

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

**LINEE GUIDA SULLA RIORGANIZZAZIONE
DELL'ATTIVITA' TERRITORIALE
(PTA – CURE PRIMARIE- GESTIONE INTEGRATA –
DAY SERVICE TERRITORIALE)
di cui all'art. 12 c. 8 della L.R. 5/2009 di riordino del SSR**

a cura di:

**DIPARTIMENTO PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
Dirigente Generale: Dr. Maurizio Guizzardi**

**SERVIZIO 8: PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
Dirigente del Servizio: Dr. Giuseppe Noto**

- marzo 2010 -

INDICE

PREMESSA..... pag. 4

PARTE PRIMA

LA *VISIONE* E LO SCENARIO ORGANIZZATIVO E OPERATIVO DELLE CURE PRIMARIE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL P.T.A. – PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA..... pag. 7

PARTE SECONDA - AREE DI APPROFONDIMENTO

LO SPORTELLO DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE ED INDIRIZZAMENTO DEL PAZIENTE CON MALATTIA CRONICA pag. 27

IL DAY SERVICE AMBULATORIALE TERRITORIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI AD ALTA COMPLESSITA' pag. 33

LA GESTIONE INTEGRATA E I PERCORSI ASSISTENZIALI PER L'ASSISTENZA A PAZIENTI CRONICI A BASSA MEDIA COMPLESSITA'..... pag. 38

CENNI SULLA RETE DELLA DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA' COLLEGATA AL PTA..... pag. 44

CONCLUSIONI

I CONTENUTI OPERATIVI PER LO SVILUPPO DELLE PROGETTUALITA' AZIENDALI pag. 48

ALLEGATO (separato dal documento)

L'allegato contiene le principali implicazioni di natura operativa, gestionale ed istituzionale e analisi aggregata per livello provinciale sull'organizzazione e sulla produzione. Esso include, inoltre, le schede di dettaglio per singola ASP a supporto delle scelte di riorganizzazione dell'attività territoriale

LA STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il presente documento definisce i contenuti e gli obiettivi di riorganizzazione dell'attività territoriale e fornisce elementi di supporto alle ASP nella predisposizione di specifiche linee di intervento.

Il documento è suddiviso nelle seguenti parti:

1. la premessa con i principi ispiratori di riorganizzazione dell'area territoriale;
2. la prima parte esplicita la *vision* e lo scenario organizzativo-operativo a tendere dei servizi territoriali, con particolare riguardo al P.T.A. – Presidio Territoriale di Assistenza, previsto dalla L.R. 5/200, di cui vengono dettagliate la struttura d'insieme e le specifiche componenti;
3. la seconda parte include alcune aree di approfondimento (Sportello per pazienti cronici. Day Service Ambulatoriale Territoriale, Gestione Integrata e Percorsi Assistenziali, Domiciliarità e Residenzialità);
4. le conclusioni propongono i contenuti operativi per lo sviluppo delle progettualità aziendali e gli impegni delle aziende sanitarie.

L'allegato (separato dal documento) presenta le principali implicazioni di natura operativa, gestionale ed istituzionale che il processo di accentramento fisico dei servizi e di messa in comune delle risorse inducono e presenta inoltre una prima analisi aggregata per livello provinciale sull'organizzazione e sulla produzione erogata nel territorio, allo scopo di descrivere la configurazione attuale dei servizi oggetto della riorganizzazione regionale

Nell'appendice dell'allegato vengono forniti alcuni dati di base utili alla pianificazione territoriale e vengono fornite, inoltre le schede di dettaglio per singola ASP delle informazioni di supporto alle scelte di riorganizzazione dell'attività territoriale e di progettazione del PTA.

PREMESSA

I principi ispiratori

Le linee guida per l'area territoriale si inseriscono all'interno del disegno di riforma sanitaria introdotto dalla L.R. n. 5/2009, in cui si avvia il ripensamento dell'intera filiera dei servizi erogati da AO, AOU, ARNAS ed ASP. La riorganizzazione della rete di attività territoriali deve, quindi, sviluppare coerenze e sinergie con le scelte di rimodulazione della rete di offerta ospedaliera. Oggetto del documento è la **riqualificazione della rete dei servizi distrettuali**, all'interno della quale si colloca la progettazione dei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza).

Il Piano di riordino del Servizio Sanitario Regionale (SSR) che emerge dalla L.R. 5 del 14 aprile 2009 si basa su un asse portante, la riorganizzazione e la riqualificazione del sistema di "cure primarie", e su alcuni principi-guida fondamentali rappresentati nella Figura seguente:



Come può evincersi dalla figura, vi è esigenza di una profonda rivisitazione critica di ordine strutturale, organizzativa, operativa e culturale, all'interno della quale il P.T.A. (Presidio Territoriale di Assistenza) è una componente significativa ma non esaustiva.

La riorganizzazione della rete territoriale dovrà essere fundamentalmente guidata dal soddisfacimento del bisogno di **integrazione** tra ambiti assistenziali, strutture di offerta e professionisti, per conseguire due macroobiettivi prioritari:

- una maggiore efficienza del processo erogativo, attraverso la "messa in comune" e l'appropriatezza nell'uso delle risorse;
- una migliore efficacia delle prestazioni rese al paziente perché uniformate e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali.

In questa direzione il **PTA** introdotto dall'art. 12 c. 8 della L.R. n. 5/2009 rappresenta il perno della riorganizzazione dei servizi territoriali. Esso **rappresenta la modalità di riorganizzare e rifunzionalizzare le cure primarie**. All'interno del PTA i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, all'assistenza domiciliare, all'assistenza preventiva e consultoriale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, potranno essere integrati in **un'unica piattaforma comune che costituirà la porta di ingresso del cittadino-utente alle cure territoriali**.

Il PTA potrà realizzarsi **sia attraverso un pieno accorpamento dei servizi territoriali, sia attraverso un'aggregazione parziale** degli stessi. In quest'ultimo caso, bisognerà procedere ad un potenziamento dei meccanismi organizzativo-operativi in modo da garantire al cittadino la possibilità di trovare, attraverso un'unica porta di accesso al sistema, una risposta uniforme e tempestiva alla sua domanda di salute.

Il PTA è il risultato del ripensamento della rete dei servizi che mira ad integrare e mettere in collegamento (organizzazione a rete) i punti di offerta ed i professionisti che concorrono all'erogazione dell'assistenza territoriale. Esso assumerà una connotazione differente in relazione al fabbisogno di integrazione che i servizi distrettuali dovranno soddisfare rispetto al contesto di riferimento della specifica ASP.

PARTE PRIMA

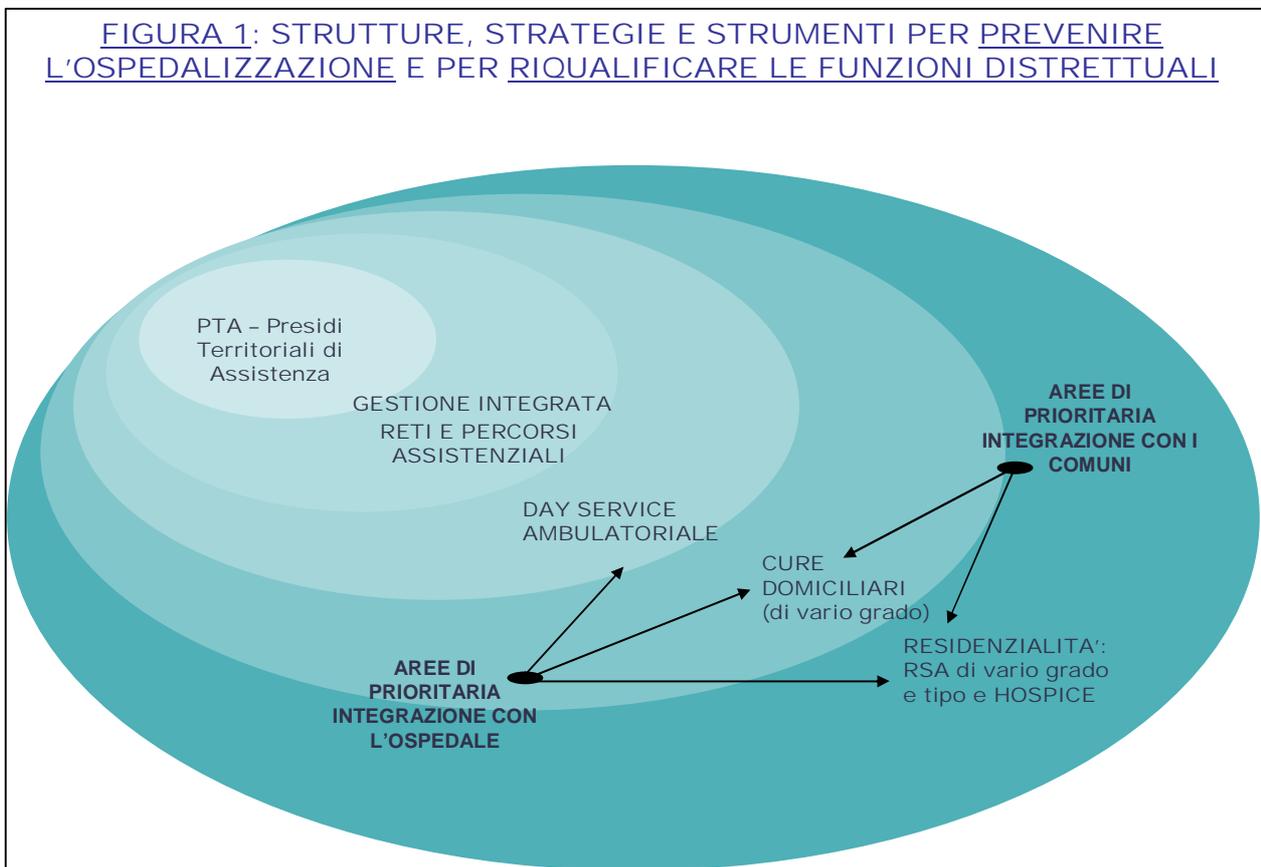
1. LA STRATEGIA SISTEMICA DELLA REGIONE SICILIA

L'analisi dei dati di organizzazione e di produzione della Regione testimonia la necessità di riorganizzare la rete ospedaliera nei suoi elementi strutturali (presidi e posti letto) e funzionali (riduzione dei ricoveri ordinari e DH), riqualificando le funzioni territoriali, la cui debolezza ha tradizionalmente caratterizzato il SSR.

La prospettiva verso la quale si muove il programma assessoriale di riordino del servizio sanitario, di cui alla L. R. 14 aprile 2009 n. 5 (GURS n. 17 del 17/04/09) è quella di individuare le aree di disfunzione organizzativa e di non-appropriatezza, sulle quali è possibile recuperare funzionalità e risorse da riconvertire sulle aree a maggiore impatto per la salute della popolazione e per il miglioramento del sistema assistenziale.

La strategia della Regione Sicilia è orientata prioritariamente alla riqualificazione delle funzioni e dell'offerta distrettuali e alla prevenzione dell'ospedalizzazione. Nella Figura 1 sono illustrate le componenti del nuovo disegno strategico che impegnerà le ASP (Aziende Sanitarie Provinciali) nel perseguire il potenziamento e la riqualificazione dell'offerta in ambito territoriale.

FIGURA 1: STRUTTURE, STRATEGIE E STRUMENTI PER PREVENIRE L'OSPEDALIZZAZIONE E PER RIQUALIFICARE LE FUNZIONI DISTRETTUALI



2. IL PTA – PRESIDIO TERRITORIALE DI ASSISTENZA

Il PTA è un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza che pone al centro il paziente facilitando l'accesso ai servizi e l'iter assistenziale complessivo. Questa nuova modalità organizzativa è orientata prioritariamente all'integrazione delle diverse componenti assistenziali (MMG e PLS "dentro" il sistema) e alla stretta collaborazione con le Amministrazioni Locali.

Gli obiettivi primari del PTA sono:

- organizzare in modo appropriato, efficace ed efficiente i percorsi dei pazienti in relazione ai loro bisogni di salute, rivolgendo particolare attenzione alle persone con patologie a lungo termine, che costituiscono una delle maggiori sfide per il sistema assistenziale;
- organizzare la transizione tra cure primarie e cure secondarie e terziarie promuovendo percorsi assistenziali integrati che mettano in evidenza le responsabilità, i contributi ed i risultati di tutti i professionisti impegnati nella filiera di cura e assistenza.

Nella Figura 2 viene rappresentato l'insieme integrato dei servizi territoriali potenzialmente offerti nel PTA.



Il PTA assume come riferimento portante la concentrazione dei servizi territoriali e si traduce in soluzioni coerenti con il contesto in cui si colloca. La sede fisica del PTA potrà essere il presidio ospedaliero rifunzionalizzato, la sede di un poliambulatorio o altre soluzioni alternative in grado di garantire l'integrazione organizzativo-operativa tra le diverse componenti del sistema assistenziale territoriale. Nei contesti in cui l'accorpamento fisico dei servizi non potrà essere perseguito per le caratteristiche orogeografiche e di distribuzione della popolazione, il PTA si caratterizzerà prevalentemente per il collegamento funzionale di tutte le componenti dell'assistenza citate nella L.R. 5/2009 (Figura 2), interconnesse attraverso la "porta unica" di accesso ai servizi territoriali.

LE COMPONENTI DEL PTA

Il PTA è la “porta di ingresso” del cittadino ai servizi territoriali di assistenza. Esso si pone l'obiettivo di fornire una risposta integrata ai bisogni di salute della popolazione aggregando e/o integrando funzionalmente le diverse componenti dell'assistenza territoriale. In particolare:

- 1. Accesso unico alle cure (vedi § 2.1): è il punto cruciale del PTA, attraverso il quale si creano i collegamenti con tutti i servizi territoriali, sia quelli fisicamente aggregati nel presidio, sia quelli non-aggregati.
- 2. Assistenza sanitaria di base, specialistica e diagnostica (vedi § 2.2): quest'area include l'attività amministrativa legata all'assistenza di base (scelta del medico, esenzioni, patenti speciali, etc.), l'attività erogativa riguardante le protesi, gli ausili, i presidi, i farmaci ad erogazione diretta, etc.. e la gestione delle cure primarie. Particolarmente importante è il collegamento del PTA con l'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dai Medici di Continuità Assistenziale (MCA), dagli Specialisti convenzionati interni ed esterni.

Vanno tenute in grande considerazione, negli scenari operativi dei PTA, le forme di associazionismo previste nei contratti dei MMG, dei PLS e della Specialistica, considerato che l'associazionismo, nelle sue varie forme (monoprofessionali o multiprofessionali, come le UTAP citate nella LR 5/2009), rappresenta la migliore potenzialità per la gestione efficace ed efficiente dell'assistenza¹.

Per poter realizzare un effettivo collegamento tra l'associazionismo dei MMG/PLS e la specialistica, quest'ultima andrà riorganizzata attraverso la costituzione di *team* multiprofessionali (specialisti delle diverse discipline, infermieri e altro personale capace di sviluppare “percorsi assistenziali” personalizzati).

Nell'articolazione di questo nuovo disegno organizzativo, le ASP dovranno tenere in considerazione sia l'attività specialistica erogata a livello dei poliambulatori distrettuali, sia quella erogata nei presidi ospedalieri, che può intendersi come attività territoriale offerta in un *setting* ospedaliero. In altri termini, in un processo di programmazione delle attività ambulatoriali, appare importante muoversi nella prospettiva di diversificare l'offerta ambulatoriale in rapporto alle effettive potenzialità di gestione della casistica più o meno complessa. In questo senso l'attività ambulatoriale ospedaliera dovrà indirizzarsi prioritariamente verso un'offerta più specializzata in ragione delle potenzialità maggiori, in termini tecnologici, che un presidio ospedaliero usualmente possiede. Questa differenziazione sarà la base per la realizzazione di percorsi assistenziali integrati territorio-ospedale in grado di generare risultati di maggiore efficacia ed efficienza.

- 3. Punti di Primo Intervento (PPI) (vedi § 2.3): il PPI rappresenta la modalità organizzativa attraverso la quale il PTA potrà offrire un punto di riferimento alternativo all'ospedale per la gestione delle urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e parte dei codici verdi). I PPI saranno gestiti attraverso la rete delle cure primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale), secondo le indicazioni che scaturiranno dall'accordo integrativo regionale e secondo le diverse potenzialità del contesto locale, e saranno supportati dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali ivi operanti. La presenza, quindi, della diagnostica essenziale e della possibilità di consulenza specialistica ed infermieristica costituiscono una potenzialità significativa per la gestione dei casi.

¹ Il nuovo Accordo Nazionale del 2009, oltre alle forme di associazionismo, prevede due formule integrative ulteriori, una di tipo “funzionale” (AFT: Aggregazioni Funzionali Territoriali) ed una di tipo “gestionale” (UCCP: Unità Complesse di Cure Primarie), attualmente oggetto di concertazione nei tavoli di negoziazione che l'Assessorato alla Sanità ha già avviato per la definizione del nuovo Accordo Regionale.

