

CONVEGNO SITI TRIVENETO

“SALUTE, CENTRALITA' DEL CITTADINO, PERCORSI INTEGRATI DI CURA”

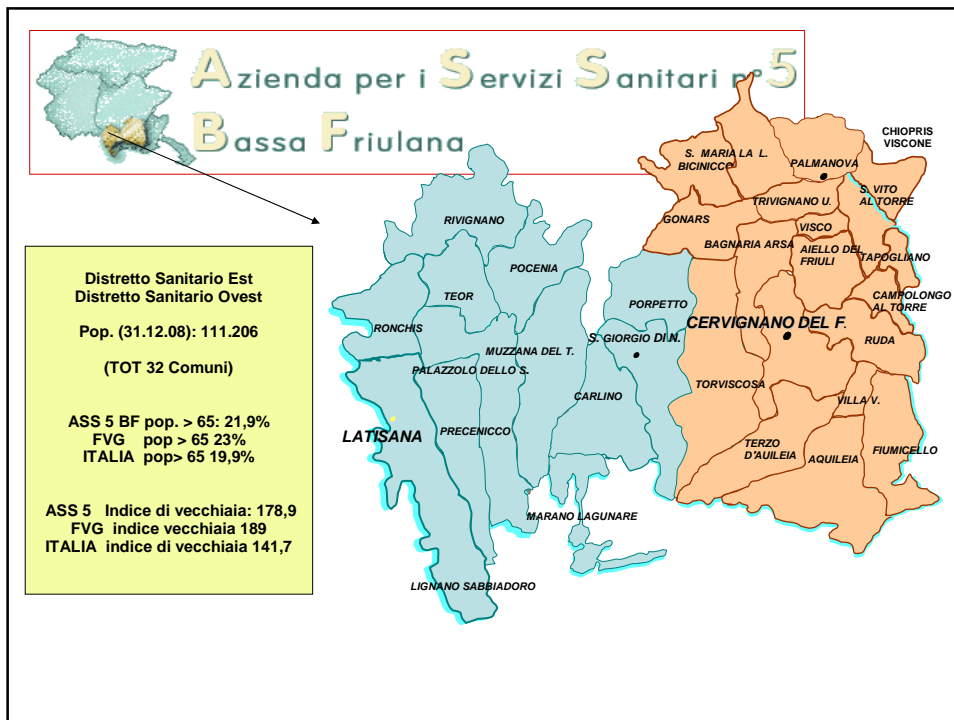
**“IL PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE  
MULTI PROBLEMATICO:  
L'ESPERIENZA DELL' AZIENDA PER I SERVIZI  
SANITARI N. 5 BASSA FRIULANA ”**

*Luciano Pletti - Mara Pellizzari*

*Sesto al Reghena, 3 - 4 dicembre 2009*

## **ARGOMENTI**

- Richiamo del modello
- La presa in carico in relazione al progetto inf. di comunità
- La Q percepita e gli indicatori
- La presa in carico in fase intensiva: il progetto A3 P
- Gli strumenti della presa in carico
- Presentazione di un caso



## **WELFARE DI COMUNITA'**



## **APPROCCIO DIVERSO AI PROBLEMI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**

### **CURE DI COMUNITA'**

RETI DI INTERVENTI CHE SI BASANO  
SULL'INCONTRO CREATIVO TRA SOGGETTI  
PRIMARI (FAMIGLIA, VICINATO, GRUPPI AMICALI,  
ASSOCIAZIONI LOCALI) E SERVIZI ORGANIZZATI  
(SIA PUBBLICI CHE PRIVATI) MEDIANTE  
RELAZIONI DI RECIPROCITA' SINERGICA

## **PROGETTO INFERMIERE DI COMUNITA'**

....NASCE con la ferma convinzione che...



