni (Crosson 2009, Knight 2005, Norris 2002).

È noto che gli interventi di gestione integrata più efficaci sono proprio quelli che agiscono su tutti i livelli della “storia naturale” della malattia ma, ove un disegno di portata sistemica si rendesse poco fattibile a causa di risorse limitate, sarebbe più utile concentrare gli sforzi di tutti gli attori del sistema sugli snodi ritenuti più critici e più opportuni per il contesto locale.

In altri termini, la potenzialità fondamentale dell'approccio di disease management è quella di far convergere le energie dei vari attori del sistema su obiettivi comuni, seppur con responsabilità diversificate, evitando in tal modo una progettualità non concordata e frammentaria, spesso incapace di incidere significativamente sui risultati complessivi del sistema assistenziale.

La figura 1 mostra la struttura-base dell'approccio sistemico tipico del disease management e mette in evidenza le componenti principali che entrano in gioco nel sistema

di gestione del diabete mellito, delineato sulla falsa riga di due curve: quella della “storia naturale della malattia” e quella della “storia dinamica dei servizi”. Con quest'ultimo concetto si vuole mettere in luce la necessaria dinamicità strutturale e organizzativa dei servizi perché di fronte alle cronicità è utile interrogarsi anche su nuove possibili forme organizzative dell'assistenza (strutture intermedie ospedale-territorio, day service, care- e case-management) che risultino più rispondenti alle necessità assistenziali di pazienti complessi, nei quali, nelle fasi più avanzate di malattia, tende a ridursi drasticamente l'efficacia degli strumenti clinici di assistenza.

L'ideologizzarsi dello storico contrasto ospedale-territorio (distretto) degli ultimi decenni ha generato un'impropria contrapposizione tra due componenti di uno stesso sistema unitario, con ripercussioni sia in ambito culturale (tra i professionisti e i cittadini) sia nelle scelte organizzative tra i decisori politici e gestionali, che ancora oggi paghiamo con l'assenza di un vero sistema integrato, nel quale ambedue queste organizzazioni complesse pos-

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

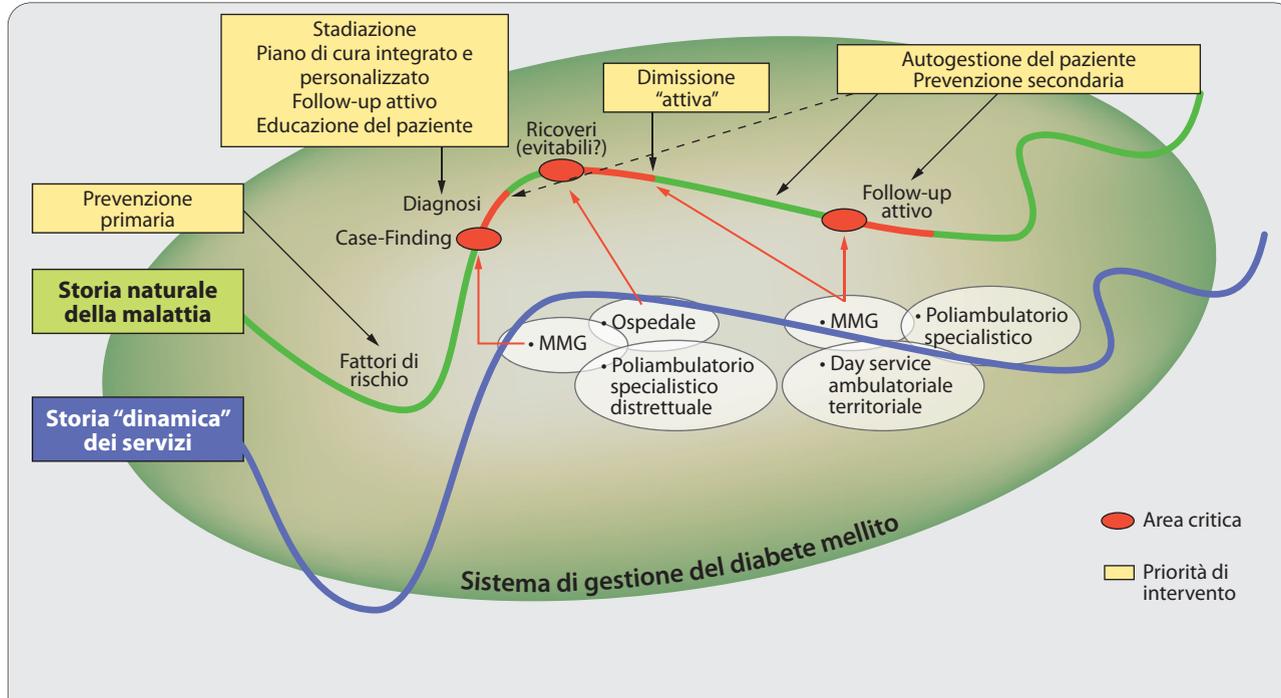


Figura 1. L'APPROCCIO "DISEASE MANAGEMENT": DA UN SISTEMA DI PROGETTI AD UN PROGETTO DI SISTEMA, CON L'IMPEGNO DI TUTTA LA RETE ASSISTENZIALE.

sano effettivamente esprimere il massimo della loro potenzialità.

La chiave di volta di una nuova visione e di una nuova cultura sistemica che veda il distretto – come possibile articolazione dell’accesso territoriale – e l’ospedale come componenti complesse di un unicum e di un continuum indissolubile è il superamento della tendenza all’autoreferenzialità e lo spostamento del confronto sul tema dell’appropriatezza in risposta ai fabbisogni assistenziali. Il concetto di appropriatezza, infatti, non va applicato soltanto alle attività clinico-assistenziali ma anche e primariamente al “dove” (setting). L’appropriatezza del luogo di cura e del professionista più pertinente (non solo in termini di competenze ma anche di tecnologie e di tempi disponibili) per i fabbisogni del paziente è un prerequisito di economicità ma anche di qualità complessiva sia dell’offerta sia della relazione servizio-utente.

Superare la contrapposizione dualistica ospedale-distretto implica, pertanto, la costruzione di “ponti” non solo culturali ma anche organizzativi ed operativi.

IL DISTRETTO - LE CURE PRIMARIE E LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE COME BINARI DI CONGIUNZIONE TRA OSPEDALE E TERRITORIO

La valorizzazione del distretto è un prerequisito anche di migliore funzionalità ospedaliera e di rivalutazione delle competenze specialistiche presenti nell’ospedale. La tendenza a privilegiare lo sviluppo specialistico ospedaliero non è, infatti, patologica ma rappresenta una condizione fisiologica ed anzi auspicabile quando si afferma “in sintonia” e non “a discapito” dei servizi territoriali, servizi di minore impatto in termini di visibilità ma certamente molto consistenti in termini di risposta alla domanda di salute comunitaria e di risposta ai nuovi scenari epidemiologici legati alle cronicità, verso i quali il sistema assistenziale è ancora poco attrezzato.

Nella figura 2 vengono delineate alcune delle componenti fondamentali del sistema di cure primarie e viene messa in luce la complessità dell’offerta, basata anche su una serie di prodotti non-sanitari (invalidità, patenti spe-

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

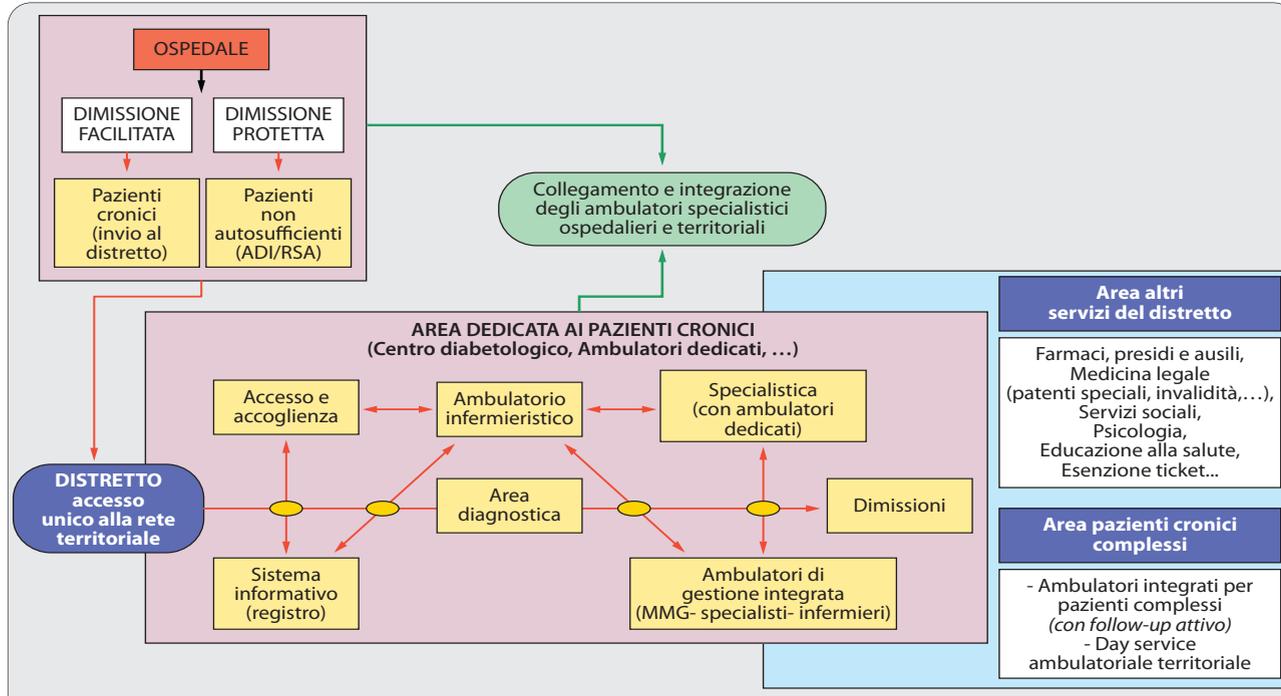


Figura 2. IL DISTRETTO COME SISTEMA POLIFUNZIONALE E MULTIDIMENSIONALE CON I SUOI POTENZIALI PUNTI DI INTEGRAZIONE CON IL SISTEMA OSPEDALIERO.

ciali, presidi e ausili, ecc.) che risultano essenziali nella gestione e, più in generale, nella vita delle persone con patologia cronica. Nella figura sono anche messi in risalto i punti di integrazione più “naturali” del territorio con l'ospedale: oltre alle **dimissioni protette** rivolte ai pazienti non autosufficienti da inviare in regime di assistenza domiciliare o residenziale, è molto utile attivare le **dimissioni facilitate** per tutti i pazienti cronici dimessi dall'ospedale, anche in condizioni di piena autosufficienza, al fine di “agganciare” tali pazienti alla rete territoriale (la perdita, o *drop out*, del paziente cronico è uno dei fattori più critici). Quest'ultima dovrebbe, però, munirsi di una organizzazione adeguata, con aree dedicate, ambulatori integrati tra medici di medicina generale (MMG), specialisti e infermieri distrettuali, e con servizi riservati ai pazienti più complessi (ambulatori dedicati con follow-up attivo e day service ambulatoriale territoriale).

L'altra area di integrazione tra ospedale e territorio, della quale si parlerà più avanti, è quella della **specialistica ambulatoriale**, che dovrà essere riorganizzata e rifunzio-

nalizzata secondo un'ottica di unitarietà e di continuità ospedale-territorio, sperimentando formule di coordinamento unitario (la specialistica ambulatoriale ospedaliera è, infatti, da intendersi come una “funzione territoriale” svolta in un setting di terzo livello).

In altri termini, il distretto, assillato da una identità non ancora definitivamente strutturata come “sistema” preposto ad erogare un'assistenza multidimensionale e globale (legata, cioè, non solo ai bisogni squisitamente clinici dei pazienti), dovrebbe costituire il centro propulsore di una capacità di governo in primis intradistrettuale, sviluppando una gestione integrata tra i diversi servizi e tra le componenti sanitarie e quelle sociali, e dovrebbe, attraverso percorsi assistenziali integrati, costruire, assieme alle componenti ospedaliere, un più ampio ruolo di gestione (governance) clinico-assistenziale.

In questo processo di riorganizzazione e di rifunzionizzazione del sistema di cure primarie bisogna ripensare, in particolare, la funzione specialistica ambulatoriale, nella quale continua ad esistere una profonda distanza tra ospe-

dale e territorio. Come detto prima, questa funzione va ripensata e riorganizzata come unitaria, muovendosi nella prospettiva di diversificare l'offerta ambulatoriale in rapporto alle effettive potenzialità di gestione della casistica più o meno complessa: l'attività ambulatoriale ospedaliera dovrebbe indirizzarsi prioritariamente verso un'offerta più specializzata in ragione delle potenzialità maggiori, in termini tecnologici, che un presidio ospedaliero usualmente possiede. Questa differenziazione costituisce la base per la condivisione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale, ma allo stesso tempo diversificati, che siano in grado di generare risultati di maggiore efficacia ed efficienza e di decongestionare l'ospedale dalla casistica impropria.

Molto utili, in tale scenario, possono essere gli ambulatori dedicati, organizzati per patologia (ambulatorio scompenso cardiaco, ambulatorio diabete, ecc.), raccordati tra ospedale e territorio sulla base di un disegno a rete di tipo **hub and spoke** (mozzo della ruota e raggi). Sebbene questo modello sia più usualmente utilizzato per le patolo-

gie acute, esso può essere utile per standardizzare meglio le funzioni dei diversi livelli di specializzazione che il sistema deve garantire per fare fronte ai differenti gradi di complessità dei bisogni assistenziali nel caso della cronicità.

Il modello hub and spoke è caratterizzato dalla gestione dei casi, in ragione della loro maggiore o minore complessità, in centri con diversi gradi di specializzazione (hub o spoke), collegati tra loro funzionalmente, che hanno un "potenziale di presa in carico" e una casistica tali da garantire standard documentabili di qualità dell'assistenza. Va precisato che la differenziazione tra hub e spoke va valutata non soltanto sulle competenze e sull'esperienza dei professionisti ma anche, e principalmente, sulle potenzialità complessive, strutturali, tecnologiche e professionali, della struttura. Pertanto, il modello hub and spoke non deve essere letto in modo piramidale e valoriale: i centri spoke, per la quantità della casistica gestita e per il loro potenziale impatto in termini di risultato, non sono, infatti, di minore importanza per il sistema assistenziale rispetto ai centri hub.

L'OSPEDALE COME SISTEMA SPECIALISTICO INTEGRATO CON LE CURE PRIMARIE

L'ospedale è un sistema complesso, la cui missione naturale è la gestione dell'acuzie, ma in esso si è progressivamente storicizzata una funzione più ampia che ha dato spazio alla crescita di un'offerta in parte anche inappropriata. In particolare, l'ospedale è divenuto il riferimento principale dei pazienti affetti da patologia cronica, indipendentemente dal grado di complessità assistenziale, espandendo la funzione specialistica ambulatoriale in modo sganciato dal territorio e contribuendo a generare nel paziente una "fidelizzazione", non facilmente modificabile, che è stata la causa di un progressivo e improprio affollamento dell'ospedale anche per problemi gestibili efficacemente a livello territoriale.

Non è comunque possibile, e probabilmente neanche opportuno, invertire rapidamente una tale consolidata tendenza: il paziente con patologia cronica ha bisogno di fiducia e di continuità assistenziale percepita come l'esi-

stenza di un riferimento stabile e continuo. C'è bisogno di un grande lavoro sul versante culturale, professionale, organizzativo ed operativo, che tenda a superare progressivamente l'autoreferenzialità che caratterizza ogni attore assistenziale, sia esso ospedaliero o territoriale, e che costruisca una rete integrata di attori riconoscibili, nella quale il paziente possa muoversi avendo riferimenti documentalmente affidabili e stabili, dei quali deve poter percepire il valore e la differenza all'interno di un disegno unitario.

Come già sottolineato precedentemente, e come sarà specificato in dettaglio nei paragrafi successivi, i capisaldi di questo processo innovativo sono rappresentati dalla gestione integrata e dai percorsi assistenziali.

Quello appena delineato è uno scenario futuribile ma non immediato, quindi bisogna interrogarsi su cosa può e dovrebbe fare l'ospedale da subito per innovare il proprio contesto e per rifunzionizzarsi insieme al territorio. Occorre, infatti, che questi due sistemi inizino concordemente un processo di innovazione che non solo rivisiti

criticamente gli specifici ambiti ma che riduca rapidamente le distanze esistenti.

L'assistenza ospedaliera va, innanzitutto, vista come un continuum con l'assistenza territoriale (figura 3). L'arrivo del paziente cronico in ospedale viene usualmente determinato dall'evoluzione della storia naturale della malattia o dal non aver trovato, a livello territoriale, idonee risposte o, infine, dall'essere sfuggiti alla rete di assistenza, precipitando verso un grado di scompenso di malattia che ha imposto il ricovero.

La figura 3 mostra gli snodi critici sui quali da subito può essere avviato un processo di rifunzionalizzazione dell'ospedale in una prospettiva di gestione integrata delle patologie croniche, sia in ambito intraospedaliero (collegamento di tutte le componenti che danno un contributo all'iter assistenziale del paziente ospedalizzato), sia nei rapporti con il territorio.

Innanzitutto, oltre alle attività di ricovero programmato, è bene concentrare prioritariamente l'attenzione sulle porte del sistema-ospedale: la porta d'ingresso del

paziente (ad esempio il Pronto Soccorso-PS) e quella d'uscita, cioè la dimissione del paziente ed il suo ritorno al territorio.

Per quanto riguarda il PS (ed il collegato sistema di emergenza-urgenza 118), questa struttura può rivelarsi molto importante per la percentuale di pazienti che frequentemente vi si presentano senza che questo dia origine ad un ricovero. Il PS può fornire, cioè, dati molto importanti sulle cause evitabili di ricovero e, più in generale, sui potenziali fabbisogni di assistenza territoriale. I pazienti vanno, anche in questo setting, "agganciati" al sistema e dimessi attivamente dal PS nel territorio. Il momento di crisi che ha generato la domanda di salute dovrebbe, infatti, essere utilizzato come indicatore critico per il sistema e come occasione di "aggancio attivo" del paziente alla rete territoriale.