- 4. Rete delle cure domiciliari (vedi § 2.4): il “punto unico di accesso alle cure domiciliari” sarà integrato alla rete CUP. Le cure a domicilio costituiscono un’ampia area di assistenza sia sanitaria che sociale. E’ importante evidenziare in questa sede anche la necessaria integrazione di tale area con il circuito dell’assistenza erogata dai Comuni nell’ambito della L. 328/00 (Legge di integrazione socio-sanitaria), con i quali si potranno realizzare sportelli unici di accesso all’assistenza domiciliare.
- 5. Altre forma di assistenza territoriale: la L.R. 5/2009 fa riferimento alla stretta connessione del PTA con gli altri servizi assistenziali del territorio (vedi § 2.5), come il complesso ambito della prevenzione, il materno-infantile e l’area consultoriale, la salute mentale, la medicina legale e fiscale in tutte le sue componenti e tutti gli altri servizi del distretto. Come già detto, il grado di accorpamento dei servizi sarà definito dalle singole ASP sulla base di un’attenta analisi delle strutture di offerta presenti e dei dati di produzione, ma in ogni caso il PTA dovrà garantire l’accesso e la risposta uniforme anche per servizi non fisicamente aggregati con cui sarà mantenuta una stretta integrazione di natura organizzativa-operativa. In questo documento non appare opportuno fare una disamina dettagliata dei vari servizi territoriali che potranno essere integrati, fisicamente o funzionalmente, con il PTA, dato che le Linee Guida si prefiggono di dare una visione d’insieme della riorganizzazione del territorio, focalizzandosi maggiormente sulla struttura e sul funzionamento del PTA come punto centrale della complessiva riqualificazione delle cure primarie. Particolare attenzione va posta, all’interno dei piani aziendali specifici di attuazione delle Linee Guida, al collegamento del PTA con i servizi che erogano attività per utenti e pazienti fragili, quali la rete materno-infantile e consultoriale, la salute mentale, la neuropsichiatria infantile, la rete riabilitativa, il cui collegamento con il PTA risulta fondamentale.

Il PTA potrà prevedere anche il collegamento con un Punto Territoriale di Emergenza (PTE: vedi § 2.3) incluso nella rete dell’Emergenza-Urgenza, qualora vi siano effettive necessità connesse all’erogazione del servizio (ad esempio, per i presidi extracittadini distanti dalle strutture ospedaliere dotate di pronto soccorso). Nel PTE potrà essere prevista, oltre alla Guardia Medica, la dotazione di servizi specifici capaci di rispondere a situazioni di emergenza-urgenza di diverso livello (ad esempio l’auto medicalizzata, la postazione di elisoccorso).

Pur mantenendo ferma la tendenza agli accorpamenti fisici, quando praticabili ed opportuni, le singole ASP dovranno finalizzare i piani di realizzazione dei PTA:

- evitando di penalizzare la periferia del territorio e mantenendo in ogni caso una distribuzione dei servizi di base, ivi inclusi i poliambulatori specialistici con le branche essenziali, che rispetti il principio di equità di accesso alle prestazioni,
- individuando idonee soluzioni di efficace raccordo organizzativo-operativo tra tutte le componenti delle cure primarie per quei contesti nei quali gli accorpamenti fisici non potranno essere praticabili o lo saranno solo in parte per problematiche strutturali o per ragioni di opportunità.

Nei paragrafi seguenti sono approfondite in maggiore dettaglio le componenti del PTA.



2.1- L'ACCESSO UNICO ALLE CURE

Il PTA è il punto di accesso unico ai servizi sanitari, collegato al CUP (Centro Unico di Prenotazione) aziendale ed al PUA (Punto o Sportello Unico di Accesso alle Cure domiciliari) distrettuali.

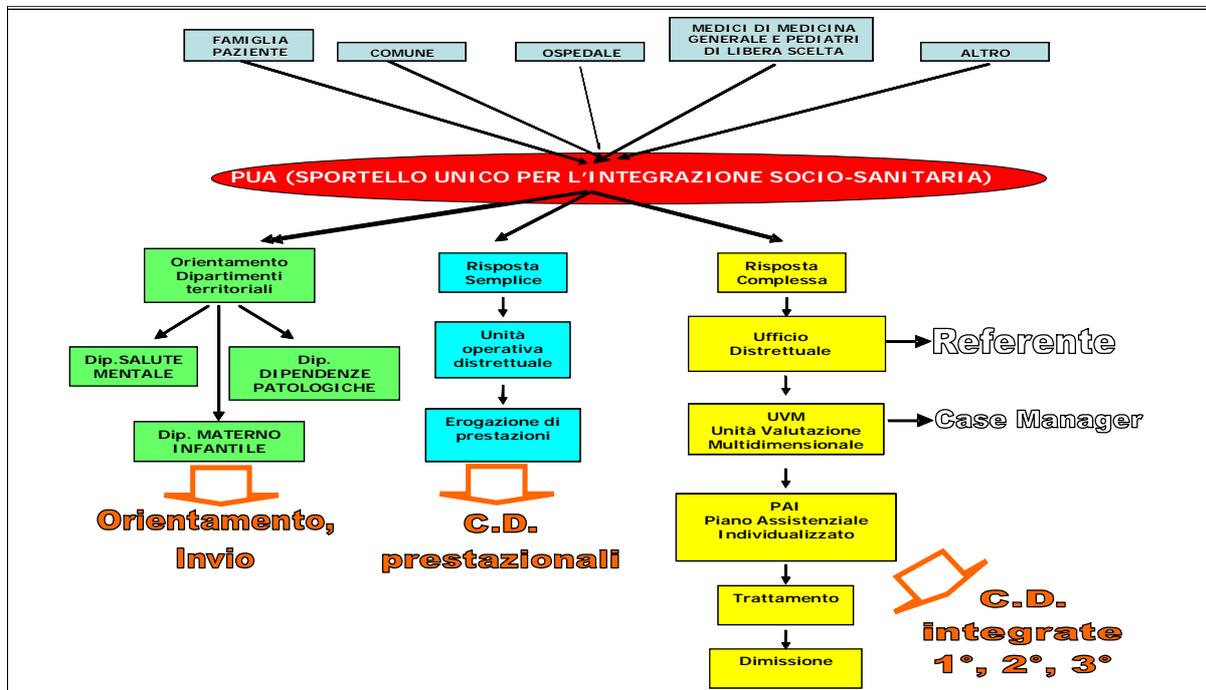
I Centri di Prenotazione non sono ancora molto diffusi nella Regione ed in considerazione di ciò lo scenario sul quale l'Assessorato si sta impegnando è quello della realizzazione di un unico CUP regionale, al quale collegare i futuri CUP provinciali (ASP+ Ospedali).

Di fondamentale importanza è il passaggio da un sistema di prenotazioni "cronologico" ad un sistema "per priorità"² e su ciò la Regione ha articolato uno specifico programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali³.

Il collegamento tra porta d'ingresso del PTA e il CUP permetterà di raggiungere più facilmente una delle finalità principali della riorganizzazione territoriale, che è quella di facilitare l'accesso e di snellire l'iter di presa in carico e di indirizzamento degli utenti. In particolare per i *target* più fragili, come i pazienti cronici, che usualmente necessitano di insiemi di prestazioni, dovrà essere possibile effettuare prenotazioni di "Pacchetti di prestazioni" fruibili in un unico accesso.

Pertanto, considerato che le patologie croniche costituiscono una vera sfida per il sistema assistenziale, per la loro diffusione, per i loro costi gestionali e per il loro impatto sulla qualità della vita dei pazienti e dei familiari, è opportuno che alla "porta d'ingresso" del PTA sia collegato uno "SPORTELLO DEDICATO AI PAZIENTI FRAGILI" (con diabete mellito, scompenso cardiaco e disabilità), in modo da garantire una presa in carico differenziata e iter assistenziali "privilegiati". Le caratteristiche dello Sportello sono esplicitate nella seconda parte del documento.

L'allocazione del PUA (PUNTO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI) presso il PTA (vedi Figura in basso) è di grande importanza, considerata la vasta area di bisogno dell'assistenza domiciliare e la complessa rete di servizi e di operatori che da esso si diparte, inerente sia



l'indirizzamento alle varie forme di assistenza domiciliare, sia lo smistamento delle domande "improprie" verso altri ambiti assistenziali (sert, salute mentale, area materno-infantile, etc.).

² Sul tema dell'accesso "per priorità" appare utile citare l'esperienza condotta dagli ultimi anni presso l'ASP di Ragusa, che ha utilizzato lo strumento dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).

³ Vedi "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali" (D.A. 2654 del 17/11/2009)

In ragione di quanto detto, è importante che il PUA si realizzi anche attraverso la stretta collaborazione con il Servizio Sociale della ASP (a sua volta in stretto collegamento con il Servizio Sociale ospedaliero), con i Servizi di Segretariato Sociale dei Comuni che ricadono nel distretto e con i MMG (Medici di Medicina Generale) ed i PLS (Pediatri di Libera Scelta) in particolare per le situazioni urgenti o che necessitano di accompagnamento nell'accesso. Particolare attenzione dovrà essere posta al raccordo tra l'ospedale ed il PTA per i casi di dimissione protetta ed assistita. In tale ambito è molto utile, oltre all'informazione ed alla motivazione di tutto il personale medico ed infermieristico, anche l'identificazione di "Referenti" per le dimissioni protette. In considerazione della complessità dei bisogni dei pazienti non autosufficienti, va adeguatamente valorizzato a livello ospedaliero il contributo indispensabile del Servizio Sociale ospedaliero, che dovrà operare in piena integrazione con il PTA e con le componenti distrettuali direttamente interessate, quali l'UVM- Unità di Valutazione Multidimensionale.

Nella costruzione, all'interno del PTA, di questo ampio disegno di accoglienza per le Cure Domiciliari, appare utile prevedere uno stretto collegamento e, ove possibile, una vera simbiosi con l'Ufficio URP del Distretto, all'interno del quale sono frequentemente allocate professionalità infermieristiche in grado di "leggere" ed interpretare la domanda e di indirizzare il paziente.

La presenza contestuale nel PTA (o la connessione) anche di altri servizi di supporto, quali Patenti speciali e Presidi ed Ausili, etc., può costituire un ulteriore importante strumento di snellimento dell'iter assistenziale con presa in carico "globale" dei bisogni del paziente. Il principio di funzionamento del PTA è, infatti, quello di "far girare le carte e non i pazienti", e in ragione di ciò le interconnessioni rapide ed i "percorsi assistenziali prestabiliti" sono la base del buon funzionamento.

Il collegamento con l'URP, con i Servizi Sociali delle ASP e degli Ospedali e con i Servizi di segretariato sociale dei Comuni e la creazione di uno Sportello dedicato ai pazienti cronici può costituire il circuito per lo sviluppo di programmi informativi sul corretto uso dei servizi ("cittadino competente") e, per alcuni target di pazienti, quali i pazienti con patologia a lungo termine, di programmi di educazione mirata ("paziente competente") rivolti ai pazienti ed ai *caregiver* familiari.

La rete dei Servizi Sociali interni alle aziende sanitarie, fondamentali per gli interventi nel vasto tema dell'umanizzazione⁴ e delle *clinical humanities*, potrà essere ulteriormente rinforzata attraverso l' utilizzo, all'interno del PTA, anche di figure amministrative con precise funzioni di responsabilità su alcune aree-chiave dell'umanizzazione, quali l'accesso facilitato degli utenti, la loro fluida circolazione dentro i servizi territoriali, l'informazione e la comunicazione. Tali figure possono rappresentare un ottimo strumento per la rapida soluzione di problemi quotidiani delle organizzazioni che talvolta possono generare gravi disagi per l'utenza.

Come già accennato, appare utile, inoltre, porre in risalto l'importanza della connessione e della stretta integrazione con i Servizi Sociali dei Comuni, dando piena attuazione alle logiche integrative della L. 328/2000, dalle quali potranno scaturire importanti linee di integrazione socio-sanitaria. Molto importante, al riguardo, la potenziale integrazione ASP-Comuni per la gestione degli Sportelli di accesso alle Cure Domiciliari e l'eventuale utilizzo anche di spazi e strutture messe a disposizione dai Comuni per attività congiunte.

Come indicato dalla LR 5/2009, in alcuni contesti, al PTA potranno essere associate anche strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con il fabbisogno del territorio e con la disponibilità di locali idonei. Questa possibilità apre una prospettiva di ulteriore integrazione in un'area di grande impatto sulla deospedalizzazione.

⁴ *Umanizzazione* intesa come "capacità di tutto il sistema di rendere i luoghi di cura e gli stessi atti assistenziali sicuri, aperti, partecipati, senza dolore, integrando scelte di accoglienza, informazione, comfort, con le pratiche clinico-assistenziali in modo condiviso e partecipato" (definizione tratta dal Programma Umanizzazione della regione Veneto).



2.2 - LE FUNZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICHE COLLEGATE AI MMG ED AI PLS

All'interno dei PTA - Presidi Territoriali di Assistenza vi è necessità di un ridisegno complessivo della Specialistica, basato su due direttrici:

1. RIORGANIZZAZIONE DELLE MODALITA' EROGATIVE della specialistica secondo una logica di intensità clinica e di complessità assistenziale e SVILUPPO DI UNA PRASSI DI GESTIONE "INTEGRATA" TRA SPECIALISTI, TRA QUESTI ED I MMG/PLS E GLI INFERMIERI;
2. PIENA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA' E DELLE FUNZIONI INFERMIERISTICHE autonome e integrate in *team* multi professionali;

3 - RIORGANIZZAZIONE DELLE MODALITA' EROGATIVE DELLA SPECIALISTICA E COLLEGAMENTO CON I MMG ED I PLS

Il pilastro sul quale è indispensabile riorganizzare la specialistica è quello dell'integrazione tra specialisti e tra questi ultimi e gli infermieri. Il tutto va realizzato con la piena integrazione con i MMG/PLS (vedi seconda parte del documento dedicato alla gestione integrata).

E' ampiamente dimostrato, infatti, che le logiche monoprofessionali risultano insufficienti per la grande parte di pazienti che ricorrono alle funzioni specialistiche, i pazienti cronici, per i quali sono invece di provata efficacia gli interventi integrati e multidimensionali, che risultano in grado di rispondere meglio, con il concorso di diverse competenze e di vari strumenti (non solo clinici), ai bisogni complessi dei pazienti fragili.

La riorganizzazione della specialistica va, quindi, basata sul maggiore raccordo e coordinamento tra le diverse componenti del sistema assistenziale e la centralizzazione dei servizi specialistici e di diagnostica potrà essere integrata con le varie forme di associazionismo⁵.

In ragione di ciò, bisogna avviare una radicale riorganizzazione e riqualificazione della specialistica attraverso la costituzione di *TEAM* SPECIALISTICI MULTIPROFESSIONALI E MULTIDISCIPLINARI, INTEGRATI dalle professionalità infermieristiche ed in rapporto stabile con i MMG ed i PLS.

Questi *team* saranno costituiti per la gestione di pazienti cronici (scompenso cardiaco, diabete mellito, epatopatia, ipertensione, target ad elevato rischio cardiovascolare, etc.) e opereranno attraverso l'istituzione di AMBULATORI DEDICATI, organizzati PER PATOLOGIA (Ambulatorio Scompenso, Ambulatorio Diabete, etc.) all'interno di programmi di GESTIONE INTEGRATA tra MMG/PLS, Specialisti ed Infermieri distrettuali.

Si rende opportuno che, in particolare per i pazienti cronici, venga contemplata nell'organizzazione della specialistica anche la possibilità di ACCESSI URGENTI, richiesti in modo motivato e

⁵ In questo scenario vanno considerate, oltre alle forme associazionistiche classiche, anche le modalità aggregative previste dal nuovo Accordo Nazionale, già segnalate nella Nota 1 (AFT- Aggregazioni Funzionali Territoriali e UCCP – Unità Complesse di Cure Primarie).

documentato dai MMG/PLS o da altro Specialista, in particolare per pazienti in condizioni di pre-scenpso di malattia (i pazienti con problemi di acuzie vanno sempre indirizzati al Pronto soccorso)..

Al fine di ridurre l'uso dell'ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest'ultimo il ruolo primario di assistenza, potrà essere costituito, presso il PTA, un Punto di Primo Intervento (PPI), già precedentemente accennato. Per le realtà non collegate agevolmente con le strutture ospedaliere potrà essere opportuno prevedere un Punto Territoriale di Emergenza (PTE).

PPI e PTE rappresenteranno, con le loro differenze, la forma organizzativa attraverso la quale si potrà garantire, assieme alla Guardia medica notturna, un'ASSISTENZA h 24 e si potrà realizzare un punto di riferimento valido, alternativo all'ospedale, per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi).

