



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**



ACCREDITATION CANADA
ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA
Accredited by ISQua

Il Distretto come porta di accesso ai bisogni di salute della popolazione

Convegno Interregionale CARD

Treviso, 5 dicembre 2014

Dott.ssa Eleonora Gianordoli

Dott. Enrico Di Giorgi

Direttore Distretto Socio Sanitario Sud – ULSS 9 Treviso

Dott.ssa Annalisa Visentin

Direttore Distretto Socio Sanitario Nord – ULSS 9 Treviso



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Nuovo approccio culturale



Consolidare una nuova cultura

Occorre sviluppare una **nuova modalità di gestione dei contatti e delle relazioni** con gli operatori interni ed esterni all'Azienda, con i partner istituzionali (es. Comuni) e con le famiglie dei pazienti, secondo una visione strategica e progettuale più ampia, volta a consolidare una cultura *orientata al cliente (operatore, familiare o paziente)*



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Ricondurre a unitarietà



Il cittadino naviga a vista in un mare di **luoghi disgiunti tra loro e di informazioni talvolta contrastanti**



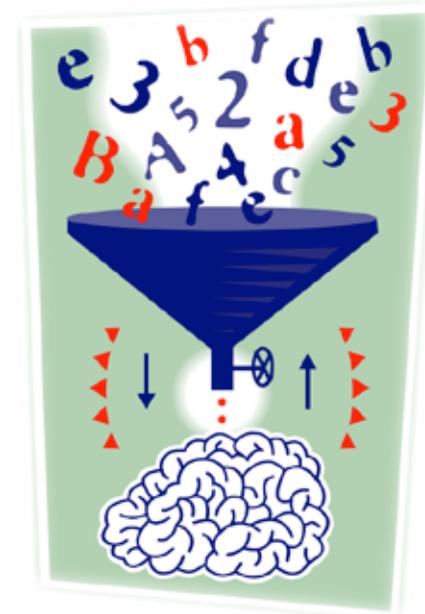
Informazioni front office



Uffici amministrativi



Punto Cure Sanitarie
Domiciliari



Incanalare tutto in un unico «cervello» che non fornisca solo informazioni

Pensare «differente»



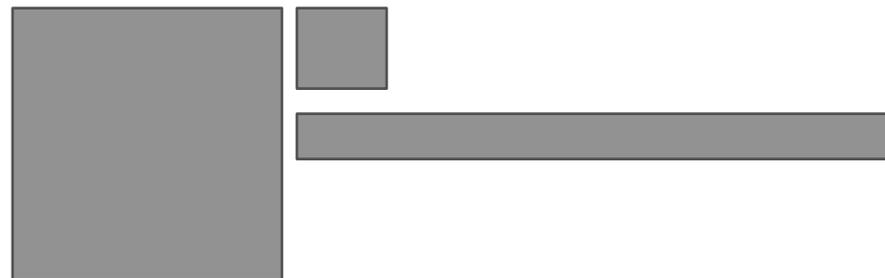
- Passare dal concetto di «**CURARE**» a quello del «**PRENDERSI CURA/CARING**» con l'obiettivo di considerare la persona malata nella sua complessità e globalità, con una particolare attenzione alla famiglia e al contesto di riferimento
- Promuovere **percorsi di presa in carico** del bisogno clinico-socio-assistenziale del malato secondo criteri di **EQUITA'** ed **APPROPRIATEZZA**



**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**



La Centrale Operativa Territoriale

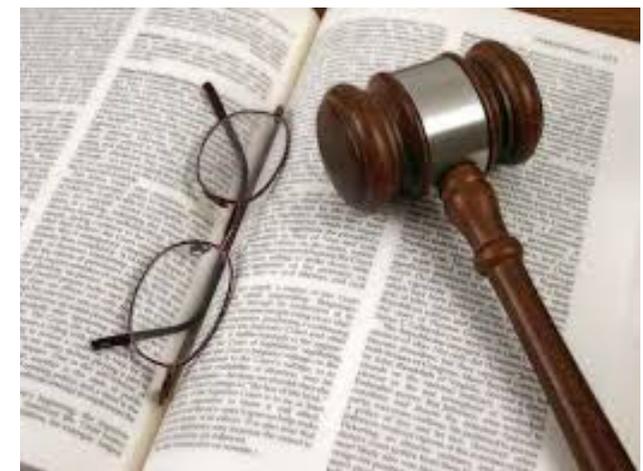




Riferimenti normativi

- **L. 328/2000** (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)
- **PSSR Veneto 2012-2014**
- **DGR 975 del 18/06/2013 Regione Veneto** (Linee guida per l'organizzazione del Distretto Socio-Sanitario)

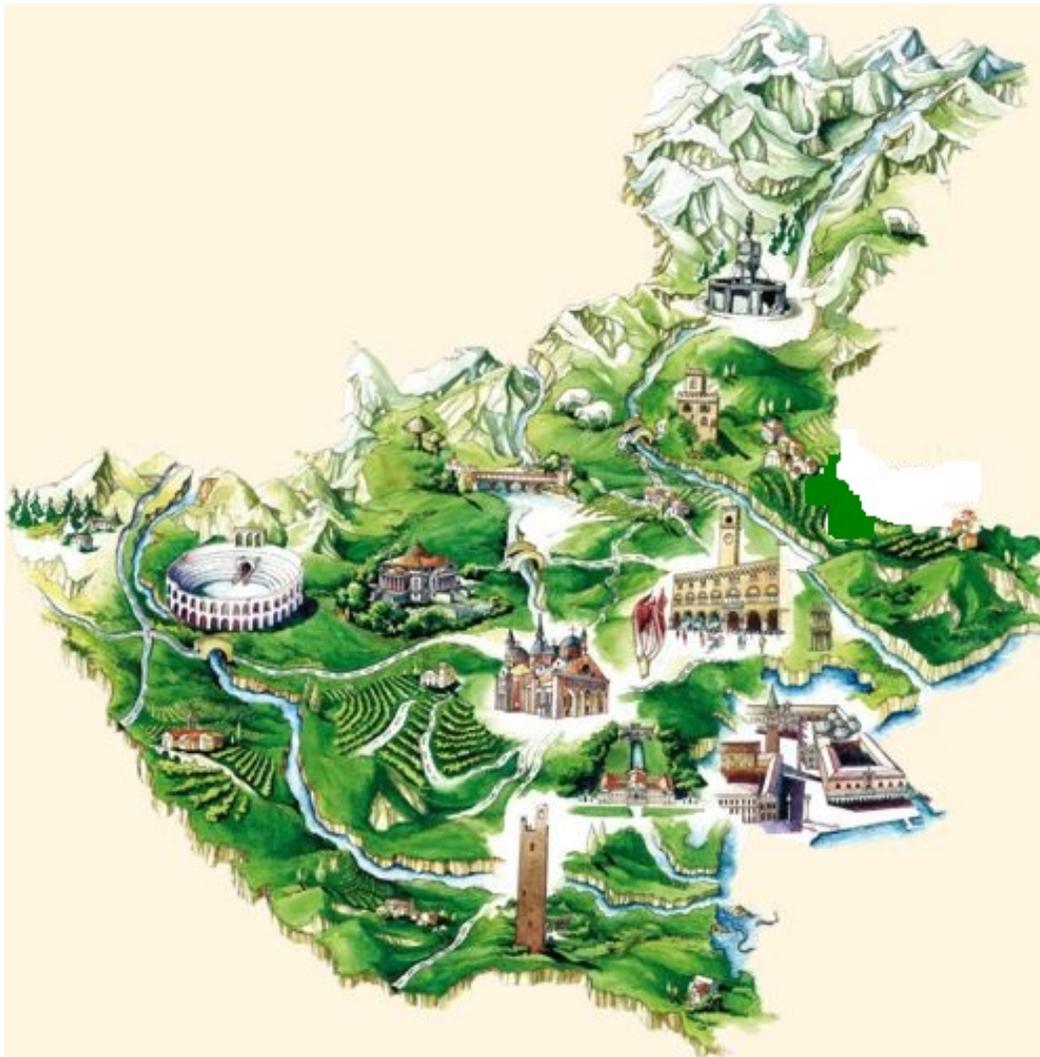
*Rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale con funzioni di **coordinamento della presa in carico** dei **bisogni clinico-socio-assistenziali** della **persona** e di **raccordo fra i soggetti della rete assistenziale***





AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Centrale Operativa Territoriale



La Regione Veneto assegna
alla COT le **seguinti funzioni**

Coordinamento la presa in carico del
paziente «protetto»

Raccordo tra le strutture ospedaliere
ed il territorio

Orario di attività: H24,7 giorni su 7

Attivazione sia da parte dei
professionisti che delle **famiglie dei
pazienti in carico**



Obiettivo generale del Progetto ULSS 9

- Garantire percorsi di continuità delle cure che assicurino l'equità per i cittadini nell'accesso alle opportunità offerte dell'organizzazione sanitaria e socio sanitaria