Il paziente che dal PS viene ospedalizzato segue, invece, un profilo assistenziale scomponibile in varie tappe, a partire dall'approfondimento diagnostico, alla scelta del reparto di degenza (frequente, in alcuni casi, l'invio in reparti non appropriati), all'iter assistenziale

Scenari di sistema integrato

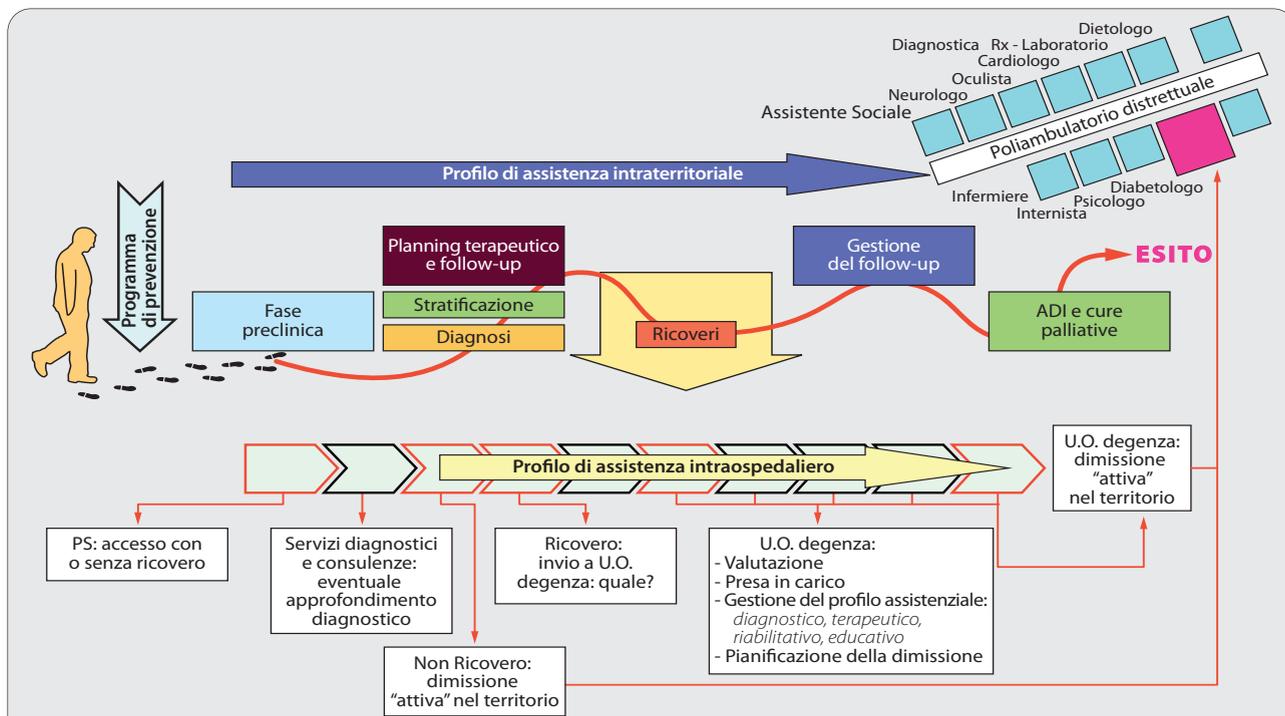


Figura 3. I PERCORSI ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI INTEGRATI CON IL TERRITORIO.

conseguente, composto dalla presa in carico, dalla valutazione, dalla definizione e gestione del piano di cura personalizzato.

La figura 3 mette in luce, tra gli altri, due “prodotti” tanto importanti quanto trascurati nel caso di ricovero di pazienti cronici: l’educazione del paziente (il momento di crisi determinato dal ricovero è sempre un momento nel quale il paziente è potenzialmente più ricettivo) e la pianificazione e gestione della dimissione. La pianificazione della dimissione è un prodotto sul quale bisogna iniziare a lavorare già nei primissimi giorni di degenza perché bisogna costruire e concordare per tempo la “dimissione attiva” del paziente all’interno della rete territoriale. La perdita del paziente (drop out) dopo un episodio di crisi che ha generato il ricovero è, infatti, uno degli errori più grossolani che il sistema assistenziale può commettere. Le cause di un tale errore non dipendono, ovvia-

mente, soltanto dall’ospedale ma originano dalla mancanza di percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio che dovrebbero essere concordati e sistematicamente applicati. In alcune realtà regionali si sta effettuando la sperimentazione della “dimissione facilitata” dei pazienti cronici, anche quelli dimessi in piena autosufficienza, attraverso specifiche figure (care-manager) che fungono da raccordo tra l’ospedale e il territorio.

A livello ospedaliero è molto importante, inoltre, la costruzione di percorsi assistenziali integrati intra-ospedalieri rivolti a pazienti cronici ricoverati per cause non direttamente connesse alla loro patologia cronica (ad esempio, il ricovero di un paziente con diabete mellito in chirurgia o in ortopedia, ecc.). È, questa, un’area molto importante in termini di miglioramento dell’efficacia, dell’efficienza e della qualità di vita dei pazienti, che sta vedendo l’impegno di alcune realtà regionali e di alcune società scientifiche.

IL DISTRETTO E L'OSPEDALE COME COMPONENTI DI UN SISTEMA UNICO

In conclusione, la gestione integrata è ormai divenuta un impegno imprescindibile ed indifferibile per tutte le componenti del sistema assistenziale ed è senza dubbio uno strumento non di massificazione ma di differenziazione oltre che di riqualificazione.

Verso questi nuovi scenari si stanno orientando le società scientifiche degli specialisti ed importanti segnali emergono anche dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009 degli MMG, dei pediatri di libera scelta, dei medici di continuità assistenziale e degli specialisti ambulatoriali che, oltre alle forme associative classiche, proietta il sistema verso nuove modalità aggregative (AFT – Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie) più consone a ridurre le distanze tra i diversi attori del sistema di cure primarie (art. 26 bis e 26 ter).

Un ulteriore elemento, indispensabile per la costruzione dei nuovi scenari delineati nei paragrafi precedenti,

è la capacità del sistema di utilizzare strumenti di valutazione che diano evidenza ai contributi e ai risultati di tutti gli attori del sistema assistenziale in una logica di *accountability*, intesa come il “rendere conto” dell'utilità del proprio esistere e del proprio agire come servizi e come professionisti.

Se è vero che non tutto ciò che è misurabile è importante e non tutto ciò che è importante è misurabile, e se è vero che non è possibile affrontare il tema della valutazione secondo una logica ragionieristica che non consideri che il “bene-salute” è un bene immateriale, dall'altro lato le difficoltà di valutazione in sanità, ed in particolare a livello del territorio, non possono rappresentare una nicchia ed un alibi per i servizi e per i professionisti che vi operano.

È verosimile che una parte della debolezza degli ambiti di assistenza territoriale dipenda anche da questa storica difficoltà alla valutazione che, in tanti casi, orientandosi verso una lettura “prestazionale” piuttosto che verso una lettura di “prodotti-risultati”, ha contribuito a

sminuire il valore e la visibilità dei servizi e delle professionalità.

I percorsi assistenziali, presentati nei paragrafi successivi, rispondono bene alle esigenze sopra esplicitate e, come si dirà, rappresentano il metodo migliore, sia per l'ospedale sia per il territorio, per:

- rivisitare criticamente le funzioni di tutte le componenti e di tutti gli attori assistenziali con le loro specificità ma anche in una prospettiva di unitarietà, di continuità e di cura delle interfacce;
- individuare le criticità e rendere evidenti e misurabili le “buone pratiche” quotidiane (chi fa cosa, perché, come e quanto bene lo fa, dove, con quali risultati);
- dare risalto ed evidenza ai bisogni complessi del paziente-persona con patologia a lungo termine, uscendo fuori dalla logica asettica del “caso clinico” e personalizzando l'assistenza;
- predisporre, in una logica di accountability, gli indicatori di processo e di esito per dare visibilità ai contributi ed ai risultati dei vari attori dell'assistenza.

LA GESTIONE INTEGRATA

L'obiettivo principale della gestione integrata (GI), così come dichiarato all'interno del progetto IGEA, è quello "di ottenere un miglioramento dello stato di salute del paziente (...) di contenere/ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane ed economiche (...) utilizzando strategie per modificare i comportamenti di pazienti e medici, da parte dei quali è spesso difficile ottenere rispettivamente un'adesione ai piani di cura e la condivisione e l'utilizzo di linee guida per la pratica clinica" (Progetto IGEA 2008).

La GI va considerata come un processo dinamico in progressiva evoluzione, strettamente correlato alla maturità culturale e organizzativa del contesto. Essa è, quindi, definibile come un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra l'MMG, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali ed ospedalieri (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione dell'assistenza.

Molto importanti sono, in una logica di ampia integrazione, il contributo del mondo del volontariato, dei familiari e dello stesso paziente. Quest'ultimo, come ampiamente dimostrato in letteratura, ha una centralità non solo decisionale ma anche gestionale rispetto alla patologia e alla cura e deve, quindi, essere messo nelle condizioni di divenire consapevole ed esperto della propria malattia.

QUALI PAZIENTI?

L'approccio sistemico di tipo disease management, ampiamente diffuso in campo internazionale, ed il chronic care model, che costituisce ormai il riferimento organizzativo-operativo di tutte le esperienze più significative in Italia e all'estero nell'ambito dell'assistenza alla cronicità, indicano la necessità di un'integrazione sistemica, che non trascuri nessun attore assistenziale (sia sanitario sia non-sanitario) e che progressivamente prenda in carico tutti i pazienti, indipendentemente dal grado di evoluzione della patologia.

È comunque ovvio che i sistemi regionali e aziendali debbano individuare le strategie ritenute più consone alle caratteristiche e alle specificità del contesto e del sistema organizzativo locale, indirizzandosi verso uno sviluppo graduale della GI ed eventualmente focalizzando, inizialmente, l'intervento sui target di pazienti ritenuti prioritari.

QUALI PROFESSIONISTI?

Nella GI non può esservi “distanza” tra le varie componenti e tra i diversi attori del sistema assistenziale e come premessa generale non vi sono, pertanto, persone affidate esclusivamente all'MMG ed altre esclusivamente allo specialista.

La GI implica un piano personalizzato di follow-up condiviso tra i professionisti principali (MMG e specialisti) e tra questi ultimi e gli altri professionisti coinvolti nel processo di assistenza (infermieri, psicologi, dietologi, dietisti, assistenti sociali, ecc.). Da ciò deriva la necessità di classificare i pazienti in sub-target in base al grado di sviluppo della

patologia: vi saranno pazienti a minore complessità con una gestione del follow-up prevalentemente a carico dell'MMG e pazienti con patologia ad uno stadio più avanzato con una gestione prevalentemente a carico dello specialista.

Questa maggiore prevalenza di una figura rispetto all'altra, all'interno di un percorso assistenziale personalizzato e concordato, deve in ogni caso scaturire da una scelta condivisa tra i vari attori assistenziali coinvolti. In tal senso, la struttura del follow-up di un paziente in gestione integrata è decisa unitariamente da MMG e specialista e, con il contributo degli altri attori, va rivalutata periodicamente e deve basarsi sulla scelta del setting assistenziale migliore (più appropriato, più efficace e più efficiente) per il singolo paziente. La GI implica, quindi, la necessità dello sviluppo di strumenti di comunicazione stabile all'interno della rete di professionisti che assiste il paziente, sfruttando, ove possibile, le potenzialità informatiche, senza disdegnare altri strumenti e vie di comunicazione a minore impatto economico e sin d'ora

praticabili, laddove esistano problemi di reperimento di risorse specifiche.

Usualmente ogni professionista possiede un proprio strumento di registrazione dei pazienti che, nei disegni locali di GI, deve venire quanto più possibile valorizzato. Lo sviluppo della GI, però, impone la necessità di una comunicazione sistematica tra i diversi attori di cura e, pertanto, è necessaria l'individuazione di formule specifiche di condivisione dei dati (scheda unica, posta elettronica certificata, estrazione ed invio di dati su query, ecc.) secondo modalità e strumenti definiti a livello degli accordi regionali.

COSA CARATTERIZZA UN PAZIENTE IN GESTIONE INTEGRATA?

Elemento fondamentale in un modello di GI è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale e sulla base di un percorso di cura articolato e proattivo, di un piano di follow-up personalizzato, calibrato, cioè, sul fabbisogno assistenziale del singolo paziente. Il follow-up

non deve essere lasciato all'occasionalità ma deve emergere da un piano attivamente definito e concordato tra MMG, specialisti, infermieri e tutte le altre figure professionali chiamate ad assistere efficacemente il paziente e a prendere in carico i suoi problemi non solo clinici ma globali (sulla base del concetto di "salute globale" dell'OMS), costruendo con quest'ultimo un "patto di cura" condiviso (da rinforzare nei momenti cruciali della storia della malattia).

Il quadro logico-concettuale che sottende alla GI e al follow-up coordinato e proattivo è quello relativo alla "managed care" (concetto contrapposto in letteratura a quello di "usual care"), basato su un'integrazione strutturata e documentabile tra i vari professionisti. Ciò è utile per evitare la facile retorica su integrazioni che talvolta sono presenti soltanto come pura intenzione dichiarata piuttosto che come prassi effettiva e documentabile.

Il follow-up nel paziente cronico deve essere coordinato tra tutti gli attori coinvolti, attivo e monitorato. Per **follow-up attivo** si intende una gestione proattiva del

paziente cronico da parte dei servizi assistenziali, mirata a non “far perdere” il paziente e a fare in modo che egli sia motivato ad aderire efficacemente al proprio piano di cura attraverso un vero e proprio “patto terapeutico”. Il follow-up attivo si basa sulla pianificazione annuale del piano di cura, condivisa in primis tra specialista e MMG, ma anche con gli altri professionisti che entrano in gioco nel percorso assistenziale, e sulla condivisione con il paziente e sulla sua responsabilizzazione. Quest’ultima implica l’adesione al **piano personalizzato di cura** e il controllo costante dell’andamento della propria patologia attraverso l’autorilevazione e la registrazione dei parametri fondamentali e dei segnali di allarme (è utile l’uso di una scheda di automonitoraggio da consegnare al paziente).

Il monitoraggio prevede la sorveglianza attiva da parte di qualsiasi attore assistenziale, in rapporto ai contributi di specifica competenza, sullo sviluppo del piano di cura

(esami e controlli periodici, partecipazione agli incontri educativi, adesione alla terapia, ecc.). In tale processo di monitoraggio e di sorveglianza attiva, il paziente riveste un ruolo fondamentale, essendo l’attore primario del proprio piano di cura. Utili strumenti possono essere uno sportello telefonico attivo con “richiamo” del paziente, oppure il follow-up infermieristico telefonico per pazienti in condizioni o in momenti di particolare complessità.

Si rende necessaria, quindi, una **struttura di sistema informativo** adeguata, che sia effettivamente in grado, senza eccessivi stress per la rilevazione, di fornire i dati e le informazioni necessarie e di far circolare gli elementi di conoscenza tra le varie componenti del sistema assistenziale, rispettando i differenti bisogni informativi dei diversi attori assistenziali.

La prospettiva della GI, del follow-up attivo e del “patto di cura” che da questo deriva, i cui **risultati**

devono essere resi **misurabili** attraverso specifici indicatori di processo e di esito, è quella di migliorare gli outcome e la qualità di vita dei pazienti, di ridurre i ricoveri impropri, di evitare il follow-up specialistico immotivato, di promuovere l'approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare, di dare centralità al paziente valorizzando pienamente le sue potenzialità nell'autogestione della patologia.

QUALI SONO I PASSAGGI-CHIAVE DELLA GESTIONE INTEGRATA?

Come già detto, tutti i pazienti cronici dovrebbero essere assistiti in GI, ma vi sono nelle varie regioni situazioni diverse rispetto alla scelta dei target prioritari (ad esempio, pazienti a bassa o alta complessità) sui quali concentrare i programmi regionali di GI. È da sottolineare che, in qualunque fase del percorso, risulta molto importante l'approccio di sistema ai bisogni del paziente, alla cui base sta la costituzione di team multiprofessiono-

nali con operatori qualificati che operino attraverso protocolli evidence-based condivisi. Nelle fasi più avanzate di malattia è utile ricorrere ad un'offerta che includa anche l'uso di strumenti più complessi, quali il day service e il case-management, cui si accennerà in seguito. I **passaggi-chiave** della GI possono, quindi, essere così schematizzati:

1. *definizione della popolazione-bersaglio (target) o delle subpopolazioni (sub-target) di pazienti da porre in GI, secondo la logica del follow-up "non-esclusivo" ma "prevalente";*
2. *adesione consapevole del paziente al programma di GI e raccolta di specifiche informazioni per poter effettuare il monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito;*
3. *stratificazione del rischio (funzione specialistica), classificazione dei pazienti in sub-target a seconda del grado di evoluzione della patologia e della complessità assistenziale e conseguente pianificazione di un follow-up personalizzato condiviso tra i professionisti;*

4. *condivisione con il paziente di un patto di cura*, che includa le scadenze delle visite specialistiche e non, dei controlli diagnostici, le eventuali scadenze del follow-up infermieristico, le modalità del programma di auto-monitoraggio, il piano educativo del paziente e degli eventuali familiari coinvolti nella cura;
5. *attuazione e monitoraggio del piano di follow-up*, da parte dei vari attori assistenziali coinvolti, con scambio periodico di informazioni e di decisioni. Il follow-up, indipendentemente dal setting nel quale può essere svolto (studio dell'MMG, nucleo di cure primarie, centro specialistico), deve avere le caratteristiche del follow-up attivo precedentemente citato e deve periodicamente essere rivalutato, così come periodicamente andrà rinforzato il "patto di cura".

Nelle pagine seguenti (box 1) viene presentato uno schema esemplificativo sul processo di attivazione della GI a livello periferico, che mette in luce le tappe conse-

quenziali e le funzioni che in linea di massima i diversi attori assistenziali sono chiamati a svolgere. Quello presentato è uno schema di massima che serve soltanto a far riflettere sui passi essenziali della GI ed ha un valore di orientamento: ogni realtà strutturerà i programmi di GI secondo le proprie scelte, le proprie esigenze, le proprie potenzialità, i propri accordi locali.

In sintesi, la figura 4 e il successivo box 1 mostrano le fasi essenziali di un percorso in GI.

La gestione integrata

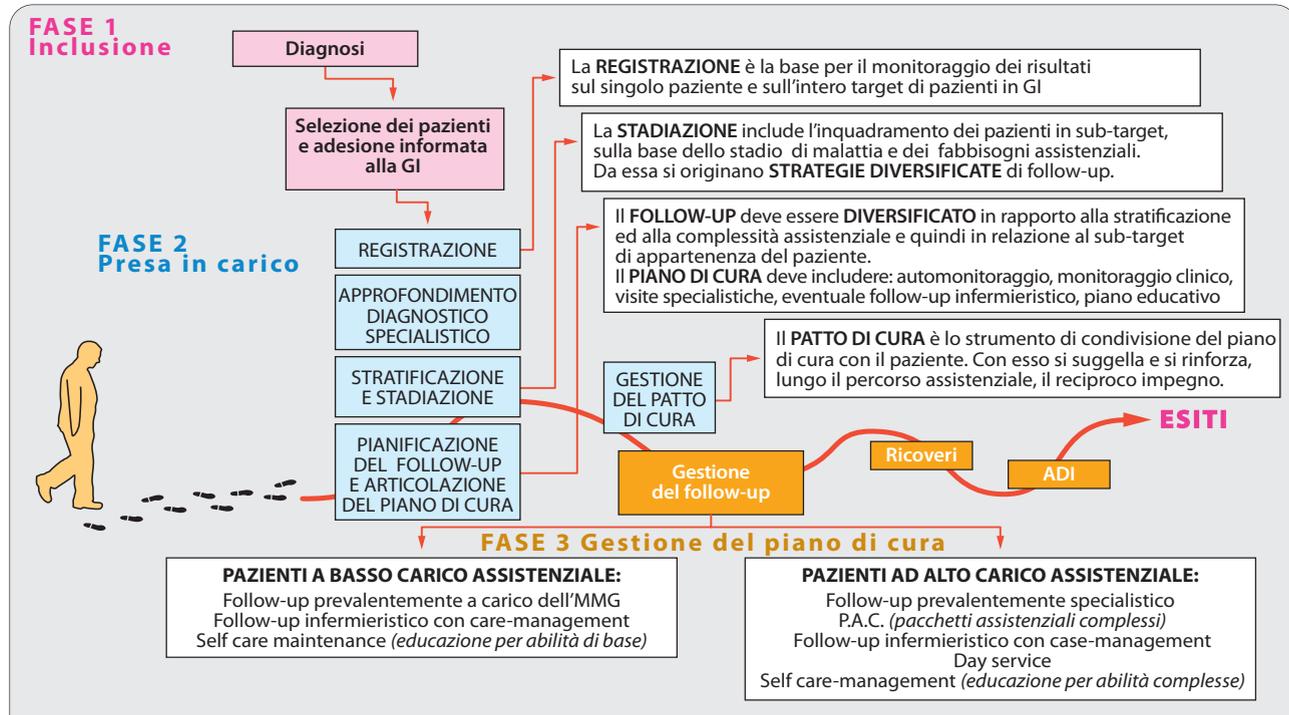


Figura 4. IL PERCORSO ASSISTENZIALE DI BASE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE MELLITO.