Le varie forme dell'associazionismo (di rete, di gruppo, ...) previste dall'accordo regionale dei MMG e dei PLS contribuiranno a rinforzare il disegno di integrazione.

Nella prospettiva di riqualificare la funzione specialistica, nei PTA potrà essere attivato un ulteriore strumento di governo clinico, molto rilevante per la prevenzione dell'ospedalizzazione dei pazienti cronici: il *DAY SERVICE AMBULATORIALE TERRITORIALE* (Direttiva Assessoriale del 29/01/09), dei cui si parlerà nella seconda parte del documento.

2 - PIENA VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITA' E DELLE FUNZIONI INFERMIERISTICHE AUTONOME E INTEGRATE IN TEAM MULTIPROFESSIONALI

La RIQUALIFICAZIONE DELLA FUNZIONE INFERMIERISTICA è una chiave di volta importante per la riorganizzazione e la riqualificazione delle funzioni territoriali, in particolare per la gestione dei pazienti cronici. Le figure infermieristiche forniranno un contributo sostanziale nella Gestione Integrata, nei Team Multiprofessionali Integrati e nelle diverse forme più estese di aggregazione, come le AFT e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Queste figure centrali saranno chiamate a riorganizzare le attività attraverso la gestione di "AMBULATORI INFERMIERISTICI"⁶ ed a fornire competenze specifiche ai Percorsi Assistenziali dei pazienti affetti da patologia a lungo termine. In tale ambito, infatti, la priorità emergente è quella di "deospedalizzare" e di "demedicalizzare" la cura dei pazienti.

La letteratura scientifica è ricca di riferimenti a consolidate esperienze di educazione del paziente e dei *caregiver* familiari, di contributo all'autogestione del paziente (*self care*), di organizzazione di tipo *care e case-management*⁷, di *FOLLOW-UP INFERMIERISTICO AUTONOMO* (anche telefonico) all'interno di piani di cura condivisi con i medici e con gli altri attori fondamentali del processo di cura. Vi è unanime accordo, nelle esperienze più consolidate, sui risultati che tali strumenti sono in grado di generare anche sul versante dell'economicità e non solo dell'efficacia e del complessivo miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

⁶ Esistono vari tipi di Ambulatorio Infermieristico: oltre quello "generico" (che si occupa di medicazioni, prelievi, rimozione punti di sutura, terapie iniettive e infusionali), esistono esperienze di Ambulatori Infermieristici specializzati su varie patologie (Diabete, Scenpso, Stomie, etc.).

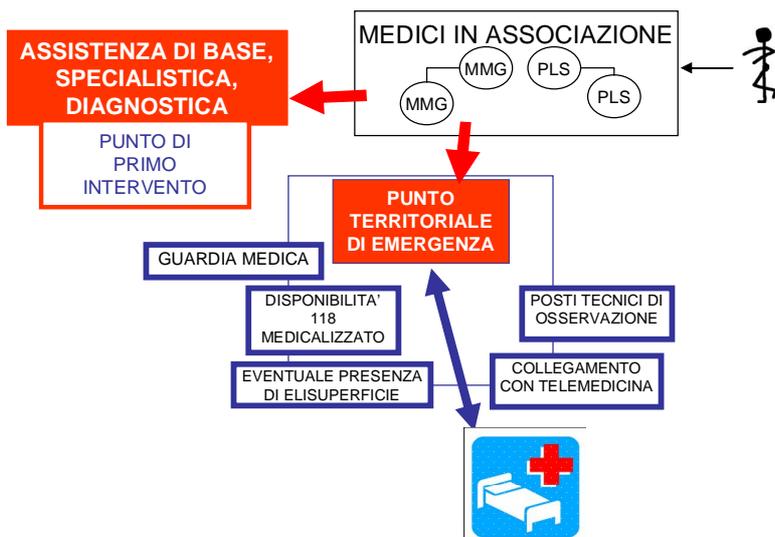
⁷ Con questi termini si indicano figure professionali (per lo più infermieristiche, ma talvolta anche mediche) specificamente responsabilizzate sul *management* di un *target* mirato di pazienti. La differenza tra il *Care-* ed il *Case-Manager* è legata al carico assistenziale ed alla complessità gestionale, e generalmente la funzione del *case-manager*, più personalizzata sul "caso", è prevista per la gestione dei pazienti ad alta complessità. Per rendere efficace l'azione di queste figure vi è necessità di una rivisitazione organizzativa ed operativa dei servizi. Deve essere ben chiaro che esse non si contrappongono alla centralità del Medico di Medicina Generale come "*care manager naturale*" del paziente, dato che operano in piena sintonia con quest'ultimo facilitandone e rendendone più efficace la funzione. La struttura di *Care e Case-Management* può avere disegni diversi a seconda delle caratteristiche dell'organizzazione e del contesto e non esistono, quindi, schemi rigidi e aprioristicamente applicabili.

Nei presidi ospedalieri dovrà essere attivato un “UFFICIO TERRITORIALE” con un Referente (infermiere o assistente sociale) collegato al PTA ed allo Sportello di Accesso Unico alle cure ivi allocato. Il Referente dell’Ufficio Territoriale si inquadra come un *case-manager* territoriale allocato presso i presidi ospedalieri per “agganciare” il paziente cronico (Diabete mellito e Scompenso cardiaco in primis) ed il paziente post-acuzie con patologia severa (Infarto Miocardico, Ictus, ...) alle rete territoriale prima della sua dimissione.

Si tratta, come verrà meglio specificato nel § 2.7, di una figura che affianchi il Referente per le “dimissioni protette” (riservate ai pazienti non autosufficienti) ma con una specifica funzione di collegamento con lo Sportello unico del PTA e più in generale con i servizi del distretto per facilitare i percorsi post-dimissione dei pazienti cronici o post-acuti con patologia severa, anche quelli dimessi in condizione di piena autosufficienza.

Quindi tale Referente sarà il punto di riferimento per qualunque problematica di collegamento al PTA ma svolgerà una funzione attiva nell’ “agganciare” al PTA ed alla rete territoriale (il proprio MMG, lo Sportello del PTA, l’Ambulatorio Infermieristico, etc.) prima della loro dimissione, i target di pazienti prioritari precedentemente citati.

Il Referente sarà, in particolare, il punto di riferimento per tutti quei pazienti che dovranno muoversi nelle aree più critiche per il sistema, quali i pazienti post-ictus o post-trauma che necessitano dell’attivazione rapida di percorsi riabilitativi. Molto spesso, infatti, i ritardi in questo settore diminuiscono le effettive potenzialità di ripresa, generando danni irreparabili pagati successivamente sia in termini di salute e di qualità di vita per i pazienti, sia in termini di maggiori costi per il sistema. La funzione del *case-manager* in questi casi dovrà essere quella dell’attivazione pre-dimissione del circuito riabilitativo in modo da facilitare l’invio concordato del paziente alle strutture territoriali che siano più tempestivamente disponibili alla presa in carico precoce ed all’inizio tempestivo dell’iter riabilitativo.



2.3 - LA GESTIONE DELLE URGENZE

L'area delle urgenze a livello territoriale deve svilupparsi verso due prospettive:

- ISTITUIRE “PUNTI DI PRIMO INTERVENTO” (PPI) NEI PTA, gestiti nell'ambito delle Cure primarie, con la finalità di rispondere alle urgenze di primo livello nel territorio, nella prospettiva di incidere sulla riduzione degli accessi

al Pronto Soccorso e, conseguentemente, anche sulla riduzione dei ricoveri;

- DISLOCARE “PUNTI TERRITORIALI DI EMERGENZA” (PTE⁸), componenti della rete emergenza-urgenza, collegati ai PTA in caso di contesti con particolari problemi, come la distanza dai presidi ospedalieri, nei quali risulta necessario assicurare una presa in carico dei casi acuti, finalizzata ad una gestione in loco, ove ciò si rendesse possibile, o ad un trasferimento protetto del paziente nel Presidio ospedaliero più idoneo.

I “PUNTI DI PRIMO INTERVENTO” NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE

Per quanto riguarda la gestione delle urgenze territoriali, l'associazionismo dei MMG e dei PLS (di rete, di gruppo), la cui finalità primaria è quella di garantire una copertura assistenziale quanto più ampiamente possibile distribuita nelle h 12 diurne, rappresenta, innanzitutto, il primo livello di assistenza anche relativamente alle “piccole urgenze” che usualmente possono essere gestite nell'ambito di uno studio medico monoprofessionale.

I Punti di Primo Intervento (PPI), gestiti all'interno della rete delle Cure Primarie, rappresentano un secondo “filtro” e si prefiggono la finalità di ridurre l'uso dell'ospedale e di riqualificare la funzione del territorio, restituendo a quest'ultimo il ruolo primario di assistenza.

Il PPI rappresenta la forma organizzativa attraverso la quale i PTA potranno garantire, assieme alla Guardia Medica notturna, un'effettiva ASSISTENZA h 24 e costituire un punto di riferimento valido, alternativo all'ospedale, anche per le urgenze di basso-medio livello (codici bianchi e, in parte verdi). L'esistenza, infatti, dei PPI gestiti attraverso la rete delle Cure Primarie (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale), sulla base di quanto emergerà dai tavoli di concertazione regionale per il nuovo AIR (Accordo Integrativo Regionale) e sulla base dei vincoli/potenzialità dei diversi contesti locali, potrà effettivamente rappresentare un'alternativa concreta all'uso dell'ospedale, anche grazie alla disponibilità di servizi diagnostici ed al supporto che potrà essere garantito dagli infermieri e dagli specialisti poliambulatoriali operanti nei PTA.

I risultati di un tale disegno non saranno legati soltanto all'economicità di questo nuovo scenario ma anche alla riduzione del grave disagio legato all'intasamento del Pronto Soccorso ed all'usuale grande attesa dei pazienti con codice bianco-verde.

Per potenziare ulteriormente questa rete di gestione territoriale delle urgenze, localmente le ASP analizzeranno l'opportunità di collocare un “AMBULATORIO CODICI BIANCHI”, con apertura h12

⁸ Per PTE si intende una postazione della rete di emergenza-urgenza in cui operano i medici dell'emergenza territoriale. Tali punti devono essere collegati al Dea (Dipartimento di Emergenza e Accettazione) del Presidio centrale di riferimento della ASP e devono dare una prima risposta sanitaria all'emergenza-urgenza.

diurne, gestito attraverso personale ASP (anche specialista ambulatoriale) in seno alle sedi di Pronto Soccorso, in modo da poter ulteriormente snellire gli accessi per i codici bianchi che sono “sfuggiti” alla rete territoriale costituita dai PPI e dai PTE.

I PTE (PUNTO TERRITORIALI DI EMERGENZA) NELL'AMBITO DELLA RETE EMERGENZA-URGENZA

E' ampiamente condiviso tra gli esperti del settore che la prospettiva sulla base della quale bisogna rifunzionalizzare i servizi di emergenza-urgenza è quella di garantire ai pazienti acuti condizioni adeguate (strutturali, tecnologiche e professionali) di assistenza.

E' dimostrato, infatti, che gli ospedali non adeguatamente attrezzati per l'emergenza-urgenza e più in generale per l'acuzie possono costituire dei veri fattori di rischio perché la presa in carico dei pazienti, senza poter garantire assistenza “idonea” (completa e qualificata in termini di esperienza nella gestione di casi complessi), può rappresentare una perdita di tempo che può incidere negativamente sulla risposta all'acuzie. Un principio, quindi, su cui si basa la rifunzionalizzazione della rete di emergenza-urgenza territoriale non è quello di avere come riferimento l'ospedale più vicino ma è quello di fare in modo che il paziente possa fruire di immediate cure di stabilizzazione e di trasporto tempestivo nel contesto ospedaliero più appropriato per la gestione efficace dei suoi problemi.

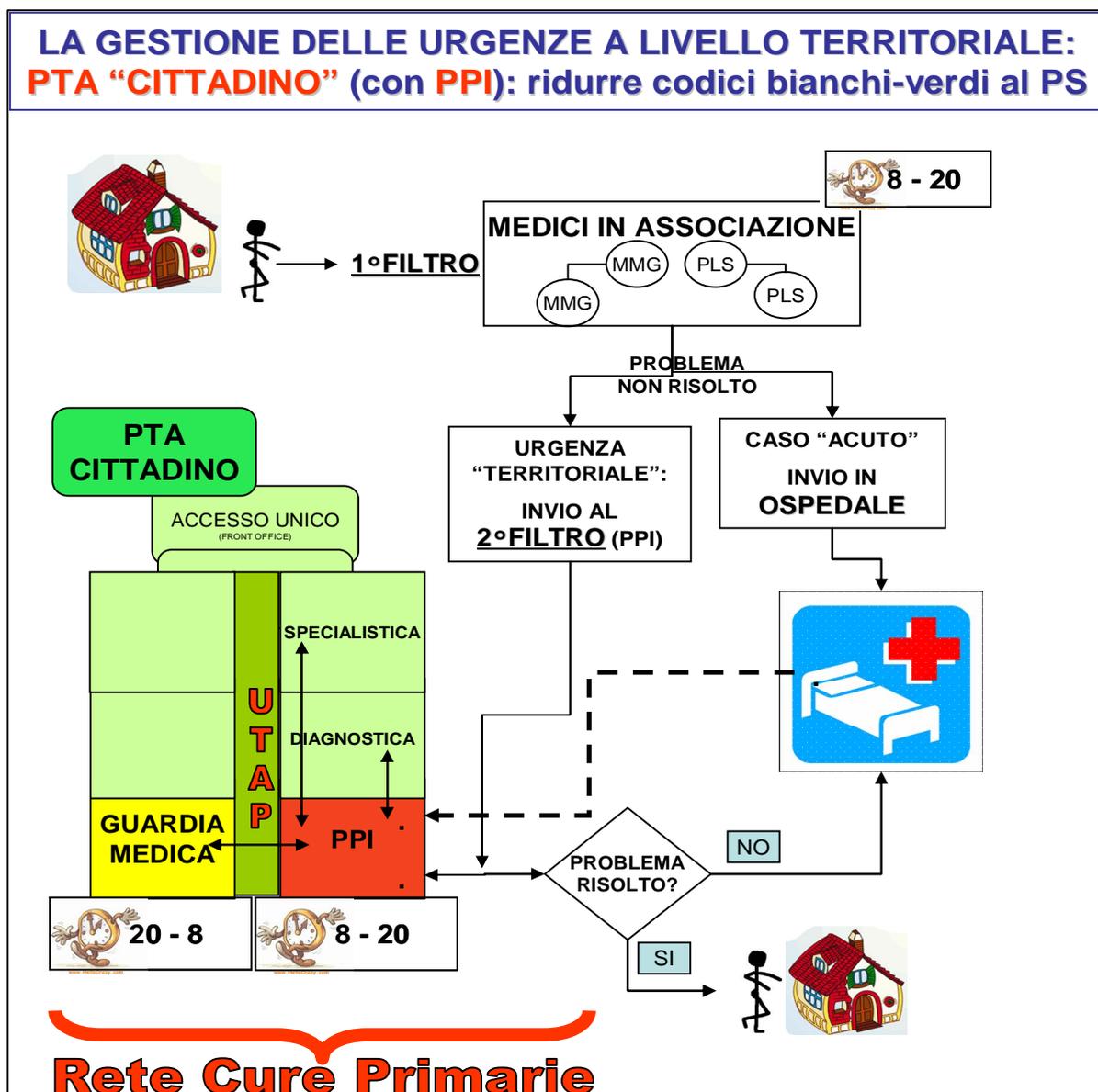
In ragione di queste premesse, la logica con la quale si stanno rifunzionalizzando i presidi ospedalieri ed il sistema del 118 nella Regione Sicilia è quella di identificare, innanzitutto, i “punti centrali” della rete (ospedali adeguatamente attrezzati per l'emergenza, cioè per i casi altamente complessi). A questi sarà possibile collegare i “PTE-Punti Territoriali di Emergenza” periferici, idoneamente attrezzati per rispondere a tutte le urgenze di bassa-media complessità ed alle esigenze di primo intervento e di tempestivo trasporto medicalizzato per tutti quei pazienti con patologia acuta che in loco non potrebbero ricevere cure idonee.

Si rende necessaria una profonda valutazione degli attuali PTE ed una valutazione di impatto delle eventuali nuove strutture da creare, ma nei PTE dovrà esservi la disponibilità di un'ambulanza medicalizzata per il trasporto assistito (e di un'elisuperficie per i territori con gravi difficoltà di collegamento), con un raccordo con gli ospedali di riferimento della zona, in modo da poter garantire una cura tempestiva ed appropriata alle esigenze del caso clinico. La presenza, nel PTE, di posti tecnici di osservazione ed il collegamento con la rete della telemedicina metterà in grado gli operatori di poter gestire in loco la maggior parte dei pazienti e di limitare il trasporto nell'ospedale più idoneo ai pazienti più complessi.

