



Regione
Lombardia

ASL Brescia

IV CONVEGNO IGEA

Istituto Superiore di Sanità Prevenire le complicanze del Diabete dalla ricerca di base all'assistenza

**Cronicità, non autosufficienza, fragilità
strategie organizzative**

***Intervento Dott.ssa Fausta Podavitte
Direttore Dipartimento ASSI ASL Brescia***

Roma, 6 marzo 2012

Cronicità, fragilità, non autosufficienza

Tre definizioni che racchiudono grandi numeri, onerosi impegni, approcci specifici e bisogni di varia natura

Alcune domande

la gestione dei
pazienti cronici ha
introdotto in sanità
solo problemi o si è
rivelata uno stimolo
per rivedere il
sistema?

è possibile mutuare
l'approccio al
paziente cronico
dagli interventi di
cura per l'acuzie?

i pazienti cronici
ed i pazienti non
autosufficienti, con
bisogni assistenziali
complessi richiedono lo
stesso impegno?

l'età del
paziente e la
patologia
quanto
condizionano
gli interventi?

Alcuni numeri nell'ASL di Brescia

persone assistite considerate 1.145.063

a) n. pazienti con patologie croniche → 322.530 (28,2%)
con almeno una delle 15 condizioni patologiche
prese in esame

di cui

cardiovasculopatie gruppo più rappresentato → 225.026 soggetti

e le altre due patologie croniche più frequenti

diabete (56.390) e dislipidemie (45.730)



Alcuni numeri nell'ASL di Brescia

b) più di 20 mila pazienti con bisogni assistenziali complessi

di cui

12.663 in cure domiciliari

8.755 in RSA

l'86% di pazienti in ADI è affetto da 2 a 10 patologie (media 5)

il 94,69 % di ospiti in RSA è affetto da 2 a 10 patologie (media 7)

*persone con disabilità in carico
all'équipe dell'ASL dal 2007 al 2011*

4.030 < 18 anni

e

4.016 > 18 anni

Le malattie croniche e la nuova visione del concetto di salute

Il percorso in atto

dall'approccio al sintomo ed alla patologia



alla gestione complessiva del paziente

dal paziente come oggetto di cura



**al paziente come attore nella gestione della malattia
e della propria salute**

dall'obiettivo di guarire



al farsi carico della qualità di vita

La sfida delle disabilità e delle patologie croniche

La continuità assistenziale

Obiettivi nodali:

- **convivere con la malattia/disabilità cronica:**
 - ✓ puntare alla migliore qualità di vita possibile
 - ✓ nel contesto di vita normale
 - ✓ valorizzare tutte le potenzialità disponibili
 - ✓ ergonomizzare la gestione della terapia/ausili
- **per i malati con bisogni assistenziali complessi:**
 - ✓ progettare, implementare ed aggiornare, ad ogni mutare delle esigenze, un piano di intervento globale personalizzato, multidimensionale e multiprofessionali

Le strategie dell'ASL di Brescia

**regia del sistema sanitario
e socio sanitario locale al fine di
garantire per i pazienti cronici,
non autosufficienti, portatori di disabilità**

- **il governo clinico**
- **la continuità di intervento assistenziale**
- **porta unica di accesso Distrettuale ai Servizi** per semplificare i percorsi nella rete a pazienti e familiari
- **la valutazione multidimensionale** della complessità dei bisogni, risposte rapide, articolate e coordinate ed un costante monitoraggio del quadro dei pazienti
- **l'integrazione** fra ospedale e territorio

Alcuni aspetti significativi del modello dell'ASL di Brescia



- *la presenza delle UCAM (Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale) e di una valutazione prognostica appropriata e tempestiva entro 3/5 giorni lavorativi*
- *l'accentramento in un unico punto decisionale (UCAM) di più opzioni offribili al paziente (es. accesso alle cure domiciliari, contributi mensili ai caregiver, ausili, presidi, domanda di invalidità, accesso alle RSA, alle Comunità residenziali ecc.)*
- *la gestione delle ammissioni/dimissioni protette ospedale/territorio*



richiesta da utente e/o famiglia,
MMG, Comune...

... e ospedale

accoglienza e valutazione della
richiesta (UCAM + MMG + PLS)
in collaborazione con EOH
per pazienti con disabilità

ammissioni/
dimissioni
protette

strutture
riabilitative

definizione proposta intervento per
attivazione dei Servizi, in condivisione
con pazienti e/o familiari

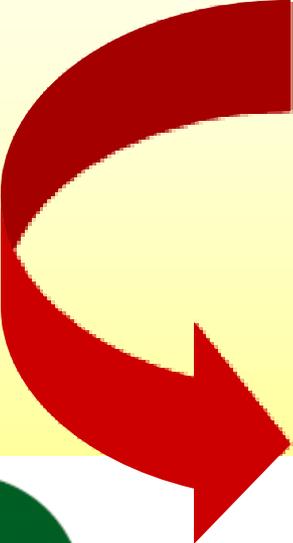
Il percorso

servizi
residenziali

**Assistenza
Domiciliare
Integrata
attivata da
MMG con
UCAM**

servizi diurni
servizi di sollievo

La gestione innovativa della rete di Servizi nell'ambito della fragilità presuppone oggi il passaggio



dalla costruzione di una rete intesa come insieme di Unità di offerta per pazienti fragili

alla definizione e condivisione dei percorsi dedicati a pazienti e familiari, differenziati per patologie e/o problematiche (es. demenza, minori con bisogni assistenziali complessi in età pediatrica, esiti da gravi cerebrolesioni acquisite, ecc.)