Box 1 - SCHEMA DELLE ATTIVITÀ FONDAMENTALI IN UN MODELLO DI GESTIONE INTEGRATA

1. Fase di inclusione dei pazienti

- Una volta definiti i criteri di inclusione dei pazienti nella GI (tutti i pazienti o alcuni specifici sub-target), al paziente identificato dall'MMG o dallo specialista distrettuale o ospedaliero viene illustrato il programma di GI, i suoi vantaggi in termini di potenziale efficacia e le sue facilitazioni (avere un monitoraggio continuo dei parametri di compenso, partecipare a programmi mirati di educazione del paziente e dei familiari, ecc.). In caso di adesione al programma, il paziente rilascia una “dichiarazione di adesione”. I pazienti identificati in ospedale (in occasione di un ricovero o di un accesso in PS o in ambulatorio) devono essere sempre inviati, dopo adeguata informazione, al proprio MMG per l'adesione al programma di GI.

- Il paziente, informato e reso consapevole sul programma di GI, deve venire quanto più possibile responsabilizzato nel rispettare le indicazioni e le scadenze che saranno definite nel suo “piano di cura” (piano di follow-up).

2. Fase di presa in carico

- Il medico di medicina generale dovrà motivare alla GI tutti i propri pazienti individuati come target, inviandoli allo specialista per l'approfondimento diagnostico e la stadiazione. In particolare, i pazienti a bassa complessità saranno gestiti con un follow-up maggiormente centrato sull'MMG, i pazienti a più alta complessità avranno un follow-up a maggiore intensità specialistica.
- Lo specialista che riceve il paziente inviato dall'MMG o che lo prende in carico per “visita diretta” (inviando, poi, una completa comunicazione all'MMG), effettua la stratificazione del rischio e la stadiazione, suddivide, cioè, i pazienti in sub-target in rapporto al grado di complessità assistenziale.

- Il piano di cura con follow-up personalizzato viene concordato tra specialista, MMG e gli altri professionisti che entrano in gioco nel percorso assistenziale. Per alcuni pazienti è possibile prevedere specifici follow-up infermieristici autonomi all'interno dei piani di cura concordati.
- È fondamentale, secondo quanto indicato dalla letteratura scientifica sull'argomento, che tutti i pazienti ricevano gli elementi informativi essenziali sulla patologia (in particolare per le nuove diagnosi) e che vengano inseriti in programmi di educazione strutturata (individualizzata o di gruppo) (WHO 1998, Loveman 2008, NICE 2009, Funnell 2010). La traduzione del piano di follow-up in un "patto di cura" condiviso con il paziente è fondamentale per l'efficacia degli interventi.
- Sulla base di un piano di cura adattato alle condizioni e alle potenzialità del paziente, quindi con follow-up personalizzato, ogni attore gestisce proattivamente (metodo del "follow-up attivo") l'assistenza, in particolare alle sca-

denze previste dal piano di cura, e "rende conto" delle proprie attività attraverso l'uso di indicatori di processo e di esito.

- Poiché la registrazione della presa in carico ed il monitoraggio del follow-up sono indispensabili per valutare l'efficacia e l'efficienza della GI, è molto importante che gli operatori interessati producano dei dati con regolarità.

3. Fase di gestione integrata del piano di cura

- Follow-up attivo e monitoraggio dei risultati della GI attraverso indicatori di processo e di esito intermedio (Maggini 2008a).
- Per essere certi di raggiungere i risultati attesi vi è necessità della rilevazione regolare di alcuni parametri:
 - *adesione del paziente al piano personalizzato di cura, cioè regolarità di esecuzione dei controlli alle scadenze previste nel piano di follow-up;*

- *grado di adesione alle indicazioni terapeutiche e comportamentali;*
- *grado di compenso dei parametri clinici fondamentali.*

- Follow-up telefonico. Il team specialistico, per pazienti di particolare complessità, può operare anche attraverso uno sportello telefonico. Questa attività dovrebbe essere riservata a pazienti con particolari condizioni di rischio o nei quali sia utile rafforzare la compliance alla terapia o agli interventi educativi, in particolare in alcuni momenti più impegnativi come ad esempio l'introduzione di un nuovo farmaco, una fase di scompenso, ecc. Questo tipo di follow-up può essere gestito dal personale infermieristico distrettuale e, in casi specifici, anche ospedaliero, in accordo con il piano di cura personalizzato.
- Educazione strutturata dei pazienti (singoli o a gruppi) e dei caregiver. Va innanzitutto premesso che l'educazione del paziente è una prerogativa di tutti i professionisti che con quest'ultimo vengono in contatto, ed in primis

dell'MMG per il rapporto di fiducia che egli ha con il paziente. Ma nelle patologie croniche risultano molto efficaci attività sistematiche di educazione, che devono essere svolte dal personale adeguatamente formato che opererà in accordo con il piano di cura personalizzato e concordato (Loveman 2008, NICE 2009, Funnell 2010).

- L'educazione del paziente, oltre ai risultati ampiamente documentati di miglioramento della qualità di vita, è una leva fondamentale per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici. Proprio in ragione di ciò, essa deve uscire dalla logica della sporadicità e deve basarsi su interventi strutturati e "di sistema". In questa funzione l'MMG è un attore insostituibile nel processo educativo del paziente e dei caregiver, ma per essere efficaci vi è necessità di una presa in carico di tale funzione da parte delle strutture distrettuali, che possono contare su team integrati (specialisti, infermieri, psicologi, educatori, ecc.), che, come ampiamente dimostrato in letteratura, costituiscono lo stru-

mento più efficace. Di non secondaria importanza l'inserimento dell'educazione del paziente anche nei percorsi assistenziali sviluppati a livello ospedaliero: il ricovero è, infatti, un momento di alta potenziale ricettività del paziente dei messaggi educativi e formativi. È sempre importante, nei programmi di educazione, valorizzare il volontariato qualificato, il cui contributo può essere molto significativo in termini di efficacia e di efficienza degli interventi.

- Snellimento degli iter burocratici. Il lavoro sulla GI e sul percorso assistenziale è utile anche per l'individuazione delle criticità del processo assistenziale (accessibilità, prenotazione, tappe superflue, tempi lunghi, procedure farraginose per il paziente, ecc.) e, ove possibile, per la loro risoluzione. È, quindi, importante coinvolgere nella programmazione anche quei servizi e quegli operatori che erogano prodotti non clinici, quali l'esenzione dal ticket, l'assegnazione di presidi ed ausili, patenti speciali, ecc.

STADIAZIONE E APPROCCIO PER POPOLAZIONI OMOGENEE DI PAZIENTI

La **personalizzazione della cura**, considerata sia nei suoi aspetti clinici (la cura più appropriata nel paziente giusto) sia nei suoi aspetti personali (persona portatrice di bisogni globali, non solo clinici), è un aspetto fondamentale per la gestione dei pazienti con patologia a lungo termine. Questi ultimi, infatti, né sul versante della **patologia vissuta** (illness) né su quello della **patologia organica** (disease) possono essere considerati come appartenenti ad una categoria uniforme: si pensi all'enorme differenza tra un paziente con diabete mellito o con scompenso cardiaco in fase iniziale e un paziente in fase di patologia avanzata.

La **stratificazione dei rischi**, delineata nella figura 5, non è una prerogativa esclusiva dei programmi di sanità pubblica, ma si rivela utile anche in ambito clinico. Permette, infatti, di inquadrare la stadiazione (il grado di avanzamento e di compenso) della patologia cronica e di

delineare il **percorso di cura più appropriato per il singolo paziente**.

Per la stratificazione è opportuno che si utilizzino non solo i parametri tipici dei processi di stadiazione clinica (disease staging), ma anche metodi per valutare le potenzialità del paziente di acquisire e utilizzare strumenti di autogestione della propria patologia e della propria cura. La “promozione della salute” posta alla base del Triangolo di stratificazione del rischio dovrebbe, quindi, essere vista come uno strumento non solo di prevenzione primaria, ma di supporto alla cura dei pazienti cronici a qualsiasi stadio evolutivo di malattia.

Nella stratificazione da utilizzare per i programmi di governo clinico vi è, quindi, la necessità di contemplare sia **variabili cliniche** sia **variabili non-cliniche di complessità**. Si considerino, ad esempio, alcune problematiche socio-familiari che possono aggravare il quadro di complessità assistenziale, malgrado uno stadio non molto avanzato di malattia. Secondo un tale approccio, la decisione sul grado di complessità dovrebbe essere il risultato

LIVELLO 3

Dato che i pazienti sviluppano più di una condizione morbosa (comorbidità), la loro assistenza diviene sproporzionatamente più complessa e difficile da gestire per loro ed anche per il sistema socio-assistenziale. Questo spinge verso il "case-management", con un operatore di riferimento (spesso un infermiere) attivamente impegnato nel prendere in carico e nel gestire l'assistenza per questi pazienti.

LIVELLO 2

Disease e Care Management, nei quali team multidisciplinari erogano ai pazienti assistenza di alta qualità ed evidence-based, è l'approccio più appropriato per i pazienti a questo livello. Ciò implica gestione proattiva dell'assistenza, seguendo protocolli e percorsi assistenziali concordati per gestire le specifiche patologie. È di fondamentale sostegno un buon sistema informativo – registro-pazienti, piani di cura, documentazione elettronica condivisa.

LIVELLO 1

Con il corretto supporto alcuni pazienti possono imparare ad essere attivi partecipanti alla cura, a convivere con le proprie condizioni e a gestirle. Ciò può aiutarli a prevenire le complicanze, a ritardare il peggioramento ed evitare la progressione. La maggior parte delle persone con patologie croniche rientra in questa categoria e pertanto anche piccoli miglioramenti possono avere un enorme impatto.

Tratto dai Documenti del National Health Service: www.nhs.uk

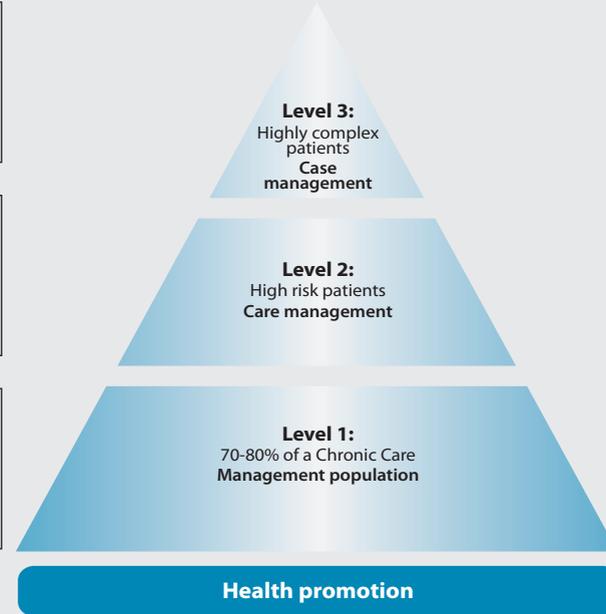


Figura 5. IL TRIANGOLO DI STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO (KAISER PERMANENTE TRIANGLE).

di una somma ponderata di fattori concorrenti, clinici (stadio della malattia) e non clinici (rete di supporto socio-familiare, potenzialità effettive del paziente nei programmi di self care). Il risultato di un tale processo sarà un piano di cura effettivamente personalizzato rispetto ai fabbisogni assistenziali e alle caratteristiche e potenzialità del paziente e della sua rete di sostegno.

La **stadiazione** rappresenta in ogni caso una funzione indispensabile per tutti quegli interventi di sanità pubblica e di rifunionalizzazione dei servizi che si prefiggano di rivedere il funzionamento dell'organizzazione complessiva dell'assistenza all'interno del sistema relativamente a:

- l'*appropriatezza del setting assistenziale* in rapporto agli specifici fabbisogni del paziente. Si pensi, a tale proposito, al frequente follow-up specialistico improprio, problematica sottolineata dagli studi stessi specialistici, ai costi superflui che ciò determina, e si pensi anche alla progressiva dequalificazione della funzione specialistica ed allo stress del paziente derivante dal-

l'essere seguito in un setting con caratteristiche non consone ai propri bisogni;

- l'*appropriatezza del percorso assistenziale* nei suoi aspetti clinici e nei suoi aspetti organizzativi. La suddivisione dei pazienti in sub-popolazioni (sub-target) omogenee per fabbisogno assistenziale permette, infatti, di poter delineare percorsi assistenziali mirati e personalizzati.

COME APPLICARE IL TRIANGOLO DI STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

La figura 6 mostra una prospettiva applicativa del Triangolo di stratificazione del rischio. Il lato sinistro della figura mostra il tipo di risposta organizzativa (quali attori per quali pazienti), che varierà a seconda del grado di complessità gestionale dei pazienti.

Per il **sub-target a bassa complessità**, nel quale mediamente si colloca fino al 70-80% dei pazienti, la figura predominante è l'MMG, il quale attuerà il follow-up,

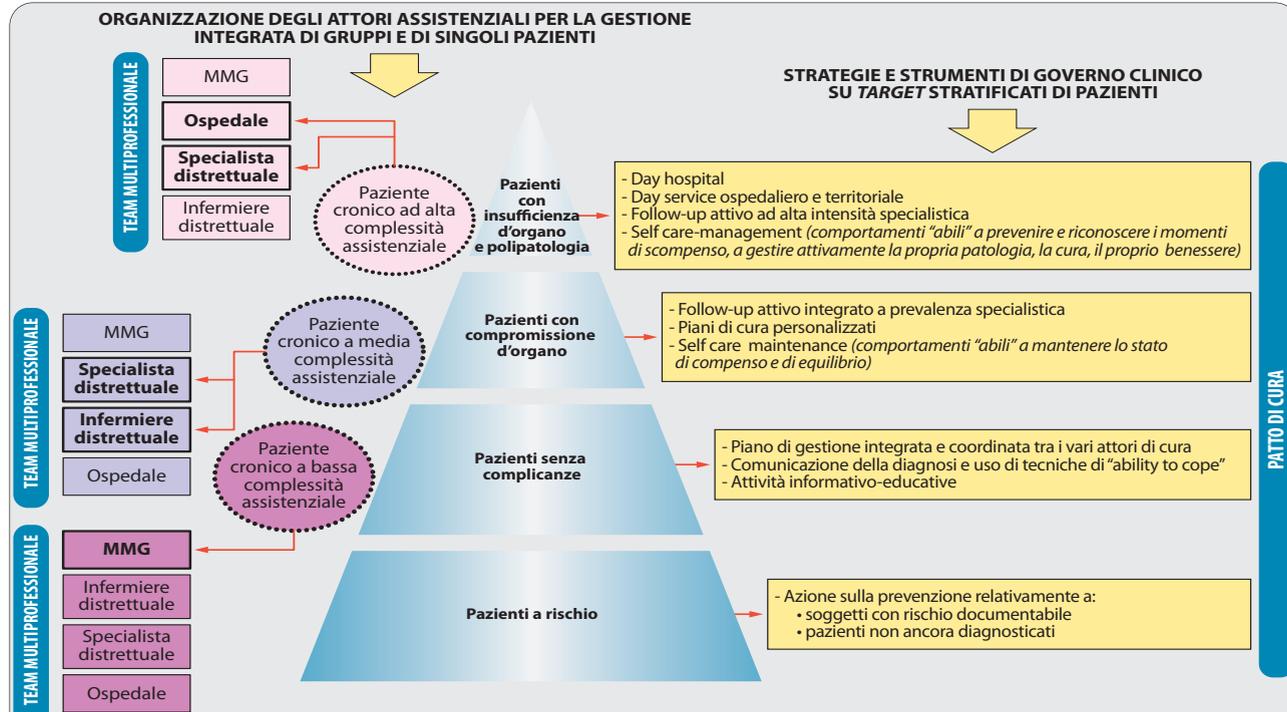


Figura 6. COME APPLICARE IL TRIANGOLO DI STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO.

come esplicitato nei paragrafi precedenti sulla gestione integrata, in stretta collaborazione con le altre figure distrettuali (specialista, infermiere, altri operatori del team multiprofessionale).

Gli strumenti fondamentali per questo tipo di pazienti consistono nel “piano di cura” con follow-up attivo, che include anche alcuni “prodotti” non-clinici fondamentali per l’efficacia degli interventi, quali:

- la comunicazione della diagnosi e la promozione di competenze-abilità per la vita e per la salute, intese come capacità di accettare, reagire e convivere con una patologia cronica (WHO 2003, Knowles 2008). Questo momento è molto importante per la qualità della vita del paziente e per consolidare con lui un efficace “patto di cura”;
- la realizzazione di una serie di “attività informativo-educative”, individuali e/o di gruppo, affinché i pazienti possano divenire “consapevoli ed esperti” della propria patologia e sviluppare abilità di autogestione *ab initio*.

Il **sub-target a media complessità**, nel quale si colloca una percentuale variabile a seconda del tipo di patologia cronica, vedrà un maggiore impegno delle funzioni specialistiche distrettuali (anche per questo target l’uso dell’ospedale è improprio, eccetto che per eventuali problemi acuti non prevedibili). Anche per questi pazienti, nella logica di GI esplicitata nella prima parte del documento, l’MMG rimane comunque il riferimento stabile del paziente. Il follow-up integrato per questi pazienti dovrebbe prevedere mediamente una frequenza di controlli specialistici maggiore rispetto al sub-target precedente. Anche in questi casi va strutturato, e/o rinforzato, il “patto di cura” e deve avere inizio un processo educativo più mirato al mantenimento del compenso.

Per quanto riguarda il **sub-target a più alta complessità** (la punta della piramide), dove usualmente e al di là delle differenze tra le specifiche patologie croniche si colloca circa il 6-7% dei pazienti che sono responsabili della maggior parte dei ricoveri e dei costi del sistema, le funzioni specialistiche, sia distrettuali sia ospedaliere,

cominciano a risultare sempre più rilevanti. Anche in questo caso l'MMG resta il riferimento fondamentale del paziente e del suo piano di cura, pur se la strategia di gestione prevede un follow-up con controlli specialistici più frequenti.

Considerato lo stato tendenziale di scompenso della patologia, l'educazione del paziente e dei familiari deve non solo intensificarsi ma deve adattarsi a fornire competenze di autogestione della patologia di più elevato livello.

Per questi pazienti, sulla base delle potenzialità dei contesti locali, è molto utile il ricorso a figure di care- e di case-management o l'utilizzo del day service ambulatoriale da attuarsi in ambito ospedaliero o territoriale.

Con i termini di **care-** e **case-manager** si indicano figure professionali (per lo più infermieristiche, ma talvolta anche mediche) specificamente responsabilizzate nella gestione di un target mirato di pazienti. La differenza è legata al carico assistenziale ed alla complessità gestionale e, generalmente, la funzione del case-manager, più personalizzata sul "caso", è prevista per la

gestione dei pazienti ad alta complessità. Per rendere efficace l'azione di queste figure vi è necessità di una rivisitazione organizzativa ed operativa dei servizi. Deve essere ben chiaro che esse non si contrappongono alla centralità dell'MMG come "care-manager" naturale del paziente, dato che operano in piena sintonia con quest'ultimo facilitandone e rendendone più efficace la funzione. La struttura di care e case-management può avere disegni diversi a seconda delle caratteristiche dell'organizzazione e del contesto e non esistono, quindi, schemi rigidi e aprioristicamente applicabili.

