

Cure primarie: medici di medicina generale e infermieri insieme. Una sfida da raccogliere

Diletta Calamassi¹, Cristina Rossi³, Alessandro Bussotti⁴, Saffi Ettore Giustini², Lorenzo Roti⁵

¹ Infermiere, AUSL 11 Empoli; ² Medico di Medicina Generale, CTR, ASL Pistoia; ³ Infermiere, Direttore UO ASF Firenze; ⁴ Medico, Direttore Agenzia Continuità Assistenziale AOUC, Firenze; ⁵ Responsabile Settore Servizi alla persona sul territorio, Regione Toscana

Premessa

Il termine “cronico” viene utilizzato con specifico riferimento alla prolungata necessità di assistenza sociale e sanitaria. In questo contesto, l’obiettivo dell’assistenza infermieristica (nursing) consiste nel fornire sostegno ai pazienti per seguire il loro decorso e garantire loro una buona qualità di vita. Il nursing deve essere mirato alla promozione della salute e alla collaborazione con l’individuo, con la famiglia e il medico di fiducia, nella gestione della malattia cronica.

In questo ambito porre “il percorso del *paziente al centro dell’organizzazione sanitaria*” significa accessibilità, fornire informazioni corrette, chiare, tempestive; riuscire a uniformare i comportamenti del team multiprofessionale stando sempre pronti a individuare gli ambiti che necessitano di una “personalizzazione” nelle risposte.

Quanto sopra scritto si ottiene attraverso il potenziamento di aspetti gestionali e organizzativi: spostando il monitoraggio del paziente cronico dall’ospedale al territorio; privilegiando l’attivazione di ambulatori orientati e integrati su pazienti con pluripatologia, incentivando la consulenza degli specialisti in diretta connessione con i medici di medicina generale (MMG); potenziando il sistema della residenzialità intermedia (es. RSA [Residenze Sanitarie Assistenziali], Hospice, ecc.); investendo nel settore anche a livello di struttura e di personale; attivando un Call Center Territoriale collegato al Punto Unico di Accesso; insegnando ai professionisti a lavorare in gruppo.

Lo sviluppo della medicina di iniziativa sembra essere la soluzione organizzativa per l’implementazione degli aspetti sopra descritti.

La medicina d’iniziativa

Contesto

Nel 2008 la regione Toscana ha introdotto la medicina di iniziativa come modello di futuro sviluppo delle cure primarie territoriali con un progetto di una presa in carico multiprofessionale dei pazienti

affetti da malattie croniche (Tab. I). L’implementazione del *Chronic Care Model* è previsto per 5 patologie croniche: diabete mellito, scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e ictus. “Limitare il numero dei letti – sostengono Feachem et al. – permette di liberare grandi somme di denaro per finanziare strutture di cure primarie comode e comprensive, centri di chirurgia ambulatoriale, il miglioramento dell’*information technology*, e altre iniziative”.

Le attività della medicina di iniziativa (prevenzione, screening, diagnosi precoce e follow-up) integrano le consuete attività cliniche e assistenziali e tendono a promuovere l’adozione di percorsi assistenziali, a potenziare il sistema informativo/informatico con maggiori investimenti nell’*information technology*, ad avviare *piani di formazione* e comunicazione, in forma integrata tra i diversi professionisti operanti nell’ambito delle cure primarie.

Prioritario è il totale coinvolgimento dell’utente all’interno del progetto di cura: il cittadino è il principale attore all’interno del percorso assistenziale.

Impatto della medicina d’iniziativa sui MMG

- “... l’attuazione del modello, *richiedendo al MMG lo svolgimento di una serie di funzioni aggiuntive rispetto alle usuali attività cliniche*, comporterà in un primo tempo un *aumento del suo carico di lavoro*, che tenderà successivamente a diminuire negli anni grazie agli effetti positivi attesi dalla sanità d’iniziativa rispetto allo stato di salute della popolazione (con conseguente diminuzione dell’impegno a livello di medicina d’attesa e del numero di ricoveri ospedalieri). Come già sopra accennato, l’aumento di lavoro del MMG deve trovare sostegno, oltre che nella *disponibilità di infrastrutture informatiche e di personale di supporto a livello ambulatoriale*, anche nell’introduzione di adeguati strumenti contrattuali tra l’altro adeguati a supportare il cambiamento organizzativo” [Del 894, 2008 – All. A].

