

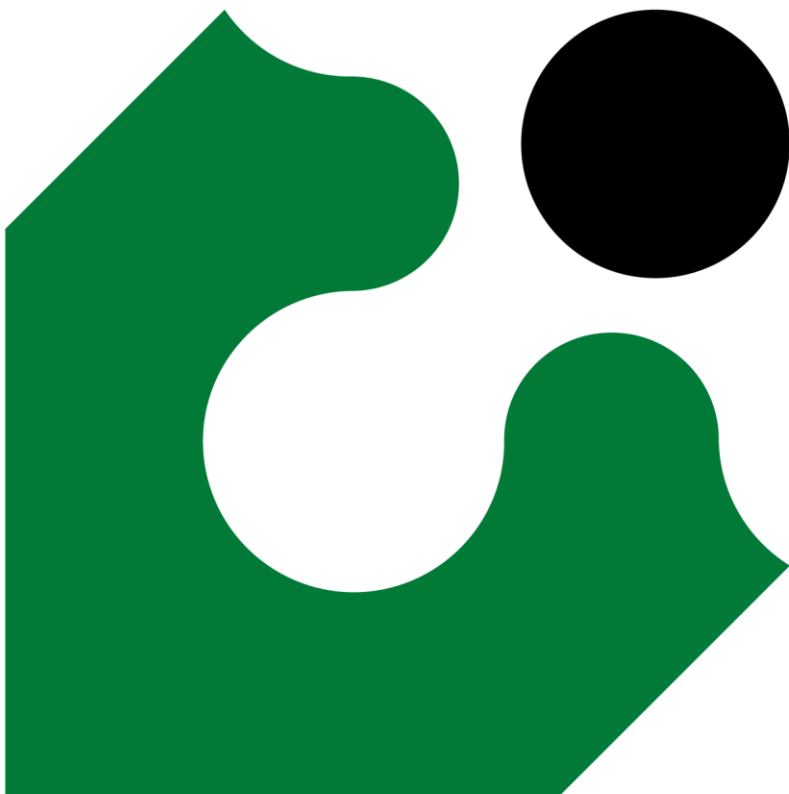
**PDC 2.0: ingaggio territoriale integrato nel
Percorso di Diagnosi e Cura del paziente con
neoplasia del tratto gastro-enterico**

Roberto Farfaglia

(Direttore UOC CHIRURGIA – Presidio MANERBIO. ASST GARDA)

Corso di Rivalidazione manageriale

Anno formativo: 2023



Corso di Rivalidazione manageriale

Lo sviluppo del manager in sanità: tra sfide e cambiamenti post-Covid

ECOLE – Enti Confindustriali Lombardi per l'Education

Codice corso: ECOLE – RIV 2301/AE

GLI AUTORI

Roberto Farfaglia, direttore UOC Chirurgia Manerbio, ASST Garda.
roberto.farfaglia@asst-garda.it

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

Sommario

INTRODUZIONE	Errore. Il segnalibro non è definito.
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
METODOLOGIA ADOTTATA.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	Errore. Il segnalibro non è definito.
DESCRIZIONE DELLE FASI E TEMPISTICHE DI PROGETTO	Errore. Il segnalibro non è definito.
PROGETTO PDC	Errore. Il segnalibro non è definito.
PDC 2.0	Errore. Il segnalibro non è definito.
EQUIPE MULTIDISCIPLINARE	Errore. Il segnalibro non è definito.
COSTI DI ATTUAZIONE	Errore. Il segnalibro non è definito.
INDICATORI.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
RISULTATI PRELIMINARI	Errore. Il segnalibro non è definito.
CONCLUSIONI	Errore. Il segnalibro non è definito.

INTRODUZIONE

Una sfida comune a tutti i paesi economicamente avanzati è la sostenibilità del sistema socio-sanitario, direttamente correlata alla rivoluzione demografica, alla crescente prevalenza delle malattie croniche, alle aumentate esigenze della popolazione ed anche alla crescente offerta tecnologica.

Qualunque sia il sistema sanitario adottato (Beveridge-Bevan, Bismark) si rendono necessari per il futuro l'integrazione dei percorsi, la continuità assistenziale e la presa in carico globale dei pazienti, soprattutto quelli fragili (anziani e/o con multiple co-morbidity).

In questa logica si può leggere lo spirito della recente riforma del sistema sanitario nazionale e regionale, alla ricerca di una visione della sanità orientata alla Salute in termini generali e centrata sulla persona (people centred and integrated care).

Per uscire dalle dichiarazioni teoriche ed accademiche e per cercare di sviluppare un'applicazione concreta di questi principi nella pratica clinica quotidiana, abbiamo deciso di rivisitare un percorso di diagnosi e cura (PDC) recentemente adottato nella nostra Unità Operativa di Chirurgia per i pazienti afferenti con diagnosi di malattia neoplastica dell'apparato gastro-enterico. L'intento è quello di integrare la visione orientata dalla patologia (PDTA), con la visione prospettica orientata a rispondere ai bisogni non solo sanitari ma anche sociosanitari e sociali, secondo le più recenti interpretazioni olistiche della salute.

E' subito evidente la difficoltà che il cambiamento di prospettiva di questa visione comporta, specie in un ambito molto specialistico e "rigido" come la chirurgia, ma il momento storico e culturale che stiamo attraversando in ambito sanitario (e non solo) pone condizioni irripetibili per cercare di concretizzare quella integrazione ospedale-territorio di cui per troppi anni si è discusso senza però raggiungere obiettivi sostanziali.

Per questo motivo il progetto che cerchiamo di realizzare ha lo scopo di integrare un percorso clinico ospedaliero, già operativo da 2 anni, con un innesto territoriale nel senso più ampio, in un upgrade (PDC 2.0) che si muova nella direzione di un Servizio Sanitario "people-centred".