Il **day service ambulatoriale** si basa sull'erogazione di Pacchetti di Prestazioni Assistenziali Complesse (PAC) e non prevede la permanenza con osservazione prolungata del paziente, come è invece tipico del regime di ricovero ordinario o in day hospital. Il day service ambulatoriale è, pertanto, un modello organizzativo ed operativo che si prefigge di affrontare problemi clinici di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni multiple integrate e/o complesse e che non richiedono sorveglianza o osser-

vazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi. Questa soluzione organizzativa può rivelarsi molto utile per risolvere alcune “aree grigie” assistenziali e poter rispondere al fabbisogno di alcuni casi di pazienti complessi che non possono essere trattati in regime di day hospital, che risulterebbe inappropriato, ma per i quali il classico regime ambulatoriale non risulta adeguato. In considerazione della necessità di de-ospedalizzare,

ma anche di de-medicalizzare, la gestione dei pazienti è utile strutturare follow-up infermieristici autonomi in armonia con il piano di cura concordato dal team multiprofessionale e, nei casi meno problematici, ricorrere anche a personale non-sanitario esperto per i programmi di autogestione.

Molto significativo, in termini di efficacia e di efficienza, è da considerare il contributo strutturato del volontariato qualificato e dei pazienti esperti (“mentori”).

I PERCORSI ASSISTENZIALI PER DARE TRADUZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA ALLA GESTIONE INTEGRATA

Il percorso assistenziale (PA) è un metodo innovativo utilizzato per la revisione critica ed il ridisegno degli iter assistenziali di specifici target di pazienti. Esso utilizza, come sarà meglio descritto in seguito, il **paziente come “tracciante”** per l’analisi delle performance organizzative e cliniche dei servizi realizzata attraverso lo studio dei “prodotti” erogati (output) e dei “processi assistenziali” che li generano.

Parlare di prodotti e processi in sanità, utilizzando un linguaggio mutuato dal sistema industriale, può risultare poco consono, considerato che il prodotto-salute è un bene immateriale e che alcune variabili tipiche del mondo sanitario, come l’autonomia del professionista nella gestione del singolo caso clinico, sono poco standardizzabili. Va, quindi, precisato che l’uso di questo metodo anali-

tico di scomposizione degli iter assistenziali, che mette in rilievo i contributi dei singoli attori, è legittimato dalla sua capacità di facilitare l’individuazione delle criticità dell’assistenza erogata e l’applicazione di correzioni mirate.

Per esemplificare il modello, la figura 7 illustra le attività sequenziali di un’organizzazione, avviate a seguito di un input (un paziente che si presenta con un problema clinico). L’insieme di tali attività dà origine ad un risultato, che è il **prodotto finale**: in questo caso, la diagnosi del problema clinico del paziente.

A questo prodotto finale contribuisce una serie di attori che gestiscono **processi e prodotti intermedi** (ad esempio, la diagnosi strumentale e le eventuali consulenze), che hanno sempre una ricaduta, positiva o negativa, sul prodotto finale (si pensi, ad esempio, ad un falso negativo di un esame diagnostico o ai tempi eccessivi di durata dei processi intermedi).

In sanità si è abituati a leggere le “prestazioni”, a dare risalto, cioè, alle attività dei singoli attori (ad esempio: N. di ecografie, N. visite, N. consulenze, ecc.). Una lettura di

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

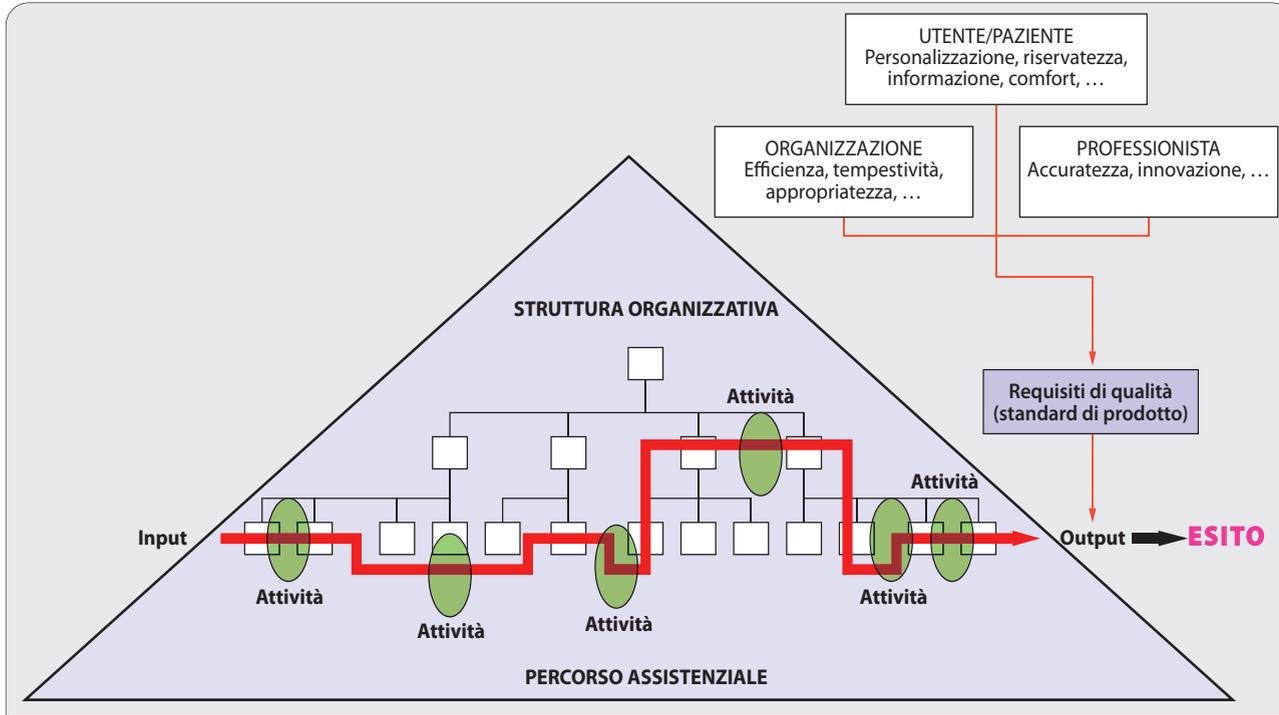


Figura 7. IL PERCORSO ASSISTENZIALE E LA LOGICA DEI PRODOTTI E DEI PROCESSI.

questo tipo dà informazioni solo sulla generica produttività e non permette l'identificazione delle cause delle criticità rilevate, mentre l'**analisi dei PA** e dei singoli prodotti finali e intermedi che li compongono ci permette di trarre informazioni dettagliate sugli aspetti critici, sulle loro cause (disfunzioni organizzative, cattive pratiche cliniche, ecc.) e sulle potenziali azioni di miglioramento.

L'analisi dei percorsi-paziente e dei requisiti di qualità dei singoli prodotti facilita, inoltre, l'analisi degli esiti. I requisiti di qualità (denominati anche standard di prodotto), quali l'accuratezza, la tempestività, la completezza, ecc., ci permettono, infatti, di avere cognizione in dettaglio del livello di performance di un'organizzazione e di rendere confrontabili tra loro realtà diverse.

Nella definizione dei requisiti di qualità è importante che si tengano in considerazione non soltanto il punto di vista dell'organizzazione e del professionista, ma anche quello del paziente più orientato a considerare fattori, spesso trascurati dai servizi, quali la riservatezza, il comfort, e la personalizzazione. L'organizzazione è, invece, mag-

giormente orientata a considerare fattori quali l'efficienza, l'appropriatezza, la tempestività, mentre il professionista tende maggiormente a guardare all'accuratezza, all'innovazione tecnologica, ecc.

In virtù del suo potenziale analitico, il PA è, quindi, un metodo applicabile in qualsiasi contesto di produzione socio-sanitaria, sia territoriale sia ospedaliero, ed utilizza gli strumenti analitici anzidetti (analisi di processo, standard di prodotto) per innovare l'organizzazione dell'assistenza e per migliorare la pratica clinico-assistenziale basandosi su un approccio di ampia partecipazione di tutte le componenti (gestionali e tecnico-professionali) dell'organizzazione e sull'uso di tecniche di sostegno alle decisioni (uso di evidenze scientifiche, audit tra professionisti).

L'iter metodologico di costruzione di un PA utilizza il paziente-tipo come un "tracciante" (vedi punto 1 della figura 8). Ciò permette di estrapolare dal "caos" delle routine assistenziali, i "prodotti" che, come già detto, sono il punto di arrivo di varie attività svolte con il contributo di diversi attori, appartenenti anche a cicli produttivi diversi. Nell'analisi di

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

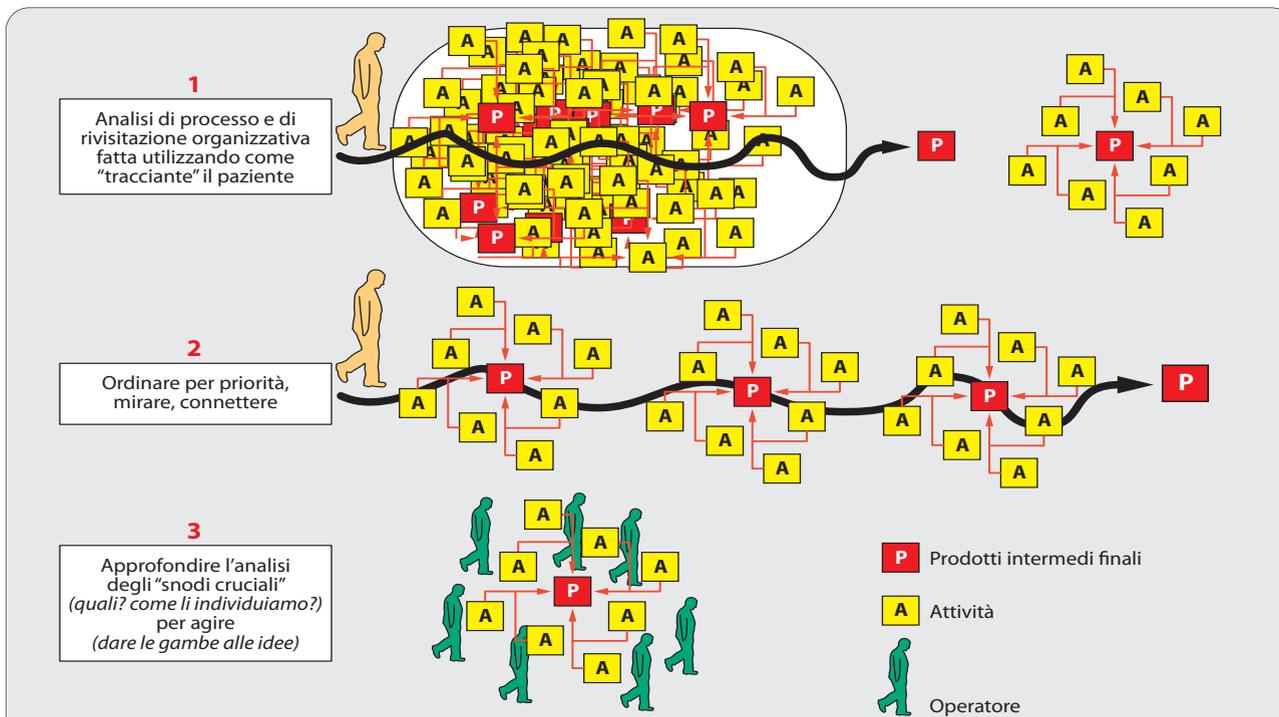


Figura 8. ITER METODOLOGICO DI COSTRUZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE.

processo possono essere messi in evidenza anche i “prodotti intermedi” (ad esempio, diagnosi radiologica) per meglio mettere in risalto i requisiti di qualità garantiti dai diversi attori della catena assistenziale (punto 2 della figura 8).

Questo “isolare” il percorso del paziente-tipo permette di analizzare meglio la struttura dell’iter assistenziale esistente, di individuare i singoli prodotti erogati e le loro caratteristiche, di dettagliare le specifiche attività che li generano, ed infine di circostanziare i contributi dei vari attori che concorrono a generarli. Questo comporta, quindi, il ridisegno di un nuovo PA che sarà implementato attraverso un coinvolgimento ampio dell’organizzazione. È opportuno che sugli snodi cruciali, più critici e delicati del percorso (punto 3 della figura 8), si effettuino delle analisi più approfondite, utili a rivisitare criticamente il processo nei dettagli e ad inserire le “buone pratiche” ed i relativi indicatori di monitoraggio.

In conclusione, la costruzione di un PA deve basarsi su un metodo che sia in grado di mettere insieme tre diversi focus: 1) organizzativo, buona parte dei risultati, infatti, dipende da come viene gestita l’organizzazione dell’assi-

stenza; 2) clinico, che include le prestazioni di tipo diagnostico-terapeutico; 3) relativo alla presa in carico dei bisogni globali e non solo clinici del paziente-persona. È in ragione di ciò che, ancorché l’assistenza sia un processo unico per la costruzione di un PA, bisogna applicare strumenti analitici su: **come siamo organizzati** (care), **come curiamo i pazienti** (cure), **quanta attenzione poniamo ai prodotti non-clinici** (caring).

Sintetizzando (figura 9), la costruzione di un PA si basa sull’uso dell’iter del paziente come un tracciante che, attraversando i servizi, ne mette in evidenza il funzionamento ed i prodotti, intermedi e finali, clinici e non, erogati durante la filiera dell’iter assistenziale.

L’analisi del processo assistenziale, che sta alla base della costruzione di un PA, permette di individuare gli snodi critici che hanno effetti significativi sui “prodotti” finali e di identificare le cause e le eventuali pratiche erranee o da migliorare (malpractice) che stanno alla base delle criticità rilevate. Questa tecnica analitica permette di intraprendere azioni mirate di miglioramento.

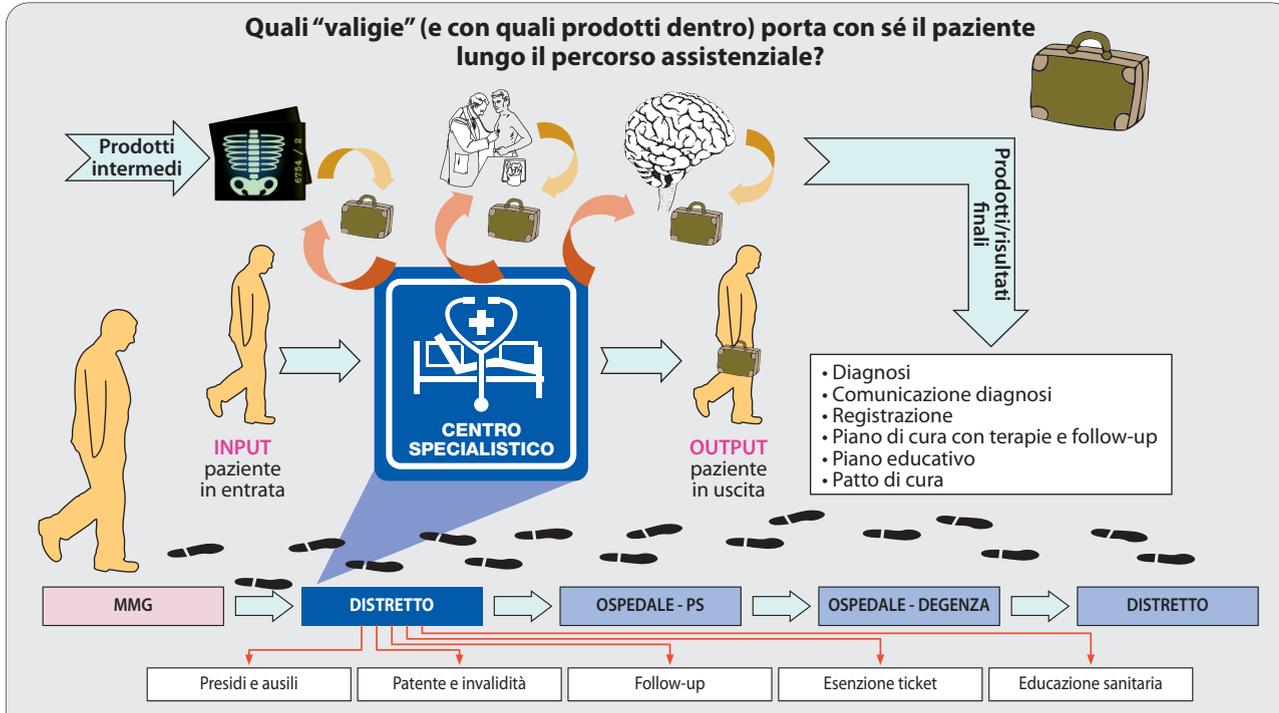


Figura 9. L'ITER DEL PAZIENTE COME TRACCIANTE PER LA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE.

Il PA risulta pertanto, come si vedrà successivamente, il metodo migliore:

- per dare evidenza a tutti i prodotti dell'assistenza, sia clinici (diagnosi, terapia, ecc.), sia non-clinici (comunicazione della diagnosi, patto di cura, educazione, ecc.);
- per analizzare i processi assistenziali e per rendere misurabili, attraverso specifici indicatori, i risultati generati.

COSTRUZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE

La figura 10 mostra le fasi di costruzione del PA di un ipotetico paziente che si presenta ad un centro specialistico. Il primo passo è quello di definire la **lista dei prodotti/risultati** (le P della Fase 1 della Figura 10) contenuti metaforicamente nella “valigetta” con cui il paziente-tipo viene dimesso dal centro specialistico; vengono poi definite (Fase 2) **le specifiche (criteri di qualità) per ogni prodotto/risultato** (nella figura 10 è riportato l'esempio del prodotto “diagnosi”).

Le **specifiche di qualità di un prodotto** sono i criteri ritenuti più significativi per garantire che il prodotto sia qualitativamente valido. Tali criteri vengono usualmente definiti attraverso audit integrati che utilizzano la letteratura disponibile e possono essere tradotti in specifici “**standard di prodotto**”. Specifiche e standard di prodotto permettono, quindi, di avere parametri utili a verificare se i prodotti erogati nel contesto di analisi presentino delle criticità, quali e in che misura. Per esemplificare:

- quanti pazienti del nostro sistema hanno una diagnosi completa (basata, cioè, su un'analisi esaustiva del rischio multifattoriale) ed evidence-based che non sia, quindi, soltanto opinion-based ma origini da un processo di ricerca e condivisione di evidenze tra i vari attori del sistema?
- a quante diagnosi è stata associata una effettiva stadiazione del paziente, utile a delineare il suo ipotetico fabbisogno assistenziale e a definire un piano di cura con follow-up personalizzato?

