

DOMICILIARITA' E PROSSIMITA'

03.04.2018
Alessandro Fini

PERCHE'?

- **MUTAMENTI EPIDEMIOLOGICI E SOCIALI**
 - ALLUNGAMENTO SPERANZA DI VITA
 - CRONICITA'
 - FRAGILITA'
 - MULTIMORBIDITA'
- **RIORGANIZZAZIONE RETE OSPEDALIERA**

- **PLURIPATOLOGIE**
- **PLURIPROFESSIONISTI**
- **FRAMMENTAZIONE INTERVENTI**
- **SOLUZIONI SPESSO CONTRASTANTI**
- **DUPPLICAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE**
- **RISCHIO PRESCRIZIONI INAPPROPRIATE, INTERAZIONI FARMACOLOGICHE E REAZIONI AVVERSE**
- **AUMENTO FREQUENZA E DURATA OSPEDALIZZAZIONE**
- **SETTING OSPEDALIERO NON IDONEO**
- **RISCHIO PERDITA AUTONOMIA**
- **RISCHIO NON AUTOSUFFICIENZA**
- **IL PAZIENTE IN CONFUSIONE**
- **LA FAMIGLIA SI SENTE SOLA**

CRONICITA'

OGGI IL PROBLEMA CRONICITA' E' UN PROBLEMA MONDIALE E L'IMPATTO DELLE PATOLOGIE CRONICHE SULLA SOCIETA' MODERNA E' DEVASTANTE AD OGNI LIVELLO: SIA UMANO CHE ORGANIZZATIVO CHE ECONOMICO. LE SFIDE PER I SISTEMI SANITARI SONO RAPPRESENTATE DALLA PREVALENZA DI PATOLOGIE CRONICHE, FRAGILITA' E DISABILITA'.

SONO ALLO STUDIO NUOVI MODELLI DI ASSISTENZA E RICERCA NUOVI MODELLI CLINICI ED ORGANIZZATIVI.

IN CONCRETO?

A LIVELLO INTERNAZIONALE SI STANNO SPERIMENTANDO E SVILUPPANDO MODELLI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI COSIDDETTI DI “CURE INTERMEDIE”

PER RISPONDERE AI BISOGNI EMERGENTI LEGATI ALL'ALLUNGAMENTO DELLA SPERANZA DI VITA, ALL'AUMENTO DELLE PATOLOGIE CRONICHE, DELLA FRAGILITA' E DELLA MULTIMORBIDITA' (copresenza di più patologie croniche nello stesso soggetto)

OBIETTIVO

**VALORIZZARE LE FUNZIONALITA' RESIDUE
INTERVENENDO PRECOCEMENTE NEL SETTING
PIU' IDONEO.**

**IL PIANO NAZIONALE CRONICITA' AFFRONTA
QUESTI ASPETTI INTRODUCENDO IL CONCETTO
DI:**

**GESTIONE DELLA PATOLOGIA BASATA
SUL PAZIENTE.**

PIANO NAZIONALE CRONICITA'

gli elementi chiave:

- **ADERENZA** al percorso di cura identificato
- **APPROPRIATEZZA** nel ricorso alle cure
- **PREVENZIONE** lotta ai fattori modificabili
- **CURE DOMICILIARI**
- **INFORMAZIONE – EDUCAZIONE**
- **CONOSCENZA - COMPETENZA**

PAROLE CHIAVE (1)

- **MEDICINA D'INIZIATIVA** (intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento)
- **PRESA IN CARICO GLOBALE** (ospedale, territorio, assistenza di base e specialistica, assistenza sociale, paziente, care giver e famiglia)

PAROLE CHIAVE (2)

- **CONTINUITA' ASSISTENZA E CURE H/T**
- **INTEGRAZIONE TRA SERVIZI** (sanitari tra loro, sanitari e sociali, residenziali e territoriali)
- **DOMICILIARITA'**

IMPEGNO A....

Potenziare il coordinamento tra i servizi ospedalieri e territoriali, identificando ed attuando modalità innovative per un'erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari sempre più incentrata sul territorio, in grado di fronteggiare da un lato il cambiamento del contesto demografico-epidemiologico e dall'altro la crisi economica e la sempre minore disponibilità di risorse sia pubbliche che delle famiglie.