Il progetto procede dal "micro-livello", cioè dall'organizzazione di una cura personalizzata e da una concreta integrazione clinica (per esempio personale medico, infermieristico, sociale ed amministrativo), ad un "meso-livello", cioè ad un'integrazione professionale ed organizzativa più ampia (intra ed extra-ospedaliera), il tutto sostenuto dal necessario "macro-livello" normativo, finanziario e gestionale. (Valentijn).

Come accennato, nel 2021 abbiamo adottato un percorso diagnostico-terapeutico per il paziente oncologico definito su base clinica ed ospedaliera, tipico dell'impostazione chirurgica. Era comunque previsto un coinvolgimento territoriale piuttosto limitato, centrato sulla figura del MMG. Obiettivo primario era certamente di facilitare l'iter del paziente, efficientando i tempi della diagnosi e dell'intervento, mediante predisposizione di slot prioritari dedicati. Come obiettivo secondario si cercava di mantenere un controllo sulla possibile perdita di pazienti nelle more dell'attesa diagnostica, evento talvolta fisiologico nelle UO chirurgiche degli ospedali "periferici".

I risultati sono stati molto incoraggianti dal punto di vista dell'efficienza del percorso e della customer satisfaction, ma piuttosto deludenti se si considera l'integrazione sistematica (non personale) con i MMG.

Ciò ha indotto la presente riflessione che, catalizzata dagli scenari post-COVID e stimolata dal recentissimo contesto normativo nazionale e regionale (PNRR con la Missione 6 Componente 1 per reti di prossimità, strutture e telemedicina, DM77 23/05/2022 e collegate DG Regionali), tenta di ampliare la visione specialistica ospedaliera, centrata sulla diagnosi e sulla terapia in un contesto professionale (intervento chirurgico), verso uno scenario centrato sui bisogni complessivi del paziente; anzi, più correttamente, sui bisogni di quella che viene attualmente definita la diade paziente/caregiver (Progetto di Salute).

L'integrazione digitale del progetto, per quanto ancora immatura, e l'intento di "avvicinare le cure alla casa" risultano assolutamente in linea con gli obiettivi regionali secondo gli indirizzi del PNRR.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI

Obiettivi strategici generali

Modificare l'approccio culturale "classico" di cura dei pazienti oncologici (neoplasie del tratto gastro-enterico), passando da una visione centrata sulla diagnosi (PDC) ad una visione olistica, orientata sui bisogni della persona malata e dei caregivers (PDC 2.0), per una presa in carico globale ed integrata, secondo quanto disposto dalle normative Nazionali e Regionali.

Obiettivi specifici

- Effettuare un'analisi organizzativa del percorso di presa in carico attualmente in atto (PDC) e definirne le criticità e gli spazi di potenziale miglioramento.
- Ottimizzare i tempi di diagnosi (stadiazione) e cura (chirurgica e/o oncologica)
- Efficientare il complesso iter socio-sanitario del paziente affetto da malattia oncologica.
- Istituire ed inserire nel percorso la figura del Case Manager (CM), centrale sia per il coordinamento dell'intero percorso sia per la mediazione delle visioni specialistiche e settorializzate dei diversi componenti del team PDC.
- Coinvolgere precocemente ed in modo integrato il Territorio nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del paziente, ingaggiando la nuova figura dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) e, di conseguenza, la Casa e l'Ospedale di Comunità.
- Condividere precocemente il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale con il medico di medicina generale (MMG), sollecitandolo anche con approccio bottom-up da parte dell'IFeC.
- Ampliare la composizione del gruppo multidisciplinare (MDM) inserendo MMG ed IFeC, anche in collegamento da remoto, definendo e formalizzando rispettivi compiti e responsabilità.
- Integrare il percorso clinico-assistenziale con i Servizi Sociali del comune di residenza (SS).
- Facilitare le procedure burocratiche connesse al percorso (esenzione ticket da remoto, richiesta presidi domiciliari, accertamento d'invalidità, etc)
- Individuare il bisogno di salute dei pazienti e redarre il Progetto di Salute (PAI, PRI), inserendolo nel Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT)
- Predisporre interventi di telemedicina per il controllo e per il follow-up oncologico.

METODOLOGIA ADOTTATA

- Individuazione e nomina dei componenti del core team di progetto.
- Revisione del contesto normativo e della Letteratura.
- Analisi critica del percorso di diagnosi e cura attuale (PDC)
- Definizione del nuovo iter socio-sanitario (PDC 2.0) ed analisi sistemica del processo.
- Identificazione degli ambiti territoriali e dei relativi referenti (MMG, IFeC)
- Definizione degli indicatori di risultato.
- Presentazione del progetto PDC 2.0 alla Direzione Strategica.
- Presentazione del progetto PDC 2.0 agli stakeholders.
- Applicazione di PDC 2.0 ad una casistica pilota.
- Analisi critica del nuovo percorso.
- Reingegnerizzazione del processo alla luce degli obiettivi e delle criticità.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari diretti del progetto PDC 2.0 sono i pazienti a cui viene diagnosticato endoscopicamente un tumore del tratto gastro-enterico, sia in fase di screening che in fase sintomatica.

Destinatari indiretti sono i loro caregivers formali ed informali. Per questo è opportuno il riferimento alla « diade paziente/caregiver ».

L'efficientamento delle cure e la presa in carico globale del paziente, anche con supporto informatizzato (SGDT), rendono in ultima analisi beneficiari anche tutti i componenti della filiera terapeutica, dal chirurgo all'oncologo al MMG etc, e di quella socio-amministrativa.

DESCRIZIONE DELLE FASI E TEMPISTICHE DI PROGETTO

Le diverse attività preliminari all'avvio del Progetto PDC 2.0 con le relative fasi, i riferimenti temporali, le specifiche responsabilità ed i possibili aspetti critici sono schematizzati nelle tabelle seguenti.