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

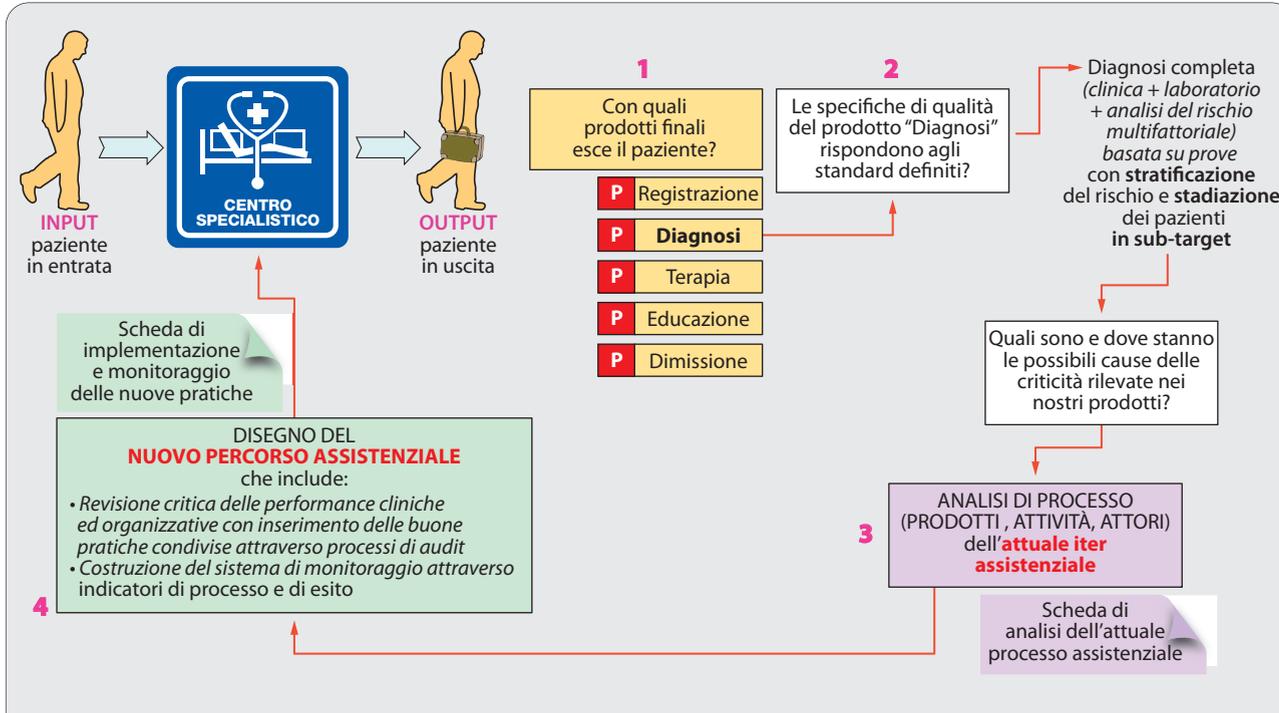


Figura 10. FASI DELLA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO ASSISTENZIALE.

La ricerca delle cause di tali criticità fa parte della fase successiva (Fase 3) nella quale si analizza la sequenza delle attività che compongono il processo assistenziale. Tale fase si caratterizza, infatti, per l'attivazione di un **analisi di processo** (vedi paragrafo successivo), grazie alla quale è possibile effettuare un approfondimento analitico (scomposizione in attività e attori) utile per individuare le cause delle criticità. In questa tappa l'analisi è effettuata sulla base dell'iter assistenziale del paziente-tipo così come è al momento dell'effettuazione dell'analisi.

Successivamente si può, quindi, effettuare la revisione critica delle prassi quotidiane cliniche ed assistenziali. Molto utili, in questa fase, si rivelano gli audit interni mirati a condividere l'analisi delle criticità e delle cause e ad implementare, contestualizzandole, le soluzioni e le buone pratiche.

In maniera condivisa si perviene, quindi, al disegno di un nuovo PA (Fase 4 della figura 10) che avrà inglobato al suo interno le "buone pratiche" e gli indicatori per monitorare il livello di adesione degli operatori (indica-

tori di processo) ed i relativi risultati sui pazienti (indicatori di esito).

Molto importante, una volta messo a punto il nuovo PA, è la fase di implementazione e di disseminazione dello stesso all'interno del contesto organizzativo, che deve vedere coinvolti tutti gli attori che forniscono il loro contributo nei processi produttivi interessati.

In conclusione, un PA è definibile come: "un metodo (modo di procedere razionale, o procedimento logico, per raggiungere determinati risultati), all'interno del quale è possibile allocare vari strumenti (arnesi atti all'esecuzione di determinate operazioni proprie di un'arte, di un mestiere) quali l'analisi di processo, gli indicatori, ecc., e tecniche (insieme delle regole pratiche da applicare nell'esercizio di un'attività umana, intellettuale o manuale), quali le tecniche di supporto alle decisioni, di cui la più conosciuta è la medicina basata sulle prove di efficacia (EBM) ma tra le quali possono annoverarsi altre tecniche basate sul giudizio ponderato quali gli audit multiprofessionali" (Noto 2007).

LA SCOMPOSIZIONE DAI PRODOTTI ALLE ATTIVITÀ

Come detto precedentemente, per iniziare a costruire un PA bisognerà partire dai seguenti interrogativi:

- a. Qual è la filiera delle strutture che erogano assistenza al target di pazienti prescelto? Quali sono i confini del percorso? Si tratta, cioè, di un percorso integrato territorio-ospedale o di un percorso solo territoriale o solo ospedaliero?
- b. Con quali prodotti finali esce il paziente-utente dalle strutture del nostro sistema? Nella figura 10 sono rappresentati i prodotti/risultati di massima con i quali il paziente esce dal centro specialistico, ma anche una serie di prodotti non-clinici (patente, presidi, ausili, ecc.) erogati nel distretto, che sono altrettanto importanti per la qualità di vita del paziente.
- c. Quali sono i prodotti prioritari sui quali concentriamo le nostre energie analitiche e di miglioramento? La definizione di questi prodotti dipenderà

dalle criticità rilevate nel contesto locale o dalle strategie centralmente definite.

- d. Quali sono le specifiche di prodotto (criteri di qualità) grazie alle quali possiamo analizzare le nostre performance e comprendere quanto ci discostiamo dagli standard possibili? Ad esempio, quanti pazienti neo-diagnosticati hanno una diagnosi completa con stratificazione del rischio? Quanti hanno un piano di cura con follow-up personalizzato e concordato tra MMG e specialista? Quanti pazienti disertano le scadenze previste nel piano di cura, in altri termini: quanto effettivamente funziona il nostro sistema di follow-up attivo?

Avendo precedentemente identificato le strutture, i prodotti erogati e le loro criticità, si potrà descrivere, costruendo una **flow chart di processo** per ogni struttura, l'iter del paziente, dall'arrivo all'uscita. La struttura-tipo di una flow-chart di processo utilizza simboli-standard: cerchi o ellissi per l'inizio e la fine del processo; rettangoli per le attività, parallelepipedi per gli elementi in

entrata ed in uscita dal processo e rombi per gli snodi decisionali o per differenziare iter diversi. Vi sono altri simboli (archivio cartaceo o informatico, inserimento procedura, ecc.), ma quelli rappresentati in figura sono i più frequentemente utilizzati.

La figura 11, tratta dal documento “L’assistenza integrata alla persona con diabete mellito tipo 2”, (AMD 2008) mostra la flow chart che offre una visione macro di un percorso clinico-assistenziale, ponendo in risalto le attività sequenziali offerte dai diversi attori.

Nella figura 12 è visibile uno schema di flow chart che mette maggiormente in risalto, rispetto al precedente, i passi organizzativi. Questo schema mostra solo le macroattività di assistenza (al bisogno ulteriormente scomponibili attraverso l’analisi in profondità delle singole tappe), relative ad un paziente diabetico che accede ad un centro specialistico. Un lavoro di scomposizione analitica più dettagliato delle singole tappe, rappresentando un’attività aggiuntiva per il sistema, va effettuato solo per le aree critiche che sono usualmente

suggerite dall’analisi dei dati di produzione del contesto, dei prodotti e dei risultati. A questo primo livello di scomposizione di processo, nella costruzione di un PA, fa generalmente seguito un più dettagliato livello di analisi che permette di porre in risalto il rapporto attività-attori.

In conclusione, bisogna ricordare che l’assioma fondamentale di un processo assistenziale è che ogni attore del processo deve conoscere le finalità del processo stesso, i bisogni del cliente a valle (un cliente interno, cioè un servizio o un operatore), i bisogni del cliente finale (l’utente) e deve indirizzare i requisiti che il proprio fornitore deve rispettare.

L’analisi di processo è utile anche per individuare le attività cosiddette “a valore aggiunto zero”, cioè quelle attività che non contribuiscono al funzionamento dell’azienda e al soddisfacimento dei bisogni dell’utente, e per effettuare la revisione critica (re-ingegnerizzazione) di processo, eliminando le attività superflue e i nodi (loop) di processo.

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

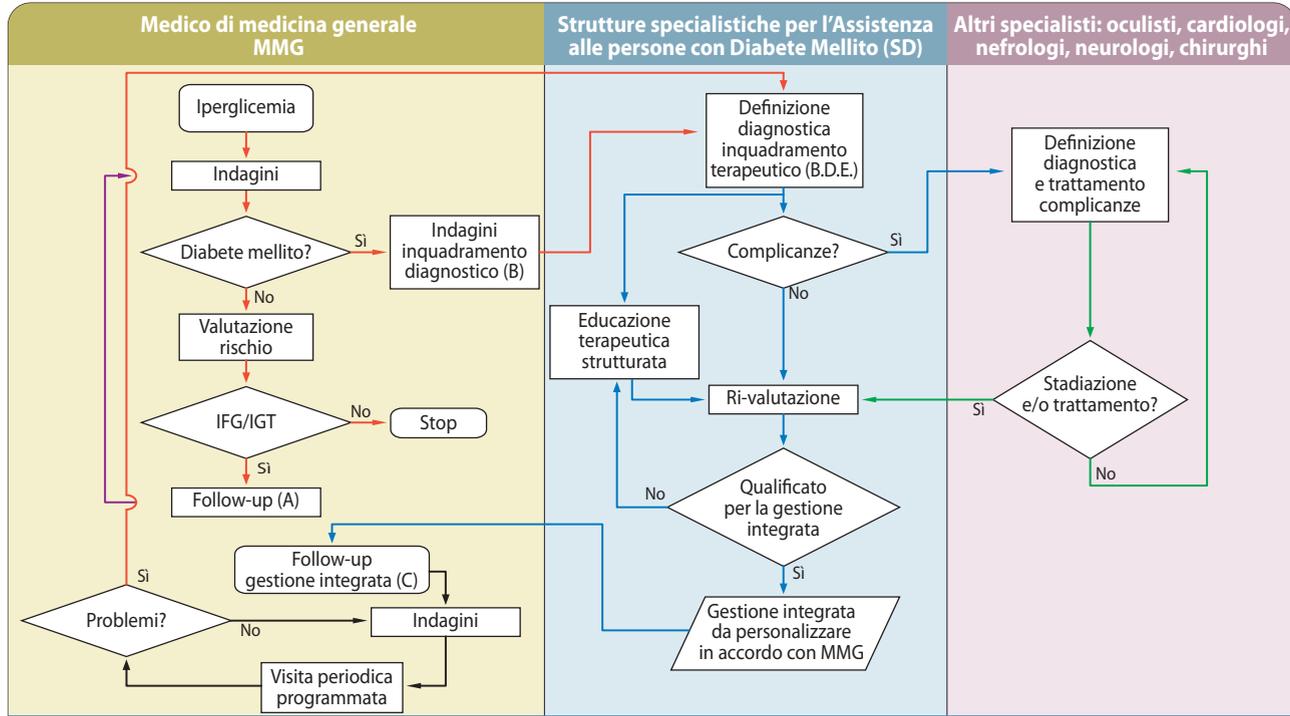


Figura 11. SCHEMA DI PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE (TRATTA DA: AMD 2008).

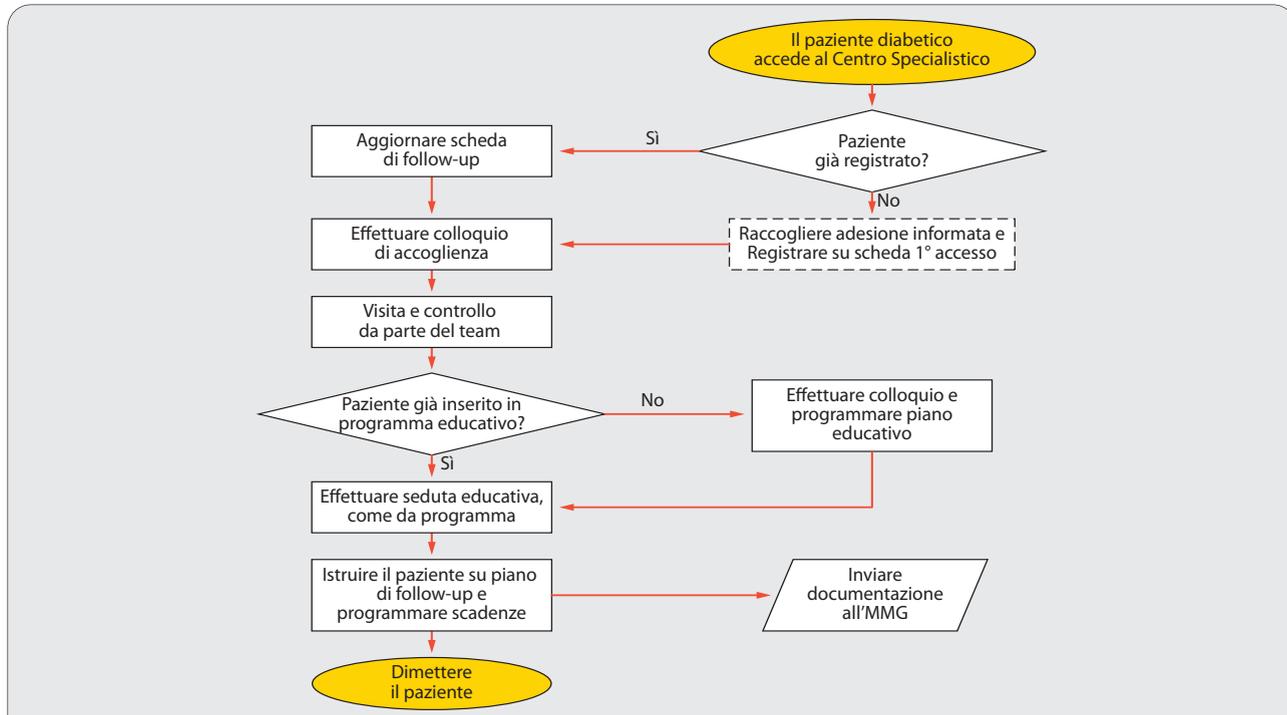


Figura 12. SCHEMA DI PERCORSO CON MACROATTIVITÀ DI ASSISTENZA.

I Percorsi Assistenziali per promuovere il passaggio dall'efficacia teorica all'efficacia pratica

Dal percorso assistenziale ipotetico al percorso assistenziale contestualizzato

Il problema maggiore dell'innovazione delle pratiche assistenziali è rappresentato dalla **traduzione delle "buone pratiche" teoriche in prassi quotidiane degli operatori**, in altri termini il passaggio da un'efficacia teorica (efficacy) ad un'efficacia "pratica" (effectiveness) nel mondo reale, fuori da un contesto sperimentale. Nella tabella 1 sono schematizzate le tappe essenziali del processo di contestualizzazione, che verrà esplicitato in dettaglio più avanti.

Nelle due figure successive (figure 13 e 14) viene schematizzato in quattro fasi l'iter grazie al quale da un **PA ipotetico** si perviene alla costruzione di un **PA concretamente applicato** in uno specifico contesto locale.

Fase 1 – Approfondimento sugli "snodi critici" della storia naturale della malattia: la ricostruzione dell'evoluzione della patologia, dalla fase di pre-insorgenza a quella di espressione clinica con tutti gli step evolutivi successivi assieme alla ricerca di evidenze, ci fornisce le informazioni essenziali sulle caratteristiche della patologia, sulle sue potenzialità evolutive, su quali siano gli "snodi assistenziali cruciali" per la gestione dei pazienti (ad esempio, quanto sia utile ed efficace, in una specifica malattia, la ricerca attiva dei casi, case-finding, o quali siano le "leve" migliori per incidere positivamente sul processo evolutivo della patologia e per ridurre le complicanze acute e croniche).

Fase 2 – Traduzione degli elementi della storia naturale di malattia e delle evidenze scientifiche in un PA ipotetico, utile a delineare lo scenario di sistema, e per una prima identificazione teorica degli attori assistenziali che dovranno essere coinvolti nella gestione delle varie fasi evolutive della patologia (momento della diagnosi, fase di compenso, insorgenza di complicanze e di scompenso).

TABELLA 1 - *Dall'efficacia teorica all'efficacia pratica*

ATTIVITÀ	PROSPETTIVA
<p>A- RICERCA (SCOUTING) Ricerca di fondo per generare conoscenza a supporto dei processi decisionali</p> <p>1. Approfondimento sugli “snodi critici” della storia naturale della malattia e sulle evidenze scientifiche disponibili</p> <p>2. Traduzione delle evidenze in “buone pratiche” condivise da inserire in un percorso assistenziale ipotetico che individui anche gli “attori” del sistema ed i loro potenziali contributi</p>	<p>EFFICACY Efficacia teorica</p>
<p>B- CONTESTUALIZZAZIONE Adattamento ai vincoli-potenzialità dei contesti specifici</p> <p>3. Analisi dell’iter assistenziale del paziente-tipo così come è (as is) nel contesto locale</p> <p>4. Costruzione di un percorso assistenziale contestualizzato (to be) con indicatori di verifica</p>	<p>EFFECTIVENESS Efficacia pratica</p>

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

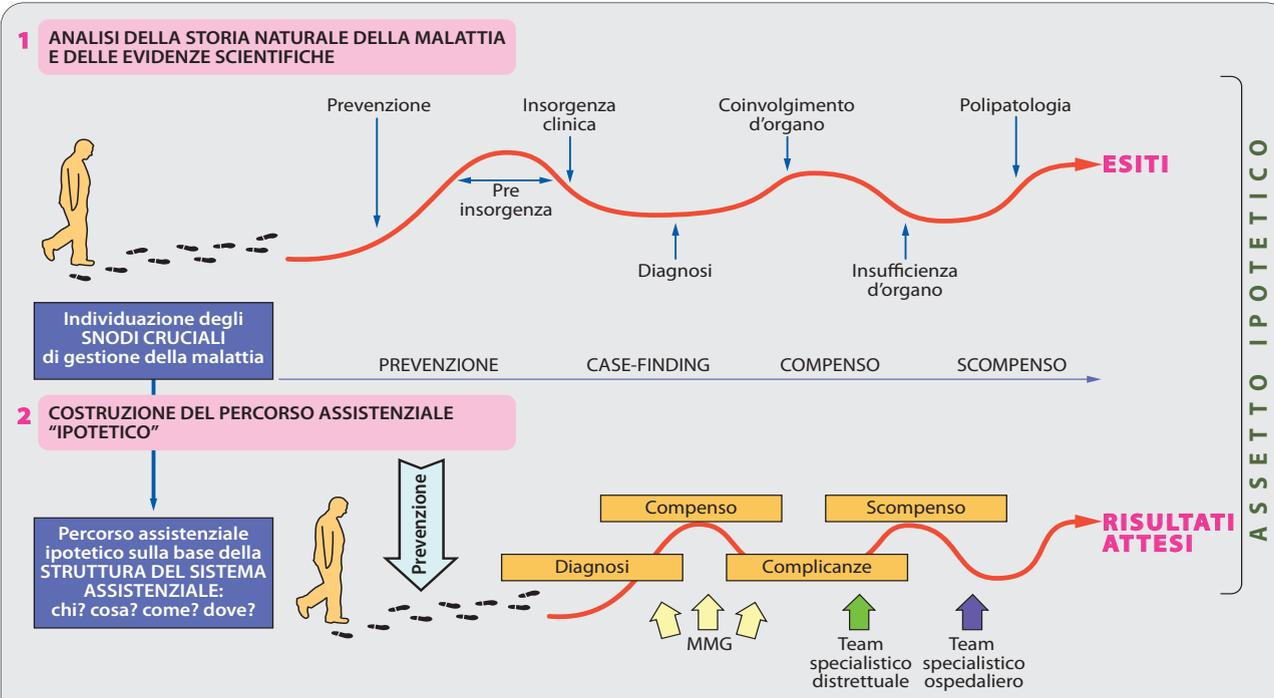


Figura 13. I PASSAGGI DELLA LOGICA SISTEMICA DELLA CLINICAL GOVERNANCE: DALLA STORIA NATURALE AL PERCORSO ASSISTENZIALE IPOTETICO.

