

Il Chronic Care Model

Principi per sviluppare Empowerment del Paziente



R Rollo

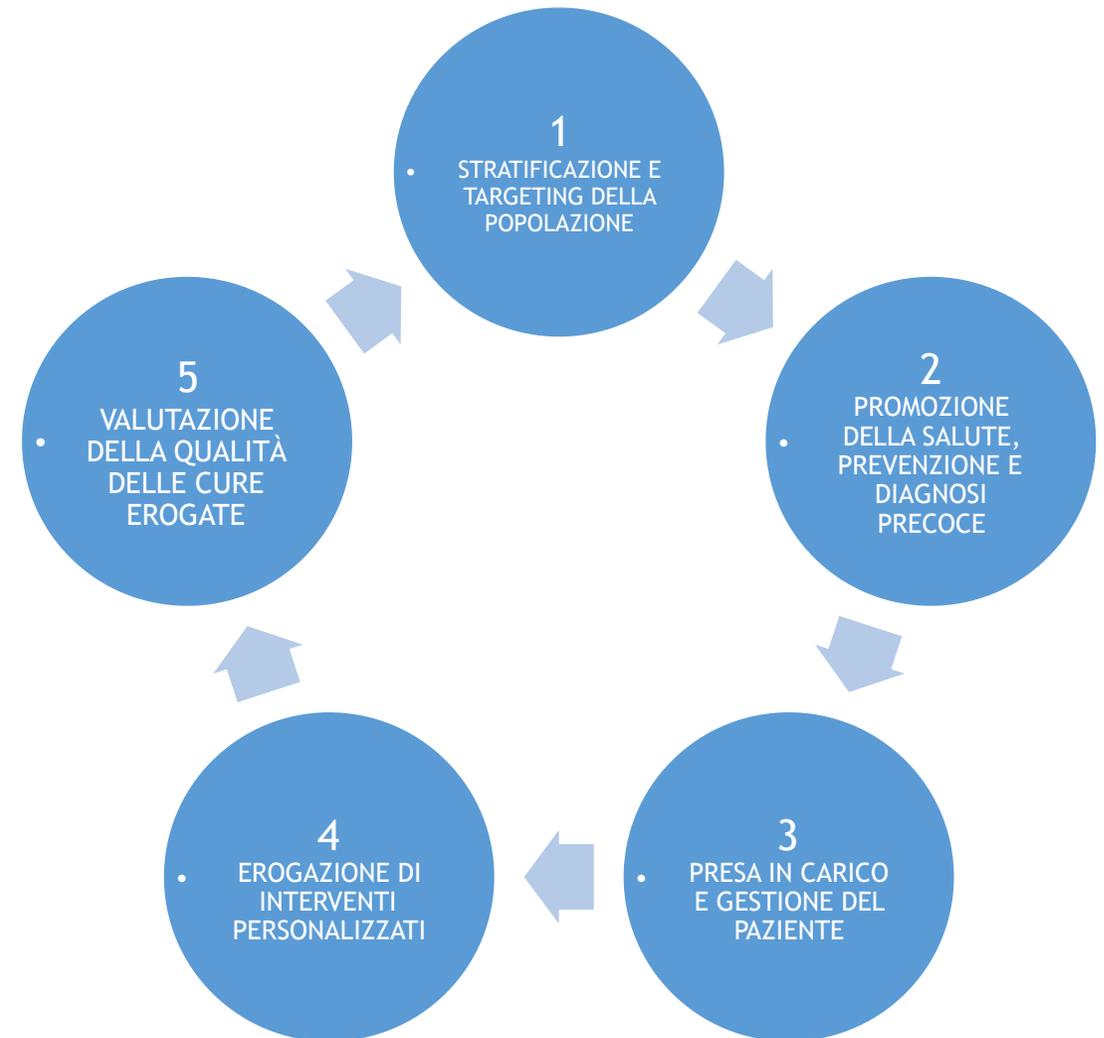
- Il Piano nazionale della Cronicità (PNC)

Il (PNC) nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo **un documento**, condiviso con **le Regioni**, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, **individui un disegno strategico comune** inteso a promuovere **interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza.**

Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

I macro-processi di gestione della persona con malattia cronica. Le 5 Fasi

Il Piano.N.C. nelle sue linee di intervento, ha utilizzato una metodologia che disegna il percorso del malato cronico suddiviso in fasi, ne descrive gli aspetti peculiari e le macroattività proponendo specifici obiettivi con le relative linee di intervento e i risultati attesi.



2 PROMOZIONE DELLA SALUTE, PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

- **Macro Attività**

1. Modifica degli stili di vita e contrasto ai fattori di rischio
2. Diagnosi precoce

- **Obiettivi**

(PREVENZIONE PRIMARIA)

Promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione generale e nei soggetti a rischio per prevenire l'insorgenza delle patologie croniche.