L'inclusione, in questo disegno, anche della Continuità Assistenziale (Guardia Medica) potrà permettere di gestire in modo più veloce e più consono l'accesso, smistando i codici bianchi su un circuito più appropriato, snellendo, così, l'iter dei codici più complessi e riducendo l'attesa, che costituisce uno degli aspetti più critici di accesso ai servizi.

Inoltre, lo stretto collegamento con le forme associative dei MMG e dei PLS, in particolare nei distretti periferici, potrà fornire un ulteriore valido contributo anche in questo circuito, considerato che, come sarà meglio esplicitato nel paragrafo successivo, l'aumento delle ore diurne di assistenza, garantito attraverso le varie forme di associazionismo, è in grado di ridurre l'uso improprio, e quindi l'intasamento, dei PTE e dei Pronto Soccorsi ospedalieri.

La figura seguente sintetizza quanto detto in precedenza e mostra l'iter del potenziale paziente con un problema di "urgenza territoriale" (i casi acuti vanno sempre indirizzati, tramite la rete emergenza-urgenza, al Pronto soccorso ospedaliero), che può trovare soluzione nella "medicina in associazione" che costituisce il suo punto di riferimento primario.

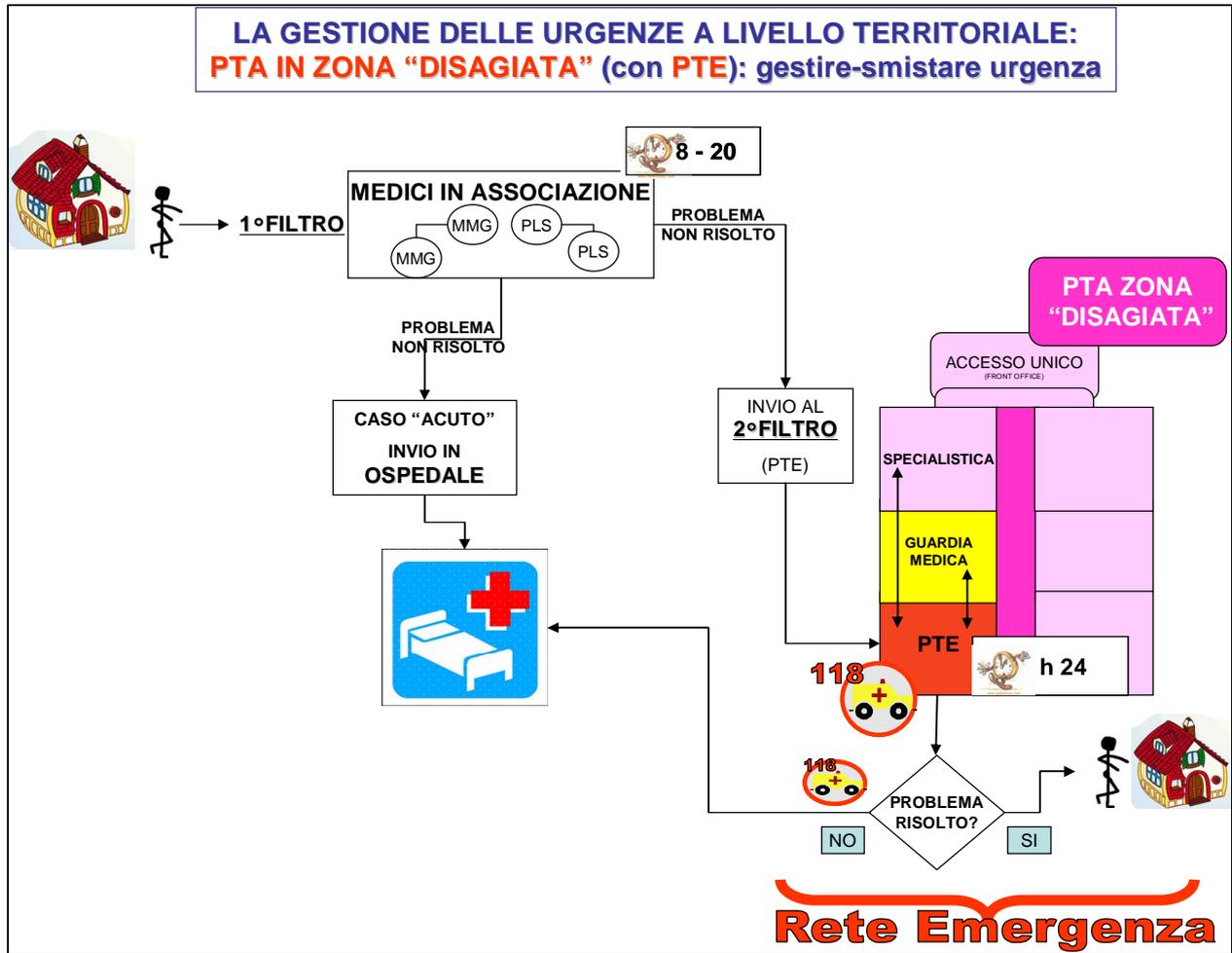


Laddove ciò non fosse possibile, esisterà un secondo "filtro", costituito dal PPI (Punto di Primo Intervento) allocato all'interno del PTA, che garantirà l'apertura h12 diurna, con una disponibilità di un team (infermiere, specialista), attivabile secondo le esigenze, e con la possibilità di approfondimento diagnostico, ove ciò si rendesse necessario.

Laddove il caso non fosse all'altezza della potenziale gestione in loco, il paziente dovrà in ogni caso fare riferimento al Pronto Soccorso ospedaliero.

La presenza, nello stesso ambito del PTA, della Guardia Medica notturna permetterà di fare del PTA una struttura di riferimento h 24 per la popolazione.

La figura successiva mostra l'iter del paziente che accede ad un PTA periferico, in zona disagiata, che include un PTE (Punto Territoriale di Emergenza) gestito dall'area emergenza-urgenza.



Anche in questo caso, risulta fondamentale, al fine di ridurre l'uso improprio dei Presidi di urgenza, il corretto funzionamento dell'associazionismo nell'ambito delle Cure primarie.



2.4- L'ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI E RESIDENZIALI

Il PTA rappresenterà la porta d'accesso anche per le Cure domiciliari. L'accesso "unico", di cui si è già parlato nel paragrafo 2.1, garantirà, infatti, l'accoglienza, la presa in carico e lo smistamento del paziente anche in questo importante settore assistenziale.

L'équipe del Punto (o Sportello) Unico di Accesso alle Cure Domiciliari⁹ dovrà, quindi, essere in grado di discernere il bisogno espresso, indicando percorsi sociali, sanitari e sociosanitari personalizzati, dove solo per le risposte sociosanitarie verrà richiesto il coinvolgimento della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Per quanto riguarda le Cure Domiciliari, si rimanda al D.A. del 2 luglio 2008, che distingue i seguenti profili:

1. Cure Domiciliari Prestazionali caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato.
2. Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello
3. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e cure domiciliari palliative per malati terminali.

Come indicato dalla LR 5/2009, in alcune condizioni al PTA potranno essere associate anche strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con il fabbisogno del territorio e con la disponibilità di strutture idonee. Questa ulteriore possibilità apre una prospettiva di ulteriore integrazione in un'area di grande impatto sulla deospedalizzazione.

Infine, appare utile porre in risalto l'importanza delle logiche di connessione e di stretta integrazione del circuito delle Cure domiciliari con l'Ospedale. Nelle strutture ospedaliere, come verrà meglio esplicitato nel § 2.7 e nella Sezione 4 della 2^a parte del documento, esisterà, infatti, un "Referente per le dimissioni protette", componente del Servizio Sociale ospedaliero o ad esso strettamente collegato, che fungerà da raccordo ospedale-territorio per i casi di non autosufficienza e che, allertato in fase pre-dimissione, prenderà in carico il paziente e, rapportandosi con le strutture territoriali (Servizio Sociale Territoriale, Sportello PTA, UVM), oltre che con il MMG, gestirà l'indirizzamento del paziente ed il suo invio nella rete dei servizi di cure primarie.

Di grande importanza è, inoltre, l'integrazione della rete delle Cure domiciliari con i Servizi Sociali dei Comuni, dando così piena attuazione alle prospettive integrative indicate dalla Legge 328/2000 di integrazione socio-sanitaria, dalle quali potranno scaturire importanti linee di azione condivisa,

⁹ FUNZIONI DELLO "SPORTELLO UNICO DI ACCESSO ALLE CURE DOMICILIARI": Raccolta (telefonica e non) delle istanze di accesso alle cure domiciliari (C.D.) e smistamento-indirizzamento delle domande:

- smistamento verso altri settori (Riabilitazione ex art. 26, Salute mentale, Sert, Materno-Infantile, ...)
- smistamento verso il Servizio di Assistenza Domiciliare del Comune, previo contatto con Ass. Sociali
- invio al Responsabile C.D. del Distretto per l'eventuale attivazione dell'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)
- registrazione dati su "Registro distrettuale delle C.D."

che nelle regioni nelle quali sono state già attivate sono state foriere di importanti risultati di salute su vari fronti:

- ATTIVITA' DI SEGRETARIATO SOCIALE PER L'INFORMAZIONE per fornire informazioni ed orientamento sui servizi sociali ed assistenziali pubblici e privati a tutti i cittadini,
- ATTIVITA' DI SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE per prevenzione, sostegno e recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazione di bisogno e di disagio, anche promuovendo e gestendo la collaborazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore,
- ATTIVITA' DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE utili per tutti i casi in cui debbano essere attivati interventi immediati, realizzabili anche coinvolgendo i soggetti adeguati del terzo settore, che si prefigge di garantire una risposta tempestiva e concreta a persone in situazioni gravi.

Molto importante, come già segnalato precedentemente, il raccordo e la potenziale integrazione tra le ASP ed i Comuni sia per la gestione dei Punti unici di accesso alle Cure Domiciliari, sia per il potenziale utilizzo anche di spazi e di strutture messe a disposizione dai Comuni per lo sviluppo di attività integrate.

2.5- IL COLLEGAMENTO DEL PTA CON GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI

PRESENZA O COLLEGAMENTO DI TUTTI I SERVIZI DI CURE PRIMARIE (NPI, SALUTE MENTALE, IGIENE PUBBLICA, CONSULTORI, SERT, ...)

ALTRA ASSISTENZA TERRITORIALE

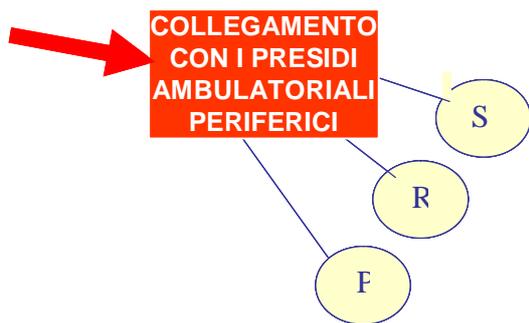
Come già detto in premessa, il PTA dovrà costituire la porta di accesso del cittadino-utente a tutti i servizi relativi all'assistenza medica e pediatrica di base, all'assistenza specialistica extra-ospedaliera, ivi inclusa la Neuropsichiatria Infantile, i Sert, alla prevenzione, all'assistenza domiciliare, all'assistenza sanitaria in regime residenziale o semiresidenziale, all'assistenza farmaceutica ed integrativa.

Molto importante, in particolare, lo stretto collegamento del PTA con i circuiti assistenziali più critici, quali quello della Salute Mentale e del Materno-Infantile (specialmente con la rete consultoriale, che ne è una componente importante), per l'invio attivo dei pazienti e

degli utenti all'interno di percorsi assistenziali specifici, nei quali il PTA ed il suo Sportello Unico di Accesso può rappresentare uno snodo fondamentale.

Il PTA, con la sua logica di aggregazione, potrà costituire una struttura importante, nel futuro disegno a rete dei servizi territoriali, anche per l'eventuale accentramento di alcuni servizi specifici, come ad es., quelli relativi alla diagnostica di 2° livello (ECO e Colposcopia) ed al *counselling* specialistico per target specifici (giovani, donne maltrattate, stranieri), collegati all'ampia rete consultoriale di primo livello, o come il *Day Service* per i pazienti cronici complessi collegato alla rete poliambulatoriale. Questa aggregazione potrà generare economie di scala molto utili alle logiche di efficienza e potrà rispondere al fabbisogno di specializzazione che alcuni servizi necessitano, pur mantenendo una diffusa distribuzione dei servizi essenziali nel territorio periferico.

Come già segnalato in premessa, in questo documento non appare opportuno fare una disamina dettagliata dei vari servizi territoriali che potranno essere integrati, fisicamente o funzionalmente, con il PTA, dato che le Linee Guida si prefiggono di dare una visione d'insieme della riorganizzazione del territorio, focalizzandosi maggiormente sulla struttura e sul funzionamento del PTA come punto centrale della complessiva riqualificazione delle cure primarie e sul raccordo tra quest'ultimo e le varie aree assistenziali che compongono il variegato sistema delle Cure Primarie. L'approfondimento sulla riorganizzazione delle aree specifiche e dei singoli servizi sarà oggetto di altri strumenti regionali e dei piani aziendali che le direzioni delle ASP saranno chiamate a redigere tenendo in considerazione le potenzialità ed i limiti dei servizi presenti nel territorio ed individuando le migliori soluzioni per aggregare i servizi principali, senza sguarnire la periferia dei servizi essenziali. Come già più volte sottolineato, infatti, tutti i servizi territoriali potranno trovare allocazione fisica nel PTA, ma laddove questa non si rendesse fattibile o fosse ritenuta inopportuna, questi potranno essere collegati funzionalmente e informaticamente al PTA attraverso la "porta unica di accesso".



2.6- IL COLLEGAMENTO A RETE TRA PTA E GLI ALTRI PRESIDI DELLA RETE AMBULATORIALE

Nella realizzazione concreta dei PTA bisognerà saper individuare soluzioni diversificate a seconda delle potenzialità e dei limiti dei diversi contesti.

Come già detto precedentemente, in alcuni casi, infatti, il PTA potrà trovare allocazione fisica nelle rifunionalizzazioni di presidi ospedalieri. Laddove esistesse carenza di strutture disponibili, sarà necessario individuare soluzioni di aggregazione di servizi in grado di garantire in ogni caso l'integrazione organizzativo-operativa tra tutte le componenti che sono chiamate a contribuire a questo processo di profondo riorientamento del sistema assistenziale.

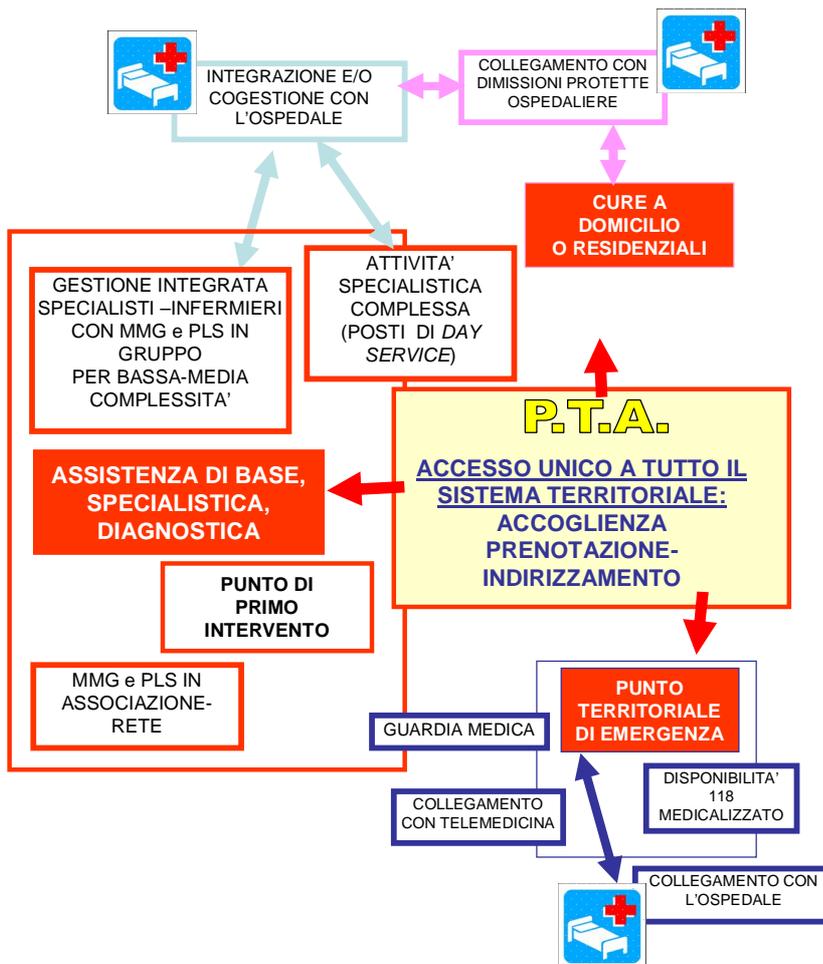
Il Piano attuativo dei PTA, che dovrà essere articolato dalle Direzioni strategiche delle nuove ASP secondo le presenti Linee Guida, dovrà tendere ad integrare i servizi ma allo stesso tempo, in particolare per alcuni servizi essenziali, quali i servizi preventivi (vaccinazioni, *screening*, ...) e la specialistica di base, dovrà prevedere la capillarizzazione delle prestazioni fondamentali per garantire l'equità distributiva nel territorio.