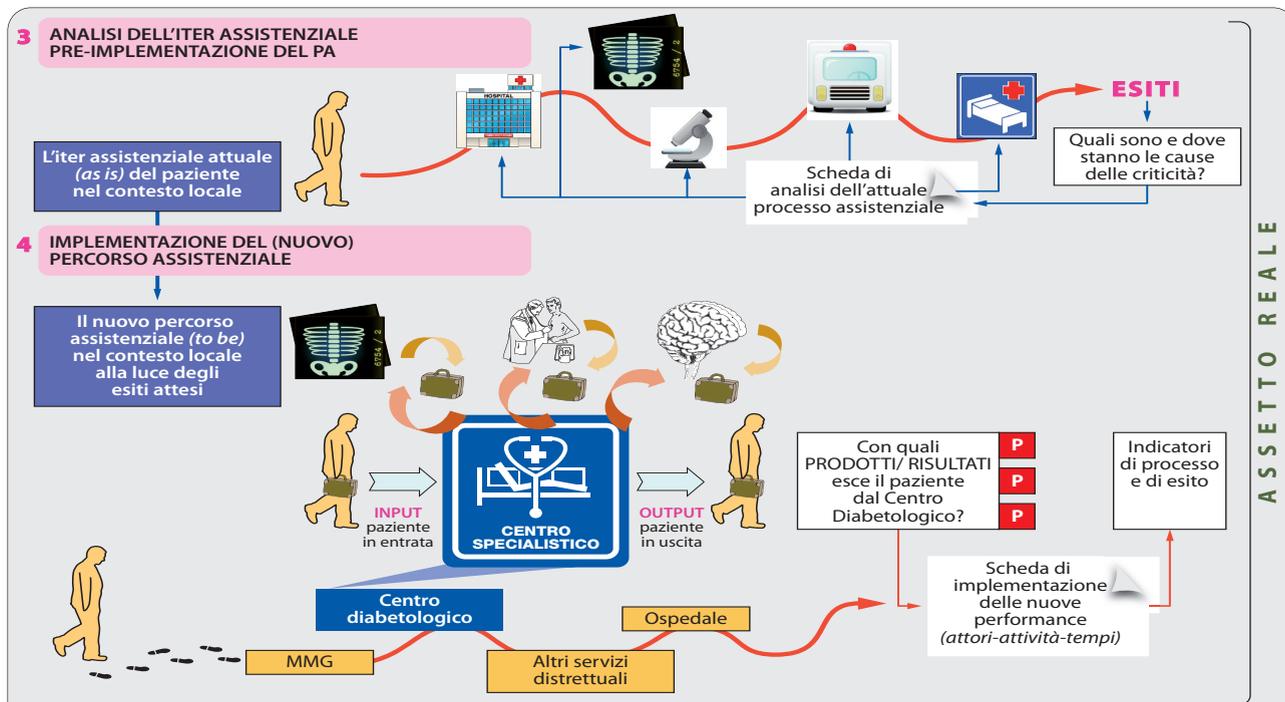


Figura 14. I PASSAGGI DELLA LOGICA SISTEMICA DELLA CLINICAL GOVERNANCE: DALL'ANALISI DELL'ITER ASSISTENZIALE AL NUOVO PERCORSO ASSISTENZIALE.

Fase 3 – Analisi dell'iter assistenziale del paziente-tipo, così com'è (as is), che metterà in luce gli snodi critici, le distanze dal PA ipotetico articolato nella Fase 2 e fornirà un quadro utile alla fattibilità degli interventi di miglioramento sulla base delle problematiche e delle potenzialità effettive del contesto (tipo di organizzazione, disponibilità di risorse, ecc.).

Fase 4 – Costruzione di un PA contestualizzato (to be), che potrà essere implementato nel “mondo reale” a seguito di un lavoro di “interiorizzazione” delle buone pratiche individuate nelle Fasi 1 e 2 e che includerà la definizione della filiera dei servizi e degli attori locali coinvolti, le buone pratiche, che dovranno essere progressivamente introdotte nel sistema, ed i relativi indicatori di monitoraggio.

In sintesi si applica, dapprima, il metodo di analisi per la costruzione di un PA, così come descritto nella prima parte del documento (analisi dei prodotti e delle speci-

che di prodotto, analisi di processo), in modo da definire il nostro “punto di partenza” e, sulla base delle distanze dal PA ipotetico, precedentemente tracciato, e delle potenzialità effettive del nostro contesto, si definisce successivamente la struttura di un nuovo PA applicabile perché compatibile con le potenzialità ed i limiti della situazione locale.

COME DEFINIRE GLI ESITI ATTESI

La definizione degli esiti attesi, che costituiscono il punto di arrivo ipotetico verso il quale tendere, costituisce il *primum movens* di tutto l'impianto. Essi si generano attraverso le prove scientifiche, da un lato, che aiutano a delineare gli “scenari teorici”, e l'analisi del contesto, che permette di articolare gli “scenari fattibili” nel contesto reale.

Come esposto nei paragrafi precedenti, un PA non deve guardare solo agli **aspetti clinici (cure)** dell'assistenza ma anche agli **aspetti organizzativi (care)** e

deve inoltre prendere in carico i **bisogni globali del paziente (caring)**. Da ciò deriva che gli esiti attesi devono riguardare i risultati clinici, l'organizzazione dell'assistenza ed il benessere e la qualità di vita del paziente (figura 15).

Per la **definizione degli esiti clinici di un PA (cure)** è sempre preferibile iniziare dalla consultazione delle principali linee guida, avendo cura che esse siano prodotte da enti affidabili e possiedano almeno i requisiti di validità fondamentali. Le linee guida (box 2, pag. 56), catalogate come "letteratura secondaria" in quanto derivanti dalla revisione sistematica di studi primari, possono, infatti, già indirizzare la nostra attenzione sugli snodi critici fondamentali e sulle potenziali buone pratiche da introdurre nel contesto. Esse costituiscono, quindi, un primo riferimento da cui partire, una base comune di generazione di conoscenza e di indirizzi operativi. Tale base potrà essere successivamente perfezionata attraverso la ricerca di evidenze specifiche su interrogativi mirati utilizzando anche la letteratura primaria,

termine con il quale si identificano le riviste e le banche dati di studi primari.

Il confronto tra i componenti dei gruppi di lavoro, attraverso **audit mirati** (box 2, pag. 56), costituisce lo strumento più utile nel processo di condivisione dei dati e di contestualizzazione delle buone pratiche. Tali gruppi devono auspicabilmente essere multiprofessionali e multidisciplinari e devono includere, possibilmente, sia figure cliniche sia figure gestionali con competenze ed esperienza documentate.

Il primo livello di analisi, inerente l'ambito clinico, ci fornisce solo una parte del risultato possibile. Infatti, come abbiamo già detto, oltre agli esiti clinici ci sono altri due ambiti di risultato da considerare: l'organizzazione dell'assistenza ed il benessere globale del paziente.

Per quanto riguarda i risultati relativi all'**organizzazione dell'assistenza (care)**, questi potranno essere definiti attraverso l'analisi di processo e la rievitazione critica delle modalità organizzative e dei processi assistenziali alla luce degli interrogativi classici dell'appropriatezza e

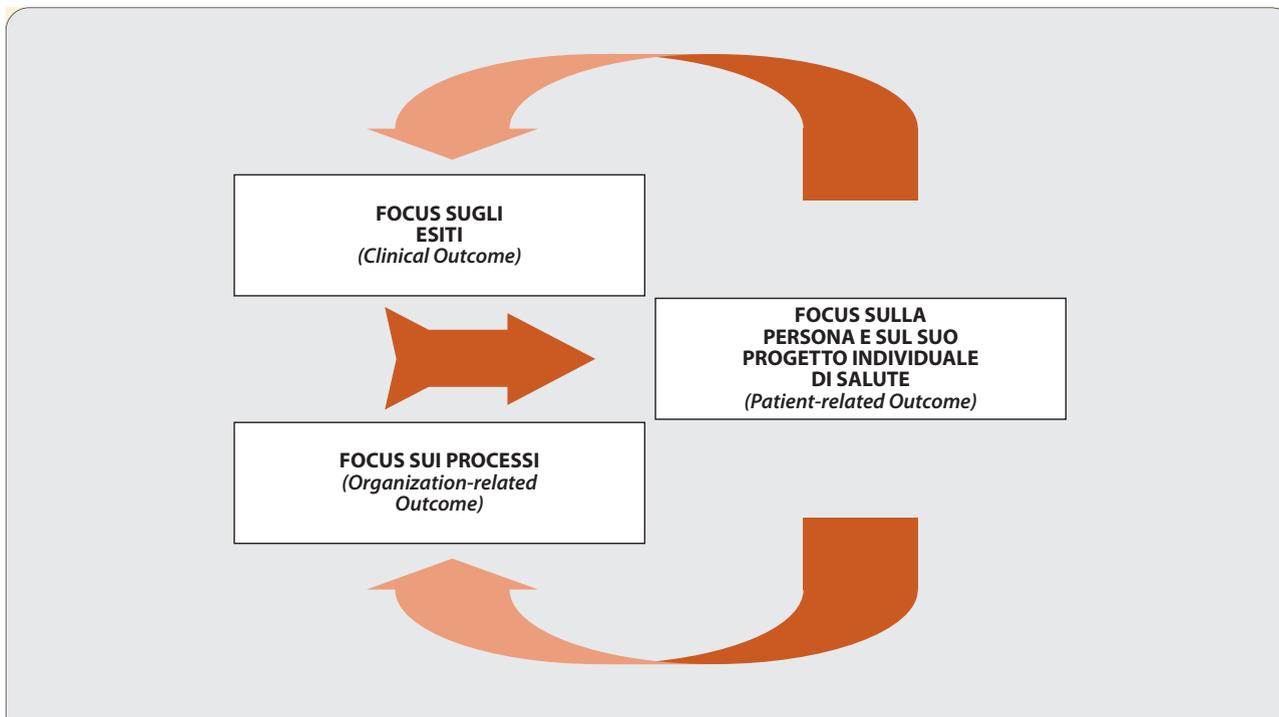


Figura 15. APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE E SISTEMICO AI RISULTATI.

della reingegnerizzazione di processo: Chi fa cosa? Perché? Quando? Come? Con quali risultati?

Questo lavoro di analisi organizzativa, effettuato localmente, può mettere in luce inefficienze, aree di assenza o di parzialità erogativa, nodi di processo, e può essere, pertanto, molto utile in termini di miglioramento dei tempi e dell'efficienza.

Molto importanti, in questo ambito, sono anche le attività di confronto interaziendale (benchmarking), perché permettono il confronto sugli assetti organizzativi e sulle modalità di svolgimento dei processi produttivi, promuovendo la revisione critica delle modalità organizzative dell'assistenza. Anche in quest'area risul-

tano molto efficaci gli audit integrati, cui si è accennato precedentemente.

Per la definizione degli **esiti relativi ai bisogni globali del paziente (caring)** bisogna dotarsi di strumenti adeguati come ad esempio le "storie di malattia" e i focus group (box 2, pag. 57), che con i nostri occhiali interpretativi, tendenzialmente autoreferenziali, siamo spesso portati a trascurare. A tale proposito, è opportuno sottolineare che l'uso di gruppi multiprofessionali che prevedono il coinvolgimento anche di professionalità orientate verso gli aspetti psico-sociali e, ove possibile, di rappresentanti qualificati delle associazioni dei pazienti, può costituire un ottimo strumento.

Box 2 - ALCUNE DEFINIZIONI

■ **Linee Guida** - Una delle definizioni più utilizzate afferma che le Linee Guida (LG) sono “raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche” (Institute of Medicine 1992). Le LG sono prodotte da gruppi di esperti, in genere enti internazionali o nazionali, associazioni professionali, sono orientative ed indirizzano la pratica clinica in modo esplicito, hanno un uso generale e non sono, quindi, uno strumento che nasce nei contesti locali.

Un tema molto dibattuto è la qualità delle LG. I requisiti fondamentali per una LG sono la validità, la riproducibilità, la rappresentatività, l'applicabilità, la flessibilità, la chiarezza, la documentazione, la forza delle raccoman-

dazioni, l'aggiornamento. Da una valutazione relativa alle LG internazionali elaborate tra il 1988 ed il 1998 (Grilli 2000), il 67% non riferiva il gruppo di lavoro, l'88% non esplicitava le fonti di dati, l'82% non esprimeva il grado di raccomandazione e solo il 5% (22 LG) soddisfaceva i tre criteri. L'Unione Europea ha finanziato un progetto specifico (AGREE) per sviluppare metodologie di valutazione delle LG (The AGREE 2001). È possibile scaricare lo strumento AGREE in italiano dal sito del Sistema Nazionale Linee Guida (www.snlg.it).

■ **Audit** - La definizione di “clinical audit” data dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE 2002) è quella di un processo di miglioramento dell'assistenza al paziente e degli esiti attraverso una revisione sistematica dell'assistenza sulla base di specifici criteri ed attraverso l'implementazione delle modifiche effettuate. Aspetti strutturali, processi ed esiti vengono selezionati e valutati sistematicamente e, ove indicato, le modifiche vengono implementate a livello indi-

viduale, di team, di struttura, utilizzando un sistema di monitoraggio per verificare l'effettivo miglioramento dell'assistenza.

- **Storie di malattia** - Le storie di malattia (illness narratives) sono narrazioni raccolte attraverso un metodo specifico, mirate a far emergere informazioni sul vissuto di malattia dei pazienti, utilizzate poi per migliorare l'assistenza (Good 1999, Giarelli 2005). Il costrutto narrativo emergente dalle storie può costituire la base per una più precisa definizione degli esiti relativi ai bisogni globali del paziente. In questa prospettiva il processo assistenziale può essere considerato come un sistema esperto, nel quale intervengono professionisti esperti di tecniche cliniche ed assistenziali in relazione dinamica con il

paziente-persona (non mero “caso clinico”), anch'egli a sua volta esperto in quanto portatore di un sapere legato alla “vita vissuta”, cioè alla propria storia di malattia.

- **Focus group** - I focus group sono definibili come una “tecnica di ricerca di mercato impiegata (...) per indagare come le idee operano in un determinato contesto culturale. Piccolo gruppo di persone in cui sono rappresentati i principali sottogruppi interessati ad un problema e in cui ciascuno è chiamato a dire la sua opinione e a discutere sul tema prescelto. Il gruppo è guidato da un moderatore che sollecita le diverse opinioni, preferibilmente sulla base di una traccia, quasi di un'intervista semistruutturata (...). Le risposte ed i commenti vengono trascritti e analizzati” (Morosini 1999).

IL PERCORSO ASSISTENZIALE COME METODO PER DARE EVIDENZA ALLA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE

L'area relativa alla presa in carico globale del paziente, affinché egli possa divenire cosciente ed esperto attraverso un processo di rinforzo della sua capacità di fare fronte alla malattia (ability to cope) e di autogestirla (self care) viene spesso trascurata nei processi di miglioramento o non viene gestita con sistematicità e con quel rigore scientifico che merita. Dato che vi è un'effettiva difficoltà di valutazione, è spesso più fisiologico prendere in considerazione gli aspetti clinici ed organizzativi. È noto, invece, che l'autogestione può avere un impatto molto significativo non solo sulla qualità di vita del paziente ma anche sull'efficienza, con percentuali significative di riduzione dei costi di ospedalizzazione e di uso dei servizi, d'emergenza e non.

Questo testimonia in modo evidente che la centralità del paziente non deve essere affermata come un mero principio ideologico, essendo un requisito fondante del-

l'economicità del sistema, oltre che della qualità di vita dei pazienti.

La figura 16 delinea i prodotti fondamentali per dare concretezza ai programmi di empowerment del paziente:

- la **comunicazione della diagnosi** è un prodotto-cardine per rendere il paziente consapevole e rinforzare le sue abilità a convivere con la patologia e a sapervi "fare fronte". È, tra l'altro, un prodotto fondamentale per stabilire una proficua relazione con il paziente, che rappresenta un prerequisito di efficacia degli interventi sanitari;
- la **stadiazione**, come è stato meglio specificato precedentemente, è molto utile per differenziare i pazienti secondo i propri fabbisogni e poter, così, personalizzare la cura e gli interventi educativi. La stadiazione non deve, però, tenere conto soltanto dei fattori clinici, ma deve valutare le effettive potenzialità del paziente, e della sua rete familiare e sociale, a gestire efficacemente la patologia;

- il **piano di cura**, condiviso tra i vari attori assistenziali, deve contemplare anche un progetto educativo personalizzato ed un follow-up di tale processo. Se l'autogestione della patologia rappresenta, come è ampiamente riconosciuto in letteratura, una leva fondamentale di efficacia e di efficienza nella gestione dei pazienti cronici, essa deve essere affrontata con sistematicità e continuità, con rigore metodologico e adattandosi ai fabbisogni del paziente, che tendono a mutare con l'evolversi della patologia. Da ciò, nella figura 16, il riferimento ai processi educativi finalizzati al mantenimento dello stato di compenso ed alla gestione delle fasi più avanzate di malattia;
- il **patto di cura** è un prodotto che va trattato con molta attenzione, oltre che rinforzato nel corso del tempo, perché è il presupposto del processo di reciproca responsabilizzazione (servizio-professionista-

paziente) e dell'efficacia di tutto il PA delineato concordemente;

- il **monitoraggio** e la verifica di questi prodotti e dei risultati ottenuti rappresentano un'attività continua lungo il PA definito.

È evidente che il lavoro su questi prodotti non è semplice e necessita di significativi investimenti nel coinvolgimento e nella formazione degli operatori. La standardizzazione e la valutazione di essi è di particolare complessità ed ha bisogno ancora di sperimentazioni che devono contribuire a rinforzare la loro disseminazione nel nostro sistema assistenziale.

In conclusione, è possibile affermare che il PA si rivela ancora una volta una base molto flessibile ed adattabile, permettendoci di dare evidenza ai prodotti (clinici e non), di studiarli in dettaglio definendone le caratteristiche valutabili ed i possibili standard.

