

THEMA

Protagonisti della sanità numero 2

GIUSEPPE CATARISANO
AUGUSTO CAVINA
LUIGI MACCHITELLA
FOSCO FOGLIETTA
CORRADO BEDOGNI

Supplemento 2 a Politiche sanitarie, n. 2, aprile-giugno 2009 Sped Abb Post - DL 353/2003 (conv in L 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma



il paziente cronico

Fuori Thema

A una delle emergenze sanitarie del futuro, la gestione delle patologie croniche, è dedicato il secondo numero di *Thema*.

I dati parlano chiaro: 170 milioni di persone con patologie degenerative e croniche attese nel 2030, con una popolazione destinata inesorabilmente a invecchiare. Grandi numeri da gestire con risorse limitate, che rendono prioritario e essenziale per i decisori intervenire con percorsi di cura appropriati e contemporaneamente in grado di garantire il governo della spesa.

Per capire più da vicino quanto la realtà sanitaria italiana sia pronta ad affrontare questa nuova sfida abbiamo rivolto alcune domande a esponenti di importanti aziende ospedaliere e sanitarie, con l'obiettivo di far emergere esperienze utili per il raggiungimento della tanto auspicata continuità delle cure tra ospedale e territorio, che ha un'importanza vitale per questi pazienti.

Dalle risposte dei nostri interlocutori, che sottoponiamo all'attenzione dei lettori, sono emerse le parole chiave per affrontare con successo la nuova sfida: percorsi di cura appropriati, valorizzazione delle cure palliative, creazione di team interdisciplinari, coinvolgimento attivo del paziente, informatizzazione.

THEMA numero 2

Supplemento al n. 2 - 2009 di *Politiche sanitarie*
www.politichesanitarie.it

Direttore responsabile: Giovanni Luca De Fiore

Redazione: Mara Losi

Il Pensiero Scientifico Editore srl
Via Bradano 3/c - 00199 Roma
www.pensiero.it
telefono +39 06 862821
fax +39 06 86282250
pensiero@pensiero.it

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma

Immagini: ©2009 Photos.com, Fotolia

Stampa: Arti Grafiche Tris
Via delle Case Rosse, 23 - 00131 Roma
Finito di stampare il 30 giugno 2009

© Il Pensiero Scientifico Editore srl
La riproduzione e la divulgazione dei contenuti di *Thema* sono consentite fatti salvi la citazione esaustiva della fonte e il rispetto dell'integrità dei dati utilizzati.



Le patologie croniche
come banco di prova
dell'integrazione ospedale-territorio



GIUSEPPE
CATARISANO



AUGUSTO
CAVINA



LUIGI
MACCHITELLA



9

Team interdisciplinari:
la strategia vincente
per l'assistenza integrata
al paziente cronico
FOSCO FOGLIETTA



14

Percorsi diagnostico-
terapeutici integrati
ospedale-territorio
CORRADO BEDOGNI



Le patologie croniche come banco di prova dell'integrazione ospedale-territorio

INTERVISTE A

GIUSEPPE CATARISANO

Direttore Generale, Azienda
Ospedaliera San Paolo,
Polo Universitario, Milano

AUGUSTO CAVINA

Direttore Generale,
AO Policlinico Sant'Orsola, Bologna

LUIGI MACCHITELLA

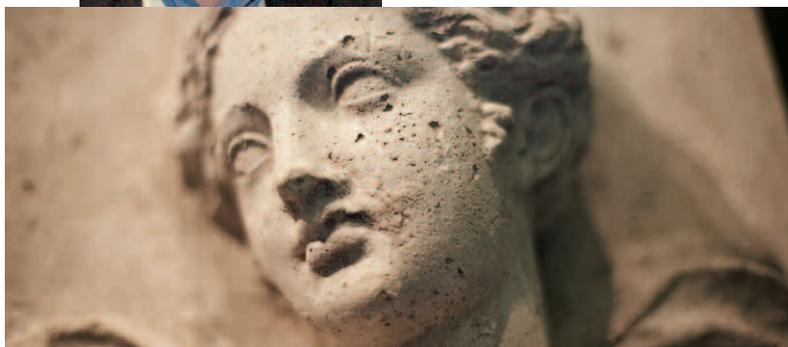
Direttore Generale,
Azienda Ospedaliera
San Camillo-Forlanini, Roma

Si parla delle patologie croniche come della nuova 'emergenza' sanitaria: l'ospedale è preparato a questa sfida sia come organizzazione sia come consapevolezza e preparazione del personale sanitario?



CATARISANO. La sfida sanitaria del futuro è legata all'aumento delle pa-

tologie croniche, tanto è vero che nel 2030 si attendono 170 milioni di persone con malattie degenerative e croniche nel mondo. Questa è una conseguenza inevitabile dell'aumento della vita media e della sopravvivenza: nel 2025 nei paesi a maggiore sviluppo la percentuale di sessantenni e ultrasessantenni sarà molto vicina al 30% della popolazione. I *caregiver* stessi saranno persone anziane con patologie croniche, i nuclei famigliari tenderanno ad essere sempre più piccoli e dispersi, le donne avranno abbandonato sempre di più il loro ruolo tradizionale; tutto questo porterà in tempi rapidissimi e inevitabilmente ad un problema di salute pubblica, a cui la politica, prima di tutto, e poi i singoli dovranno trovare delle risposte.