(PREVENZIONE SECONDARIA)

Identificare precocemente le persone a rischio e quelle affette da patologie croniche da inviare ad adeguati percorsi di presa in carico.

(PREVENZIONE TERZIARIA)

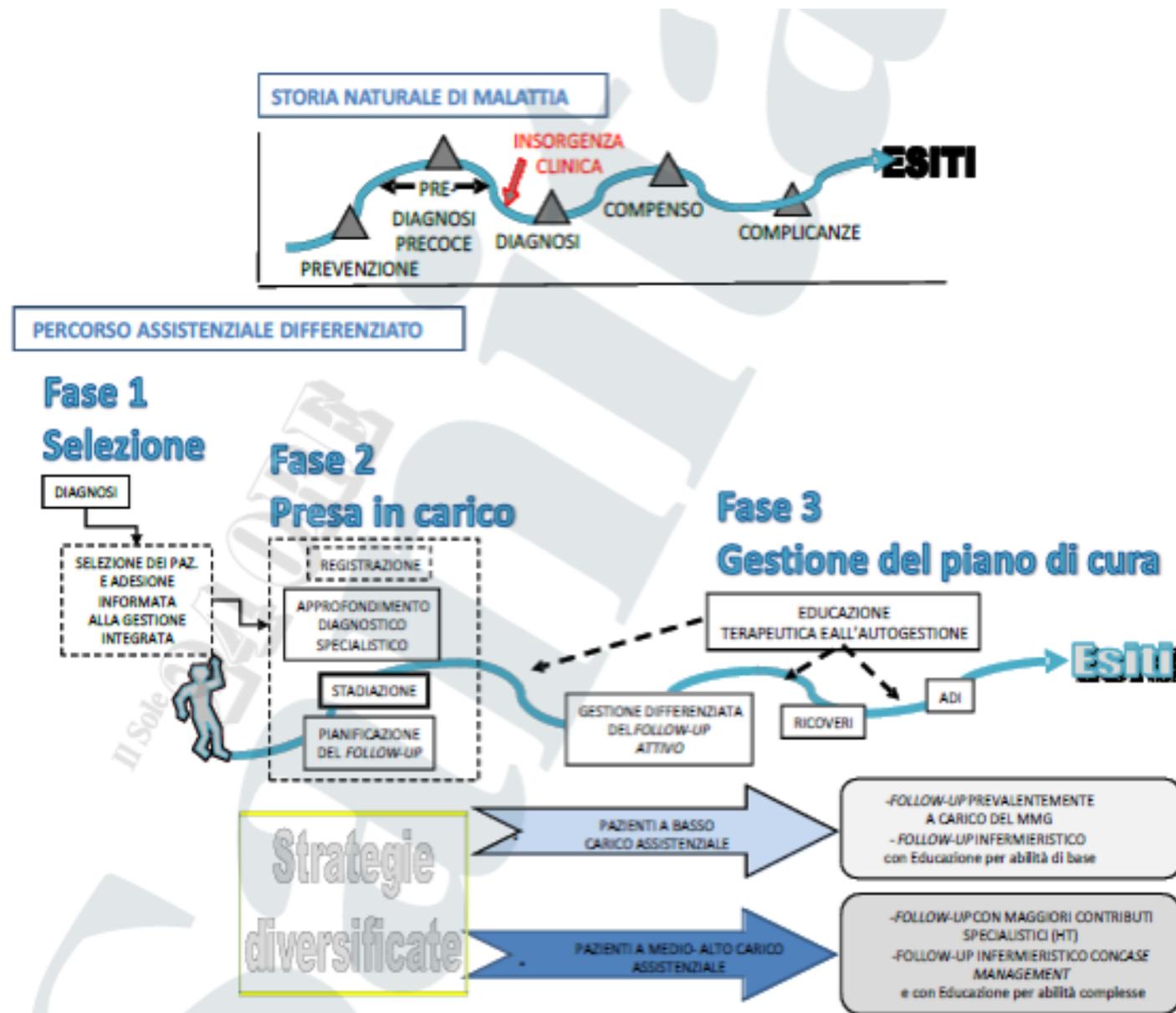
Ritardare l'insorgenza delle malattie croniche e delle loro complicanze nelle persone a rischio o già malate.

- Il Ridisegno dei PDCA

La **“storia naturale”** di malattia è il binario-guida per la programmazione degli interventi. Grazie alla sua conoscenza si è in grado di avere nozione degli snodi più critici nella gestione della patologia stessa, con la possibilità di stratificare i pazienti in sottoclassi, in base ai loro bisogni socio sanitari .

Le altre variabili, individuali e sociali, fanno parte di un ulteriore specifico approfondimento sul “paziente-persona”, che include tutti gli aspetti in grado di incidere, negativamente o positivamente, nella “storia personale” di ogni individuo con la propria cronicità.

