


# 7. Il progetto NOA e la continuità assistenziale per i pazienti con patologie croniche



**Maria Chiara Tassinari**

## Premessa

Il progressivo trasferimento di attività sanitarie dalla degenza alla specialistica ambulatoriale e l'aumento della complessità delle patologie che possono essere diagnosticate e trattate a questo livello, hanno reso indispensabile modificare in modo sostanziale le condizioni di erogazione della specialistica ambulatoriale introducendo cambiamenti organizzativi che rispondano a criteri di efficienza gestionale e di qualità dei servizi resi.

Per governare questo livello di assistenza sono state emanate nuove normative nazionali e regionali con l'obiettivo di garantire l'accessibilità alle cure, la tempestività della presa in carico e la continuità delle cure stesse.

Gli interventi normativi hanno seguito alcuni assi di intervento fondamentali: definire le prestazioni erogabili e i flussi informativi, realizzare sistemi di prenotazione diffusi e trasparenti e governare i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni.

Ciononostante, il setting dell'assistenza ambulatoriale non è ancora compiutamente in grado di rispondere al problema clinico del paziente ambulatoriale, in tempi adeguati e con interventi appropriati e assicurare il follow-up dei pazienti con patologie croniche seguiti dai medici di famiglia in forma integrata con gli specialisti.

Per progettare un modello organizzativo in grado di risolvere queste criticità, abbiamo per così dire messo a confronto l'organizzazione della cura fra degenza e ambulatorio dal punto di vista del paziente e dello specialista:

- in degenza c'è un'organizzazione che coordina l'attività assistenziale necessaria per il paziente mentre in ambulatorio è il paziente che se ne fa carico sopportando incertezza dei tempi, appesantimenti burocratici e inutili rinvii.
- Il medico in degenza opera in un ambiente "protetto" all'interno di relazioni stabili, mentre in ambulatorio lo specialista è solo, la collaborazione infermieristica è finalizzata alla effettuazione della singola prestazione e esistono relazioni deboli o insufficienti con altri specialisti e con i medici di famiglia.

Queste considerazioni sono risultate fondamentali in quanto ci hanno consentito di capire che l'intervento organizzativo, per essere utile alle esigenze dei pazienti, doveva strutturare e consolidare un sistema stabile di relazioni cliniche ed organizzative fra diverse professioni, integrando competenze, conoscenze e valorizzandone le abilità specifiche, sia all'interno del poliambulatorio che tra i diversi setting assistenziali (assistenza primaria e ospedaliera).

Il progetto si è sviluppato conseguentemente:

- 1- nella progettazione e implementazione del nuovo modello organizzativo con particolare attenzione al ruolo del poliambulatorio nella rete dei servizi;
- 2 – nella introduzione della figura del care manager sia nel poliambulatorio che nel sistema di cure primarie per la gestione integrata dei pazienti con patologie croniche.

L'infermiere care manager agisce:

- nel poliambulatorio con un ruolo prevalente di natura organizzativa e di indirizzo per tutti gli assistiti che necessitano di una presa in carico per approfondimento diagnostico e/o per follow up e si interfaccia con gli altri nodi della rete territoriali e ospedalieri;
- nel nucleo di cure primarie con un ruolo prevalente di natura clinico assistenziale, con funzioni di monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari, di counseling e di educazione terapeutica per la gestione della malattia rivolti sia al paziente che alla sua famiglia. In questo contesto le interfacce principali sono i medici di medicina generale e lo specialista per le coorti di assistiti selezionati.

Il care manager inserito nel poliambulatorio rappresenta una innovazione rispetto a ruolo, funzioni e quindi responsabilità che generalmente sono ascrivibili all'infermiere che opera nella specialistica ambulatoriale. Il care manager del punto di accoglienza (PDA) è un professionista che diventa parte attiva, con interventi specifici individuali (educativi, di counseling e di monitoraggio dell'assistito) e di organizzazione (programmazione accessi) in partnership con il paziente, il MMG e lo specialista per approfondimenti diagnostici terapeutici in regime ambulatoriale con il fine ultimo di evitare ridondanze, inefficienze

procedurali e la frammentazione del percorso diagnostico. L'infermiere del PDA rappresenta un nuovo nodo della rete dei servizi di raccordo tra le attività dei nuclei di cure primarie e i livelli specialistici superiori.

