



PROPOSTE DI NUOVI PERCORSI TRASVERSALI E EXTRA AZIENDALI

UNITÀ OPERATIVE, SERVIZI, CLINI-
CAL MANAGER E MEDICI DI MEDI-
CINA GENERALE PER IL PAZIENTE
CRONICO

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

ATS Val Padana

Premessa Angela Bellani	4
Il valore dell'integrazione per un linguaggio condiviso ATS della Val Padana	7
Paziente polipatologico ad Asola: sperimentazione organizzativa Massimo Amato	8
Integrazione MMG e specialisti per i pazienti diabetici e ipertesi Simone Caiola	13
Percorsi trasversali ed inter aziendali Nicola Cicorella	17
POT Viadana: percorso innovativo tra MMG e Degenza di Comunità Elena Mariani	19
Continuità assistenziale: dal MMG alla struttura di Cure Subacute di Bozzolo... e ritorno Carmine Matarazzo	21
Costruzione di percorsi per la presa in carico del Paziente Cronico: integrazione tra MMG e specialisti Anna Maria Nigrelli	22
Laboratorio PAI: ipotesi di miglioramento Giovanni Paganini	24



A cura di Angela Bellani
direttore Dipartimento Fragilità ASST Mantova

Nel **Piano Nazionale della Cronicità**, tra gli elementi comuni ai diversi modelli regionali, si evidenziano alcuni nodi problematici. Questi sono rappresentati dalla necessità di superare la frammentazione territoriale dell'assistenza sanitaria, dall'esigenza di adottare un approccio integrato e multidisciplinare e modalità operative per favorire il passaggio da un'assistenza "reattiva" a un'assistenza "proattiva".

Tutte le Regioni si stanno adoperando nella ricerca di modelli organizzativi che facilitino la presa in carico del cronico (PiC): la Lombardia con l'attivazione dei Centri servizi dei Gestori dei cronici, unitamente ai Presidi socio sanitari territoriali (PreSST) e ai Presidi Ospedalieri territoriali (P.O.T.); Emilia e Toscana con la Casa della Salute mentre il Veneto ha scelto di puntare sul rafforzamento del ruolo dei Distretti socio-sanitari.

Regione Lombardia vanta un'esperienza nella gestione dei cronici data dalla sperimentazione sui CREG ed ha sviluppato un know how che ha portato alla promulgazione della Riforma Sanitaria per la presa in carico del malato cronico, affidata - a differenza di altre Regioni - a una pluralità di soggetti pubblici, compresi gli ospedali e i privati accreditati.

La Direzione strategica di ASST Mantova ha da subito messo in campo risorse e progettualità, affidandone la realizzazione al Dipartimento delle Fragilità. Come Gestori abbiamo arruolato dal settembre 2017 ad oggi circa 700 pazienti cronici, anche con modalità proattiva, realizzando un modello di presa in carico innovativo e caratterizzato da una attenzione specifica anche ai bisogni socio sanitari. Questi, **i punti di forza**:

- Un Centro Servizi ben strutturato e con potenzialità di sviluppo con assegnati Clinical manager e Case manager dedicati al PIC, quattro process owner su percorsi specifici e l'Ufficio di protezione giuridica ;
- La realizzazione di innovativi strumenti di monitoraggio per il case manager;

- Un modello di presa in carico condiviso e adottato dalle diverse strutture del dipartimento;
- Un buon livello di collaborazione tra strutture intra ed extra dipartimentali, per lo sviluppo della Legge 23, nonché con la cooperative dei MMG e gli altri stakeholder territoriali (RSA, Ambiti, Terzo settore e così via).

L'esperienza del Centro Servizi ha evidenziato potenzialità e opportunità di integrazione con i medici di medicina generale che hanno aderito al progetto regionale, al fine di ottimizzare e migliorare l'efficienza dei percorsi di presa in carico.

Persistono ancora **criticità**: sistemi informativi inadeguati alle necessità di integrazione e sintesi, proprie della presa in carico del paziente cronico; difficoltà per il paziente - soprattutto anziano - nel comprendere il doppio riferimento specialista Clinical Manager/MMG e il suo timore di perdere il rapporto di fiducia con il proprio MMG, qualora non scelto quale Gestore.

Molte le **linee di sviluppo**:

- avviata - per i soli pazienti dotati di PAI - la sperimentazione della stampa ricetta presso le farmacie
- siglato un addendum al contratto di avvalimento per la gestione del paziente cronico, contratto tra ASST Mantova e IML di Bergamo, per la semplificazione della fase di prenotazione
- in fase di studio un miglioramento dei sistemi informativi e di servizi di telemedicina

INTEGRAZIONE MMG /CLINICAL MEDICAL E SPECIALISTA OSPEDALIERO

Il malato cronico ha un percorso caratterizzato da frequenti passaggi fra ospedale e territorio: è indispensabile che i diversi professionisti privilegino una visione olistica. ASST ha aderito ad un progetto di ricerca dal titolo Ascoltare, interpretare per migliorare, progetto collaborativo di ricerca azione proposto da Studio APS e APRIRE-network: pazienti e familiari sono stati intervistati sul tema della continuità delle cure, per analiz-

zare il loro passaggio attraverso setting di cura diversi (ambulatori, reparti, Cure Intermedie, domicilio, Rsa).

Dalle interviste è emerso che l'integrazione tra le risposte di professionisti diversi e la continuità dei percorsi sono ancora aree critiche e risultano essere temi più cari ai pazienti che alle organizzazioni, siano esse di carattere sanitario che socio sanitario.

In realtà i professionisti che si interfacciano quotidianamente con i pazienti affetti da patologie croniche sono tutti concordi sulla necessità di strutturare percorsi integrati nella gestione della cronicità tra Medico di Medicina Generale e Medico specialista ospedaliero, tra case manager ospedaliero e territoriale, tra operatori di area sanitaria con quelli di area socio sanitaria e sociale.

Quindi, **perché è così difficile realizzare una vera integrazione?** Perché di fatto sono ancora pazienti che faticosamente cercano di mettere in fila gli esiti di esami diagnostico strumentali, di visite di professionisti diversi, terapie e farmaci che si sommano nel tempo? Perché il tempo sembra essere un fattore determinante della non integrazione?

I professionisti operano in setting assistenziali diversi, in spazi e orari differenti. Questo non facilita la comunicazione e rende complicato anche il semplice passaggio delle informazioni. Tanto più in presenza di sistemi informativi che non si interfacciano e che non sono al passo con le esigenze delle organizzazioni.

La gestione della cronicità pone una sfida concettuale e clinica al personale sanitario che storicamente si è occupato di patologie acute. I setting di cura sono i reparti, le sale operatorie, gli ambulatori: luoghi in cui al professionista serve in primis una buona competenza tecnica specialistica e dove il tempo è dedicato all'anamnesi clinica, allo studio dei sintomi, agli interventi sanitari.

I setting di presa in carico del cronico sono, all'esordio della malattia, principalmente l'ambulatorio specialistico e quello del Medico di Medicina Generale. Le competenze professionali necessarie sono di carattere tecnico specialistiche unite a capacità di buona relazione, di lavorare in team, di fare appropriatezza.

Serve una predisposizione al prendersi cura per lungo tempo degli stessi pazienti, di cui si conosceranno molti aspetti anche intimi della vita personale; serve la capacità di tollerare, come professionisti sanitari, la non guaribilità della malattia, serve amare questo tipo di lavoro.

L'ambito socio-sanitario, grazie a una maggiore esperienza in questi campi - consolidata del lavoro di prevenzione e multidisciplinare e per l'attenzione di prassi a molteplici aspetti della vita della persona, compresi quella di fragilità - può concorrere alla realizzazione del nuovo paradigma di cura del cronico, al potenziamento della medicina di iniziativa.

Nel piano della cronicità, tra i risultati attesi, ci sono lo sviluppo di modelli e strumenti atti a garantire la continuità delle cure per il paziente. In particolare, a favore della continuità tra i diversi setting assistenziali è necessario incrementare la realizzazione di progetti di formazione sul lavoro in team multidisciplinare per i cronici e sviluppare di modelli che prevedano una risposta integrata ai bisogni di salute, sociali e sanitari.

Le evidenze scientifiche - di cui abbiamo già i primi riscontri - dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow-up, migliorano e ricorrono meno all'assistenza ospedaliera.

La procedura riferita al Piano Assistenziale Individuale del paziente cronico deve prevedere la valutazione multidisciplinare ex ante così come periodici confronti strutturati, a fronte di situazioni cliniche situazioni complesse e fragili.

A livello di organizzazione aziendale è necessario saper programmare e assicurare la saturazione degli slot dedicati alla cronicità, ridurre il no show a visite ed esami, fare programmi mirati all'empowerment del paziente cronico quale "massimo esperto delle conseguenze della malattia cronica sulla sua vita e l'unico che realmente conosce l'importanza delle stesse e le proprie motivazioni alla cura".

Regione Lombardia con la Deliberazione n° XI/1046 seduta del 17/12/2018 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2019" - comunemente detta "la delibera delle regole d'esercizio"-

ha ribadito l'importanza della presa in carico del paziente cronico e ha affidato ai Centri Servizi dei Gestori una funzione di coordinamento delle interazioni tra professionisti.

Come rendere operativo tutto ciò?

In risposta a questa domanda è nata l'idea di strutturare laboratori tematici di confronto e un'interazione fra i vari sistemi di conoscenza con l'obiettivo di creare un modello comune e condiviso di cooperazione e comunicazione tra tutti i professionisti coinvolti nella presa in carico.

Sono sette i **laboratori** realizzati, promossi dal Dipartimento delle Fragilità di ASST Mantova e dal Dipartimento delle Cure Primarie di ATS Valpadana, alla presenza di MMG, Clinical Manager, Specialisti ospedalieri, Responsabili infermieri, case manager, process owner e assistenti sociali sui seguenti temi:

1. La degenza di comunità – sede territoriale di Viadana
2. I percorsi del paziente cronico polipatologico - Presidio ospedaliero di Pieve di Coriano - futuro POT
3. Il percorso della presa in carico del paziente cronico iperteso e diabetico con scelta del Clinical Manager - MMG - Presidio ospedaliero di Mantova
4. Proposte per garantire ai pazienti cronici la continuità della presa in carico - Presidio ospedaliero di Mantova
5. Servizi e percorsi in un Presst – sede territoriale di Goito

6. Un progetto sperimentale al Pronto Soccorso di Asola per la gestione del paziente cronico - Presidio ospedaliero di Asola

7. La costruzione di un percorso di presa in carico e continuità assistenziale: dal MMG alla struttura di Cure Subacute di Bozzolo... e ritorno - Presidio ospedaliero di Bozzolo - futuro POT.