Allo stato attuale le risorse economiche sono poche e male utilizzate, e il settore più colpito è quello della sanità legato alle patologie croniche, agli anziani, ai malati in fase terminale che, in una società come la nostra, in cui prevalgono i valori dell' 'avere' piuttosto che dell' 'essere', sono individui isolati e spesso misconosciuti.

L' invecchiamento e il miglioramento costante delle terapie porterà ad una stabilizzazione delle malattie croniche, alla scoperta di nuovi problemi di dolore sino ad ora sconosciuti (un esempio eclatante è il riconoscimento negli ultimi 15-20 anni del dolore neuropatico, che ha terapie differenti da quelle classiche a base di analgesici), alla gestione di sindromi dolorose complesse legate proprio alla cronicizzazione delle patologie, alla comparsa di problemi sociali ed assistenziali, per la gestione dei quali i pazienti e i loro famigliari si rivolgono sempre più all' ospedale che diviene una sede, anche se inappropriata, di trattamento e di cura delle patologie croniche. E questo avverrà soprattutto nelle grandi città, dove altri riferimenti – per ora – sono carenti.

I cambiamenti della popolazione rendono le cure palliative una questione di salute pubblica (Davis E e Higginson IJ, Palliative care - The solid facts, WHO 2004).

L' Ospedale San Paolo, consapevole di questa grande e imminente sfida, ha attivato da nove anni un ser-

Il settore più colpito dalla scarsità delle risorse è quello delle patologie croniche, degli anziani e dei malati in fase terminale, e l'ospedale diventa spesso una sede, anche se inappropriata, di trattamento e di cura

vizio di cure palliative e ha partecipato al progetto 'Piano Urbano' (che ha visto coinvolte sette strutture ospedaliere milanesi), il cui operato e protocollo di intervento è stato preso dalla Regione Lombardia come modello di 'Ospedalizzazione Domiciliare' da estendere in tutta la Regione. Il progetto regionale di 'Ospedalizzazione Domiciliare' per i malati oncologici ci vede partecipi sin dal suo inizio nel febbraio 2008. Abbiamo richiesto (i sette ospedali milanesi) la certificazione Joint Commission ed abbiamo già ricevuto la visita dei revisori (stiamo aspettando la risposta ufficiale).

Non dimentichiamo che un programma di cure palliative non è solo:

- ▶ un servizio di consulenza di terapia del dolore,
- ▶ un servizio rivolto ai malati terminali,
- ▶ un servizio rivolto ai malati oncologici,

- ▶ un sostituto di altri specialisti, ma soprattutto permette di:
- ▶ dare ai pazienti un appropriato livello di cura,
- ▶ aiutare i colleghi nella scelta del percorso assistenziale più idoneo,
- ▶ ridurre i costi,
- ▶ limitare i trattamenti ridondanti, non necessari e inutili,
- ▶ mantenere alta la qualità dell'assistenza,
- ▶ aumentare la soddisfazione dei pazienti e delle famiglie,
- ▶ accompagnare al più appropriato livello di assistenza.

L'implementazione di un servizio di cure palliative al Mount Sinai Hospital ha permesso un risparmio di 757.555 dollari in un anno, e all'Università del Michigan il servizio di cure palliative per pazienti in fase avanzata ha determinato una riduzione dei costi del 30%, una riduzione del tempo di ricovero ospedaliero e un prolungamento della sopravvivenza (266 vs 227 gg) (Meier D, 2004).

L'ospedale San Paolo ha attivato dal 2004, secondo le indicazioni regionali, il progetto 'Ospedale senza dolore', che vede ogni anno coinvolto il personale ospedaliero nei corsi programmati per la sensibilizzazione nei confronti del dolore e anche dell'assistenza al malato acuto e cronico; abbiamo attivato protocolli di trattamento del dolore introdotti nella pratica quotidiana, abbiamo realizzato una scheda di valutazione del dolore, la cui corretta compilazione da parte del personale infermieristico e medico è uno degli obiettivi del 2009, abbiamo realizzato un "regolo del dolore" per facilitare la scelta della terapia corretta.

