

23 febbraio 2021

Audizione informale, in materia di potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid, della Dott. Paola Pisanti, già Presidente e Coordinatore Commissione Nazionale diabete e Commissione Nazionale del Piano della cronicità e, attualmente, componente della Cabina di regia per l'implementazione del Piano della cronicità presso il Ministero della salute

Illustre Presidente e illustri componenti della XII Commissione Igiene e Sanità il tema della audizione è stata oggetto dei lavori della Commissione nazionale per la redazione del Piano della cronicità del 2016 e recepito dalle Regioni che allego, per pronto riscontro, al mio elaborato scritto e la Commissione, che ho avuto l'onore di coordinare, ha tradotto le riflessioni su detta tematica in obiettivi, declinando poi strategie, azioni e indicatori per il monitoraggio della loro applicazione.

Pertanto io vorrei contribuire oggi con una risposta concreta dettata dalla mia esperienza attiva sul territorio sia come medico, che come già responsabile di un coordinamento sanitario di Asl, e presso il Ministero della Salute.

Partirei dalla necessità che c'è bisogno di nuovi messaggi-chiave, capaci di indirizzare verso nuovi approcci e scenari:

-un sistema di cure centrato sul paziente/persona (non più "caso clinico"), ed esperto perché portatore del sapere legato alla sua storia di "co-esistenza" con la malattia;

-la valutazione orientata sul paziente-persona, sugli esiti raggiungibili e sul sistema sociosanitario e quindi "superamento dell'appiattimento dei servizi sulle prestazioni" attraverso l'attivazione di un Piano attuativo individuale (PAI) sulla base dei Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) di riferimento.

L'azione necessaria per dare una risposta a questi messaggi riguarda principalmente l'applicazione di modelli predittivi che consentono di identificare e stratificare la popolazione su più livelli di gravità, dal basso al più alto rischio, utilizzando dati amministrativi regionali (es. SDO, farmaceutica, specialistica, assistenza domiciliare, esenzioni) permettendo:

- di evitare di riprodurre, su scala maggiore rispetto ad oggi, le criticità già esistenti ma di garantire un coordinamento dei professionisti, il più possibile orizzontale, con l'attivazione dei singoli pazienti e caregiver, superando l'attuale organizzazione dei servizi (diversi dipartimenti,

molteplici Unità Operative), le diverse tipologie di rapporti di lavoro (dipendenti, convenzionati, liberi professionisti);

- di utilizzare nuove risorse in modo non frammentato tra diversi soggetti istituzionali (ASL, Comuni, terzo settore) e creare strumenti di interfaccia fra ospedale e territorio, e nello stesso territorio fra distretto, aggregazioni funzionali territoriali (AFT), unità di cure complesse primarie (UCCP)/ Case delle salute/ comunità, dipartimenti prevenzione, salute mentale, materno infantile ecc., contribuendo a rendere più facile le “indispensabili azioni di ricomposizione degli interventi”;

- di intervenire più su una revisione dei modelli assistenziali esistenti che procedere ad un loro annullamento tenendo presente che “i percorsi di miglioramento efficaci partono sempre dalla valorizzazione dell’esistente”;

- di introdurre interventi che, con la conoscenza dei determinanti di salute di quel paziente, riescano a contrastare anche il disagio sociale e a favorire l’inclusione sociale.

In armonia quindi con quanto previsto dal Chronic Care Model, sulla base del sistema di stratificazione, che permette di definire per ogni target di popolazione le strategie, gli strumenti di governo clinico e gli attori dell’assistenza (chi fa che cosa) possiamo considerare:

- a) Un livello per la gestione della popolazione “sana o a rischio” con un’attività di prevenzione e promozione della salute, con il coinvolgimento dei MMG/PLS, delle farmacie di comunità, e in collaborazione con altre Istituzioni (scuola, lavoro, ambiente, urbanistica, ecc) e Associazioni di volontariato;
- b) un livello di rischio in cui vi sono pazienti con patologia ma senza complicanze (paziente a bassa complessità assistenziale) in cui lo strumento più appropriato è il PDTA all’interno di una rete clinico assistenziale con un piano di gestione integrata e uso di tecniche di ability to cope, con il coinvolgimento dei MMG/PLS, l’ infermiere distrettuale e lo specialista;
- c) un livello rappresentato da pazienti con compromissione d’organo che richiedono una gestione della cronicità “complessa” per i quali va definito un follow up attivo integrato sul territorio, in quanto non richiedono ricovero ma sono gestibili nell’ambito delle Cure Domiciliari, in strutture sociosanitarie, ambulatori, presso Centri/Nuclei di Cure Intermedie. Per questi pazienti va previsto un team multidisciplinare, piani di cura personalizzati, costruzione del patto terapeutico, self care maintenance;
- d) un livello rappresentato da pazienti con insufficienza d’organo e pluripatologie per i quali è necessario definire un team interdisciplinare e multiprofessionale e percorsi di integrazione fra vari setting assistenziali in particolare fra specialista, infermiere e ospedale (self care management, day hospital, day service ospedaliero e territoriale, ecc);
- e) un livello per casi gravi, pazienti terminali in cure palliative presso il domicilio (ADI/ Unità operative di cure palliative-UOCP), in Hospice, in RSA o Nuclei dedicati (SLA, Alzheimer, ecc).