Alcuni strumenti organizzativi fondamentali nell'ambito della cronicità

- **Banca Dati assistito costruita** mediante l'integrazione di flussi informativi amministrativo-gestionali
- **Banca Dati Anziani - Malati non autosufficienti e fascicolo multidimensionale utente informatizzato**
- **Banca Dati Disabilità**
- **Sistema di monitoraggio integrato** permanente a cura dei MMG (archivi informatizzati)
- **PDT** e **PDTA** come metodologia per la gestione integrata Territorio/Ospedale delle patologie croniche a prevalenza elevata e dei pazienti con bisogni assistenziali complessi
- **Utilizzo di protocolli/linee guida** quale "collante" della rete e per chiarezza di ruoli reciproci (diversità come risorsa)
 - ✓ solo alcuni esempi:
 - Ammissioni/Dimissioni protette
 - Accordo gestione pazienti con Mr
 - Dimissioni protette per bambini con bisogni assistenziali complessi
 - Protocollo "L'assistenza e l'intervento educativo alla persona portatrice di cannula tracheale"

Il PDTA per pazienti con decadimento cognitivo e demenze.....

.....è un esempio di gestione innovativa della rete ed il primo PDTA dedicato a pazienti con bisogni assistenziali complessi (in precedenza i PDT erano per pazienti con BPCO, scompenso cardiaco, diabete)

II PDTA per pazienti con Demenze

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale



I punti chiave:

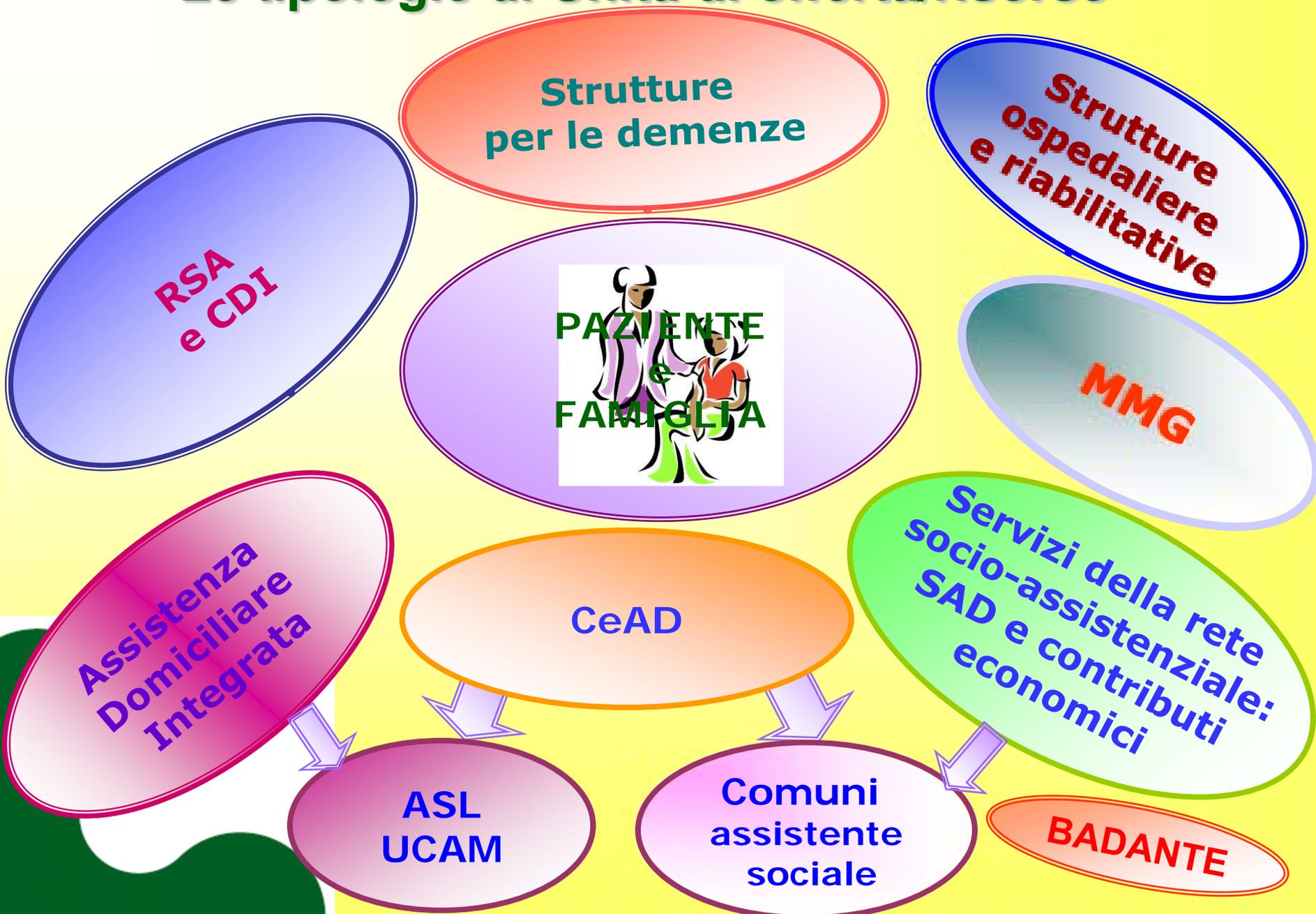
- ❖ ***screening pre-diagnostico***
- ❖ ***iter diagnostico***
- ❖ ***tempi e modalità dei follow-up***
- ❖ ***modalità di attivazione dei servizi territoriali***