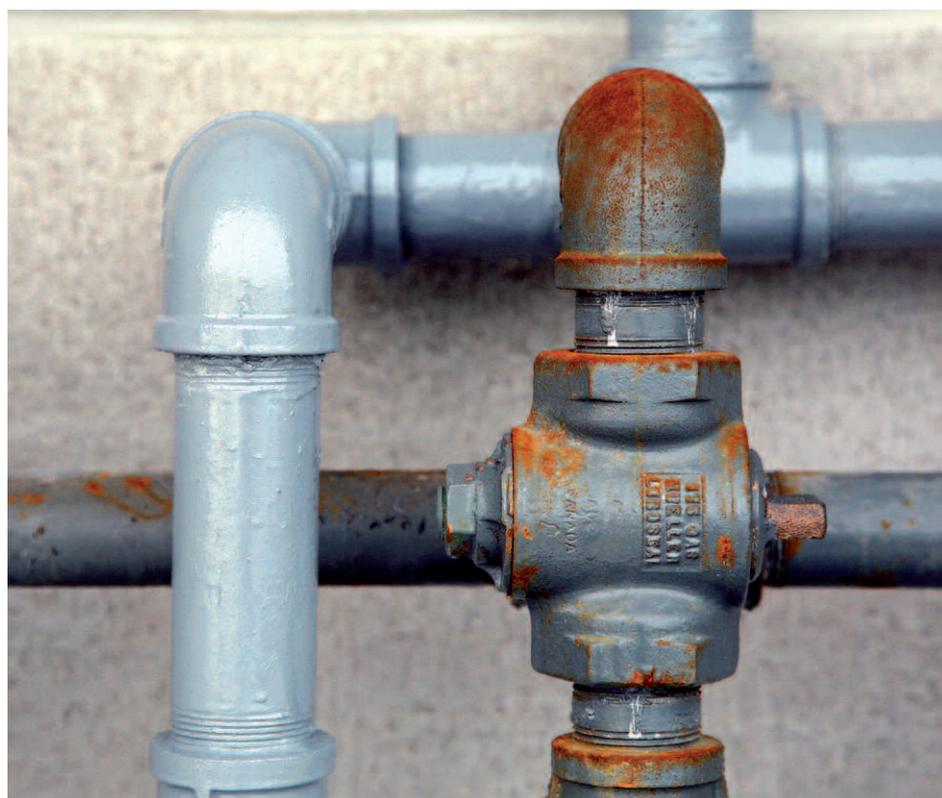


CAVINA. Sì lo è, direi da tempo. La cronicità costituisce oggi una vera emergenza sanitaria per l'impegno che richiede e le risorse assorbite, pur tuttavia l'Ospedale Sant'Orsola Malpighi che, non dimentichiamolo, racchiude al suo interno capacità scientifiche professionali in grado non solo di fornire risposte all'altezza della situazione ma anche di prevedere anticipatamente il trend epidemiologico, è senz'altro preparato da tempo a raccogliere la sfida dell'innovazione resa necessaria dalla cronicità.

Quindi, in un certo senso, parlerei addirittura di consapevolezza preventivo. Molti settori dell'ospedale hanno adeguato i propri comportamenti al superamento dell'antica tripartizione dell'evento malattia dalla sequenza diagnosi-

terapia-guarigione a quella della cronicità: diagnosi-terapia-cura permanente. Penso a condizioni morbose quali diabete, insufficienza renale cronica, sindrome da immunodeficienza acquisita o altre ad impatto più fortemente invalidante come la demenza. Possiamo affermare che questi ammalati non vengono abbandonati al loro destino e che il modello organizzativo ha provveduto all'elaborazione di sistemi di presa in carico che garantiscono una sostanziale continuità. Per quanto concerne il personale sanitario, medici ed infermieri essenzialmente, è senz'altro cresciuta la consapevolezza e la preparazione ad hoc orientata che si caratterizza, quanto a differenziale rispetto alle malattie ad andamento acuto, per due elementi principali. Il pri-

mo è costituito dalla nozione che il malato non potrà guarire ma può essere efficacemente curato con notevole miglioramento degli standard della sua qualità di vita secondo il principio che per tutti esiste un margine di curabilità. Il secondo dei due elementi sta invece nel ricorso all'alleanza terapeutica che necessariamente i professionisti debbono costruire con il paziente ed il suo entourage chiamandoli, con modalità variabili a seconda delle circostanze, alla collaborazione nella gestione della malattia secondo il principio moderno dell'educazione alla cura. Si tratta di processi di trasformazione che hanno già coinvolto alcune aree disciplinari maggiormente toccate dal problema della cronicità ma che dovrà estendersi anche ad altre.



Per alcune condizioni morbose come diabete, insufficienza renale cronica, HIV o demenza si è provveduto a elaborare modelli organizzativi che garantiscono continuità delle cure



MACCHITELLA. Le malattie croniche rappresentano un grave problema di salute, avendo pesanti conseguenze in termini sia di qualità della vita sia di disabilità dei pazienti, con effetti economici gravi sulle famiglie, sulle comunità e sulle popolazioni.

In questo quadro, nell'orientare l'attività di questa Azienda Ospedaliera all' 'emergenza' e all' 'eccellenza' avevamo ben chiaro che avremmo dovuto affrontare anche il problema della continuità delle cure dei pazienti cosiddetti 'cronici'. Per questa ragione in questi anni abbiamo riorganizzato l'ospedale nel senso di garantire, attraverso l'istituzione di Day Hospital, la cura di patologie croniche. Per questo sono stati elaborati dai vari

Dipartimenti Percorsi Terapeutici Diagnostico Assistenziali (PTDA), spesso integrati nei GOI (Gruppi Operativi Interdipartimentali), che, attraverso ambulatori dedicati, si prendono cura di pazienti cronici una volta dimessi dall'ospedale. Si tratta di gruppi multidisciplinari che vedono la collaborazione di diverse figure professionali (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, etc.).

Il ruolo dei percorsi di cura è centrale nel governo della cronicità: nella vostra esperienza, riescono a garantire una adeguata continuità tra cure nella fase acuta e assistenza dopo la dimissione?