**SUPERARE**  
approccio **TECNICO-PRESTAZIONALE**



**VS** approccio **RELAZIONALE**

- > COINVOLGIMENTO ATTIVO DI TUTTI I SOGGETTI DELLA SOCIETÀ CIVILE
- > ATTIVAZIONE DI NUOVE FORME DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
- > AMPLIARE IL CONTATTO TRA ISTITUZIONI E CITTADINI
- PROMUOVERE NUOVE RISPOSTE ASSISTENZIALI AI NUOVI BISOGNI



**PROGETTO INFERMIERE DI  
COMUNITA' AVVIATO NEL 2001  
OGGI PRESENTE nel 90% dell'ASS  
20 sedi di IC pari a 29 Comuni**

**L'INFERMIERE DI COMUNITA'  
RAPPRESENTA  
UN NODO DELLA RETE**



## NUOVO PROFILO PROFESSIONALE: INFERMIERE DI COMUNITA'



## INDAGINE CONOSCITIVA QUALITÀ PERCEPITA: 2002-2007

### CAMPIONE

- tutti i cittadini residenti nei 23 Comuni presso i quali è stato attivato IC dopo i 6 mesi dall'avvio

### OBIETTIVI

- valutare il gradimento del servizio

### DATI GENERALI SULLO STUDIO

- tipo di studio: descrittivo
- questionari inviati: 3316
- questionari ricevuti 1939 (41,5%)

### MATERIALI E METODI

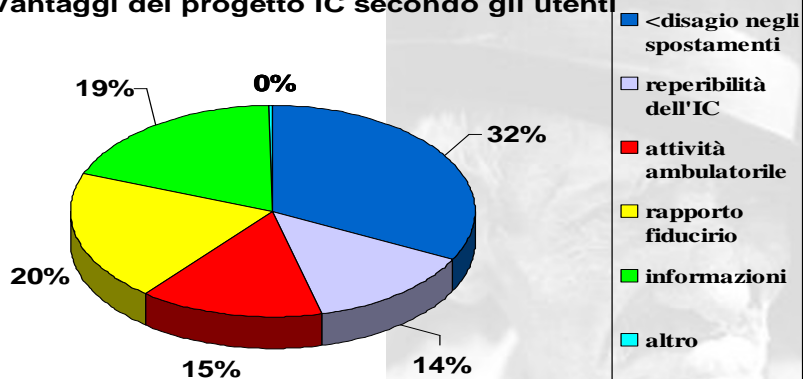
- Questionario anonimo composto da 12 domande strutturate e semistrutturate spedito per posta e/o recapitato a mano
- validità: > 50%

### DATI QUALITÀ PERCEPITA 2002-2007

- Soddisfazione qualità del servizio IC 93% (minor disagio spostamenti, > rapporto di fiducia con inf, > counselling, > rep.tà IC)
- buona qualità del servizio 90% per accessibilità, soddisfazione dei bisogni, organizzazione, cordialità,