La sfida alla cronicità deve diventare una sfida di sistema per:

- superare la DISCONTINUITA' che c'è tra ospedale e domicilio**
- potenziare il coordinamento tra servizi ospedalieri e territoriali**

**QUESTO E' IL CONCETTO DELLE CURE
INTERMEDIE**

- **Non solo valutazioni cliniche ma analisi integrate dei bisogni globali del paziente e della sua famiglia.**
- **Non guarigione ma coesistenza con la malattia e mantenimento delle autonomie.**
- **Non solo cura ma accompagnamento.**
- **Non più erogazione di prestazioni ma costruzione condivisa di percorsi personalizzati.**
- **Non più semplice risposta al bisogno ma presa in carico proattiva. Patto di cura con paziente, care giver e famiglia.**
- **Team multiprofessionale con approccio multidimensionale.**

AREA DELLE CURE INTERMEDIE

AREA che si pone a PONTE tra la fase ospedaliera e quella domiciliare, costituita da **servizi INTEGRATI** sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, organizzati nell'ambito delle **CURE PRIMARIE**, il cui obv prioritario è massimizzare il recupero dell'autonomia mantenendo il paziente il più vicino possibile al domicilio.

Servizi che devono coniugare personalizzazione e standardizzazione delle cure con un **COORDINAMENTO MULTIPROFESSIONALE.**

Che ruolo devono svolgere le cure intermedie?

- **Garantire la continuità delle cure iniziate in H**
- **Permettere la rivalutazione delle patologie**
- **Permettere di gestire gli eventi intercorrenti (riacutizzazioni, infezioni, stati confusionali)**
- **Aiutare il recupero delle abilità precedenti mediante mobilizzazione, assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, deambulazione assistita.**

Tipologia Obiettivi delle Cure Intermedie

- **PREVENTIVI:** evitare l'ospedalizzazione
- **RIABILITATIVI:** supportare la dimissione favorendo il rientro a domicilio

Il setting domiciliare è il migliore per promuovere l'autocura del paziente, stabilizzando l'equilibrio sia fisico che psichico.

ASSISTENZA CONTINUATIVA

- **Multidisciplinare e multilivello**
- **Che permetta progetti di cura personalizzati e a lungo termine**
- **Che razionalizzi l'uso delle risorse**
- **Che migliori la qualità di vita**
- **Centrata sui bisogni globali non solo sanitari**
- **Volta a costruire abilità**
- **Tendente alla desanitarizzazione**
- **Che informi, educi e corresponsabilizzi**

I servizi delle Cure Intermedie

- Erogati sulla base di una **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE** del paziente, che sfocia nella formulazione di un **PAI** (percorso assistenziale integrato).
- **Assicurano assistenza a pazienti COMPLESSI e NON AUTOSUFFICIENTI o TERMINALI** in alternativa al ricovero o come completamento di un percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale.
- **Affrontano a 360°** situazioni di cronicità, disabilità e vulnerabilità psico-sociale.
- **Costruiscono RELAZIONI** con tutti i livelli di assistenza e cura, coinvolgendo **TUTTI GLI ATTORI** che a vario titolo ruotano attorno al paziente.

CHI FA PARTE DELLE CURE INTERMEDIE

- Assistenza domiciliare
- Ambulatori infermieristici
- Geriatria territoriale
- Servizi socio-sanitari
- Rete cure palliative
- Letti tecnici in presidi ospedalieri o CRA
- Ospedali di comunità
- Team Cure Intermedie

CHI COORDINA?

Il coordinamento di questi servizi avviene
nell'ambito organizzativo delle

Case della Salute

INDICAZIONI RER SULLE CDS

(DGR 2128/2016)

Insieme di elementi organizzativi ed assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (T/H) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina di iniziativa e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari.

COME AVVIENE IL COORDINAMENTO?

Attraverso il TCI: **Team Cure Intermedie**, struttura di collegamento tra le articolazioni delle cure intermedie, i vari livelli di assistenza primaria e l'assistenza ospedaliera.

Evoluzione dei PCAP, sono costituiti da medico, infermiere, fisioterapista, geriatra, operatore del Servizio Sociale con il coinvolgimento di altri professionisti al bisogno.

