

Indirizzi per l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale e per la gestione dei percorsi territorio – ospedale – territorio

Premessa

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010, alla luce delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche della regione, che evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione toscana con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche e la modifica della domanda assistenziale, individua come strategia di risposta lo sviluppo di una "sanità d'iniziativa", ovvero di un modello assistenziale che – a differenza di quello classico della "medicina d'attesa", disegnato sulle malattie acute – sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

Tale modello, mirando sia alla prevenzione che al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, riguarda dunque tutti i livelli del sistema sanitario e si attua ad ulteriore integrazione dei paradigmi organizzativi che già li connotano per le rispettive finalità, con effetti positivi attesi per la salute dei cittadini e per la sostenibilità stessa del sistema sanitario.

A livello territoriale, il modello di riferimento indicato dal Piano Sanitario Regionale per l'implementazione di questo nuovo concetto di sanità, è quello del *Chronic Care Model (CCM)*, elaborato dal Prof. Wagner del Mac-Coll Institute for Healthcare Innovation e caratterizzato da una serie di elementi la cui combinazione dà come risultato l'interazione efficace tra un paziente reso esperto da opportuni interventi di informazione e di educazione con un team assistenziale multiprofessionale, composto da medico di famiglia, infermieri ed altre figure professionali^{1 2 3}.

Tuttavia, alla luce di ulteriori acquisizioni scientifiche^{4 5} e coerentemente con le indicazioni del Consiglio Sanitario Regionale (parere n. 37/2008), la Giunta regionale ritiene che debba essere adottata una versione evoluta del CCM (*expanded chronic care model*) nella quale il singolo paziente sia calato nella più ampia dimensione della comunità e dove gli aspetti clinici considerati dal medico di famiglia siano integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti di salute.

Posto che l'esistenza di un team assistenziale multiprofessionale preparato e proattivo costituisce elemento costitutivo anche di questa versione ampliata del CCM, appare chiaro che la possibilità di coordinamento tra diverse figure professionali nello svolgimento di attività complesse presuppone la chiara definizione di ruoli e competenze di ciascun operatore nell'ambito di un percorso assistenziale disegnato sulle specificità della patologia stessa, anche al fine di delimitare l'ambito delle responsabilità individuali.

¹ <http://www.improvingchroniccare.org/>

² T. Bodenheimer, E.H. Wagner, K. Grumbach, Improving primary care for patients with chronic illness, JAMA 2002; 288:1775-79.

³ World Health Organization, Innovative care for chronic conditions, Building blocks for action, 2002, Geneva.

⁴ U.J. Barr, S. Robinson, B. Marin-Link, L. Underhill, The Expanded Chronic Care Model, Hospital Quarterly 2003; Vol.7, No 1, 73-82.

⁵ J. De Maeseneer et al., Primary health care as a strategy for achieving equitable care, a literature review commissioned by Health Systems Knowledge Network, WHO, March 2007.

Pertanto, sulla base delle indicazioni del Consiglio Sanitario Regionale, la Giunta ritiene opportuno fornire i seguenti indirizzi sui ruoli delle figure professionali coinvolte nell'attuazione dell'*expanded chronic care model* (in particolare dei medici di medicina generale, dei medici di comunità e degli infermieri) e sulla gestione dei percorsi territorio-ospedale-territorio. Tuttavia, sulla base dei percorsi assistenziali che saranno definiti da appositi gruppi di lavoro per le patologie indicate dal PSR (anche con riferimento al ruolo dell'ospedale ed agli strumenti per la continuità con il territorio), dovranno essere successivamente precisate le competenze di tutti i professionisti sanitari e degli specialisti coinvolti nei percorsi, le procedure di lavoro nell'ambito del team, gli ambiti delle rispettive responsabilità individuali e la relativa copertura assicurativa, i necessari percorsi formativi (ivi compreso il tirocinio sul territorio), nonché gli indicatori di risultato.