Obiettivi specifici

- Ampliare le funzioni della Centrale Unica di Riferimento per l'Assistenza domiciliare (CURA) per garantire la continuità delle cure attraverso il coordinamento delle dimissioni protette
- Applicare il modello di presa in carico protetta anche per gli utenti presi in carico da altri servizi aziendali (materno infantile, disabilità, salute mentale, dipendenze)
- Fornire supporto informativo agli operatori interni all'azienda e alla medicina convenzionata sui percorsi di assistenza e presa in carico di situazioni complesse





Funzioni innovative → quali **AZIONI?**

• **Assicurare la presa in carico del bisogno/problema della persona**

- decodifica della domanda di salute
- valutazione integrata del bisogno
- proposta di progetti personalizzati di assistenza
- orientamento ed accoglimento

• **Garantire la continuità del percorso assistenziale**

- monitoraggio delle fasi di percorso
- integrazione organizzativa e professionale
- rimodulazione del progetto assistenziale

• **Definire percorsi alternativi alla domiciliarità**

- messa in relazione degli operatori appartenenti a setting differenziati con i punti di erogazione delle prestazioni distrettuali





Nuovo modello organizzativo-assistenziale

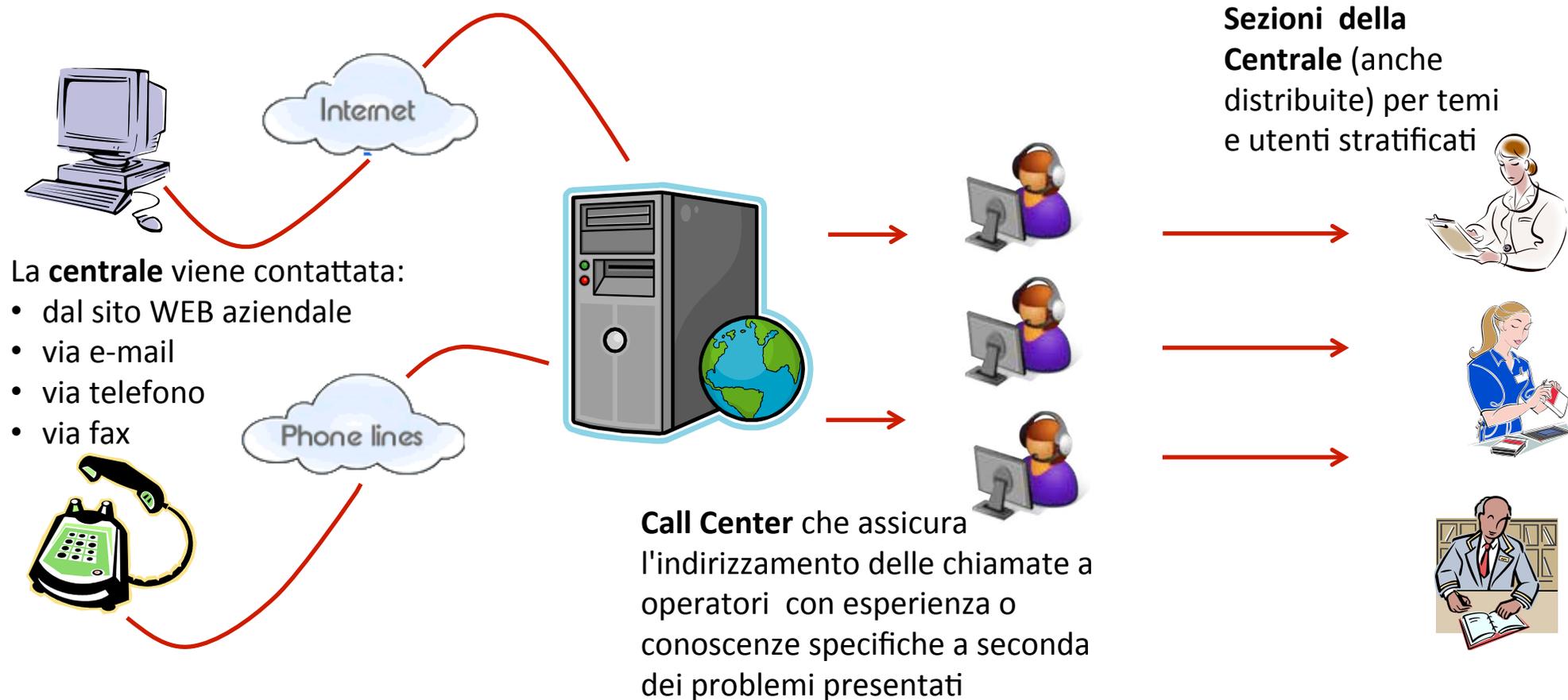
- **presa in carico anticipata** della persona “fragile” ricoverata
- **pianificazione della dimissione** della persona fragile con proposta di piano operativo di dimissione protetta in relazione alla stratificazione dei bisogni
- **coordinamento della rete dei servizi** intra-ospedalieri con i servizi territoriali socio-sanitari e socio-assistenziali e con la Medicina Generale



Possibili percorsi gestiti

- Dimissioni protette
- Protesi ed ausili in dimissione protetta
- Paziente oncologico / cure palliative
- Paziente con disturbi comportamentali
- Paziente a domicilio con fragilità sociale
- Malnutrizione e nutrizione artificiale
- Scompenso cardiaco classe III e IV NYHA
- Paziente neurologico

Architettura della centrale operativa





Ipotesi di setting gestiti dalla Centrale Operativa



Medicina
convenzionata



Anziani



Assistenza
domiciliare e cure
palliative (C.U.R.A.)



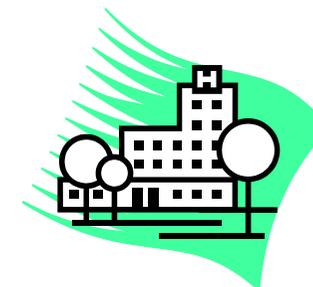
Disabilità



Materno infantile
e famiglia



Salute mentale e
dipendenze



Dimissioni protette e
strutture intermedie

La Centrale Operativa svolge mediante **operatori dedicati** (anche dislocati nei servizi) **attività di informazione e supporto** alle persone da cui riceve le chiamate, **prende in carico** i problemi e **orienta** verso la soluzione



Le semplici richieste di informazioni potrebbero essere svolte anche da risponditori automatici interattivi.



Infrastruttura informativo-informatica

Unico sistema informativo web tra Unità Operative Ospedaliere, Centri di Servizio, Medicina Generale, Continuità Assistenziale, Strutture Intermedie, Distretti e Servizi Sociali dei Comuni, secondo un'architettura informatica che consenta di condividere le informazioni con differenti livelli di privilegio, che garantisca la riservatezza dei dati sensibili dei pazienti (privacy)





Infrastruttura tecnologica

La Centrale Operativa deve disporre di una serie di infrastrutture sia a livello di front office (nella relazione con i chiamanti), sia a livello di back office, per analizzare e misurare dati e i risultati raggiunti.

Front office



- Integrazione delle funzionalità di telecomunicazione con i sistemi informativi, aggiungendo all'utilizzo del mezzo telefonico altri strumenti e canali di comunicazione, quali ad esempio, la posta, il fax, la mail, il web, le messagerie su telefoni cellulari
- Integrazione con i sistemi informativi aziendali e di Enti terzi (comunità collaborativa)

Back office - Componenti strutturali



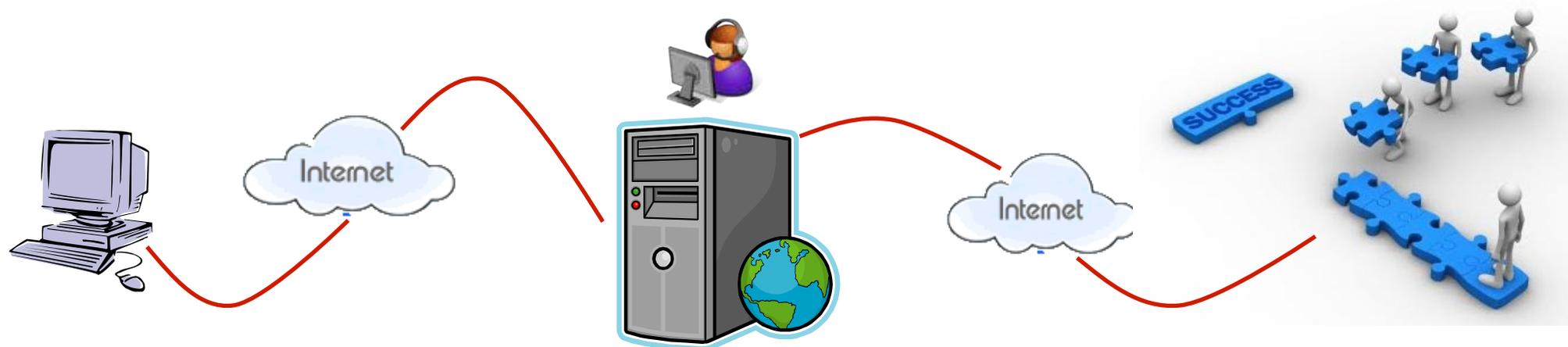
- Analisi e gestione della relazione con i chiamanti: la gestione del contatto è fondamentale se si vuole mappare ogni singolo chiamante per poi organizzare tutte le informazioni raccolte in un database strutturato e, se possibile, anticipare le esigenze del chiamante
- Sviluppo di contenuti e servizi personalizzati: i dati raccolti vengono gestiti per elaborazioni statistiche utili a segmentare i chiamanti in specifiche scale. Una volta organizzati, è possibile procedere con l'analisi dei dati per sviluppare una comunicazione e un'offerta personalizzata e per addestrare adeguatamente il personale addetto