FASI	AZIONI	TEMPISTICHE
Analisi critica del progetto PDC	Incontro con i professionisti coinvolti nel progetto precedente al fine di verificare gli elementi critici e le possibili correzioni	Giugno
Individuazione del gruppo di progetto PDC 2.0	Coinvolgimento di: Specialisti ospedalieri (endoscopista-chirurgo, oncologo) Referente MMG di Distretto Direttore DAPSS Coordinatore Infermiere di famiglia Coordinatore Casa di Comunità Altri professionisti potrebbero essere coinvolti nelle diverse fasi del progetto (es fase dimissione ospedaliera/COT, etc)	Giugno
Individuazione delle fasi del percorso del paziente secondo PDC 2.0	Analisi delle diverse fasi del percorso di un paziente affetto da patologia neoplastica gastro-enterica con particolare evidenza degli aspetti extra-ospedalieri	Luglio
Ingaggio dei vari stakeholders territoriali	Riunioni in gruppi ristretti per presentazione del progetto e verifica adesione (fattibilità). Da considerare anche i sindaci dei paesi distretto 09 per ingaggio Servizi Sociali dei Comuni	Agosto Settembre
Avvio test su casistica pilota	Arruolare nel PDC 2.0 i pazienti con neoplasia gastro-enterica di provenienza dal Distretto 09 di ASST Garda afferenti al Presidio Ospedaliero di Manerbio	Agosto Settembre Ottobre
Valutazione risultati su casistica pilota	Analisi critica dei risultati e indicatori. Presentazione in anteprima in discussione Project Work	Ottobre

Tabella 1: Fasi progetto PDC 2.0

Attività'	Responsabilità	Tempistiche	Note
Istituzione gruppo di lavoro	Direzione Strategica Aziendale	Giugno	Core team eterogeneo e numericamente contenuto
Analisi organizzativa della situazione attuale PDC	Gruppo di lavoro	Luglio	Disponibilità risultati PDC
Individuazione criticità	Gruppo di lavoro	Luglio	MMG
Reingegnerizzazione del processo (PDC 2.0)	Gruppo di lavoro	Luglio	Definizione PDC 2.0
Applicazione a casistica pilota	Gruppo di lavoro con tutti i relativi stakeholders	Agosto Settembre Ottobre	Criteri di selezione territoriale e numeri ristretti.
Verifica risultati	Gruppo di lavoro	Ottobre	No significatività statistica. BIAS di selezione

Tabella 2: Matrice compiti responsabilità e timing PDC 2.0

PROGETTO PDC (PERCORSO DALLA DIAGNOSI ALLA CURA 2021)

Il progetto aveva la finalità di fornire all'utente sottoposto ad esame endoscopico una presa in cura completa, dal momento in cui vi è un sospetto diagnostico per patologia tumorale, all'esecuzione di accertamenti, fino all'intervento chirurgico.

Il progetto prende avvio come "progetto pilota" presso il Presidio di Manerbio.

Obiettivi:

- ✓ Presa in cura complessiva dal primo contatto dell'utente con il servizio di endoscopia
- ✓ Riduzione del tempo che intercorre tra sospetto endoscopico, diagnosi e terapia
- ✓ Creazione di sinergie con i MMG
- ✓ Fidelizzazione del paziente
- ✓ Sviluppare un modello replicabile sia per patologia che per Presidio

Conclusione del progetto PDC: settembre 2021.

La sintesi dei risultati qualitativi (customer satisfaction) deponeva per una molto elevata soddisfazione dell'utenza in relazione al contatto con il chirurgo, in fase di consegna della diagnosi istologica, ed alla chiarezza e completezza delle informazioni ricevute.

Discreto risultava il giudizio dei pazienti sul coinvolgimento del MMG in merito alla condizione clinica del momento.

Peraltro è risultato poco efficace il nostro tentativo di coinvolgimento dei colleghi MMG negli incontri di discussione multidisciplinare (presenza inferiore all'8% dei casi).

Le cause non sono state approfondite ma sono certamente bilaterali.

I risultati quantitativi, relativi alle latenze temporali fra i diversi passaggi del percorso, sono stati soddisfacenti garantendo esito istologico entro 7 gg lavorativi dall'endoscopia e visita chirurgica sempre contestuale alla consegna del referto di malattia neoplastica. L'intervento è stato sempre condotto entro la soglia dei 30 gg dalla diagnosi istologica ed entro i 12 giorni dalla definizione del piano di cura.

Nel complesso quindi i risultati erano soddisfacenti per la componente intra-ospedaliera del percorso di diagnosi e cura, mentre erano deludenti sulla componente extra-ospedaliera, alla quale il progetto aveva peraltro dedicato un interesse marginale.

Da qui nasce il desiderio e l'esigenza di integrare ed ingaggiare la componente territoriale del percorso, cioè il progetto PDC 2.0.

PDC 2.0

Il nuovo percorso viene quindi ridisegnato con profonda attenzione alla componente territoriale, alla luce e nel rispetto delle indicazioni della nuova riforma socio-sanitaria.

Di seguito una flow-chart relativa al percorso del paziente secondo PDC (colore nero) e secondo PDC 2.0 (colore rosso)