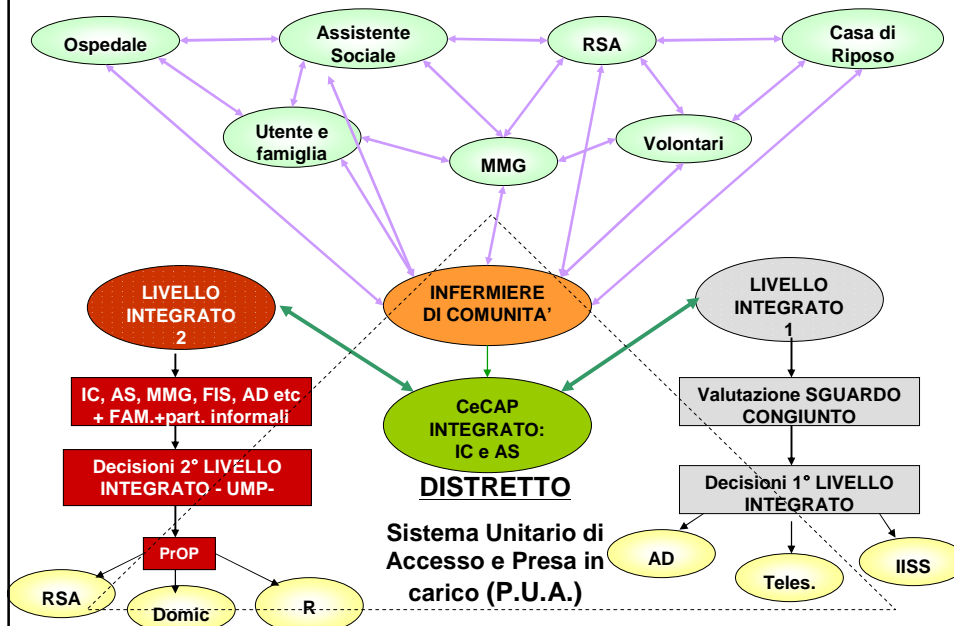
### DATI QUALITA' PERCEPITA 2002-2007

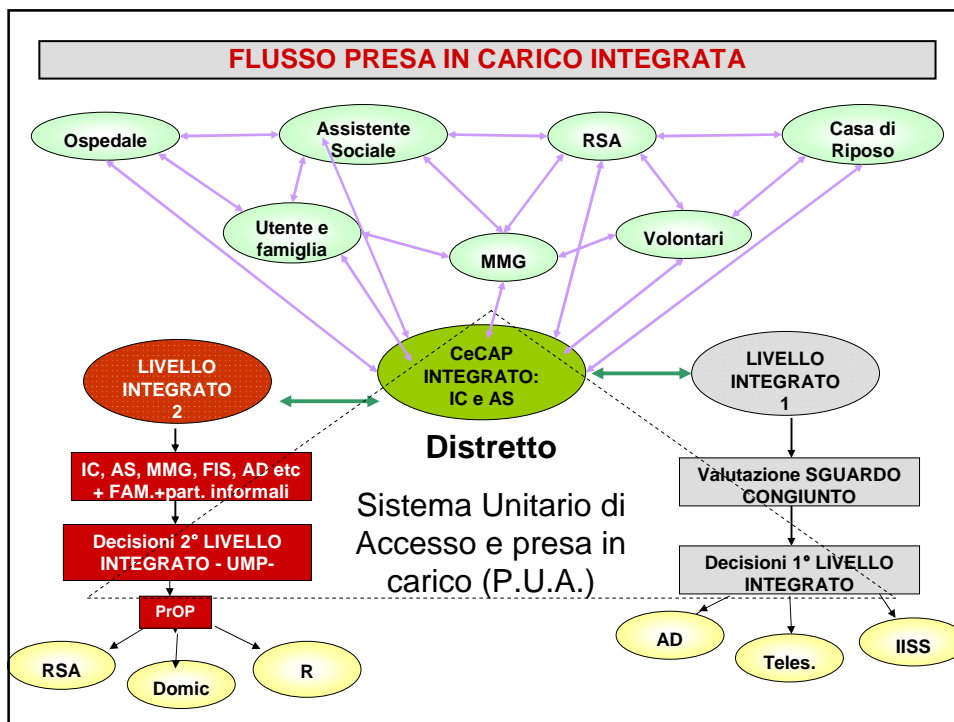
#### Vantaggi del progetto IC secondo gli utenti



- Soddisfazione qualità del servizio IC 93% (minor disagio spostamenti, > rapporto di fiducia con inf, > counselling, > rep.tà IC)
- Buona qualità del servizio 90% per accessibilità, soddisfazione dei bisogni, organizzazione, cordialità