I laboratori sono stati realizzati nei mesi di aprile – maggio 2019 e hanno avuto riscontri molto positivi sia in termini di costruzione di relazioni professionali che di percorsi, illustrati negli articoli che seguono. Il successo più grande, non misurabile dai consueti indicatori di qualità, è stato l'entusiasmo "vero" dei partecipanti e la loro richiesta di proseguire nei lavori, unitamente ai contenuti dei progetti e alla volontà di realizzarli.

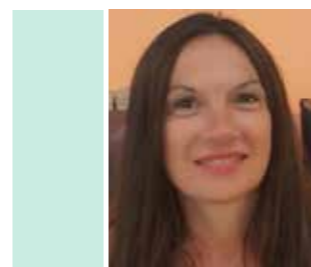
Bibliografia

1. Piano Nazionale della Cronicità- Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, 15 settembre 2016
2. Analisi comparativa delle traiettorie evolutive dei sistemi sanitari regionali, Francesca Ferrè, Francesca Lecci e Francesco Longo
3. Living a healthy life with chronic conditions. Self management of heart disease, arthritis, diabetes, asthma, bronchitis, emphysema and others. Boulder, CO, Bull Publishing Company 2000 di Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Gonzalez V, Minor M.
4. Modelli innovativi a confronto: Lombardia ed Emilia-Romagna, Alberto Ricci, Francesco Longo
5. I nuovi modelli di assistenza sul territorio e i servizi a valore aggiunto dell'industria - working paper, Assobiomedica e ISIMM, novembre 2018



Nella fotografia i professionisti del Centro Servizi di Mantova

IL VALORE DELL'INTEGRAZIONE PER UN LINGUAGGIO CONDIVISO



A cura di Cecilia Donzelli
Direttore f.f. Unità Operativa Complessa Cure Primarie e Continuità Assistenziale dell'ATS della Val Padana

Sempre più di frequente e nei più svariati contesti parliamo di **"integrazione"**, ma qual è il significato intrinseco di questo vocabolo talvolta usato anche non del tutto propriamente?

Il fatto di integrare, di rendere intero, pieno, perfetto ciò che è incompleto o insufficiente a un determinato scopo, aggiungendo quanto è necessario o supplendo al difetto con mezzi opportuni. (Treccani)

E quali i sinonimi?

Completamento, compimento, perfezionamento, rinforzo, aggiunta, aumento, supplemento, inserimento, unione, fusione, collaborazione, coordinamento

E i contrari?

Diminuzione, eliminazione, isolamento, emarginazione, separazione, divisione, distacco.

È proprio da questa definizione che siamo partiti per attuare il **percorso** che verrà esplicitato più avanti, perché è solo lavorando di concerto e condividendo le criticità che si trovano strategie per arrivare alla soluzione dei problemi.

Infatti, il nuovo lessico della sanità di fronte alla malattia cronica sottolinea proprio il passaggio dalla **'cura'** alla **'presa in carico'** o meglio alla **'presa in cura integrata'**, passando da una sanità d'attesa ad una sanità d'iniziativa.

Tra i ruoli in capo ad ATS della Val Padana, centrale appare quello di promozione dell'integrazione, per arrivare a sviluppare una nuova prospettiva del sistema di cura e assistenza finalizzata alla "presa in carico integrata e alla realizzazione di reti essenziali per la gestione di percorsi assistenziali". ATS, infatti, svolge funzioni trasversali orientate in particolare allo sviluppo di nuovi approcci statistico-epidemiologici per la valutazione dell'appropriatezza e degli esiti delle cure e al monitoraggio della salute della popolazione, oltre che dell'accessibilità dei servizi.

L'assistenza ai malati cronici è uno dei problemi più complessi da affrontare per il nostro sistema sanitario. L'aumento, ampiamente previsto dagli studi epidemiologici, di malati cronici a cui va garantita continuità assistenziale e un supporto che, in molti casi non può essere solo clinico, richiede l'adeguamento di tutto il sistema sanitario e sociosanitario e, in questo contesto, la Medicina Generale, di cui ATS ha il governo, è la "cerniera" del sistema per arrivare ad un approccio globale al paziente, per analizzare, governare e soddisfare i bisogni di salute dell'assistito fragile.

Ecco che, appunto, il medico di famiglia diventa l'interfaccia strutturale dello specialista per una completa presa in carico del paziente e, quindi, è il principale responsabile clinico del paziente sul territorio. E proprio per questo si è ritenuto necessario effettuare questi "laboratori" su tematiche di gestione della cronicità, mettendo attorno allo stesso tavolo specialisti e medici di medicina generale, infermieri e fisioterapisti, ats e asst, per poter favorire il confronto e la nascita di un linguaggio comune che faciliti la presa cura proattiva del paziente cronico e fragile.

L'obiettivo del percorso è la **collaborazione**, vale a dire quella "relazione sinergica tra più entità che lavorano insieme per produrre qualcosa di meglio di ciò che saprebbero fare da soli", definendo, attraverso la valutazione multidimensionale ed il lavoro "in rete", un progetto capace di garantire alla persona la risposta più adeguata ai propri bisogni. Si tratta quindi di un processo innovativo volto a privilegiare un approccio globale nella presa in carico della persona, attraverso la collaborazione di professionisti sanitari e del sociale.

"Collaborando" si mettono in comune competenze, conoscenze, talento, informazioni e risorse per raggiungere un obiettivo comune.

PAZIENTE POLIPATOLOGICO AD ASOLA: SPERIMENTAZIONE ORGANIZZATIVA



A cura di Massimo Amato
Direttore Pronto Soccorso Asola ASST di Mantova

PARTECIPANTI

Gli incontri condotti tra MMG, specialisti ospedalieri, professioni infermieristiche e assistenti sociali sono stati innanzi tutto un'occasione per la conoscenza reciproca di tutti gli attori coinvolti. Questo infatti è alla base di una più stretta e proficua collaborazione necessaria al fine di gestire in maniera integrata il paziente cronico sul territorio e in ospedale.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E OBIETTIVI

La sperimentazione proposta, già parzialmente attivata da parte del Pronto Soccorso di Asola dopo approvazione del Comitato Etico di Cremona (19/12/2019), prevede l'applicazione di un nuovo modello di cura, in base a un vero e proprio *risk assessment* dell'utente².

Nel disegno del progetto si inserisce tra le scelte del medico d'urgenza del Pronto Soccorso di Asola, oltre che il ricovero e la dimissione, la possibilità di inviare il paziente con un rischio clinico medio-basso presso le unità di "cure sub-acute" identificate in modo da migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa di tutta l'ASST e ridimensionare contemporaneamente il fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso.

Il percorso invece da MMG a "cure subacute" è invece già in atto da tempo, ma gli intervenuti al laboratorio affermano che il passaggio tra territorio e Cure Subacute di Bozzolo sia difficile e burocraticamente complicato, per cui in questi anni sono pochissimi sono stati i pazienti proposti per

un ricovero diretto. Il percorso di ricovero presso le Cure Subacute sembra più facilmente percorribile tramite accesso ospedaliero (PS di Asola), come già in atto, anche se gli strumenti di analisi multidimensionali (NEWS, IDA+ICA score) proposti devono essere allargati a tutti i professionisti coinvolti al fine di avere un linguaggio unico per l'inquadramento e il follow-up del paziente cronico.

La gestione infatti del paziente cronico non-autosufficiente tra ambito di cure e domiciliarietà è senza dubbio una sfida enorme in termini di bisogno di informazione e orientamento tra i servizi sanitari e socio-assistenziali presenti sul territorio di Asola.

RISULTATI E IPOTESI DI MIGLIORAMENTO

L'analisi dei diversi setting assistenziali attualmente presenti sul territorio come mezzo di garanzia e continuità delle cure e di integrazione con il socio-sanitario ha permesso di mettere in luce alcune criticità:

- il sistema è frammentato e complesso da comprendere (soprattutto da parte dei caregiver), sia in termini di funzionamento sia rispetto ai meccanismi di accesso,
- Manca il ruolo di guida e di regia del sistema: le famiglie sono spesso sole nel compito di organizzare i vari aspetti dell'assistenza;
- dopo una sperimentazione di qualche mese terminata nel 2018, non si è pro-seguito con la rilevazione dei bisogni assistenziali dei pazienti ricoverati nell'ospedale di Asola tramite scala

di Brass (infermieristica) e la compilazione delle scheda Maya (medica) necessarie per comprendere subito dopo l'ingresso del paziente cronico il più corretto setting post-ricovero;

- la rete sociale del paziente ricoverato in Medicina ad Asola è totalmente nelle mani e nelle disponibilità della coordinatrice infermieristica, che indirizza da sola il paziente dimesso sul territorio.

CONCLUSIONI

In termini conclusivi viene sottolineata come rilevante la mancanza per il territorio di Asola del Servizio di Continuità delle Cure, presente da tempo nel presidio di Mantova. Indagando gli ambiti di cura in pazienti a basso rischio clinico e carico assistenziale medio-basso si esplorano tutti gli ambiti di cura successivi all'accesso in PS di Asola³: dimissione, ADI medico o infermieristico (bassa, media e alta intensità), Day Hospital medico⁴ e Cure Subacute di Bozzolo. In tutti i casi si ribadisce la necessità di una stretta e continua collaborazione tra tutti i professionisti coinvolti

nella risposta al bisogno di cura del paziente: solo così è possibile "prendere in carico" il cronico.

In conclusione la proposta di un percorso di cura più appropriato prevede che il paziente che giunge dal MMG o direttamente in PS ad Asola per una possibile riacutizzazione di una patologia cronica, venga approcciato da tutti i professionisti tramite una valutazione multidimensionale, che affronti sia il peso clinico sia il carico assistenziale. Sulla base di questa valutazione si potrà avere un'indicazione più sicura del setting più adeguato, che può essere:

- Medicina per Acuti di Asola
- Cure Subacute di Bozzolo
- Day Hospital medico di Asola
- Domicilio / PAI

Cruciale in questo viene ribadita essere l'attivazione della Continuità delle Cure presso il territorio di Asola, necessaria a detta di tutti i componenti del laboratorio come trait d'union dell'affidamento del paziente cronico sul territorio.



Nella fotografia l'ingresso del Pronto Soccorso di Asola

¹ Si definisce "cronico" un paziente che si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie. Nell'ambito di questo progetto si analizzano pazienti di età > 65 anni e affetti da patologia non-chirurgica.