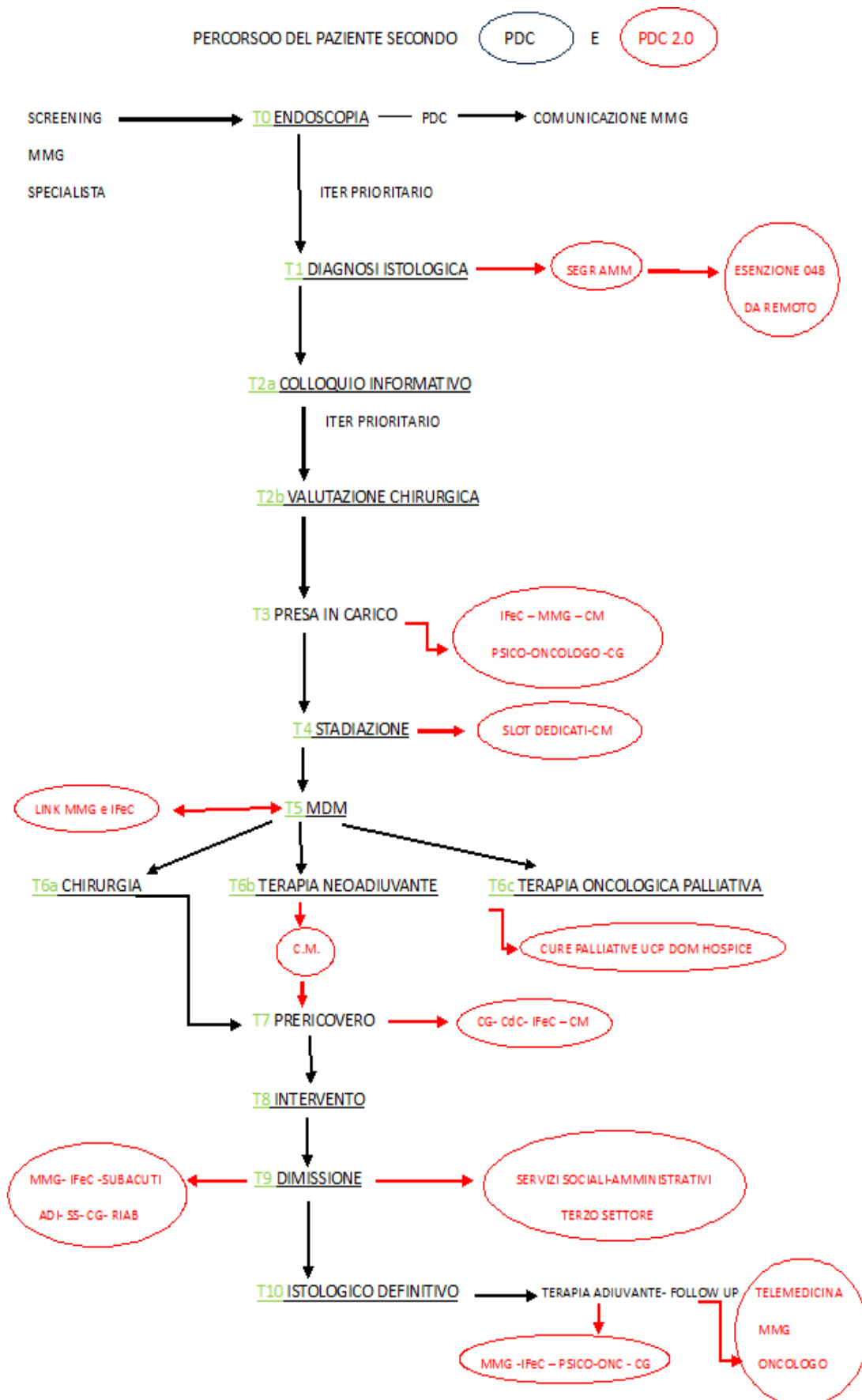


Figura 1. Flowchart del percorso del paziente secondo **PDC** e **PDC 2.0**

Di seguito una matrice compiti/responsabilità a titolo esemplificativo, relativa al percorso del paziente in caso di chirurgia up-front, di trattamento oncologico neoadiuvante e di trattamento palliativo (tabelle 3-4-5)

INTERVENTO CHIRURGICO UP-FRONT

FASI	AZIONI	OPERATORI
Colloquio con paziente e caregiver	Il chirurgo spiega al paziente e/o caregivers la diagnosi, la tipologia di intervento, la procedura pre-ricovero e il decorso post intervento	Chirurgo Case manager ed IFeC Contatto MMG
Prericovero	Individuazione di quali esami possono essere fatti a domicilio o presso Casa della Comunità se prossima al domicilio PreHab (nutrizionale, fisioterapia...)	Case manager ed IFeC Coordinatore UO Chirurgo Anestesista
Ricovero/ Intervento	Programmazione della giornata di ricovero e di intervento Monitoraggio corretta preparazione pre-intervento (digiuno, tricotomia ecc..) Effettuazione dell'intervento (percorso ERAS)	Coordinatore UO Chirurgo
Gestione post intervento	Gestione del post operatorio Ripristino del proprio grado di autonomia nelle ADL Prima fase di educazione alla gestione della stomia	Infermieri di UO Chirurgo IFeC
Pianificazione Dimissione	Pianificazione della dimissione verso la struttura più idonea: <ul style="list-style-type: none"> ● Rientro a domicilio ● Ricovero presso Cure Intermedie ● Ricovero presso RSA 	Coordinatore Chirurgo Dimissioni Protette UVMD (IFeC, Assistente sociale, MMG)
Valutazione domiciliare	Valutazione dei bisogni sanitari e sociali ed attivazione dei relativi servizi es. ADI, SAD, Psicologo, supporto da parte di associazioni di volontariato ecc... Prosecuzione dell'educazione terapeutica alla nuova condizione	IFeC Assistente sociale MMG
Controllo post operatorio	Programmazione controlli con prenotazione agende riservate	Coordinatore UO Case manager
Follow up	Programmazione di visite e controlli e monitoraggio Effettuazione visite e controlli: valutare la possibilità di effettuare controlli presso il domicilio/Casa di comunità . Teleconsulto ?	Case Manager IFeC Chirurgo/Oncologo MMG

Tabella 3: Definizione programma terapeutico- assistenziale multidisciplinare
INTERVENTO CHIRURGICO UP-FRONT

TRATTAMENTO PRIMARIO (NEOADIUVANTE)