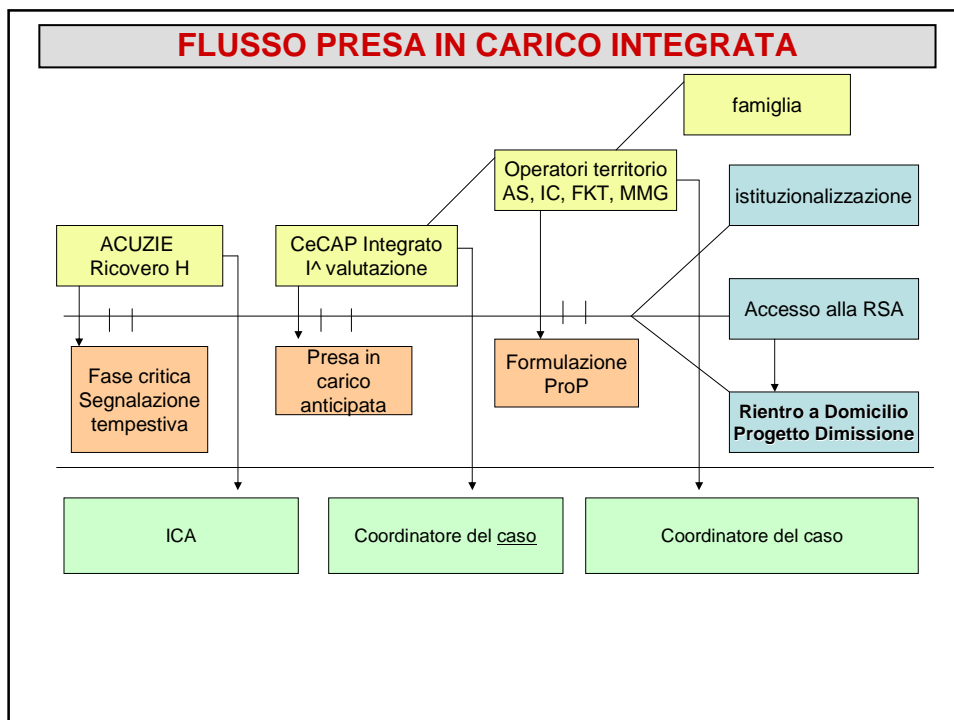
### FLUSSO PRESA IN CARICO INTEGRATA





**“PROGETTO A3P”  
“INTERVENTI SOCIO SANITARI URGENTI E INTENSIVI  
PER FAVORIRE LE DIMISSIONI PROTETTE DEI CASI  
COMPLESSI”**

<p><b>Definizione</b></p> <p>Il progetto intende favorire il rientro a domicilio di persone ricoverate con <b>situazioni socio-sanitarie complesse</b> diventate non autosufficienti a causa dell'insorgenza di problematiche invalidanti, attraverso una <b>presa in carico anticipata ed integrata</b> con particolare coinvolgimento della <b>famiglia</b>.</p>	<p><b>Obiettivo</b></p> <p>Garantire la <b>continuità delle cure</b> (percorso territorio-ospedale-territorio), realizzando un processo di <b>empowerment</b> dell'assistito e della sua famiglia, definendo un <b>Progetto Personalizzato</b>, al fine di <b>contrastare l'istituzionalizzazione</b></p>
--	---



### STRUTTURAZIONE DELL'OFFERTA

fase	offerte	Frequenza accessi
<b>Fase intensiva (post-dimissione)</b>	35 ore di servizio assistenziale domiciliare	per massimo 21 giorni per un massimo di 1 ora e 30 minuti al giorno. Accesso giornalieri modulabili sul bisogno
	SID (Servizio Infermieristico domiciliare)	Secondo le esigenze infermieristiche del caso
	SRD (Servizio Riabilitativo Domiciliare)	Secondo le esigenze riabilitative del caso
	IC-ADI (assistenza Domiciliare Integrata)	Secondo le esigenze del caso
<b>Fase di stabilizzazione</b>	Sistema dei servizi e degli interventi integrato socio-sanitario e supporti del terzo settore	Progetto Personalizzato
<b>Fase di "Svezzamento"</b>	Emancipazione della famiglia: acquisizione delle capacità di gestione del nuovo equilibrio di vita raggiunto anche con l'eventuale supporto di aiuti informali ed istituzionali	

## LE RICADUTE DEL PROGETTO

Livello organizzativo	Livello strumentale	Livello relazionale	Livello valutativo
Sperimentazione di nuovi modelli di presa in carico integrata e di definizione di ProP	Sperimentazione di nuove schede di valutazione multidimensionale	Creazione di nuove relazioni tra i nodi della rete (territorio-ospedale-famiglia)	Avvio ad una sperimentazione di valutazione e monitoraggio dei casi
<b>Integrazione di metodo</b>	<b>Sguardo congiunto</b>	<b>Lavoro di rete</b>	<b>Valutazione esiti</b>