1. *Expanded Chronic Care Model*: caratteristiche del modello e ruoli professionali

Il modello organizzativo di riferimento per l'attuazione della strategia del PSR 2008-2010 al livello delle cure primarie è costituito dalla versione *expanded* del *Chronic Care Model* (CCM): in tale versione, i sei fattori originari del modello (le risorse della comunità, l'organizzazione dei servizi sanitari, il supporto all'auto-cura, il sistema di erogazione dell'assistenza, il supporto alle decisioni, i sistemi informativi) sono considerati in una prospettiva che guarda non solo all'individuo ma anche alla comunità e producono come risultato l'informazione e l'attivazione sia dei pazienti come singoli, sia delle famiglie di appartenenza, al fine di renderli capaci di interagire consapevolmente e responsabilmente con il team assistenziale.

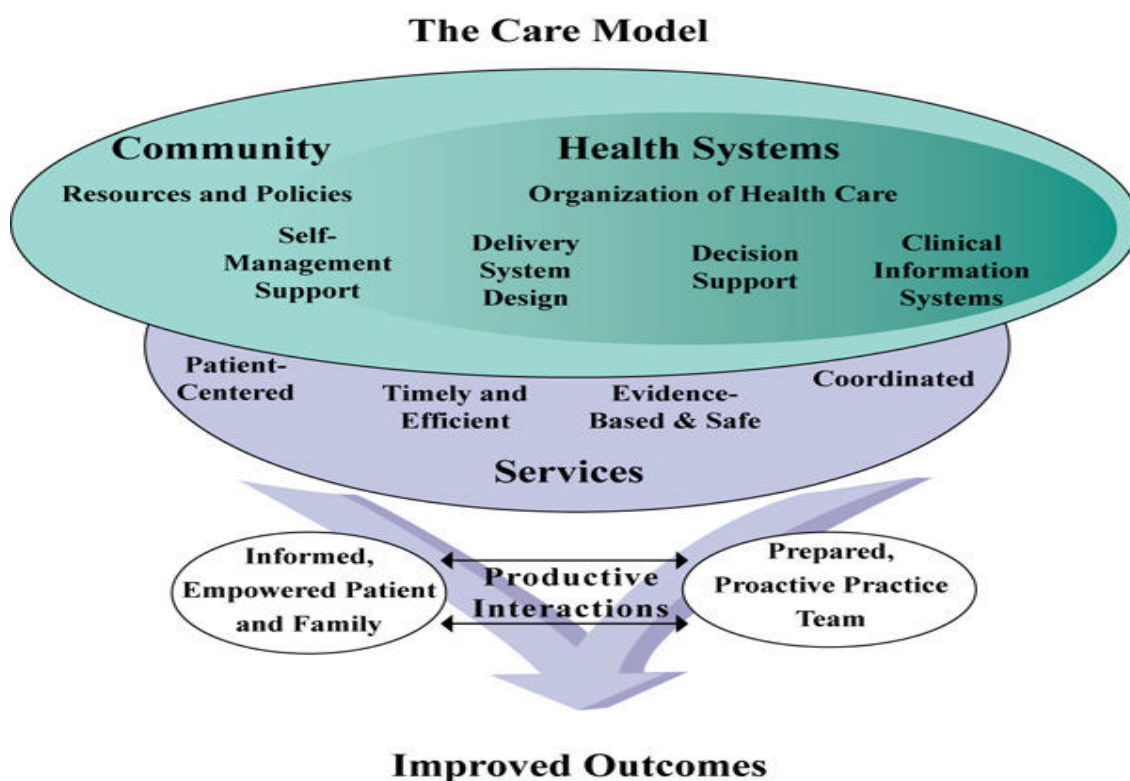
In tale più ampia prospettiva, gli elementi costitutivi del modello vengono ad essere identificati come:

1. la valutazione dei bisogni della comunità, tramite l'elaborazione di profili di salute, l'identificazione di gruppi di popolazione a rischio, l'analisi delle diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria; la promozione della salute mediante interventi settoriali e intersettoriali rivolti a specifici determinanti di salute (ambiente, lavoro, traffico, stili di vita, etc. ...); la valorizzazione delle risorse della comunità (gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, attività fisica adattata, centri per anziani etc. ...);
2. l'assetto organizzativo dei servizi sanitari, supportato da una chiara scelta politica e dall'impegno degli amministratori all'investimento di risorse (su questo punto, come già sottolineato in premessa, è evidente la scelta compiuta dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010);
3. il supporto all'auto-cura (self-management), come aiuto ai pazienti ed alle loro famiglie ad acquisire conoscenze, abilità e motivazioni nella gestione della malattia, fornendo loro gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi;
4. la proattività degli interventi, quale modalità operativa in cui le consuete attività cliniche ed assistenziali sono integrate e rafforzate da interventi programmati di follow-up (anche attraverso sistemi automatici di allerta e richiamo) sulla base del percorso previsto per una determinata patologia ed in funzione del profilo di rischio dei pazienti (basso, medio, alto, corrispondenti agli strati della "piramide" rappresentativa del CCM: vedi figura 2);
5. il supporto alle decisioni, consistente nell'adozione di linee-guida basate sull'evidenza che forniscano al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici e che

siano oggetto di una costante attività di aggiornamento, di adattamento alla realtà locale e di audit da parte del team stesso;

6. sistemi informativi in grado di garantire alcune fondamentali funzioni quali: un sistema di raggruppamento dei pazienti per patologie (“registri di patologia”) e di stratificazione degli stessi per profilo di rischio all’interno di un determinato gruppo; un sistema di allerta che aiuti i team delle cure primarie ad attenersi alle linee guida; un sistema di feedback per i medici riguardo ai loro livelli di performance rispetto agli indicatori delle malattie croniche; un sistema di raggruppamento dei pazienti per patologie (“registri di patologia”) e di stratificazione degli stessi per profilo di rischio all’interno di un determinato gruppo; un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi individuali realizzati.

I ruoli professionali coinvolti nell’attuazione del CCM in relazione agli elementi di cui ai punti 1 (ad eccezione della promozione della salute, che ricade in modo diretto nelle competenze delle Società della Salute), 3, 4, 5 e 6 sono indicati nella scheda di cui all’allegato B.



Developed by The MaColl Institute

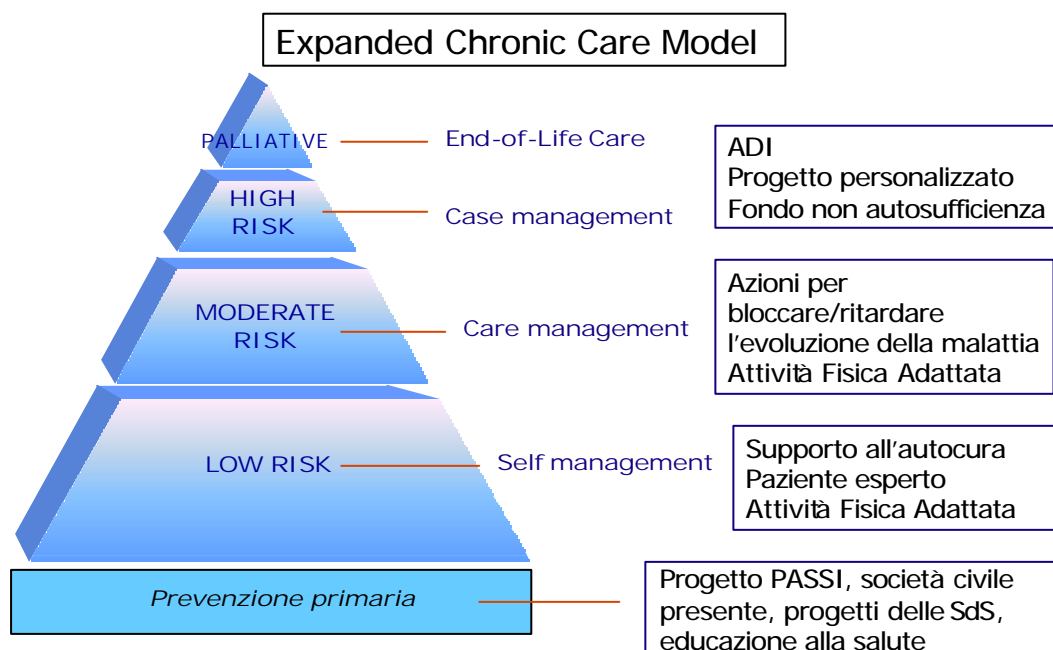
La dimostrata efficacia di tale modello si fonda sulla sua capacità, a differenza dello storico paradigma organizzativo delle cure primarie basato sull’attesa, di rispondere ad una fondamentale esigenza dei pazienti cronici, consistente nel poter confidare in uno stretto e continuo rapporto con un team di cure organizzato e capace di soddisfare i bisogni legati alla patologia mediante trattamenti efficaci (clinici, comportamentali e di supporto), informazioni e sostegno a livello assistenziale e sociale per mantenere la propria autosufficienza, follow-up sistematici e interventi

commisurati alla severità clinica, cure tempestive e coordinate sia nell'ambito del team che nei rapporti con le strutture del distretto.