² Si veda poi: "Riprogettazione del percorso di cura del paziente fragile con patologia medica tra Pronto Soccorso, Ospedale e Territorio. Studio osservazione prospettico finalizzato all'analisi di appropriatezza organizzativa e riduzione del sovraffollamento del Pronto Soccorso" – protocollo studio osservazione prospettico.

³ "Tri-CO1 e Tri-Co 2": si vedano a tal proposito le schede e le tabelle in PowerPoint (presentazione conclusiva laboratori MMG-specialisti 11 maggio 2019).

⁴ Quest'ultimo ambito di cura viene analizzato in quanto poco noto sia ai MMG che agli specialisti. Il DH infatti si configura all'interno di diverse MAC come quell'ambito di presa in carico di pazienti oncologici, ematologici, gastroenterologici (IBD anche in fase acuta, emocromatosi, sospetta neoplasia del tratto gastroenterico), epatologici (cirrosi epatica scompensata) e quei pazienti che affetti da patologie internistiche, nche non necessitano di un ricovero ma solo di un trattamento farmacologico non praticabile al domicilio.

Riassunto dello studio osservazione prospettico: “Riprogettazione del percorso di cura del paziente fragile con patologia medica tra Pronto Soccorso, Ospedale e Territorio. Studio osservazione prospettico finalizzato all’analisi di appropriatezza organizzativa e riduzione del sovraffollamento del Pronto Soccorso”.

Il progetto presentato al Comitato Etico di Cremona si sviluppa all’interno del DEA dell’ASST di Mantova e nello specifico nel Pronto Soccorso (PS) di Asola, partendo dal lavoro compiuto dalla Direzione Strategica dal 2015 nel tentativo di risolvere il fenomeno del crowding, ma ponendo l’attenzione su una diversa “presa in carico” del paziente al fine di migliorare tutto il suo percorso assistenziale, a partire all’accesso in Pronto Soccorso fino al suo collocamento nel setting assistenziale più appropriato.

La sperimentazione ha origine dall’analisi per processi del percorso del paziente in Pronto Soccorso, arrivando ad identificare i “colli di bottiglia” più rilevanti nell’access block e nei bed-blockers, ovvero le interruzioni dell’iter diagnostico-terapeutico verso il ricovero ospedaliero e dal reparto di degenza alla fase di dimissione. I soggetti che più soffrono di questa disfunzione organizzativa sono i pazienti anziani affetti da patologie croniche, che giungono periodicamente in ospedale con il loro livello di complessità clinica e assistenziale.

Dopo una stratificazione multidimensionale del paziente in Pronto Soccorso, che permetta di pianificare la presa in carico globale, si disegna un nuovo modello di cura, in base a un vero e proprio risk assessment dell’utente. Nel disegno del progetto si inserisce tra le scelte del medico d’urgenza, oltre che il ricovero e la dimissione, la possibilità di inviare il paziente con un rischio clinico medio-basso presso le unità di “cure sub-acute” identificate in modo da migliorare l’appropriatezza clinica e organizzativa di tutta l’ASST e ridimensionare contemporaneamente il fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso.

Lo studio si propone di applicare ai pazienti che

hanno avuto accesso al Pronto Soccorso l’algoritmo Tri-Co (Triage da corridoio), strumento di stratificazione a validazione internazionale di rischio del paziente in ambito di Ospedale per Intensità di Cura⁵ ma anche di Dipartimento di Emergenza⁶. Tale valutazione giú oggetto di uno studio osservazione retrospettivo in fase di conclusione (“Studio osservazionale retrospettivo finalizzato alla comparazione della appropriatezza dei ricoveri di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e destinati ad area medica, rispetto a criteri teorici di validità clinica (MEWS) e di carico assistenziale (IDA+ICA)) prevede lo sviluppo di un’analisi multidimensionale fornita dal medico e dall’infermiere già in fase di valutazione del paziente in Pronto Soccorso, al fine di valutare in maniera più l’appropriatezza di dimissione, ricovero in ambito di ricovero ordinario per pazienti acuti o prevedere il trasferimento in ambito di cure sub-acute (direttamente da PS) utilizzando un sistema di valutazione tramite score.

Il progetto nasce dall’esigenza di affrontare in maniera più consapevole il fatto che alla base del sovraffollamento c’è la difficile soluzione del bisogno di salute del paziente cronico, per quanto riguarda la sua riacutizzazione clinica, ma soprattutto per il suo carico assistenziale. Nell’attuale contesto epidemiologico e sociale, il progetto presentato di inserisce in un discorso più ampio, in linea anche con le recenti normative di Regione Lombardia, di community health governance come modello di cura integrata, che sappia comprendere in senso ampio il profilo di complessità del paziente e di tutti i suoi bisogni.

Nel definire i setting assistenziali necessari per la presa in carico dei pazienti in PS, si rende necessario descrivere le caratteristiche di questi in funzione della loro complessità e dell’intensità assistenziale⁷ richiesta.

Un corretto inquadramento di questi elementi richiede una valutazione di tipo multidimensionale, che può consentire di pianificare la presa in carico globale, in base a un vero e proprio risk assessment del paziente. La valutazione del livello di complessità dei pazienti richiede un approccio di tipo multidisciplinare, adottato collegialmente da medici e infermieri, ciascuno secondo le pro-

prie competenze. I fattori che entrano in causa corrispondono a cinque variabili fondamentali, con evidenti implicazioni gestionali e prognostiche: a) stabilità/instabilità clinica e/o criticità; b) bisogno assistenziale potenziale o attuale; c) disfunzione cognitiva e fragilità clinica e/o sociale del paziente.

Il modello organizzativo per intensità di cura basato sulla definizione dei livelli di complessità si pone nell’ottica di coniugare intensità clinica e complessità assistenziale. Ad oggi però esistono pochi esempi, nella letteratura disponibile, di score che tentano di integrare questi due aspetti dello stesso modello.

A fronte dei limiti metodologici che accomunano la maggior parte degli strumenti, un’esperienza interessante risulta essere quella del Tri-Co (Triage da corridoio), che ha la peculiarità di integrare due score: esso prevede infatti la lettura integrata di due strumenti di classificazione dei pazienti acuti: il MEWS e l’IDA che sono in grado di intercettare, rispettivamente, il livello di intensità clinica e la dipendenza assistenziale. Un’interessante sperimentazione di questo modello è stata quella condotta presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia all’interno del Piano Socio Sanitario Regionale 2010-14 e specificatamente nei reparti di Ematologia, Medicina, Pneumologia e Chirurgia.

Questo strumento, semplice e facile da utilizzare ha avuto comune finalità quella di categorizzare i pazienti al loro ingresso in ospedale in funzione dei vari livelli di intensità: clinica e assistenziale. La valutazione multidimensionale che ne deriva ha lo scopo e anche il vantaggio di riuscire a inquadrare il paziente in maniera più completa possibile e di riuscire a inquadrare il livello di intensità di cura al fine di prestargli l’assistenza sanitaria o socio-sanitaria più appropriata.

Il Tri-Co si identifica difatti come uno degli strumenti che hanno suscitato maggiore interesse nell’ambito del progetto della Regione Emilia Romagna sull’ospedale per intensità di cura ed è stato anche sperimentato presso l’AUSL 6 di Li-

vorno. In questi contesti esso ha rappresentato una scelta interessante in termini fattibilità ed integrazione multiprofessionale, in quanto integra la stima periodizzata il livello di intensità (stabilità) clinica, legata all’ambito medico, con il livello di complessità assistenziale, più strettamente infermieristica. Ulteriori applicazioni degli score Tri-Co sono stati sviluppati recentemente sia in ambito di ricovero per intensità di cura², sia in ambito di Medicina d’Urgenza⁸.

Nelle fasi conclusive è anche un nostro studio osservazionale retrospettivo che ha visto l’analisi di appropriatezza di ricovero di circa 1300 pazienti ricoverati in ambito internistico dal Pronto Soccorso dell’ASST di Mantova nel periodo 01/01/2016-28/02/2017, utilizzando però un modello di scoring più evoluto tramite NEWS per la valutazione clinica e una combinazione tra Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) e Indice di Complessità Assistenziale⁹ (ICA) per la valutazione infermieristica (Tri-Co “modificato”).

Gli sforzi della Direzione Strategica dell’ASST di Mantova sono stati rivolti in questi anni certamente alla riduzione di alcuni “colli di bottiglia”, ma non sono riusciti a far fronte al crowding dell’ultimo periodo invernale, che ha interessato moltissime aziende come la nostra. Le criticità più serie, rilevate però negli ultimi mesi e specialmente nel periodo da dicembre 2016 a marzo 2017, sono state connesse da una parte alla quantità di erogazioni sanitarie da eseguire contemporaneamente (per la complessità intrinseca dei pazienti presenti in PS) e dall’altra la mancanza di una variabilità “naturale” per cui la fluttuazione abituale legata alla stagionalità delle patologie non si è avvertita.

Questo ci ha imposto di riflettere più approfonditamente sulla problematica di sovraffollamento del PS, e su tutte le dinamiche ad esso relate, che vanno dai processi che stanno alla base di ricovero ospedaliero alle dinamiche di dimissione, soprattutto per la popolazione anziana. Siamo andati a rivedere nuovamente tutto il percorso dei pazienti dall’accesso in PS, al ricovero, fino alla dimissione, come è schematizzato nella figura 1, dove è analizzata la “presa in carico” del pazien-

⁵ Bartolomei, C, I. Cei. The allocation of patients in an intensity-of-care based Internal Medicine ward: the ADOIT Tri-Co (Triage in the Corridor) study. It J Med, 2007 (1)2, 31-39.

⁶ Colombo F, Taurino L, Colombo G, et al. The Niguarda MWES, a new refined tool to determine criticality and insatbilty in Internal Medicina Ward and Emergency Medicine Unit, It J Med, 2017; 11:310-317

⁷ Nardi, R., et al. Hospital organization based on intensity of care: potential errors to avoid. It J Med, 2012. 6, 1-13

⁸ Argenta S, Civita M. Utilizzo del Trico in Pronto Soccorso. Valutazione del livello di intensità di cura e complessità assistenziale dei pazienti che da Pronto Soccorso accedono in area medica. Presentazione orale al congresso nazionale SIMEU maggio 2018

⁹ Simonetti, V, Comparcini, D, Buccolini, M, Cicolini, G. L’Indice di complessità assistenziale come strumento organizzativo in un contesto chirurgico: uno studio osservazionale. Professioni Infermieristiche 2014. 67(4): 235-42

INTEGRAZIONE MMG E SPECIALISTI PER I PAZIENTI DIABETICI E IPERTESI

te in PS, suddivisa per attività e servizi coinvolti a sua volta classificato secondo i tre diversi momenti del processo clinico: l'input, il throughput e l'output, come da modellizzazione di Asplin¹⁰.