Customer
Satisfaction
Index





Esempio di flusso «dimissioni protette»



Il reparto o la struttura territoriale che dimette trasmette la scheda informatizzata di dimissione con le informazioni utili ai diversi nodi della rete coinvolti nella fase di organizzazione del passaggio del paziente in dimissione protetta

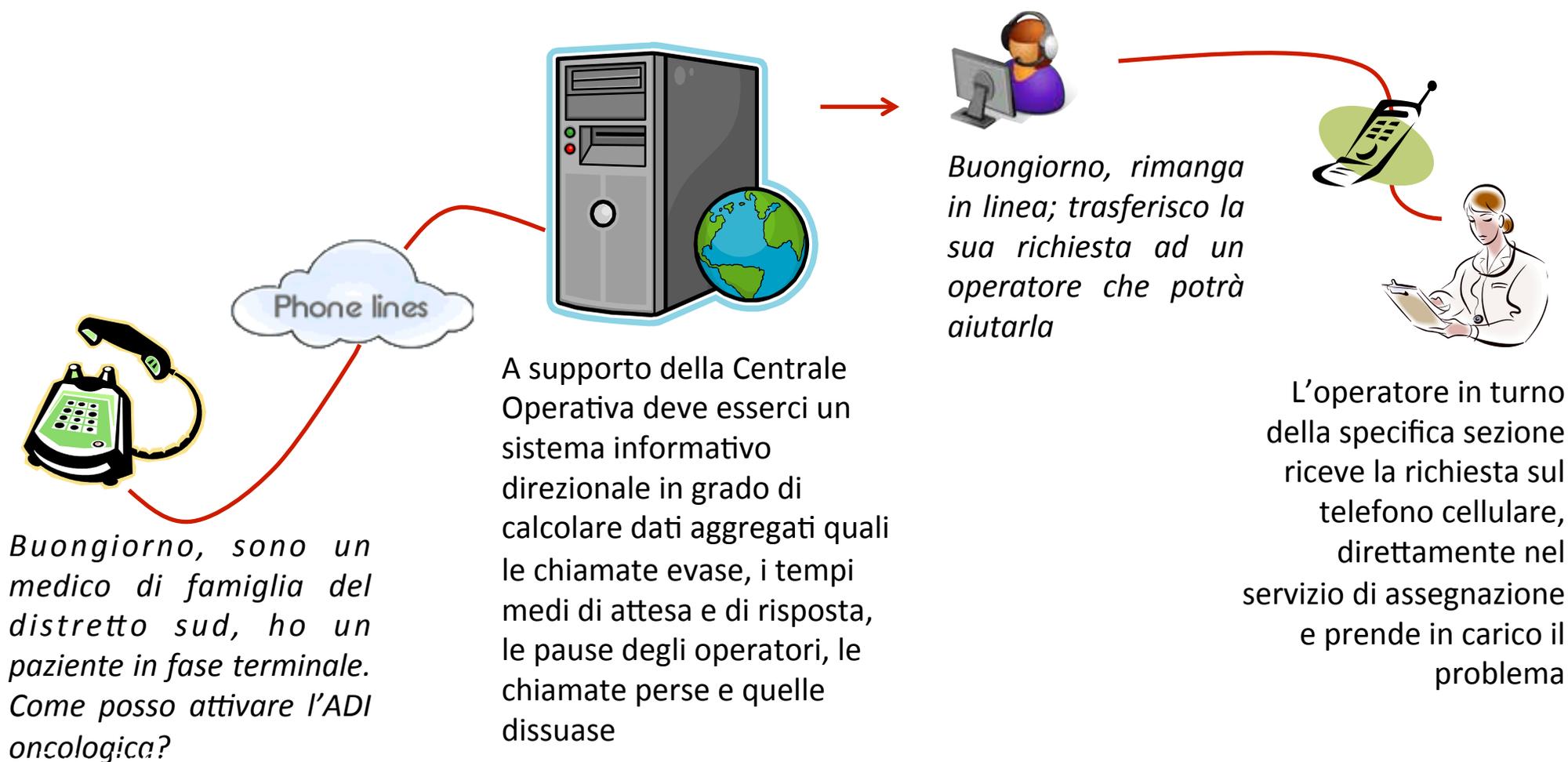
- L'operatore della Centrale**
- Trasmette la scheda al distretto ed al MMG responsabile del caso
 - Attiva in base ad algoritmi specifici, i vari interlocutori coinvolti sul percorso
 - Organizza il raccordo tra l'UVM ospedaliera, il distretto, il MMG, i referenti delle strutture ricettive residenziali territoriali (RSA, OdC, URT) oltreché con l'AS del Comune
 - Informa sulle risorse disponibili/attivabili
 - Mantiene il collegamento informativo con la medicina generale, i servizi infermieristici domiciliari, i servizi sociali comunali

I servizi territoriali attivano le risposte appropriate ai bisogni sanitari e socio-sanitari a carattere residenziale e di sollievo per gli utenti e le loro famiglie, oppure garantiscono il rientro a domicilio mediante il raccordo con gli operatori sanitari del territorio

Forniscono il feedback attraverso il Sistema Informativo delle azioni compiute



Esempio di flusso in centrale «distribuita»





Risorse umane e responsabilità

Operatori in Centrale



- Operatori di supporto per l'indirizzamento delle richieste ad operatori professionalmente esperti (funzione di call center ed informazioni)
- Infermieri con competenze in *patient discharge process*
- Eventuale figura stabile di riferimento per l'area del sociale per il raccordo con gli ambiti sociali territoriali

Operatori in Centrale «distribuita»



- L'operatore in turno della specifica sezione riceve la richiesta sul telefono cellulare, direttamente nel servizio di assegnazione e prende in carico il problema
- Eliminazione dei "tempi morti" operatore
- Legame territoriale nella presa in carico dei problemi
- Contiguità con il momento clinico e decisionale
- Trasversalità nell'Azienda con coinvolgimento attivo di più servizi



Risorse umane e responsabilità





Orari di funzionamento e sede

- La Centrale ha un orario di funzionamento analogo a quello della attuale Centrale CURA, che viene pertanto inglobata nella nuova organizzazione, sulle **24 ore e per 365 giorni all'anno**
- Il **personale dipendente** garantisce una copertura diurna, articolata sui due turni dal lunedì al venerdì (8.00-14.00 e 14.00-20.00), mentre la copertura notturna, i prefestivi ed i festivi viene al momento garantita dal **personale del servizio** esternalizzato di assistenza domiciliare
- Si può prevedere che la Centrale Operativa Territoriale venga collocata nella **sede di un Distretto**, per le possibili sinergie ed economie di funzionamento.



Primi passi e strumenti operativi da codificare



**Investire in strategia,
organizzazione e
comunicazione**

- Esplicitare l'organizzazione dell'Azienda, i ruoli e le responsabilità
- Definire tutti i processi di assistenza e presa in carico
- Definire protocolli per la selezione dei pazienti
- Esplicitare PDTA
- Ottimizzare la scheda condivisa di segnalazione bisogni clinico-socio-assistenziali utilizzata da Ospedale, MMG, Servizi Sociali, Infermieri domiciliari, etc.
- Definire scale di valutazione condivise
- Stendere per ciascun processo checklist che consentano all'operatore della Centrale di affrontare le richieste direttamente gestibili prima di trasferirle al livello specialistico
- Implementare strumenti informativi informatici di collegamento con i reparti ospedalieri per la dimissione protetta, con la Medicina Convenzionata, con la Continuità Assistenziale, con il SUEM, con l'Assistenza Domiciliare Integrata e con l'Assistenza Domiciliare erogata dai Comuni
- Implementare strumenti per la mappatura dei posti letto nelle strutture territoriali extra ospedaliere
- Sensibilizzare, selezionare e formare il personale
- Pubblicizzare la Centrale all'interno e all'esterno dell'Azienda



