



**“LA CENTRALE OPERATIVA  
TERRITORIALE E IL CDCD:  
lista dei malati complessi”**

**AS Pauletto Simone**

**U.O.C. Cure Palliative e Governo Clinico  
dell'assistenza primaria  
Cot ulss4 VENETO**



- ❑ Invecchiamento della popolazione

- ❑ Aumento delle patologie ad evoluzione cronica

- ❖ L'organizzazione dei servizi sanitari e sociali deve saper rispondere ai bisogni clinico-assistenziali nelle varie fasi delle malattie riconoscendo la dimensione del problema cronicità che assume caratteristiche della complessità in circa il 5% della popolazione con un 1% che richiede programmi di gestione per terminalità e fine vita atteso entro un anno



## **L'approccio alla cronicità, quindi, richiede:**

- ❑ Garanzia della continuità delle cure fra i vari ambiti assistenziali e forte integrazione socio-sanitaria, tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, tra sanitario e sociale**
- ❑ Approccio proattivo nella gestione delle malattie**
- ❑ Sviluppo della consapevolezza nell'organizzazione che malati e care giver informati promuovono migliore gestione dei problemi di salute ed attenzione alla qualità dei servizi sanitari e sociali**

## Obiettivi:

- ❑ Identificare precocemente i malati cronici complessi (aree alte della piramide) in fase evolutiva di malattia, con frequenti richieste e accessi ai servizi (in condizioni cliniche che richiedono care management, interventi coordinati, e con maggior consumo di risorse)
- ❑ Riconoscere i malati in prossimità della fine delle cure attive e che hanno indicazione alle cure palliative
- ❑ Realizzazione di Piani di cura coerenti con i bisogni clinico-assistenziali di ciascun malato
- ❑ Monitoraggio e adeguamento del piano di cura in funzione all'evoluzione dei bisogni clinico-assistenziali



# Campo di applicazione

Condizioni di malattia che non vedono più nello specialista ospedaliero il responsabile clinico di riferimento. Ovvero parliamo di malattie quali:

- Malattie neurologiche e neurodegenerative
- Malattie oncologiche
- Scompenso cardiaco
- BPCO
- Demenze e psicogeriatrica
- ...
- ...



## La sperimentazione: creazione della lista di malati complessi con demenza

- Lo specialista del CDCD segnala alla i malati che sono in prossimità della fine delle cure attive con indicazione a proseguire con programmi di cure palliative o di fine vita.
- Sono pazienti con grado grave di demenza che non presentano criteri per terapia farmacologica, con necessità di un profilo assistenziale domiciliare o in cui è necessario attivare il percorso per la residenzialità nelle strutture

1. Lo specialista è il responsabile che comunica al malato e alla famiglia: la fine delle cure, l'affido al MMG e la segnalazione alla COT
2. Lo specialista compila la lettera di dimissione
3. Lo specialista trasmette la scheda di attivazione continuità di cura alla COT con allegata la lettera di dimissione



PERCORSO ASSISTENZIALE DECADIMENTO COGNITIVO SCHEDA DI CONTINUITA'	
<b>INDIVIDUAZIONE PROFILI ASSISTENZIALI</b>	
Cognome e Nome:	<input type="text"/>
Data di Nascita:	<input type="text"/>
Vive Solo/a	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> NO Con: <input type="text"/>
Persona di riferimento:	<input type="text"/>
N°tel:	<input type="text"/>
Cell:	<input type="text"/>
<b><u>PATOLOGIE CORRELATE</u></b>	
<input type="text"/>	
<b><u>QUADRO CLINICO / OBIETTIVITA' NEUROLOGICA</u></b>	
<input type="text"/>	
<b><u>PROGRAMMA</u></b>	
Proposta di percorso individualizzato:	
	<input type="checkbox"/> Affidamento al MMG
	<input type="checkbox"/> Neurologo/Geriatra con MMG
	<input type="checkbox"/> Fine Cure Specialistiche - Prosegue cure con MMG/COT
<b>COUNSELING PSICOLOGICO :</b>	<input type="checkbox"/> Eseguito
	<input type="checkbox"/> Richiesto
	<input type="checkbox"/> Da Valutare
	timbro e firma del medico
	_____



Unità Operativa di SA-Neurologia  
REFERTO AMBULATORIALE

Esami: VISITA NEUROLOGICA DISTURBI DELLA MEMORIA DI CONTROLLO - 02  
/08/2016 10:19

Nome Paziente: [redacted]  
Data di nascita: [redacted]  
Codice Fiscale: [redacted] Sesso: Maschio  
Indirizzo Paziente: [redacted] TOMIO 182  
Comune / Città': [redacted] Provincia: Vicenza  
C.A.P.: [redacted]  
Telefono Abitazione: [redacted] 02  
[redacted] 97  
Cellulare: [redacted] 97

Testo del referto

Rivalutazione di controllo.