Nell'analisi organizzativa rappresentata sono stati identificati i "colli di bottiglia", dovuti prevalentemente a tempi di "attesa" (diagnostica, consulenze specialistiche, tempi di boarding ma anche di dimissione ordinaria dal reparto) o a processi non ancora chiaramente delineati. Queste rappresentano tutte quelle attività senza valore aggiunto, che ad oggi sono in grado di influire pesantemente sul sovraffollamento del PS. I problemi più acuti e ancora non risolti sono i cosiddetti access block e i bed-blockers, ovvero le interruzioni del percorso verso la degenza e dal reparto alla fase di dimissione, protetta o no. Pertanto si delinea chiaramente anche nella nostra

organizzazione come il problema del sovraffollamento non si confini esclusivamente all'interno del PS e le soluzioni non si limitino alla riduzione dell'iperafflusso o alla dissuasione degli accessi impropri, ma dal coordinamento sempre più condiviso con i reparti di degenza.

Nell'ottica di ampliare la platea degli attori e quindi coinvolgere MMG, assistenti sociali, case manager, il progetto prevede come base di sperimentazione l'utilizzo degli stessi score, in modo da dialogare con lo stesso linguaggio proposto dallo studio prospettico. La conoscenza e la disponibilità di tutti i possibili ambiti di cura da parte dei MMG e degli specialisti sarà nel breve termine essenziale al fine di riuscire ad affrontare insieme¹¹ in modo completo e scientificamente solido il problema del paziente cronico (figura 2).

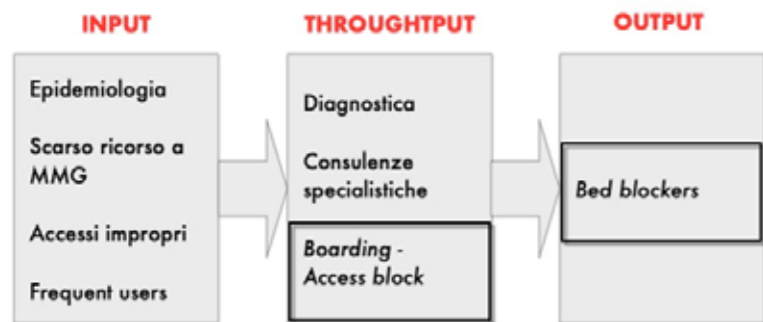


Figura 1: modellizzazione della presa in carico del paziente in Pronto Soccorso: analisi dei "colli di bottiglia"

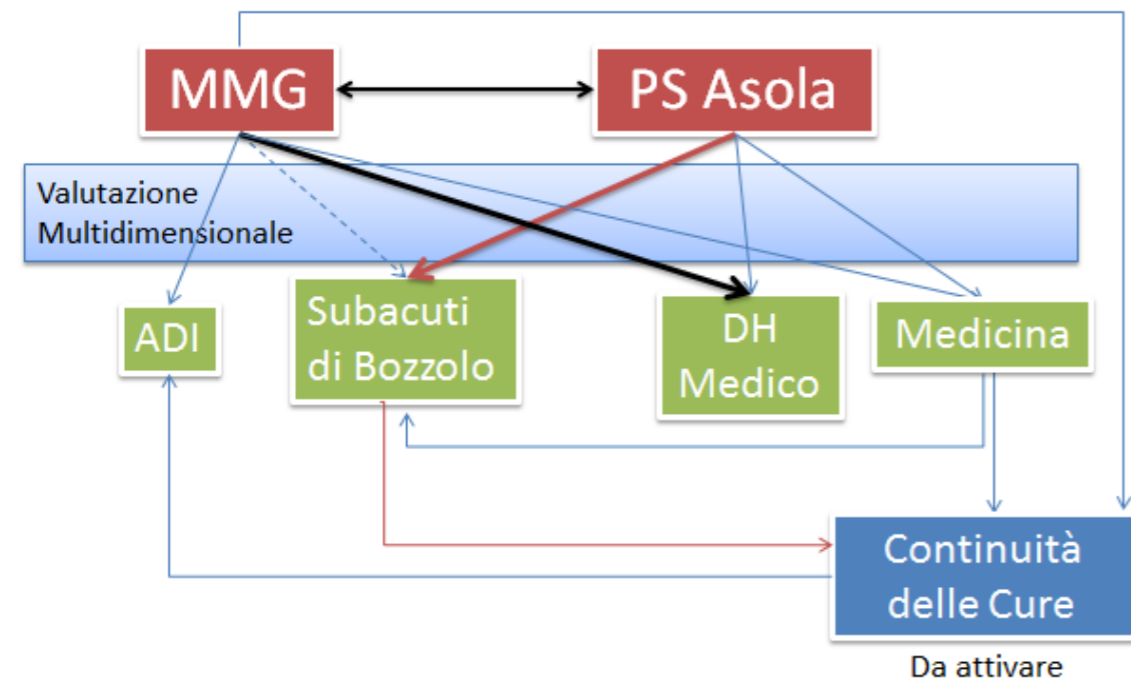


Figura 2
Laboratorio MMG - Specialisti: proposta di sperimentazione

Schematizzazione della proposta organizzativa, alla conclusione dei lavori dei laboratori



A cura di **Simone Caiola**
Responsabile struttura semplice Attività Ambulatoriale della Cronicità
ASST di Mantova

PARTECIPANTI

Due medici specialisti ASST Mantova, due MMG aderenti a IML, quattro MMG non aderenti a IML, un RAD, tre IP Case Manager, un IP Process Owner, un Assistente Tutela Legale.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E OBIETTIVI MODALITÀ OPERATIVA

Sono stati organizzati quattro incontri in aula, durante i quali sono state analizzate le modalità di presa in carico dell'ASST-Mantova con declinazione delle attività del Centro Servizi, precisando i compiti del Case Manager, del Process Owner e del personale Amministrativo. Sono stati discussi due casi clinici di paziente cronico con diabete mellito e ipertensione come principale patologia e ci si è confrontati sui profili di diagnosi e cura della patologia diabetica e ipertensiva elaborati dagli specialisti ASST-Mantova.

È stato infine presentato un percorso condiviso di presa in carico per un paziente cronico diabetico ed iperteso.

Di seguito gli obiettivi del laboratorio:

- identificare le buone prassi e aspetti critici tra ruolo MMG e specialista, attraverso l'analisi di casi clinici;
- definire le figure chiave della continuità delle cure e ipotizzare l'integrazione con il socio sanitario e il sociale nei diversi setting di cura in cui transita un paziente cronico complesso;
- confrontare i profili PAI tra MMG e specialisti;
- elaborare proposte per codificare l'organizzazione per garantire ai pazienti cronici la continuità della presa in carico.

RISULTATI E IPOTESI DI MIGLIORAMENTO Redazione del PAI

La redazione del PAI è stata giudicata da tutti i partecipanti abbastanza indagativa per problematiche informatiche, che si auspica vengano

superate rapidamente, inoltre è stato auspicato l'utilizzo di un software comune che permetta a tutti gli attori della presa in carico di fruire delle informazioni in modo condiviso.

In particolare per i pazienti diabetici, che hanno un numero significativo di accertamenti previsti dal piano di diagnosi e cura, è stata invocata la redazione di un PAI "snello" in cui cioè gli accertamenti vengono diluiti nell'arco dell'anno con particolare attenzione ad evitare le ripetizioni degli esami.

L'aggiornamento del PAI in tempo reale è stato giudicato impossibile da tutti i medici presenti, per cui si è concordato sull'aggiornamento annuale o semestrale per i più virtuosi. Un problema significativo emerso sia da parte degli specialisti che da parte dei MMG è quello relativo agli accertamenti richiesti al di fuori del piano diagnostico terapeutico standard in quanto molto spesso una visita Specialistica prevista nel PAI genera la richiesta di ulteriori accertamenti da parte del medico specialista stesso, che ricorrentemente non redige le impegnative.

Dopo una lunga discussione si è convenuto sulla necessità che gli eventuali accertamenti supplementari, denominate dal gruppo "derivate", vengano prescritti dallo Specialista che li ritiene necessari, ma che vengano vagliate dal Clinical Manager, il quale non debba inserirle obbligatoriamente nel PAI, soprattutto se non si tratta di una complicanza della patologia per cui avviene la presa in carico.

Ruolo del Clinical Manager

Il dialogo fra i partecipanti ha fatto emergere come l'esperienza di Clinical Manager per lo Specialista Ospedaliero Diabetologo e Ipertensivologo sia risultata facilitata dall'abitudine alla

¹⁰ Asplin, B.R., et al., A conceptual model of emergency department crowding. Ann Emerg Med, 2003. 42(2): p. 173-80

¹¹ Da più partecipanti è stata sollecitato un nuovo incontro di valutazione della sperimentazione in essere e di un suo allargamento a tutti i potenziali professionisti coinvolti.

prescrizione degli accertamenti laboratoristici e strumentali durante l'ambulatorio dedicato, mentre sono risultate più indaginose nelle fasi sperimentali del progetto regionale la prescrizione farmaceutica a scadenza bimestrale ed il monitoraggio, soprattutto per la difficoltà di confronto con i MMG non aderenti al progetto stesso, spesso oppositivi.

Dall'altra parte i MMG hanno sottolineato come la presa in carico sia teoricamente il modello operativo standard della Medicina di Base, ma che vi siano alcuni ostacoli alla presa in carico secondo il modello regionale, rappresentato dall'assenza della figura del Case Manager in molti ambulatori dei MMG, dall'assenza di un software facilmente fruibile e dalla difficoltà di confronto con gli Specialisti.

I piani di diagnosi e cura redatti dagli specialisti sono stati accolti favorevolmente dai MMG che ne hanno richiesto una copia oltre a richiedere la possibilità di un confronto con gli specialisti per discutere casi particolari. A tal proposito è stata ribadita la possibilità di una comunicazione via mail o telefono e proposta ai MMG la creazione di una finestra temporale precisa settimanale loro dedicata per un confronto.

Al termine della discussione sull'argomento tutti i medici presenti hanno comunque convenuto sulla necessità che il MMG sia parte attiva del processo di presa in carico, in quanto principale attore e garante della salute del proprio paziente.

