

Introduzione

Il seguente *Project Work* è organizzato come segue: un primo paragrafo intitolato "*motivazioni personali*" contiene una breve sintesi delle motivazioni che hanno spinto lo scrivente a candidarsi all'incarico in oggetto. Nel paragrafo successivo, "*ambiti di miglioramento identificati*", sono esplicitati gli ambiti che potrebbero necessitare di miglioramento e/o efficientamento.

1. Motivazioni personali

Fin dall'inizio della mia carriera professionale ho manifestato un forte interesse verso l'assistenza alle persone anziane e con malattie croniche. In un momento storico (2010) in cui il focus era centrato principalmente sullo sviluppo delle tecnologie, sulle acuzie, sull'area critica e intensiva, questo mio interesse era visto quasi come qualcosa di divergente. Questo interesse mi ha spinto a richiedere di lavorare, appunto, con i pazienti anziani (geriatria) e cercare di approfondire tutti gli aspetti clinici assistenziali correlati. Tale approfondimento è stato perfezionato per lo svolgimento, a partire dal 2015, di lezioni universitarie di assistenza alle persone con patologie croniche e neurodegenerative presso il Corso di Laurea in Infermieristica.

A partire dal 2018, grazie all'esperienza presso la Centrale di Case Management, ho avuto la fortuna di studiare e cercare di implementare i nuovi modelli organizzativi per la presa in carico del paziente cronico.

La mia personale passione verso l'assistenza alle persone con patologie croniche si è evoluta, passando da una visione prettamente ospedaliera e clinica a una "visione d'insieme", dove il focus principale non è più il solo setting di cura ospedaliero, ma la persona assistita e tutto il contesto familiare presso il proprio ambiente domiciliare.

Penso che la sfida sia quella di costruire, nel più breve tempo possibile, una forte, accessibile e integrata assistenza territoriale e una reale continuità territorio-ospedale-territorio; il tutto per dare seguito alla riforma del sistema socio sanitario lombardo iniziata nel 2015. Per fare ciò, oltre a modelli organizzativi innovativi, svolgono un ruolo fondamentale i professionisti sanitari che sempre più devono essere allocati appropriatamente e con un background formativo specifico sulle cure territoriali.

2. Ambiti di miglioramento identificati e proposte di ottimizzazione

2.1 Team multiprofessionale dedicato all'assistenza territoriale

La prima criticità identificata è l'assenza di un team specificatamente formato sull'assistenza territoriale. Questo è da imputare a diversi motivi:

- formazione universitaria di base fortemente basata sull'assistenza ospedaliera;
- offerta formativa post base sulle cure territoriali ancora poco diffusa.

Per di più se pensiamo che, in Regione Lombardia, l'assistenza domiciliare è a esclusivo appannaggio degli enti erogatori privati a contratto con ATS, si è persa la possibilità dello sviluppo delle competenze dettate dall'esperienza sul campo. Questo si ripercuote anche a livello formativo universitario, con l'impossibilità di svolgere tirocini formativi nell'ambito delle cure territoriali.

2.1.1 Proposta di miglioramento/ottimizzazione

Avere un team multiprofessionale, stabile e competente sull'assistenza territoriale è di fondamentale importanza. Basti pensare che questo è riportato nel *Chronic Care Model*, infatti uno dei punti cardine è quello di avere un "*prepared, proactive practice team*". Inoltre l'importanza della formazione è citata nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016 (diffusione delle competenze, formazione e sostegno alla ricerca, pag 70). Si sottolinea l'importanza della multidisciplinarietà, infatti, ai complessi e eterogeni bisogni della popolazione, occorrono risposte integrate da parte dei diversi professionisti sanitari e sociali. Negli ultimi 3 anni, presso l'ASST Sette Laghi, sono stati effettuati numerosi interventi per favorire lo sviluppo delle competenze sull'assistenza territoriale, promossi dal Responsabile Assistenziale dei Pazienti Cronici, in collaborazione con diversi professionisti appartenenti al team della Centrale di Case Management e con il coordinatore dell'area territoriale. In ultimo, un altro intervento importante è il corso regionale Polis, tutt'ora in attivo, sulla formazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.

Pertanto l'obiettivo è quello di continuare sulla strada intrapresa, al fine di creare un team stabile e competente sull'assistenza territoriale. Si sottolinea l'importanza della creazione di un Team multiprofessionale integrato (medici, infermieri di famiglia e comunità, ostetriche di famiglia, personale della riabilitazione - fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali etc.- personale tecnico -tecnici di radiologia ecc...; assistenti sociali e assistenti sanitari) che collaborando con i MMG, risponda ai bisogni territoriali della popolazione.

