

CONVEGNO REGIONALE C.A.R.D. VENETO

Padova, 5 Aprile 2013

Abbazia di S. Giustina
presso Aula Magna, via Giuseppe Ferrari 2/A



In tempi di tagli, una garanzia

La continuità delle cure



124

**- diamo i numeri per
dar conto della
presenza attiva del
distretto -**

A. Trimarchi e P. Da Col



...le radici della *folle idea*... da dove siamo partiti...

- L'idea della continuità h24 nel manifesto CARD delle cure domiciliari
- L'impegno costante del Distretto di seguire i bisogni delle persone, soprattutto se deboli, fragili, svantaggiati (trascurate ? abbandonate ?)
- L'interesse permanente del Distretto di valorizzare i problemi emergenti e NON risolti (affrontati ?)
- La costante del lavoro dei Distretti per una presa in carico continuativa



Il problema – il bisogno

- **Almeno 10% della popolazione >65enne ha elevate esigenze di continuità di cura ed assistenza per la (co)presenza di stati di necessità long term (mix di problemi di tipo clinico-sanitario e/o sociale)**
 - Range dei bisogni: fragilità → parziale perdita autonomia psico-fisica → totale dipendenza-nonautosufficienza → disabilità grave-gravissima permanente
 - **→ IN OGNI DISTRETTO: MIGLIAIA DI PERSONE – PAZIENTI !!**
- **L'esigenza peculiare è di long term care, oggi ancora sottovalutata rispetto alle condizioni di "acuzie-emergenza/urgenza"**
 - **radicali cambiamenti (INNOVAZIONE):**
 - **SCELTE POLITICHE:** evidence based policy
 - **SCELTE PROFESSIONALI**
 - **COGNITIVO-CULTURALI:** essere consapevoli della priorità assoluta della LTC nel ns welfare
 - **OPERATIVI:** creare reale continuità di cura, assistenza integrata a tutto campo



Il problema – il bisogno

- Oggi tre le reti “ufficiali” coinvolte nel SSN/R:
 - ospedaliera, territoriale, dell’emergenza
 - ➔ **a chi la responsabilità della continuità - connessioni ?**
 - Ambiti di cura ed assistenza :
 - FORMALE, ISTITUZIONALE
 - sanitario: ambulatorio, ospedale, domicilio, residenza → deve integrarsi con il “mondo sociale”
 - sociosanitario: domicilio e residenza (di varia tipologia, caratteristica ed intensità assistenziale), centro diurno
 - Socioassistenziale: domicilio e residenza (di varia tipologia, caratteristica ed intensità assistenziale), centro diurno → deve integrarsi con il “mondo sanitario”
 - INFORMALE: ogni persona care giver
- ➔ **IN OGNI DISTRETTO: occorre recuperare frammentazioni e separatezze**



Criticità

rispetto all'assistenza in ospedale....

IN QUESTO TARGET DI POPOLAZIONE CON BISOGNI DI LTC:

- RISCHI COSTANTI per la sicurezza del paziente:
 - rischio nelle lungodegenze.... (da abolire per il rischio di s. da immobilizzazione, perdite autonomie e integrità cognitiva...)
 - rischio di dimissione anticipata, in condizioni di instabilità, recupero incompleto (la funzione di postacuzie va realizzata o almeno governata dal distretto !)
- Ammissioni improprie, anche per non-raccordo con gli “ambiti di cura usuale” (es. non circolazione delle info di rilevanza clinica per tarare meglio cure in ricovero)
- Org.ne dei servizi nei PS-DEA spesso inadeguata per rispettare le esigenze del grande anziano già seguito in LTC in domicilio o residenza: p.l. di osservazione temporanea (dedicata per questi pazienti ?), fast track diagnostico-terapeutici per questo target...



Rispetto all'assistenza NEL TERRITORIO....

- Grande difformità di offerta di alternative ad H, specialm. in home care, sostanzialmente sempre insufficiente e inadeguata vs
 - % copertura cure domiciliari sanitarie nella pop. di riferimento - a quando uno std (es. 10%) ?
 - arco temporale di attività di servizio: - a quando uno std ? (es. h 24/7 ? illimitati gli accessi/die ?)
 - durata della presa in carico: sine die ? Si può dimettere un paz. in long term home care ?
 - assistenza Sociale a casa -
std ? (es. h 12/7)



Rispetto all'assistenza NEL TERRITORIO....