Il **“Percorso Assistenziale”** rappresenta lo strumento di traduzione della storia naturale e dei suoi snodi critici in prassi assistenziale. Esso permette di evidenziare le fasi dell’assistenza e, all’interno di queste, i principali “prodotti assistenziali” che i diversi attori del sistema salute dovranno garantire attraverso le loro attività.



Il percorso del paziente con patologia cronica:

- **deve essere pianificato nel lungo periodo** e gestito in modo proattivo e differenziato, per rispondere in maniera efficace ed efficiente ai bisogni specifici e prevenire l'insorgenza di complicanze evitabili;
- **deve essere condiviso e gestito da un team** composto da diverse figure (MMG, PLS, Infermiere, specialista territoriale e ospedaliero, assistente sociale, etc.) in una logica di collaborazione e corresponsabilità, individuando il soggetto responsabile della gestione del percorso di cura;
- **il Follow up dove essere gestito** con una maggiore o minore presenza dell'uno o dell'altro attore assistenziale, a seconda delle fasi e del grado di complessità, che mantiene sempre e comunque la propria "appartenenza" al Team integrato ed a tutta la rete assistenziale.

Il Percorso Assistenziale permette quindi di specificare e dettagliare l'insieme dei contributi, i singoli prodotti e le relative caratteristiche erogative, nonché le specifiche responsabilità di ognuno sui risultati attesi, **senza perdere di vista il continuum di una prassi assistenziale "integrata"**.



Percorsi Assistenziali che siano strumenti di Empowerment

Il Percorso Assistenziale è un metodo che permette di porre in risalto tutte le variabili dell'assistenza, e cioè i prodotti legati all'organizzazione dell'assistenza (“*care*”), agli aspetti clinici (“*cure*”) ed all'empatia (“*caring*”).

Di grande rilievo sono i *prodotti non clinici*, quali la **“Comunicazione della diagnosi”**, il **“Piano di cura personalizzato”** ed il relativo **“Patto di cura”**, oltre alla **“Educazione”**, tutti usualmente trascurati in un classico Percorso Assistenziale “clinico-centrico”.

“Comunicazione della diagnosi”

In letteratura la “**Comunicazione della diagnosi**” è considerato un fattore che incide significativamente non solo sulla qualità di vita del paziente ma anche sull’evoluzione della storia clinica. L’efficace comunicazione della diagnosi è strettamente connessa alla **capacità di “fare fronte”** alla convivenza con la patologia (ability to cope) e ne costituisce la base di appoggio e di successivo sviluppo

Il Prodotto “*Piano di Cura Personalizzato*”, ben diverso dal classico piano di cura clinico, diviene, quindi, un **piano adattato alle problematiche specifiche, non solo cliniche, di ogni singolo paziente**, ma anche ai suoi effettivi potenziali.

Dal percorso assistenziale al Percorso esistenziale

Il Piano di cura personalizzato integra un **“percorso assistenziale”** con un **“percorso esistenziale”**, che tiene, in primaria considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, che è e resta l'attore fondamentale della propria cura, esperto della propria malattia “vissuta” (*illness*), ben diversa e lontana dal classico concetto clinico di malattia (*disease*).

*A questo deve seguire un vero e proprio **“Patto di cura”**, che vede un coinvolgimento del paziente molto più profondo rispetto alla semplice “adesione” (compliance) e coinvolge l'intero team.*

L'educazione del paziente

E' necessario **differenziare e personalizzare** anche il prodotto “*Educazione*”, che deve adattarsi alle caratteristiche (limiti/potenzialità) del paziente e svilupparsi evolutivamente nel tempo.

Si tratta di un percorso, strutturato e sistematico che, partendo dall'informazione-educazione sugli stili di vita utili a contrastare il malessere e l'evoluzione della patologia, **deve progressivamente fornire una serie di competenze e di abilità** al paziente ed ai Caregiver orientate verso la *capacità di “fare fronte”* alla malattia, verso il mantenimento dello stato di salute (self care maintenance) e, progressivamente, verso la vera e propria **autogestione** della patologia (**self care management**).