Si propongono i seguenti interventi, con il coinvolgimento di diversi attori aziendali:

- individuazione dei bisogni formativi e proposta di eventi specifici (es. promozione ed empowerment del self care, self efficacy, educazione sanitaria, promozione della salute ecc..), in collaborazione con il coordinatore dello sviluppo professionale e competenze, con i coordinatori di area nonché con il possibile coinvolgimento dei coordinatori dei Corsi di Laurea delle diverse professioni sanitarie;
- individuazione di percorsi di tirocinio territoriali, in collaborazione con i coordinatori dei Corsi di Laurea delle diverse professioni sanitarie, perché è imprescindibile l'importanza della formazione, già a partire dai corsi di base;
- collaborazione nella creazione di percorsi formativi post base sulle cure territoriali;
- ascolto e selezione, nel rispetto di criteri predefiniti, dei professionisti motivati e interessati alle cure territoriali.

2.2 Assistenza domiciliare, cure territoriali e continuità assistenziale

La L.R. 23/2015 ha modificato profondamente l'assetto del Sistema Socio-Sanitario Lombardo. Principio cardine della norma è l'istituzione di un sistema sanitario e socio-sanitario integrato. Come citato nel Piano Socio Sanitario Integrato Lombardo 2019-23, il nuovo assetto organizzativo tende a concretizzare alcuni indirizzi fondamentali:

- la continuità dei percorsi di cura dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio;
- l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- la centralità delle cure territoriali al fine di assicurare l'assistenza nel proprio ambiente di vita;
- la presa in carico dei pazienti cronici.

Negli ultimi anni, in ASST Sette Laghi, è stato fatto molto per cercare di perseguire quanto sopra citato. La DAPSS ha sviluppato modalità per favorire la presa in carico dei pazienti cronici, grazie all'istituzione della Centrale di Case Management; si è cercato di migliorare il percorso di *"Discharge Management"*, grazie all'introduzione di una figura strategica, quale il Case Manager Ospedaliero, al fine di favorire il rientro protetto a domicilio dopo una dimissione ospedaliera; favorire la continuità assistenziale attraverso l'attivazione di tutti i servizi socio sanitari al momento della dimissione, grazie all'integrazione tra personale delle sedi territoriali e i Case Manager Ospedalieri; favorire l'intercettazione degli accessi impropri in pronto soccorso attraverso l'istituzione della *Quick Door Point*; l'istituzione della Centrale di Dimissione Protetta (CDP) per favorire la continuità delle cure presso strutture riabilitative, sub acute etc.; potenziare il monitoraggio a distanza dei pazienti cronici grazie al servizio di Telemedicina.

Tuttavia vi sono alcuni punti che necessitano di potenziamento, al fine di continuare il percorso di perseguimento dei principi cardine della L.R. 23/2015:

1. percorsi di presa in carico dei pazienti cronici e fragili;
2. le degenze di comunità, i POT e i PreSST come luoghi fisici e di prossimità per il potenziamento delle cure territoriali;
3. la continuità delle cure, non solo dall'ospedale al territorio ma anche dal territorio all'ospedale;
4. l'assistenza presso il proprio ambiente di vita.

Per quest'ultimo punto, ovvero garantire l'assistenza presso il proprio ambiente di vita, occorre un breve approfondimento normativo. L'attuale legislazione vigente sull'erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (DGR 6032/2012, DGR 3541/2012, DGR 3851/2012, DGR 7770/2018) prevede una retribuzione per numero di prestazioni effettuate a domicilio dell'utente. Questa rispecchia ancora un'ottica prestazionale, dove manca una modalità di presa in carico totale e quindi di retribuzione onnicomprensiva.

Quest'ultima modalità è presente solo per le cure palliative, dove è stato identificato un unico profilo di assistenza domiciliare (UCP-dom) con l'introduzione di due livelli di intensità assistenziale, base e specialistica, così come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei LEA". Quindi, per questi pazienti viene garantita la permanenza presso il proprio ambiente di vita grazie all'erogazione di una vera e propria presa in carico domiciliare.

Questo non è sempre possibile per i pazienti che non manifestano bisogni di cure palliative. La Deliberazione XI/2986 del 23/03/2020, identifica un profilo “onnicomprensivo”, simile al profilo UCP-dom, anche per le persone che non manifestano bisogni di cure palliative, ovvero il profilo Complesso-Cronico-Fragile domiciliare (CCF-dom).

