

THEMA

Protagonisti della sanità numero 1 2011

ALESSANDRO GHIRARDINI
GIUSEPPE TURCHETTI
ENRICO DESIDERI LUCIANO FLOR
LUIGI MOSSA TONINO ACETI

Speciale Regione Lombardia

LUCIANO BRESCIANI
GIULIO BOSCAGLI



*La centralità del paziente
nell'organizzazione sanitaria*

Fuori Thema

Mettere al centro del percorso di cura la persona in tutta la sua complessità è l'obiettivo principale che il nostro servizio sanitario vuole raggiungere. Lo confermano gli interventi di questo numero, che evidenziano l'impegno dei nostri amministratori a sostenere le trasformazioni strutturali indispensabili per realizzarlo.

Fanno i primi passi nuove figure come quelle del *case manager* o del tutor assistenziale e clinico che, avendo una visione completa dei bisogni assistenziali del paziente, sono in grado di guidarlo durante la degenza ospedaliera e nella difficile fase del passaggio dall'ospedale ai servizi territoriali, e compaiono nuove strutture, come quelle 'subacute', per la presa in carico di pazienti affetti dai postumi di un evento acuto, che prolungherebbero altrimenti in modo non appropriato la loro degenza in ospedale.

Questo nuovo 'patto di cura' non può prescindere dal coinvolgimento diretto del cittadino, che ha il diritto di pretendere di essere sempre più informato e partecipe del proprio percorso di cura.

THEMA numero 1 2011

Supplemento al n. 1 – 2011 di *Politiche sanitarie*
www.politichesanitarie.it

Direttore responsabile: Giovanni Luca De Fiore

Redazione: Mara Losi

Il Pensiero Scientifico Editore srl
Via San Giovanni Valdarno, 8 – 00138 Roma
www.pensiero.it
telefono +39 06 862821
fax +39 06 86282250
pensiero@pensiero.it

Progetto grafico e impaginazione: Typo, Roma

Immagini: ©2011 Photos.com

Stampa: Arti Grafiche Tris

Via delle Case Rosse, 23 – 00131 Roma
Finito di stampare nel mese di marzo 2011

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

3



Il coinvolgimento di cittadini e operatori sanitari nelle attività del servizio sanitario
ALESSANDRO GHIRARDINI

5



Come è cambiato l'utente dei servizi sanitari
GIUSEPPE TURCHETTI

8

Strumenti e iniziative per garantire la centralità del paziente nel percorso di cura



ENRICO DESIDERI



LUCIANO FLOR

10



Patologie croniche e nuove strategie di assistenza
LUIGI MOSSA

13



Il cittadino paziente: un utente che è anche una risorsa
TONINO ACETI

Speciale Regione Lombardia

15



Novità organizzative per un nuovo patto di cura con il paziente
LUCIANO BRESCIANI

17



Continuità e qualità dell'assistenza in un sistema che pone al centro la persona e il suo benessere
GIULIO BOSCALLI

Il coinvolgimento di cittadini e operatori sanitari nelle attività del servizio sanitario



INTERVISTA A

ALESSANDRO GHIRARDINI

Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema, Ministero della Salute

Quali vantaggi scaturiscono dal coinvolgimento dei cittadini nelle attività del servizio sanitario e dalla partecipazione dei pazienti al proprio percorso di cura?

Il coinvolgimento dei cittadini e la partecipazione dei pazienti ai processi di cura e riabilitazione alimentano la loro fiducia e *compliance* rispetto alle terapie proposte, aumentano il loro senso di responsabilità nella fruizione dei servizi e determinano da parte dell'organizzazione sanitaria l'impegno per migliorare la qualità dell'offerta sanitaria. Un paziente coinvolto assume sempre di più il ruolo di protagonista attivo della propria salute e del proprio benessere; pertanto è essenziale un'efficace interazione tra il cittadino/paziente e l'operatore sanitario, attori fondamentali nel percorso di diagnosi e cura. Il coinvolgimento attivo del paziente, la condivisione del proprio piano di cura e assistenza con il medico, il *feedback* che il paziente attiva sulla qualità dei servizi, concorrono a realizzare efficacemente il principio della centralità della persona.

Anche a livello europeo il concetto di coinvolgimento, contenuto nel più generale principio dell'*empowerment*, è richiamato nel "Programma di azione comunitaria in materia di salute pubblica (2008-

2013)", in cui la partecipazione e l'influenza dei cittadini sui processi decisionali di assistenza, cura e riabilitazione costituiscono i valori su cui si fonda la strategia sanitaria.

Il Ministero della Salute ha avviato indagini per verificare la situazione nel nostro Paese e per individuare gli strumenti in grado di incrementare questo coinvolgimento?

In tema di coinvolgimento dei cittadini è stato condotto dal Ministero della Salute il programma "Sviluppare strumenti idonei ad assicurare il coinvolgimento attivo dei pazienti e degli operatori e di tutti gli altri soggetti che interagiscono con il SSN", svolto in collaborazione con il CEREF (Centro Ricerca e Formazione) di Padova e con un gruppo di lavoro formato da referenti delle Regioni Emilia-Romagna, Puglia, Toscana, Veneto e Provincia Autonoma di Bolzano. Tale programma, attraverso un apposito questionario rivolto alle Regioni e alle Province Autonome (indagine Indaco), ha permesso di fare una ricognizione della situazione del nostro Paese, relativamente al coinvolgimento dei pazienti e all'individuazione degli strumenti per sviluppare il loro coinvolgimento e quello degli operatori nel processo

assistenziale. Il modello di analisi utilizzato comprende cinque aree, a ciascuna delle quali è stato attribuito un peso rispetto all'insieme, per definire un indice sintetico complessivo di 'Livello regionale di coinvolgimento dei cittadini in sanità'. I risultati dell'indagine Indaco hanno evidenziato l'esigenza di rafforzare tutte le aree di coinvolgimento e di definire approcci, metodi e strumenti per favorire lo sviluppo della partecipazione a tutti i livelli operativi e su tutto il territorio nazionale. In particolare dall'analisi dei risultati emerge la necessità, da parte di Regioni, Province Autonome e Aziende Sanitarie, di potenziare sia la comunicazione con il cittadino sia le attività volte al coinvolgimento e alla partecipazione dei cittadini e dei pazienti.