FASI	AZIONI	OPERATORI
Colloquio con paziente e familiari	L'oncologo spiegherà al paziente l'iter del trattamento adiuvante	Oncologo Case manager IFeC Contatto con MMG
Ricovero	Se necessario per paziente fragile o complicanze: appoggio a UO di area medica o chirurgica. Percorso standard.	Oncologo Coordinatore Oncologia/ destinataria UO
Gestione terapia adiuvante	Impianto catetere venoso centrale in DH (PICC, PORT) Somministrazione della terapia chemio/radiologica (MAC) Eventuale terapia di supporto per sintomatologia/complicanze	Infermieri di reparto Oncologo IFeC MMG
Dimissione	Pianificazione della dimissione verso la struttura più idonea: <ul style="list-style-type: none"> • Rientro a domicilio • Ricovero presso Cure Intermedie • Ricovero presso RSA 	Case Manager Dimissioni Protette Assistente sociale MMG
Assistenza al domicilio	Valutazione dei bisogni sanitari e sociali ed attivazione dei relativi servizi es. ADI, SAD, Psicologo, supporto da parte di associazioni di volontariato ecc... Prosecuzione dell'educazione terapeutica alla nuova condizione	IFeC Assistente sociale MMG
Follow up	Programmazione di visite e controlli: monitoraggio del rispetto delle visite Effettuazione visite e controlli: valutare la possibilità di effettuare controlli anche presso il domicilio/Casa di comunità . Pianificazione timing intervento chirurgico dopo restaging.	Case Manager IFeC Chirurgo MMG

Tabella 4: Definizione programma terapeutico- assistenziale multidisciplinare
TRATTAMENTO PRIMARIO (NEOADIUVANTE)

TRATTAMENTO PALLIATIVO

FASI	AZIONI	OPERATORI
Colloquio con paziente e familiari	Il medico oncologo spiega al paziente ed ai caregivers la tipologia di trattamento palliativo previsto e la modalità di approccio (domiciliare, Casa di Comunità, Ricovero, Hospice).	Chirurgo-Oncologo Medico Palliatore Case manager IFeC MMG
Prericobero/Ricovero	Individuazione di quali esami possono essere fatti a domicilio o presso Casa della Comunità se prossima al domicilio Programmazione della giornata di ricovero per terapia/intervento	IFeC/Case manager Chirurgo-Oncologo
Gestione terapia adiuvante	Impianto catetere venoso (DH) Somministrazione della terapia chemio/radioterapica Eventuale terapia di supporto per sintomatologia	Infermieri di reparto Oncologo IFeC
Dimissione	Pianificazione della dimissione verso la struttura più idonea: <ul style="list-style-type: none"> ● Rientro a domicilio con attivazione UCP-Dom ● Ricovero presso Hospice 	Case Manager Dimissioni Protette IFeC MMG
Assistenza al domicilio	Valutazione dei bisogni sanitari e sociali ed attivazione dei relativi servizi oltre UCP-dom es. SAD, Psicologo, supporto da parte di associazioni di volontariato ecc... Prosecuzione dell'educazione terapeutica alla nuova condizione	Dimissioni Protette Assistente sociale IFeC MMG/Palliatore

Tabella 5: Definizione programma terapeutico- assistenziale multidisciplinare
TRATTAMENTO PALLIATIVO

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Equipe costituita da:

- Specialisti ospedalieri (Oncologo, Chirurgo, Radioterapista, Patologo, Radiologo)
- MMG
- IFeC
- Case Manager

L'équipe multidisciplinare si riunisce settimanalmente (il giovedì dalle 14:00 alle 16:30) e prende in esame i casi completi di tutta la documentazione comunicati dal case manager ai componenti dell'équipe qualche giorno prima.

Il case manager si occupa dell'invio del link per collegamento online al MMG e all'IFeC di riferimento (in caso di impossibilità a presenziare)

Per ogni persona valutata nella discussione multidisciplinare, viene definito il progetto di cura.

Il case manager si accorda con i coordinatori di reparto per la programmazione degli interventi (UO Chirurgia per intervento chirurgico/UO Oncologia per terapia neoadiuvante o palliativa).

L'IFeC prende contatti (se necessario) con l'assistente sociale del Comune di residenza del paziente al fine di effettuare una valutazione integrata del progetto di salute con i bisogni sociali.

IFeC/MMG inseriscono il Progetto di Salute nel Sistema di Gestione Digitale del Territorio (SGDT).

Due figure sono imprescindibili per il successo del progetto: il case manager e l'infermiere di famiglia e comunità.

Il case manager (CM):

- Viene presentato al paziente dal chirurgo/oncologo
- Effettua la prenotazione degli esami di approfondimento e staging
- Raccoglie i vari referti e predispone la documentazione clinica per l'incontro multidisciplinare
- Invita i professionisti alla discussione del caso (specialisti, MMG, IFeC, case manager)
- Predispone agende per visite e controlli
- Collabora con l'IFeC nella gestione del paziente a domicilio (prenotazione controlli, visite urgenti...)

L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC)

- Viene presentato al paziente dal chirurgo/oncologo
- Esegue il counseling infermieristico anche con il caregiver
- Collabora in team con l'MMG e con le reti socio-sanitarie
- Si accorda con il case manager e con il paziente sull'opportunità di effettuare alcuni esami presso la Casa della Comunità
- Effettua, con i servizi sociali del comune, una valutazione anche sociale (condizioni di vita a domicilio, rete di supporto familiare, trasporto casa-ospedale)
- Collabora con il case manager per la gestione di casi complessi
- Collabora con il Terzo Settore per ev supporto volontario
- Utilizza sistematicamente strumenti digitali/telemedicina
- Acquisisce consenso del paziente per l'inserimento dati in SGDT
- Concorda con il paziente eventuale visita domiciliare
- Informa pz o care giver relativamente agli istituti di tutela a supporto della patologia (invalidità civile, incapacità lavorativa INPS, Legge 104...)

COSTI DI ATTUAZIONE

L'intero progetto PDC 2.0 intende inserirsi nell'ambito della riforma sanitaria già finanziata da PNRR e Regione Lombardia.