## PRESA IN CARICO LEGGERA E ANTICIPATA



**CONOSCERE IN MODO ANTICIPATO I BISOGNI, LE PROBLEMATICHE, I FATTORI DI RISCHIO SOCIALI E SANITARI, DEI SOGGETTI PIU' DEBOLI PROPONENDO**

**STRATEGIE E STRUMENTI INNOVATIVI CHE PERMETTANO UNA PRESA IN CARICO ANTICIPATA DEI PROBLEMI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE**

## **SCREENING DELLA POPOLAZIONE**



**LO SCREENING CONSENTE UNA SORVEGLIANZA ATTIVA DELLA POPOLAZIONE E PIANI TERAPEUTICI SPECIALI CHE POTREBBERO CONSENTIRE:**

- LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DELLA DISABILITA'**
- ISTITUZIONALIZZAZIONE**
- PROMOZIONE DELLA QUALITA' DI VITA NELL'ANZIANO**

## **LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO POTENZIALE:GLI STRUMENTI**



● **PRISMA 7 - strumento canadese - (Programma di Ricerca sull'Integrazione dei Servizi per il Mantenimento dell'Autonomia)**

● **E' uno strumento semplice efficace rapido che consente di rilevare lo stato funzionale della persona**

● **E' composta da 7 items che prevedono ognuno due tipi di risposte: si - no**

## LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO POTENZIALE:GLI STRUMENTI

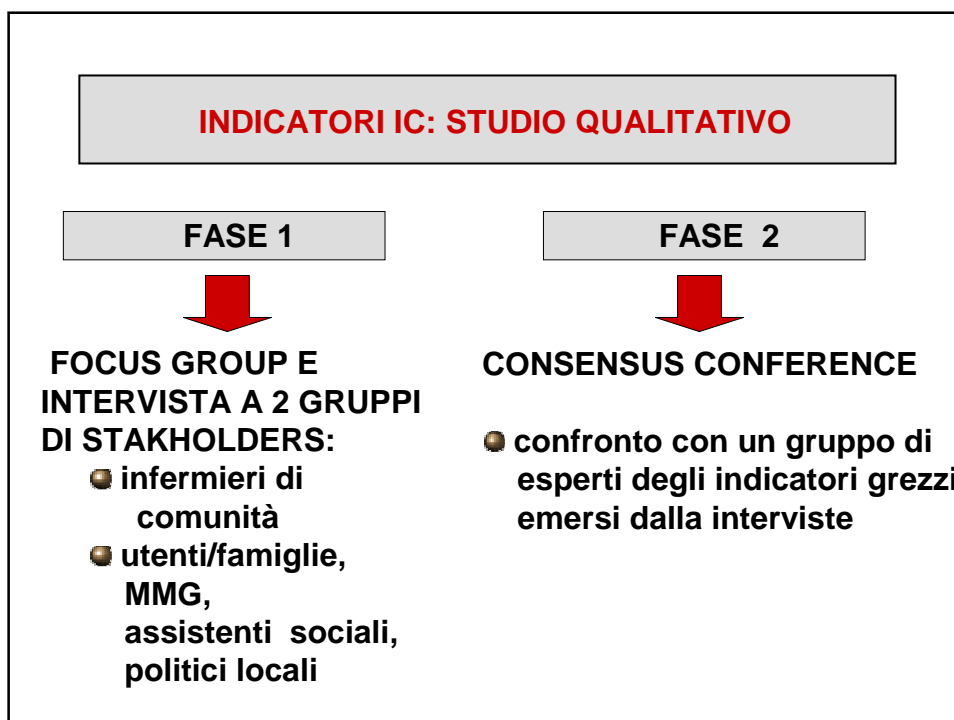
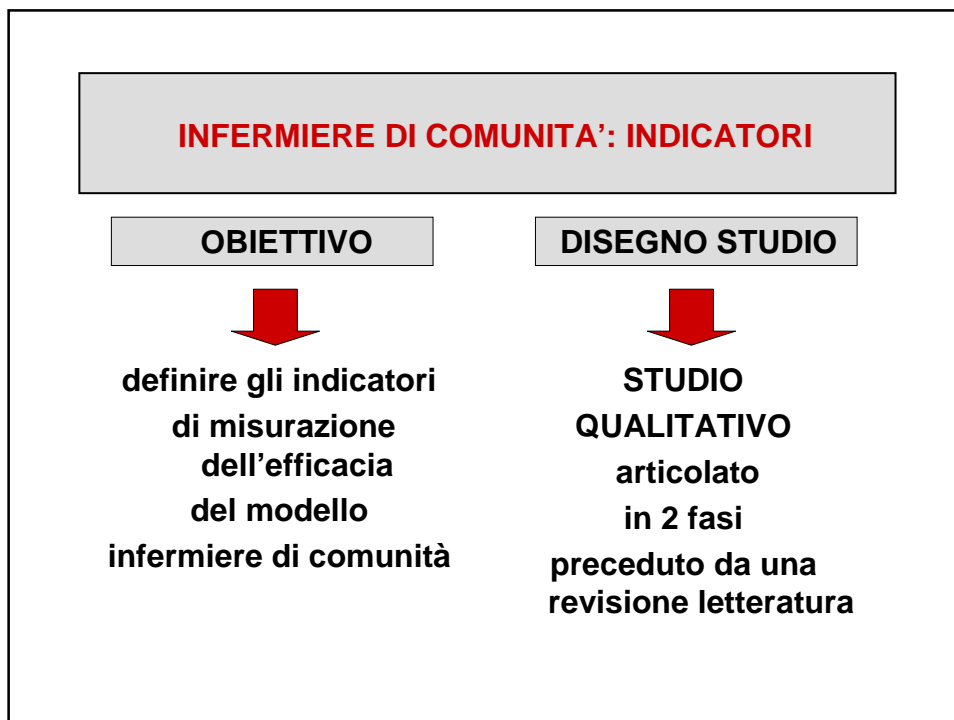
- PRISMA-7 deriva dallo SMAF (sistema di misura dell'autonomia funzionale) strumento in uso in Quebec
- PRISMA-7 si utilizza solo su persone >65
- Sono stabiliti 2 valori soglia per definire una persona positiva al PRISMA- 7(risposta affermativa a 3-4 domande su 7)
- Se esiste positività al PRISMA-7 si prosegue con la valutazione approfondita con SMAF