Come abbiamo detto, il concetto di coinvolgimento rientra nell'accezione

Un'interazione efficace tra paziente e operatore sanitario concorre a realizzare il principio della centralità della persona nel percorso di cura

più ampia di quello dell'empowerment del cittadino. Vuole spiegarci meglio cosa si intende con questo termine?

Il coinvolgimento del cittadino utente dei servizi assume particolare significato con riferimento all'empowerment del singolo e della comunità nei confronti della propria salute. Viene inteso come un concetto stratificato in corrispondenza dei diversi livelli della società (micro, meso, macro), che configurano differenti livelli di rapporto:

medico-paziente, utenti-enti erogatori, comunità-scelte di politica sanitaria.

Il tema dell'empowerment è stato affrontato in letteratura sulla base di analisi che hanno studiato il duplice ruolo di cittadino e operatore sanitario. Nel momento in cui il cittadino è anche operatore sanitario, è coinvolto in quanto risorsa di un'organizzazione sanitaria, ma anche come partner del cittadino, fruitore dei servizi. Questo duplice ruolo lo aiuta a perseguire gli obiettivi di salute, ricevendo nel contempo gratificazione e motivazione per la propria operatività, come professionista e come persona.

Quali sono gli ambiti nei quali agire per stimolare una maggiore collaborazione tra pazienti e operatori sanitari?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel documento "Working together for health" ha evidenziato l'esigenza di adottare strategie per assicurare il benessere organizzativo del personale nei percorsi di assistenza e cura al paziente, mentre altri autori sottolineano che l'adozione di strategie per il personale deve costituire "un obiettivo primario per le organizzazioni pubbliche".



Il rapporto del servizio sanitario inglese identifica quattro ambiti in cui si esplicano le relazioni del personale sanitario, che determinano il benessere organizzativo: il paziente, i colleghi, la professione e l'organizzazione sanitaria di appartenenza. Il Ministero della Salute, al fine di dare concretezza al principio della 'centralità della persona', ha avviato una serie di iniziative per sviluppare, adottare e promuovere strumenti di coinvolgimento dei cittadini/pazienti che concorrano al miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria. Il Programma "Uniti per la sicurezza" ha portato all'elaborazione e diffusione di alcune Guide, ovvero fogli informativi orientati a segnalare accorgimenti per la sicurezza dei pazienti, per stimolare la collaborazione tra questi e gli operatori, soprattutto con una comunicazione semplice e trasparente.

- ▶ Guida per gli operatori che prestano assistenza domiciliare.
 - ▶ Guida per l'assistenza a casa.
 - ▶ Guida per l'uso sicuro dei farmaci.
 - ▶ Guida per i cittadini.
 - ▶ Guida per i familiari.
 - ▶ Guida per i volontari.
 - ▶ Guida per i pazienti degli studi odontoiatrici.
 - ▶ Guida per gli operatori.
 - ▶ Guida per le Strutture sanitarie.
- Attualmente è in corso l'aggiornamento delle Linee guida per la Carta dei servizi sanitari, al fine di rendere questo strumento più aderente ai principi di umanizzazione e coinvolgimento attivo richiesto dai cittadini e dagli operatori sanitari. ■

Come è cambiato l'utente dei servizi sanitari



INTERVISTA A

GIUSEPPE TURCHETTI

Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Lei ha recentemente scritto un libro sul *Marketing per la sanità* (McGraw-Hill, 2010). Può spiegarci in che modo l'acquisizione di competenze di questo tipo da parte degli operatori contribuisce a porre concretamente l'utente al centro del sistema sanitario e favorisce un dialogo tra le parti?

Credo si debba partire dalla constatazione che oggi c'è un utente nuovo dei servizi e dei prodotti sanitari, un utente che ricerca informazioni, che compara, che valuta, che seleziona, che è consapevole di corrispondere un prezzo (in modo diretto o 'indiretto' attraverso la tassazione) per i servizi che gli vengono forniti, che si comporta in modo crescente da protagonista, da 'attore attivo' del sistema, che agisce, cioè, da consumatore. Questo nuo-

vo utente si è conquistato una posizione di parità nel rapporto con il sistema di offerta dei prodotti e dei servizi proprio dimostrando di essere sempre più consumatore – cioè attore nel processo di produzione e consumo – e sempre meno 'paziente' passivo.

Il sistema di offerta è in ritardo rispetto a questa dinamica. L'analisi del contesto sanitario in Italia ci mostra una distanza tra domanda e offerta, una distanza non definibile solo in termini di sovra o sottodimensionamento della capacità produttiva rispetto alla domanda osservabile in alcune prestazioni, ma anche, e soprattutto, nella incongruenza rilevabile tra la percezione che i cittadini italiani hanno in merito alla qualità del sistema sanitario e la posizione più che lusinghiera che la sanità italiana occupa nelle statistiche internazionali.

Il sistema sanitario non sembra adeguatamente attrezzato per ge-

stire al meglio questo rapporto nuovo a cui gli utenti lo chiamano. Dopo quasi venti anni investiti per organizzare e gestire in modo aziendalistico la *macchina interna*, per il sistema sanitario è arrivato il momento di aprirsi anche *all'esterno*, di ripensare i processi di interazione con la domanda, con l'utente, i suoi bisogni, le sue preferenze, le sue richieste di crescente differenziazione e personalizzazione dei prodotti e dei servizi. In questo percorso nuovo, il marketing, con le sue logiche, i suoi strumenti e le sue tecniche, può svolgere un ruolo determinante, aiutando il sistema di offerta a far trovare al 'mercato' sanitario un nuovo equilibrio, un punto in cui domanda e offerta possano interagire nel modo migliore.