Team Cure Intermedie

SULLA BASE DI UNA PROPOSTA PROVENIENTE DA UNA STRUTTURA OSPEDALIERA O TERRITORIALE DIMETTENTE O DI UNA RICHIESTA PROVENINTE DAL MEDICO DI MEDICINA GENERALE, VALUTA, TRA LE ALTRE COSE, L'EVENTUALE RICOVERO IN LETTI TECNICI

LETTI TECNICI di Cure Intermedie

- Hanno una valenza prevalentemente sanitaria
- Anello di congiunzione tra ospedale per acuti e la rete delle cure domiciliari e le strutture.
- Sono strutture territoriali del DCP a direzione Direttore UOC Cure Primarie e direzione assistenziale infermieristica.
- Ad alta valenza assistenziale.
- Unità di ricovero territoriale costituite da moduli che possono essere collocati in vario modo.

Elementi chiave del modello organizzativo

- Moduli di 15/20 posti letto a gestione infermieristica.
- A responsabilità clinica medica (mmg/dip/convenzionato/C.A.)
- Modello assistenziale a prevedibile evoluzione territoriale (equipe infermieristica unica).
- Organizzazione assistenza impostata sulla VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE e PAI concordato attivamente tra gli operatori sanitari e sociali coinvolti, paziente e care giver.
- Infermieri presenti H24 coadiuvati da altro personale (OSS, fisioterapisti).
- Empowerment di paziente e care giver.
- Risorse della comunità (volontariato e associazionismo)

PAZIENTI ELEGGIBILI

- **Soggetti fragili in fase post-acuta di dimissione**
- **Soggetti fragili affetti da riacutizzazioni di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o diagnostica ad elevata tecnologia e che non possono essere, per motivi di natura clinica o sociale, adeguatamente trattati a domicilio.**
- **Residenti in quell'ambito (prossimità).**

- **> 18 anni**
- **Provenienti da strutture ospedaliere, clinicamente dimissibili per conclusione percorso diagnostico terapeutico ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa o programmabile.**
- **Pazienti che necessitano di riattivazione funzionale.**
- **Fragili o cronici provenienti dal domicilio in fase di instabilità clinica.**
- **Pazienti con patologia neurologica non gestibili transitoriamente a domicilio**

- **Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle attività quotidiane, somministrazione farmaci, gestione presidi e dispositivi.**
- **Pazienti (e familiari) che necessitano di formazione, educazione, addestramento prima dell'accesso al domicilio.**
- **Pazienti con esiti di traumi/fratture per il recupero di autonomia motoria.**
- **Anziani con comorbilità neurologico-ortopedico-reumatologica che cominciano a sviluppare ipocinesia motoria a rischio di cadute**

- **Pazienti in ADI che necessitano di medicazioni di ulcere vascolari, piede diabetico, lesioni da decubito, qualora l'ambiente familiare non garantisca adeguate condizioni igieniche.**
- **Anziani emodinamicamente stabili che necessitano di terapia antibiotica parenterale**
- **Anziani che tendono a disidratarsi a domicilio o a rischio anemizzazione.**

PERCORSO

Valutazione

Accesso

Erogazione
delle cure

Dimissione



LE FASI DEL PERCORSO (1)

- **VALUTAZIONE:** Team Cure Intermedie snodo organizzativo per la definizione dell'appropriatezza e dell'equità della presa in carico territoriale. I TCI sono nelle Case della Salute composti da infermiere, assistente sociale, medico referente clinico CdS, geriatra, fisioterapista e altri.
- **ACCESSO:** sempre previa richiesta al TCI. Da ospedale (previo accordo con MMG); da domicilio o struttura (richiesta MMG); da PS se già noti al servizio domiciliare.

LE FASI DEL PERCORSO (2)

- **EROGAZIONE:** in carico al medico di struttura la valutazione clinica e terapeutica, contatto con specialisti, eventuale ricovero in acuti; in carico a infermiere di riferimento per parte assistenziale e gestione rapporti con tutti i professionisti e la famiglia.
- **DIMISSIONE:** fase che prende avvio già all'ingresso; tra 3 e 6 settimane; rivalutazione complessiva del TCI.

LO STRUMENTO: IL PAI

Documento di sintesi che raccoglie e descrive in un'ottica multidisciplinare la valutazione di ciascun paziente ed il SUO progetto di assistenza. Utilizzato per:

- lavorare con e per l'utente
- Coinvolgere famiglia e care giver
- Garantire integrazione tra servizi
- Finalizzare in maniera condivisa comportamenti e azioni
- Valutare capacità e competenze dell'utente nel suo contesto familiare
- Condividere tra operatori conoscenza e progettazione intervento

BUON LAVORO!!!