Ai PTA, quindi, intesi come "presidi centralizzati", nei quali si attiva la "presa in carico integrata", ed all'interno dei quali sarà possibile allocare servizi specifici, quali il *Day Service Ambulatoriale Territoriale*, dovranno collegarsi tutti i "poliambulatori decentrati" periferici, ai quali i cittadini potranno accedere direttamente, trovando risposta in loco oppure nel presidio centralizzato per quelle funzioni non disponibili in periferia. In tale direzione, il processo di informatizzazione che l'Assessorato sta portando avanti potrà sopperire alle distanze geografiche ed alla separazione dei servizi.

Nel ridisegno della rete della specialistica ambulatoriale le ASP dovranno tenere in considerazione anche gli ambulatori specialistici ospedalieri, che dovranno essere posti in rete con gli ambulatori territoriali ed indirizzarsi verso la gestione di una casistica più complessa.

Considerato che la cronicità, ed in primis il Diabete Mellito e lo Scompenso Cardiaco, è una priorità per tutto il sistema, è possibile ipotizzare l'esistenza di reti di ambulatori dedicati a questi specifici target di pazienti, finalizzati a differenziare i diversi livelli erogativi del sistema (ambulatori di 1°, 2° e 3° livello) in una logica di Gestione Integrata (vedi il paragrafo specifico nella parte 2^a del Documento) tra il MMG/PLS e la specialistica distrettuale ed ospedaliera, che andranno progressivamente differenziate secondo il grado di complessità gestionale dei pazienti.

2.7- IL COLLEGAMENTO DEL PTA CON L'OSPEDALE



Il collegamento tra il PTA e l'ospedale rappresenta una prospettiva fondamentale di sviluppo della rifunionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

I punti di interconnessione PTA-Ospedale riguardano le principali aree presenti nel PTA precedentemente trattate, ed in particolare:

1. COLLEGAMENTO DEI P.P.I. E DEI P.T.E., per rispondere alla necessità di costituire dei punti di riferimento collegati alle Cure Primarie (PPI) ed alla rete Emergenza-Urgenza (PTE), alternativi all'ospedale, per i casi urgenti gestibili a livello territoriale.

2. DIMISSIONI PROTETTE per pazienti ricoverati e dimessi con problemi di autosufficienza, da inserire nel circuito delle cure domiciliari o, ove necessario, residenziali.

Tale argomento sarà trattato al § 6 della 2ª parte.

3. DIMISSIONI "FACILITATE", in particolare DEI PAZIENTI CRONICI, in primis dei pazienti ricoverati per problemi legati al Diabete Mellito ed allo Scompensamento Cardiaco, e dei PAZIENTI POST-ACUZIE CON PATOLOGIE SEVERE (post-Infarto Miocardico, post-Ictus, ...). Le dimissioni facilitate garantiranno la continuità assistenziale attraverso il collegamento pre-dimissione con la rete territoriale di assistenza di riferimento del paziente (MMG, PLS, PTA e Specialistica ambulatoriale).

A tal fine in ogni ospedale verrà allocato un "Ufficio Territoriale", con un Referente (infermiere o assistente sociale) appartenente alla rete di assistenza territoriale delle ASP, che opererà in stretto collegamento con il "Punto Unico di Accesso" dei PTA e che prenderà in carico, secondo i principi del *case-management*, tutti i pazienti precedentemente citati, gestendo il percorso di collegamento con il MMG/PLS che ha in carico il paziente e con il circuito delle Cure Primarie collegato al PTA di appartenenza.

Particolare attenzione sarà posta ai pazienti cronici con livello di complessità medio-alto, che dovranno essere inviati, in accordo con il piano di cura indicato dal reparto di dimissione, al *Day Service* territoriale, che sarà descritto più avanti. Il Referente Territoriale, come già detto, prenderà in carico attivamente anche i pazienti post-ictus o post-trauma che necessitano dell'attivazione rapida di percorsi riabilitativi. Infatti, i ritardi in questo settore diminuiscono le effettive potenzialità di ripresa, generando danni irreparabili per i pazienti e per la loro qualità di vita, oltre che maggiori costi per il sistema. In questi casi il *case-manager* dovrà attivare, prima della dimissione, le strutture del circuito riabilitativo in modo da facilitare l'invio concordato del paziente alle strutture territoriali che siano più tempestivamente disponibili alla presa in carico precoce ed all'inizio tempestivo dell'iter riabilitativo.

4. AMBULATORIO "CODICI BIANCHI", già descritto nel § 2.3, allocato presso i PS dei Presidi ospedalieri, in modo da snellire le attività di "urgenza" svolte da questi ultimi.

SECONDA PARTE: APPROFONDIMENTI

- 1. “SPORTELLO DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE ED INDIRIZZAMENTO DEL PAZIENTE FRAGILE (diabete, scompenso, disabilità)”**
- 2. DAY SERVICE AMBULATORIALE TERRITORIALE**
- 3. GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI**
- 4. DOMICILIARITA' e RESIDENZIALITA'**

SEZIONE 1:

**LO “SPORTELLLO DI ACCOGLIENZA, INFORMAZIONE
ED INDIRIZZAMENTO DEL PAZIENTE FRAGILE
(diabete, scompenso, disabilità)” – vedi § 2.1.**

§ 3.1 – PREMESSA ALLO SPORTELLLO TERRITORIALE DEL PAZIENTE “FRAGILE”

Le scelte che sta compiendo la Regione Sicilia risultano essere sintoniche con il più ampio scenario nazionale ed internazionale, che vede nelle patologie croniche la sfida principale del terzo millennio per i sistemi assistenziali.

Coerentemente con tale scenario, il Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 ed il relativo Piano di Prevenzione della Regione Sicilia hanno individuato le patologie croniche come ambiti prioritari di intervento, articolando specifici programmi sulle cardiopatie, sulle neoplasie e sul diabete mellito, sui quali tutte le Regioni stanno già mettendo in atto specifici progetti regionali. Il Nuovo Accordo Stato-Regioni, siglato nel 2009, ha sancito il pieno prosieguo di tali linee prioritarie di intervento.

Il nostro contesto regionale appare molto problematico sul tema della gestione delle patologie a lungo termine, anche perché è presente un’oggettiva debolezza del modello organizzativo assistenziale del territorio ed un ruolo primario di riferimento dei pazienti, anche in condizioni di non-acuzie, fino ad oggi assunto dall’ospedale. Spesso i pazienti cronici sono costretti, per la debole offerta territoriale, a ricorrere al ricovero ed a “girovagare” tra i diversi servizi assistenziali, non trovando un’adeguata offerta integrata in ambito territoriale, per cui è il paziente stesso che usualmente deve farsi carico di sopperire alle carenze nella continuità assistenziale.

§ 3.2 - FINALITA’ E OBIETTIVI GENERALI DELLO SPORTELLLO

Per i motivi citati in premessa, bisogna iniziare ad implementare le prime iniziative in un’area, la gestione dei Pazienti “fragili”, in particolare con patologia a lungo termine, sulla quale le nuove Aziende Sanitarie Provinciali con i loro Distretti sanitari ed ospedalieri saranno chiamate a sviluppare interventi diversificati (*Day Service*, Gestione Integrata, Ambulatori Dedicati, Percorsi Assistenziali) ed integrati. Si ritiene, quindi, utile istituire, presso ogni PTA, lo “Sportello del Paziente Fragile”, in particolare con Diabete Mellito, con Scompenso Cardiaco e con disabilità¹⁰, che costituirà la base sperimentale per la sua successiva estensione anche ai pazienti affetti da altre patologie a lungo termine.

Lo Sportello sarà allocato nel PTA e presso i Poliambulatori specialistici maggiori e dovrà garantire le seguenti attività:

- riorientare i servizi territoriali verso l’affermarsi della continuità assistenziale, prioritariamente per il *target* dei pazienti cronici;
- concentrare le prestazioni specialistiche in un numero ridotto di accessi per i *target* più complessi di pazienti, che si rivolgono ai servizi per più di una prestazione (es.: visita diabetologica, controllo con altro specialista, esami di laboratorio, rilascio ausili, etc.) ;
- migliorare e favorire l’integrazione tra i diversi professionisti (non solo medici ed infermieristici) ed i differenti livelli del sistema sanitario;

¹⁰ Per questi pazienti lo Sportello garantirà, oltre all’accesso, anche PERCORSI FACILITATI. Appare utile segnalare l’esperienza della ASP di Palermo, che da due anni ha aperto uno Sportello dedicato al paziente con Diabete Mellito in due distretti.

- creare, nella prospettiva di un futuro “Registro dei pazienti cronici”, un iniziale impianto di registrazione dei pazienti e del loro *iter* clinico assistenziale, finalizzato al monitoraggio ed alla valutazione delle prestazioni erogate dallo Sportello e dal Poliambulatorio nel quale esso è inserito, ma che successivamente potrà rappresentare il fulcro cui collegare un sistema informativo più articolato;
- sviluppare iniziative sistematiche di informazione del paziente, finalizzate al migliore uso dei servizi (conoscenza dei servizi e dell’offerta, orientamento al loro uso appropriato, elaborazione e diffusione della modulistica), di accoglienza e di supporto attivo per il soddisfacimento dei bisogni e per la buona riuscita del suo percorso di cura;
- snellire gli iter burocratici sulla base del principio che “girano le carte e non il paziente”;
- iniziare a creare le condizioni (personale dedicato, contributi professionali specifici) affinché lo Sportello, all’interno del futuro piano di Gestione Integrata che dovrà connettere attivamente i MMG/PLS con gli specialisti, gli infermieri ed altre figure fondamentali del distretto (operatori del Servizio Sociale, del Servizio di psicologia, dell’ufficio educazione alla salute, etc.), possa divenire il punto di riferimento di un ampio “programma di educazione del paziente e dei *caregiver* familiari”. Esso potrà anche costituire lo snodo cruciale di una rete di servizi che, attraverso lo sviluppo di un piano di integrazione socio-sanitaria, miri a prendere in carico anche le problematiche socio-familiari del singolo paziente, in particolare quelle che incidono significativamente sulla gestione della sua patologia;
- coinvolgere le associazioni dei pazienti ed il volontariato specializzato, che potrà svolgere ruoli fondamentali nell’ambito dell’informazione del paziente, dell’educazione all’autogestione e del sostegno a casi di particolare complessità sociale.

§ 3.3 - LO SPORTELLO: LA SUA STRUTTURA, I SUOI PRODOTTI

Lo sportello gestisce e facilita l’applicazione dell’iter clinico-assistenziale del paziente. Esso diverrà, nel futuro piano di Gestione Integrata dei pazienti cronici, lo snodo centrale di un “Percorso Assistenziale” *evidence-based*, condiviso tra tutti i professionisti che contribuiscono al processo assistenziale (MMG/PLS, Infermieri e Specialisti distrettuali e, progressivamente, anche ospedalieri), al cui interno verranno inglobati indicatori di monitoraggio delle *performance* e dei risultati, che possano mettere in luce e valorizzare i contributi dei singoli attori assistenziali.

Risulta fondamentale il collegamento dello Sportello con il Centro Unico di Prenotazione. Il Direttore sanitario aziendale per il livello centrale, il Responsabile del Poliambulatorio ed il Direttore di Distretto nel quale ricade lo Sportello dovranno garantire le condizioni di fattibilità, tenendo in considerazione che per le attività di Sportello, prevalentemente informative, potrà essere utilizzato anche personale non sanitario.

Risulta, inoltre, importante il raccordo dello Sportello con tutte le componenti che concorrono al percorso assistenziale del paziente, sia sanitarie (Specialisti, Infermieri,

Servizi di diagnostica), sia amministrative (Esenzione ticket, Patenti speciali, Presidi ed Ausili, etc.). Di fondamentale importanza la possibilità di raccordare i diversi attori e di definire, per i casi più complessi, circuiti facilitati e celeri.

Nella prospettiva del consolidamento delle attività dello Sportello, diviene cruciale il coinvolgimento attivo dei MMG/PLS operanti nei distretti nei quali ricade lo Sportello.

Il paziente accede, infatti, allo Sportello su invio dei MMG/PLS o degli ambulatori distrettuali, o post-dimissione su invio da parte dei reparti ospedalieri, oppure può esservi indirizzato dal personale distrettuale e/o poliambulatoriale nel caso di accesso spontaneo, così come previsto nella *Flow Chart* allegata in calce, che delinea l'iter di massima della gestione di un paziente-tipo. Il disegno indicato nella *Flow Chart* dovrà essere contestualizzato nelle singole realtà locali ed articolato sulla base delle potenzialità e dei limiti del contesto.

Di fondamentale importanza la connessione, in entrata ed in uscita, con l'inviante ed in ogni caso con il MMG/PLS del paziente, che resta l'attore fondamentale dell'assistenza, al quale deve essere sempre indirizzato il paziente.

Con il supporto di personale idoneo, allo Sportello potranno essere collegate alcune attività molto importanti per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti, quali:

- il *follow-up* infermieristico telefonico, in accordo con il piano di cura, riservato a pazienti con particolari condizioni di rischio o nei quali sia utile rafforzare la *compliance* alla terapia o gli interventi educativi, in particolare in alcuni momenti più impegnativi (ad esempio: introduzione di un nuovo farmaco, fase di scompenso, etc.);
- lo svolgimento di attività di educazione dei pazienti (singoli o a gruppi) e dei *caregiver* familiari. Pur essendo evidente che l'educazione del paziente è una prerogativa di tutti i professionisti che con quest'ultimo vengono in contatto ed in primis del MMG/PLS per il rapporto di fiducia che egli ha con il paziente, nelle patologie croniche risultano molto efficaci attività strutturate e sistematiche di educazione, che possono essere svolte dal personale infermieristico poliambulatoriale o da altro personale tecnico idoneo (pedagogista, educatore, ...), che dovrà essere adeguatamente formato e che opererà in accordo con il piano di cura. Per le attività educative più strutturate e di gruppo potrà intervenire anche altro personale distrettuale ed aziendale (Psicologia, Educazione alla Salute, etc.).

§ 3.4 - INDICAZIONI OPERATIVE:

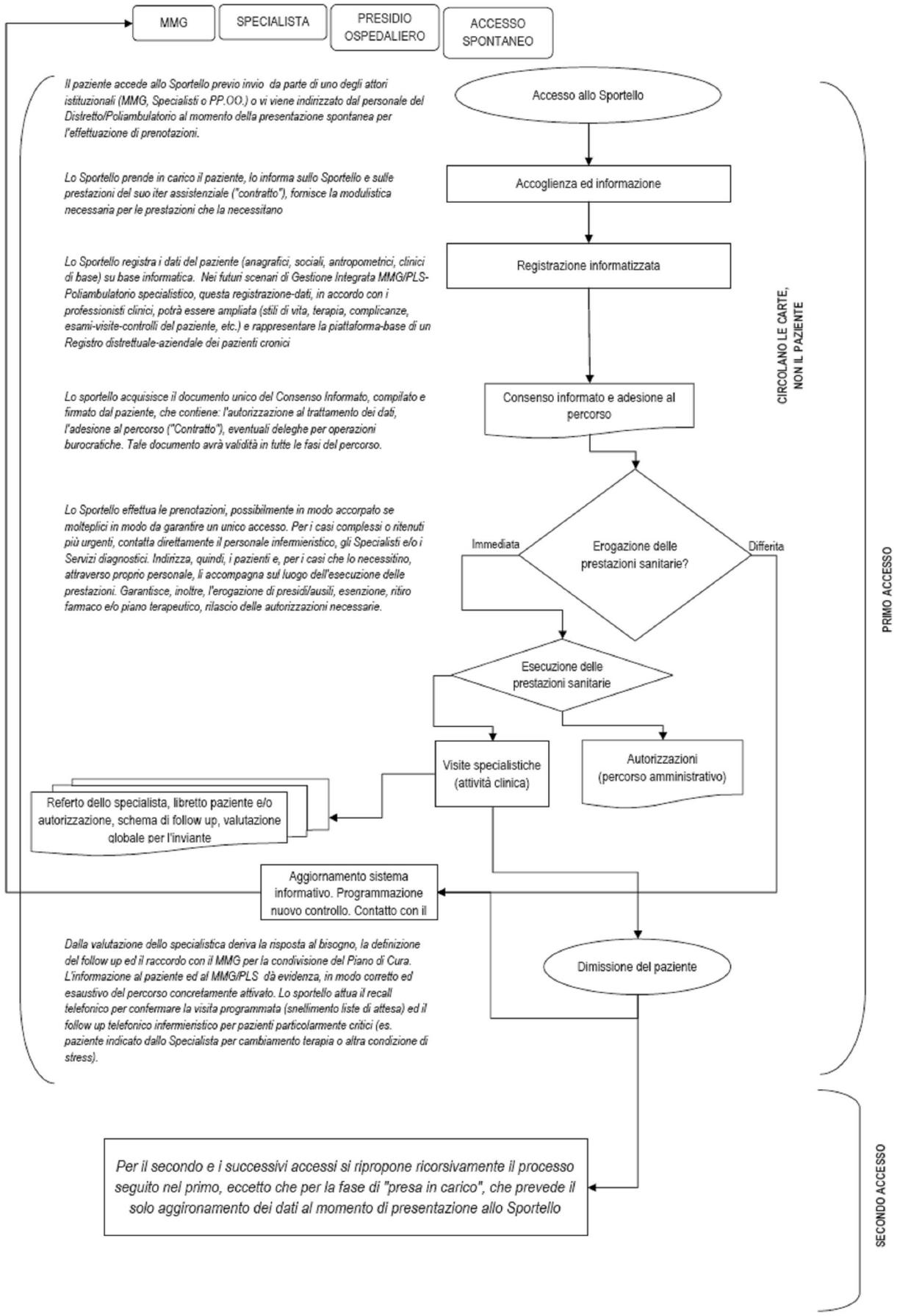
Ogni PTA dovrà avere uno Sportello dedicato ai pazienti cronici ed ai pazienti disabili, ma tale struttura potrà avere una più ampia diffusione. Dopo aver fatto un'analisi delle caratteristiche dei poliambulatori esistenti nei vari distretti aziendali, le Direzioni aziendali e distrettuali individueranno quelli nei quali si rende opportuna la collocazione degli "Sportelli". Per i contesti nei quali il numero di accessi è limitato è possibile prevedere un unico Sportello distrettuale con le stesse funzioni.