Quali esempi di applicazione della disciplina del marketing si ritrovano nella realtà sanitaria italiana e quali riflessioni si possono fare confrontando la nostra esperienza con quella europea e statunitense?

La realtà sanitaria italiana è tradizionalmente lontana da una logica di marketing perché a questo concetto è stato sempre attribuito un significato negativo, distorcendone, in realtà, il significato profondo. Vi sono, tuttavia, numerose iniziative di comunicazione e di ricerca di un rapporto diretto con gli utenti finali messe in atto da poli ospedalieri specialistici, da gruppi organizzati di medici, da centri diagnostici avanzati, che sono descritte nel



manuale *Marketing per la Sanità*. Tali esperienze non hanno, però, una sistematicità né, spesso, fanno uso di strumenti e di tecniche avanzate. Il marketing, fornendo 'gli attrezzi' giusti, può dare un contributo prezioso in tale direzione. In altri contesti sanitari europei tale passaggio è stato già fatto e il più elevato (rispetto a quanto osservato in Italia) livello medio di soddisfazione della popolazione – nonostante la sanità italiana occupi nelle statistiche internazionali sempre i primi posti – verso i servizi sanitari lo dimostra. Diversa, invece, è l'esperienza statunitense, perché diverse sono la filosofia e l'organizzazione della sanità. Il manuale riporta anche interessanti casi americani che ritengo molto utile approfondire, da un lato perché, conoscendoli, possiamo meglio 'difenderci' (inserendo anticorpi potenti contro l'applicazione al settore sanitario di una visione mercantistica estrema da cui, peraltro, anche gli stessi americani stanno tentan-

do di allontanarsi), dall'altro perché, studiandoli, possiamo cogliere gli aspetti positivi e analizzare le caratteristiche degli strumenti che sono stati utilizzati.

In che modo il diffondersi dell'informatizzazione nel sistema sanitario ha favorito l'affermarsi della centralità del paziente nel percorso di cura?

Il contributo che i sistemi informativi possono fornire per favorire la centralità del paziente nel percorso di cura è fondamentale. Ma essi sono uno *strumento*. Il passaggio precedente è il disegno di un sistema concretamente paziente-centrico, con la progettazione dei percorsi, con l'articolazione dei suoi attori, dei rispettivi ruoli, dei meccanismi di interazione e coordinamento. Poi interviene l'informatica. E la sua assenza – o inadeguatezza – può essere, data la complessità della sanità di oggi, fortemente limitante. Parte importante del ritardo che si osser-

va nel raccordo tra ospedale e territorio, infatti, trova nella ancora insufficiente informatizzazione del sistema una motivazione rilevante. Investire nei sistemi informativi, quindi, non solo può consentire di migliorare l'efficienza del sistema, favorendo una migliore sinergia tra i diversi operatori e una riduzione delle ridondanze e delle duplicazioni, ma anche, e direi soprattutto, può aiutare il sistema sanitario, grazie a un più efficace coordinamento, a migliorare la qualità dei servizi ai pazienti e ad essere loro più vicini. Per rendere 'realistici' e 'realizzabili' gli obiettivi di una sanità diffusa, che segua il paziente – in un *continuum* organizzato – dall'ospedale alle strutture sanitarie del territorio a casa propria, il ruolo svolto dai sistemi informativi è indispensabile.

Il cammino da compiere è ancora molto, ma si deve essere fiduciosi. La sanità italiana ha valori, cultura e professionalità elevati, profondi, radicati. Deve, tuttavia, abituarsi a parlare di più e meglio all'utente e, soprattutto, deve imparare a parlare, in modo continuo e organizzato, con l'utente, lasciando in primo luogo che i professionisti sanitari possano – certo in modo rinnovato – tornare a farlo, e che le strutture sanitarie, aprendosi maggiormente verso l'esterno, impostino un rapporto più diretto e dialogante con i fruitori dei propri servizi. Dal marketing, dalle sue logiche e dai suoi strumenti, può venire un contributo prezioso per compiere al meglio questo passaggio e avvicinare in modo efficiente ed efficace domanda e offerta. ■

Il ruolo svolto dai sistemi informativi è indispensabile per realizzare l'obiettivo di una sanità che avvicini in modo efficace ed efficiente domanda e offerta garantendo la centralità del paziente



Strumenti e iniziative per garantire la centralità del paziente nel percorso di cura



INTERVISTE A

ENRICO DESIDERI

Direttore Generale,
Azienda USL 8 Arezzo



LUCIANO FLOR

Direttore Generale, Azienda
Provinciale per i Servizi Sanitari,
Provincia Autonoma di Trento

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 delinea il percorso per un'organizzazione della sanità che definisca esattamente il ruolo dell'ospedale e del territorio a garanzia della continuità delle cure e della centralità della persona. Quali sono le strategie avviate nella sua Azienda e le figure di riferimento impegnate nella

realizzazione di un percorso di cura che ponga al centro il coinvolgimento del paziente?



DESIDERI. Nell'Azienda Sanitaria di Arezzo, applicando le linee strategiche previste dal Piano Sanitario della Regione Toscana, è stato avviato un percorso teso ad introdurre un modello di cure che, superando quello tradizionale 'per organo-apparato' (pneumologia, cardiologia, gastroenterologia), vede

il paziente, in un'ottica plurispecialistica, al centro del sistema. È in essere, infatti, una riorganizzazione dell'assistenza "per intensità di cura" (che si concluderà entro il 2011) volta a garantire, soprattutto ai pazienti anziani affetti da più patologie, la loro presa in carico – in modo preordinato e non su richiesta – da parte di più specialisti.

Ma il vero tema è come assicurare che il paziente sappia chi ha una visione completa del suo stato di salute, chi è in grado di interpretare tutti i suoi bisogni assistenziali sia durante la degenza che in fase di dimissione, quando è importante che il paziente venga tempestivamente ed opportunamente preso in carico dai servizi territoriali: come garantire la sicurezza nel delicato passaggio dalla dimissione ospedaliera all'ammissione nel territorio.

