

Approfondimento “IL PERCORSO DELL’ASSISTITO”

PREMESSA

L’assistenza integrata è diventata una componente fondamentale della salute e delle riforme dell’assistenza sociale in tutta Europa.

Essa cerca di colmare la tradizionale divisione tra assistenza sanitaria e sociale. In tal modo può:

- affrontare il cambiamento della domanda di assistenza derivante dall’invecchiamento della popolazione e dal ‘nuovo’ assetto economico sociale
- offrire un’assistenza che è centrata sulla persona, riconoscendo che gli esiti dell’assistenza sanitaria e sociale sono interdipendenti
- portare ad una maggiore efficienza del sistema attraverso un migliore coordinamento dell’assistenza.

Mettere in pratica questo modello significa porre sfide importanti a livello politico, organizzativo e di erogazione dei servizi e richiede che le politiche siano adattate alle realtà locali.

Parte 1: CRITICITA’ DELL’ATTUALE SISTEMA

MEDICINA DI BASE:

- Incremento del carico di lavoro dovuto all’incremento dell’aspettativa di vita con aumento delle patologie croniche e della complessità del paziente
- Mancanza di personale infermieristico e amministrativo negli ambulatori del MMG
- Mancanza di sistema informatico (software) unico per tutto il sistema (o più software che comunichino tra loro, con la possibilità di passaggio di informazioni)
- Mancanza del sistema/istituto di reperibilità per il MMG
- Mancanza di copertura 24 ore su 24 7gg su 7 dell’assistenza di base
- Mancanza di consulto telefonico con specialista, di strumentazione e refertazione (ECG – esami di laboratorio – Rx Torace)
- Mancanza di immobili per studio associato
- Necessità di variazione delle modalità di remunerazione del MMG: non più quota per assistito, ma compenso a risultato/obiettivo

GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO ADULTO:

- Mancanza di un percorso integrato tra ospedale e territorio per la gestione del paziente cronico
- Mancanza di remunerazione della “cronicità”
- Mancanza di educazione terapeutica adeguata, non solo al paziente ma al care giver; mancanza di ambulatori specializzati nell’educazione terapeutica che permettano una consapevolezza di malattia e una autogestione domiciliare (vedi modello Lugano).
- Mancanza di possibilità di rendicontazione dell’educazione terapeutica

- Mancanza di approccio intraospedaliero e sul territorio differenziato tra paziente acuto e cronico (con conseguente sovraffollamento dei PS)
- Necessità di verificare l'appropriatezza dei bollini verdi
- Assenza di applicazione dei modelli per la cronicità (Chronic Care Model) in modo strutturato [i percorsi esistenti sono 'selfmade']
- Mancanza di un supporto sociale (a differenza del bambino) come ad esempio la famiglia e le associazioni – necessità di coinvolgimento trasversale e "superpartes" delle associazioni, con costituzione di una rete e superamento dell'idea dell'associazione a servizio del singolo ente/realtà ospedaliera

ASSISTENZA SANITARIA:

- Riabilitazione. Enti privati con mancanza di liste di attesa con criteri codificati; utilizzo di criteri favorevoli alla struttura. Scarsità di riabilitazioni generali geriatriche in favore di specialistiche, ciò legato alla remunerazione.
- Hospice. Ridotto accesso diretto dai pazienti terminali e preterminali dal territorio o da strutture residenziali, senza passare dal PS/ospedale per acuti
- Assistenza sociale sul territorio. Non più presente l'assistenza della famiglia; mancanza di fondi da parte dei comuni.
- UCAM. Funzione di valutazione e proposta del percorso dell'assistito
- ADI. Necessità di garanzia di servizio attivo 24 ore su 24, 7 gg su 7. Mancanza di responsabilizzazione del percorso costruito sul singolo paziente. Mancanza di un sistema unificato e definito per l'assistenza del paziente preterminale/terminale a domicilio (cure palliative)
- RSA. Mancanza di liste di attesa con criteri codificati unificati e definiti a livello ASL (come riabilitazione)
- "Care giver" (persona che assiste). Mancanza di formazione per l'educazione terapeutica del care giver .
- Ambulatorio: Scarsità di informazione da parte dell'utente sul percorso ambulatoriale. Complessità della fase di prenotazione (CUP, accesso difficoltoso per anziani per necessità di autogestire la chiamata)
- Necessità di attuare il percorso delle dimissioni protette (tra ospedale e territorio)
- Necessità di strutturazione di un reparto per le dimissioni: potenziamento del reparto di subacuti e attivazione di posti 'post acuti', con caratteristiche di
 - allocazione del paziente con polipatologie ad elevata complessità assistenziale già degente nei reparti specialistici, una volta risolti il quadro di acuzie
 - interfaccia con il sistema di assistenza territoriale (MMG, assistenza domiciliare)
 - allocazione del paziente che attende trasferimento in struttura (RSA/riabilitazione)