Alcuni aspetti salienti che hanno motivato il PDTA

- **Condividere** visione, strategie ed obiettivi
- **Definire** il percorso dedicato, comune a tutte le articolazioni coinvolte, per garantire l'accompagnamento di paziente e famiglia
- **Delineare** i ruoli dei vari attori (*chi fa che cosa, come, quando*)
- **Individuare e concordare** strumenti di lavoro
- **Costruire** un'unica banca dati costantemente implementata



Le tipologie di Unità di offerta/risorse



Sintesi delle tappe del percorso assistenziale per i pazienti affetti da demenza



Paziente e famiglia

Sospetto di malattia

MMG

ASTD

Diagnosi

ASTD - CD

Monitoraggio situazione

ASTD

MMG

Attivazione Servizi della rete territoriale

UCAM con MMG

altro

Necessità di supporto per indicazioni di comportamento

Scuola di Assistenza familiare e Cure domiciliari sperimentali

Assistenza in famiglia

Badante

PDT..... A

Fase assistenziale

è necessario attivare servizi territoriali quando:

- il paziente è solo o non dispone più di validi riferimenti familiari/caregiver
- l'ambiente domestico necessita di adeguamento alle esigenze del malato
- i familiari/caregiver presentano un livello non sufficiente di conoscenza: della malattia, degli strumenti di sua gestione, di capacità di utilizzo degli stessi
- i familiari/caregiver sono in difficoltà o non in grado di gestire i problemi comportamentali del malato
- il quadro del paziente subisce un aggravamento clinico e/o sociale che richiede la ricerca di nuove soluzioni
- l'assistito con demenza è in fase terminale

Attuabilità di iniziative a sostegno del caregiver

Due percorsi

Istituzionale
scelte locali

Normativo

L'esempio dell'ASL di
Brescia

- ✓ Ruolo delle UCAM, EOH, MMG/PLS
- ✓ Scuola Assistenza Familiare
- ✓ Manuale Istruzioni per l'uso

- ✓ proposta costruttiva di modifica della normativa vigente (L.104-LEA) per adeguarla al contesto attuale (criteri di accesso a L.104 e benefici; inserimento della disponibilità del caregiver nel PAI)

Identikit dei caregiver partecipanti alla scuola di assistenza familiare (dal 2006 al 2010)

➤ 457 partecipanti delle 30 edizioni dei corsi



➤ L'83,3% donne: figlie, mogli e nuore di età compresa fra i 21 e gli 88 anni (l'età media si attesta sui 56 anni)

➤ 53% assistono part-time

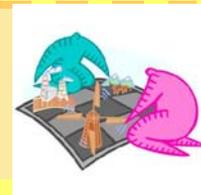
➤ 47% a tempo pieno

➤ periodo assistenza minimo 15 gg massimo 15 anni, range 1-5 anni

Alcuni esempi di innovazione e strumenti per affrontare il futuro.....

- **Mantenimento a casa** della persona fragile grazie anche all'avvio di modelli di domiciliarità sostenibile, caratterizzati da flessibilità, creatività, "completezza", integrabili con supporto tecnologici
- **Sperimentazione** di assistenza domiciliare dedicata e più specifica per alcune tipologie di casistica
- **Accordi** per la gestione integrata di reti specifiche (es. rete riabilitativa)
- **Valorizzazione** del ruolo di MMG/PLS/MCA quale risorsa territoriale capillare per garantire la continuità di intervento assistenziale ed aumentare i sistemi di protezione

Potenziamento iniziative per pazienti cronici.....



- **Iniziative formative e informative** a favore di caregiver e familiari (Scuola di Assistenza familiare - Manuale Istruzioni per l'uso, DVD, esempi dell'ASL di Brescia)
- **Formazione** di personale socio-sanitario all'Educazione Terapeutica
- **Implementazione** di banche dati compatibili sui servizi per analisi dell'evoluzione della domanda e delle risposte
- **Ricerca** di modelli innovativi di servizi e cure di livelli intermedi e **progettazione ed avvio** di nuove forme di residenzialità



Buon lavoro a tutti!