- Grande difformità di offerta residenziale e semiresidenziale (demenza ? !), da distinguere se appartiene a SSN o SSC (co-payment ?!!)
 - Std quantitativo ? (es. 10 ? 40 ? 50 ? p.l. per mille)
 - Std qualitativo ? (quali capacità- intensità- resp. assistenziale vs tipologie- esigenze degli ospiti ?)
 - Tema incombente:
riconversione di p.l. vs nuovi std H !!



Rispetto alla rete dell'emergenza

EMERGENZA SANITARIA

- Spesso privi di visione di LTC
- Servizi 118 inseriti in DEA/H rischiano di NON essere tarati su funzioni di “filtro-trattenimento a casa” (anche perché mancano le soluzioni)
- Mancata disponibilità di info cliniche on line e quindi forti limiti nelle capacità decisionali nell'acuzie (= nel dubbio, si ricovera)
- MCA da inserire-raccordare con 118-PS ? (e MMG nel diurno) oppure con..... ? (in reti territoriali di medicina primaria ? ad es. AFT ?...)

EMERGENZA SOCIALE

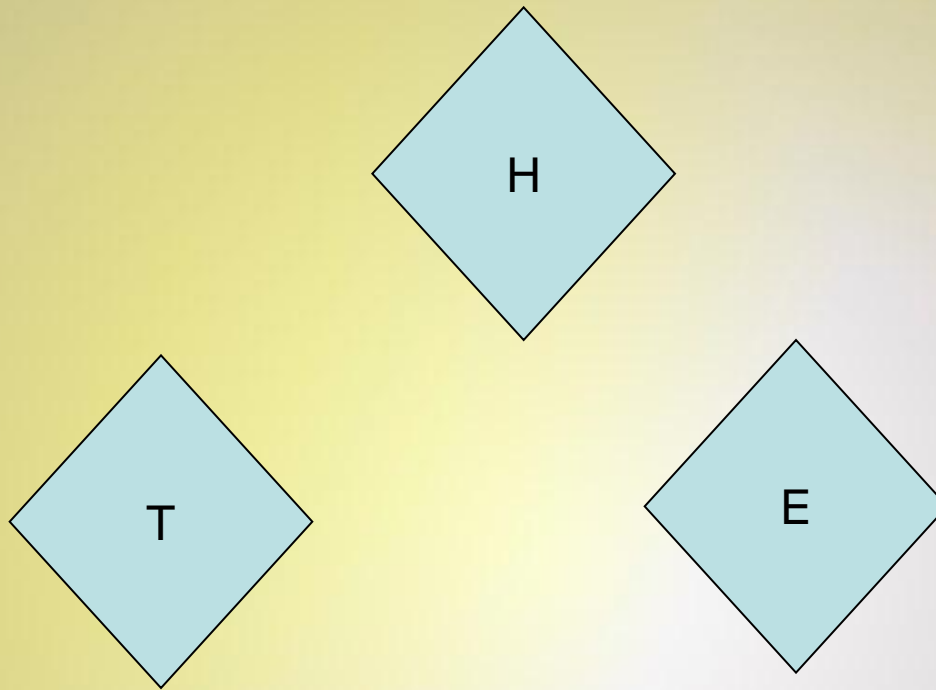
- Disponibili servizi altrettanto pronti ? Per quali emergenze sociali ? Quanto diffuso il “pronto intervento sociale “ ?
- Servirebbe una sorta di “118 sociale” ? (scopo del “124...”?)

• E IL DISTRETTO ?

- Per prevenire / ridurre le emergenze giovano le azioni di proattività ? di prevenzione ?



semplificando, oggi...