Il personale da utilizzare, previa istruzione sul funzionamento dello Sportello, può essere non-sanitario (anche contrattista), sanitario (in tal caso utilizzabile anche per attività più articolate) o misto. Utile anche la possibilità di utilizzare personale OSS, quando risulti necessario accompagnare i pazienti.

Tutto il personale del Poliambulatorio/Distretto deve essere portato a conoscenza dello Sportello e deve conoscere qual è il contributo specifico al Percorso del paziente (inclusi

gli Uffici amministrativi di esenzione ticket, presidi ed ausili, etc.). Il personale sanitario, in particolare infermieristico, è collaboratore stabile dello Sportello.

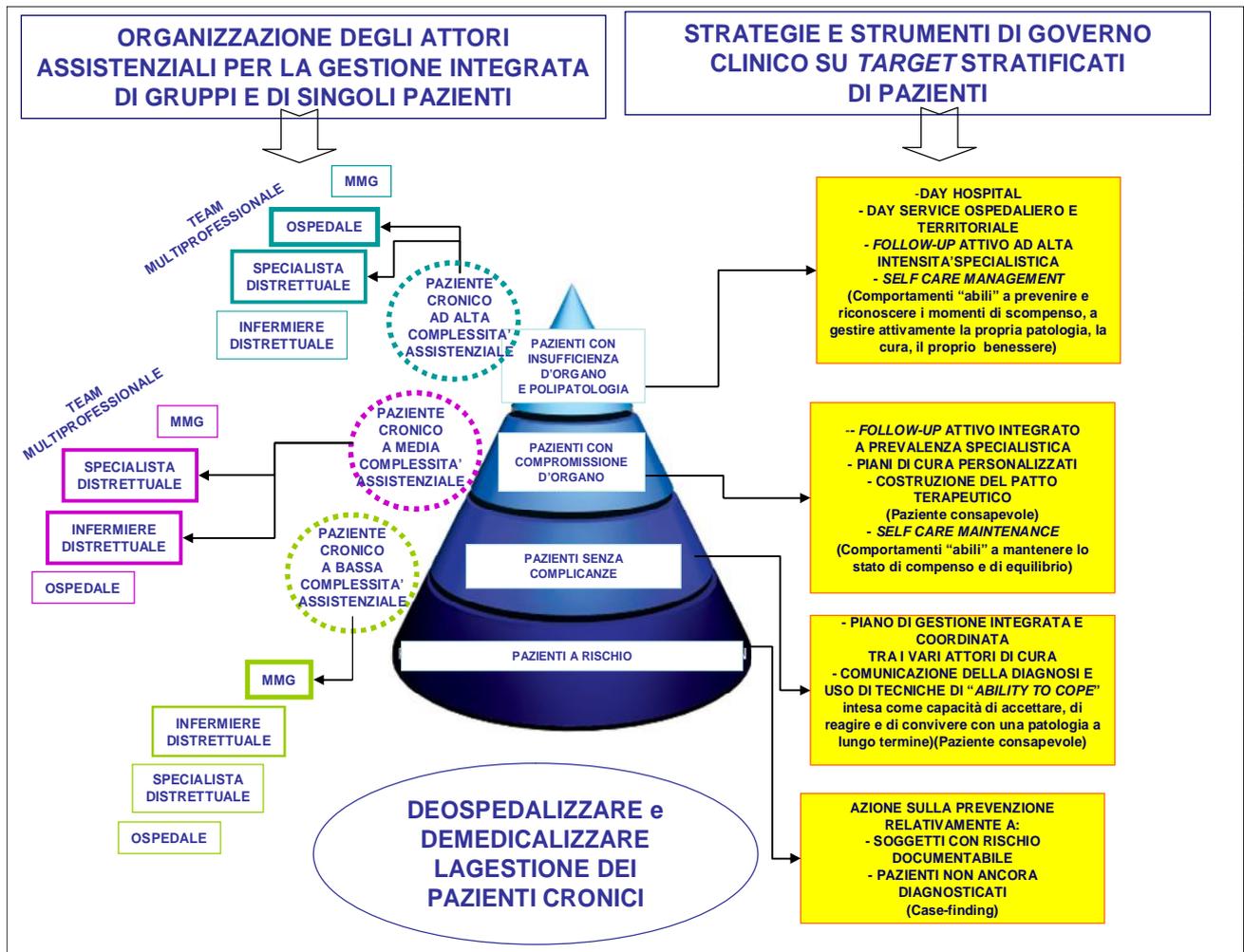
Di particolare importanza il collegamento con l'Ufficio Prenotazioni, con l'URP per la diffusione dell'informazione. Il Responsabile del Poliambulatorio, assieme al Caposala, ha funzioni organizzative complessive, anche relativamente alla prenotazione e gestione dei Pacchetti di Prestazioni) ed all'eventuale gestione di "percorsi facilitati" o "accessi urgenti", da prevedere come possibilità di inserimento non previsto nelle Agende del Poliambulatorio, riservati a pazienti con particolari esigenze assistenziali.



SEZIONE 2:
DAY SERVICE AMBULATORIALE TERRITORIALE
PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CRONICI COMPLESSI

§ 4 - IL DAY SERVICE TERRITORIALE COME STRUMENTO DI PREVENZIONE DELL'OSPEDALIZZAZIONE

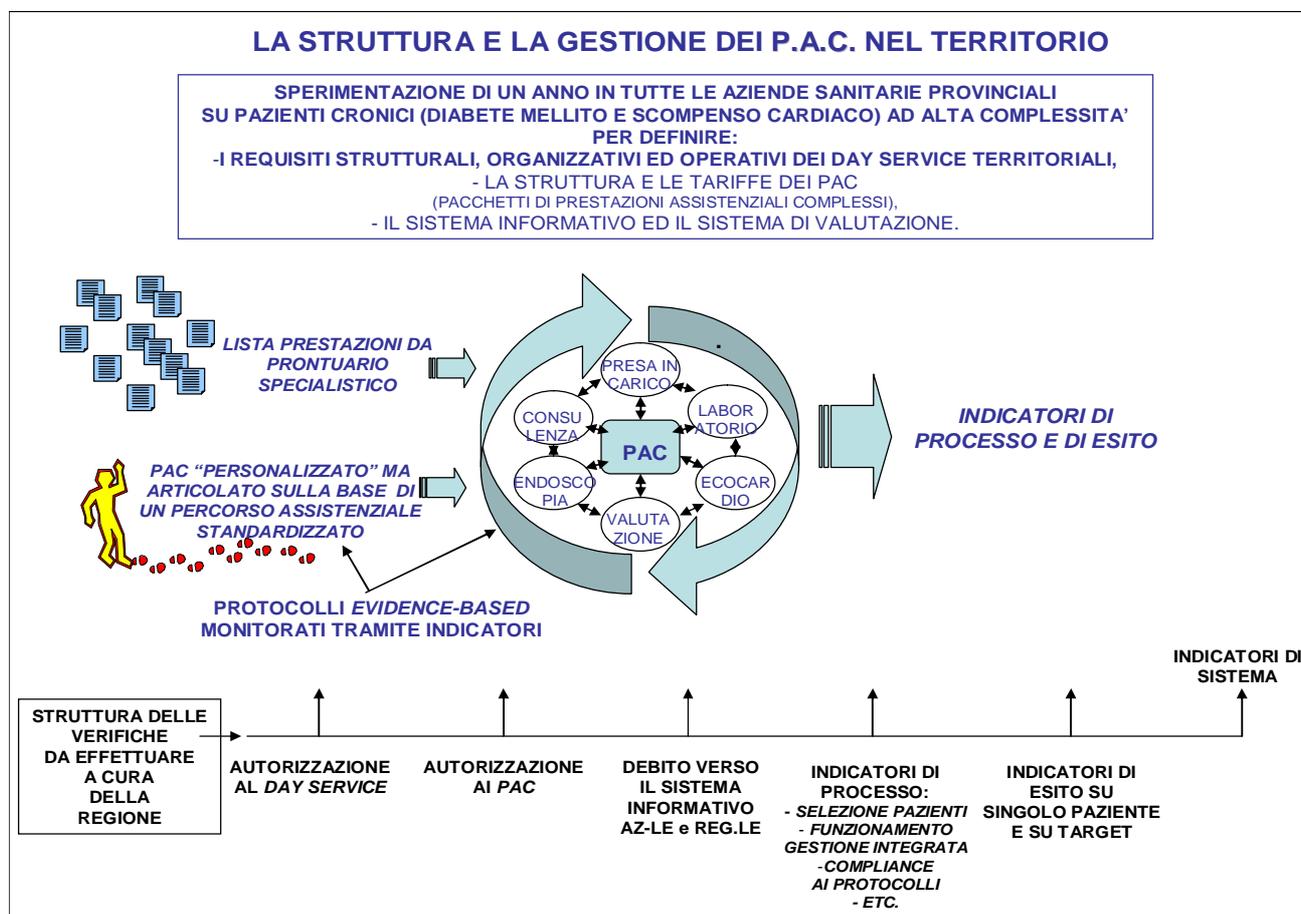
Come è ampiamente riconosciuto in letteratura, nelle patologie croniche (vedi Figura) i pazienti sono suddivisibili in *sub-target* a seconda del grado di sviluppo della loro malattia, e normalmente il *sub-target* più complesso, costituito da circa il 7-8% dei pazienti, è il principale responsabile dell'alta percentuale dei ricoveri e dei costi complessivi della gestione. Si tratta, in altri termini, di quei pazienti con equilibrio precario che, non trovando adeguate risposte a livello territoriale, vanno incontro a frequenti episodi di scompenso di malattia, dai quali scaturiscono i molteplici ricoveri.



Questi pazienti, per la loro complessità, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata, sul *follow-up* attivo periodico, multiprofessionale e multidisciplinare, sull'uso di strumenti più consoni a gestire la complessità (*case-management*, *follow-up* infermieristico, educazione del paziente e dei *caregiver* familiari all'autogestione) utilizzati in *setting* che prevedano strutture ad accesso facilitato, *team* di operatori esperti e dedicati a tali attività, alto livello di integrazione organizzativa ed operativa, erogazione di "pacchetti di prestazioni" (PAC) in luoghi e tempi concentrati, monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito, attivazione di uno specifico sistema informativo in rete.

Il *Day Service Ambulatoriale Territoriale (DSAT)*, gestito a livello distrettuale, è lo strumento strategico cardine con il quale il territorio può fornire un significativo contributo alla deospedalizzazione essendo uno strumento idoneo per la gestione dei pazienti cronici a maggiore complessità, per i quali l'usuale risposta monoprofessionale e frammentaria del territorio non è adeguata..

Esso nasce come un modello per attività specialistica ambulatoriale programmabile che comporta l'attivazione di interventi, articolati, multiprofessionali e interdisciplinari, utile a gestire alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero, in regime ordinario e/o in *Day Hospital*, risulta inappropriato.



Questi pazienti, per la loro complessità e per prevenire i frequenti ricoveri, hanno bisogno di una strategia mirata, basata oltre che sulla gestione integrata MMG/PLS-Team specialistico di cui si parlerà più avanti, su una serie di strumenti indispensabili, fra i quali spiccano il *follow-up* attivo, medico ed infermieristico, il *case-management*, l'educazione del paziente e dei *caregiver* familiari.

Il PAC (Pacchetto di prestazioni Assistenziali Complesse), che è lo strumento operativo del *Day Service*, non è una semplice somma di prestazioni: si tratta di una formula di offerta di prestazioni multiprofessionali e multidisciplinari integrate più aderenti ai bisogni "globali e complessi" dei pazienti e complessivamente più efficaci per il paziente e più economiche per il sistema assistenziale.

Ogni PAC prevede la lista ragionata di prestazioni (dal Nomenclatore Regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in modo da poter essere valorizzate) che trovano indicazione nella soluzione dello specifico quesito a cui il *Day Service* attivato per il paziente dovrà rispondere.

Da questa lista il medico della struttura erogante, che svolge la funzione di *case manager*, seleziona gli esami che ritiene utili per rispondere al quesito.

Day Service e PAC costituiscono, quindi, uno strumento strategico di potenziale impatto molto significativo in termini economici e di globale riorganizzazione della funzione specialistica e territoriale.

Tali strumenti devono, allora, essere gestiti oculatamente e devono rispondere a specifici *standard* assistenziali che originino da un "piano di cura" condiviso tra i vari attori e monitorabile attraverso indicatori di processo e di esito. Tutto ciò implica l'attivazione di un collegamento stabile tra

l'inviante (MMG, PLS, Specialisti, Ospedale) ed il *team* specialistico del *Day Service*. Risulta fondamentale lo sviluppo di un idoneo sistema informativo in grado di rispondere al fabbisogno aziendale e regionale di dati.

Nella Figura in alto viene delineato il disegno della sperimentazione del primo anno, che vedrà lo sviluppo di un lavoro congiunto tra ASP ed Assessorato, finalizzato ad identificare i requisiti strutturali, organizzativi ed operativi ed a valutare gli effettivi risultati di questa nuova formula d'offerta, evitando in tal modo il rischio che il DSA possa erroneamente tradursi nella semplice ridenominazione delle attività specialistiche poliambulatoriali..

Per realizzare un *Day Service Territoriale* sarà necessario rifunzionalizzare strutture ambulatoriali che siano in grado di garantire: accesso facilitato, costituzione di *team* di operatori esperti e dedicati a tali attività, con alto livello di integrazione organizzativa ed operativa che permetta l'erogazione di "pacchetti di prestazioni assistenziali complesse" (PAC) in luoghi e tempi concentrati.

Considerata la complessità del tema e la valenza strategica di un tale investimento, si rende necessaria una prima fase di avvio del *Day Service Territoriale* che veda una sperimentazione di un anno, alla quale ogni azienda territoriale sarà chiamata dall'Assessorato regionale a partecipare attraverso l'implementazione di un *DSAT* nella propria realtà.

Si rende necessario, in questa fase, concentrarsi prioritariamente su due target di pazienti affetti da patologia cronica:

- DIABETE MELLITO DI TIPO 2,
- SCOMPENSO CARDIACO.

Successivamente alla fase sperimentale e con il contributo delle aziende sanitarie e dei professionisti saranno presi in considerazione altre patologie ed ulteriori target (BPCO-Insufficienza respiratoria; Insufficienza renale; Ipertensione, ...).

Su questi temi si attiveranno audit specifici con i professionisti e verranno messe a punto Linee attuative mirate sull'organizzazione del *Day Service Territoriale* nelle patologie citate.

**SEZIONE 3 –GESTIONE INTEGRATA
E PERCORSI ASSISTENZIALI
PER L'ASSISTENZA A PAZIENTI CRONICI A BASSA-
MEDIA COMPLESSITA'**

§ 5 - GESTIONE INTEGRATA E PERCORSI ASSISTENZIALI PER L'ASSISTENZA A PAZIENTI CRONICI A BASSA-MEDIA COMPLESSITA'

Il problema dell'autoreferenzialità nel mondo sanitario costituisce un elemento di minore qualità dell'offerta ed incide gravemente sull'efficacia quanto sull'efficienza.. In tal senso la Gestione Integrata non è una scelta ideologica ma una necessità del sistema.