A differenza di quanto appena detto, l'attuale sistema delle cure primarie presenta una serie di criticità che impediscono una risposta effettiva a tale esigenza, sia a livello clinico gestionale (presa di contatto tardiva con i pazienti quasi sempre per il trattamento di disturbi acuti, scarsa attenzione alla prevenzione, poca abitudine alla programmazione delle cure e affidamento delle stesse al solo medico, disarticolazione dei sistemi di raccolta delle informazioni), sia a livello di follow-up (scarsa attenzione al coordinamento delle attività ed alla comunicazione interna), sia a livello di empowerment del paziente (il paziente non è abbastanza informato sulla propria patologia per poter orientare consapevolmente il proprio comportamento e condividere il percorso di cura).

L'evoluzione organizzativa in argomento prospetta, dunque, il superamento delle suddette criticità tramite modalità innovative di lavoro che prevedono l'adozione di cartelle cliniche informatizzate e condivise, la pianificazione individuale delle cure, l'educazione dei pazienti al self management e la condivisione dei percorsi di cura, lo sviluppo di competenze gestionali e l'utilizzo continuo dell'audit nell'ambito del team, senza dimenticare l'opportunità della disponibilità di adeguate risorse ambientali.

Come già accennato, l'utilizzo di tali strumenti consente al team assistenziale di disporre di informazioni complete sui pazienti, ma anche di sistemi di supporto decisionale e di risorse (umane e tecnologiche) per poter adottare i necessari interventi di assistenza e prevenzione, pianificare ed effettuare prestazioni secondo la migliore pratica clinica, offrire servizi di case management e supporto all'auto-cura tramite personale appositamente formato, assicurare il follow-up ed il coordinamento delle cure, definendo a tal fine la distribuzione dei compiti al proprio interno.



La supervisione sulle attività spetta al MMG, quale figura che, pur nell'ambito di un team assistenziale incaricato di attuare un innovativo modello di gestione della cronicità, mantiene comunque un'evidente centralità connessa al rapporto di fiducia e di libera scelta che intrattiene con il cittadino utente ed al servizio di diagnosi, cura e relazione col paziente che egli continua ad esercitare.

Se da un lato, dunque, il MMG mantiene il ruolo di responsabile clinico del team e del paziente, dall'altro lo svolgimento delle articolate attività previste dai percorsi assistenziali, per il livello di specificità e l'impegno richiesto, presuppone la valorizzazione delle competenze dei professionisti sanitari dell'assistenza e della riabilitazione ed il pieno coinvolgimento degli operatori socio sanitari nell'ambito del team. In particolare, l'infermiere, assegnato in maniera funzionale al modulo funzionale, ferma restando l'appartenenza all'unità professionale di provenienza, viene ad assumere autonomia e responsabilità per funzioni specifiche attinenti alla gestione assistenziale del paziente, individuate in maniera concordata con il MMG (sulla base di protocolli condivisi a livello di distretto coerenti con i percorsi assistenziali delineati a livello regionale), consentendo a quest'ultimo l'acquisizione di maggiore tempo per la diagnosi e la relazione col paziente. L'operatore socio sanitario, costituisce una risorsa rilevante per lo svolgimento di funzioni di supporto alla persona e agisce sulla base del piano di lavoro elaborato nel team assistenziale. Spetta al MMG, in virtù del rapporto di fiducia con il cittadino, la responsabilità dei risultati complessivi dell'attività clinica e assistenziale del team sul quale è tenuto ad intervenire qualora si evidenzino criticità nel rapporto con il cittadino.