Nasce così la nuova figura del 'tutor assistenziale', un infermiere, e del 'tutor clinico', un medico. Queste due nuove figure operano in stretto raccordo con i servizi distrettuali attraverso l'Agenzia Ospedale-Territorio composta, oltre che dai tutor, dal medico di famiglia e dal responsabile medico ed infermieristico del Distretto.



FLOR. Dal 2000 una delle tre linee strategiche fondamentali dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento è costituita dalla promozione della salute (Carta di Ottawa, 1986). Il modello di *governance* scelto dall'Azienda riconosce nel 'controllo condiviso' con i cittadini una componente essenziale dell'erogazione dei servizi. Da tempo i programmi di attività, le direttive di budget e i sistemi di valutazione del personale fanno esplicito riferimento ad obiettivi di performance modellati sulla dimensione della 'centralità dell'utente'. Sono stati, inoltre, applicati strumenti di verifica della capacità dei processi di assistenza di promuovere l'*empowerment* dei pazienti e dei familiari.

Nonostante la sua complessità, l'assistenza centrata sul paziente

I tutor clinico e assistenziale sono le nuove figure che devono garantire al paziente sicurezza nel passaggio dalla dimissione ospedaliera all'assistenza nel territorio

può essere misurata. Sono state avviate delle esperienze nella sua Azienda per valutare il miglioramento della soddisfazione degli utenti?



DESIDERI. In questi ultimi anni lo sviluppo di un sistema regionale di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie, che dedichi specifici indicatori alla soddisfazione degli utenti, ci ha consentito di abbandonare le classiche indagini di tipo generalista per sviluppare mo-

delli di ricerca più mirati verso specifiche aree o percorsi.

L'ultima indagine effettuata, in collaborazione con le associazioni di volontariato/tutela, è quella dedicata al ricovero ospedaliero, che ci ha consentito di valutare alcuni aspetti poco trattati quali il giudizio sulla durata del ricovero oppure i tempi e le modalità di dimissione. Le altre indagini, che stiamo portando avanti sempre con il contributo del mondo associativo, sono collegate a specifici percorsi o a singole strutture. Ciò valorizza il coinvolgimento degli operatori in tutte le fasi del-

la ricerca, permette di costruire strumenti di rilevazione mirati e sensibili, consente di ottenere conoscenze direttamente spendibili in concrete e dettagliate azioni di miglioramento. Abbiamo così valutato e migliorato specifiche attività come quelle per la terapia antalgica, per la riabilitazione e gli accessi vascolari. Siamo attualmente impegnati nell'avviare indagini mirate alla gestione del dolore postoperatorio e al servizio di dialisi.



FLOR. Dal 2002 sono periodicamente condotte indagini di soddisfazione dei cittadini nei confronti dei servizi sanitari tramite interviste telefoniche. Vengono anche effettuate

indagini settoriali con questionari o focus group per analizzare aspetti di gradimento degli utenti inerenti ad alcune attività assistenziali.

Esistono esempi di collaborazione tra le associazioni attive sul vostro territorio e le strutture sanitarie, che abbiano permesso di avviare progetti e iniziative mirati al miglioramento della qualità e alla sicurezza dei servizi sanitari offerti ai vostri assistiti?



DESIDERI. È oramai consolidata la collaborazione tra l'Azienda Usl 8 e

le associazioni di volontariato e tutela, favorita da una struttura di collegamento rappresentata dalla Consulta del Volontariato.

Spesso ci troviamo di fronte a collaborazioni fra singole strutture aziendali e associazioni portatrici di specifici interessi: penso ai risultati ottenuti in settori come quello dell'oncologia e delle malattie cronicodegenerative, dove il ruolo attivo dei pazienti e delle associazioni ha direttamente influito nella progettazione, nella gestione e nella valutazione di percorsi.

Voglio anche sottolineare i progetti di più ampio respiro che stiamo sviluppando nei settori della sicurezza delle cure e della fruizione consapevole delle prestazioni radiologiche.



filo diretto



Patologie croniche e nuove strategie di assistenza

Intervista a
LUIGI MOSSA
Commissione Prontuario
Terapeutico Aziendale
per le Cure Domiciliari
Integrate, ASL Cagliari

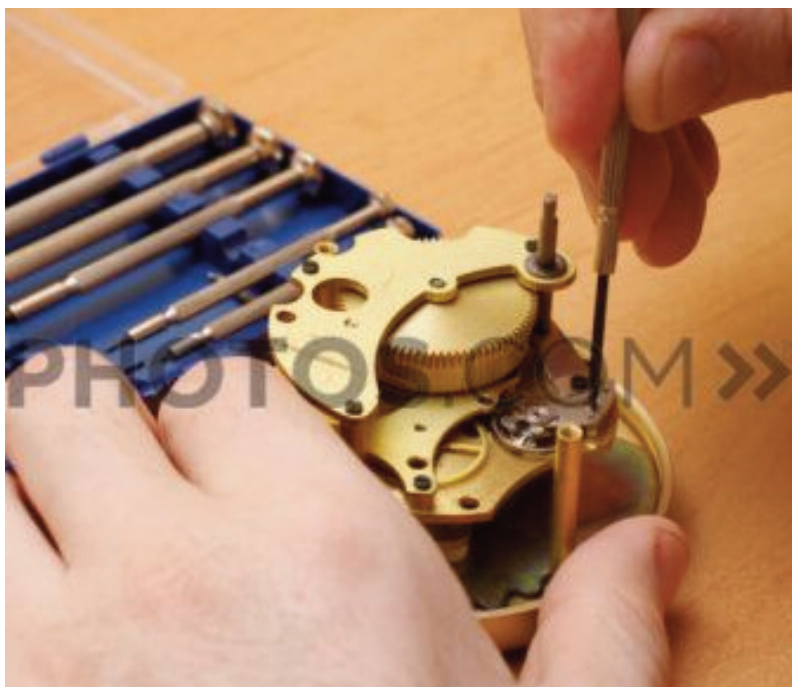
Come cambia la gestione del paziente affetto da patologie croniche nel momento in cui è messo al centro del suo percorso di cura?