Considerando quanto rappresentato, una rivisitazione dei modelli organizzativi non può non tenere conto di alcuni elementi necessari:

- la disponibilità di dati statistico-epidemiologici;
- l'interconnessione delle banche dati e delle reti informatiche intersettoriali;
- la promozione di modelli che favoriscano il lavoro di squadra e l'azione proattiva di tutti gli operatori sanitari nonché degli stakeholder istituzionali e della comunità;
- Il concentrare le attività territoriali in una sede unica come elemento che favorisce indiscutibilmente
 - a. la collaborazione tra professionisti, e tra i vari servizi;
 - b. la possibilità di organizzare sessioni di discussione dei casi, seminari formativi, occasioni di confronto su problemi comuni e di condividere tra professionisti le risorse umane e strumentali.

Uno studio di impatto su una sede unica come le Case della Salute ci viene riportato dalla Regione Emilia Romagna per gli anni dal 2010 al 2019 ed ha dimostrato una riduzione significativa degli accessi impropri in pronto soccorso e ricoveri inappropriati. Si sono ridotti del 21,1% gli accessi al Pronto soccorso dei codici bianchi, percentuale diventata del 29,2% quando il medico di medicina generale operava nella Casa della Salute. Sono calati del 3,6% i ricoveri ospedalieri per le patologie trattabili a livello ambulatoriale (diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, polmonite batterica) che sono ulteriormente calati del 5,5% se presente il medico di medicina generale all'interno della struttura. Inoltre in quei territori si è intensificata nel tempo (+5,5%) l'assistenza domiciliare al paziente, sia infermieristica che medica.

Inoltre vorrei approfondire alcune aree e nuovi ruoli dell'organizzazione territoriale, proponendo anche alcune soluzioni, la cui implementazione può sicuramente promuovere la presa in carico del paziente, l'integrazione dei singoli operatori, la continuità assistenziale.

Ambulatorio infermieristico

Alcune esperienze regionali si caratterizzano per la realizzazione di specifici "Ambulatori della Salute", a gestione infermieristica, e la presa in carico nell'ambulatorio viene richiesta dal Medico di Medicina Generale.

Gli "Ambulatori della Salute" operano in piena coerenza con il "PAI" indicato dal MMG (in accordo con lo Specialista) attraverso modalità ambulatoriali infermieristiche caratterizzate da:

- follow up infermieristico, anche telefonico, per il monitoraggio del PAI;
- recall del paziente in prossimità delle scadenze (visite, diagnostica, sedute educative, etc.);
- educazione terapeutica strutturata del paziente e/o dei caregiver, in modalità singola o in gruppo;

- collegamento con l’Ospedale mediante le “Dimissioni Assistite” per segnalare al MMG ed all’Ambulatorio della Salute tutti i pazienti cronici dimessi;
- alimentazione di un database dei pazienti cronici, che, correlato al Fascicolo Sanitario Elettronico, rappresenta una piattaforma fondamentale per la condivisione dei dati.

Telemedicina

La telemedicina fornisce un forte contributo all’integrazione tra MMG/PLS, paziente e caregiver, mediante la televisita, così come tra MMG/PLS e specialisti (sia ospedalieri che territoriali), mediante il teleconsulto.

Inoltre il telemonitoraggio permette allo specialista di monitorare parametri fisiologici del paziente, che è a domicilio, mentre la teleassistenza, che coinvolge vari professionisti (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc.) oltre ai caregiver familiari (es. teledialisi), risulta poi particolarmente utile ai soggetti non autosufficienti.

Ora le esperienze recenti hanno provato che in Italia ci sono le competenze scientifiche e tecniche ed esiste negli operatori sanitari generalmente la voglia di migliorare e allargare le proprie competenze in telemedicina. Esistono però vari ostacoli che sono di tipo: tecnologico, strutturale, culturale, professionale, economico, organizzativo, basso livello di alfabetizzazione digitale, apparecchi obsoleti, sistemi firewall aziendali, mancanza o incapacità di utilizzo di strumenti informatici tra i pazienti ecc.

Tenuto conto di questo, cosa potrebbe favorire la diffusione della Telemedicina?