Peraltro, una volta ridefinito nel senso sopra descritto il ruolo dell'infermiere e di tutti i professionisti impegnati nei percorsi assistenziali, occorre comunque considerare la necessità di garantire le funzioni di assistenza alla persona nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario: in tali casi, gli operatori socio sanitari dovranno essere utilizzati per lo svolgimento delle attività da svolgersi al domicilio del paziente, fermo restando il loro ruolo nell'assolvimento dei complessi compiti assistenziali affidati al team dal CCM, come già sopra sottolineato.

Nella logica di un modello assistenziale che guarda al paziente come parte di una comunità e nella conseguente necessità di associare una prospettiva di sanità pubblica a quella clinica del MMG, il team assistenziale viene ad essere affiancato e valutato dal medico di comunità quale figura deputata all'organizzazione dei servizi alla collettività attraverso l'analisi dei bisogni di salute, l'attivazione della rete dei professionisti, la costruzione di alleanze con le istituzioni, il monitoraggio dei risultati e la valutazione delle risorse necessarie, in una veste di vero e proprio manager del sistema (*community manager*).

La sinergia tra gli strumenti del team e l'organizzazione di una rete assistenziale intorno al cittadino da parte del *community manager*, dà come risultato un paziente informato e consapevole del proprio ruolo di self-manager, in grado di condividere il proprio percorso di cura con il team assistenziale, di identificare ed affrontare responsabilmente eventuali ostacoli, ma anche di non isolarsi e di avvalersi di risorse disponibili a livello di comunità per il mantenimento o il miglioramento del proprio stato di salute.

2. Considerazioni sull'attuazione del modello

1. Strumenti contrattuali

Il modello assistenziale prospettato necessita, oltre che di supporti informatici e strutturali (sia di personale che ambientali), anche di adeguati strumenti economici e contrattuali. A tale proposito, occorre evidenziare che le norme vigenti del contratto nazionale della medicina generale contengono margini ridotti per l'attuazione dei cambiamenti organizzativi necessari e che si impone, pertanto, la necessità di definire appropriati istituti contrattuali.

2. Impatto sui MMG

E' importante sottolineare che, come rilevato dal Consiglio Sanitario Regionale, l'attuazione del modello, richiedendo al MMG lo svolgimento di una serie di funzioni aggiuntive rispetto alle usuali attività cliniche, comporterà in un primo tempo un aumento del suo carico di lavoro, che tenderà successivamente a diminuire negli anni grazie agli effetti positivi attesi dalla sanità d'iniziativa rispetto allo stato di salute della popolazione (con conseguente diminuzione dell'impegno a livello di medicina d'attesa e del numero di ricoveri ospedalieri). Come già sopra accennato, l'aumento di lavoro del MMG deve trovare sostegno, oltre che nella disponibilità di infrastrutture informatiche e di personale di supporto a livello ambulatoriale, anche nell'introduzione di adeguati strumenti contrattuali tra l'altro adeguati a supportare il cambiamento organizzativo.

3. Integrazione del CCM nel sistema

Il CCM si inserisce nel sistema complessivo come strumento ulteriore di prevenzione e gestione delle malattie croniche; in particolare esso non scardina, ma anzi presuppone, l'esistenza di forme e strutture di cure intermedie, quali ospedali di comunità, hospices, assistenza domiciliare integrata (ADI), residenze sanitarie assistenziali (RSA). E' opportuno ribadire, pertanto, l'importanza della revisione e dell'implementazione del sistema delle cure intermedie, rivedendo in relazione ad esso non solo il ruolo del MMG come medico curante, ma anche il ruolo di supporto dello specialista e quello dell'infermiere e degli altri professionisti sanitari come gestori del paziente lungo il percorso assistenziale per le funzioni loro assegnate, anche in relazione alla parte alta della piramide rappresentativa del CCM, con possibili innovazioni organizzative. Va inoltre considerato lo sviluppo delle professioni, compreso il ruolo strategico dei pediatri di libera scelta negli aspetti di prevenzione primaria collegata alle politiche delle comunità rispetto alle patologie croniche.