Il progresso della conoscenza scientifica, le possibilità diagnostiche sempre più raffinate e differenziate,

l'impiego di molecole farmacologicamente mirate e individualizzate mettono in crisi gli attuali modelli gestionali delle patologie croniche implementati dalle ASL.

Ma se questo coinvolge chi organizza l'erogazione della prestazione sanitaria, obbliga allo stesso tempo anche il paziente, e il sistema familiare che gli ruota intorno, a cambiare il proprio approccio e a non trasferire interamente la problematica all'ospedale. Da soggetto passivo, il paziente diventa sempre più soggetto attivo del proprio percorso diagnostico e terapeutico. Il pas-

Per il primo aspetto mi riferisco all'inserimento, nei nostri programmi di gestione del rischio clinico, di specifiche iniziative tese a sviluppare un ruolo attivo dei pazienti, basato sulla chiarezza delle informazioni, sul dialogo fra operatori e utenti, sullo sviluppo di protocolli condivisi su specifiche tematiche: dolore, infezioni, allergie, uso dei farmaci. In merito invece al più specifico tema del rischio da radiazioni ionizzanti stiamo sviluppando, in collaborazione con il CNR, la Regione Toscana ed il Tribunale dei Diritti del Malato iniziative di sensibilizzazione degli utenti sull'uso appropriato dei servizi di diagnostica e radiologia anche con l'utilizzo di specifiche tecnologie infor-



saggio dalla gestione della patologia alla gestione del paziente con 'quella' patologia implica quindi un approccio socioculturale diverso da parte di tutti.

L'invecchiamento della popolazione sta anche evidenziando il passaggio da una richiesta sanitaria per una specifica patologia ad una richiesta sanitaria per bisogni multipli.

Dal punto di vista del modello gestionale questo passaggio implica un lavoro clinico e operativo interdisciplinare e la necessità di una gestione coordinata attraverso la nuova figura del *case manager*.

Implica anche trasferire l'approccio diagnostico e terapeutico dall'ospedale al territorio, in modo che entrambi operino in modalità, per così dire, simbiotica attraverso l'attivazione di consequenziali processi di interazione tra i vari servizi di una ASL e tra ASL diverse, e non co-

me momenti autonomi e separati in ogni fase, che il paziente deve inseguire in tempi lunghissimi.

Implica, inoltre, attuare modifiche anche solo logistiche, cosa non facile vista la dislocazione frammentata delle strutture, le resistenze politiche locali, le disponibilità economiche del Servizio Sanitario Nazionale e gli organigrammi ospedalieri e territoriali esistenti.

In estrema sintesi, è necessario un nuovo modello gestionale complessivo perché viene ad essere modificato l'obiettivo gestionale. Ma è pur vero che questo è ormai un intervento inderogabile, considerata la situazione attuale del sistema sanitario e gli insostenibili sforamenti soprattutto delle risorse economiche.

Quali nuovi strumenti si stanno introducendo nella ASL di Cagliari

per venire incontro alle esigenze dei propri assistiti, riducendo i tempi di attesa e semplificando l'accesso del paziente alle prestazioni sanitarie?

Il modello organizzativo assistenziale del *case management*, o gestione del caso, si propone come strumento nella realizzazione di percorsi di cura, atto a favorire l'efficacia terapeutica ma anche il controllo dei costi attraverso la massima individualizzazione delle risposte ai bisogni sanitari. Diventa un sistema di accertamento, pianificazione, erogazione e coordinamento di servizi, di erogazione e monitoraggio dei costi e dei bisogni, ormai multipli, del paziente e quindi anche momento di perfezionamento e adeguamento delle risposte cliniche. Un modello dinamico e non statico, capace di adeguare la risposta

Gli obiettivi di performance dei programmi di attività del servizio sanitario vanno modellati sulla dimensione della 'centralità dell'utente'

matiche in grado di simulare il rapporto costo/beneficio.



FLOR. L'Azienda ha costruito un rapporto diretto con le quasi 200 associazioni di cittadini e pazienti attive sul territorio provinciale. Le collaborazioni instaurate hanno consentito di:

- a. realizzare iniziative di audit civico e rivedere modelli di assistenza (come quello dell'assistenza domiciliare);
- b. supportare campagne di informazione e sensibilizzazione (per esempio, quella sull'accesso ai servizi da parte di categorie deboli di cittadini) e condividere nuove forme di rendicontazione

sulle attività aziendali (vedi il bilancio sociale);

- c. facilitare l'introduzione di nuovi servizi (per esempio, quello della mediazione culturale);
- d. migliorare l'informazione (con il consenso informato), la continuità delle cure (in particolare, con interventi educativi nella gestione della cronicità) e l'efficacia degli strumenti per la presa in carico (per esempio, la valutazione multidimensionale dell'anziano);
- e. promuovere il coinvolgimento attivo dei pazienti nella co-produzione dei servizi (come accade con utenti e familiari esperti nella salute mentale). ■

sanitaria alla diversificazione continua della richiesta.

La medicina centrata sul paziente sta facendo emergere l'importanza di nuove figure (quali il case manager) e di nuovi modelli organizzativi (quali il Day Service, PAC) con l'obiettivo di garantire un coordinamento tra gli operatori del team che prendono in carico l'assistito e di monitorare lo svolgimento delle attività inerenti il percorso di cura sia dal punto di vista dei risultati sia per quanto riguarda l'uso delle risorse. State pensando di implementare modelli di questo tipo nella vostra ASL?