Strutture (OdC, CdC), personale sanitario (IFeC) ed amministrativo (COT) e piattaforme digitali (SGDT) sono già finanziate e, nel nostro Distretto, operative.

Unica figura di specifica introduzione, che in ASST Garda non era finora contemplata, è il case manager (CM).

Non attribuiamo al progetto PDC 2.0 i costi di questa figura professionale, assegnata all'UOC Oncologia, perchè si tratta di un ruolo attualmente irrinunciabile in un approccio oncologico moderno. Si potrebbe anzi considerare il PDC 2.0 come una leva organizzativa virtuosa per l'inevitabile modernizzazione del percorso generale dei nostri pazienti.

Considerando che i finanziamenti europei, nazionali e regionali sono stati già concretizzati (almeno nel nostro ambito territoriale) è ragionevole pensare che quanto del percorso di diagnosi e cura del paziente verrà dislocato dall'ospedale al territorio ed al domicilio costituisca, oltre ad un upgrade qualitativo, anche un concreto risparmio (facilitazione della dimissione ospedaliera e conseguente riduzione della degenza e degli accessi ospedalieri impropri, più precoce ed efficace gestione dei problemi clinici e sociali, riduzione delle complicanze dovute a difficoltà/ritardo dei controlli), anche se molto difficilmente quantificabile se non ex post.

INDICATORI

Modalità di accesso (screening, MMG, PS, ambulatoriale)
Numero (%) esami effettuati presso Casa di Comunità o al domicilio.
Numero (%) di pazienti gestiti dal Case Manager.
Numero (%) di IFeC presenti in equipe multidisciplinare.
Numero (%) MMG convocati/presenti/ collegati in valutazione multidisciplinare
Numero (%) di accessi IFeC al domicilio dei pazienti
Numero (%) di progetti di salute inseriti in SGGT
Numero (%) di progetti condivisi con Servizi Sociali
Numero (%) di interventi di telemonitoraggio/teleassistenza

RISULTATI PRELIMINARI

PDC 2.0 nasce come sperimentazione di un nuovo modello di approccio terapeutico; in forma di progetto pilota è stato avviato nel Distretto 09 (Distretto di Leno) di ASST del Garda, partendo dalla favorevole situazione specifica: in quest'ambito sono già state attivate le strutture previste dalla riforma (OdC e CdC) e sono già state nominate buona parte delle figure chiave dell'assistenza socio-sanitaria territoriale (IFeC).

Per evitare dispersione e disomogeneità si è limitato il progetto inizialmente ai soli pazienti con nuova diagnosi endoscopica di neoplasia maligna del tratto gastro-enterico.

In caso di risultati favorevoli il modello potrà essere esportato anche su altri ambiti clinici (es. Breast Unit) e territoriali (altri Distretti e/o altre ASST).

Il progetto PDC 2.0 si è sviluppato in tre fasi.

La prima è stata la valutazione di fattibilità, la definizione degli obiettivi e degli indicatori, la costituzione del gruppo di lavoro con rispettivi compiti e responsabilità ed il coinvolgimento dei numerosi stakeholders territoriali.

La seconda è stata l'avvio del percorso sulla casistica pilota.

La terza è stata la valutazione dei risultati preliminari al fine di correggere il percorso sulla base delle inevitabili criticità rilevate.

Abbiamo prima di tutto richiesto ed acquisito, tramite la Direzione Socio-Sanitaria, il database completo delle AFT e dei singoli MMG gravitanti sul territorio, con i relativi recapiti telefonici e di posta elettronica.

Stesso lavoro è stato fatto per gli IFeC, suddivisi per copertura territoriale ed abbinati ad un MMG di riferimento.

Nelle numerose riunioni effettuate, abbiamo registrato un grande interesse da parte della Direzione Strategica Aziendale, una disposizione molto favorevole dei direttori DAPSS, dell'UO di Oncologia, dei Servizi di Endoscopia, Radiologia ed Anatomia Patologica.

Anche i coordinatori infermieristici delle Unità coinvolte hanno aderito molto positivamente. E'implicito un ottimo coinvolgimento del personale medico e dei coordinatori dell'UO di Chirurgia (proponente il progetto).

E' stato individuato in Azienda un infermiere con master formativo per case manager.

Dopo un tempo relativamente breve dalla richiesta, il case manager è stato nominato ed assegnato in organico all'UO di Oncologia Medica Aziendale, prendendo specifico servizio il 1° agosto 2023. Questo a conferma della ottima disponibilità della Direzione a sostenere l'avvio del progetto.

E' stata ottenuta l'autorizzazione aziendale all'attivazione di QR code per link specifici (contatti telefonici e mail del CM e sito internet aziendale per le UO di Chirurgia ed Oncologia del Presidio Ospedaliero di Manerbio). In questo momento si sta concludendo l'iter per ottenimento del codice QR e la sua introduzione sui documenti, che vengono consegnati al paziente ed al MMG al momento della diagnosi.

Da parte dei MMG incontrati c'è stata una prima prevedibile "resistenza elastica", soprattutto in quelli più anziani, che però si è ampiamente attenuata dopo i primi confronti sui casi clinici concreti. Hanno giocato un ruolo forte il coinvolgimento territoriale ampio del progetto ed il contatto telefonico diretto del chirurgo al MMG, per aggiornarlo rispetto all'iter diagnostico-terapeutico del paziente e per coinvolgerlo, se lo desiderasse, nella discussione multi-disciplinare attraverso un link per conference call (Microsoft Teams).

E' stata acquisita la disponibilità di dietista, psico-oncologa, stomaterapista e fisioterapista con l'intento di poter ricorrere alle loro prestazioni in sede di Casa di Comunità.