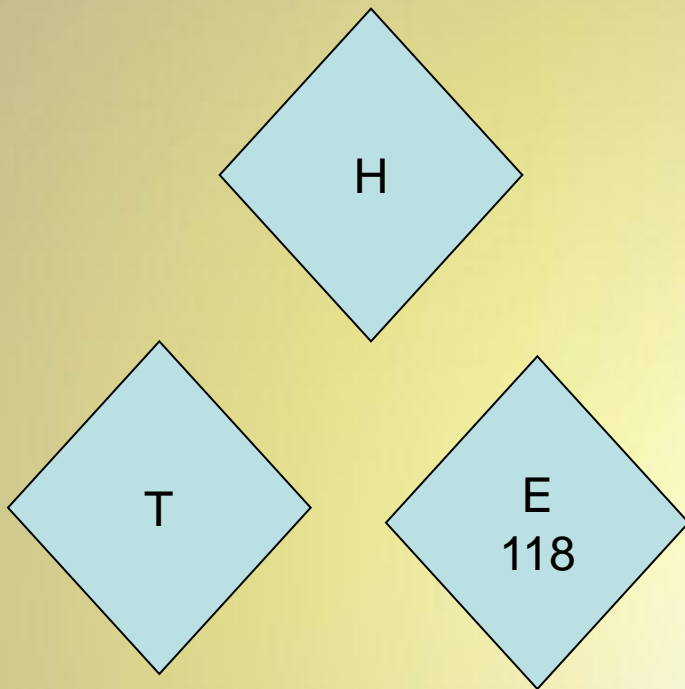


Più altri sistemi, reti, servizi.....



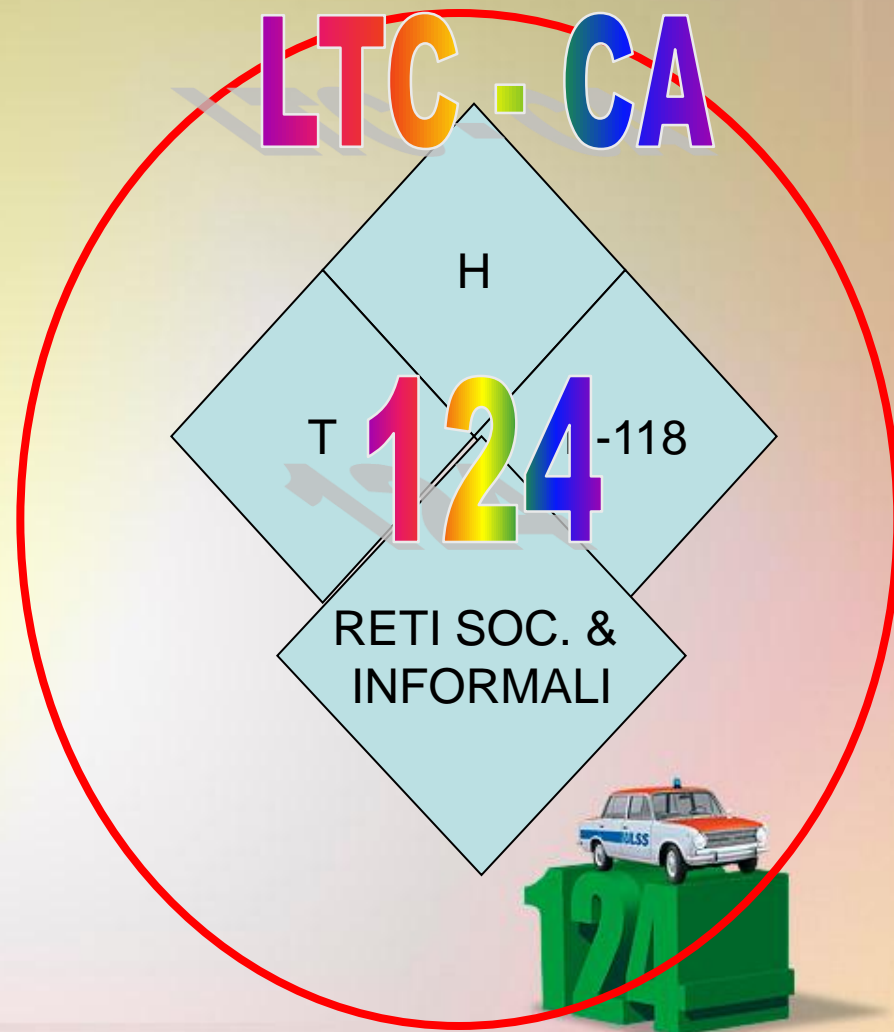
L'esigenza di aggregare...