Ruolo del Case Manager (CsM) e del Process Owner (PO)

La figura del Case Manager e soprattutto del Process Owner è risultata poco chiara ai MMG, in quanto non presente negli ambulatori di Medicina di Base, per cui di fatto il monitoraggio dei pazienti cronici avviene da parte del medico stesso con evidenti limiti legati al tempo insufficiente e alla mancanza di schemi e griglie di valutazione. I MMG si sono detti molto favorevolmente colpiti dal lavoro effettuato dal personale CsM e PO della Diabetologia e del Centro Servizi, in particolare nella fase di presa in carico e monitoraggio, e hanno richiesto di poter accedere alle griglie di valutazione redatte in collaborazione con gli specialisti. Inoltre hanno concordato che l'utilizzo di ASST come gestore renderebbe molto più semplice la fase di prenotazione e monitoraggio

degli accertamenti.

Ruolo del Centro Servizi

La declinazione delle attività del Centro Servizi ha permesso di comprenderne meglio le funzioni e la mission. La discussione ha evidenziato l'importanza di un'identificazione a priori del Case Manager che si occupa di una determinata patologia affinché possa essere un riferimento per il paziente inviato dal MMG al Centro Servizi dopo la firma del PAI.

Al fine di ridurre i tempi di attesa per il paziente è stata auspicata la creazione di posti dedicati ai cronici in modo che il personale amministrativo del Centro Servizi possa prenotare gli accertamenti richiesti dal Clinical Manager sin dal primo incontro con il paziente.

Proposta di percorso condiviso per paziente cronico affetto da diabete mellito o ipertensione con Clinical Manager MMG e ASST-Mantova come gestore

Compilazione del PAI

- Il paziente firma il patto di cura in presenza del MMG
- Il MMG compila il PAI in tutte le sue parti, compresa quella spettante al Case Manager
- Il MMG esegue tutte le ricette sia per esami di laboratorio, strumentali, visite specialistiche, accertandosi dell'effettiva presenza di esenzioni, che andranno compilate ed utilizzando come base i PDT concordati con gli specialisti

Contatto con il Centro Servizi

- Se si sceglie come gestore ASST-Mantova il paziente prende contatto con il Centro Servizi per fissare un appuntamento in cui firmare la documentazione relativa alla privacy e conoscere il Case Manager
- Il Case manager viene designato a priori sulla base della patologia prevalente
- Le ricette che prevedono esami ematici vengono consegnate al paziente, mentre quelle relative a visite specialistiche o esami strumentali vengono consegnate al Centro servizi (da parte del paziente)
- I MMG IML dovranno far pervenire le impegnative al proprio centro di riferimento di Bergamo da dove verranno inviate al Centro Servizi

Prenotazione

- La prenotazione delle prestazioni strumentali e Specialistiche idealmente potrebbe avvenire al momento del colloquio con il Case Manager, ma più probabilmente il paziente verrà contattato per fissare l'appuntamento
- Le ricette delle prestazioni per cui il paziente è esente permangono presso il Centro Servizi che le farà pervenire alla Segreteria della Struttura che eroga la prestazione
- Per le prestazioni non esenti verrà consegnata una copia dell'impegnativa al paziente che provvederà a saldare il ticket

Derivate 1

- Se lo specialista consiglia di eseguire esami di laboratorio supplementari o esami strumentali, compila le relative impegnative che dovrà far pervenire al Centro Servizi (mail o posta interna) e stabilisce il timing
- Le nuove prestazioni consigliate dallo specialista saranno inserite nel PAI a cura del Clinical Manager MMG non appena possibile
- Se il Medico Specialista consiglia l'aggiunta di un nuovo farmaco, ne esegue la prima prescrizione così come compila il Piano Terapeutico per i farmaci che ne hanno necessità

Derivate 2

- Nel caso in cui lo Specialista rilevi elementi patologici che suggeriscono la presenza di patologie ancillari, non comprese nell'elenco di quelle previste da Regione Lombardia per la presa in carico, i relativi accertamenti non andranno inseriti nel PAI

Screening delle complicanze

- Il timing viene stabilito sulla base del PDT concordato
- In caso di comparsa di alterazioni cliniche significative, l'esame verrà ripetuto a prescindere dal timing di riferimento
- È molto importante evitare le sovrapposizioni di prescrizione

Ricettazione farmaceutica

- Ogni 2 mesi o più se il paziente è in possesso dell'esenzione E30
- Attivazione del servizio di ritiro dei farmaci in Farmacia senza presentazione dell'impegnativa utilizzando il FSE

Monitoraggio

- A cura del MMG Clinical Manager
- A cura del Case Manager supportato dall'impiegato del Centro Servizi, che comunica periodicamente con il MMG Clinical Manager

Acuzie non gravi

- In caso di scompenso dei valori pressori o glicemici gli aggiustamenti terapeutici verranno effettuati sulla base dei rilievi considerando anche valori di funzione renale
- Disponibilità dello Specialista per un consulto (telefonico- mail- eventuale attivazione di un tempo di ricevimento fisso)
- Eventuale visita Specialistica in tempi brevi

Gestione delle riacutizzazioni ed utilizzo dei servizi territoriali

Uno dei problemi principali della gestione del paziente cronico è senza dubbio il management della riacutizzazione non gestibile telefonicamente o con una visita specialistica in tempi brevi. A tal proposito sono stati precisati il ruolo dell'ADI e definita la tipologia di paziente che accede al Pronto Soccorso al fine di individuare il campo di azione migliore per un'integrazione territorio-ospedale.

Ruolo dell'ADI

- Nel caso di cardiopatia ipertensiva con danno d'organo e necessità di monitoraggio laboratoristico periodico

Integrazione Ospedale-Territorio

- paziente cronico in fase di riacutizzazione che arriva in Pronto Soccorso
- paziente fragile e vulnerabile che arriva in Pronto Soccorso, non ha motivo di ricovero, ma non può tornare al proprio domicilio in quanto non sono garantite condizioni di sicurezza o per mancanza di cure giver.

Alla luce delle risorse disponibili e valorizzando il ruolo del Centro Servizi, si è stilata un'ipotesi di gestione del paziente cronico riacutizzato per evitare il ricovero nel reparto per acuti

Ipotesi di gestione del paziente cronico in fase di riacutizzazione che accede al Pronto Soccorso

- Segnalazione al Centro Servizi dell'accesso
- Valutazione del Medico di PS
- Eventuale valutazione Specialistica

- Comunicazione allo Specialista di riferimento per la patologia che prende visione del referto per eventuali integrazioni e attivazione di un monitoraggio stretto periodico da parte del Case Manager

Per quanto concerne il paziente fragile si è auspicata la possibilità dell'attivazione della rete RIC-CA che prevede una valutazione multidimensionale per identificare i reali bisogni del paziente.

CONCLUSIONI

Il laboratorio ha costituito una grande opportunità di crescita professionale per le figure coinvolte; ha permesso un confronto quanto mai necessario tra specialisti e MMG da cui sono emerse le problematiche legate alla gestione del paziente cronico, che vengono in parte risolte dalla corret-

ta presa in carico.

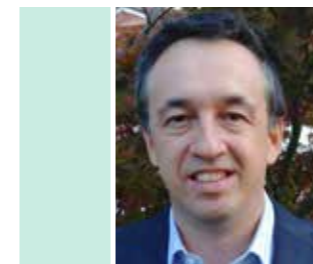
Rimangono da risolvere alcuni problemi, come l'utilizzo di piattaforme informatiche diverse tra ASST e MMG IML, l'assenza completa di un software per i MMG non IML, superabili concordando l'utilizzo di un programma condiviso dai vari attori della presa in carico.

La limitata partecipazione da parte dei MMG, probabilmente dovuta alla scarsa comprensione dell'utilità di stabilire un percorso comune, ha senza dubbio limitato l'efficacia dell'azione di perfezionamento promossa da ASST, ATS e Regione Lombardia. Tuttavia quanto realizzato costituisce una base solida su cui costruire una gestione della cronicità virtuosa che passi dal territorio al nosocomio inteso sia come ospedale per acuti che come POT o PRESST.



Nella fotografia l'ospedale di Bozzolo

PERCORSI TRASVERSALI E INTERAZIENDALI



A cura di Nicola Cicorella
Cardiologo ASST di Mantova

PARTECIPANTI

Tre specialisti, un medico del centro servizi, due medici di medicina generale, RAD dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, process owner, case manager, assistente sociale, psicologo.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E OBIETTIVI

Il laboratorio si è posto i seguenti obiettivi:

- identificare le buone prassi e aspetti critici tra ruolo MMG e specialista, attraverso l'analisi di casi clinici;
- identificare le figure chiave a garanzia della continuità delle cure e dell'integrazione con il socio sanitario e il sociale nei diversi setting di cura in cui transita un paziente cronico complesso;
- confrontare i profili PAI confronto tra MMG e specialisti;
- per Pronto Soccorso Asola e Sub acuti: costruzione di percorsi sperimentali per pazienti cronici;
- elaborare proposte per codificare l'organizzazione per garantire ai pazienti cronici la continuità della presa in Carico

Sono stati organizzati quattro incontri, durante i quali sono stati analizzati i documenti di riferimento nazionali e regionali nell'ambito della gestione dei pazienti cronici, il ruolo che possono avere i vari protagonisti nei percorsi dei pazienti, i casi clinici, le criticità connesse all'attuale possibile frammentazione del percorso del paziente, il PAI (Piano di Cura Individuali). Sono state inoltre avanzate alcune proposte concrete per mettere in pratica la collaborazione tra ospedale e territorio.

RISULTATI E IPOTESI DI MIGLIORAMENTO Pai

Sono emersi vari aspetti positivi del PAI: coinvolgimento attivo del paziente; revisione delle linee guida; definizione dei PDTA o profili condivisi e omogenei; monitoraggio degli esiti della cura – condivisione con il case manager; valutazione multi-disciplinare (follow up a 360 gradi per le patologie croniche); visione completa dei bisogni

socio-sanitari del paziente (necessità di attivare strutture territoriali (ADI, servizi sociali e così via); interazioni e collaborazioni con professionisti.