- Studio effettuato in ASS 5→ Su un campione di 129 persone il 39% presentava un rischio reale di fragilità→ valut. approfondita

## DEFINIZIONE DI UN SET DI INDICATORI

### 3 LINEE DI LAVORO



- 1) Rintracciare indicatori documentati in letteratura
- 2) Far emergere indicatori dalla pratica esperta quotidiana (*attivare un disegno di ricerca*)
- 3) Sviluppare il consenso sul set di indicatori con un panel di esperti



## **DEFINIZIONE INDICATORI: DISEGNO DI RICERCA**

### **Conferenza di consenso**

- a) valutazione tecnica: misurabilità/consistenza dell'indicatore/coerenza del denominatore.....
- b) valutazione di pertinenza: sensibilità all'infermieristica
- c) possibile confronto: popolazione *con se stessa* o popolazione vs altra popolazione

*Alto, Medio, Basso*

## **Esiti/Infermieristica di Comunità**

*Aree di dominio degli indicatori*

- 1) Mantenimento della capacità dell'anziano di gestire in autonomia il problema di salute
- 2) Aumento Qualità della vita nei gruppi fragili/cronici (pazienti/famiglia) e percezione dei problemi di salute
- 3) Personalizzazione delle cure
- 4) Rafforzamento della capacità di cura della famiglia
- 5) Rafforzamento delle reti della comunità
- 6) Potenziamento della continuità delle cure
- 7) Appropriatezza dell'istituzionalizzazione
- 8) Capacità dei servizi di anticipazione della presa in carico
- 9) Diffusione di competenze di caring
- 10) Rafforzamento dell'integrazione del team territoriale
- 11) Aumento della possibilità per MMG di offrire prestazioni avanzate