Il percorso burocratico-amministrativo del paziente è stato snellito e l'esenzione del ticket per malattia oncologica (codice 048) viene richiesta dal personale amministrativo dell'Endoscopia e consegnata direttamente dal case manager. In questo modo il paziente riceve l'esenzione contestualmente alla consegna dell'istologico e può eseguire gli esami di stadiazione (non possibili in pre-ricovero) in modo completamente gratuito e prioritario.

L'adesione al progetto da parte del CM e degli IFeC è stata entusiastica e molto affiatata: questo è un elemento decisivo nella prospettiva di successo della sperimentazione.

IFeC e CM sono stati coinvolti dallo specialista già al momento della comunicazione della diagnosi al paziente. Il fatto che affianchino in presenza lo specialista già in fase iniziale ha creato da subito un rapporto di fiducia tra il paziente/caregiver e l'intera equipe curante.

Nel corso di una riunione tecnica del core team (20.07.2023) si è quindi constatata la fattibilità concreta del progetto e si è convenuto di dare corso alla fase 2 (arruolamento di pazienti selezionati per patologia oncologica GE e provenienti dal Distretto 09) iniziando dal 1° agosto 2023, data di inizio del servizio della nuova figura del CM.

Abbiamo ad oggi (30 settembre 2023) arruolato 12 pazienti ed i primi risultati, seppure nell'esiguità del campione e con i bias citati, sono molto confortanti.

E' evidente che per il momento il riscontro ha un significato soltanto qualitativo.

Pur non essendo previsto in fase di definizione del progetto, il ricorso ad un sistema di messaggistica telefonica di gruppo ha molto facilitato i contatti, l'organizzazione e la ricezione tempestiva dei vari feed back.

Tutti i casi sono stati gestiti dal CM con la collaborazione dell'IFeC.

Tutti i pazienti hanno eseguito gli esami preparatori alla TC con mdc in esterno (9 presso la Casa di Comunità, 2 al proprio domicilio ed 1 in ambulatoriale)

In tutti i casi è stato compilato SGDT

Nessun caso è stato segnalato ai Servizi Sociali del Comune di residenza, in assenza di specifica necessità.

In un caso è stata attivato il supporto psico-oncologico per un paziente ed in uno per il caregiver.

Persiste la difficoltà nel coinvolgimento in presenza o da remoto per la discussione multidisciplinare di MMG ed IFec (2/12).

A parte il coinvolgimento territoriale (modesto) di PDC, due punti erano risultati rilevanti in quel progetto: l'efficienza temporale del percorso e la soddisfazione dell'utenza.

Per il primo aspetto (timing diagnosi-cura) abbiamo mantenuto un range sovrapponibile al percorso precedente (PDC) ma dovremo mantenere elevata l'attenzione affinché i diversi livelli di interlocuzione non sortiscano una dilatazione temporale del percorso, specie una volta usciti dalla fase di sperimentazione.

Per il secondo aspetto (customer satisfaction) è prevedibile un ulteriore miglioramento dei riscontri pur molto positivi.

Dai primi casi inseriti nel percorso emerge una soddisfazione dei pazienti e CG molto buona. Abbiamo ricevuto un encomio formale e 2 segnalazioni scritte di apprezzamento per lo sforzo clinico ed organizzativo. La soddisfazione di tutta l'equipe si è rivelata particolarmente significativa per CM e IFeC perché, a detta loro, si sono sentiti parte di una squadra efficiente e ben affiatata. Questo è un ottimo viatico in tema di team building.

A questo aspetto si collega un risultato secondario non scontato: la maggior facilità del contatto (afferente) degli IFeC con l'ospedale, anche per problemi non correlati al PDC 2.0 (gestione domiciliare di una gastrostomia ed una prescrizione nutrizionale) e la migliore integrazione (efferente) del personale infermieristico di Reparto con quello del Territorio (gestione domiciliare di complicanze per 2 pazienti in chemioterapia).

Punto critico rimane la difficoltà organizzativa del coinvolgimento dei MMG (1/12) ai meeting multi-disciplinari (pur in presenza di una loro buona disponibilità), dovuta essenzialmente ai diversi ritmi ed orari di lavoro. Altro elemento critico, insito nel sistema burocratizzato, sono i tempi molto dilatati per l'ottenimento di supporti digitali necessari (attendiamo da 4 mesi il sistema Oncosys per la refertazione congiunta delle valutazioni multidisciplinari e da 3 mesi l'attivazione del QR Code per i contatti telefonici ed i link di rete per MMG e pazienti/caregivers).

E' molto incoraggiante il fatto che in incontri preliminari ed informali con alcuni sindaci ed assessori ai Servizi Sociali del Territorio si siano registrati un notevole apprezzamento per l'iniziativa ed una completa disponibilità alla collaborazione.

Il progetto verrà presentato in occasione di una prossima visita dei MMG al nuovo Polo Oncologico dell'Ospedale di Manerbio ed in Assemblea dei Sindaci di Distretto, entro la fine di ottobre, al fine di completare l'integrazione con i Servizi Sociali ed il Terzo Settore e di concretizzare anche l'ultima parte dell'intero percorso di presa in carico globale ed integrata della diade paziente/caregiver.

CONCLUSIONI

La missione 6 del PNRR ed i relativi sub investimenti, così come le DGR regionali, forniscono un'occasione unica per comporre la frattura storica tra ospedale e territorio e la conseguente discontinuità assistenziale.

L'operatività del Distretto 09 di ASST Garda (Leno) e la contiguità con l'ospedale di Manerbio sono stati l'imprescindibile premessa delle nostre riflessioni.

Pur atipico nel suo primum movens (dallo specialista chirurgo al Territorio), il progetto che cerchiamo di realizzare ha lo scopo di integrare un percorso clinico ospedaliero, già operativo da 2 anni, con un forte innesto territoriale, in un upgrade (PDC 2.0) che si muova nella direzione di un Servizio Sanitario "people-centred".

Per una presa in carico globale ed integrata di questi pazienti sono stati definiti e coordinati i numerosi nodi della rete assistenziale socio-sanitaria con particolare riferimento alle componenti territoriali (MMG, IFeC, CdC, CG, ADI, SS...).