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

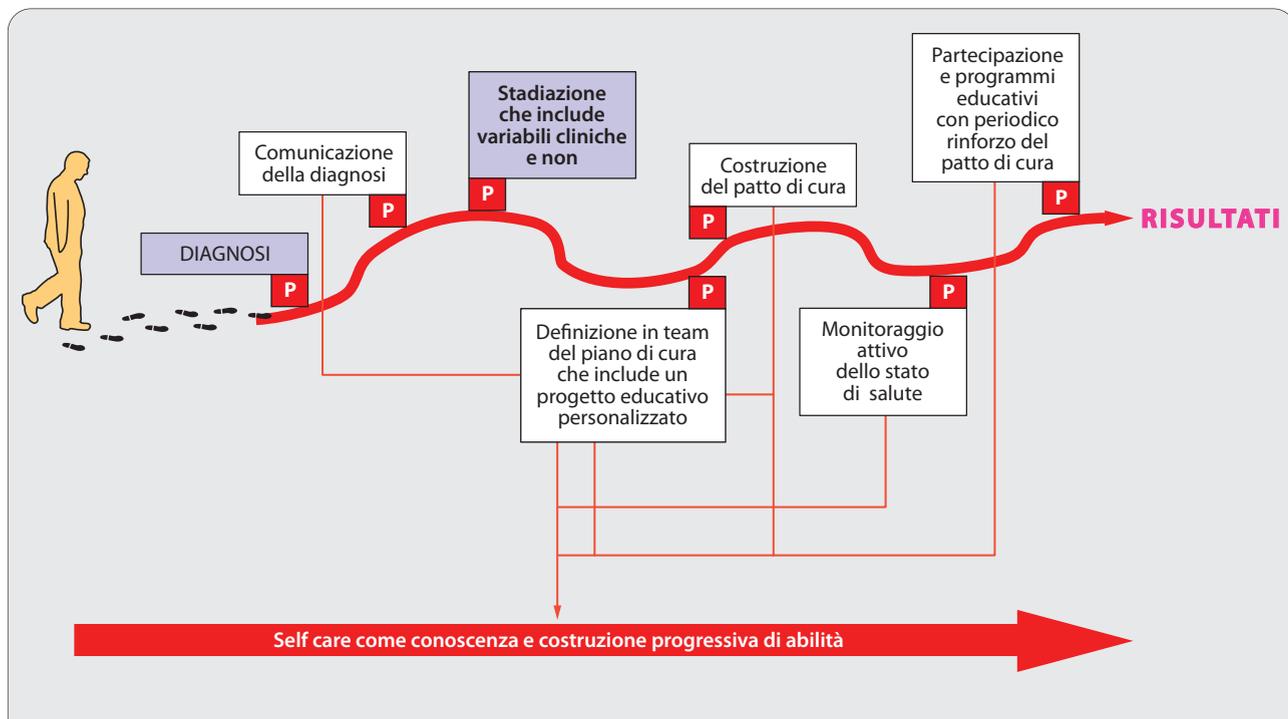


Figura 16. IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER DARE CONCRETEZZA AI PROGRAMMI DI EMPOWERMENT DELLE PERSONE CON DIABETE.

L'IMPLEMENTAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI NEL CONTESTO ORGANIZZATIVO

Uno degli elementi fondamentali grazie al quale i PA si sono progressivamente affermati in qualsiasi realtà organizzativa è la versatilità di tale metodo nell'adattarsi ai diversi contesti locali: il PA, infatti, può (e deve) essere costruito sulla base delle specificità del contesto, delle sue potenzialità e dei suoi limiti reali. Le tappe generali, e sequenziali, per la costruzione di un PA sono:

1. **Costituzione di un gruppo integrato**, multiprofessionale e multidisciplinare a livello del contesto locale (regionale, aziendale, distrettuale), che rappresenti il motore essenziale dell'esperienza. I PA, infatti, funzionano se possono progressivamente disseminarsi nel contesto, ma è molto utile l'individuazione di operatori motivati e adeguatamente formati, che fungano da leadership per l'analisi e la stesura del PA ed anche per esercitare una funzione di sostegno alla loro attuazione.
2. **Individuazione condivisa dei target prioritari di pazienti**: questo serve a far convergere le energie del sistema assistenziale su interventi ed obiettivi condivisi e contestualizzati, evitando in tal modo la dispersione su progetti non coordinati.
3. **Analisi delle prove di efficacia** (nel diabete mellito le raccomandazioni elaborate in seno al progetto IGEA rappresentano un'ottima base di partenza) e individuazione delle "buone pratiche" da implementare nel contesto locale e da monitorare attraverso indicatori di processo ed indicatori di esito (esito intermedio, considerato che il numero di pazienti ed i tempi sono generalmente limitati nei contesti locali, cosa, questa, che ostacola l'uso di indicatori di esito finale).
4. **Analisi del processo assistenziale** nelle sue tappe fondamentali all'interno del contesto specifico, effettuata utilizzando come schema di riferimento l'iter del paziente nel suo attraversamento dei servizi ed individuando gli snodi assistenziali critici.

5. **Analisi in profondità degli snodi assistenziali critici** con individuazione e analisi delle distanze tra le pratiche correnti, cioè quelle attualmente in vigore, e le buone pratiche (basate su prove di efficacia e audit-based) da implementare per il raggiungimento dei risultati attesi.
6. **Pianificazione strategica di un disegno di implementazione del PA** sostenuto attraverso la formazione del personale e, auspicabilmente, anche attraverso il collegamento con budget, sistemi incentivanti e sistemi di valutazione interni, mirato a far interiorizzare nel sistema organizzativo le buone pratiche. Queste ultime vanno disseminate progressivamente,

attraverso tecniche di coinvolgimento attivo degli operatori, in tutta l'organizzazione con la gradualità necessaria rispetto alle caratteristiche (limiti e potenzialità) del contesto.

I PA, alla luce di quanto detto, rappresentano strumenti utili per il concretizzarsi della gestione integrata e allo stesso tempo risultano indispensabili per costruire un disegno assistenziale adatto alle potenzialità ed ai limiti dei contesti locali, permettendo di inserire, nelle diverse tappe assistenziali, indicatori di verifica specificamente correlati ai contributi dei diversi servizi e delle differenti figure professionali.

CONCLUSIONI

Si può considerare pressoché conclusa la prima fase del progetto IGEA, che ha visto un profondo impegno innanzitutto nella condivisione del disegno generale del progetto tra tutti i partner nazionali (ISS, CCM, Società scientifiche dei professionisti, Associazioni rappresentative della comunità, ecc.) e nell'individuazione delle principali aree di risultato e dei relativi set minimi di indicatori di processo e di esito.

È all'interno di questa prima fase che sono stati delineati i principali "strumenti di lavoro centrali" e sono state redatte e diffuse linee di indirizzo sia sulla gestione integrata, come perno fondamentale di sviluppo del progetto nelle diverse realtà locali, sia sul sistema informativo, che hanno permesso di fornire un contributo di riflessione allo sviluppo di questi temi alle varie realtà.

Questo ulteriore documento tende a penetrare maggiormente sui temi legati al "fare" e si prefigge, come detto in premessa, di approfondire ulteriormente il quadro

logico-concettuale dei temi portanti del progetto IGEA, di entrare maggiormente nella struttura degli strumenti attivati, i percorsi assistenziali, e di diffondere le modalità operative che possano facilitare l'implementazione e lo sviluppo del progetto nelle realtà locali.

Questo documento non vuole essere soltanto uno strumento di "andata" ma anche di "ritorno" della comunicazione, auspicando di ricevere sollecitazioni e suggerimenti. In premessa si è parlato della ricerca di un'intelligenza collettiva alimentata da tutti i reticoli di operatori collegati al progetto IGEA e questa prospettiva, nella quale il gruppo promotore IGEA fermamente crede, sarà costantemente promossa nelle varie forme in cui ciò sarà possibile.

APPENDICE A

IL PERCORSO ASSISTENZIALE COME STRUMENTO DI DOCUMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ E DEI RISULTATI

Il percorso assistenziale (PA) è un metodo di revisione critica dell'organizzazione dell'assistenza in tutte le sue componenti e, allo stesso tempo, costituisce uno strumento ineguagliabile per dare evidenza e documentare quello che si fa, come e con quali risultati (Morosini 2005). Il PA, infatti, deve concretizzarsi in uno strumento cartaceo e/o informatico, che include tutti gli elementi utili a documentare, come l'analisi del PA in atto, le evidenze scientifiche utilizzate con i riferimenti bibliografici, tutti gli strumenti utilizzati (schede di rilevazione con i dati, protocolli diagnostici e terapeutici, procedure, strumenti di comunicazione, ecc.). Particolare rilievo deve essere dato alle "Schede di documentazione delle performance", di cui esistono vari modelli. Come esempio, in tabella 2, viene presentato un modello di Scheda di per-

corso utilizzato per un target di paziente diabetico in coma (con sospetto ictus) che mette in luce le attività che gli operatori del 118 e dell'Area Emergenza dovrebbero garantire entro i primi 60 minuti di gestione del paziente.

La definizione dettagliata delle attività, in particolare in un contesto critico, quale l'area di emergenza, permette di monitorare il processo assistenziale, di rilevare il numero e la tipologia degli "scostamenti" che possono generare pericolosi ritardi.

Le suddette schede, che è bene utilizzare nella fase di implementazione delle nuove pratiche ma che possono essere anche eliminate quando le nuove performance si siano definitivamente consolidate, sono conformate in modo tale che ogni figura professionale abbia la possibilità di evidenziare:

- l'effettuazione dell'azione in questione (compilando l'apposito spazio con la lettera S);
- la mancata effettuazione della stessa dovuta alla non necessità dell'azione (da segnalare riportando il simbolo N);

TABELLA 2 - Schema attori-attività-tempi di un percorso assistenziale in area di emergenza

Paziente diabetico in coma soccorso dal 118 e condotto in Area Emergenza				
		Entro 60'		
		S N X	AREA EMERGENZA IN OSPEDALE	
118		S N X	S N X	
Medico	Valuta lo stato di coscienza; Mantiene la pervietà delle vie aeree; Provvede alla sicurezza del paziente (Allegato n. 1) (Raccomandazione n. 3); Esegue Anamnesi + Esame Obiettivo + Diagnosi differenziale (Allegato n. 2); Prescrive la terapia e la monitoraggio del paziente (Raccomandazione n. 4); Contatta la Centrale Operativa; Allerta il PS; Compila la scheda paziente; Applica il monitoraggio; Definisce la destinazione del paziente (Raccomandazione n. 6)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Valuta e assicura la stabilizzazione clinica del paziente (Allegato n. 2); Prescrive la terapia (Allegato n. 2); Prescrive gli esami di laboratorio e l'ECG (Allegato n. 3); Invia alla esecuzione della TAC; Contatta altro specialista se necessario (Cardiologo, Neurologo, ecc.); Rivaluta il paziente al rientro dalla Radiologia; Concorda (Allegato n. 4) la destinazione del paziente; Attiva le misure per il trasferimento in sicurezza del paziente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infermiere + caposala	Rileva i parametri vitali; Posiziona l'accesso venoso, esegue stick glicemico; Somministra la terapia prescritta; Rimuove le eventuali protesi e/o rigurgiti per facilitare la respirazione e prevenire l'ab-ingestis; Comunica alla centrale operativa il codice di gravità; All'arrivo in PS, provvede al trasferimento del paziente dall'ambulanza alla sala del PS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TRIAGE: Valuta, insieme all'Infermiere del 118, la gravità e l'assegnazione del codice colore d'accesso; Raccolta dati anagrafici e anamnestici; Cura i rapporti con i famigliari o li contatta, se assenti SALA Monitorizza i parametri vitali; Esegue la terapia prescritta (Allegato n. 2); Posiziona il 2° accesso venoso (dal lato sano); Esegue prelievo ematico (Allegato n. 3); Esegue ECG; Organizza il trasporto in Radiologia per esecuzione TAC; Se necessario (condizioni cliniche), accompagna il paziente in Radiologia; Attiva la/e consulenza/e richieste; Organizza trasferimento in U.O. di destinazione; Organizza l'eventuale trasferimento, nei casi selezionati (Allegato n. 5); Attiva il trasporto secondario (life-care)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Addetto Centrale Operativa 118	Dispatch (Allegato); Seleziona ed invia l'equipaggio; Mette in contatto il 118 con il PS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
OTA P.S.			Accompagna il paziente ad eseguire eventuali esami strumentali Riporta il paziente in PS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

S = attività eseguita; N = attività non eseguita perché non necessaria; X = attività non eseguita perché impossibilitata (scostamento) - Fornire la motivazione.

- lo scostamento dalla sequenza di azioni, con obbligo di motivare il diverso comportamento (riportando il simbolo X e motivando, nell'apposito spazio, le ragioni che hanno indotto l'operatore ad agire diversamente rispetto a quanto riportato nel percorso).

È utile precisare, per ridurre il “sapore di controllo” che questi strumenti possono suscitare tra gli operatori, che il principio di fondo dei PA (oltre alla costruzione condivisa e la verifica continua della loro applicabilità) è quello di segnalare gli scostamenti non in una prospettiva colpevolizzante ma per verificarne le problematiche applicative (spesso legate a questioni di natura organizzativa) e poter così eliminare gli elementi ostacolanti o rivisitare la struttura del percorso per renderlo più aderente alla fattibilità nel contesto locale. Anche questo strumento, quindi, come tutti gli strumenti della qualità e del governo clinico può far proprio il principio della “cultura non colpevolizzante” (no-blame culture) tipico del rischio clinico. Nella tabella 3 viene presentato un altro modello di scheda di PA utiliz-

zato per l'analisi “attori-attività” in un contesto ospedaliero per il ricovero (in seconda giornata) di un paziente diabetico. La colonna libera a destra permette di inserire le lettere S, N, X per la verifica degli scostamenti. Questo modello risulta molto dettagliato e mette in evidenza tutte le attività, senza differenziare quelle prioritarie e/o maggiormente significative rispetto a quelle routinarie.

La scheda, come anche quella riportata nella tabella 4, rimanda ad una serie di allegati (protocolli, procedure), che devono essere facilmente consultabili e che sono molto utili particolarmente nella fase di implementazione di nuove pratiche. In ambito ospedaliero, dove i percorsi di cura e le attività sono più facilmente standardizzabili, viene anche utilizzato un format che comprende “categorie di assistenza” predefinite (tabella 4).

Le principali categorie dell'assistenza sono le seguenti: valutazione del paziente, educazione del paziente e/o della famiglia, esami diagnostici, interventi o procedure, consulenze, terapie, nutrizione, attività e sicurezza del paziente, pianificazione della dimissione.

TABELLA 3 - Schema attori-attività-tempi di un percorso assistenziale in area di degenza

Cognome e Nome _____ Data _____		S	N	X
Medico	Giornata di degenza B			
	1. Eseguire valutazione obiettiva del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Misurare la pressione arteriosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Valutare gli esami del giorno precedente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Richiedere esami ematochimici, se necessario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Rivalutare la terapia secondo protocollo (Raccomandazione n. 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Programmare la dimissione in X giornata del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Informare il paziente/familiari sul percorso terapeutico e indicare le figure professionali territoriali a cui fare riferimento nel post-dimissione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capo sala	1. Prendere contatti per garantire la continuità assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infermiere professionale	1. Valutare il trofismo cutaneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Eseguire medicazioni se necessario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Eseguire prelievi per esami ematochimici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Eseguire prelievi per profilo glicemico (Allegato n. 3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Misurare la diuresi 24h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Somministrare la terapia prescritta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Verificare l'assunzione della terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Riportare i dati raccolti sulla cartella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Somministrare dieta per diabetici secondo schema (Allegato n. 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Istruire il paziente sulla terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Istruire il paziente sulla dieta e sull'attività fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Sollecitare il movimento, se non esistono impedimenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dietista	1. Verificare l'accettabilità della dieta e apportare eventuali modifiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Effettuare rinforzo educativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S = attività eseguita; N = attività non eseguita perché non necessaria; X = attività non eseguita perché impossibilitata (scostamento) - Fornire la motivazione.

GESTIONE INTEGRATA E Percorsi ASSISTENZIALI

TABELLA 4 - Percorso assistenziale paziente con ictus

CATEGORIE DI ASSISTENZA	AZIONE N.	AZIONE	ATTORI	SCOSTAMENTI
VALUTAZIONE (allegato 1)	1	• effettuare bilancio neurologico	MEDICO	
	2	• classificare stroke in sottogruppi (class. Bamford)		
	3	• applicare scala di valutazione deficit (NIH - GCS)		
	4	• valutare fattori di comorbidità		
	5	• compilare scheda d'ingresso standard		
	1	• monitoraggio continuo di: – ECG – PA – saturazione O ₂ (se presente ipossiemia) – temperatura corporea	INFERMIERE	
	2	• profilo glicemico h 8-12-18 (se iperglicemia)		
	3	• bilancio idrico delle 24 ore		
	4	• stato di coscienza ogni 6 ore		
ESAMI DIAGNOSTICI (allegato 2)	1			
	2			

La categoria “attività e sicurezza” comprende la pianificazione dell’attività giornaliera del paziente, come ad esempio i programmi di mobilizzazione attiva e passiva, di progressione del paziente (dal letto, alla poltrona, all’uso del bagno, alla deambulazione con o senza assistenza) e tutte quelle misure precauzionali per garantirne la sicurezza nei momenti di contatto con l’organizzazione (ad esempio protocolli di prevenzione delle cadute, limitazioni, azioni di prevenzione dei suicidi, protocolli anti-decubito, ecc.).

Le categorie di assistenza possono essere inserite direttamente nel format del percorso oppure essere utilizzate come una check list di riferimento per non dimenticare aspetti importanti del processo assistenziale.

ALCUNI CONSIGLI PER LA COMPILAZIONE DELLE SCHEDE DI PERCORSO ASSISTENZIALE

La figura 17 suggerisce alcune riflessioni rispetto alla scelta terminologica per descrivere sinteticamente le atti-

vità di un processo o di un percorso. È importante evitare l’uso di un linguaggio troppo astratto o troppo dettagliato, considerato che qualunque lettore deve essere in grado di comprendere senza dubbi il contenuto dell’attività indicata nella flow-chart di processo o nella scheda-percorso.

La differenziazione delle attività principali dell’assistenza (core activities) dalle attività routinarie (routine activities) può essere molto importante (figura 18), dato che per il monitoraggio dei percorsi serve utilizzare format semplici e snelli evitando strumenti di rilevazione “pesanti” che impongono agli operatori la registrazione dell’esecuzione di tutte le attività, anche di quelle più scontate e con minore impatto sui risultati attesi.

Le attività principali sono quelle attività che hanno un rapporto diretto con i risultati attesi e che, per questo loro impatto, hanno la necessità di venire monitorate (si pensi all’importanza della registrazione ECG continua a 12 derivazioni nella fase acuta di infarto del miocardio).