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO



Il fascicolo sanitario elettronico





“La presenza di carenze nella trasmissione e nella fruizione dei dati clinici con i mezzi tradizionali ha portato a sviluppare **strumenti innovativi che, mediante l’utilizzo di tecnologie informatiche, possono assicurare una disponibilità di informazioni idonea a garantire la migliore continuità assistenziale**

Il “pilastro” su cui basarsi per il raggiungimento di tale obiettivo è *il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*”

Fonte: Ministero della Salute
Il Fascicolo Sanitario Elettronico – Linee guida nazionali (2010)





Nel corso del secondo semestre 2008, il Ministero della Salute ha istituito un **tavolo interistituzionale** a cui hanno partecipato, oltre ad esperti interni ed esterni del Ministero, rappresentanti del Dipartimento dell'Innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri (oggi Agenzia per l'Italia Digitale), referenti regionali ed un rappresentante dell'Autorità Garante per la protezione dai dati personali



Linee guida nazionali per la realizzazione di un sistema di Fascicolo Sanitario Elettronico (2010) →

Esse individuano le caratteristiche del FSE e del patient summary, gli aspetti infrastrutturali e gli standard tecnologici, i livelli di sicurezza e di protezione dei dati, nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy

Tale documento è stato oggetto di Intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni in data 10 febbraio 2011

Il recepimento delle Linee guida nazionali è valutato in sede di adempimenti LEA

Decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con modificazioni dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 recante «Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese» → **articolo 12**

È previsto che, con uno o più decreti, siano disciplinati i diversi aspetti che attengono l'istituzione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, tra i quali: i relativi contenuti, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità ed i livelli diversificati di accesso al Fascicolo



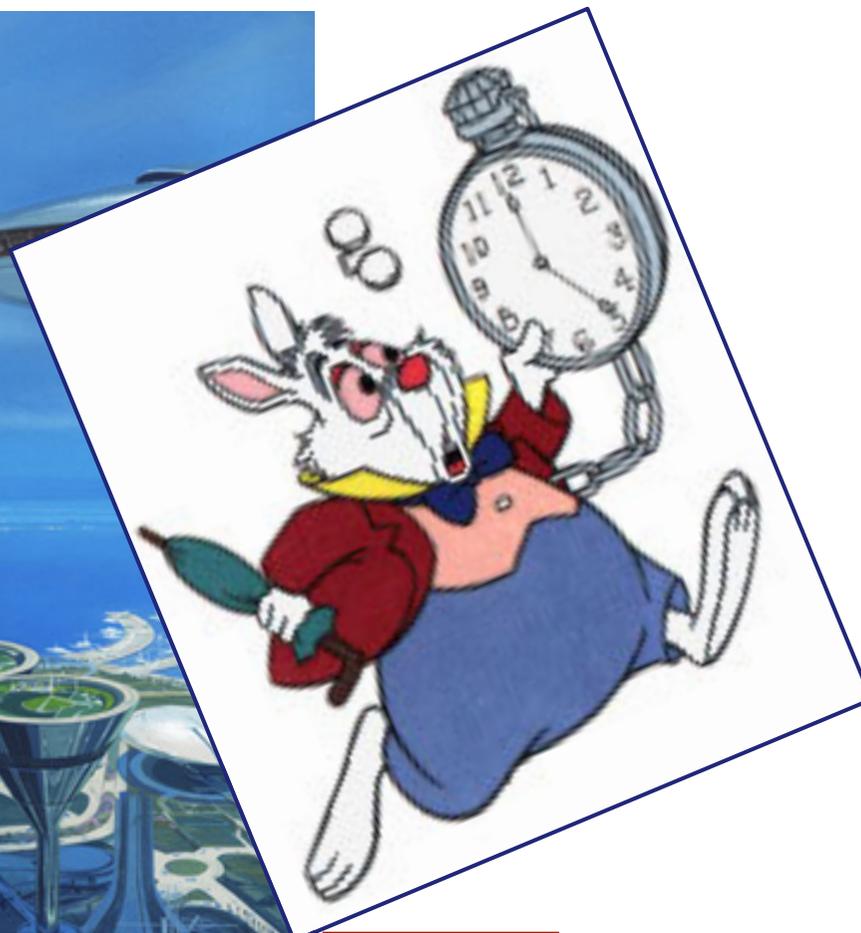
AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Normativa nazionale (2)



Progettazione: 30 giugno 2014

Istituzione: 30 giugno 2015

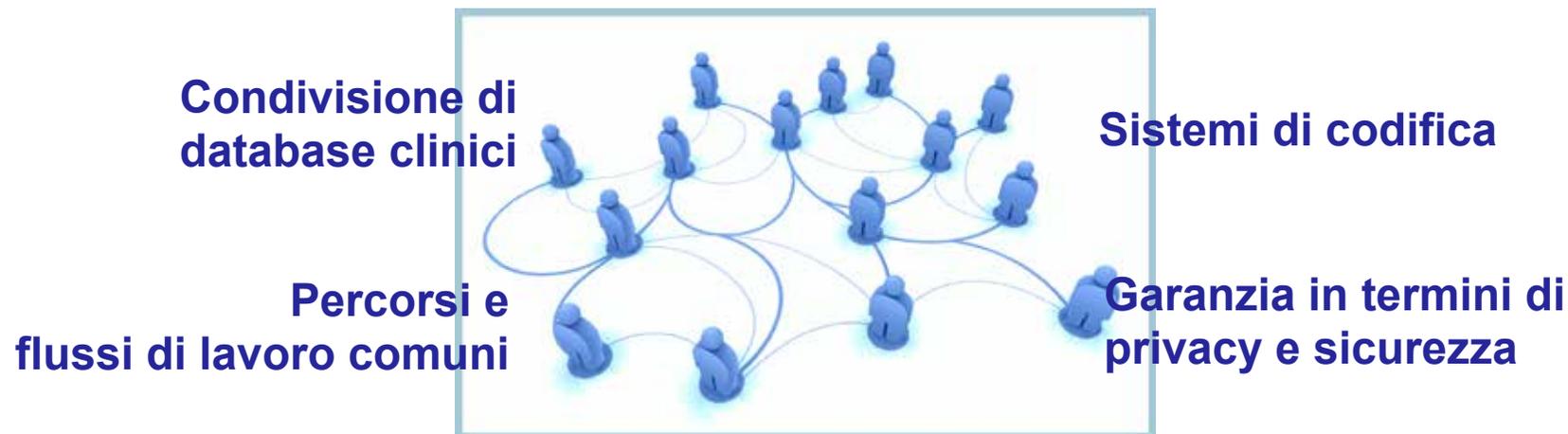


**Il FSE rappresenta il futuro prossimo del
SSN!**

Interoperabilità



- Il FSE è istituito dalle Regioni e Province Autonome ed è finalizzato alla raccolta di una **banca dati a copertura regionale**
- A livello normativo, sono comunque definiti non solo i criteri per l'interoperabilità del FSE a livello regionale (come da struttura stessa del FSE), ma anche *nazionale* (indagini epidemiologiche, valutazioni statistiche, compilazione di registri nazionali e raccolta di dati a fini di programmazione sanitaria centrale) ed *europeo* (Progetto epSOS - *Smart Open Services for European Patients*; sperimentazione su scala europea del *patient summary* e della prescrizione elettronica, allo scopo di assicurare l'interoperabilità delle soluzioni adottate dagli Stati membri)



Normativa regionale (1)



«Il concetto e l'utilizzo del Fascicolo sono, dunque da intendersi estesi a diversi ambiti: ospedaliero, territoriale, sociale, di prevenzione e promozione della salute

Lo strumento deve essere **UNICO** a livello regionale, indipendentemente dall'area dei servizi da cui provengono le informazioni»

Fonte: Piano Socio Sanitario Regione Veneto

«La Giunta Regionale del Veneto approva il Progetto FSE regionale, volto a introdurre in modo integrale la comunicazione elettronica nei servizi sanitari (diagnostici, clinici, di analisi, di trasmissione e certificazione elettronica), amministrativi e tecnici delle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto

Il **Consorzio Arsenà.IT** risulta soggetto individuato allo svolgimento di attività di coordinamento tecnico, amministrativo e gestionale nel progetto»

Fonte: DGRV 1671 del 07.08.2012





Il progetto di **Fascicolo Sanitario regionale**, sviluppato nel corso del triennio 2012-2015, garantirà la condivisione dei dati clinici fra tutte le Aziende sanitarie del Veneto, nell'ottica di migliorare il processo di cura e il livello di efficienza e di risparmio, garantendo contemporaneamente al cittadino l'accesso sicuro ai propri dati



Tale progetto introduce nuovi modelli organizzativi a partire dall'estensione e dal completamento dei servizi sviluppati dai precedenti:

- **Veneto ESCAPE**, gestione digitale dell'intero ciclo di firma, certificazione, archiviazione, estrazione, distribuzione e conservazione dei referti in formato digitale con validità legale
- **DOGE**, creazione di una rete di servizi per i professionisti sanitari di *primary care* (MMG e PLS) per la condivisione dei dati clinici