PRIVATO:

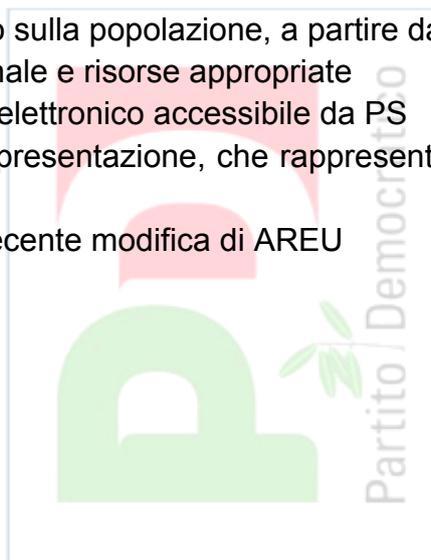
- Il sistema prevede pubblico e privato accreditato quali competitor, ma le regole che li governano non sono le stesse: il privato accreditato gode di una maggiore flessibilità di gestione che spesso rappresenta un vero e proprio 'risparmio' di risorse (tempi di realizzazione più brevi, azzeramento dei costi della 'burocrazia', possibilità di 'scelte strategiche' sul personale) possibilità, in generale, di agire scelte più convenienti.

- Per quanto riguarda il privato autorizzato, non accreditato, non esistono percorsi condivisi e codificati con le strutture pubbliche.

Parte 2: CONSIDERAZIONI GENERALI

La revisione del Sistema deve fondarsi sui seguenti principali capitoli:

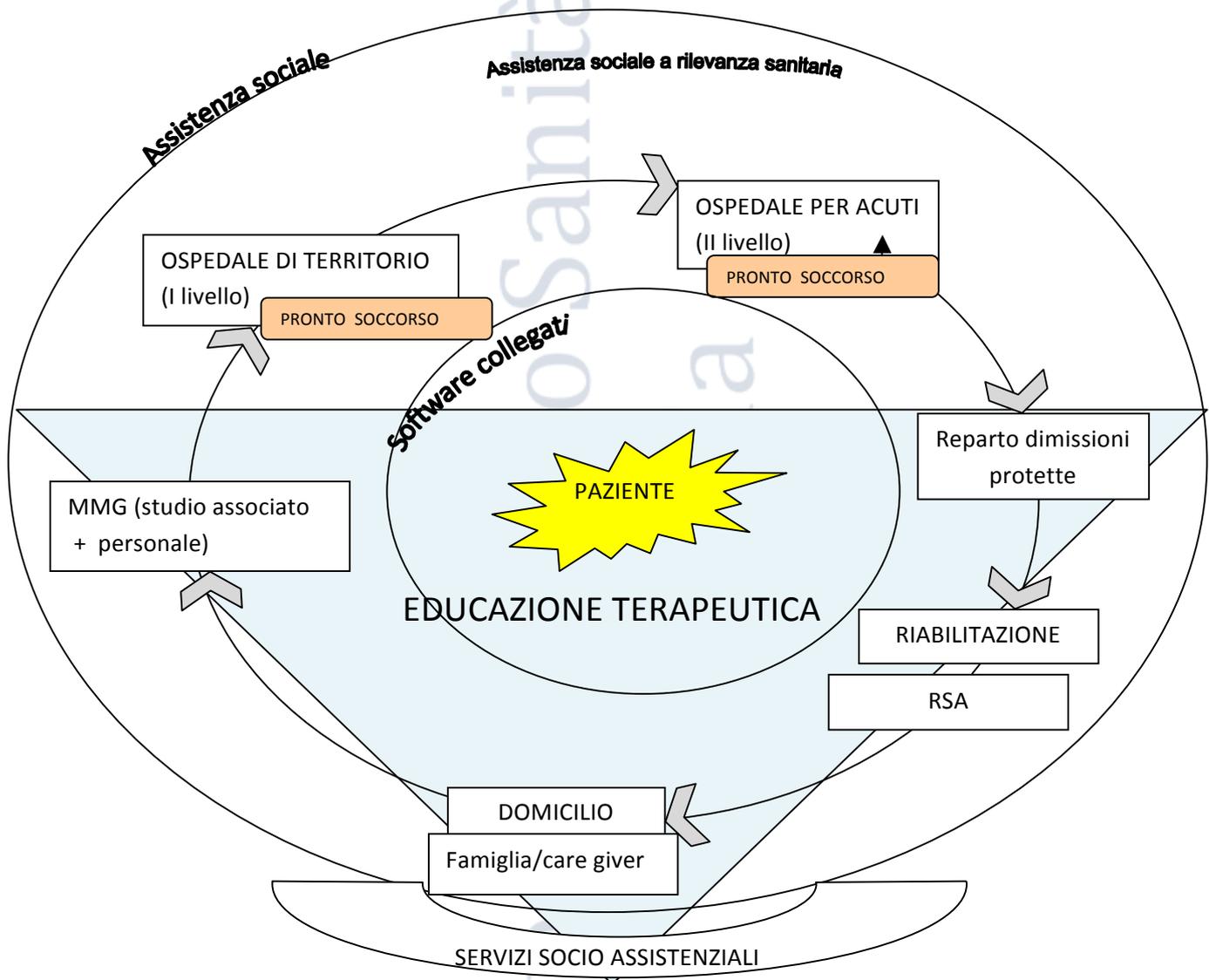
- MMG e PLS: modifica del ruolo del MMG e PLS:
 - Nei confronti del paziente
 - Nei confronti degli ospedali territoriali
 - Revisione del 'sistema di remunerazione' – non più a paziente, ma a 'risultato'
 - Deve sempre essere possibile una libera scelta del MMG o PLS da parte del cittadino
- AMBULATORIO:
 - Semplificazione del sistema di prenotazione
 - Maggiore informazione del paziente riguardo al percorso ambulatoriale
- CRONICITA':
 - Empowerment = pazienti esperti – famigliari esperti – care giver formati
 - Maggior coinvolgimento nel sistema delle Associazioni dei pazienti
- ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
 - Miglioramento dei percorsi assistenziali con applicazione dei modelli già esistenti
 - Potenziamento dell'assistenza domiciliare e delle strutture residenziali
 - Definizione di un percorso chiaro per i pazienti terminali/preterminali
- DIMISSIONI:
 - Creazione di reparti/posti letto per dimissioni (post acuti)
 - Definizione chiara di percorsi per le dimissioni protette
- PS
 - Intervento formativo sulla popolazione, a partire dal percorso scolastico
 - Diagnostica, personale e risorse appropriate
 - Fascicolo sanitario elettronico accessibile da PS
 - Riduzione dell'autopresentazione, che rappresenta, ad oggi, il maggior accesso al PS
 - Valutazione della recente modifica di AREU