Nel Nucleo di Cure Primarie l'infermiere care manager accanto alla funzione di accoglienza, valutazione e orientamento ai servizi, assume un ruolo di natura clinico assistenziale con funzioni di monitoraggio attivo delle condizioni cliniche dei pazienti con patologie croniche e dei pazienti "fragili", attraverso interventi ambulatoriali e domiciliari rivolti sia al paziente che alla sua famiglia.

Effettua, in collaborazione coi medici di famiglia, interventi di educazione sanitaria e terapeutica per singoli pazienti o target di assistiti.

L'infermiere care manager del nucleo di cure primarie è anche un nodo organizzativo di raccordo con l'assistenza domiciliare e coi servizi sociali, col PDA del poliambulatorio e con l'ospedale per ricoveri e dimissioni protette.

È opportuno infine richiamare alcuni elementi di contesto che caratterizzano il Servizio Sanitario Regionale, che stanno alla base del progetto e ne consentono la diffusione in altre realtà aziendali:

- l'organizzazione dell'assistenza primaria nei nuclei di cure primarie e la realizzazione di sedi di riferimento per i nuclei di cure primarie: la casa della salute (DGR 291/2010). Il NCP/ casa della salute è il nodo di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate con gli altri nodi della rete (assistenza domiciliare, ambulatoriale, ospedaliera);
- la crescita culturale e la valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie assistenziali nelle cure primarie: la DGR n°427/2009 delinea i modelli organizzativi che fanno riferimento alle reti integrate di servizi, alla medicina d'iniziativa, al disease e al case management, ritenuti più adeguati per erogare un'assistenza coerente con il bisogno di salute della popolazione.

## Il progetto

Il progetto di Modernizzazione dell'Area Vasta Emilia Centro sulla Nuova Organizzazione Ambulatoriale (NOA.): *"Sperimentare all'interno di un nuovo modello organizzativo di specialistica ambulatoriale gli strumenti del disease management e del governo clinico: accogliere, assistere, organizzare e valutare"* (marzo 2010- dicembre 2011), del quale l'Azienda Sanitaria di Ferrara è capofila, è un progetto di innovazione organizzativa col quale si vuole realizzare una struttura organizzativa ambulatoriale autonoma, ricca di valenze diagnostiche e terapeutiche, che garantisca la continuità con ospedale e assistenza primaria e che preveda l'attivazione di una rete professionale e approcci globali ed integrati ai problemi della persona. La specialistica ambulatoriale è infatti la sede naturale in cui applicare modelli che permettano il miglioramento della qualità dell'assistenza, attraverso risposte appropriate alla complessità e alle criticità assistenziali dei cittadini affetti da malattie croniche e/o in generale in condizioni di fragilità.

### Obiettivi del progetto sono:

#### Obiettivi primari:

- realizzare una nuova organizzazione dell'assistenza ambulatoriale che sia proattiva nei confronti dei pazienti e in grado di rispondere in modo adeguato e tempestivo ai diversi problemi clinici;
- garantire per i pazienti con patologie croniche (scompenso cardiaco e diabete mellito tipo 2) la tempestività nell'accesso ai servizi specialistici, la presa in carico e la continuità dell'assistenza, attraverso un processo di cambiamento organizzativo e culturale all'interno della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza primaria.

#### Obiettivi secondari:

- migliorare il livello di fiducia da parte di assistiti e professionisti nel setting assistenziale della specialistica ambulatoriale;
- determinare un impatto positivo sulle liste di attesa con la nuova organizzazione;
- migliorare l'adesione da parte dei assistiti ai programmi diagnostici e terapeutici con l'applicazione di un percorso di cure e disease management;
- valutare la trasferibilità di un modello organizzativo innovativo di assistenza ambulatoriale a livello regionale.

## **In sintesi l'intervento dello studio consiste:**

### 1- nella progettazione e implementazione del nuovo modello organizzativo con particolare attenzione al ruolo del poliambulatorio nella rete dei servizi.