OGGI



DOMANI

LTC - CA



il “124”

- Potrebbe essere quindi un numero “simbolico”, mentre del tutto “reale” deve essere il suo contenuto
- Si integra con il “sistema 118” (già ben addestrato al triage telefonico) e con le reti territoriali (se non esistenti vanno create)
- Si affianca ed arricchisce la rete di copertura delle emergenze, tenendo conto di questo “mondo della LTC e della continuità assistenziale”
- La sua priorità è rivolta alla realizzazione di un sistema che sorregga e rafforzi la continuità assistenziale: APPROPRIATO, ETICO ED EFFICACE
- HA FUNZIONI DI
 - Contatto – Accoglienza - Accesso
 - Lancio di azione / intervento post e pre ospedalizzazione
 - Ottimizzazione dei percorsi individuali per la scelta/inserimento della persona nei setting territoriali - => ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali, residenziali,
- **È parte dei servizi territoriali, quindi sempre governato (non necessariamente fornito !) dal distretto**
- “salda” MMG con MCA, con gli specialisti ed integra SSR, SSc e reti di cura informali
- Riconosce e valorizza tutte le risorse attuali (soprattutto quelle delle reti informali)
- Riduce i rischi per il paziente di invio improprio in H, casa di riposo
- Mantiene in sicurezza a casa ed evita rischi di assistenza inadeguata
- “Facilita la vita” agli operatori istituzionali e delle reti informali
- Velocizza l’accesso-accessibilità ai servizi, scambio di info., la continuità
- Facilita azioni collaborative-cooperative , proattive



Destinatari del 124

1. **PERSONE-PAZIENTI-ASSISTITI IN CARICO AL DISTRETTO in LTC o CANDIDATI AD ESSERLO**
2. Care givers (incl. “badanti !!!!)
3. Operatori della sanità: dei distretti (incl. MMG, MCA), del 118, degli H
4. Operatori dei servizi sociali e dei providers collegati
5. Operatori del mondo del volontariato
6. Altri operatori informali

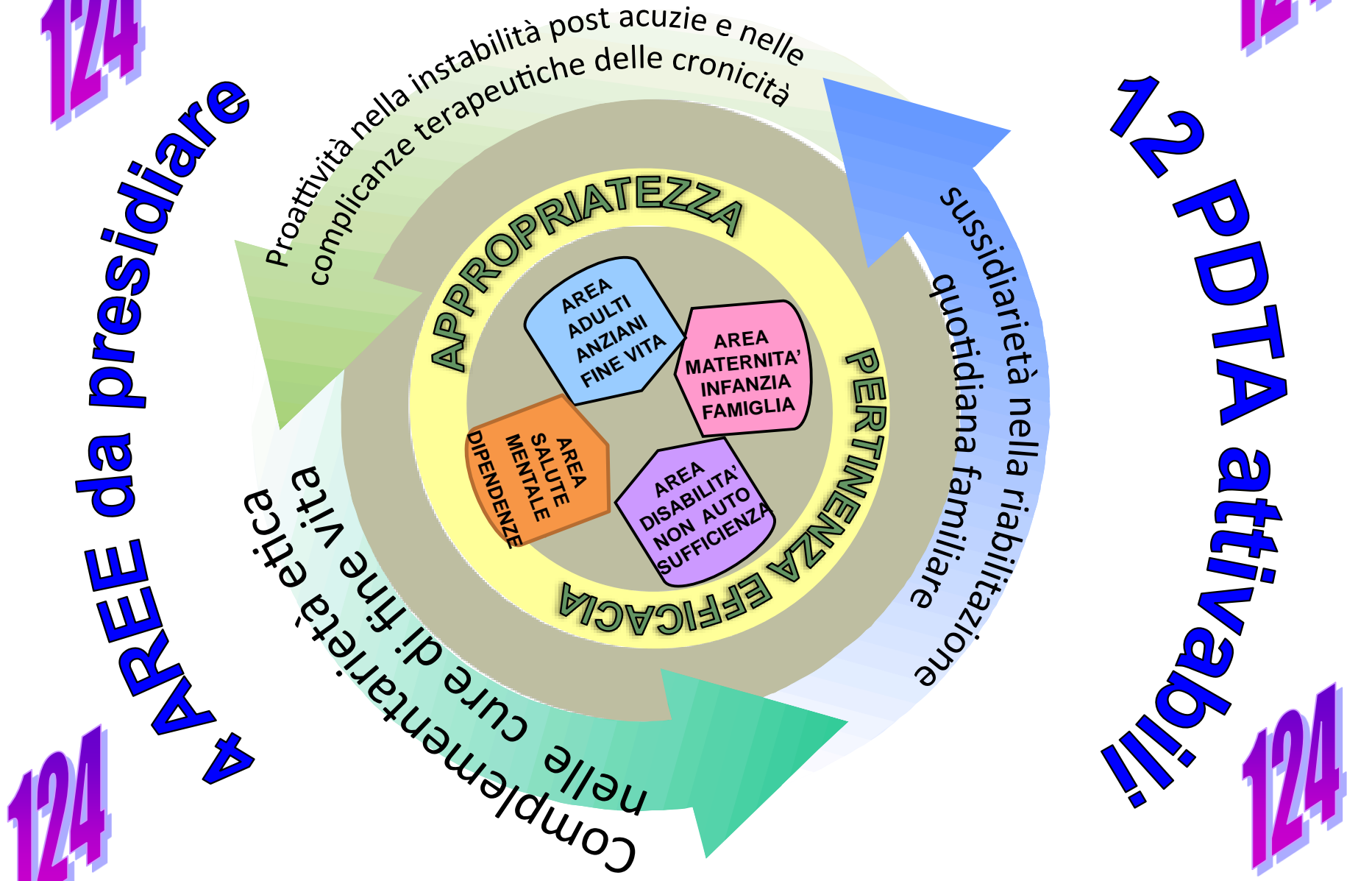
Per tutti questi, **NUOVA** possibilità di contare su un punto di riferimento **PERMANENTE (h24/7)** per