La risposta è che è necessario operare su diversi piani:

della ricerca, della formulazione di scenari, della formazione ed aggiornamento professionale, ma soprattutto creare fiducia nei servizi di Telemedicina e favorirne l’accettazione da parte dei professionisti e dei pazienti (momenti informativi) e potenziando percorsi di formazione e aggiornamento continuo per gli operatori dei servizi di telemedicina (corsi di aggiornamento, ECM. ecc..)

Inoltre sarebbe molto utile continuare a produrre studi di fattibilità e di analisi costo-beneficio e condividere le esperienze (diffondere i risultati, condividere la conoscenza di studi, sperimentazioni, best practices ecc.).

Assistenza domiciliare

Partendo dal presupposto che le attuali criticità riguardano sia la scarsità dell’offerta che il modello d’intervento prevalente, bisogna evitare di riprodurre i problemi attuali su scala

maggiore, collocando gli interventi, oggi forniti separatamente da Asl, Comuni e Inps, all'interno di un sistema di cure domiciliari organico, che sappia offrire una risposta unica e coerente.

E' di fondamentale importanza e utilità riconoscere anche il ruolo dei caregiver familiari con la loro specifica condizione, le loro esigenze e interfacciarsi, inoltre, con le assistenti familiari, migliorando la qualità del loro lavoro, e individuare un case manager, con i compiti di coordinamento.

A questo punto vorrei anche ricordare, in ambito pediatrico, la necessità di attivare programmi strutturati e continuativi di addestramento dei caregiver (familiare e non familiare), essenziali alla dimissione del bambino dipendente da tecnologia, con la responsabilità e supervisione dei sanitari del centro di riferimento.

Strutture residenziali

Venendo alle Strutture sociosanitarie, si pensi alla generalizzata difficoltà per trovare posto e alle lunghe liste d'attesa, così come alla necessità per molte di un miglioramento della dotazione infrastrutturale (l'ultimo piano per ammodernarle risale al 1994).

Pertanto vanno ricordati alcuni obiettivi :

- assicurare a ogni anziano uno spazio di vita personale, stabilendo per le nuove costruzioni e per quelle esistenti standard strutturali tali da garantire dignità e privacy e da far superare l'impatto negativo causato spesso dalla loro inadeguatezza dimensionale;
- favorire le relazioni tra la struttura e il territorio di riferimento, sia nei confronti della comunità locale sia rispetto ai servizi presenti, promuovendo per la struttura un ruolo di "nodo della rete socio-sanitaria" e non di "meta terminale".

Comunità di pratica

Oltre alle ordinarie occasioni di formazione e aggiornamento professionale, vorrei segnalare una modalità per favorire conoscenza e confronto e per evidenziare le difficoltà organizzative o di altra natura che è la comunità di pratica, costituita in alcune realtà a livello aziendale e/o distrettuale e che ha, tra le altre funzioni, quella di definire i piani di gestione della cronicità/fragilità, individuando modelli di clustering della popolazione, condividendo/implementando i PDTA, monitorando le attività in particolare per la popolazione fragile e cronica.

Vorrei poi dare qualche elemento rispetto ai nuovi ruoli nell'ambito territoriale

Medico esperto

Tra le soluzioni che possono favorire la crescita culturale, lo scambio di opinioni e la collaborazione tra i medici, si sta diffondendo quella che individua, all'interno delle AFT e delle UCCP, la figura di "medico esperto", vale a dire un medico di famiglia che integra il suo ruolo di generalista con la conoscenza di un'area disciplinare ed è in grado di coordinare al meglio le attività svolte sul territorio creando una vera e propria interfaccia con l'ospedale.

Farmacie di comunità

Alle figure professionali già citate, va aggiunto il farmacista di comunità che, oltre a supportare le campagne di prevenzione, ed erogare servizi di 1°-2° livello, come previsto dalla normativa sin dal 1992 (Dlgs 502, art 8) , e dall'accordo Stato Regioni sulla Sperimentazione della Farmacia dei servizi, può interagire con il MMG/PLS per favorire l'aderenza alla terapia e la prevenzione delle reazioni avverse ai farmaci, che nella realtà rappresentano una delle cause di accesso al pronto soccorso più ricorrenti. Nove regioni (Piemonte, Lazio, Puglia, Lombardia, Emilia, Sicilia, Veneto, Umbria, Campania) stanno sperimentando le nuove funzioni del farmacista, tenendo conto che è necessario definire, tra l'altro,

- la regolamentazione della collaborazione tra MMG/PLS e farmacisti;
- il finanziamento delle prestazioni;
- i corsi di formazione e aggiornamento;
- la diffusione di materiale educativo standardizzato che orienti le attività.

Paola Pisanti