Dimissioni e ammissioni protette

- Allo stato attuale per varie patologie, in caso di instabilizzazione (scompenso cardiaco riacutizzato, BPCO riacutizzata e così via) non esiste la possibilità del ricovero diretto. Ad esempio: se durante una visita cardiologica si ravvisa la necessità di un ricovero per riacutizzazione di SCC, l'unica possibilità è di inviare il paziente in Pronto Soccorso;
- Al pari delle dimissioni protette, istituire un servizio (a carico del centro servizi o della stessa struttura Continuità di cure) che preveda attivare un'ammissione protetta in un reparto di natura medica (figura 1).
- È necessario realizzare un collegamento tra l'ASST e le strutture, nonché le risorse presenti sul territorio, i servizi dell'ATS, i MMG e i Distretti Socio Sanitari per assicurare al paziente la continuità di cura nel passaggio ospedale – territorio

Gruppo multidisciplinare (mmg-specialisti) istituzionalizzato

È opportuno identificare un gruppo multidisciplinare (MMG-Specialisti delle branche più coinvolte nella gestione del paziente cronico) che formalmente istituisca un team multidisciplinare con i seguenti obiettivi: presa in carico globale dei pazienti più complessi (livello 1 e 2); utilizzo di strumenti informativi che facilitino la condivisione di informazione cliniche (ad esempio Health Meeting) e che permetta di lasciare traccia scritta del percorso utilizzato; formalizzazione di un momento e sede di incontro per discutere di casi clinici (per evitare lo spostamento del paziente dal domicilio quando possibile).

Pazienti di livello 3

La condivisione (anche scritta e tracciabile) di informazioni cliniche con lo specialista (ad esempio

POT VIADANA: PERCORSO INNOVATIVO TRA MMG E DEGENZA DI COMUNITÀ



A cura di Elena Mariani
Dirigente medico Riabilitazione Generale Geriatrica Ospedale di Viadana
ASST di Mantova

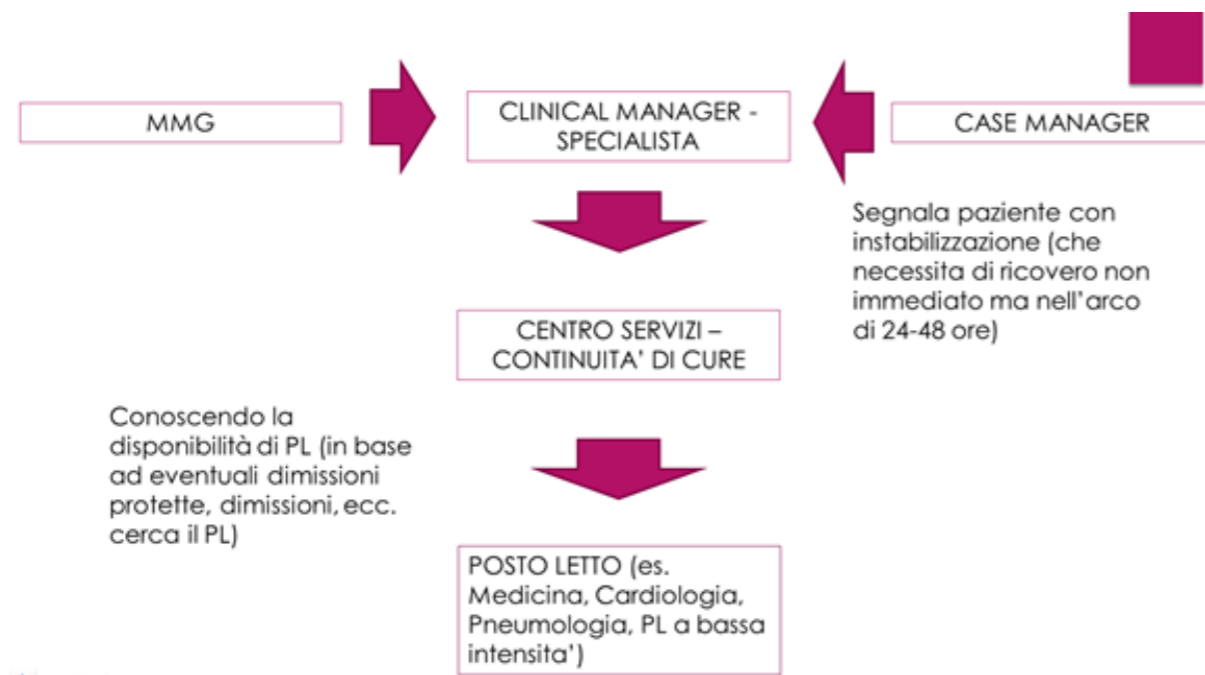


Figura 1

referto ecocardiogramma, valori pressori non ben controllati, referto spirometri) permetterebbe di evitare visite specialistiche (modifica terapia e così via).

Pazienti di livello 1-2

Nei pazienti più complessi, l'integrazione multidisciplinare avrebbe il vantaggio di raggiungere un iter diagnostico terapeutico condiviso con tutti gli specialisti e il MMG e permetterebbe di monitorare l'andamento clinico del paziente e, in caso di instabilizzazione, prevedere una rapida presa in carico (ammissioni protette, attivazione ADI, cure palliative e così via), nonché una condivisione MMG-SPECIALISTI del servizio di CASE MANAGER

CONCLUSIONI

Come prevede Regione Lombardia, la governance dei processi erogativi deve essere orientata non solo ad erogare prestazioni in modo appropriato ed efficiente, ma anche a garantire il coordinamento della presa in carico attraverso connessioni e interdipendenze organizzative tra i diversi livelli di erogazione, superando il possibile 'vuoto' assistenziale tipico delle fasi di passaggio (dimissioni, trasferimenti).

Inoltre l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attra-

verso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e "dimissioni assistite" nel territorio, finalizzate a ridurre il dropout dalla rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità.



Nella fotografia l'ospedale Carlo Poma di Mantova

Bibliografia

1. Piano Nazionale Cronicità 2016
2. Delibera N° X/ 6551 Seduta del 04/05/2017 Regione Lombardia

PARTECIPANTI

Il gruppo di lavoro era composto da tre MMG, due medici ASST Mantova specialisti in Geriatria di cui uno in servizio presso il reparto di Riabilitazione Generale Geriatrica di Viadana e l'altro responsabile del Centro Servizi e della Struttura Cure Domiciliari Presa in Carico Cronici e Fragili, un RAD Dipartimento Fragilità, un IP Coordinatrice del Reparto di Riabilitazione Generale Geriatrica di Viadana, due IP Case Manager paziente cronico, una infermiera e un assistente sociale del CeAD.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E OBIETTIVI

Per rispondere al DM 70/2015, occorre ripensare la visione strategica dell'assistenza sanitaria, definendo nuove modalità di erogazione delle prestazioni, superando l'approccio specialistico tradizionale.

È necessario focalizzarsi sulla persona, sulla valutazione globale e multidisciplinare dei suoi bisogni e dall'altro, concentrando competenze di alta specialità in ambiti ospedalieri definiti, superando la logica "verticale" delle cure, intese come una sommatoria di singoli atti diagnostici, terapeutici ed assistenziali, in funzione dell'attuazione di un modello a rete integrata che permetta razionalizzazione e rigorosa appropriatezza degli interventi, con anche una complessiva economicità della filiera erogativa.

Sono stati organizzati quattro incontri a Viadana, nella Sala Riunioni dell'ospedale di Viadana, tra il 27 marzo e il 17 aprile 2019. L'obiettivo del nostro gruppo di lavoro è stato quello di delineare le caratteristiche di una Degenza di Comunità (DdG), e di costruire un percorso di integrazione/collaborazione tra Medici di Medicina Generale e ASST Mantova, tenendo conto delle esigenze e delle caratteristiche della nostra realtà territoriale. Siamo partiti dalla ricerca e dallo studio dei rife-

rimenti normativi (DM 70/2015, DPCM 12 gennaio 2017, DGR X/6551 del 4/5/2017, DGR XI/1046 del 17/12/2018, patto per la Salute 2014-2016 Piano Nazionale della Cronicità) per definirne le caratteristiche. La DdG rappresenta una struttura intermedia tra l'assistenza domiciliare e l'assistenza ospedaliera ed è destinata alla presa in carico di pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e interventi sanitari potenzialmente erogabili al domicilio, in assenza di idoneità di tipo strutturale e familiare di tale contesto.

Il target d'utenza è rappresentato da pazienti che necessitano di completare il processo di stabilizzazione clinica, ovvero soggetti che a seguito di un episodio acuto o per la riacutizzazione di patologie croniche, richiedano interventi sanitari a bassa intensità clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (15-20 giorni). Tali pazienti necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

La DdG si propone perciò come struttura con un'identità unica, non sovrapponibile alle altre già esistenti (RSA, reparto di lungodegenza, struttura di tipo sociale). Esempi di patologie trattabili in tale contesto sono le BPCO senza grave insufficienza respiratoria, le broncopolmoniti a lenta risoluzione, le vasculopatie croniche non complicate, le cardiopatie croniche in fase di labile compenso, le sindromi dispeptiche, le gastroenteriti non infettive, le infezioni delle vie urinarie o esiti di intervento chirurgico maggiore. Vengono esclusi i pazienti con diagnosi incomplete o in corso di definizione, le malattie infettive diffuse, le patologie psichiatriche attive e gli utenti con gravi disturbi di ordine cognitivo-comportamentale.

Il ricovero in DdC può essere prescritto dal MMG, dallo specialista ospedaliero o di altra struttura o dal medico di pronto soccorso, solo dopo stabi-

lizzazione del quadro clinico nei reparti di competenza o presso l'osservazione breve, almeno 24 ore prima del trasferimento in DdC.

Per quanto riguarda la responsabilità igienico organizzativa e gestionale complessiva è a carico del direttore del distretto o suo delegato (riferimento "nazionale"), o del Direttore Medico di Presidio, mentre la responsabilità organizzativa e gestionale è in capo al coordinatore infermieristico.

La responsabilità clinica è in capo al MMG oppure a un medico dipendente o a medico convenzionato (medico comunque operante all'interno di struttura pubblica o privata accreditata con il SSN); l'assistenza medica per i giorni feriali dalle 8 alle 20 è garantita dal MMG e/o dal medico della DdC, l'assistenza prefestiva, festiva e notturna dal servizio di continuità assistenziale, mentre gli interventi di emergenza sono a carico del 118.

RISULTATI E IPOTESI DI MIGLIORAMENTO

Abbiamo quindi cercato di applicare tale requisiti per la costruzione di un progetto di DdG nel nostro territorio. I criteri di ammissione presso la DdG di Viadana sono diagnosi e prognosi definite (stimata intorno ai 15-20 giorni) e la presenza di requisiti specifici individuati nella "scheda unica di invio e valutazione per ricovero in degenza di comunità". L'appropriatezza dell'ingresso viene valutata da un unità di valutazione multidimensionale dedicata - UVMD - composta da medico responsabile clinico, coordinatrice infermieristica, assistente sociale del CEAD, case manager.