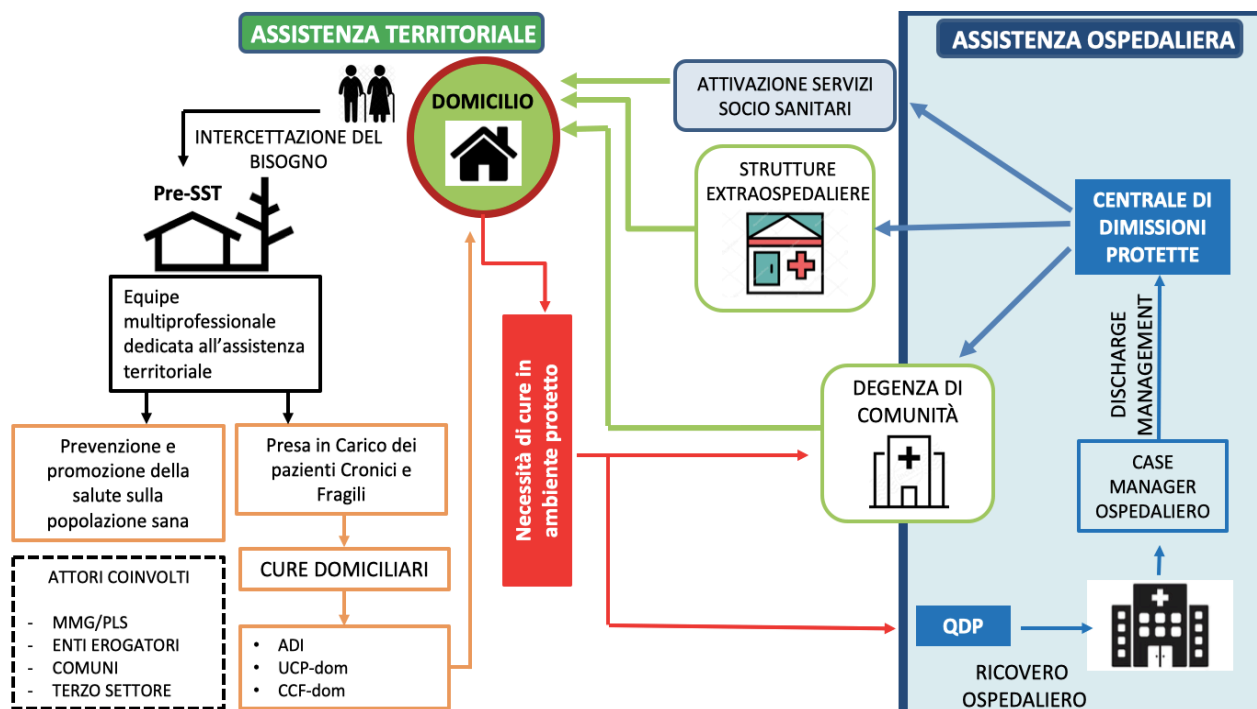
È parere di chi scrive che l’implementazione di tale profilo supererebbe l’ottica prestazionale e contribuirebbe a raggiungere uno dei principi della L.R. 23/2015, ossia, assicurare l’assistenza presso il proprio ambiente di vita.

2.2.1 Proposta di miglioramento/ottimizzazione

La proposta è quella di attuare interventi per migliorare i quattro punti sopra descritti.

Pertanto, di seguito è riportata una figura illustrativa che esplicita una proposta di modello organizzativo volto a favorire la presa in carico, la continuità assistenziale e le cure domiciliari. Si specifica che quanto riportato non è altro che un’integrazione a tutte le migliori organizzative già introdotte, durante l’ultimo triennio, presso l’ASST Sette Laghi.

In particolare si prevede l’introduzione di 72 Infermieri di famiglia e Comunità (IFeC) come da D.L. 77 del 2020 e relativa DGR Lombarda 377/2020; l’istituzione delle degenze di comunità e dei PreSST.



2.3 Ricerca territoriale, organizzativa e promozione dei progetti

La ricerca è fondamentale al fine dell’evoluzione delle conoscenze sull’assistenza territoriale, dei relativi modelli organizzativi e per la promozione di interventi basati sulla *best practice*. Fino a oggi, non essendoci una figura dedicata alla ricerca questo non è stato sempre possibile.

2.3.1 Proposta di miglioramento/ottimizzazione

Il Responsabile gestionale percorsi pazienti cronici collaborerà con il coordinatore ricerca e sviluppo *Clinical Practice* per favorire la ricerca sugli ambiti della cronicità, sia con studi descrittivi osservazionali sia attraverso studi sperimentali, in particolare:

- Studi di modelli organizzativi volti alla presa in carico dei pazienti cronici per la continuità delle cure;
- Studi sperimentali per misurare l’efficacia di interventi multiprofessionali, volti alla prevenzione delle complicanze delle patologie croniche e in collaborazione con i diversi coordinatori di area (salute mentale, continuità ospedale territorio, riabilitativa ospedale-territorio ecc...);
- Studi osservazionali per descrivere la presa in carico territoriale dei pazienti cronici;
- Studio sugli interventi comunitari di promozione della salute.