Parte 3: PROPOSTA

- Delinare il percorso dell'assistito non sulla base della singola patologia, ma sulla base del paziente stesso con una o più patologie → SCHEMA CIRCOLARE (CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA) cfr. Allegato 1
- Unificare l'assessorato sociale con il sanitario, per meglio rispondere alle necessità assistenziali
- Creazione di software informatico uguale per tutti gli operatori, a tutti i livelli di assistenza, o di più software collegati tra loro, che favorisca la comunicazione e il passaggio di informazioni tra MMG e specialista
- Garantire maggior autonomia gestionale degli ospedali pubblici, con conseguente maggiore flessibilità, per il pubblico (come attualmente in essere per il privato accreditato)
- Gli ospedali non centrali sgravano l'ospedale per acuti dall'accesso dei pazienti cronici con riacutizzazione (funzione filtro)
Sviluppo dell'ASL (?) con gli ospedali di territorio che costituiscono le unità (es UCCP-ASST), che fungono da filtro dei pazienti cronici prima di arrivare all'ospedale per acuti, in modo che circa il 70% di ciò che attualmente arriva in PS abbia accesso a queste strutture.
- Potenziare il sistema di dimissioni protette, tra cui strutturazione di un reparto per le dimissioni con potenziamento dei posti letto per subacuti e postacuti
- Rinforzare le funzioni sanitarie delle RSA, con conseguente riduzione degli invii inappropriati in Pronto Soccorso. Introdurre la RSA all'interno del servizio socio-sanitario nazionale, con conseguente possibilità di finanziamento e unificazione delle norme.
- Potenziamento della medicina del territorio, tra cui:
 - * copertura 24 ore su 24 – 7 gg su 7
 - * polo MMG con personale infermieristico e amministrativo (con modifica del sistema di remunerazione del MMG: compenso in base al "risultato/obiettivo")
 - * collaborazione e consulto MMG e specialista
 - * favorire la reale presa in carico delle urgenze differibili
- Potenziamento della assistenza domiciliare:
 - * copertura 24 ore su 24 – 7 gg su 7
 - * responsabilizzazione del percorso dell'assistito
 - * definizione del percorso del paziente terminale/preterminale
- Potenziamento dell' educazione terapeutica del pz, del care giver e della famiglia a livello territoriale, oltre che nel sistema delle dimissioni protette
- PS
 - * Maggiore qualificazione del personale di PS
 - * Diagnostica proporzionale al tipo di ospedale dove sono collocati
 - * Potenziamento dell'OBI
 - * Fascicolo sanitario elettronico accessibile da PS
 - * Applicazione del modello Hub & Spoke per patologie tempo-dipendenti (trauma maggiore, stroke, STEMI), come già attualmente in essere con collaborazione di AREU, con il potenziamento della rete in modo che diventi realmente operativa in senso bidirezionale