Passaggio poi importante è la condivisione del progetto, che contempla anche la durata della degenza stessa, con paziente e familiari prima dell'ingresso in struttura. Anche il nostro gruppo ha condiviso la possibilità che la responsabilità clinica possa essere in capo al MMG oppure a un medico dell'ASST. Nel caso in cui sia il MMG a proporre il ricovero a lui rimane la responsabilità clinica del paziente.

Quando il ricovero in DdC è proposto dall'ospedale per acuti o da altra struttura, è compito della coordinatrice della Ddg informare il MMG che dichiara eventuale disponibilità a seguire il paziente in DdC. Nel caso di non disponibilità del MMG, è necessario la compilazione di un documento predeterminato firmato dal MMG in cui

chiede formalmente il passaggio in cura del suo paziente durante la permanenza il DdC ad altro Sanitario (che può essere un altro MMG o il Medico referente dell'ASST). Gli accessi in DdG del MMG potrebbero essere paragonabili a quelli in ADI o ADP, con equivalente compenso economico previsto.

Per quanto riguarda la terapia, durante il ricovero in struttura al paziente verrà somministrata i farmaci personali che porterà dal domicilio; in caso di nuove prescrizioni si provvederà a "ricettare" e a procurare il farmaco in farmacia esterna. Sarà comunque prevista in reparto la presenza di farmaci per l'urgenza.

Per garantire l'erogazione di servizi sanitari e continuità assistenziale a distanza in favore del paziente, si suggerisce l'uso della telemedicina; viene inoltre proposto l'utilizzo di una cartella informatizzata con possibilità di accesso a tutti gli operatori della rete.

CONCLUSIONI

Il laboratorio ha rappresentato un momento di crescita per tutti gli operatori coinvolti. Il punto di forza è stato sicuramente la multidisciplinarietà dei professionisti coinvolti, un valore aggiunto. Da sottolineare inoltre l'elevato livello di partecipazione e interesse manifestato da tutti i partecipanti nella costruzione di un progetto di struttura nuova e unica nel nostro territorio, ponendo già le basi per una collaborazione attiva tra le varie figure professionali.

Bibliografia

1. DM 70/2015
2. DPCM 12 gennaio 2017
3. Regione Lombardia - Presa in Carico - Delibera dell'offerta, DGR X/6551 del 4/5/2017
4. Regione Lombardia - Regole di Sistema 2019 DGR XI/1046 del 17/12/2018
5. Regione Veneto: cure intermedie.
6. www.live.it;
7. Cureintermedie.regione.veneto.it
8. I luoghi della cura online- (NNA)
9. Modelli regionali di strutture di cure intermedie a confronto-Ancona 10/06/2016
10. www.slidessha.ne

CONTINUITA ASSISTENZIALE: DAL MMG ALLA STRUTTURA DI CURE SUBACUTE DI BOZZOLO.. E RITORNO



A cura di Carmine Matarazzo
Responsabile struttura semplice dipartimentale Sub acuti Bozzolo
ASST di Mantova

LE CURE SUBACUTE

Con la Deliberazione n° IX / 1479 del 2011, la Regione Lombardia ha istituito le Attività di Cure Subacute (ACSA), forma distinta di attività sanitaria con l'obiettivo di erogare cure, professionalmente qualificate, in un contesto di ricovero protetto, a pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica.

L'accesso alle Cure Subacute è erogato, senza soluzione di continuo, dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva, relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche.

Costituiscono criteri di esclusione all'ammissione al ricovero in Cure Subacute: diagnosi incomplete o in corso di definizione, malattie infettive diffuse, neoplasie in fase terminale, patologie psichiatriche attive o gravi disturbi di ordine cognitivo-comportamentale.

PARTECIPANTI

Al laboratorio hanno partecipato quattro medici ospedalieri, sei medici di medicina generale, quattro infermieri professionali e un'assistente sociale

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E OBIETTIVI

Nel dettaglio, oggetti del laboratorio sono stati:

- caratteristiche delle Cure Subacute: criteri di selezione del paziente candidabile al ricovero;
- le Cure Subacute come strumento per ridurre accessi impropri in Pronto Soccorso o Reparti per acuti, garantendo contestualmente un setting di ricovero più appropriato alle esigenze del paziente target (cronico pluripatologico, spesso in età avanzata); semplificazione dell'accesso in Cure Subacute, riducendo al minimo il carico burocratico e privilegiando il contatto diretto tra MMG e profes-

sionisti del Reparto ospedaliero;

- ottimizzazione del processo di dimissione domiciliare, mediante gli strumenti della presa in carico (PAI);
- modalità di cooperazione tra MMG e professionisti ospedalieri nella gestione ambulatoriale della cronicità: proposta di un modello integrato Ospedale-Territorio nella diagnosi e cura dell'osteoporosi, malattia ad elevato impatto socio-economico.

PROBLEMATICHE EMERSE

I problemi emersi nel corso del Laboratorio, ai quali si è cercato di dare risposte di tipo operativo, attengono, in sintesi, a deficit di conoscenza della tipologia di offerta sanitaria ed alla eccessiva complessità delle modalità di accesso diretto. Più in dettaglio le perplessità espresse, in particolare dai MMG, riguardavano:

- collocazione delle Cure Subacute nell'ambito dell'offerta ospedaliera ed extra-ospedaliera
- caratteristiche dei pazienti potenzialmente candidabili ad un ricovero in Cure Subacute
- possibili vantaggi del ricovero in Cure Subacute
- eccessiva burocratizzazione delle modalità di ricovero, con impossibilità di interagire con un referente diretto nell'ambito della Struttura

PROGRAMMI CONDIVISI

Nel corso del laboratorio sono stati illustrate e discusse collegialmente le caratteristiche peculiari dell'offerta sanitaria delle Cure Subacute, l'idonea selezione dei pazienti da accogliere, le modalità operative della Struttura, volte alla stabilizzazione clinica ed alla mobilitazione precoce nonché alla ricognizione precoce delle problematiche sociali e familiari, al fine di assicurare un'adeguata continuità assistenziale.

Si è convenuto di semplificare al massimo gli adempimenti burocratici per l'accesso in Struttura

(limitati alla sola scheda sanitaria/assistenziale), garantendo comunque la comunicazione diretta con i medici della struttura, per verificare preventivamente l'idoneità del percorso e per la trasmissione diretta delle informazioni di ordine clinico/sociale/assistenziale.

Si è concordato, inoltre, di implementare un ambulatorio specialistico (geriatrico) dedicato sia al follow-up dei pazienti dimessi che alla valutazione ambulatoriale su segnalazione dei MMG.

Nell'ambito, infine, della collaborazione tra MMG e professionisti ospedalieri, si è inoltre delineato un programma di gestione coordinata e multidisciplinare dell'osteoporosi, malattia cronica ancora sottovalutata, ma ad elevata prevalenza ed elevato impatto socio-sanitario.

CONCLUSIONI

La corretta gestione del paziente cronico pluripato-

logico, non autonomo o ad elevato rischio di perdita dell'autonomia, costituisce un sfida di enorme portata per i sistemi socio-sanitari, in termini di progettualità, organizzazione, sostenibilità e allocazione delle risorse. I nodi critici sono molteplici e riguardano sia l'offerta socio-sanitaria in termini di organizzazione territoriale e ospedaliera che la coordinazione tra domanda ed offerta sanitaria.

Nel laboratorio condotto presso le Cure Subacute di Bozzolo, ci siamo confrontati su aspetti specifici (e "locali") della più ampia problematica rappresentata dal corretto setting di cure e della continuità dell'assistenza nei pazienti cronici pluripatologici; con l'ambizione, tuttavia, di costruire le basi di un modello virtuoso di assistenza e integrazione, esportabile su scala più vasta.

COSTRUZIONE DI PERCORSI PER LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CRONICO: INTEGRAZIONE TRA MMG E SPECIALISTI



**A cura di Anna Maria Nigrelli
Direttore Gestione POT, PreSST e Specialistica Ambulatoriale
ASST di Mantova**

PARTECIPANTI

Due medici specialisti Asst di Mantova (Diabetologo/Endocrinologo e odontoiatra, Referente di AFT); cinque MMG aderenti a IML del territorio Medio-Alto Mantovano, un MMG non aderente a IML, due RAD, due Case Manager, un coordinatrice delle attività ambulatoriali.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E OBIETTIVI

Di seguito gli obiettivi principali del laboratorio, che si è svolto nella sede del PreSSt di Goito:

- analisi delle criticità volta alla creazione di un modello organizzativo per le cure primarie che coniughi le necessità della riorganizzazione e integrazione (sanitaria e sociosanitaria) e possa poten-

ziare la relazione tra tutti gli attori coinvolti (MMG, specialisti, operatori socio sanitari e così via), partendo dalla valutazione di un caso clinico;

- integrazione delle risorse del territorio, comprese quelle istituzionali, nella costruzione e nel sostegno di azioni condivise nella corretta presa in carico del paziente cronico/fragile, facendo emergere i bisogni sanitari, sociali e di cittadinanza;

- proposte secondo una visione condivisa di salute, da sviluppare promuovendo la realizzazione di interazioni conoscitive e di efficace collaborazione tra MMG e specialisti secondo una logica di reciprocità delle attività (anche progettuali) con le sue istituzioni, il tutto finalizzato a garantire risposte adeguate sia dal punto di vista sanitario che socio

sanitario, nel rispetto del criterio di prossimità territoriale;

- creazione di un reale punto di riferimento (PreSST) per l'efficace implementazione del "modello distribuito" di servizi territoriali che si assume per intero la gestione del paziente con patologie croniche o in condizioni di fragilità;

- realizzazione di efficaci percorsi di presa in carico delle persone fragili, con patologie croniche e non autosufficienti, in collaborazione e col contributo degli enti locali.

- garanzia di continuità di incontri sistematici tra MMG e ASST, a sostegno del modello organizzativo per le cure primarie nella AFT, secondo quanto previsto dalla L. 23/2015.

RISULTATI E IPOTESI DI MIGLIORAMENTO

Uno dei problemi emersi è stata la difficoltà da parte dei MMG a poter comunicare direttamente con gli specialisti, sia ospedalieri che del territorio. La proposta per far fronte a tale problema è stata quella di individuare nella figura dei case manager presenti all'interno del PreSST l'interfaccia ideale per tali comunicazioni. I case manager dei PreSST garantiscono il governo delle risorse dedicate alla presa in carico dei pazienti con patologie croniche attraverso la gestione coordinata e integrata dei principali nodi della rete di offerta specialistica, in raccordo col personale sanitario di comparto nel contesto territoriale di riferimento.