Otto priorità per il piano di cura nel disease and care management



1

Sapere come e quando chiamare il medico

2

Conoscere la malattia e fissare gli obiettivi

3

Assumere correttamente i farmaci

4

Effettuare gli esami e le visite raccomandati

5

Come mantenere la malattia sotto controllo

6

Modificare gli stili di vita per ridurre i rischi

7

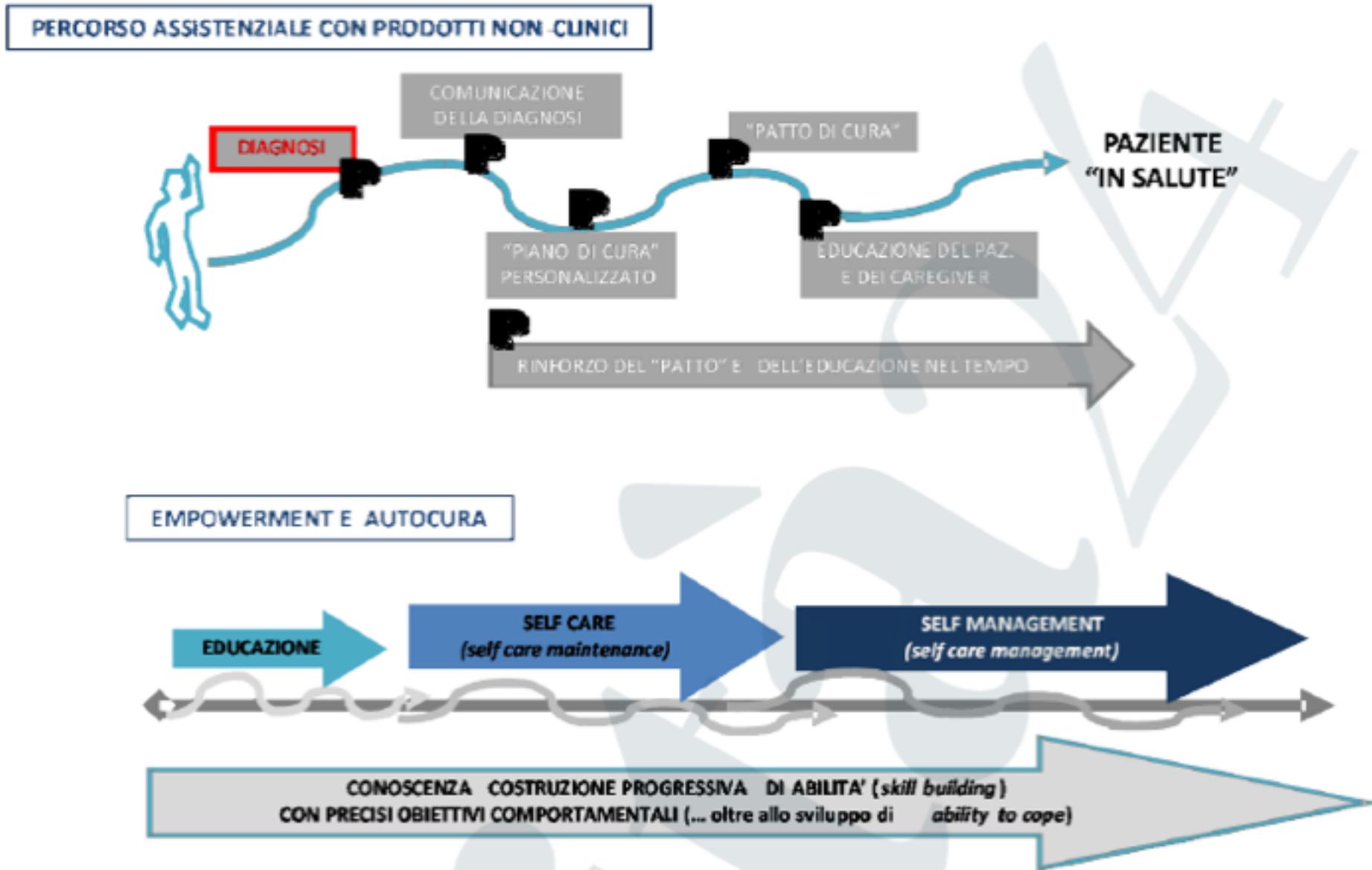
Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli

8

Visite mediche e follow up



“Patto di cura” Un Percorso Assistenziale che sia strumento di Empowerment



“paziente con patologia cronica in salute”

In conclusione, **il Percorso assistenziale, che mette in evidenza i prodotti, clinici e non clinici,** ne definisce le caratteristiche (specifiche o standard di prodotto) e li rende verificabili, **implementa un sistema di valutazione che non prenda in considerazione solo i classici outcome di salute** (morbilità, mortalità) **ma dona la necessaria centralità anche a prodotti ritenuti erroneamente poco valutabili, quali la comunicazione, il patto e l’educazione,** che costituiscono assi portanti per interventi efficaci, efficienti e **centrati sui bisogni “globali”** del paziente e consentono di valutarne lo stato di salute inteso come benessere fisico psichico e sociale.

Il risultato finale di tali interventi potrà essere un **“paziente con patologia cronica in salute”**, intendendo con tale formula non soltanto l’assenza di complicanze e di malessere ma anche **una maniera** quanto più **“salutare”** possibile di **convivere con la propria patologia, che costituisce la base fondamentale del processo di empowerment.**

**“ per una vecchiaia di
successo”**

Grazie Presidente