CATARISANO. La complessità dei malati con patologie croniche è tale da rendere necessaria l'attivazione di una rete assistenziale territoriale che possa fornire prestazioni a diversa intensità assistenziale e che, quindi, abbia differenti modelli e livelli di intervento perfettamente integrati e operanti in sinergia tra loro. Gli obiettivi di una rete, secondo quanto espresso dal Decreto del Ministero della Salute del 28 settembre 1999 e dall'Accordo del 19 aprile 2001 della Conferenza Unificata, sono quelli di:

- ▶ assicurare ai pazienti il controllo del dolore e degli altri sintomi;
- ▶ assicurare il rispetto della dignità e dei valori umani, spirituali e sociali;



- ▶ agevolare la permanenza dei pazienti al proprio domicilio;
- ▶ ottenere una riduzione dei ricoveri impropri in ospedale;
- ▶ valorizzare le risorse del tessuto sociale in cui sono inseriti i pazienti;
- ▶ dare un'assistenza che permetta risposte specifiche, tempestive, efficaci ed adeguate ai bisogni del malato;
- ▶ dare una continuità di cura fino all'ultimo istante di vita;
- ▶ raggiungere un rapporto ottimale costi/benefici;
- ▶ erogare prestazioni di qualità con verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati.



CAVINA. È ovvio che in un settore delicato quale la continuità di cura esistono margini di miglioramento praticamente infiniti. Ma è anche vero che, se si confronta lo stato attuale con la condizione insistente 10 anni fa, i miglioramenti acquisiti sono sensibili. Per alcune condizioni patologiche specifiche quali trattamenti anti-retrovirali, insufficienza renale cronica o diabete mellito così come anche per malattie a maggior impatto socio-assistenziale come la demenza, i processi di cura di oggi garantiscono quasi sempre una presa in carico con conseguente sostanziale continuità assistenziale nel tempo.



MACCHITELLA. Premesso che le ASL territoriali dovrebbero garantire ad ogni paziente, una volta dimesso dall'ospedale, la continuità assistenziale, ci sono dei casi in cui è necessario garantire una adeguata

In alcuni casi, di particolare complessità, è necessario che l'ospedale sappia garantire una continuità tra cure erogate e assistenza dopo le dimissioni che al momento le ASL non sono in grado di offrire

continuità tra cure erogate nella fase acuta e assistenza dopo la dimissione che al momento non può essere garantita dalla ASL territoriale. Faccio alcuni esempi: la continuità di cura e il follow-up di pazienti trapiantati (ricordo che il San Camillo effettua tutti i tipi di trapianto possibili escluso il trapianto di polmone); il follow-up di pazienti oncologici; la cura ed il follow-up di pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica in ossigenoterapia continua e in ventilazione meccanica domiciliare. In questi casi sono stati elaborati PTDA specifici per ogni tipologia di paziente interessato che vengono utilizzati in Day Hospital specifici.

Quali percorsi e quali programmi la sua struttura implementa per il follow-up dei pazienti dimessi? Come può l'ospedale migliorare l'aderenza alla terapia dei pazienti?



CATARISANO. L'Ospedale San Paolo, consapevole della necessità di differenziare i livelli di cura e di assistenza, sta valutando un programma di assistenza a domicilio da realizzare insieme alla ASL (ma forse siamo ancora lontani da questo) e rivolto ad una parte fragile della popolazione (malati oncologici in fase non ancora terminale, malati di SLA, epatopatici).

Per migliorare l'aderenza alla terapia dei pazienti potremmo organizzare prima della dimissione corsi di informazione/formazione per i *caregiver* (e le famiglie) dei malati in dimissione, in cui un medico e un infermiere, ma utile sarebbe anche la presenza di un operatore sociosanitario e un fisioterapista, insegnino ai famigliari come e cosa fare. A questo proposito è stato realizzato un opuscolo illustrato sui problemi più importanti che le famiglie possono incontrare nel gestire un malato cronico a domicilio: ovviamente l'opuscolo non basta, ma le nostre infermiere e i nostri medici lo illustrano più e più volte a casa del paziente.

Utile sarebbe anche l'attivazione di un numero verde 24 ore su 24 a cui risponde un infermiere (con la possibilità di contattare un medico) per una risposta alle domande/problemi più frequenti che i pazienti/le famiglie hanno in dimissione.



Altrettanto utile/doveroso sarebbe che noi medici rilasciassimo una lettera di dimissione in cui la terapia sia scritta in modo comprensibile per una persona che non sia un medico. Perché non utilizzare un chiaro foglio-terapia?



CAVINA. Diciamo che esistono percorsi specifici per patologie quali quelle ricordate prima e alle quali vanno aggiunti almeno due ulteriori percorsi il cui funzionamento è ormai consolidato: quello dello stroke e quello del paziente anziano con frattura di femore. A dimostrazione della tensione continua al miglioramento e a titolo di esempio si può citare un'iniziativa recente dei professionisti dell'Azienda che si occupano di stroke, tesa a sperimentare la prosecuzione dell'intervento riabilitativo anche dopo il rientro a domicilio attraverso l'aiuto e la formazione all'autogestione per mantenere il beneficio ottenuto nella fase di ospedalizzazione.

Da oltre 10 anni è inoltre presente all'interno dell'ospedale un'area dedicata alla fase intermedia delle cure, cioè di preparazione al rientro al domicilio nelle migliori condizioni possibili, rappresentata dalle sezioni di post-acuzie ove i pazienti accedono dopo la degenza ordinaria se necessario. Grazie ad essa è possibile fruire di un ulteriore periodo di presa in carico finalizzato all'inquadramento e alla soluzione di problemi di recupero funzionale o sociali che fossero presenti. Attraverso quest'area di degenza l'ospedale cerca di creare le condizioni migliori per un ritorno protetto al domicilio affrontan-

do in maniera sistematica, fra l'altro, anche i problemi socio-assistenziali rilevati grazie alla presenza costante in team della figura dell'assistente sociale.