In Sardegna l'orientamento dell'Assessorato va in questa direzione e l'operatività delle ASL, anche alla luce degli accordi nazionali con i medici di famiglia, si sta muovendo in questo senso. Da un punto di vista operativo la costituzione della Commissione Aziendale per le Cure Domiciliari Integrate nella ASL 8 conforta le aspettative dei clinici.

A mero titolo di esempio posso citare il 'PAC Renal', progettualità ormai in fase di definizione che nasce all'interno di tale Commissione dall'incontro tra la farmaceutica e la nefrologia aziendale quale modello innovativo di controllo e ottimizzazione dei costi derivanti dalla farmaceutica e di contestuale incremento della qualità dei servizi di nefrologia e dialisi. Il Progetto PAC pone il paziente al centro di un percorso assistenziale che parte dagli interventi di prevenzione finalizza-

ta ad una diagnosi precoce di danno renale, con tutti i benefici consequenziali, attiva un punto unico di riferimento sia per il paziente che per il medico di famiglia, abolisce il supplizio dei tempi di prenotazione ed accorpa in maniera multidisciplinare ogni fase diagnostica e di proseguimento terapeutico anche farmacologico atto sia a ritardare e limitare l'intervento dialitico ospedaliero sia ad arrivare alla dialisi domiciliare, con evidente ottimizzazione dei costi e della risposta clinica, e con il costante monitoraggio della patologia nella sua interezza. Si spera che l'attuale fase di commissariamento della ASL lasci il posto ad una situazione gestionale più stabile, che renda la ASL immediatamente operativa almeno nel medio periodo. La risposta clinico-sanitaria, purtroppo, passa anche attraverso le condizioni politiche. ■

Il cittadino paziente: un utente che è anche una risorsa



INTERVISTA A
TONINO ACETI
Cittadinanzattiva,
Coordinamento Nazionale
Associazioni Malati Cronici
(CNAMC)

Secondo la definizione dell'Institute of Medicine, quando si parla di assistenza centrata sul paziente si intende parlare di "rispetto e attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori del paziente" e "della garanzia che quei valori guideranno ogni decisione clinica". Dall'osservatorio privilegiato di Cittadinanzattiva, che idea vi siete fatti della situazione in Italia? Esistono differenze tra Regioni nella capacità di coinvolgere e mettere al centro del percorso di cura i propri assistiti?

In Italia la differenza è molta tra le diverse aree del Paese e in alcuni casi anche tra diverse ASL. Dal nostro punto di vista sarebbe importante che, finalmente, si mettessero al centro i diritti dei cittadini. Ci siamo fatti promotori di una Carta, la Carta Europea dei Diritti del Malato, adottata anche dal Parlamento Europeo come cornice generale, che è stata oggetto di diverse mozioni approvate dal nostro Parlamento. In quella Carta sanciamo 14 diritti fondamentali, a cui aggiungiamo il

*L'audit civico
è uno strumento
importante
non solo per
segnalare criticità,
ma anche
per tracciare
il sentiero
per risolverle*

diritto alla partecipazione e alla cittadinanza attiva. Vogliamo infatti vedere il cittadino considerato come una risorsa e non solo come un costo o un utente.

Quali sono gli strumenti più efficaci per promuovere nel cittadino paziente la consapevolezza dei propri diritti e renderlo protagonista della sua salute?

Anzitutto l'informazione. Basti pensare che in moltissime ASL non è presente neanche la segnaletica per trovare un servizio o un dipartimento. Le Carte dei Servizi restano spesso solo sulla carta. Ci sarebbe bisogno di non interpretare strumenti già disponibili solo come operazioni di facciata e di investire in attività innovative come l'analisi

si civica della qualità o Audit Civico. Un'esperienza che, dove applicata, si è dimostrata importante non solo per segnalare criticità, ma anche per individuare i percorsi per risolverle. In merito alle persone con patologie croniche e rare, un ruolo fondamentale rispetto all'*empowerment* è svolto dal medico, il quale attraverso una comunicazione efficace dovrebbe formare e informare le persone rispetto all'autogestione della patologia. Da ultimo, sarebbe giunto il momento di considerare le associazioni dei pazienti come alleate, e non come un semplice fastidio.

Quanto è importante incrementare l'*empowerment* dei cittadini ai fini della razionalizzazione della spesa per la salute?

È importante incrementarlo, poiché funzionale ad un utilizzo appropriato dei servizi sanitari. D'altro canto, però, non è possibile ricondurre al solo *empowerment* la razionalizzazione della spesa per la salute. Sono molte le varianti che incidono su questa tematica: prima fra tutte lo sviluppo di un'efficace lotta agli sprechi, fino ad oggi sempre e solo annunciata. Così come la scelta dei Direttori Generali delle ASL sulla base di una vera valutazione dei curricula. Accanto a tutto ciò lo sviluppo di un sistema di cure territoriali all'altezza delle sfide che lo attendono, con particolare riferimento al medico di famiglia. ■



Speciale
Regione
Lombardia

Novità organizzative per un nuovo patto di cura con il paziente



INTERVISTA A

**LUCIANO
BRESCIANI**

Assessore alla Sanità,
Regione Lombardia

“Dalla cura al prendersi cura” è il titolo del capitolo riguardante la salute del Piano Regionale di Sviluppo della Regione Lombardia. E uno degli ambiti nei quali il servizio sanitario lombardo vuole mostrare un’attenzione ancora più forte alle esigenze dei propri assistiti è quello della patologia cronica: un nuovo patto di cura con il paziente attraverso la sperimentazione in cinque Asl del Chronic Related Group. Ci vuole spiegare di che cosa si tratta?

Vocazione della sanità è quella di prendersi cura non solo del paziente, ma anche della persona. La sanità lombarda, in particolare, ha fatto suo questo modo di concepire il rapporto con i malati, impegnandosi a istituire strutture di assistenza che seguano la persona in ogni fase della patologia, dalla diagnosi alla cura, al monitoraggio e all’assistenza continua.