Per quanto riguarda la gestione delle riacutizzazioni della patologia cronica, soprattutto in ambito cardiologico, al fine di evitare accessi in Pronto Soccorso e ricoveri inappropriati in reparti per acuti di pazienti cronici in prevalenza anziani, si propone di garantire il reperimento in tempo reale o comunque molto contenuto dello specialista sia per un consulto telefonico che per l'attivazione di una visita con tempi di attesa molto contenuti e, per i casi di scompenso clinicamente più significativi, poter attivare il ricovero in reparto di Subacuti che, per ASST, si trova nello stabilimento di Bozzolo.

Questa ubicazione risulta poco funzionale dal punto di vista geografico per gli assistiti dei MMG che afferiscono al territorio dell'Alto Mantovano, area territorialmente prossima a strutture di ricovero e cura gestite da altri erogatori anche extra-Regione. Si è proposta la possibilità di attivare ricoveri di loro assistiti con patologie croniche in fase di pre-scompenso, dal domicilio verso il reparto di subacuti di Volta Mantovana, nel rispetto del cri-

terio di prossimità (ammissioni protette), struttura che rientra a far parte, infatti, della filiera erogativa all'interno del territorio provinciale. Da tale valutazione è emersa quindi l'ipotesi di un affidamento, rispetto alle condizioni cliniche del paziente, all'assistenza domiciliare o verso un ricovero in modalità "Ammissione Protetta" nel reparto subacuti di Volta Mantovana fino alla stabilizzazione della condizione clinica, alla quale può seguire il riaffidamento ai servizi territoriali.

Nel corso degli incontri sono stati affrontati anche problematiche relative alla necessità di una maggior appropriatezza prescrittiva in generale e, in particolare, per quanto attiene alle richieste di visite fisiatriche domiciliari che, dalla analisi condotta sui dati 2016-2017, ha evidenziato notevoli criticità soprattutto per quanto riguarda la effettiva intrasportabilità del paziente. A tale proposito si è anticipata la volontà di condividere con ATS e con tutti i MMG un progetto che stabilirà i criteri di appropriatezza prescrittiva. Per i pazienti che presentano deficit cognitivi con scarso livello di compliance e insoddisfacente risposta al trattamento riabilitativo, è stata presentata e condivisa la possibilità di inviare il paziente in RSA aperta.

CONCLUSIONI

Il laboratorio è stato un importante momento di confronto e di analisi delle problematiche più frequenti nella gestione dei pazienti cronici e di crescita professionale per gli attori che ne hanno fatto parte. Un riscontro molto positivo è stato espresso soprattutto da parte dei MMG, ai quali, sempre presenti a tutti gli incontri, ha permesso un confronto quanto mai necessario con gli specialisti e le altre figure che a vario titolo fanno parte della gestione del paziente cronico.

Rimangono da risolvere alcuni problemi, come l'utilizzo di piattaforme informatiche diverse tra ASST e MMG aderenti alla Cooperativa IML, l'assenza completa di un software per i MMG non IML, superabili concordando l'utilizzo di un programma condiviso dai vari attori della presa in carico. Per ottenere un parziale superamento delle problematiche legate al disallineamento degli applicativi informatici e ad alcuni aspetti organizzativi carenti di IML si è avanzata la proposta di collaborare con i MMG nella stesura dei PAI e nella gestione delle prenotazioni delle relative prestazioni.

L'utilità della iniziativa si è tradotta nella richiesta,

da parte dei MMG, di poter proseguire anche in futuro con momenti di incontro con gli operatori di ASST, creando un team multi-professionale che possa garantire la fluidità dei percorsi e i necessari

raccordi con tutti quei servizi aziendali che operano attivamente nella presa in carico del paziente cronico e di cui il PreSST rappresenta il modello organizzativo e funzionale di riferimento.

LABORATORIO PAI: IPOTESI DI MIGLIORAMENTO



A cura di Giovanni Paganini
Struttura Medicina Generale Pieve di Coriano
ASST di Mantova

PARTECIPANTI

Al laboratorio hanno partecipato quattro medici ospedalieri, sei medici di medicina generale, quattro infermieri professionali e un'assistente sociale

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO E OBIETTIVI

Focus group a cadenza settimanale, quattro incontri coordinati da un tutor. Obiettivo: discussione dei casi clinici e dell'appropriatezza dei profili diagnostico-strumentali delle diverse patologie croniche; analisi dell'organizzazione, del dialogo tra fra i diversi attori, della continuità di cure nei diversi setting assistenziali; proposta azioni di miglioramento.

RISULTATI E IPOTESI DI MIGLIORAMENTO

Il gruppo di lavoro ha rilevato difficoltà nella comunicazione fra medico di medicina generale e medico specialista ospedaliero. Per superare tali difficoltà si è proposto di:

- togliere o ridurre l'utilizzo di sigle/acronimi nelle lettere di dimissione e nei referti ambulatoriali in modo da favorirne la comprensione
 - migliorare la reperibilità telefonica sia del clinical manager che dell'MMG
 - creare una piattaforma informatica comune al medico ospedaliero, al medico di medicina generale e al privato convenzionato, con possibilità di condivisione delle informazioni
- Sono state rilevate le seguenti criticità del sistema organizzativo:

- difficoltà da parte del clinical manager di redigere le ricette informatizzate in quanto il software non dispone di codici di esenzione ticket aggiornati. Azione di miglioramento proposta: la stampa delle ricette delle prestazioni e dei farmaci dovrebbe avvenire direttamente dal programma PAI, in automatico, altrimenti il paziente si rivolgerà sistematicamente al MMG generale per ripeterle con conseguente perdita di tempo.
- non sempre l'appropriatezza prescrittiva dello specialista è adeguata
- è necessario approntare un sistema rapido e sicuro per consegnare le ricette al paziente evitandogli inutili viaggi
- gli esami e le visite specialistiche richieste dal MMG gestore non sono sempre erogate secondo la tempistica programmata dal PAI perché "non disponibili per gli esterni". Si propone di aggiungere fra le professionalità un case manager territoriale a supporto dei MMG gestori che possa garantire una adeguata programmazione delle visite e degli esami pianificati nel PAI
- i CUP sono intasati per la presenza di pazienti fuori Regione. Si propone di dare priorità ai pazienti lombardi; le strutture di Pronto Soccorso sono sovraccaricate per il massiccio accesso di codici minori: si propone il pagamento del ticket ai codici bianchi come in Veneto per scoraggiare gli abusi

Complessivamente la ricettività delle cure intermedie è percepita come adeguata dai MMG, mentre è considerata lenta per i medici ospedalieri. Le strut-

ture di cure intermedie, di subacuti e gli hospice sono poche e lontane dal territorio del Destra Secchia. Per garantire al paziente cronico la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali, è necessario rendere più agevole e veloce la compilazione dei moduli di richiesta per le cure intermedie e al contempo favorire lo sviluppo di strutture adeguate (soprattutto hospice) nel territorio di riferimento.

Per garantire la cura di malati in cure palliative a casa bisognerebbe promuovere la formazione dei MMG e dei medici delle RSA per ridurre l'invio al Pronto Soccorso di pazienti terminali. Al fine di ridurre difficili trasferte in ospedale ai pazienti fragili che necessitano di trasfusioni di sangue, si propone di incentivare i MMG ad eseguire emotrasfusioni al domicilio o nei poliambulatori.

Dall'analisi dei profili diagnostico-strumentali delle principali patologie croniche è emerso quanto segue:

- nel profilo dell'asma bronchiale manca la visita pneumologica; nella BPCO grave non è prevista né la spirometria semplice né la spirometria globale;
- nel profilo dell'ipertensione arteriosa si suggerisce di togliere la nota al dosaggio dell'acido urico e la clearance della creatinina;
- tutti gli esami ematici che rientrano nel PAI dovrebbero essere esentati dalla nota.
- per il piede diabetico si propone di garantire almeno ogni 6 mesi la visita specialistica all'ambulatorio multidisciplinare di Mantova e di Pieve.
- attualmente l'impegnativa deve riportare la dicitura "Visita Vulnologica". Si suggerisce che si possa richiedere espressamente "visita all'ambulatorio del piede diabetico"

Allo scopo di migliorare l'organizzazione complessiva della gestione dei pazienti cronici si è sottolineata:

- la necessità di uniformare la piattaforma informatica di dialogo fra specialisti e MMG;
- prevedere l'inserimento nella scheda di control-

lo del case manager un questionario che indaghi i problemi di natura sociale del paziente; se da tale check-list emergesse una criticità sociale occorrerebbe predisporre un alert che possa essere inviato dallo stesso Case Manager ai Servizi Sociali;

- aggiungere nella scheda PAI, oltre al controllo dell'aderenza alle vaccinazioni, un controllo sull'adesione agli screening oncologici;
- necessità di inviare la ricetta informatizzata direttamente alle farmacie. Si riconosce che la modalità già in essere in Veneto sia un modello da prendere in considerazione per efficacia e rapidità;
- riservare un posto aggiuntivo esclusivamente dedicato ai pazienti reclutati con il PAI per le visite specialistiche ambulatoriali;
- prevedere una quota di "prime visite" da prenotare al CUP esclusivamente per i pazienti cronici reclutati nei PAI;
- si ritiene che il "sistema PAI", una volta a regime, preveda che i pazienti di MMG non co-gestori si rivolgano al clinical manager dedicato che, oltre a redigere il PAI, esegua la regolare e continuativa prescrizione dei farmaci. Invece, i pazienti il cui MMG fosse co-gestore, dovrebbero rivolgersi allo stesso per le ricette dei farmaci;
- si suggerisce l'individuazione di case manager dedicati che possano raggiungere i MMG co-gestori per garantire ai medesimi una adeguata pianificazione del PAI prenotando le visite e gli esami strumentali al CUP.

CONCLUSIONI

Il laboratorio si è dimostrato un ottimo strumento di condivisione e promozione di soluzioni. Il progetto sperimentale della gestione dei pazienti cronici in corso dovrebbe essere migliorato per favorire la compliance dei pazienti e delle loro famiglie. Tuttavia mancano in letteratura dati statisticamente significativi che analizzino le difficoltà di implementazione di tali servizi. È necessario eseguire studi su un campione allargato.



Nella foto l'ospedale di Pieve di Coriano