Per quanto concerne invece la questione dell'aderenza alla terapia in senso stretto, lo strumento più efficace è probabilmente quello della costruzione di un asse di alleanza terapeutica con il paziente e il suo entourage. Ciò significa che occorre agire all'interno della relazione di cura – grazie a professionisti sensibilizzati al problema e perciò in grado di agire conseguentemente – mediante una sorta di reclutamento del paziente, dei suoi familiari ed anche del medico curante, che debbono essere informati dello scopo, del valore e del significato delle prescrizioni e quindi motivati a curarsi. In altri termini si tratta di perseguire una condivisione del-

la prescrizione essendo pronti anche a rinunciare se essa risultasse non condivisa. Un antico aforisma dice che il paziente fa le cure che il medico è motivato a fargli fare.



MACCHITELLA. A questa domanda in parte ho già risposto. Sotto la direzione dell'Unità Operativa Complessa Formazione e Governo Clinico, ogni Unità Operativa ha elaborato il proprio standard di servizio, in cui in maniera analitica vengono descritte tutte le attività che le singole Unità Operative svolgono. Nello standard di servizio sono compresi anche i PTDA, dei quali ho già illustrato le finalità. Riteniamo tuttavia che per migliorare l'aderenza dei pazienti alla terapia sia di fondamentale importanza sviluppare un rapporto costruttivo con le ASL territoriali. ■



Team interdisciplinari: la strategia vincente per l'assistenza integrata al paziente cronico



INTERVISTA A

FOSCO FOGLIETTA

Direttore Generale, AUSL di Ferrara

La presa in carico dei pazienti cronici presuppone una funzionale continuità delle cure: nella sua realtà, quali esperienze vuole segnalare come esemplari di una corretta integrazione tra ospedale e territorio?

Nell'AUSL di Ferrara come esempio di una corretta integrazione ospedale-territorio segnaliamo innanzitutto l'assistenza integrata ai soggetti affetti da diabete mellito.

L'assistenza integrata nel caso del diabete si può definire come la gestione congiunta, consapevole e condivisa delle decisioni cliniche, diagnostiche e terapeutiche tra medico di medicina generale (MMG), specialista diabetologo e soggetto affetto da diabete mellito.

Poiché l'assistenza integrata al paziente diabetico comporta il coin-

volgimento di numerose figure professionali, è strategico il lavoro in team interdisciplinare.

La componente più importante del team è il paziente, che ha la responsabilità della gestione consapevole della sua malattia ed il dovere di sottoporre la propria condizione clinica a monitoraggio continuo. Il paziente è anche l'oggetto delle azioni educative, preventive, terapeutiche e di rinforzo cognitivo delle figure sanitarie che forniscono l'assistenza integrata.

Il modello di assistenza integrata ritenuto oggi più idoneo, condiviso dalle maggiori associazioni dei diabetologi e dalla medicina generale, e adottato di fatto nella nostra AUSL prevede i seguenti passaggi:

- ▶ il paziente neo-diagnosticato è inviato al Servizio Diabetologico per la valutazione complessiva, l'impostazione terapeutica

generale e l'educazione strutturata alla gestione della malattia diabetica;

- ▶ successivamente il paziente che presenta caratteristiche di stabilità clinica viene avviato a follow-up a lungo termine integrato e condiviso tra MMG e Centro Diabetologico, formulato nel piano di cura individuale;
- ▶ tutti i pazienti si sottopongono a visita periodica presso il Servizio Diabetologico:
- ▷ secondo le cadenze concordate tra MMG e Servizio Diabetologico nel piano di cura individuale;
- ▷ in qualsiasi momento si presentino nuovi problemi;
- ▷ con maggior frequenza (pur sempre in stretta collaborazione) per i pazienti che presentino complicanze o un controllo metabolico cattivo o instabile.

I pazienti affetti da gravi patologie secondarie o da complicanze instabili, e i soggetti insulino-trattati rimangono invece in carico ai Servizi Diabetologici.

I soggetti ritenuti idonei alla gestione integrata vengono seguiti secondo un protocollo diagnostico-terapeutico condiviso da tutti gli operatori sanitari interessati (MMG, specialisti diabetologi, specialisti collaterali delle complicanze, infermieri, assistenti domiciliari, direzioni delle Aziende Sanitarie, farmacisti e pazienti).

Nella provincia di Ferrara, dove sono presenti 2 Aziende Sanitarie (una Territoriale ed una Universitaria-Ospedaliera) negli ultimi dieci anni sono stati sviluppati ed applicati tre accordi successivi con la medicina generale per la gestione integrata del paziente diabetico tipo 2, recependo dal 2003 le specifiche indicazioni regionali contenute nel Documento Linee Guida. Tali accordi locali contengono specifici progetti assistenziali con relativi protocolli operativi, che hanno consentito il progressivo affidamento al medico di medicina generale di un consistente numero di utenti diabetici in precedenza seguiti esclusivamente dai Servizi di Diabetologia delle due Aziende, con un evidente impatto sulle modalità operative e sugli obiettivi dei Servizi.

La gestione integrata del diabete mellito a Ferrara, anche se attraverso diverse vicissitudini, ha il merito di avere aperto il nuovo corso dell'integrazione tra settori sanitari puntando sulla valorizzazione della medicina territoriale e sul confronto tra professionisti della sanità, tentando di superare



le barriere erette tra specialisti e MMG, fra Azienda Ospedaliera e Azienda Territoriale.