- capire (chiedere info, orientamento, primo aiuto, sostegno, → **nuovo Punto Unico Integrato di Accesso e fruizione servizi**

- ricevere azioni concrete **TEMPESTIVE** al fine di affrontare e risolvere la situazione critica - a valle del 124 occorrerà creare/potenziare **NUOVI SERVIZI DISTRETTUALI** di assistenza a casa, in residenza !!



Il Modello Integrato di continuità delle Cure



Destinatari del 124

PERSONE-PAZIENTI-ASSISTITI IN CARICO AL DISTRETTO o CANDIDATI AD ESSERLO

- IN GENERALE, SONO PERSONE con bisogni di LTC e di programmi di continuità assistenziale in percorsi complessi a baricentro territoriale, personalizzati ed integrati



12 TARGET PRIORITARI NELLE 4 AREE :

1. Adulti e anziani con scompenso cardiaco avanzato/severo
2. Adulti e anziani con BPCO avanzato/severo
3. Adulti e anziani con diabete complicato/instabile
4. Persone in stato terminale
5. Persone con malattie neurologiche degenerative e/o deficit cognitivo a media-alta intensità assistenziale
6. Persone con grave disabilità permanente o temp. a medio-alta intensità assistenziale
7. Adulti e anziani con grave perdita dell'autonomia
8. Persone con disturbo mentale ad alto-medio carico assistenziale
9. Persone con dipendenza
10. Bambini-adolescenti a rischio di abbandono o istituzionalizzazione
11. Famiglie deprivate-ad alta problematicità (rischio maltrattamenti)
12. Persone con problemi di acuzie o subacuzie a domicilio in famiglie fragili

OVVERO, il “sistema 124”