Questa esigenza ha costituito lo spunto per la creazione del Chronic Related Group (CreG): si tratta di un’iniziativa intesa come innovativa presa in carico dei pazienti con patologie croniche, che deve garantire, senza soluzioni di continuità e cali di assistenza, tutti i servizi extraospedalieri (prevenzione secondaria, follow-up, monitoraggio, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica). Di nuovissima introduzione, il CreG è ora in fase di sperimentazione in cinque Asl lombarde e, valutati i risultati della sperimentazione, potrà essere esteso al resto del territorio lombardo.

Un altro esempio di come la vostra Regione intende avvicinare sempre più l’assistenza ai cittadini, valorizzando le risorse presenti sul territorio, è la creazione delle ‘strutture subacute’. Quali vantaggi comporteranno per il paziente?

La creazione delle ‘strutture subacute’ costituisce una novità organizzativa del nuovo Piano Socio-Sani-

tario Regionale e rappresenta un elemento fondamentale per lo sviluppo di un sistema integrato ospedale-territorio in grado di supportare il paziente cronico nelle diverse fasi della malattia (fase acuta, stabilizzazione, riabilitazione, etc.) attraverso la collaborazione di tutte le figure professionali coinvolte (specialistiche e no). Il nuovo modello di cura 'intermedia', rappresentato da strutture di degenza subacuta, prevede la presa in carico di pazienti affetti dai postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica in un contesto di ricovero protetto. Questi pazienti sarebbero altrimenti ricoverati inappropriatamente in ospedale o prolungherebbero, senza necessità, il periodo di degenza.

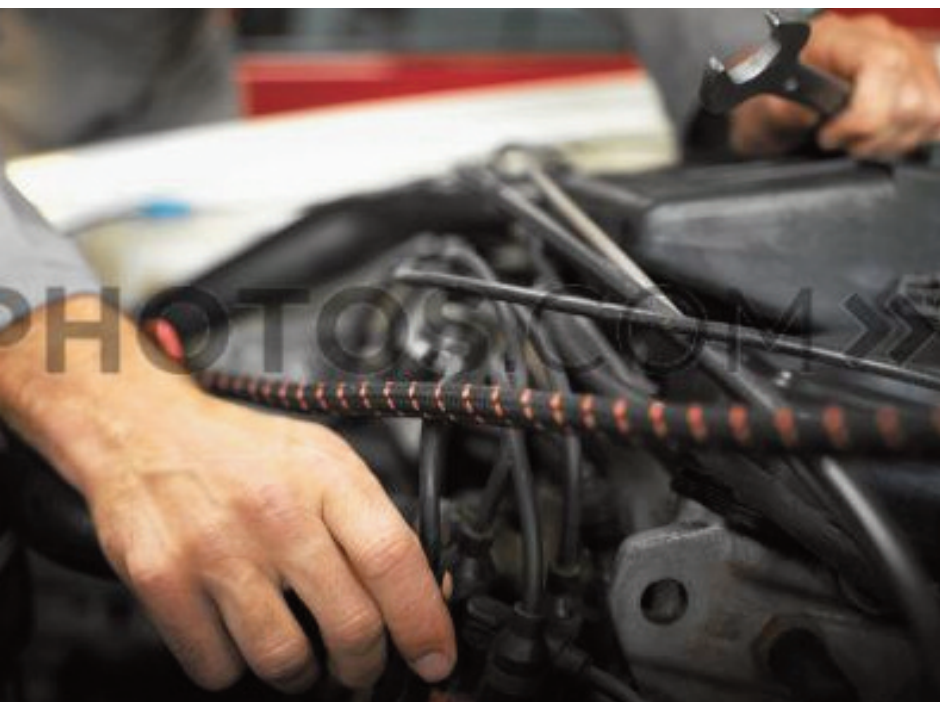
Il vantaggio consiste, quindi, nel garantire continuità di cure e assistenza a persone affette da patologie croniche. In questo modo sarà anche possibile ridurre il numero e l'entità degli episodi acuti e, di conseguenza, evitare il ricovero ospedaliero.

Alla fine di ottobre si è svolto a Milano il convegno "Massima efficienza o caos garantito: gli ospedali lombardi alla prova dell'innovazione organizzativa", promosso dall'Azienda Ospedaliera della Provincia di Lecco, al quale anche lei ha partecipato. Come pensano rispondendo le varie realtà ospedaliere

Prendersi cura della persona nella sua complessità è la vocazione della sanità lombarda

della Regione alla sfida organizzativa rappresentata dall'abbandono delle Unità Operative e alla riorganizzazione sulla base del modello dipartimentale?

Come previsto dal nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale, che costituisce un atto programmatico nel quale vengono indicati gli obiettivi del prossimo quinquennio 2010-2014, i nuovi modelli organizzativi verranno estesi gradualmente da una prima fase sperimentale, prevalente nelle strutture di nuova costruzione, ad un numero sempre più ampio di reparti, dipartimenti o intere strutture ospedaliere. È opportuna, in tal senso, una verifica attenta del reale impatto di questa riorganizzazione intraospedaliera che permette in linea teorica la separazione del controllo delle risorse strutturali da quello del processo clinico per funzioni, e che quindi consente di gestire in modo flessibile gli organici infermieristici e le risorse,



e di riposizionare la professionalità del medico sull'efficacia delle cure e sul rapporto con il paziente.

State anche pensando a come orientare la formazione dei professionisti sanitari verso i nuovi modelli organizzativi?

Nel contesto di un'evoluzione così radicale, come quella che sta coinvolgendo in questi anni il sistema lombardo, è indispensabile che il personale sia adeguatamente formato, al fine di garantire in ogni momento l'alta qualità delle cure. Omogeneizzare le conoscenze e creare sinergia tra le categorie dei professionisti attori del nostro sistema sanitario: sono questi due dei punti chiave su cui si sviluppa l'intervento formativo messo in atto dalla Regione.