L'esperienza ferrarese ha il merito di avere fin dal suo esordio puntato su dimensioni di scala provinciale piuttosto che su progetti locali come in altre realtà.

Il processo di affidamento al MMG del paziente diabetico è stato affiancato da un percorso di formazione specifica, che ha scandito le varie tappe partendo dalla diffusione e condivisione delle Linee Guida e del Protocollo Operativo fino all'attuale fase di monitoraggio realizzata mediante periodici incontri in forma di audit per singolo Nucleo delle Cure Primarie sugli indicatori di processo e di esito.

A completamento del Progetto 'Gestione integrata del paziente diabetico' si sono sviluppati (con relativi accordi con la medicina generale):

- ▶ il Progetto 'Attività Motoria', che ha coinvolto, oltre ai MMG, specialisti della medicina dello sport e geriatri per contrastare la sedentarietà – e quindi l'obesità e l'ipertensione – proponendo il 'camminare' (assiduo, sostenuto) come vera alternativa all'assunzione di farmaci;
- ▶ il Progetto 'Cardiologia Territoriale', che ha coinvolto gli specialisti cardiologi e le associazioni mediche di 'Medicina di Gruppo' presenti nel territorio ferrarese (11 sono in attività su totali 56 MMG), dove sono state realizzate modalità di accesso alla visita specialistica cardiologica semplificate e facilitate dalla presenza dello specialista nella sede della Medicina di Gruppo o dalla possibilità (telecardiologia) di consulto a distanza.

Le dimissioni protette sono il punto nevralgico dei percorsi integrati ospedale-territorio e hanno l'obiettivo di garantire continuità di cura e assistenza al paziente cronico

Sono state predisposte per il MMG apposite schede (attualmente in fase di inserimento nel sistema informatico regionale Sanità On Line – SOLE) per la raccolta dati, relativa alla presa in carico del paziente, migliorate e integrate nel corso degli anni, che oltre a consentire la determinazione quantitativa degli assistiti potesse fornire una valutazione qualitativa dell'assistenza.

I pazienti dimessi dai Centri Diabetologici e presi in carico dal MMG nel corso degli ultimi 6 anni sono stati 5.405 nel 2003, 7.622 nel 2004, 7.960 nel 2005, 9.416 nel 2006, 9.713 nel 2007. Per il 2008 si possono considerare i dati sino ad agosto, con una registrazione di 945 nuovi casi presi in carico dal MMG.

È stata realizzata nella primavera 2008 anche un'indagine sulla soddisfazione dei pazienti diabetici assistiti dai MMG nell'AUSL di Ferrara, alla quale ha aderito il 71% dei MMG e il 73% dei pazienti diabetici. Nel 51,7% dei questionari compilati, il servizio offerto dal

MMG riguardo al diabete è stato giudicato ottimo; nel 40,9% è stato giudicato buono; nel 5,2% è stato giudicato sufficiente; nello 0,7% è stato giudicato insufficiente; l'1,5% non ha risposto.

Un ulteriore esempio di integrazione ospedale-territorio nella gestione di pazienti cronici è rappresentato dalle dimissioni protette dalle strutture di ricovero e dalla presa in carico da parte del MMG del servizio di assistenza domiciliare.

La dimissione protetta ha l'obiettivo di garantire continuità di cura e assistenza tra ospedale e servizi territoriali, ed è il punto nevralgico dei percorsi integrati ospedale-territorio.

La condivisione di criteri di selezione delle situazioni a rischio, modalità di segnalazione e modalità di presa in carico sono elementi indispensabili per la costruzione di una adeguata continuità assistenziale fra ospedale e territorio. L'esperienza ferrarese prevede:

- ▶ una valutazione dei bisogni all'ingresso in reparto secondo indicatori di 'rischio' condivisi, che ha l'obiettivo di individuare il 'paziente fragile', cioè a rischio di ricoveri impropri e incongrui;
- ▶ la presenza nelle principali strutture ospedaliere di un *case manager* infermieristico, che proviene dal servizio di assistenza domiciliare dedicato all'attivazione delle dimissioni protette.

Se il paziente ha un sufficiente supporto familiare e le condizioni cliniche permettono di ipotizzare un proseguimento della cura al domicilio, il *case manager* facilita il contatto con il medico di famiglia, fa una valutazione dei bisogni assistenziali al domicilio coinvolgendo la famiglia, attiva l'equipe infermieristica domiciliare ed eventualmente il servizio sociale, previene dimissioni selvagge concordando con il reparto il momento della dimissione.

Questo progetto, avviato da 2 anni, sta dando buoni risultati: prima della sua attivazione le dimissioni protette dal maggior ospedale della provincia erano circa una decina all'anno, nel 2008 sono state 581. Un altro esempio di gestione integrata ospedale-territorio, realizzato nella provincia di Ferrara, è la presa in carico del paziente oncologico.

L'offerta di servizi è rappresentata da una rete, i cui nodi sono costituiti dal reparto di oncologia e altri reparti medici e chirurgici dell'Azienda Ospedaliera, dai reparti di medicina e chirurgia e dalle lungodegenze dei presidi ospedalieri dell'AUSL, dagli ambulatori di oncologia dell'AUSL, dai MMG, dai servizi di assistenza domiciliare sia aziendali sia del volontariato convenzionato con l'Azienda, dagli Hospice.