Fra gli strumenti che il personale delle cure primarie dispone

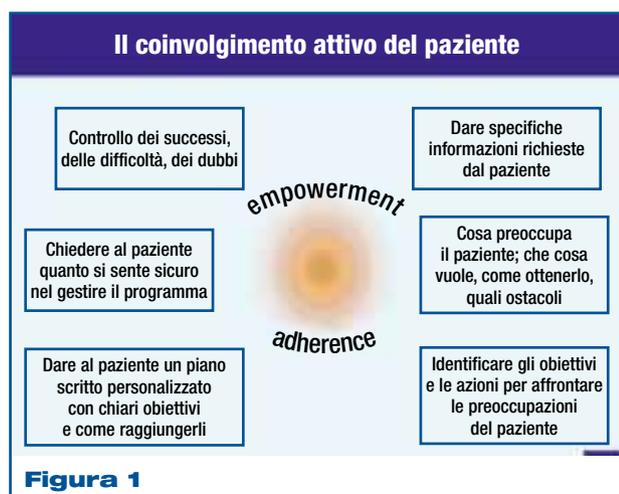
TABELLA I

DGR 467 03/06/2009 Accordo Regione Toscana-MMG.
Team multiprofessionale proattivo
MMG responsabile clinico del team e del paziente
Coordinamento degli interventi <ul style="list-style-type: none"> • all'interno del team • nei confronti degli altri livelli del SSR
Continuità del percorso di salute del paziente fra ospedale e territorio
Applicazione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali
Integrazione con la medicina di comunità
Integrazione dei dati sanitari dei Sistemi Informativi del SSR con quelli degli archivi dei MMG

per sviluppare un rapporto utile ad un coinvolgimento attivo del paziente e la sua famiglia (Fig. 1, Tab. II) c'è la *narrazione* della malattia che fornisce una cornice per affrontare a tutto tondo i problemi del malato e può *dare indicazioni terapeutiche e diagnostiche*. La medicina narrativa è nata come risposta a una situazione caratterizzata dai seguenti fattori:

1. un'impostazione della medicina che mette in secondo piano il paziente nella sua globalità, *suddividendolo* in organi e patologie di competenza di specialisti diversi;
2. la burocratizzazione dei sistemi sanitari;
3. l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie cronico-degenerative; nella gestione della malattia cronica acquista un ruolo fondamentale la vita quotidiana del paziente e dei suoi familiari;
4. una non corretta interpretazione del messaggio dell'EBM (*Evidence Based Medicine*), che porta a dare la priorità all'utilizzo "coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili", *dimenticando* di mediarle con "le preferenze del paziente".

La medicina narrativa richiede un ascolto attivo, che implica l'acquisizione di nuove abilità, per:



- comprendere, assorbire, interpretare le storie della malattia;
- riconoscere la complessità temporale degli eventi clinici e stabilire collegamenti;
- instaurare un contatto genuino con il paziente attraverso la narrazione di storie.

Nel modello organizzativo basato/centrato sul "paziente" viene rivista la logica di funzionamento dei servizi tradizionalmente più attenta alle problematiche organizzative interne che alle aspettative dei pazienti.

Sono messi in discussione: i processi strutturati su abitudini invertebrate e cristallizzate; i ruoli; si sviluppa la capacità di lavorare per processi, impostati per dare giusta soddisfazione al paziente; si passa dall'autoreferenzialità (opinioni personali) al controllo di gestione con indicatori misurabili, in base alle evidenze scientifiche; la revisione delle attività viene effettuata con audit di tipo clinico, professionale, organizzativo, in base agli standard condivisi.

TABELLA II

I contenuti dell'alleanza terapeutica.
Ascolto attivo e non semplice benedetto stare a sentire
Dialogo e non alternanza o somma di monologhi
Rispetto per ciò che il paziente porta: per quanto stravagante o irrazionale ci possa sembrare, esso ha senso per lui
Umiltà da parte del professionista: uno scienziato non ha certezze, né dogmi, né verità assolute
Generosità: non basta comportarsi come se dell'altro ce ne importasse; occorre che ce ne importi davvero

Impatto della medicina d'iniziativa sugli infermieri

Nel Parere 1 del 2009 Allegato B, il Consiglio Sanitario Regionale (CSR) scrive che l'infermiere:

"Previa definizione di un progetto assistenziale con il MMG, con il quale è in comunicazione continua, svolge i seguenti compiti:

- educazione alla salute del paziente e dei familiari; consegna del materiale informativo, delle schede di automonitoraggio (peso, pressione, attività fisica e compliance terapeutica, PEF) e dei questionari su qualità di vita e soddisfazione del paziente;
- educazione all'autogestione di OTLT (ossigenoterapia a lungo termine) e all'autoanalisi di alcuni parametri clinici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, dispnea, presenza di tosse e cianosi, peso corporeo, uso del PEF); adesione ai controlli da effettuare;
- aggiornamento del database (compilazione scheda di follow-up per quanto riguarda i parametri il cui monitoraggio è di propria competenza);
- prenotazione del controllo successivo;
- organizzazione degli appuntamenti per visite specialistiche e accertamenti strumentali;
- rilevazione eventuali disagi che presenta il paziente;
- rapporto dell'esito della visita al medico".