Nell'ottica dell'integrazione e della continuità assistenziale viene dato rilievo alle competenze di tutto il personale che opera in ambito sanitario, per garantire la gestione di percorsi assistenziali complessi. Sono rafforzate le capacità relazionali e di comunicazione degli operatori, soprattutto in situazioni eticamente ed emotivamente difficili. Viene promossa la gestione ottimale degli accessi al Pronto Soccorso e la risposta a domande di intervento sanitario complesse, nonché la capacità di interventi integrati e sinergici nel campo della prevenzione delle malattie. ■

Continuità e qualità dell'assistenza in un sistema che pone al centro la persona e il suo benessere



INTERVISTA A

GIULIO BOSCAGLI

Assessore alla Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale Regione Lombardia

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale, approvato lo scorso novembre, e la delibera di Giunta per le Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 indicano con chiarezza la volontà della Regione Lombardia di continuare sul cammino già intrapreso di modificare radicalmente il modo di intendere l'assistenza sanitaria,

strutturando un sistema in cui al centro ci siano davvero la persona e il suo benessere. Può illustrarci in sintesi le principali direttrici nelle quali si articolano gli interventi per garantire continuità e qualità dell'assistenza alla persona lungo tutto l'arco della sua vita?

Stiamo cercando di costruire un nuovo modello di intervento, non solo sanitario ma anche sociosanitario e sociale. L'obiettivo è passare

da un sistema che guarda e cura la patologia a un insieme di interventi integrati che si prendono cura dei bisogni effettivi della persona. È un percorso graduale, che richiederà tempo e che iniziamo a introdurre mediante sperimentazioni specifiche. Le due linee di indirizzo che posso citarle sono da un lato il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata e dall'altro la presa in carico della famiglia, mediante la progressiva trasformazione degli attuali consultori in veri e propri centri di orientamento e sostegno ai nuclei in difficoltà.

Quali nuovi modelli di intervento state avviando per venire incontro, in particolare, alle esigenze dei disabili e delle loro famiglie?

A dicembre ha visto la luce il Piano di Azione Regionale 2010-2020 sulle politiche per la disabilità, un intervento unico nel panorama nazionale, che si contraddistingue per una forte impronta unitaria in quanto non affronta solo i temi sociali e sanitari, ma prende in esame tutto l'insieme delle necessità della persona con disabilità. Il Piano, oltre a introdurre interventi innovativi, segna anche una novità culturale decisiva, laddove prevede che qualsiasi politica debba prendere in considerazione anche le necessità dei cittadini con disabilità, nell'ottica di una reale inclusione e di un pieno rispetto del principio di uguaglianza.

Osservando il panorama epidemiologico generale, non si può rimanere indifferenti alla crescita progressiva delle malattie croniche intorno alla quale attualmente si concentra più della metà dei servizi erogati e delle risorse

destinate alla sanità. Quali progetti state attivando in Lombardia per favorire l'assistenza di questi pazienti?

Io sono sinceramente convinto che la cronicità sia la sfida del millennio. La Lombardia è un sistema di eccellenza, sia per quanto riguarda



Assistenza domiciliare integrata e presa in carico della famiglia sono le due linee di indirizzo avviate in Lombardia per costruire un nuovo modello sociosanitario e sociale

la cura degli acuti sia in termini sociosanitari, ad esempio rispetto alla residenzialità, che vede una diffusione e una qualità che non ha pari in Italia ed è ai massimi livelli anche in Europa. L'aspetto su cui stiamo lavorando è quello del rafforzamento del rapporto tra gli ospedali e il territorio, per garantire sempre di più la continuità di assistenza. Inoltre stiamo attivando alcune interessanti sperimentazioni di strutture residenziali più leggere e flessibili, in grado di rispondere meglio alle esigenze di persone non completamente autosufficienti, che non richiedono però l'elevato livello di medicalizzazione garantito dalle RSA.

Lei ha recentemente firmato un accordo con la presidente di Federfarma Lombardia, Annarosa Racca, per la partecipazione delle farmacie all'Assistenza

Domiciliare Integrata. In questo modo Regione Lombardia è la prima in Italia a recepire quanto disposto dalla legge 69/2009 che disciplina i nuovi servizi delle farmacie. Ci vuole spiegare di che cosa si tratta?

Anche in questo caso si tratta di una riforma radicale, che richiederà un po' di tempo, ma che abbiamo attivato con entusiasmo in collaborazione con Federfarma. La farmacia è indubbiamente un punto di riferimento per grandissima parte della popolazione, specialmente nei comuni più piccoli. Vogliamo sfruttare e rafforzare questa rete garantita dalle farmacie, trasformandole in punti informativi, di orientamento dei cittadini e anche di erogazione di alcune prestazioni domiciliari. Le prime sperimentazioni sono già partite nel territorio di Varese.

Assessore, nei suoi recenti interventi lei ha più volte sottolineato l'eccellenza del sistema sanitario lombardo non solo a livello di strutture, ma anche di capacità di rinnovamento del sistema del welfare. Non ha però neanche nascosto il problema della scarsità delle risorse. Quale strada ritiene si debba percorrere perché le risorse pubbliche possano garantire il mantenimento dello standard raggiunto e il suo ulteriore potenziamento?

Per far fronte alle attuali difficoltà economiche occorre certamente una razionalizzazione e un'ottimizzazione dei servizi e dell'offerta, eliminando le sacche di diseconomia o le eventuali sovrapposizioni ancora esistenti. Occorre dire con chiarezza, però, che per mantenere e innalzare gli standard qualitativi del nostro sistema occorre coinvolgere nuovi attori e nuove risorse. Il coinvolgimento del privato, profit e non profit, il *fund raising*, la sponsorizzazione degli interventi non corrispondono a una rinuncia al ruolo di governo, ma possono invece rappresentare, mediante un'azione efficace di coordinamento e controllo, una grande opportunità di crescita per il nostro sistema di welfare. ■



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