- funziona h24/7, in ogni distretto del Paese, in ogni ASL, in affiancamento ai / completamento dei sistemi di sicurezza/emergenza (incl. sistema 118) - per la continuità, per il mantenimento appropriato a domicilio anche in situazioni di elevata complessità – *sarà LEA ?*
- si può realizzare progressivamente, in modo flessibile, sec. caratteristiche/esigenze/risorse locali, tarato su livelli di domanda ed offerta, a step successivi di complessità-dotazioni, meglio partendo con iniziative di carattere sperimentale locale, con riconversione delle risorse,
- svolge funzione di **INNOVAZIONE**
 - **RICEZIONE-ACCESSO** : info.- orientamento (anche via tel. o web, ecc.) lancio-aggancio della presa in carico, primo sostegno psico-emotivo, segr. tel., ecc.
 - **INTERVENTO - AZIONE:**
 - a casa o in residenza/semiresidenza da parte di personale istituzionale, in primis per
 - » trattenerne il soggetto in loco, come appropriato, in sicurezza
 - » evitare accessi impropri in PS/H
 - » aggiornare le funzioni del sistema 118
 - » ampliare le funzioni del PS/DEA
 - » organizzare percorsi diagnostico-terapeutici integrati H/t e non solo
 - » dare nuovo “senso” a presidi quali le case della salute
 - »



premessa e pre-requisito

- OCCORRONO reti e strumenti informatici adeguati, disponibili ad ogni attore di cura, fruibili anche dagli assistiti/famiglie, dai care givers informali
 - ACCESSO TELEMATICO per CONSULTAZIONI ED ALIMENTAZIONE DATI (input) ON LINE
- ➔
- Irrinunciabile ed indifferibile quindi che il sistema si doti di:
 - “Fascicolo elettronico personale” o strumento equivalente (cartella elettronica integrata,ecc)
 - Possibilità reale di raccordo tra i dati già oggi disponibili in alcuni “sistemi di cartelle” di uso consolidato (es. MMG, specialisti, operatori sociali, delle cooperative, ecc)
 - Interconnessione tra le reti informatiche
 - Soluzioni per il “terribile” “tema” della privacy



12 possibili risultati con il “124”

1. La persona con esigenze di LTC e continuità di cura-assistenza nel suo luogo di vita è al centro del sistema
2. Le funzioni di accesso ed intervento dei servizi di cura alla persona sono congiunte, con continuità tra le fasi di accesso => valutazione iniziale => progettazione => azione => valutazione finale degli esiti
3. Valorizziamo le cure informali, poste in nuovo equilibrio con quelle formali, e le possibilità di empowerment
4. **SI RIOSPITALIZZA IL TERRITORIO**, che diventa baricentro del sistema, credibile e creduto, con freno alla delega incongrua all'ospedale, insostituibile per certe evenienze e così in grado di riqualficarsi (per dimensioni, org.ne produttiva, qualità delle cure.....)
5. Il distretto diventa “indispensabile” grazie a
 - nuovo ruolo e funzione dei servizi domiciliari e residenziali, da dotare di nuove risorse tecnologiche ed informatiche
 - impegno verso standard operativi uniformi nel Paese, inseriti nei LEA (di valore nazionale)
 - inclusione di MMG e MCA, spec., con nuova visione/funzione delle “case della salute” (non più visti come ospedali “bonsai”)
 - >>>> integrazione tra professionisti diversi (per approcci multiprofessionali, interventi multidisciplinari)



12 possibili risultati con il “124”

6. Calo della tensione-pressione verso H e PS, 118
 - riduzione delle chiamate, degli accessi impropri in PS/H, case di riposo
 - riduzione numero ricoveri e durata degenze, dimissioni difficili o bloccate
 - stop a pericolosi stazionamenti in reparti di lungodegenza a rischio permanente di essere privi di finalità di recupero-riattivazione
7. Occasione di ridimensionamento-riqualificazione degli H di rete
8. Valorizzazione di tutte le risorse del territorio (cure informali !)
9. Integrazione-cooperazione tra forze e competenze professionali diverse (oggi frammentate o disperse)
10. Maggiore condizione e percezione di sicurezza a casa (con riduzione dello stress dei care givers) o in residenza
11. Possibilità di graduare progressivamente gli investimenti ed i riassetti org.vi per la sua realizzazione
12. Occasione concreta di realizzare un nuovo sistema di welfare, in cui sussidiarietà ed integrazione sono concretamente sostenuti, con ritorno degli investimenti entro 3 anni



124

Un abbraccio
tra primi
attori della
Comunità
Locale
per una
Rel-Azione
Con-Vincente

“Yes we
care”



Grazie della pazienza