Vine riferita ulteriore progressione del quadro clinico.

Il paziente è completamente dipendente dalla famiglia. se stimolato si fa la barba , si lava i denti. Apatoico

Si alimenta regolarmente, da solo, alvo regolare.

La notte riposa. occasionalmente agitato di giorno (vuole uscire di casa, note di agitazione per cui la moglie somministra talofen al bisogno)

Tp in atto:

- Seroquel 50 mg RP x 2/die
- proside
- omnic
- ASA 100
- Talofen al bisogno 15-16 gtt
- di base

Ultima visita cardiologica nel 14/07 u.s. . QT e QTC nella norma., ECG invariato.

ADL: 3/6

IADL: 1/8

MMSE: <10

Non indicata terapia specifica. Non indicati ulteriori controlli specifici.  
si segnala alla COT.

Provvedi inserimento presso centro diurno.

[redacted signature]

- 
1. L'infermiera della COT inserisce il nominativo nella lista malati complessi
  2. Il MMG programma il monitoraggio del malato ed attiva i servizi in base all'evoluzione.
  3. La COT si confronta con il MMG per l'attivazione di un profilo assistenziale
  4. Se necessario (grave fragilità del contesto ambientale) attivazione UVMD a domicilio.
  5. Nel monitoraggio l'inf chiama il mmg quando previsto per chiedergli come sta la persona, come e se sono cambiati i bisogni. Aggiorna il diario di cont. assistenziale

# LISTA PZ COMPLESSI

Coognome	Nome	nato/a il (Data)	MMG	ID T	Case Managment	Ambulatorio	Inviato da	Motivo	Programma MMG	
		15/08/30	TANCREI	163	7 MMG	SI	Altro		MMG 7	SI
		11/09/1928	Panozzo	37	9 MMG				MMG 7	SI
	pe	26/03/49	Pietribias	8	9 MMG		Altro			
	a	04/07/31	Bego	3	3 MMG		Centro Servizi	Fine cure	MMG 15	N
		26/11/31	DAL ZOT	12	0 MMG	NO	Altro			
	A	22/07/35	Bernardi	23	8					
	LO	24/03/40	Bego	14	2					
	LAM	05/06/30	BARON R	8	5 MMG	NO	Altro		MMG 7	
	o	03/09/1928	Briozzi	1	5 MMG		MMG	Sintomi	MMG	N
	mmid	01/01/45	Ferrari N.	37	2 MMG	SI		Fine cure		
	A	15/04/32	SPEZZAP	16	11 MMG	NO	Altro		MMG 15	N
	A	17/06/34	Testolin	8	2 MMG		MMG			
	na	19/12/1928	Casalini	1	0 MMG		Altro	Sintomi	MMG 15	
	nni	02/09/31	Pizzato Li	2	7 MMG		MMG	Sintomi		SI
	SE	05/02/44	GRAZZA	11	6 MMG	NO	MMG	Sintomi	MMG 7	SI
	ia	22/08/1928	Napoli		5 MMG		Ospedale			

id di dati | 11 da 64 \* [Navigation icons]

Cognome	<input type="text"/>	Case management	MMG	Luogo	DOMICILIO
Nome	<input type="text"/>	Ambulatorio	NO	Patologia con il quale viene presentato	DEMENZE E PSICOC
nato/a il	15/04/32 00:00	Programma MMG	MMG 15	Altra Patologia	FRAGILITA E DECLI
ID T	169451	Programma IP	NO	Altra Patologia 2	
Inviato da	Altro	Protezione Sociale		Altra Patologia 3	

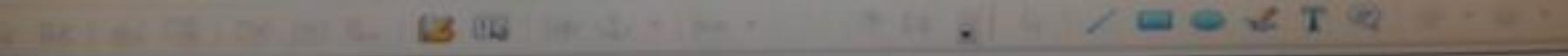
Schermo intero



### LISTA PZ COMPLESSI

Logo	Patologia con il quale viene presentato	Altra Patologia	Altra Patologia2	Altra Patologia3	Monitoraggio?	Verifica il (Data)
	ICILI: CANCRO	FRAGILITA E DECL			Centrale Comple	12/10/11
	ICILI: DEMENZE E PSICOGERIATRICI	M. NEUROLOGICI	FRAGILITA E DECLI		Centrale Equipe	23/11/11
	ICILI: CANCRO	FRAGILITA E DECL			Centrale Comple	19/10/11
	ICILI: DEMENZE E PSICOGERIATRICI	FRAGILITA E DECL			Centrale Equipe	13/08/11
	ICILI: DEMENZE E PSICOGERIATRICI	FRAGILITA E DECL			Centrale Comple	05/12/11
	ICILI: CANCRO	FRAGILITA E DECL			Centrale Comple	29/09/11
	ICILI: DEMENZE E PSICOGERIATRICI	FRAGILITA E DECL				
	ICILI: DEMENZE E PSICOGERIATRICI				Centrale Comple	22/11/11
	ICILI: DEMENZE E PSICOGERIATRICI	FRAGILITA E DECL			Centrale Comple	25/10/11
	ICILI: DEMENZE E PSICOGERIATRICI	FRAGILITA E DECL			Centrale Comple	29/11/11
	ICILI: CANCRO	FRAGILITA E DECL			Centrale Equipe	
	ICILI: DIABETE	FRAGILITA E DECL			Centrale Equipe	16/10/11
	Santi: DIABETE					