Il Consiglio Sanitario della Regione Toscana si esprime in termini di “compiti” che l’infermiere deve assolvere; sostanzialmente si tratta di “funzioni”.

Emergono chiaramente almeno tre funzioni fondamentali previste nel Profilo Professionale dell’Infermiere (DM 14 settembre 1994, n. 739):

1. funzione di “prevenzione” (che viene espressa dal CSR nella frase “educazione alla salute del paziente e dei familiari”);
2. funzione di “educazione terapeutica” (che si riconosce nell’espressione);
3. funzione di “assistenza” (che è implicita nella asserzione “rilevazione eventuali disagi che presenta il paziente”).

L’attuazione del modello comporterà per gli infermieri la possibilità di espletare pienamente le funzioni previste dal Profilo Professionale.

Per gli infermieri la medicina d’iniziativa significa rispettare i contenuti dei percorsi clinico assistenziali standard definiti dai professionisti all’interno dell’Azienda Sanitaria di riferimento, e sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione, ma, soprattutto, *personalizzare* alcuni aspetti all’interno di questi percorsi se e quando necessario.

La *personalizzazione* dell’assistenza, di concerto con il MMG, implica conoscere profondamente la persona, avere chiare le risorse personali e familiari disponibili, comprendere le difficoltà ed attivarsi per trovare soluzioni originali in risposta a quei bisogni particolari. Il tutto si traduce nell’*adattare la regola scientifica alla specificità del singolo assistito*.

Gran parte delle attività previste all’interno del CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) vengono espletate dagli infermieri. Si tratta di abbandonare alcune mansioni, svolte fino ad ora in maniera routinaria (ad esempio l’esecuzione

dei prelievi ematici ambulatoriali in regime di accesso diretto), *per concentrarsi* su altri tipi di prestazioni, alcune delle quali, prima svolte quasi esclusivamente dai medici (ad esempio lo screening dei pazienti, la valutazione del rischio, il controllo dell’aderenza alle terapie).

Occorre puntualizzare che l’attuale percorso formativo degli infermieri prevede, già a livello della laurea triennale, la preparazione necessaria a svolgere queste attività: nell’ambito del Processo di Nursing, nella fase di *Accertamento*, l’infermiere evidenzia determinati rischi del paziente attraverso opportune scale di valutazione (es. rischio di cadute, di malnutrizione, di sviluppare lesioni da pressione, ecc.), verifica la compliance rispetto ai trattamenti medici prescritti, rileva determinati stili di vita inadeguati, indaga l’attuale stato di salute, ecc.

Gli strumenti utilizzati per la raccolta e l’utilizzo di queste informazioni, non sempre, nella pratica quotidiana, vengono condivisi all’interno del gruppo operativo.

Ci sembra opportuno ribadire, in questo contesto, la necessità di una documentazione clinica integrata.

Le sfide

In un team multiprofessionale e integrato potremmo – dovremmo – parlare di estensione, con l’espletamento di attività che riflettano un progetto di sviluppo professionale, non determinato da contingenze legate ai bisogni del servizio, ma della popolazione.

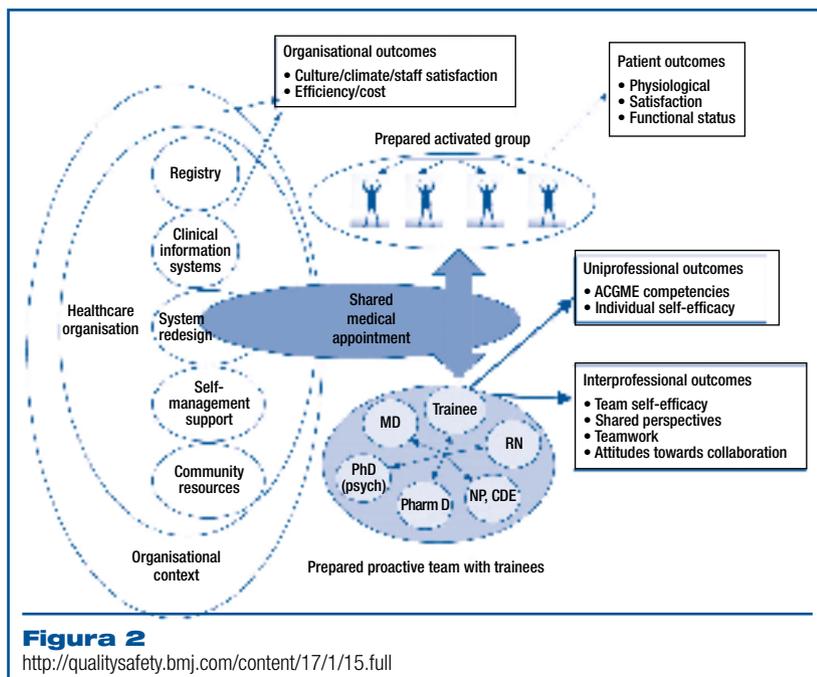
La promozione della salute (in ambito di prevenzione primaria o secondaria) costituisce l’occasione per essere il primo contatto con il cittadino-paziente. Implica impostare un modello di assistenza orientato alla promozione, al rinforzo della abilità della persona, allo sviluppo di reti e non solo alla risposta ai bisogni. Ciò richiede inevitabilmente il potenziamento di alcune abilità funzionali a questo modello.