Definizione

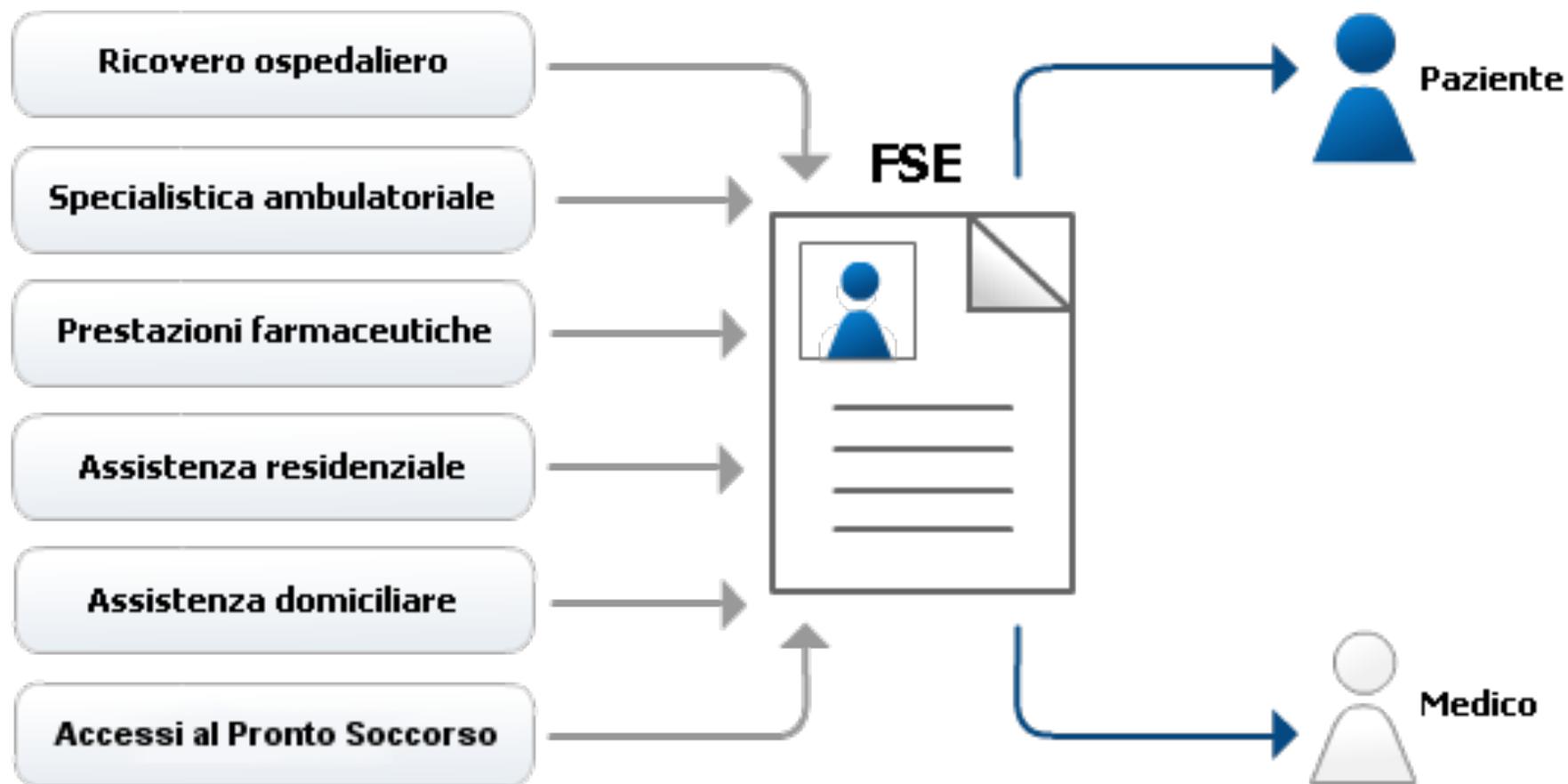


*Il FSE è l'insieme di **dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario** generati da **eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito**, che ha come scopo principale quello di **agevolare l'assistenza al paziente**, offrire un servizio che può facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali, fornire una base informativa consistente, contribuendo al miglioramento di tutte le attività assistenziali e di cura, nel rispetto delle normative per la **protezione dei dati personali***

Il Fascicolo Sanitario Elettronico:

- ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente
- è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del SSN e dei Servizi Socio-Sanitari Regionali
- è costituito, su consenso informato della persona stessa, dalle Regioni e Province Autonome per finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, fornendo ai medici, e, più in generale, ai clinici, una **visione globale e unificata dello stato di salute** dei singoli cittadini

Fonti dei dati



Finalità (1)

- 1. Supporto a scenari e processi di cura**, in quanto rende disponibile la storia clinica del paziente a tutti gli attori coinvolti (anche in forma di patient summary)
- 2. Supporto all'emergenza/urgenza**, in quanto permette ad un operatore sanitario di inquadrare un paziente a lui sconosciuto durante il contatto in emergenza/urgenza
- 3. Supporto per la continuità delle cure**, in quanto permette a diversi operatori che hanno già in carico un paziente di essere consapevoli delle iniziative diagnostiche e terapeutiche portate avanti dai colleghi
- 4. Supporto alle attività gestionali ed amministrative correlate ai processi di cura**, in quanto permette di condividere tra gli operatori le informazioni amministrative o organizzative/ausiliarie per le reti di supporto ai pazienti nelle cronicità e/o nella riabilitazione
- 5. Supporto alle attività di studio e ricerca scientifica** in campo medico, biomedico ed epidemiologico
- 6. Supporto alla programmazione sanitaria, alla verifica della qualità delle cure e alla valutazione dell'assistenza sanitaria** (su dati anonimi aggregati)





Finalità (2)



Diffusione (1)



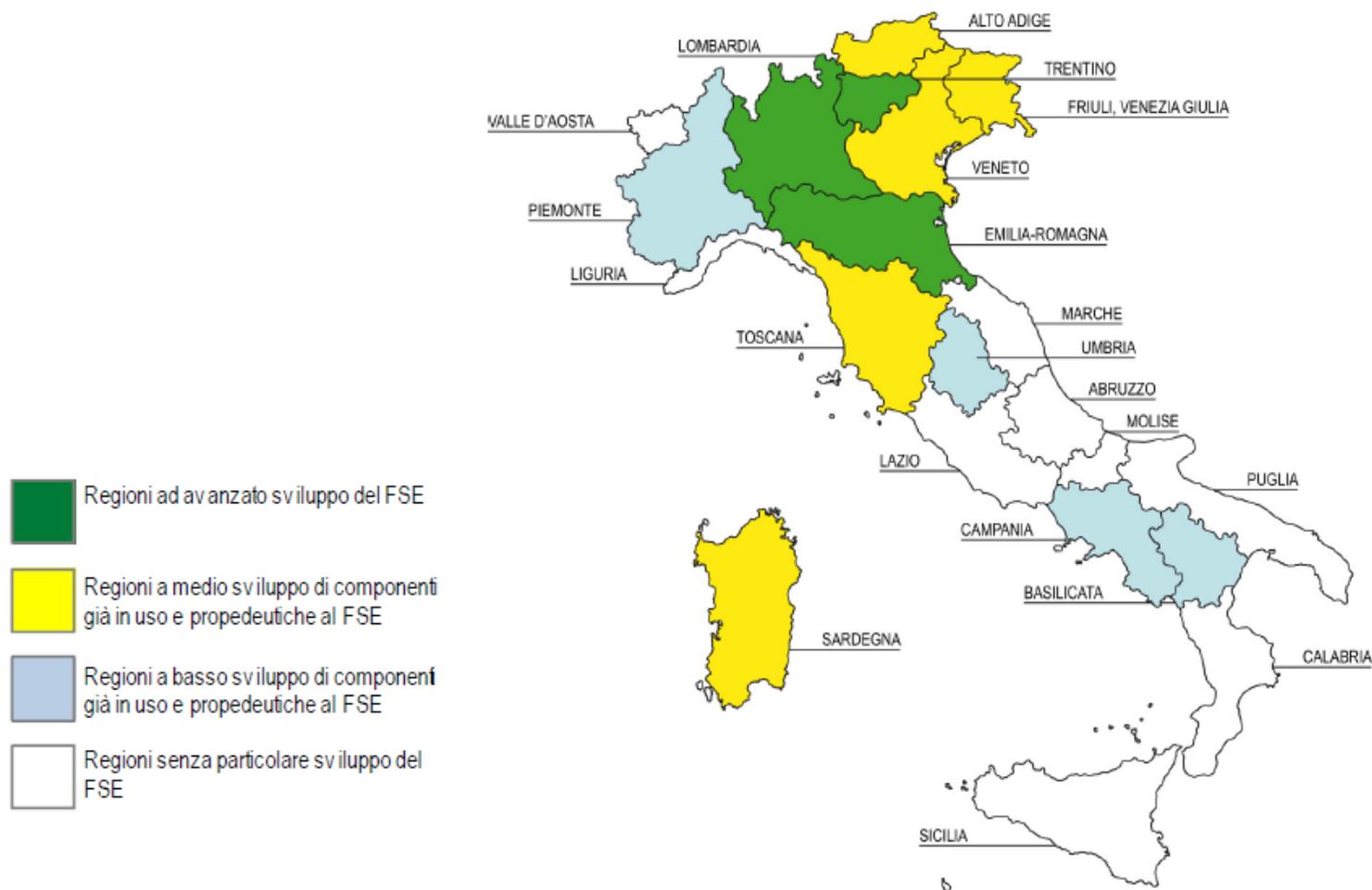
- **Tipologie di strutture che interagiscono con il FSE:** prevalentemente AO e presidi ospedalieri (62%), in quota minore ASL/ULSS (43%) e ambulatori territoriali (19%)
- **Tipologie di operatori sanitari che interagiscono con il FSE:** 71% per quanto riguarda MMG e PLS, 67% per gli altri medici del SSN, 29% per gli Infermieri e 5% per i Farmacisti
- **Tipologie di prestazioni sanitarie gestite mediante il FSE:** 52% per le prestazioni specialistiche ed ospedaliere, 33% per le prestazioni farmaceutiche, fino al 24% per le prestazioni di pronto soccorso
- **Contenuti informativi gestiti dal FSE:** solamente il 43% delle Regioni e Province Autonome dichiara di gestire almeno una parte dei propri contenuti informativi sanitari nell'ambito del FSE (prevalentemente area prescrittiva e prestazioni specialistiche)
- **Finalità di utilizzo del FSE da parte degli operatori sanitari:** particolarmente diffusa risulta la consultazione della storia clinica del paziente, analogamente alla gestione dei processi di cura