Allegato 1: SCHEMA CIRCOLARE della continuità assistenziale

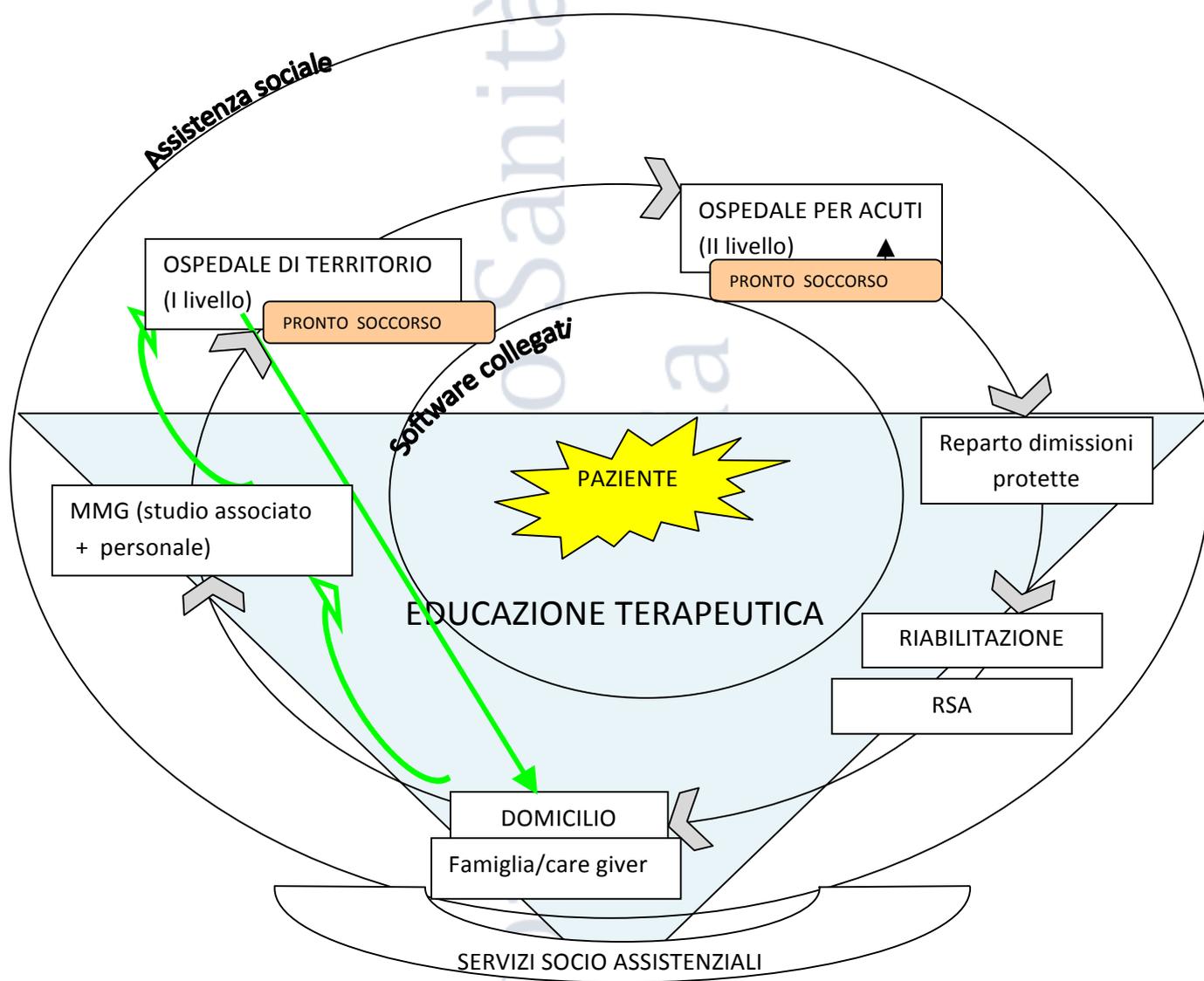


LIVELLI ASSISTENZIALI

- Alcune specialistiche fanno parte degli ospedali periferici (o di territorio) con un possibile compito 'consulenziale' nei confronti del MMG, in ogni caso, con stretto collegamento con lo stesso nella gestione del paziente
- Ospedale del territorio (o I livello, secondo criteri ministeriali): bacino di utenza 80.000 – 150.000 abitanti e comprende: PS – Medicina Interna – Chirurgia Generale – Ortopedia – Rianimazione e Anestesia - Radiologia - Laboratorio – Emoteca)
- Ospedale per acuti (II e III livello, secondo criteri ministeriali):
 - * II livello: bacino di utenza 150.000 – 300.000 abitanti e comprende: PS (DEA I livello) – Medicina Interna – Chirurgia Generale – Anestesia e Rianimazione – Ortopedia – Ginecologia – Pediatria - Cardiologia + UTIC – Neurologia – Psichiatria – Oncologia – Oculistica – ORL – Urologia – Radiologia con TC, Laboratorio – Trasfusionale
 - * III livello: 600.000 -120.000 abitanti e comprende: DEA II livello –tutte le specialistiche del II livello + emodinamica 24h – Neurochirurgia – Cardiocirurgia – Rianimazione cardiocirurgica – Chirurgia vascolare – Chirurghi toracica – Chirurgia maxillo facciale – Chirurgia plastica – Endoscopia digestiva – Broncoscopia interventistica – Radiologia interventistica – Rianimazione pediatrica e neonatale – Medicina nucleare - Trasfusionale, Laboratorio e Radiologia con TC 24 ore
- Accorpamento di più funzioni in unità territoriali, dove sono i MMG
- PS: Strutturato su diversi livelli in base alla gravità - Applicazione del modello Hub and Spoke in senso bidirezionale
- Maggior spazio al sistema di dimissione protetta, sia mediante realtà intermedie tra ospedale e il territorio (subacuti/postacuti), sia con strutturazione del sistema RSA, sia attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare.
- Sistema organizzato e definito di assistenza del paziente terminale/preterminale a domicilio
- Educazione terapeutica codificata e remunerata, rivolta ai pazienti, alle famiglie e ai care giver e che si inserisca ai livelli di assistenza domiciliare, dimissioni protette e medicina del territorio.