Segnati: 
 Luogo: 
 Monitoraggio?:





1. l'infermiera della COT chiama i familiari, spiega quali e cosa sono i servizi infermieristici territoriali. Cerca di rispondere a dubbi e domande e dare informazioni in merito a:

- Evoluzione della malattia e dei bisogni
- Fornitura ausili
- Come attivare inf e cosa fanno
- Contributi economici
- Percorsi per la residenzialità e semiresidenzialità
- ...

Se necessario viene coinvolto l'ass soc della COT per eventuali approfondimenti

2. L'infermiera della COT aggiorna il diario di continuità assistenziale



Territorio Ulss  
CENTRALE OPERATIVA ADI

ID Paziente: **00124716** Cognome e Nome : [REDACTED]  
Data di nascita: 30/06/1931 Luogo di Nascita: VILLAVERLA VI  
Provenienza: Dom. Villaverla  
Prestazione: *Diario cont.assistenziale*  
Data prestazione: 10/08/16  
Residenza: Via: [REDACTED] VOLEDO 12  
Telefono: [REDACTED]  
Comune: [REDACTED] Provincia: VI USL 104 VENETO  
Codice Fiscale: [REDACTED]  
Tessera Sanitaria: [REDACTED]  
Medico Curante: DAL SASSO MARGHERITA Telefono: 0445855826

Note referto accesso del :

10/08/2016	Giunta in cot segnalazione di affidamento ai servizi territoriali da parte del CDCD. Altre patologie correlate cardiopatia ischemica, valvulopatia. Si contatta il curante per informarlo, si inserisce il paziente nella lista pzt complessi. (Baldinazzo Barbara)
------------	---

Data di creazione 10/08/2016 9.22

*Baldinazzo Barbara*



Territorio Ulss  
CENTRALE OPERATIVA ADI

ID Paziente: **00121204** Cognome e Nome : [REDACTED] DA  
Data di nascita: 21/08/1952 Luogo di Nascita: THIENE VI  
Provenienza: Dom. Thiene  
Prestazione: *Diario cont.assistenziale*  
Data prestazione: 06/05/13  
Residenza: Via: [REDACTED] LIE 61  
Telefono: [REDACTED] 65  
Comune: [REDACTED] Provincia: VI USL 104 VENETO  
Codice Fiscale: [REDACTED] 157E  
Tessera Sanitaria: [REDACTED]  
Medico Curante: FERRARI NADIA Telefono: 0445370873

Note referto accesso del :

06/05/2013	Pz. seguito dall'amb. disturbi neuro-degenerativi. (Dalla Costa Michela)
14/07/2016	Arrivo in COT di segnalazione affidamento ai servizi territoriali da parte del CDCD. Il quadro della pz viene descritto come stabile nella sua gravita' vive con il marito e frequenta il centro diurno di Breganze (Vitacchio Cristina)
01/08/2016	In aggiunta alla nota sopra informato il curante vede la signora regolarmente alla mattina presto, prima che la pz vada al centro diurno. Ci attiverà il curante se necessario. (Baldinazzo Barbara)

Data di creazione 06/05/2013 9.28

*Pretti Maria Grazia*



# Tutto questo perché...

- 1. L'analisi dei risultati (parziali), ha permesso di evidenziare, che il riconoscimento proattivo dei malati cronici complessi ed il loro inserimento nella lista, permette una maggiore probabilità di attivazione di un profilo assistenziale domiciliare. Il 60 % delle persone segnalate ha attivo un profilo assistenziale (programmata del mmg, adimed, accesso infermiere, accesso sad)**
- 2. I primi dati raccolti sembrano confermare che:**
  - 1. dove NON c'è un profilo assistenziale domiciliare, i decessi in Ospedale sono il 55% decessi**
  - 2. Dove c'è un profilo assistenziale con programmata del mmg ed inf i decessi in Ospedale calano al 24%**
  - 3. Dove c'è un adimed attivo i decessi in Ospedale calano al 14% (Hospice- Sollievo- struttura)**



***FINE***