Recentemente è stata formalizzata la Rete provinciale delle Cure Palliative e un gruppo di lavoro interaziendale, che ha l'obiettivo di migliorare l'integrazione fra modelli differenti di intervento e fra diversi professionisti, per offrire livelli assistenziali a complessità differenziata per l'appropriatezza delle cure.



La rete si compone di un sistema di offerta, nel quale il malato e la sua famiglia viene accompagnato e coadiuvato nel percorso assistenziale tra i vari nodi, compreso il proprio domicilio.

Fondamentale anche in questo caso è garantire la continuità di cura attraverso percorsi di dimissione protetta.

L'VIII Rapporto sulle politiche della cronicità', presentato all'inizio di questo anno dal Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e da Cittadinanzattiva, denuncia differenze nell'accesso ai farmaci non solo a livello regionale,

ma anche tra AUSL della stessa Regione. Qual è la situazione nella sua AUSL?

Rispetto all'accesso ai farmaci, l'AUSL di Ferrara è in linea con le indicazioni nazionali e regionali in riferimento alle malattie croniche. Tutte le prescrizioni di farmaci e presidi effettuate dai centri di riferimento per la diagnosi delle diverse patologie vengono erogate a carico del SSN.

Vengono così erogati i farmaci e presidi per pazienti diabetici, farmaci e presidi per pazienti affetti da fibrosi cistica e per i pazienti affetti da malattie rare.

Se i farmaci sono presenti nel prontuario con indicazione specifica per la malattia vengono erogati direttamente, se vengono prescritti 'farmaci orfani' si provve-

de all'approvvigionamento anche all'estero purché con indicazione alla patologia.

Per i farmaci prescritti in pazienti con esenzione di malattia rara, se trattasi di 'farmaci orfani' non previsti per la patologia o farmaci in fascia C, si chiede l'autorizzazione all'erogazione al gruppo tecnico regionale per le malattie rare.

Tutti i pazienti che rientrano in queste categorie sono presi in carico per l'erogazione di farmaci e presidi presso strutture ospedaliere o territoriali aziendali.

La presa in carico del paziente diabetico da parte dei medici di medicina generale presso le medicine di gruppo prevede anche l'erogazione diretta ai pazienti dei farma-

ci in uso, nella stessa medicina di gruppo, da parte di un farmacista aziendale.

Per quanto riguarda i pazienti affetti da celiachia e per i pazienti affetti da insufficienza renale medio-grave è prevista l'erogazione degli alimenti specifici a seguito di prescrizione specialistica.

Per i pazienti oncologici è prevista la presa in carico anche farmacologica da parte dei reparti ospedalieri per le terapie specifiche.

Per i pazienti neoplastici e terminali non neoplastici in assistenza domiciliare (ADI di terzo livello) è prevista l'erogazione diretta dei farmaci del prontuario aziendale sia di classe A sia di classe C, se presenti nel piano assistenziale, e gli integratori alimentari previa indicazione dello specialista.

L'erogazione diretta dei farmaci da prontuario terapeutico aziendale (fascia A e C) è pure prevista per i pazienti presi in carico dai servizi di salute mentale e dai servizi per le tossicodipendenze.

Come previsto dalla normativa nazionale, agli invalidi di guerra e vittime del terrorismo e loro familiari vengono erogati a carico del SSN, cioè prescritti su ricettario SSN, i farmaci in classe A e C.

L'informatizzazione offre indubbiamente un grande aiuto nella gestione del paziente

cronico. A che punto è l'adozione dei sistemi informativi nella sua AUSL e quali vantaggi concreti offre nel percorso di cura del paziente cronico?

L'informatizzazione offre un grande aiuto nella gestione del paziente cronico. L'implementazione del sistema SOLE* consentirà entro il 2009 di informatizzare tutti i MMG e collegarli fra loro e con le strutture aziendali. Attraverso SOLE i MMG ricevono direttamente le lettere di dimissioni dopo ricovero ospedaliero e i risultati delle indagini di laboratorio e di diagnostica per immagini dei loro pazienti.

Rispetto ai pazienti diabetici si sta realizzando un sistema informatico attraverso il quale il medico, inserendo i dati nella scheda informatizzata del suo paziente, andrà ad implementare la banca dati aziendale sul diabete. Allo stesso modo i servizi diabetologici ospedalieri inseriranno i dati del paziente e tali dati confluiranno sulla stessa banca dati (Registro diabetici).

Ci sarà quindi un'unica scheda paziente, che consentirà un monitoraggio clinico e valutazioni di appropriatezza, quindi di 'governo clinico'.

Anche nell'area dell'assistenza protesica l'Azienda di Ferrara ha predisposto una banca dati per



*Il Sistema SOLE consiste in un software unico (acquisito dalla Regione Emilia-Romagna presso il fornitore 'Cup 2000'), installato presso tutti i MMG (i quali, per il suo utilizzo, sono specificamente incentivati) allo scopo di consentire l'uniformità totale dei linguaggi prescrittivi e di collegamento sia tra i MMG e i servizi aziendali sia tra tutti i MMG.

paziente, che consente in tempo reale di conoscere gli ausili e i presidi di cui il paziente dispone al domicilio.

Tale informazione può essere di aiuto allo specialista in fase di valutazione del paziente e prescrizione dell'ausilio.