Nel progetto NOA l'assistenza specialistica ambulatoriale si configura come un assetto organizzativo autonomo all'interno di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative strutturate con i nuclei di cure primarie (assistenza primaria) e i livelli specialistici superiori (assistenza ospedaliera).

Le relazioni organizzative tra i diversi setting assistenziali sono presidiate dall'infermiere (care manager) che svolge questo ruolo sia nel Punto di Accoglienza del Poliambulatorio sia nei nuclei di cure primarie per gruppi di assistiti omogenei selezionati per patologia.

I profili di cura definiti dai professionisti (le reti cliniche) sono agiti all'interno della rete organizzativa (care management).

### 2 – nella introduzione della figura del care manager nel poliambulatorio e nel sistema di cure primarie per la gestione integrata di patologie croniche.

L'infermiere care manager agisce:

- nel poliambulatorio con un ruolo prevalente di natura organizzativa e di indirizzo per tutti gli assistiti, in modo indistinto, che necessitano di una presa in carico per approfondimento diagnostico e/o per follow up e si interfaccia con gli altri nodi della rete (territoriali e ospedalieri);

- nel nucleo di cure primarie con un ruolo prevalente di natura clinico assistenziale con funzioni di monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente attraverso contatti telefonici, interventi ambulatoriali e domiciliari, eseguendo interventi di educazione sanitaria e terapeutica per migliorare la capacità di gestione della malattia da parte del paziente e dei care giver. L'infermiere care manager opera in stretta integrazione con i MMG e lo specialista.

Mentre la prima fase di realizzazione del progetto è stata centrata sulla organizzazione del poliambulatorio, come riportato nel bilancio di missione 2010, per lavorare sulla cronicità abbiamo dovuto spostare il focus dell'intervento sulle relazioni cliniche e organizzative fra poliambulatorio e nucleo di cure primarie.

Nella seconda fase del progetto, nella quale sono coinvolte le Aziende Sanitarie e Ospedaliero-Universitarie dell'Area Vasta Emilia Centro, sono state selezionate per la sperimentazione dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali due patologie croniche: lo scompenso cardiaco e il diabete mellito tipo 2, anche se il focus dell'intervento che si sta realizzando è più spostato sugli aspetti che riguardano la gestione della cronicità nelle cure primarie che sulla singola patologia.

Le sedi di sperimentazione dell'Azienda Sanitaria di Ferrara sono state individuate nei territori dove i nuclei di cure primarie erano strutturati con una sede di riferimento e con la presenza dell'infermiere di nucleo: la Casa della Salute di Portomaggiore per i pazienti con scompenso cardiaco cronico e l'ambulatorio h12 del Nucleo di cure primarie di Copparo per i pazienti diabetici seguiti dai medici di famiglia a rischio di scompenso.

La prima fase della sperimentazione si concluderà alla fine del 2011.

In questa sede riportiamo l'esperienza sullo scompenso cardiaco che è già in una fase avanzata.

## **Presenza in carico integrata dei pazienti con scompenso cardiaco cronico nella Casa della Salute di Portomaggiore**

Il PDTA per i pazienti con scompenso cardiaco cronico che stiamo sperimentando nella Casa della Salute di Portomaggiore, si inserisce in un contesto di grande cambiamento organizzativo e culturale.

La Casa della Salute nasce dall'idea forte che i cittadini possano avere una struttura territoriale di riferimento alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata, che rappresenti una certezza concreta di risposta competente e adeguata ai diversi bisogni di salute e di assistenza.

La Casa della Salute di Portomaggiore, sede fra l'altro del Nucleo di Cure Primarie di Portomaggiore e Ostellato e di un poliambulatorio, è stata individuata da subito come realtà ideale per sperimentare la gestione integrata dei pazienti con scompenso cardiaco cronico nella nuova organizzazione ambulatoriale, adottando i modelli di gestione e di monitoraggio attivo dei pazienti con patologia cronica che fanno riferimento alla medicina d'iniziativa e al chronic care model.