## RISULTATI: INDICATORI DI EFFICACIA

### I) QUALITA' DELLA VITA (QoL) E PERCEZIONE DEI PROBLEMI DI SALUTE

- QoL di gruppi di utenti omogenei per problemi di salute presi in carico dall'IdC rispetto alla QoL di utenti con lo stesso problema di salute presi in carico da altre modalità (es. distretto o infermiere a prestazione)
- QoL di famiglie che gestiscono utenti con problemi omogenei presi in carico dall'IdC rispetto alla QoL di utenti con lo stesso problema di salute presi in carico da altre modalità (es. distretto o infermiere a prestazione)
- Percezione di sicurezza delle famiglie prese in carico con l'IdC rispetto alla percezione di sicurezza delle famiglie non prese in carico con l'IdC
- Livello di ansia della famiglia prese in carico dall'IdC rispetto a quella percepita dalle famiglie prese in carico con altri modelli
- Percezione di capacità di gestire i problemi di salute cronici a domicilio nelle famiglie che hanno il supporto dell'IdC rispetto alle famiglie che non possiedono questa risorsa.

## RISULTATI: INDICATORI DI EFFICACIA

### C) RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITA' DI CURA DELLA FAMIGLIA

- n. di famiglie autonome nella gestione di problematiche di pazienti complessi a un mese dalla dimissione  
numero famiglie con pazienti complessi dimessi
- n. di interventi educativi realizzati ai componenti della famiglia che gestisce un componente con problemi di salute cronico
- n. care giver stranieri educati sulle capacità di basic care/totale di care giver stranieri impegnati nella comunità
- n. di gg di degenza nella popolazione ultra 65 presa in carico dalla famiglia e dall'IC  
n.di giornate di degenza della popolazione ultra 65 generale (andrebbe aggiustato per casistica)

## RISULTATI: INDICATORI DI EFFICACIA

### B) RAFFORZAMENTO RETI DI COMUNITA'

- n. laici impegnati nell'ass.za paz. cronici della comunità  
totale delle persone che compongono la comunità
- n. persone impegnate nell'assistenza al paz. cronico  
totale delle persone con problemi di salute cronici in carico
- n. accessi settimanali delle risorse informali delle famiglie con problemi di cronicità (e' una misura indiretta che valuta l'attenzione, su una settimana indice, della comunità alla persona ammalata che gli appartiene)
- n. di servizi resi dalla comunità su base volontaristica
- n. di associazioni o gruppi di persone attive nella comunità

## INDICATORI DI PROCESSO: AREE DI DOMINIO



- ACCESSIBILITA'
- SCREENING
- TEMPESTIVITA' DELLA PRESA IN CARICO
- STANDARD

## RISULTATI: INDICATORI DI PROCESSO

### B) SCREENING

- presenza di un sistema di screening delle situazioni critiche/borderline (ad esempio coniugi molto anziani con situazione di cronicità)
  
- n. utenti soli (o screenati come popolazione a rischio) visitati con periodicità totale degli utenti soli

## SELEZIONE AREE DI DOMINIO E INDICATORI CORRELATI

RAFFORZAMENTO DELLA CAPACITA' DI CURA DELLA FAMIGLIA	AUMENTO DELLA QUALITA' DI VITA ED EFFICACIA PERCEPITA NELLA GESTIONE DELLA SITUAZIONE NEGLI UTENTI/FAMIGLIA CON PROBLEMI CRONICI O DI FRAGILITA'	APPROPRIATEZZA DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE
<p>•Proporzione di famiglie o nuclei autonomi nella gestione di problematiche nuove (es. terapia, device) i a 1-2 mesi dalla dimissione ospedaliera/RSA</p> <p>Tot. Dimissioni di persone che necessitano di gestione trattamento PEG/SNG, LdD, CVP</p>	<p>•Efficacia percepita da utenti/famigliari nella gestione di probl. nuove (es. terapia, device) i a 1-2 mesi dalla dimissione ospedaliera/RSA</p> <p>Tot. Dimissioni di persone che necessitano di gestione trattamento PEG/SNG, LdD, CVP</p>	<p>•Proporzione di anziani o con problematiche nuove, presi incarico alla dimissione che, nei successivi 6 mesi, si rivolgono al PS per prob.mi non urgenti/emergenti</p> <p>•N° di ricoveri ripetuti per problemi evitabili nei 6 mesi dalla dimissione per persone dimesse con problematiche nuove e prese in carico</p>