E' stato definito il framework di progetto ed è stata avviata la sperimentazione su una casistica pilota, destinata ad essere la base critica per la standardizzazione del percorso.

Dai risultati assolutamente preliminari emerge la fattibilità di PDC 2.0, con aumento dell'efficienza del percorso rispetto a PDC e della qualità percepita sia dagli operatori che dal paziente/caregiver, in assenza di un aumento di spesa.

Glossario acronimi

ADI – Assistenza domiciliare integrata
AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale
ANA – Anagrafe Nazionale Assistiti
ASL – Azienda Sanitaria Locale
ASST – Azienda Socio-Sanitaria Territoriale
ATS – Ambiti Territoriali Sociali
ATS – Agenzia di Tutela della Salute
CdC – Casa della Comunità
CDI – Centri Diurni Integrati
CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale
CO 116117 – Centrale Operativa Numero Europeo Armonizzato
COT – Centrale Operativa Territoriale
CF – Consultorio Familiare
CG – Care-Giver
CM – Case Manager
CP – Cure Palliative
DAPSS – Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Socio-Sanitarie
DG - Direzione Generale
DMP – Direzione Medica di Presidio
DP – Dipartimento di Prevenzione
DPCM – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DSA - Direzione Sanitaria Aziendale
DSS – Direzione Socio-Sanitaria
EMUR - Sistema informativo per il Monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza
FAR - Sistema informativo Assistenza residenziale e semi-residenziale
FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico
GEA – Giornate effettive di Assistenza
GDC – Giornate di cura
IFeC – Infermiere di Famiglia e Comunità
LEA – Livelli Essenziali di Assistenza
LEPS – Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali
MMG – Medico di Medicina Generale
NSIS – Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OdC – Ospedale di Comunità
PAI – Progetto di Assistenza Individuale Integrata
PIC – Presa in Carico
PDTA – Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PLS – Pediatri di Libera Scelta
PNC – Piano Nazionale Cronicità
PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNP – Piano Nazionale Prevenzione
PRI – Programma di Riabilitazione Individuale
PUA – Punto di Unico Accesso

RLCP – Rete Locale di Cure Palliative
SAI – Specialisti Ambulatoriali Interni
SDO – Scheda di Dimissione Ospedaliera
SGDT – Sistema di Gestione Digitale del Territorio
SIAD – Sistema Informativo di Assistenza Domiciliare
SPID – Sistema Pubblico di Identità Digitale
SS – Servizi Sociali comunali
SSN – Sistema Sanitario Nazionale
TS – Tessera Sanitaria
UCA – Unità di Continuità Assistenziale
UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie
UCP – Unità di Cure Palliative
UCP-Dom – Unità di Cure Palliative Domiciliari
UVM – Unità di Valutazione Multidisciplinare

RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze, 6 agosto 2021 (e modifica del 23 novembre 2021) in materia di "assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del PNRR".

Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 in materia di "definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale".

Legge regionale n.22 del 14 dicembre 2021 in materia di "modifiche al titolo I e al titolo VII della Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)".

Deliberazione Regione Lombardia n.6760 del 25 luglio 2022 relativa a "approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del DM n.77 del 23 maggio 2022.

Deliberazione Regione Lombardia n.5872 del 24 gennaio 2022 relativa a "nuovo sistema per la gestione digitale del territorio".

Deliberazione Regione Lombardia n.7592 del 15 dicembre 2022 relativa all'attuazione del DM 77 del 23 maggio 2022.

Deliberazione del Consiglio regionale del 28.12.2017, n.X/7655, in materia di "Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione alla DGR n.X/6551 del 04.05.2017".

BIBLIOGRAFIA

Valentijn Pim P. et alii: Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care.

Int J Integr Care 2013; Jan-Mar, URN: NBN:NL:UI:10-1-114415

WHO Regional Office for Europe. Health 2020 Policy Framework and Strategy. Regional Committee for Europe Sessione 62. Copenhagen 2012. WHO Regional Office for Europe.

Stein Victoria K. Et alii: Towards people-centred health services delivery: a framework for action for the WHO european region.

Int J Integr Care 2013; Oct-Dec, URN: NBN:NL:UI:10-1-114766

Bernstein Gro et alii: A person centred integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals.

BMC Health Services Research, 18:479 (2018)

Kirst Maritt et alii: What works in implementation of integrated care programs for older adults with complex needs? A realist review.

Int J for Quality in Health Care, 29 (5), 612-624 (2017)

Gray Steele C. et alii: Comparing international models of Integrated Care: how can we learn across borders?

Int J Integr Care 20 (1): 14, 1-15 (2020)

O'Neill Meghan et alii: Experiences and reported outcomes of patients and caregivers enrolled in an Integrated Care Program for thoracic surgery: a qualitative evaluation.

Int J Integr Care 2023; 23 (2): 11, 1-11

Leppin AL et alii: Preventing 30-days readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials.

JAMA internal medicine, 2014; 174(7): 1095-107

Davidson L. et alii: Patients experiences of integrated care within United Kingdom: a systematic review.

Int J of Care Coordination, 2021; 24 (2: 39-56)

Titolo del documento

Documento di pianificazione e indirizzo per la prevenzione ed il contrasto del cancro.
Ministero della Salute. Piano Oncologico Nazionale 2023-2027.

Lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
del 22 giugno 2022.

SITOGRAFIA

Rainbow of Chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care.

Pim P. Valentijn. Disponibile su www.integratedcareevaluation.org

www.salute.gov.it (piano oncologico nazionale 2023)

www.agenas.gov.it (stato di avanzamento progetti PNRR)

www.regione.lombardia.it (sedute e delibere della giunta regionale)

www.quotidianosanità.it (case ed ospedali di comunità ed assegnazioni PNRR)