In questo siamo anche stati stimolati dalla presenza di linee di indirizzo regionali che, anche se ancora non formalmente licenziate, danno alcune indicazioni importanti:

- indicano, nei diversi stadi della malattia, le competenze dei diversi professionisti: MMG, infermiere, specialista cardiologo;
- individuano come setting di cura appropriato per la gestione integrata di buona parte dei pazienti con scompenso cardiaco cronico l'assistenza primaria.

L'implementazione del progetto è accompagnata da un percorso formativo rivolto a medici di famiglia, specialisti e infermieri che utilizza, come strumento didattico, il metodo PBL (Problem Based Learning) e una sezione formativa specifica per gli infermieri care manager che si concluderà nel giugno 2011.

La formazione, accompagnata dalla esperienza sul campo, si sta dimostrando anche in questa occasione elemento trainante per il cambiamento.

Nella Casa della Salute di Portomaggiore, contestualmente alla riorganizzazione delle attività ambulatoriali e l'attivazione del PDA, è stato attivato un ambulatorio per la gestione integrata dei pazienti con scompenso cardiaco cronico. Con questo servizio, i medici di famiglia e gli infermieri del Nucleo di Cure Primarie di Portomaggiore e Ostellato, insieme al Servizio di Cardiologia Territoriale Provinciale, garantiscono ai pazienti un costante monitoraggio dello stato di salute per migliorare la qualità della vita e rallentare l'evoluzione della malattia. Questi risultati si ottengono anche aiutando i pazienti e i famigliari a gestire meglio i problemi collegati alla malattia stessa.

All'ambulatorio si accede tramite invio da parte del medico curante che individua i pazienti che possono trarre beneficio da questa modalità assistenziale. Dopo la prima visita specialistica, sulla base delle indicazioni del cardiologo, l'infermiere programma le visite e gli accertamenti prescritti e segue l'assistito nel tempo, garantendogli continuità assistenziale.

L'infermiere è il punto di riferimento per gli assistiti presi in carico dall'ambulatorio, a cui ci si può rivolgere in caso di dubbi e problemi. Accoglie, ascolta e consiglia il paziente, ad esempio sulle modalità di assunzione dei farmaci e sulla dieta. In caso di necessità, può contattare direttamente il medico curante, il quale valuterà se intervenire sulla terapia, effettuare accertamenti o esami di controllo.

Le attività dell'ambulatorio possono essere così sintetizzate:

- presa in carico e monitoraggio dei pazienti con scompenso cardiaco cronico,
- programmazione delle visite e degli accertamenti necessari,
- consulenza infermieristica per migliorare la gestione della malattia e per promuovere l'adozione di corretti stili di vita,
- monitoraggio telefonico dei bisogni e delle condizioni di salute degli assistiti,
- raccordo con i centri specialistici ospedalieri se si rendono necessari accertamenti più approfonditi e complessi o se è necessario un ricovero,
- raccordo con i servizi sociali in caso di necessità,
- raccordo con il medico curante per l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Il PDTA che si sta sperimentando nella Casa della Salute di Portomaggiore è stato sottoposto al Tavolo Tecnico Aziendale per la Medicina Generale per valutarne l'applicabilità al contesto provinciale.

## **Alcune considerazioni**

### **I primi dati disponibili sembrano orientare verso alcune conclusioni preliminari:**

La nuova organizzazione ambulatoriale con il punto di accoglienza infermieristico realizza una reale presa in carico del paziente che deve effettuare approfondimenti e riduce i tempi della diagnosi. Questo avviene per un numero limitato di pazienti e non influisce sui tempi di attesa generali per l'accesso alla prima visita.

La introduzione del care manager nel poliambulatorio e nei NCP rende più fluidi i processi di cura passando da un setting assistenziale all'altro.

La presenza di un infermiere che si prende cura dei pazienti e del nucleo familiare, che periodicamente effettua il monitoraggio telefonico dei bisogni e delle condizioni di salute degli assistiti e che effettua interventi di educazione sanitaria e terapeutica in stretto contatto col medico di famiglia e lo specialista, favorisce una miglior gestione della malattia e migliora la qualità della vita.

Ancora limitata è la sperimentazione per dimostrare l'impatto sulla evoluzione della malattia e sull'utilizzo dei servizi.