Il paziente fragile (acuzie in portatore di più patologie croniche) deve essere oggetto di uno specifico percorso organizzativo: LA DIMISSIONE PROTETTA

Percorso 1: IL PAZIENTE CRONICO



IL PERCORSO DEL PAZIENTE CRONICO

1. MMG

Visita dal MMG con prescrizione e prenotazione diretta di esami di laboratorio/visita specialistica ed esami strumentali dagli specialisti dell'Ospedale di territorio

2. SPECIALISTA

- Diagnosi di patologia cronica (diabete....BPCO....ipertensione arteriosa...etc)
- Aspetto educativo con empowerment del paziente e/o del care giver ad opera dello specialista e del personale infermieristico
- Definizione del follow up clinico-assistenziale, anche secondo eventuale PDT in vigore, con prenotazione del piano 'controlli'
- Trasmissione delle suddette informazioni (diagnosi – terapia – follow up) al MMG tramite sistema informatico

3. DOMICILIO

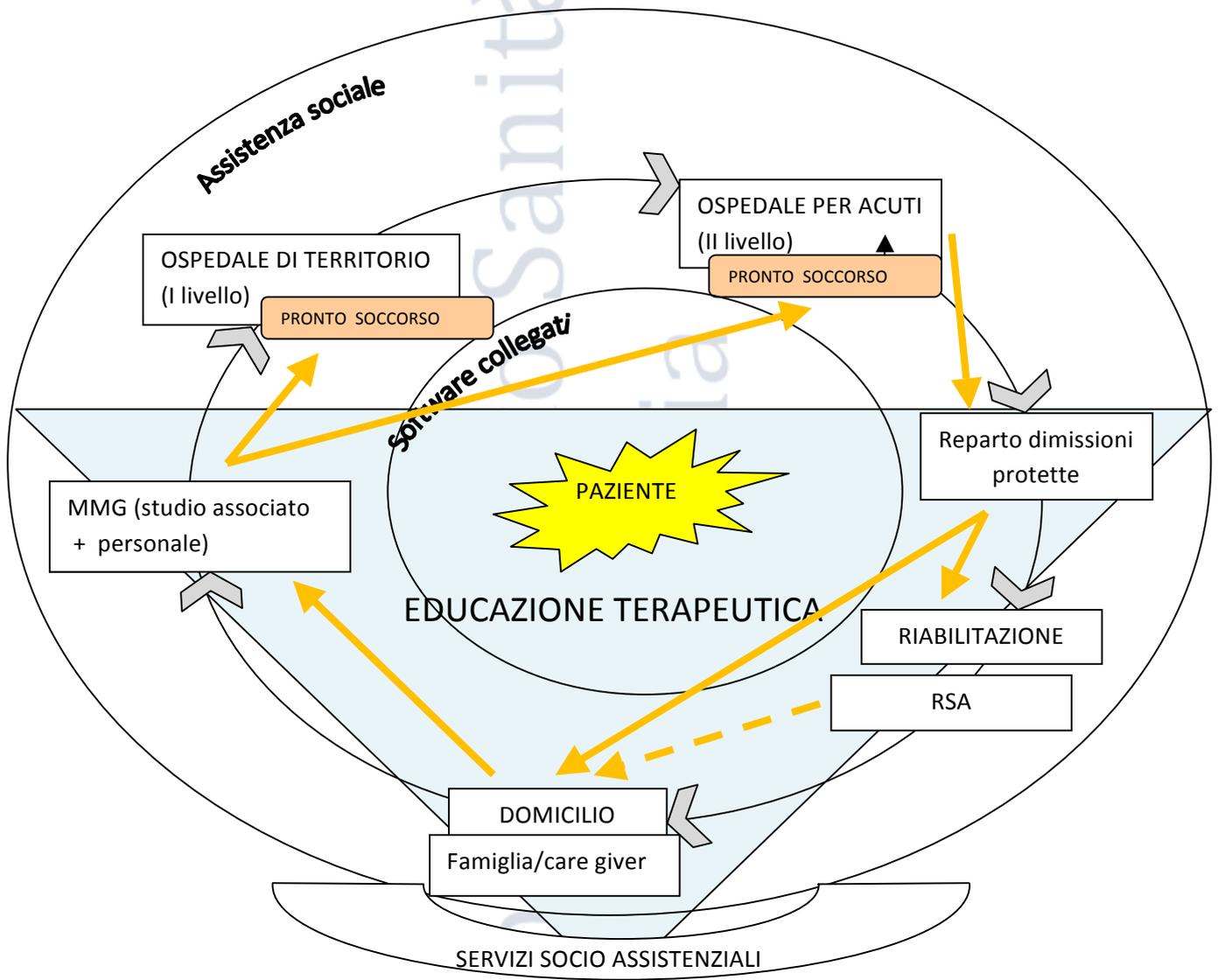
Il paziente con il percorso precedente è "gestito"