§ 5.1 - IL POTENZIAMENTO DELLA "GESTIONE INTEGRATA"

Secondo le indicazioni del Progetto IGEA¹¹, che costituisce l'ossatura tecnico-metodologica del Programma di Prevenzione Nazionale e Regionale (di cui al Decreto Assessoriale 6065 del 29/07/05) e la cui struttura progettuale centrata sul Diabete Mellito è senza dubbio mutuabile per altre patologie croniche, per Gestione Integrata (G.I.) deve intendersi un processo assistenziale mirato al progressivo consolidarsi di una prassi di gestione condivisa tra il MMG o PLS, che è il riferimento primario del singolo paziente, e la rete di professionisti territoriali (specialisti, infermieri, altre figure professionali) che entrano in gioco nell'erogazione di assistenza al paziente.

Il prodotto principale della Gestione Integrata è la definizione, concordata all'interno della rete assistenziale e sulla base di un Percorso di cura articolato e proattivo, di un "piano di *follow-up attivo*" che deve emergere da un programma mirato sui bisogni specifici del paziente ed attivamente concordato tra MMG/PLS e Specialista e tra questi e tutte le altre figure professionali chiamate a contribuire al percorso di cura.

NOTA 1:
I PASSAGGI-CHIAVE PER RENDERE OPERATIVA LA GESTIONE INTEGRATA NELLE AZIENDE SANITARIE:

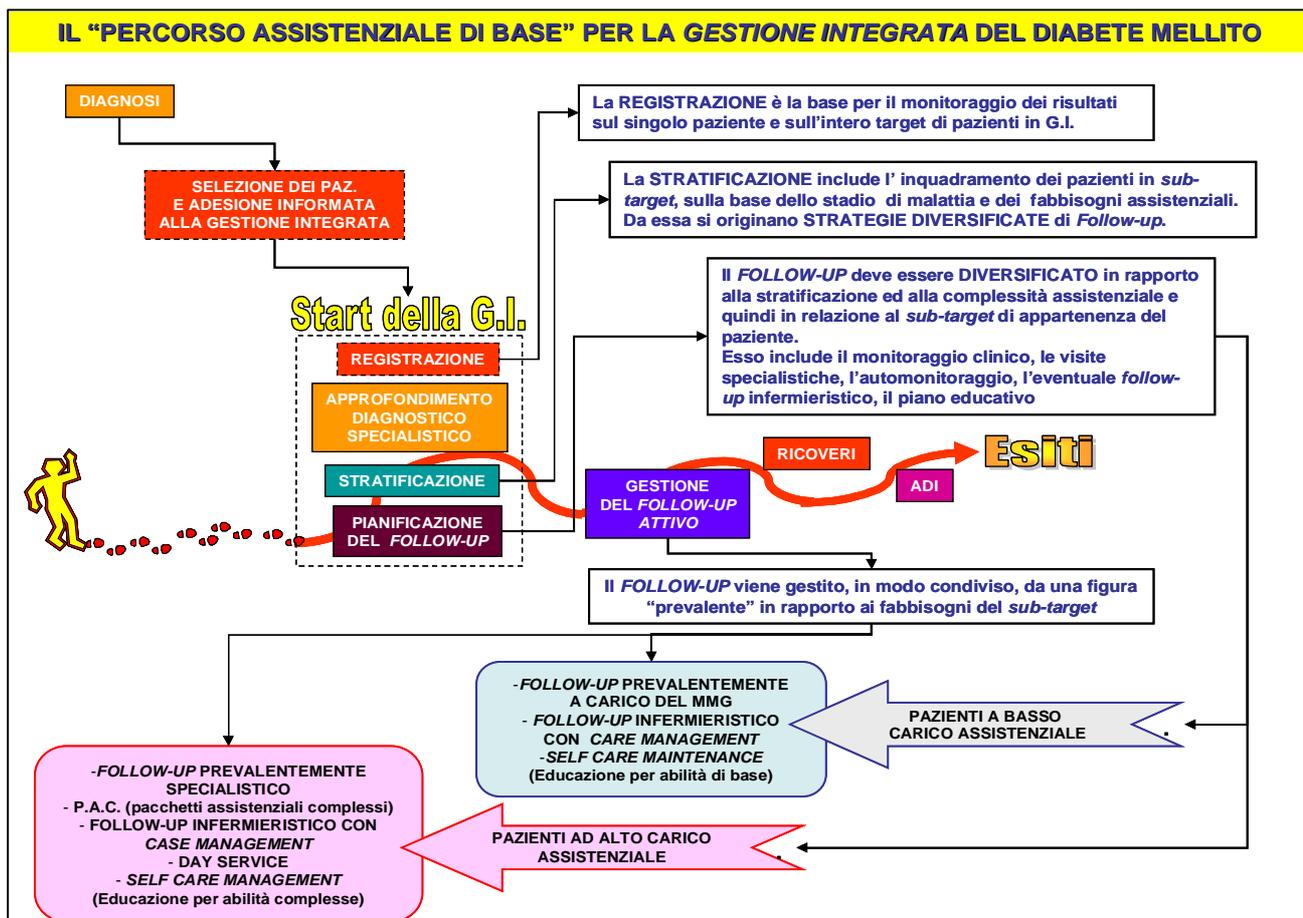
1. Individuazione del *target* di pazienti da porre in gestione integrata secondo la logica del *Follow-up* "non-esclusivo" ma "prevalente" esplicitata nel testo,
2. Adesione del paziente al programma di gestione integrata e registrazione in apposita scheda al fine di poter effettuare il monitoraggio tramite indicatori di processo e di esito sul gruppo di pazienti o sul singolo paziente,
3. Stratificazione dei rischi (funzione specialistica) del singolo paziente preso in carico nella gestione integrata e conseguente pianificazione di un "piano di *follow-up* annuale personalizzato" condiviso tra i professionisti e con il paziente, che definisca le scadenze delle visite specialistiche e non, i controlli diagnostici, le eventuali scadenze del *follow-up* infermieristico, le modalità del programma di automonitoraggio, gli *step* di educazione del paziente e degli eventuali familiari coinvolti nella cura (*caregiver*),
4. Attuazione e monitoraggio del "piano di *follow-up*", di cui al punto precedente, da parte dei vari attori assistenziali coinvolti, con scambio periodico di informazioni e di decisioni. Il *follow-up*, indipendentemente dal *setting* nel quale può essere svolto (studio del MMG/PLS, Ambulatorio Specialistico), deve avere le caratteristiche del *follow-up attivo* (vedi Nota 2) e deve essere monitorato e periodicamente rivalutato.

La G.I. è uno strumento molto valido per la gestione efficace ed efficiente dei pazienti cronici a bassa e media complessità, in grado di migliorare gli *outcome* e la qualità di vita dei pazienti, di ridurre i ricoveri impropri, di evitare il *follow-up* specialistico immotivato, di promuovere l'approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare più efficace del ben più diffuso approccio monoprofessionale, di dare centralità al paziente valorizzando pienamente le sue potenzialità di autogestione della patologia (*self care*). Il consolidarsi della prassi della gestione Integrata può divenire, inoltre, il presupposto fondamentale per riqualificare la funzione territoriale dell'assistenza

¹¹ Il Progetto IGEA (*Integrazione Gestione e Assistenza del Diabete*), nato a seguito alla Conferenza Stato-Regioni del 23 marzo 2005 quale strumento di supporto tecnico-metodologico al Programma di Prevenzione nazionale con particolare riferimento all'area della "Prevenzione delle complicanze del Diabete Mellito (*Disease Management del Diabete*) si basa su un lavoro sistematico e sistemico sul Diabete Mellito, di respiro nazionale e di ampia partecipazione (Enti istituzionali, quali l'ISS -Istituto Superiore di Sanità-, il CCM -Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie-, Associazioni di pazienti, Società scientifiche di professionisti, OO.SS. dei MMG e di varie categorie specialistiche). Il tema della Gestione Integrata è oggetto del Programma di Prevenzione della regione Sicilia (Decreto Assessoriale 6065 del 29/07/05) ed è in atto finalizzato a sviluppare la prima esperienza nel campo del Diabete Mellito, in armonia con il citato Progetto IGEA. E' a questo programma che si rimanda ed agli atti già prodotti e che saranno prodotti da questo Assessorato per definirne gli aspetti applicativi.

restituendo a quest'ultima, nelle sue articolazioni di primo e secondo livello, il ruolo centrale nella gestione dei pazienti non-acuti.

La figura in basso mostra uno schema di massima dell'iter ipotetico di G.I., al cui inizio (fase *start*) vi è la selezione dei pazienti¹² e la loro adesione al programma di G.I.. L'invio del paziente da parte del MMG/PLS allo Specialista è legato all'approfondimento diagnostico ove necessario, alla stratificazione del rischio ed alla classificazione dei pazienti in *sub-target* a seconda del grado di evoluzione della patologia e della complessità assistenziale.

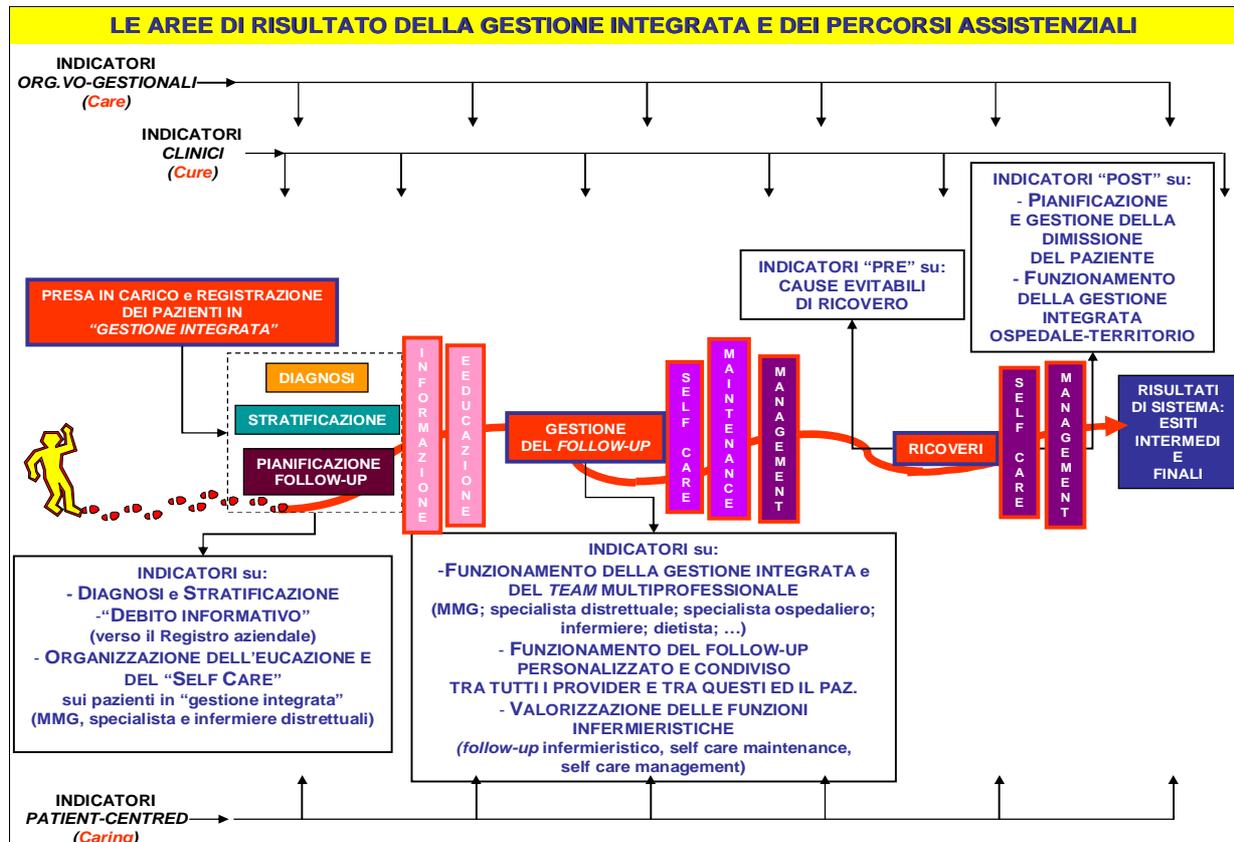


All'invio segue la definizione di un "Piano di cura" (piano annuale di *follow-up attivo*: vedi Nota 2 nella pagina successiva), che, sulla base dei fabbisogni del paziente, prevedrà una maggiore o minore prevalenza della funzione specialistica.

In qualunque fase della Gestione Integrata risulta molto importante l'approccio multidimensionale ai bisogni del paziente e la costituzione di *team* multiprofessionali con operatori qualificati che operino attraverso protocolli *evidence-based* condivisi. Nelle fasi più avanzate di malattia è utile ricorrere ad un'offerta più complessa che includa anche *Day Service*, *Pacchetti di Prestazioni Assistenziali Complesse (PAC)*, *Case management*, cui si è già fatto cenno.

¹² Tutti i pazienti cronici dovrebbero essere assistiti in G.I., ma vi sono nelle varie regioni situazioni diverse rispetto alla scelta dei *target* prioritari (ad es., pazienti con diagnosi recente o pazienti a medio-bassa complessità), sui quali concentrare i programmi regionali di G.I..

La figura seguente mostra, in modo sintetico, le aree di risultato della Gestione Integrata, nelle quali è possibile utilizzare specifici indicatori di processo e di esito intermedio.



NOTA 2- IL FOLLOW UP ATTIVO:

Per "*active follow-up*" si intende una gestione proattiva del paziente cronico da parte dei servizi assistenziali, mirata a non "far perdere" (*drop out*) il paziente ed a fare in modo che egli sia motivato ad aderire efficacemente al proprio piano di cura attraverso un vero e proprio "patto terapeutico".

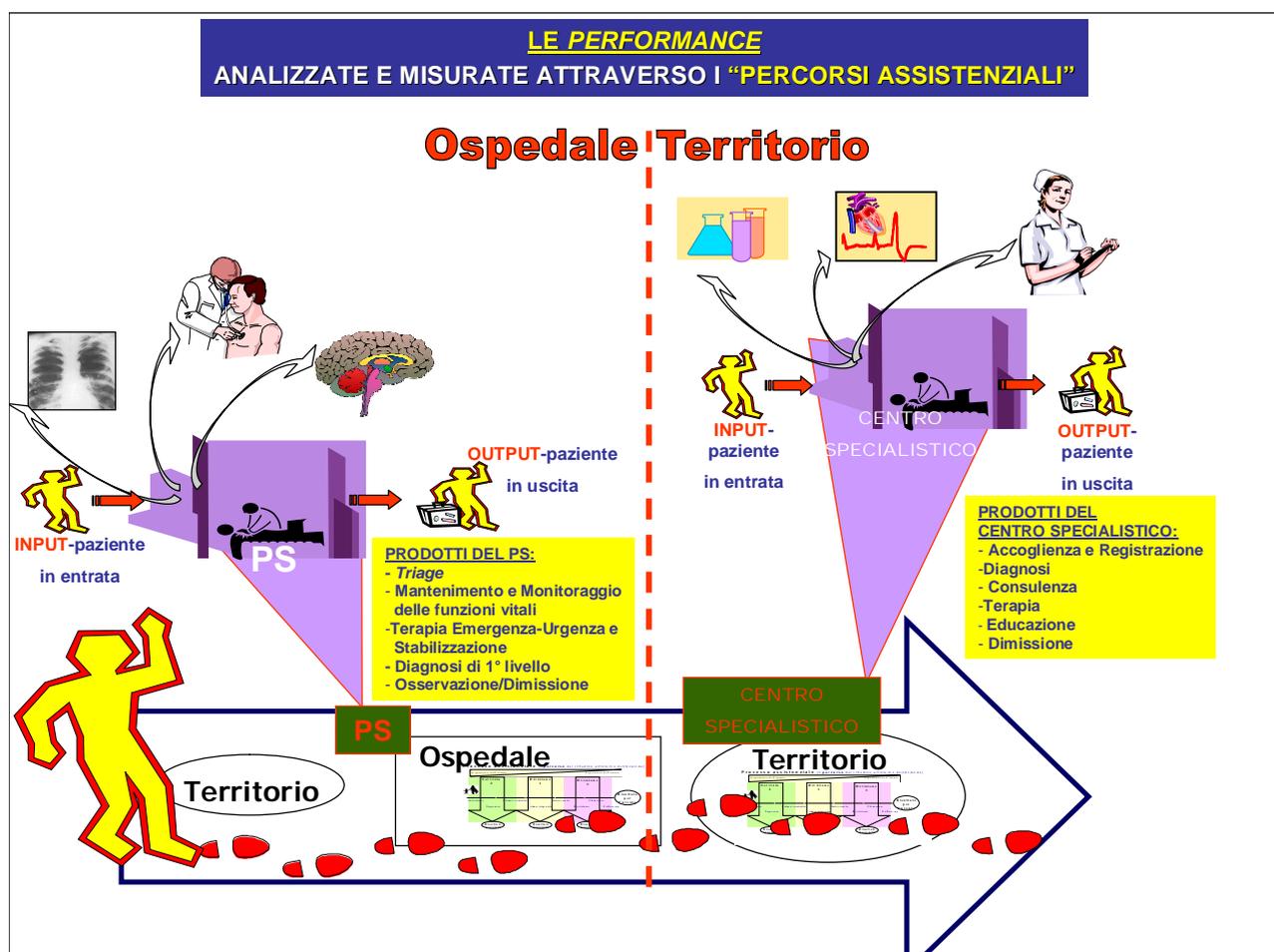
Il "*follow-up attivo*" si basa su:

- o la pianificazione annuale del piano di cura, condivisa in primis tra Specialista e MMG/PdF, ma anche con gli altri professionisti che entrano in gioco, seppur con minore intensità, nel percorso assistenziale;
- o la responsabilizzazione del paziente relativamente all'adesione al "piano personalizzato di cura" ed al controllo costante dell'andamento della propria patologia attraverso l'autorilevazione e la registrazione dei parametri fondamentali e dei segnali di allarme;
- o il monitoraggio e la "sorveglianza attiva" da parte del MMG/PLS, dello Specialista e dell'Infermiere sul rispetto, da parte del paziente, delle scadenze previste dal *follow-up* (esami e controlli periodici, partecipazione agli incontri educativi, adesione alla terapia, etc.). Utili strumenti possono essere uno sportello telefonico attivo con "richiamo" (*recall*) del paziente oppure il *follow-up* infermieristico telefonico per pazienti in condizioni o in momenti di particolare complessità.