4. Attività di assistenza alla persona

Come già accennato nella parte descrittiva del modello, appare chiaro che la dotazione di operatori socio sanitari prevista dal PSR costituisce una risorsa di rilievo per lo svolgimento dei compiti assistenziali previsti dal CCM, ma, nei casi di non autosufficienza o laddove risulti comunque necessario, al fine di evitare ricoveri anche nelle RSA, dovrà essere utilizzata per lo svolgimento di attività di assistenza alla persona al domicilio del paziente.

5. Percorsi assistenziali

Nella definizione dei percorsi assistenziali, occorre individuare ulteriori strumenti per rafforzare la continuità tra ospedale e territorio, fondati essenzialmente sul supporto che gli specialisti

possono fornire al territorio e sul raccordo tra questi e MMG, sia in fase di ingresso del paziente in ospedale, sia – a maggior ragione – in fase di dimissione, dal momento che il paziente viene dimesso diagnosticato e stabilizzato, ma spesso non completamente guarito. In tal senso, gli interventi formativi di cui al successivo punto 3.2 dovranno prevedere l'integrazione tra queste figure professionali.

6. Dimensione della comunità

Per le attività di raccolta e gestione dei dati necessari per la valutazione dei bisogni della comunità, nonché per la valorizzazione delle risorse della comunità stessa, è opportuno che il medico di comunità si avvalga di uno staff professionale di supporto che possa garantire il collegamento operativo e funzionale con la Società della Salute di riferimento, anche ai fini del funzionamento ottimale dei Piani Integrati di Salute.

7. Responsabilità sociale dell'individuo

La logica del CCM, oltre a coinvolgere i cittadini per i previsti interventi di promozione della salute, educazione sanitaria e supporto al self management, configura anche una maggiore responsabilità sociale degli stessi come attori di un percorso di cura i cui esiti sono destinati a riflettersi non solo sulla dimensione individuale, ma anche su quella dell'intera società. Su tale prospettiva, è opportuno che sia avviata una riflessione da parte delle competenti strutture della Giunta regionale insieme al Comitato Regionale di Bioetica. Occorre, inoltre, sottolineare che i suddetti interventi saranno rivolti a pazienti di per sé sempre più capaci di reperire informazioni e di sviluppare un proprio atteggiamento critico. Pertanto, il processo di coinvolgimento dei cittadini, sia sul piano delle associazioni degli utenti che su quello educativo e formativo, risulta condizione essenziale per il successo del modello.

8. Indicatori

Infine, oltre alla fondamentale questione delle verifiche contrattuali per tutto il personale impegnato nell'attuazione del modello, occorre affrontare il tema della valutazione del modello stesso, provvedendo alla definizione di indicatori – di processo e di risultato - che dovranno costituire parte integrante dei percorsi assistenziali.

3. Raccomandazioni operative

1. Percorsi assistenziali

Come anticipato sin dalla premessa, i gruppi di lavoro che saranno costituiti per la definizione dei percorsi assistenziali per le patologie indicate dal PSR, dovranno anche individuare, nella cornice dei ruoli professionali indicati nella scheda di cui all'allegato B, le competenze di ogni figura professionale coinvolta, le procedure di lavoro nell'ambito del team, nonché gli ambiti delle rispettive responsabilità individuali e la relativa copertura assicurativa.

2. Formazione strategica

In fase di prima attuazione del modello assistenziale proposto, è opportuno che le competenti strutture della Giunta regionale progettino un intervento formativo strategico rivolto ai soggetti delle organizzazioni che per prime vi procederanno e ad altre figure chiave nell'ambito del sistema sanitario regionale. Tale intervento dovrà garantire l'acquisizione di conoscenze in

relazione alle caratteristiche del modello organizzativo, alle specifiche competenze delle diverse figure professionali, alle tecniche di valutazione e monitoraggio dei risultati ed ai percorsi assistenziali, individuati con le modalità sopra richiamate.

3. Monitoraggio del sistema

Si ritiene, inoltre, opportuna la costituzione di un organismo di monitoraggio continuo che, sotto la guida delle competenti strutture della Giunta regionale e con il supporto scientifico del Consiglio Sanitario Regionale, accompagni - tramite un'attività di supervisione e consultazione continua - il processo di cambiamento organizzativo richiesto dal PSR, favorendo la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, l'integrazione socio-sanitaria e l'integrazione tra le diverse componenti professionali coinvolte nell'attuazione e gestione del sistema.