4. RIACUTIZZAZIONE

Eventuale riacutizzazione o scompenso della patologia cronica di base:

- Valutazione e cure del caso da parte del MMG in accordo con lo specialista ospedaliero ed il programma assistenziale definito

Percorso 2: IL PAZIENTE COMPLESSO



IL PERCORSO DEL PAZIENTE COMPLESSO

Paziente complesso - Definizione: paziente polipatologico, ovvero affetto da concomitanti patologie croniche, che possono riacutizzarsi singolarmente o su cui si può presentare una patologia acuta, con conseguente peggioramento del quadro clinico globale. Il percorso si colloca tra il percorso del paziente cronico e quello del paziente acuto.

1. MMG

Valutazione in base gravità:

- trattamento domiciliare (pz pluripatologico cronico stabile)
- invio c/o ospedale I livello e/o II livello

2. OSPEDALE I e/o II LIVELLO

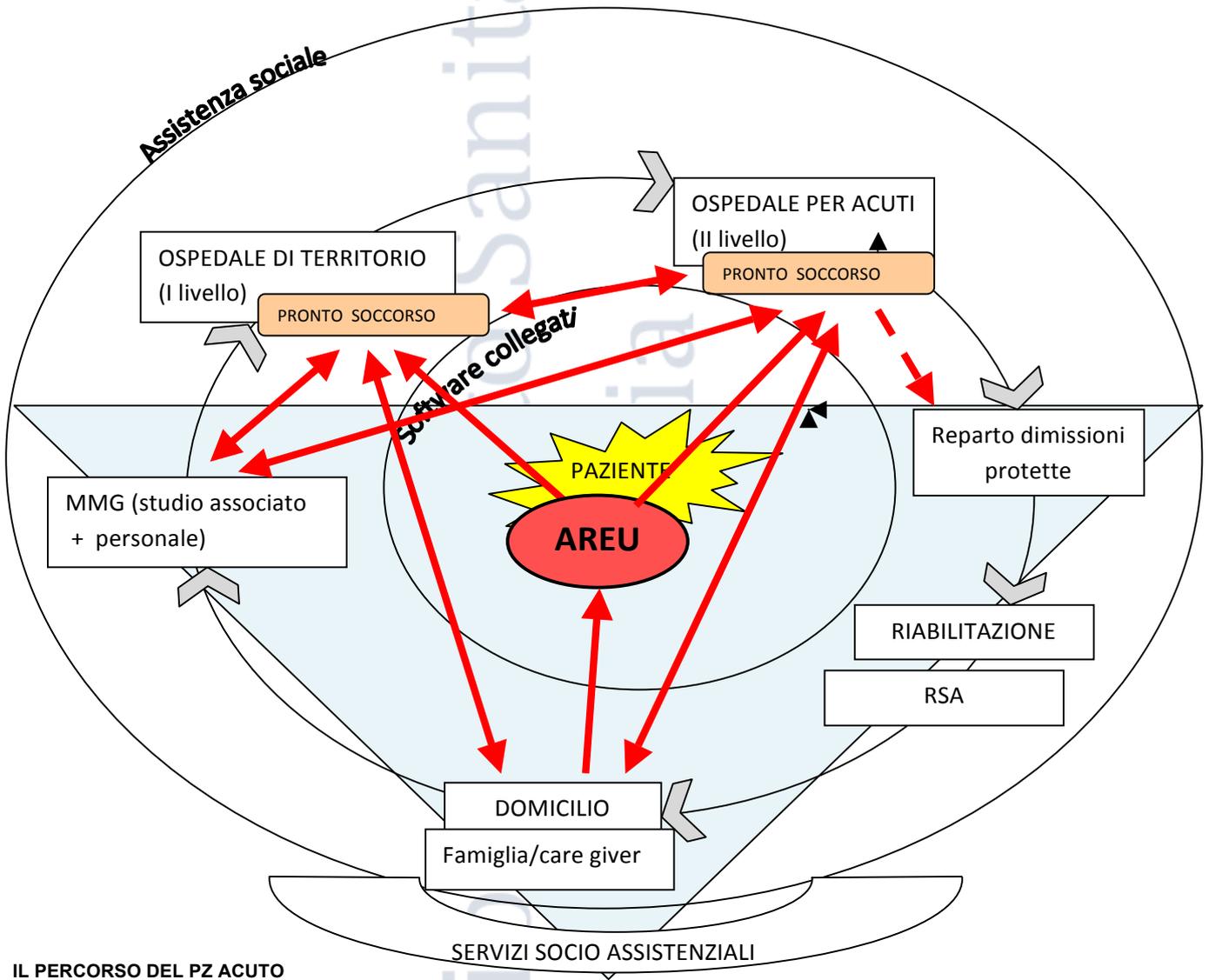
- Diagnosi della riacutizzazione/patologia acuta
- Terapia:
 - o Risoluzione del quadro acuto
 - o Definizione della terapia in cronico, che verrà assunta a domicilio
- Rivalutazione del quadro clinico globale del paziente, dal cui contesto non può essere trattata isolatamente la singola patologia