§ 5.2 - I “PERCORSI ASSISTENZIALI” COME STRUMENTO-BASE DI RIQUALIFICAZIONE E DI RAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA

La costruzione di un Percorso assistenziale, sia in ospedale, sia nel territorio (vedi Fig. in basso), si basa sull'uso dell'iter del paziente come un “tracciante” che, attraversando i servizi, ne mette in evidenza il funzionamento ed i prodotti, intermedi e finali, erogati durante la filiera del processo assistenziale.

La struttura analitica del processo assistenziale, implicita nel metodo di analisi del “Percorso”, permette di individuare gli snodi critici che hanno refluenze sui “prodotti” finali e di identificare le cause e le eventuali *malpractice* che stanno alla base delle criticità rilevate. Questa tecnica analitica permette di intraprendere azioni mirate di miglioramento.



Il Percorso Assistenziale (P.A.) è, pertanto, il metodo migliore :

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

Il metodo dei Percorsi Assistenziali sarà la base fondamentale della realizzazione degli interventi di governo clinico in ambito territoriale, essendo un metodo indispensabile per la

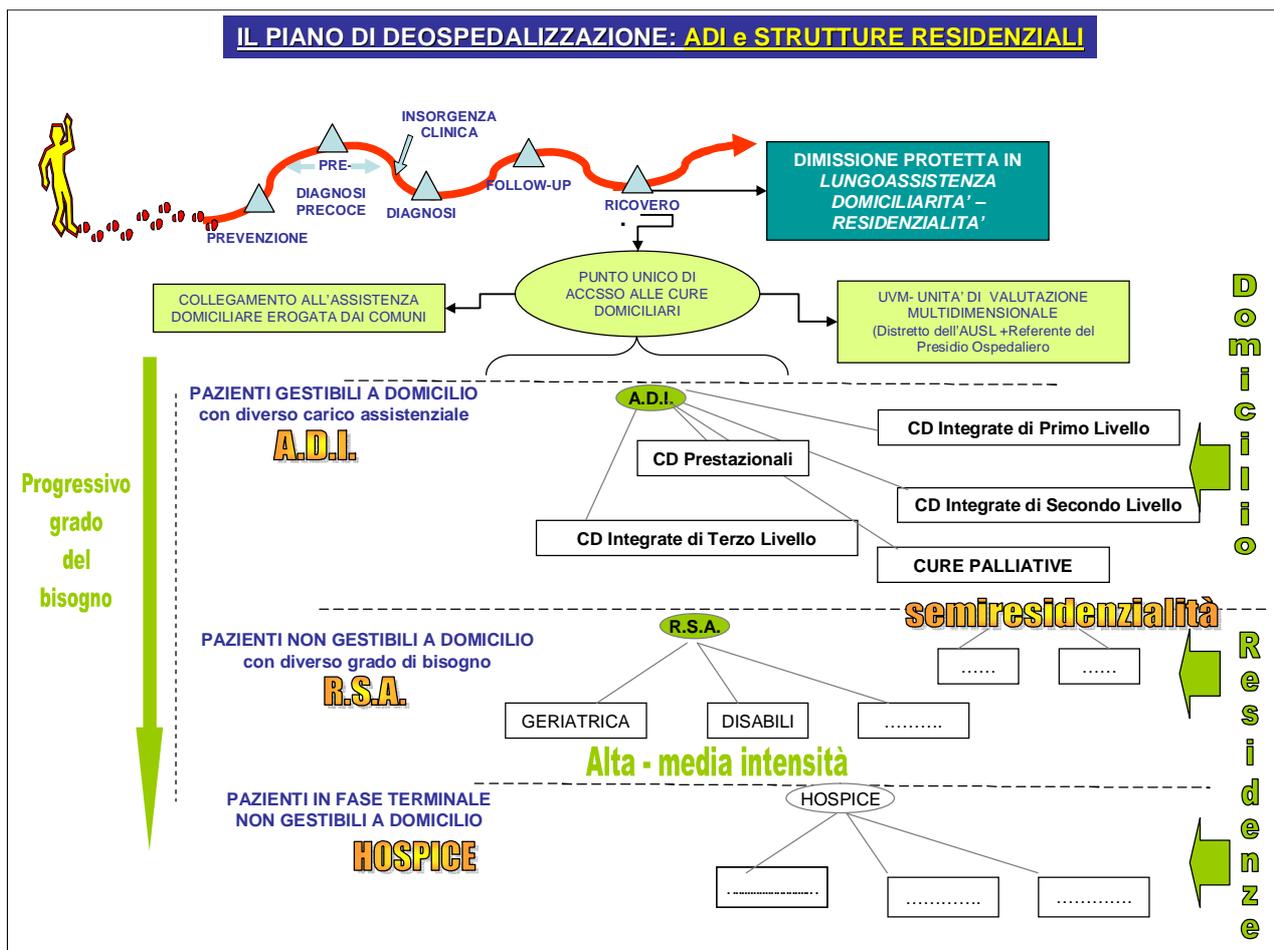
costruzione delle reti, per dare centralità al paziente e per implementare e diffondere “buone pratiche” nel sistema assistenziale dando evidenza al contributo di tutti gli attori.

La definizione dettagliata delle attività e degli attori, tipica del metodo dei Percorsi Assistenziali, permette di monitorare il processo assistenziale, di rilevare il numero e la tipologia degli “scostamenti” e di monitorare il grado di applicazione del Percorso assistenziale..

**SEZIONE 4 – CENNI ESSENZIALI SULLA RETE DELLA
DOMICILIARITA' E DELLA RESIDENZIALITA'
COLLEGATA ALLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE
CRONICHE**

§ 6 - DOMICILIARITA' E RESIDENZIALITA' COME STRUMENTI DI ECONOMICITA' E DI RISPOSTA AI BISOGNI DEI TARGET FRAGILI

Una prima rilevazione di dati regionali in questo settore mostra inequivocabilmente quanto vi sia ancora da fare, considerato che esiste, a fronte dei parametri nazionali, una carenza di strutture e di posti-letto di residenzialità, con una differenza tra le diverse province. E tutto ciò proprio in un settore nel quale i costi di tale carenza si ribaltano non soltanto sul sistema attraverso i ricoveri impropri ma anche e principalmente sulle famiglie, attraverso un “costo sociale” di assistenza sommersa, e sugli stessi pazienti attraverso la sofferenza quotidiana.

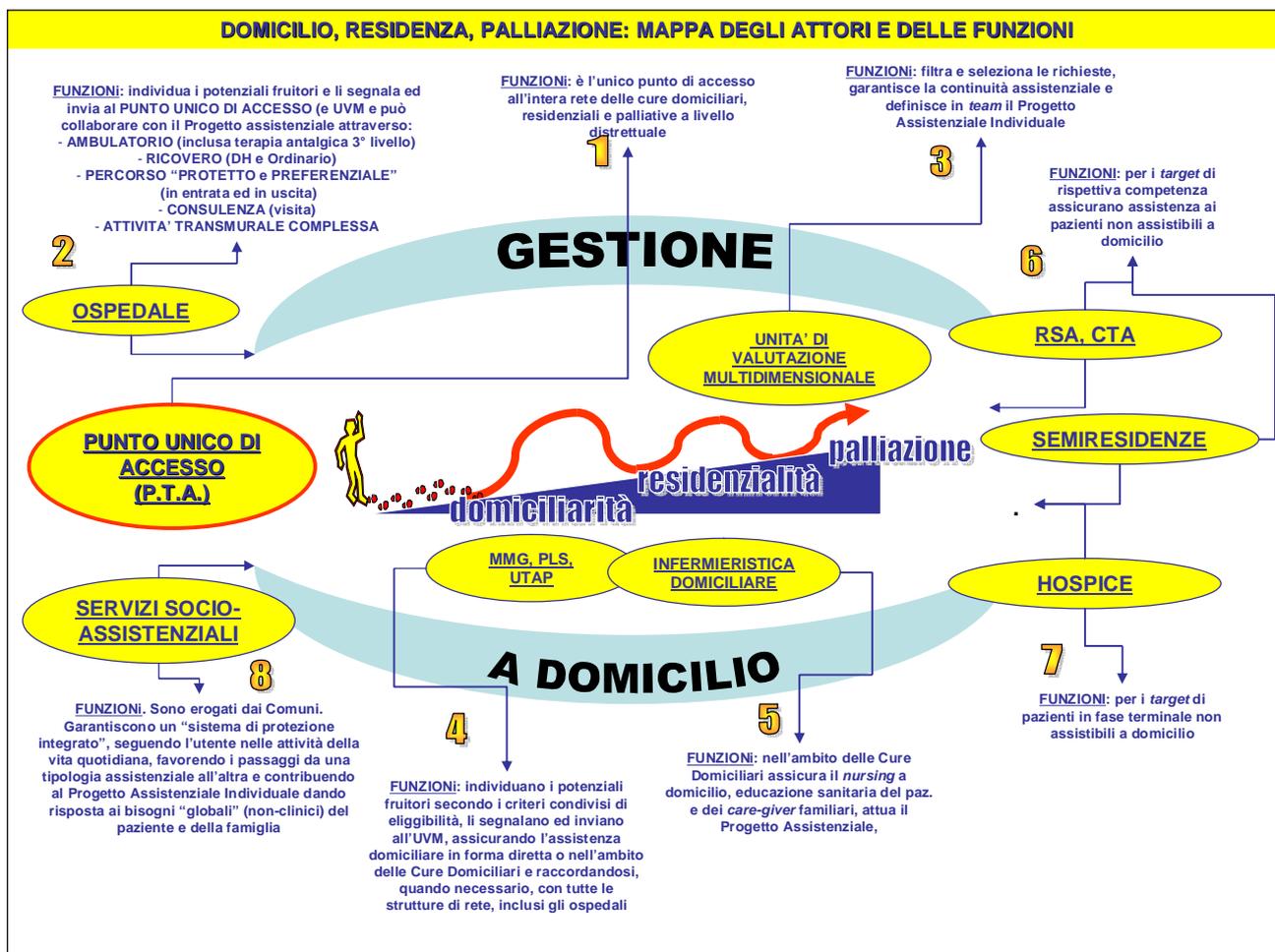


La Figura mostra lo stretto collegamento tra:

- l'ospedale ed il territorio: come già accennato al § 2.4, infatti, dovrà esistere in ogni Presidio ospedaliero, un Referente per le “dimissioni protette”, che rappresenterà lo strumento di collegamento con il territorio per gestire in continuità la dimissione del paziente non autosufficiente dall'ospedale attraverso un percorso assistenziale pianificato prima della sua uscita dal presidio ospedaliero;
- l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale: l'assistenza domiciliare, infatti, nelle sue diverse forme (vedi D.A. sulle Cure Domiciliari del 2 luglio 2008), deve costituire la prima porta di riferimento per i pazienti e le differenti formule di residenzialità, a diversa intensità, devono rappresentare soltanto la risposta a pazienti con maggiore grado di complessità assistenziale, non più gestibili a domicilio. Un non adeguato funzionamento delle Cure Domiciliari, così come l'uso non appropriato di tale strumento, non solo non riuscirà a ridurre i frequenti ricoveri ma inficerà anche il funzionamento delle strutture residenziali;

- l'assistenza erogata dal sistema sanitario e quella erogata dai Comuni, che rappresentano *partner* in ogni tappa del processo assistenziale dei pazienti non autosufficienti, a partire dal loro contributo all'assistenza domiciliare, che a livello dei distretti dovrà strettamente integrarsi con le Cure Domiciliari erogate dal sistema sanitario. Ciò permetterà di evitare dispendio di risorse, sovrapposizioni e presenza di aree grigie a causa delle quali il paziente potrebbe, malgrado gli sforzi, non ricevere l'assistenza adeguata ai propri bisogni.

La figura in basso mostra la rete degli attori, e le relative funzioni di massima, che entrano in gioco nella gestione dei pazienti in ambito domiciliare, residenziale e in fase di cure palliative.



Il nostro sistema regionale dovrà proiettarsi verso un disegno nel quale anche l'Ospedale rifunzionalizzato potrà fornire un contributo significativo (si veda, ad esempio, il potenziale contributo nel campo della palliazione ed in particolare nella terapia del dolore di 3° livello). Proprio in questo settore il PTA, con il suo punto unico di accesso, potrà rappresentare la chiave di volta dell'intero sistema.

L'assistenza domiciliare in Sicilia si è sviluppata negli ultimi anni grazie alla maggiore cultura ed anche ad investimenti specifici, oltre che all'impegno di tutti gli operatori. Ma vi è necessità di un ulteriore rinforzo sul versante dell'appropriatezza, della completezza e dell'efficacia degli interventi, e sul versante del potenziamento della copertura del bisogno, in particolare nell'ambito delle Cure Palliative, che appare ancora molto deficitario.

Per quanto riguarda l'area della Residenzialità, è in corso una rilevazione di dati sulle strutture e sulla produzione al fine di pianificare in modo ponderato quali e dove dovranno essere attivate le nuove strutture, e quali caratteristiche esse dovranno avere per recuperare la grave distanza che la Regione Sicilia ha in atto rispetto agli *standard* nazionali.

CONCLUSIONI: GLI STEP OPERATIVI

Gli step operativi

La strutturazione dei PTA nei diversi territori delle ASP rende necessaria una profonda analisi dei diversi contesti (mappa delle strutture e delle relative distanze, distribuzione della popolazione, analisi della domanda e dei dati di produzione, analisi delle risorse, etc.). Per questi aspetti la Regione garantirà un supporto operativo alle ASP che si baserà sui seguenti elementi:

- presentazione delle Linee Guida alle direzioni aziendali e predisposizione di un disegno di analisi-intervento che delinei attori, responsabilità, tempi e risultati attesi;
- individuazione, per ogni ASP, di “referenti” scelti dalle Direzioni aziendali, che, in raccordo con il Servizio 8 del Dip.to Pianificazione Strategica dell’Assessorato, effettueranno l’analisi dei dati propedeutica all’articolazione di un “Piano programmatico di realizzazione dei PTA” nelle singole ASP (la realizzazione di tale Piano rappresenta uno degli obiettivi di valutazione delle Direzioni Generali delle ASP);
- il Piano dovrà essere articolato dalle Direzioni aziendali e dovrà prevedere anche un’adeguata analisi di fattibilità;
- secondo tappe concordate, le singole ASP garantiranno all’Assessorato Reg.le Sanità una reportistica periodica sullo stato di avanzamento del Piano, assicurando inoltre la partecipazione a tutti i momenti di confronto che l’Assessorato organizzerà al fine di promuovere lo sviluppo degli interventi e di monitorarli;
- nel corso del 2010 le ASP saranno coinvolte anche nello sviluppo di alcuni “programmi sperimentali” connessi al PTA, come la sperimentazione dei *Day Service Ambulatoriali Territoriali* per la gestione di target di pazienti cronici complessi.

PER CONTATTI CON IL SERVIZIO 8

**- Programmazione territoriale e Integrazione socio-sanitaria -
del Dip.to Pianificazione Strategica dell'Assess. Reg.le Sanità:**

g.grimaldi@regione.sicilia.it

**PER INVIARE CONSIDERAZIONI, CONTRIBUTI E SUGGERIMENTI RELATIVI AL
PRESENTE DOCUMENTO:**

giuseppe.noto@regione.sicilia.it