Punto saliente: integrazione medici-infermieri

Per l’implementazione del modello organizzativo-gestionale le figure maggiormente coinvolte sono i MMG e gli infermieri; questo, forse, ha fatto riemergere (o rendere ancora più vivo) tra le due professioni l’arcaico timore legato alla possibile invasione di ruolo e usurpazione di attività, alla perdita di spazi di autonomia operativa e la paura inerente la nascita di contrasti per il mantenimento o il recupero del ruolo professionale.

Il superamento dei timori comporta, per le due professioni, la necessità di “incontrarsi” e, quindi, di conoscersi meglio.

Probabilmente i “medici” sanno poco della figura infermieristica in termini di formazioni e potenzialità. E forse gli infermieri hanno bisogno di approfondire o comprendere meglio la forza del rapporto tra medico e



paziente nell'ambito della medicina di famiglia, all'interno delle cure primarie. Il fulcro fondamentale della riflessione consiste nello spostare l'attenzione da quanto tutto questo possa essere una minaccia a quanto invece possa rappresentare un'opportunità per i professionisti all'interno delle due categorie professionali e, soprattutto, per il cittadino.

Pensiamo che sia estremamente importante iniziare a progettare e a produrre una *Formazione "comune"/Formazione sul campo in gruppo*.

Per l'avvio di *piani di comunicazione* fra i diversi professionisti, operativi nell'ambito delle cure primarie, può risultare importante sfruttare/utilizzare gli ambiti istituzionali sin dai percorsi formativi iniziali.

A nostro avviso, il percorso formativo dovrebbe comprendere specifici contenuti:

- Laurea
 - Laurea in Medicina e Chirurgia – Laurea in Infermieristica/ Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche, approfondimento di ruoli, funzioni e competenze di entrambe le figure professionali ed importanza della necessità dell'integrazione operativa
- Post-Laurea
 - Master I livello per Infermieri, particolarmente orientati a tematiche quali il supporto all'auto-cura/self management, i percorsi clinico-assistenziali e il lavoro nel team multiprofessionale
 - Percorsi di formazione interprofessionali per lo sviluppo di competenze esperte e trasversali, focalizzati sull'integrazione operativa come modalità per rispondere efficacemente ed efficientemente ai bisogni dei cittadini e alle necessità del sistema sanitario; improntati sulle strategie relazionali finalizzate al raggiungimento degli esiti di salute
 - Master II livello interprofessionali, incentrati sull'elaborazione/analisi di percorsi diagnostici terapeutici, sulle metodologie e gli strumenti di lavoro nel gruppo multiprofessionale

- Formazione continua, per la condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici adottati all'interno dell'Azienda Sanitaria, per la condivisione anche delle modalità di utilizzo degli strumenti operativi utili
- Dottorati di Ricerca interdisciplinari, finalizzati all'identificazione e all'esplorazione delle aree di ricerca comuni ai professionisti sanitari.

Bibliografia

AA.VV. *Narrative, ricerca qualitativa e ricerca infermieristica*. Assist Inferm Ric 2005;24:132-5.

Benaglio C. *Per una epidemiologia a partire dalle storie di malattia*. Assist Inferm Ric 2005;24:136-41.

Bert G. Dipartimento Comunicazione Counselling Salute, Istituto Change di Counselling Sistemico, Torino.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. *Improving primary care for patients with chronic illness*. JAMA 2002;288:1775-9.

Coleman K, Austin BT, Brach C, et al. *Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium*. Health Aff (Millwood) 2009;28:75-85.

Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, et al. *Improving the quality of health care for chronic conditions*. Qual Saf Health Care 2004;13:299-305.

Feachem RGA, Sekhri NK, White KL. *Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente*, BMJ 2002;324:135-43.

Greenhalgh T, Skultans V, editors. *Narrative research in health and illness*. Oxford: Blackwell/BMJ Books 2004.

Marceca M, Ciccarelli S. *Cronico*. Care 2007;9:32-6.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. *Improving chronic illness care: Translating evidence into action*. Health Aff (Millwood) 2001;20:64-78.

Wagner EH. *The role of patient care teams in chronic disease management*. BMJ 2000;320:569-72.

Zannini L, *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2008.