Stato di avanzamento FSE in Italia

(Technical Meeting Assinter Trieste 2011)



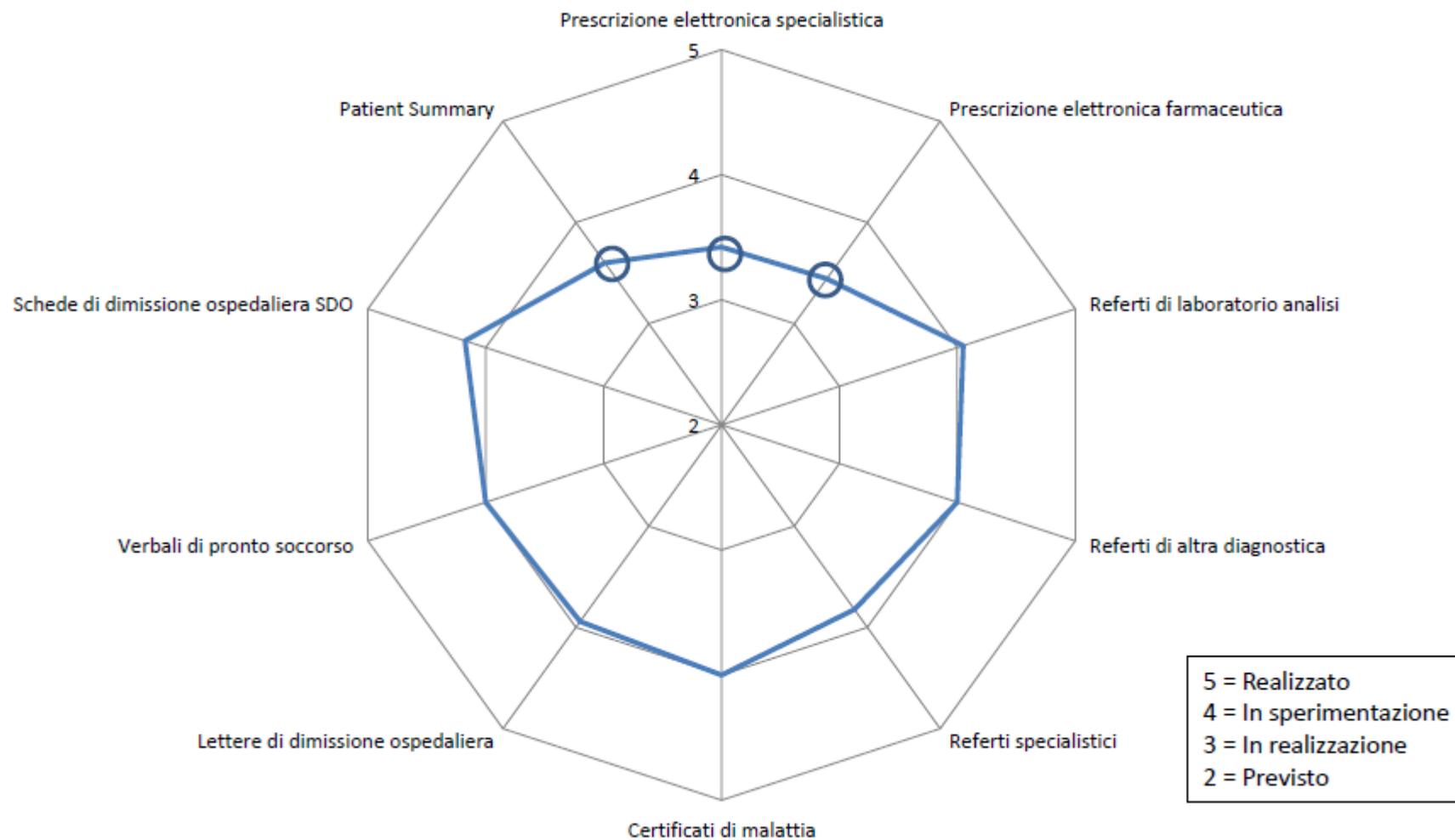
Diffusione (3)



Il Fascicolo Sanitario Elettronico risulta:

- già realizzato in 5 tra Regioni e Province Autonome (Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Toscana e Sardegna)
- in fase di sperimentazione in 7 Regioni (Piemonte, Liguria, Marche, Veneto, Abruzzo, Campania, Basilicata)
- in corso di realizzazione o, comunque, previsto nelle altre Regioni

Diffusione (4)





AZIENDA
ULSS 9
TREVISO



**Presa in carico
complessiva**

**Centralità
della persona**

Una nuova prospettiva per il SSN: la persona **protagonista della sua Salute**

Coinvolgimento
nelle decisioni
che riguardano
la salute

Empowerment

Self care





AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Accessibilità ai cittadini



Diffusione dell'accesso ai documenti clinici online tramite portali aziendali



Indice di accesso ai documenti clinici online

molto basso/nullo
molto alto/completo

Indice di diffusione dell'accesso ai documenti tramite FSE



Indice di accesso ai documenti tramite FSE

molto basso/nullo
molto alto/completo



Da un lato ...

Accesso ai propri documenti sanitari

Dichiarazione di volontà alla donazione di organi e tessuti (autocertificazione ai sensi del DM 8 aprile 2000); **dichiarazioni anticipate di trattamento**

Il FSE consente di mettere a disposizione del cittadino funzionalità che permettano, a lui in prima persona o per tramite del proprio Medico Curante, di esprimere la propria volontà in merito alla donazione degli organi o ai trattamenti medici cui intende/non intende essere sottoposto, assicurando chiara ed idonea informativa specifica e garantendo la facoltà di variazione in ogni momento (con registrazione della collocazione temporale di ogni manifestazione di volontà)





... dall'altro ...



Taccuino personale del cittadino

Nell'ambito del FSE si può prevedere una **sezione riservata al cittadino, con possibilità di inserimento di dati ed informazioni** personali (dati relativi al nucleo familiare, dati sull'attività sportiva, ...), file di documenti sanitari (referti di esami effettuati in strutture non convenzionate, referti archiviati in casa), un diario degli eventi rilevanti (visite, esami diagnostici, misure dei parametri di monitoraggio), promemoria per i controlli medici periodici.

Questo consente di arricchire il FSE con ulteriori informazioni, al fine di completare la descrizione dello stato di salute, ma **tali informazioni e/o documenti risulteranno "non certificati"**

Fonte dati praticamente inesauribile e costantemente aggiornata e a portata di mano,

ma ...