3. DIMISSIONE PROTETTA

- Equipe definita
- UO Dimissioni protette
 - o Educazione terapeutica
 - o Definizione del follow-up
 - o Valutazione delle necessità socio- assistenziali (che potrebbero essere o meno variate rispetto alla situazione precedente al ricovero)
 - o Trasmissione dei dati al MMG

4. DOMICILIO+ADI / STRUTTURA RIABILITATIVA / RSA

Percorso 3: IL PAZIENTE ACUTO



IL PERCORSO DEL PZ ACUTO

Criticità: percezione soggettiva dell'individuo della condizione di urgenza, la maggior parte delle volte (>70%) non filtrata da alcun sanitario prima dell'accesso ai Pronto Soccorso. Nessuna iniziativa finora adottata (ticket, fast track, ambulatori codici minori) ha risolto o limitato il problema del sovraccollimento nei PS. Disincentivare troppo il cittadino a rivolgersi ai PS può essere comunque una mossa pericolosa per le patologie mediche tempo/dipendenti (stroke, STEMI). L'educazione sanitaria dalle scuole deve avere un ruolo cardine.

1. ACCESSO ALLE STRUTTURA DI EMERGENZA

Con chiamata al NUE 112 per le patologie tempo-dipendenti (rete hub & spoke)

Con filtro della medicina del territorio (MMG – PLS – MCA) per le patologie specialistiche con esenzione ticket e passaggio telematico della richiesta dal medico di famiglia.

Diretto comunque per il cittadino con educazione di base

Azione di prevenzione sui riaccessi inappropriati del paziente cronico, neoplastico, fragile

Trasparenza e comunicazione in tempo reale della operatività e disponibilità dei PS, integrazione con AREU, visibilità al cittadino.

2. OSPEDALE I e/o II LIVELLO

- Invio primario all'ospedale con le risorse adeguate per la patologia
- Passaggi bidirezionali facilitati fra le strutture in rapporto alle competenze
- Medici specialisti dell'urgenza nei PS, personale dedicato, aggiornamento professionale sistematico
- Valutazione e trattamento precoce del dolore, riconoscimento del ruolo centrale dell'ecografia nella valutazione primaria
- Condivisione di PDTA fra i reparti delle Aziende Ospedaliere e fra le stesse
- Diagnostica completa disponibile H24 negli Ospedali di II livello
- Potenziamento delle OBI e delle Medicine d'Urgenza migliorando appropriatezza dei ricoveri e delle dimissioni

3. DIMISSIONE PROTETTA

- Percorsi condivisi di follow-up con integrazione fra MMG e specialistica
- Prenotazione dei controlli al momento della dimissione, educazione sulla aderenza alla terapia prescritta
- Attenzione sull'appropriatezza farmacologica, reazioni avverse e riconciliazione terapeutica
- Valutazione delle necessità socio- assistenziali e supporto delle strutture territoriali
- Trasmissione dei dati al MMG, possibilità di feedback al PS