Le attività routinarie, quali la raccolta dell’anamnesi, la visita del paziente, ecc., sono usualmente implicite e con-

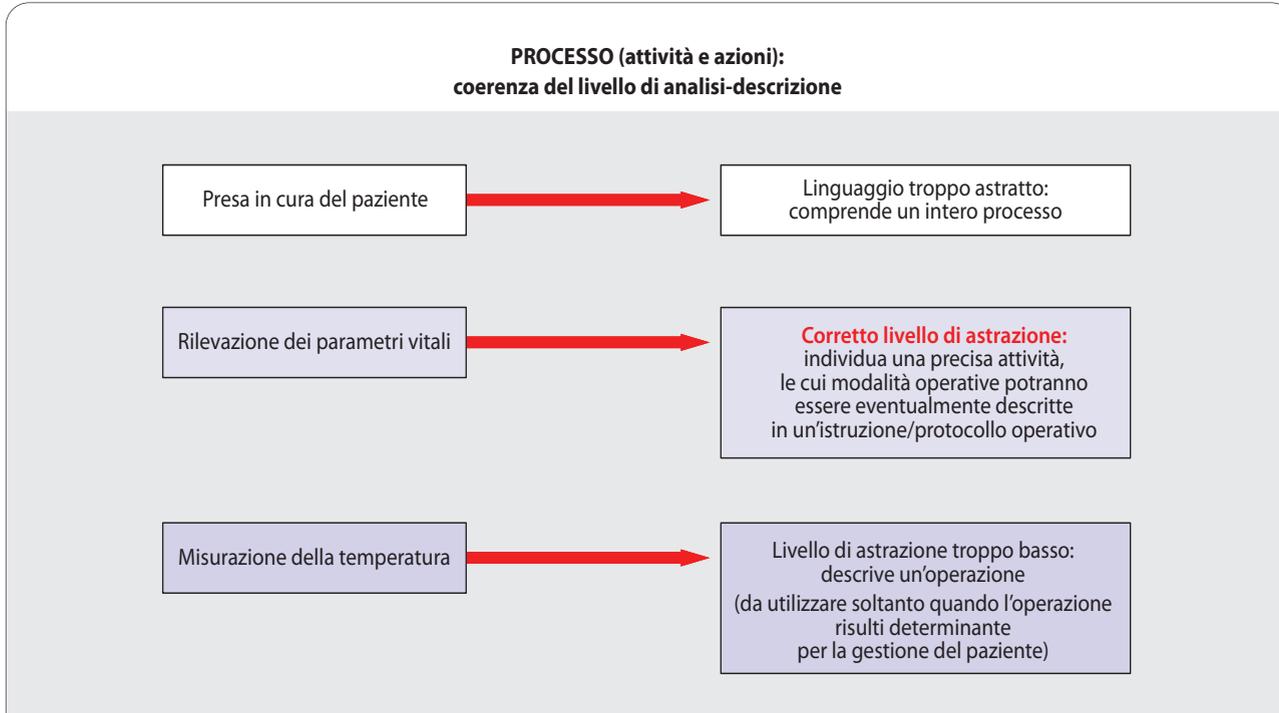


Figura 17. DEFINIZIONE DELLE ATTIVITÀ.

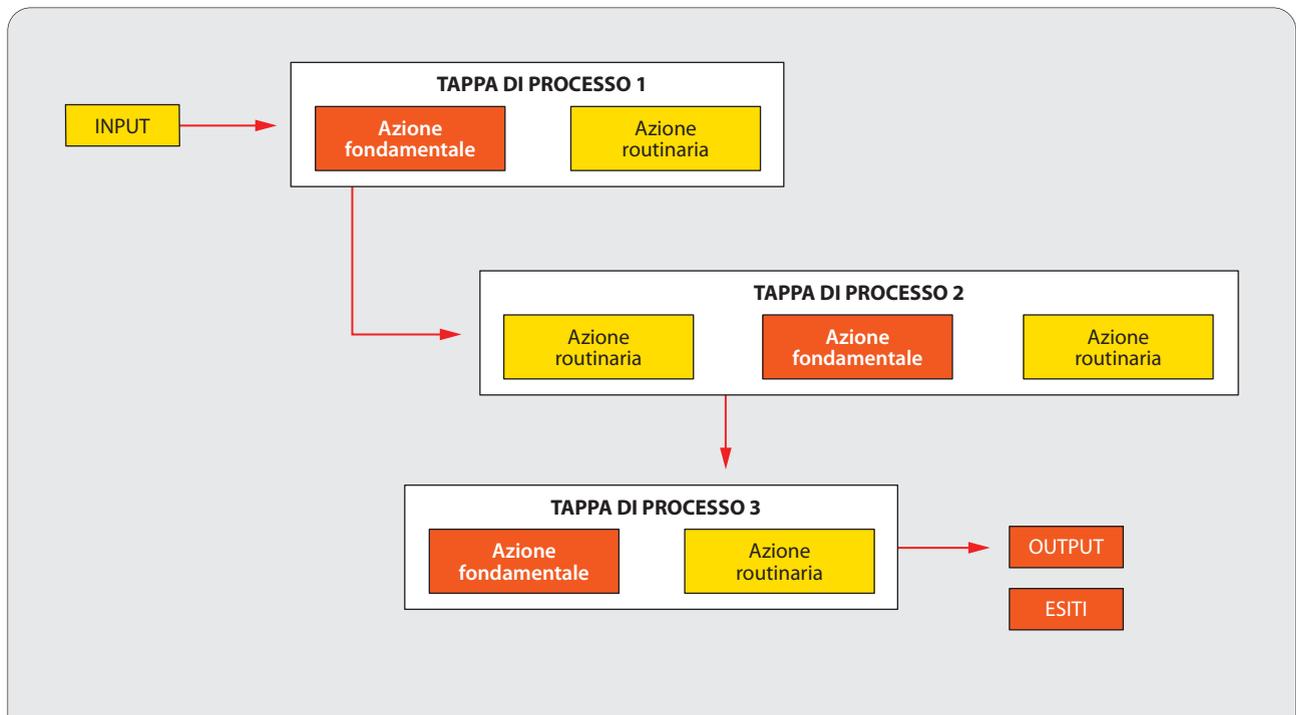


Figura 18. INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITÀ PRINCIPALI DELL'ASSISTENZA.

solidate nella prassi degli operatori e per questo è utile differenziarle rispetto alle precedenti. Esse possono essere rilevate nella fase di analisi per ricercare eventuali criticità, ma si può anche evitare di monitorarne la regolare esecuzione attraverso il sistema S, N, X. Infatti, considerato che, a lungo andare (ed alcune esperienze sembrano essersi

arenate anche a causa di questo problema), l'eccesso di schede e di registrazioni genera stanchezza e affievolimento di motivazione, lo snellimento degli strumenti di rilevazione appare, nel panorama italiano (e non solo), una delle sfide più importanti per l'adesione degli operatori all'uso dei percorsi assistenziali.

APPENDICE B

LA GESTIONE INTEGRATA COME STRUMENTO DI TRADUZIONE ORGANIZZATIVA E OPERATIVA DEL CHRONIC CARE MODEL E DEL DISEASE MANAGEMENT

Il Disease Management (DM) ed il Chronic Care Model (CCM), ed i principi di cui questi approcci sono portatori, sono ormai divenuti il quadro logico-concettuale di riferimento per chiunque lavori nel campo della gestione delle patologie croniche (Casalino 2005, Bodenheimer 2002, Wagner 1998).

Del DM si è già fatto cenno nel paragrafo “Scenari di sistema integrato in ambito territoriale e ospedaliero” e si è sottolineato come esso si basi su un approccio sistemico e integrato che implica un’azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale, che, seppur con responsabilità diverse, sono chiamati a sviluppare interventi mirati verso comuni obiettivi, come si evince dalla figura 19. Il DM, in altri termini, è un approccio siste-

mico che permette di contestualizzare gli interventi, individuando i target di pazienti e gli snodi critici della storia naturale di malattia più vicini alle problematiche, ai limiti/potenzialità ed alle strategie del sistema locale, sui quali concentrare, raccordandole, le energie di tutti gli attori del sistema. In tale prospettiva, la gestione integrata, sulla quale il progetto IGEA ha imperniato la propria nascita ed il proprio sviluppo, rappresenta lo strumento del concretizzarsi dell’approccio sistemico integrato proposto dal DM.

Il CCM ha, invece, un focus più ampio del DM. Esso, infatti, come delineato nella figura 20, propone una visione d’insieme di tutte le variabili fondamentali di un sistema organizzativo orientato a gestire i pazienti con patologia a lungo termine. Il presupposto di questo modello è che, per essere efficaci, efficienti e attenti ai bisogni globali dei pazienti, è necessario anche l’impegno di tutto il sistema organizzativo che deve attivare una serie di “leve” indispensabili per migliorare i risultati.

Infatti, il disegno del CCM (figura 20) pone, in un unico quadro d’insieme, tutti quei fattori organizzativi ed

GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI

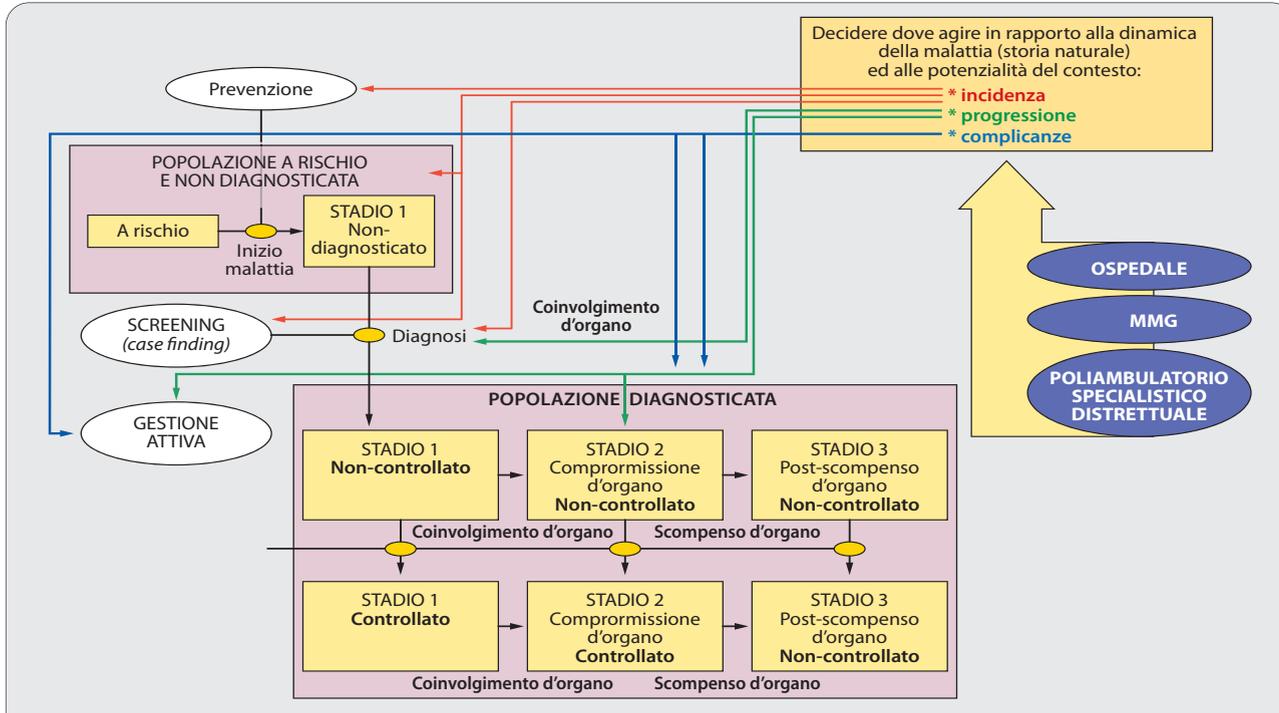


Figura 19. STRUTTURA SISTEMICA DEL DISEASE MANAGEMENT.

Appendice B

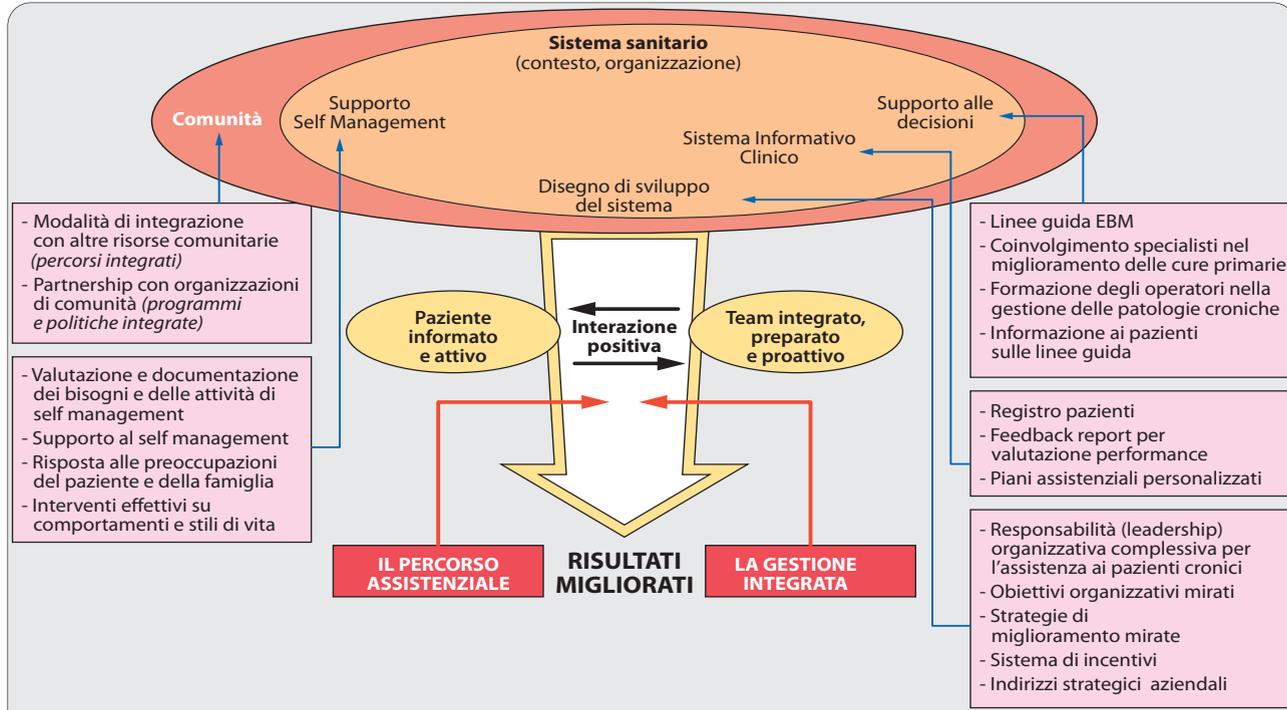


Figura 20. STRUTTURA SISTEMICA DEL CHRONIC CARE MODEL (ADATTATO DA WAGNER 1998).

operativi del sistema sanitario e della comunità che risultano predisponenti per l'azione efficace delle "persone" (gli operatori ed i pazienti, che sono posti nella parte bassa della figura), dalle cui attività scaturiscono i risultati attesi.

Il CCM, cioè, fornisce un messaggio chiaro anche sull'importanza dei "fattori facilitanti", rappresentati dalle "leve organizzative" (gli assetti organizzativi, il supporto ai processi decisionali, il sistema informativo, ecc.) e dalle risorse comunitarie che risultano utili per creare quelle condizioni di contesto necessarie a generare risposte assistenziali (efficaci, efficienti e centrate sulla persona) ai

bisogni complessi dei pazienti portatori di patologia a lungo termine.

In conclusione, la gestione integrata ed i percorsi assistenziali, che sono i cardini del progetto IGEA, possono rappresentare ancora una volta, nel quadro sistemico proposto dal CCM, gli strumenti operativi per l'affermarsi delle logiche e dei principi di cui questo modello è portatore, per consolidarne gli "assi portanti" (i team integrati), per tradurre in prassi effettiva le buone pratiche assistenziali evidence-based e per dare corpo alle prospettive di empowerment del cittadino utente (Poletti 2005, WHO 2003).

BIBLIOGRAFIA

ADA. Standards of Medical Care in Diabetes - 2010. *Diabetes Care* 2010; 33 (Suppl 1): S11-61.

AMD, SID, FIMMG, SIMG, SNAMI. A proposito di gestione integrata del diabete. *Il Giornale di AemMeDi* 2008;11:6-9.

AMD, SID. Standard italiani per la cura del diabete mellito. 2009-2010. Torino: Infomedica Ed., 2010.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775-1779.

Casalino L. Disease management and the organization of physician practice. *JAMA* 2005; 293: 485-488.

Crosson FJ. 21st century health care – The case for integrated delivery systems. *NEJM* 2009; 361:1324-1325.

Funnell MM, Brown TL, Childs BP, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2010; 33 (Suppl 1): S89-96.

Giarelli G, Good JB, Del Vecchio Good MJ, et al. Storie di cura, medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile. Milano: Franco Angeli Editore, 2005.

Good JB. *Narrare la malattia*. Torino: Edizioni di comunità, 1999.

Grilli R, Magrini N, Penna A, et al. Practice guidelines developed by specialty societies: The need for a critical appraisal. *Lancet* 2000; 355: 103-106.

Institute of Medicine. *Guidelines for clinical practice: From Development to Use*. Washington, DC: National Academy Press, 1992.

Knight K, Badamgarav E, Henning JM, Hasselblad V, Gano jr AD, Ofman JJ, Weingarten SR. A systematic review of diabetes disease management programs. *Am J Manag Care* 2005; 11: 242-250.

Knowles M, Holton III EF, Swanson RA. *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*. Milano: Franco Angeli Editore, 2008.

Loveman E, Frampton GK, Clegg AJ. The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technol Assess* 2008; 12(9): 1-116, iii.

Maggini M, Raschetti R, Giusti A, Lombardo F, Pricci F, Rossi Mori A, et al. *Requisiti informativi per un sistema di Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nel-*

l'adulto – Documento di indirizzo. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2008a. (www.epicentro.iss.it/igea)

Maggini M, Raschetti R, Giusti A et al. G. La gestione integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto. Manuale di formazione per gli operatori sanitari. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008b. (www.epicentro.iss.it/igea).

Morosini P, Carraio F. Enciclopedia della gestione della qualità in sanità. Torino: Centro Scientifico Editore, 1999.

Morosini P, Di Stanislao F, Casati G, Panella M. Qualità professionale e percorsi assistenziali. I manuali di formazione per la valutazione e il miglioramento della qualità professionale. Roma-Ancona 2005. (www.epicentro.iss.it/focus/ocse/intro-qualita.asp)

NICE. Principles for best practice in clinical audit. Oxon. Radcliffe Medical Press, 2002.

NICE. Type 2 diabetes. The management of type 2 diabetes. NICE clinical guideline 87. London: National Institute for Health and Clinical Excellence 2009. (www.nice.org.uk)

Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes. *Am J Prev Med* 2002; 22 (4S): 15-38.

Noto G. I Profili di Assistenza per le malattie croniche: il modello Diabete Mellito – a cura di AMD - Milano: Springer Verlag, 2007.

Poletti P. Empowerment del cittadino utente. *Care* 2005; 2: 24-27.

Progetto IGEA. Gestione Integrata del diabete mellito di tipo 2 nell'adulto – Documento di indirizzo. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2008. (www.epicentro.iss.it/igea)

The AGREE collaboration. Appraisal of guidelines for research and evaluation. AGREE instrument. 2001. (www.agreecollaboration.org)

Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1: 2-4.

WHO. Therapeutic patient education: continuing education programs for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. Report of WHO Working Group.

WHO. Skills for health, Geneva, 2003. (www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf)

Bibliografia

WHO. Preventing chronic disease a vital investment.
Geneva: WHO global Report; 2005.
(www.who.int/chp/chronic_disease_report/).

WHO. 2008-2013 Action plan for the global strategy for
the prevention and control of noncommunicable disea-
ses. Geneva, 2008.
([www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_p
aper2/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_p
aper2/en/index.html))



Finito di stampare nel mese di marzo 2011
dalle Arti Grafiche Tris s.r.l.
Via delle Case Rosse 23, 00131 Roma
per conto de Il Pensiero Scientifico Editore, Roma









Questo documento affronta in modo semplice ed essenziale, in accordo con le sue finalità divulgative, i temi della gestione integrata e dei percorsi assistenziali e fornisce, inoltre, alcuni spunti di riflessione di natura teorico-metodologica. L'obiettivo è quello di promuovere un ampio dibattito, cercando contemporaneamente di offrire alcuni strumenti metodologici per la gestione delle malattie croniche.

La scelta è stata quella di concentrarsi sugli elementi principali della gestione del diabete e delle patologie croniche all'interno della strategia di ricerca-intervento che il progetto IGEA si è prefissato di sviluppare.

ISBN 978-88-490-0358-1



9 788849 003581