Qualità dell'assistenza e governo della spesa: operativamente, quali strategie consiglierebbe di mettere in atto?

Qualità dell'assistenza e governo della spesa, inteso come binomio

virtuoso applicato alla "gestione del paziente cronico", postula con tutta evidenza, e in via prioritaria, la necessità di stabilire percorsi assistenziali assolutamente appropriati.

L'elaborazione e applicazione di tali percorsi deriva dal coinvolgimento di tutti gli attori possibili – dai MMG ai centri ospedalieri, dalle famiglie alle associazioni dei pazienti, etc. – attorno ad alcune strategie di fondo, che prevedono l'incremento del livello dell'appropriatezza clinica riducendo il consumo dei farmaci attraverso la promozione di stili di vita sani.

Alimentazione e attività motoria sono prescritte, monitorate, valutate negli esiti come se fossero veri e propri trattamenti sanitari.

A sua volta viene anche incentivato un corretto rapporto di integrazione tra MMG e centri specialistici ospedalieri allo scopo di aumentare il livello dell'appropriatezza organizzativa. Si tratta, infatti, di limitare le sovrapposizioni diagnostiche e terapeutiche ed evitare controlli non indispensabili mentre si strutturano flussi informativi che collegano telematicamente ogni MMG con gli specialisti di riferimento.



Percorsi diagnostico-terapeutici integrati ospedale-territorio

INTERVISTA A
CORRADO BEDOGNI

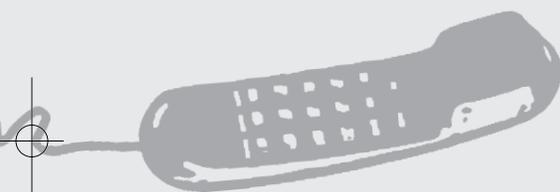
Direttore Generale ASL CN1

filo diretto

Quali progetti per una corretta integrazione tra ospedale e territorio sono attivi nella sua ASL?

Ritengo che i percorsi diagnostico-terapeutici integrati tra ospedale e territorio siano un obiettivo fondamentale da perseguire. In particolare nell'ambito di un progetto che ha riguardato l'ospedale di Ceva e il territorio del Distretto di Ceva sono stati affrontati percorsi relativi alle dimissioni protette con sviluppo di protocolli clinico-organizzativi, sono stati coinvolti i medici di medicina generale e le famiglie, e sono stati rivisti gli aspetti organizzativi e clinici dell'assistenza specialistica.

La declinazione operativa di queste strategie deve avvenire all'interno dei processi della programmazione locale (distrettuale e aziendale); essere supportata da specifici accordi locali con le rappresentanze dei MMG; coinvolgere le associazioni dei pazienti; essere progettata con un respiro pluriennale e valutata attraverso una serie di indicatori volti a registrare sia l'evoluzione dello stato di salute di ciascun paziente cronico, sia il ritorno economico – anno per anno, nel lasso di tempo considerato – conseguente alla realizzazione delle strategie dell'appropriatezza. ■



L'analisi si è concentrata sui nodi relativi ai percorsi ospedale-territorio, la definizione dei criteri di inclusione dei pazienti nel percorso, il monitoraggio dei percorsi assistenziali, il ruolo del *case manager* e l'individuazione del livello gestionale post-acuzie.

Cittadinanzattiva e il Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici hanno denunciato difficoltà nell'accesso ai farmaci. Esiste questo problema nella sua ASL?

C'è ancora una buona distribuzione di farmacie sul territorio, ma soprattutto si è attivata una distribuzione diretta da parte della farmaceutica territoriale di farmaci che vengono distribuiti direttamente nelle sedi sub-distrettuali e attraverso i medici di medicina generale.

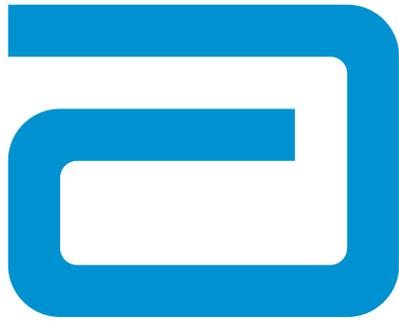
Ritiene che il processo di informatizzazione nella sua ASL sia a buon punto e sotto quali aspetti crede possa facilitare la gestione del paziente cronico?

Al momento è in atto un processo di uniformazione dei sistemi informatici delle tre vecchie ASL che sono state accorpate. Sono stati individuati comunque software che potranno permettere, in particolare ai Distretti, il monitoraggio e soprattutto il calcolo dei costi del

percorso diagnostico-terapeutico assistenziale di un paziente affetto da una patologia cronica. Si potranno valutare, per esempio, gli accessi al PS, le visite specialistiche, i ricoveri, le visite presso il medico di medicina generale, il consumo di farmaci, etc., potendo in questo modo evidenziare le criticità dei percorsi. Attualmente si è in fase di implementazione del sistema.

Qual è, secondo lei, la struttura più adatta a garantire qualità dell'assistenza e governo della spesa?

Ritengo che il Distretto sia la struttura in grado di governare sia la qualità sia la spesa a patto che da una parte gli venga riconosciuto il ruolo di garante dei bisogni dei pazienti e contemporaneamente gli sia garantita la necessaria autonomia finanziaria e gestionale. ■



La nostra passione per la scienza... è una promessa per la vita