## RISULTATI ATTESI

INDICATORI	RISULTATI ATTESI
1) RAFFORZAMENTO CAPACITA' DI CURA DELLA FAMIGLIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &gt; della proporzione di famiglie AUTONOME nella gestione problematiche nuove a 1- 2 mesi dalla dimissione H/RSA rispetto al tot. di dimissioni di persone che necessitano di gestione delle stesse (attraverso interventi di educ. Terapeutica)</li> <li>• &lt; frequenza di esiti assistenziali negativi</li> </ul>
2) AUMENTO DELLA QUALITA' DI VITA ED EFFICACIA PERCEPITA NELLA GESTIONE NUOVI PROBLEMI SU PZ CRONICO	•Buon livello di efficacia percepita dai famigliari nella gestione delle problematiche assistenziali
3) APPROPRIATEZZA ISTITUZIONALIZZAZIONE	•< di accessi al PS per problemi non urgenti/emergenti e < ricoveri ripetuti per problemi evitabili nei 6 mesi dalla dimissione

## PROTOCOLLO DI RICERCA

DISEGNO DELLO STUDIO	Longitudinale
OBIETTIVO	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Valutare alcuni indicatori di processo ed esito nelle persone prese in carico alla dimissione da H/RSA dagli IC che presentano problematiche nuove (PEG/SNG, LdD, CVP)</li> <li>•Valutare l'efficacia percepita dai famigliari rispetto al progetto educativo</li> <li>•Definire gli standard correlati agli indicatori</li> </ul>
POPOLAZIONE	Tutte le persone dimesse da H/RSA con NAD. LdD, CVP, assistite a domicilio da care-giver
SETTING	17 Comuni afferenti al Distretto Est. Saranno coinvolti 20 IC e gli ICA dell'RSA/H

## 2) PROTOCOLLO DI RICERCA

INDICATORI	CRITERI DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI
1) RAFFORZAMENTO CAPACITA' DI CURA DELLA FAMIGLIA	<ul style="list-style-type: none"><li>•n.°accessi inf.ci domiciliari per persone dimesse in NAD, con CV e LdD nella 1 sett.na dalla dimissione VS n.° accessi per la stessa persona a 4 e 8 settimane dalla dimissione</li><li>• altri criteri specifici per NAD, LdD, CV</li><li>•Valutazione attraverso le schede di verifica delle competenze raggiunte dai care giver</li></ul>
2) AUMENTO DELLA QUALITA' DI VITA ED EFFICACIA PERCEPITA NELLA GESTIONE NUOVI PROBLEMI SU PZ CRONICO'	Il grado di efficacia percepita dalla persona che assiste verrà rilevata attraverso la somministrazione del questionario a 2 mesi dalla dimissione
3) APPROPRIATEZZA ISTITUZIONALIZZAZIONE	Proporzione di accessi in PS per problemi non urgenti e il n. di ricoveri evitabili a 2 e 6 mesi dalla dimissione

*...CRESCITA DI  
UNA **CULTURA DELLA SALUTE**  
CHE VEDE  
LA **PERSONA DISABILE**  
E CHI LE STA VICINO,  
COME **PROTAGONISTA**  
DI UNA **VICENDA**  
**QUALIFICANTE**  
DELLA **PROPRIA VITA**,  
PIUTTOSTO CHE DI  
UN'ESPERIENZA  
DI ISOLAMENTO E DI PERDITA...*



Grazie a tutti voi  
per l'attenzione