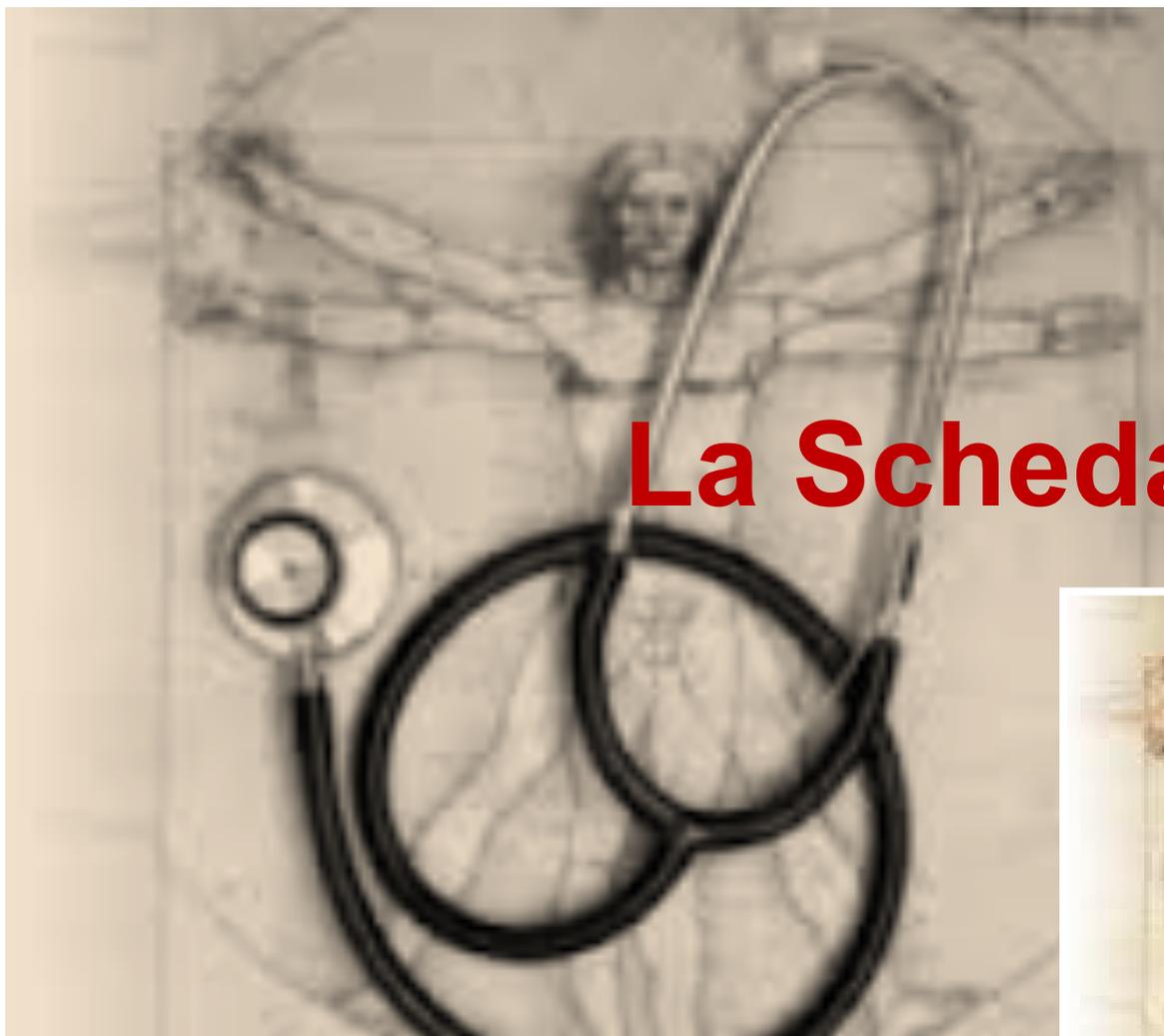


**Gap di conoscenza
Digital Divide**

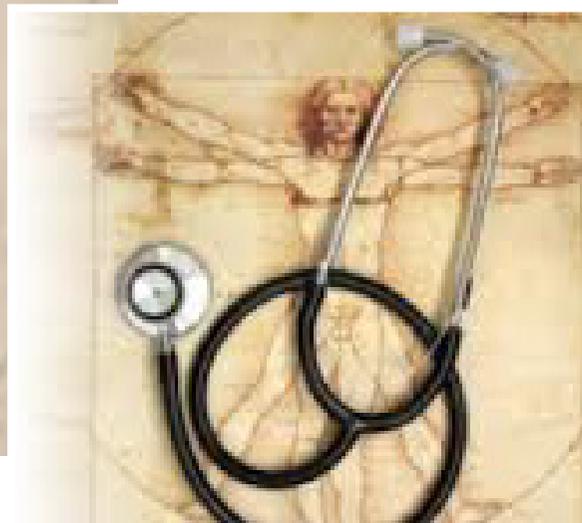




AZIENDA
ULSS 9
TREVISO



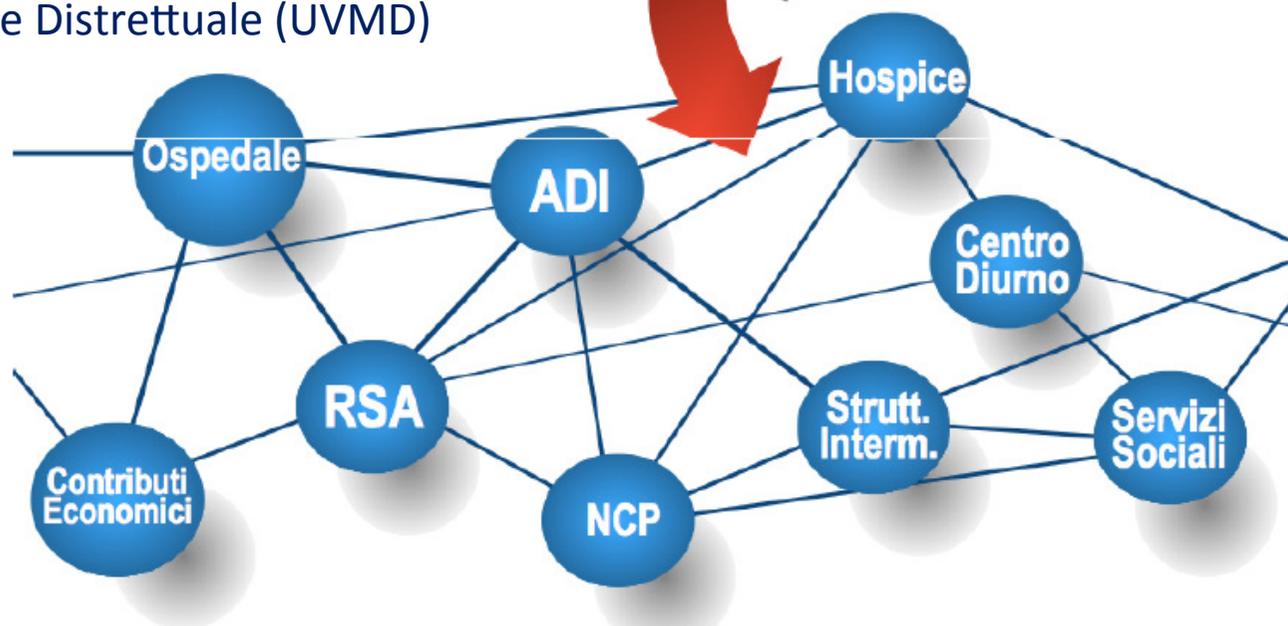
La Scheda SVaMA



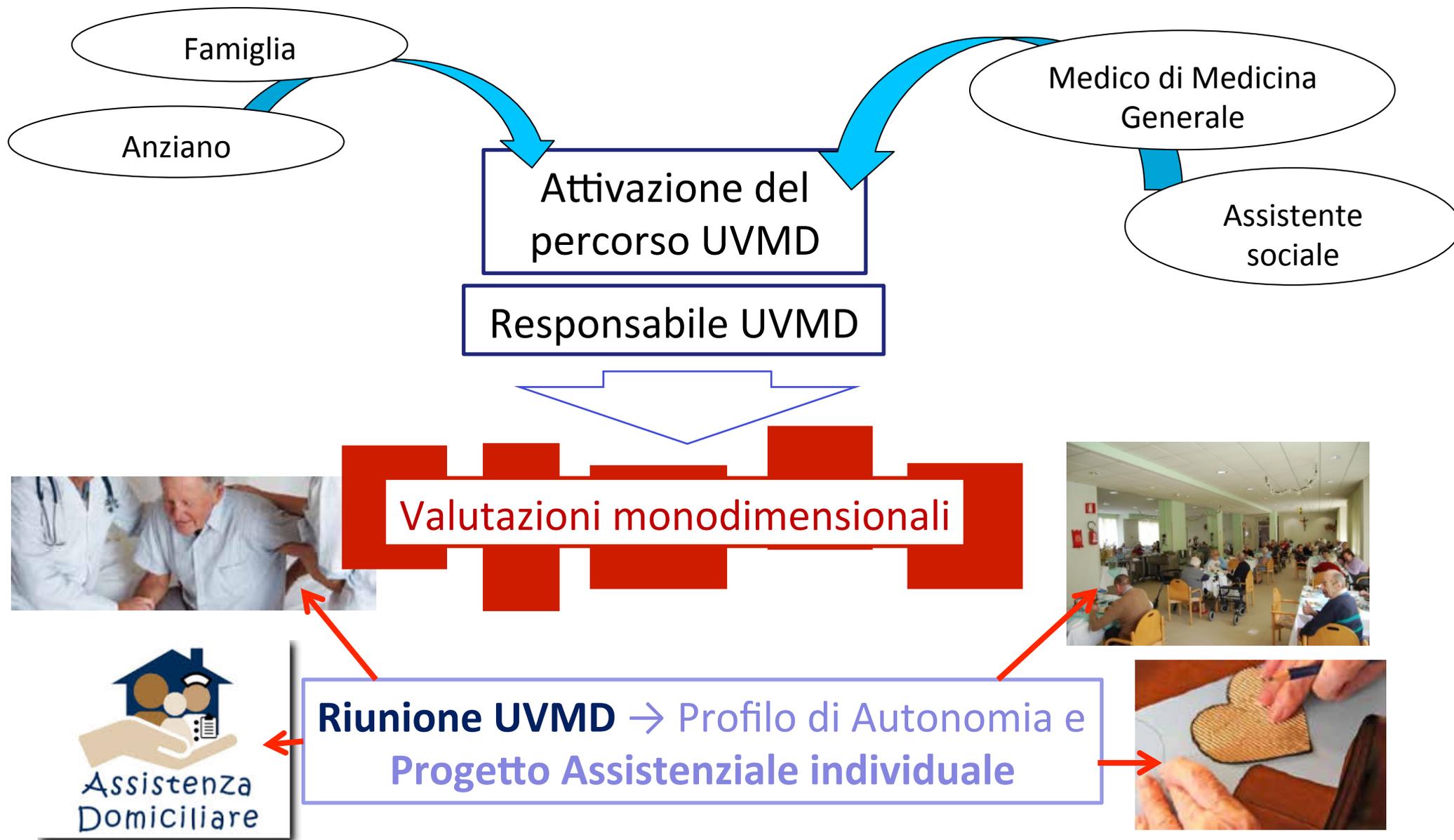
Accesso alla rete territoriale



Nella Regione Veneto, l'accesso della persona anziana alla rete dei servizi territoriali avviene a seguito di una valutazione geriatrica e della definizione di un progetto assistenziale da parte della cosiddetta Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)



L'UVMD





La valutazione del bisogno assistenziale complessivo della persona anziana prevede l'utilizzo di scale e strumenti validati

Usualmente, la misurazione del grado di non autosufficienza si basa sull'esame di **quattro assi collegati alla funzionalità psico-fisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, presenza di disturbi comportamentali)** ed uno associato alle caratteristiche del contesto sociale individuale (supporto della rete formale/informale, autonomia finanziaria)

Tra le scale di valutazione utilizzate nel nostro Paese, oltre alla SVaMA (Campania, Calabria, Veneto), si ricordano:

- La **scheda AGED** - Assessment of GEriatric Disability (Liguria). Permette una rapida valutazione dell'autonomia del paziente e del carico medio assistenziale infermieristico e tutelare giornaliero che consegue ad eventuali handicap
- La **scheda RUG** – Resource Utilization Group (Lazio, Emilia, Marche), consente di classificare i pazienti in gruppi associati a differente assorbimento di risorse assistenziali





La Scheda SVaMA si compone di **tre sezioni distinte**, compilate da diverse professionalità che, successivamente, presentano quanto di competenza in sede di UVMD:

- **Descrizione socio-demografica** che contiene i dati anagrafici del paziente e le informazioni relative alla sua condizione familiare ed abitativa, corredate dal livello di accessibilità ai servizi, alle persone coinvolte nell'assistenza (caregiver), alla situazione economica

È compilata da un Assistente Sociale

- **Descrizione dello stato funzionale del soggetto**, che valuta le condizioni generali (funzione cognitiva - mobilità generale - problemi visivi - funzione uditiva - funzione masticatoria - controllo sfinterico - ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi) e le condizioni particolari che influenzano lo stato di salute

È compilata da un Infermiere

- **Descrizione delle condizioni cliniche e terapeutiche**, che elenca le principali patologie che il soggetto può presentare e le terapie a cui è sottoposto in modo ciclico o continuativo.

È compilata dal Medico di Medicina Generale/Medico Specialista





Diagnosi



ICPC

Stato Cognitivo



SPMSQ

Stato Funzionale



BARTHEL

Integrità cutanea



Exton Smith

Bisogni Assistenziali



VIP

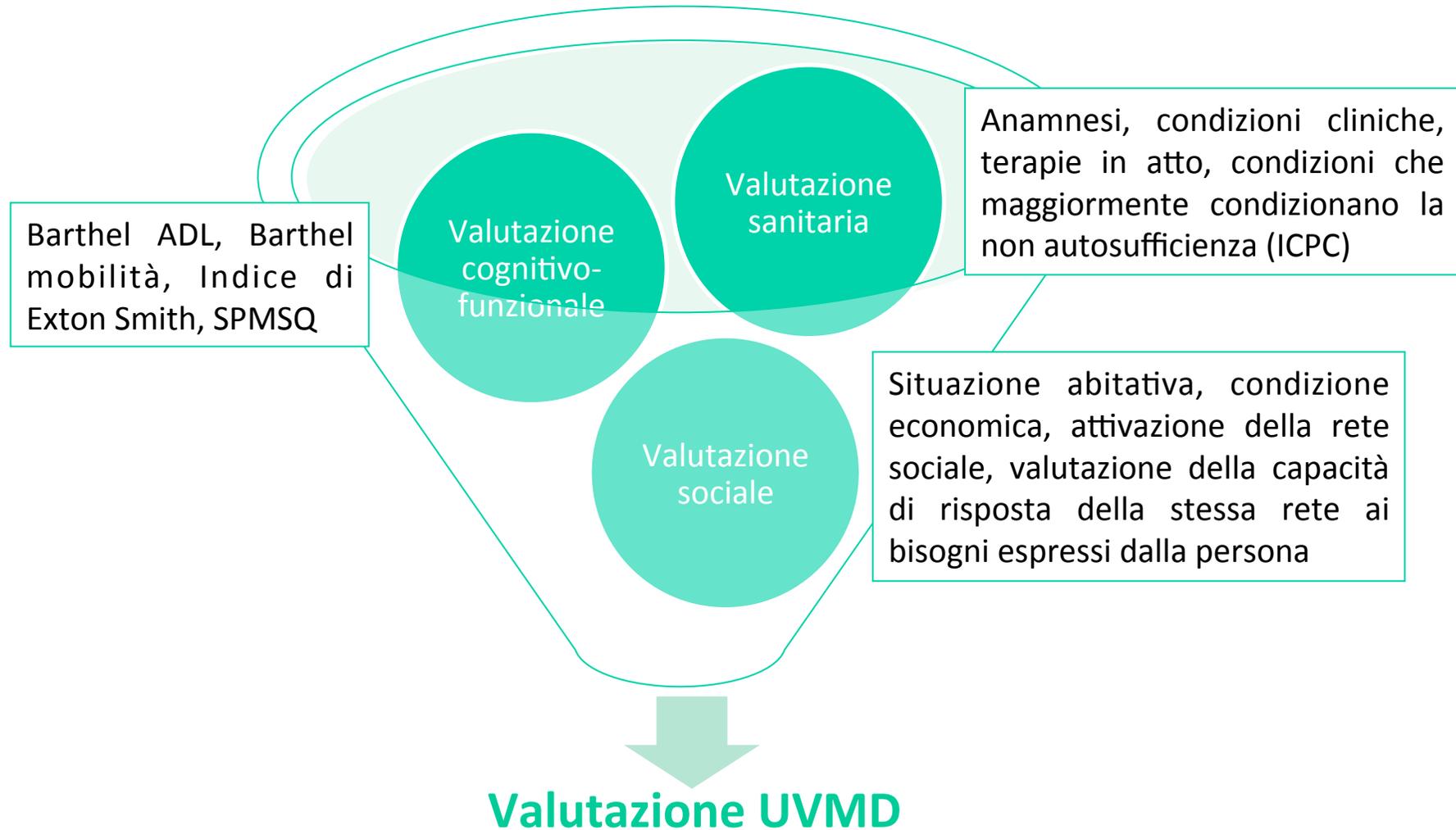
Bisogni Sociali



Scheda Sociale



Sezioni della SVaMA (4)



Individuazione del **Profilo di Autonomia** (grado di non autosufficienza e potenziale residuo) e formulazione del **Progetto Assistenziale**



AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Profilo di autonomia SVaMA



- Rappresenta la **combinazione dei livelli di disabilità** riscontrati nei diversi assi di valutazione dell'anziano
- Permette di superare la rigidità del binomio autosufficienza - non autosufficienza, consentendo di **individuare la modalità assistenziale più idonea** (adeguamento del servizio alla persona) e di **ri-orientare i Servizi al reale bisogno espresso dalla popolazione** (adeguamento dell'offerta alla domanda)



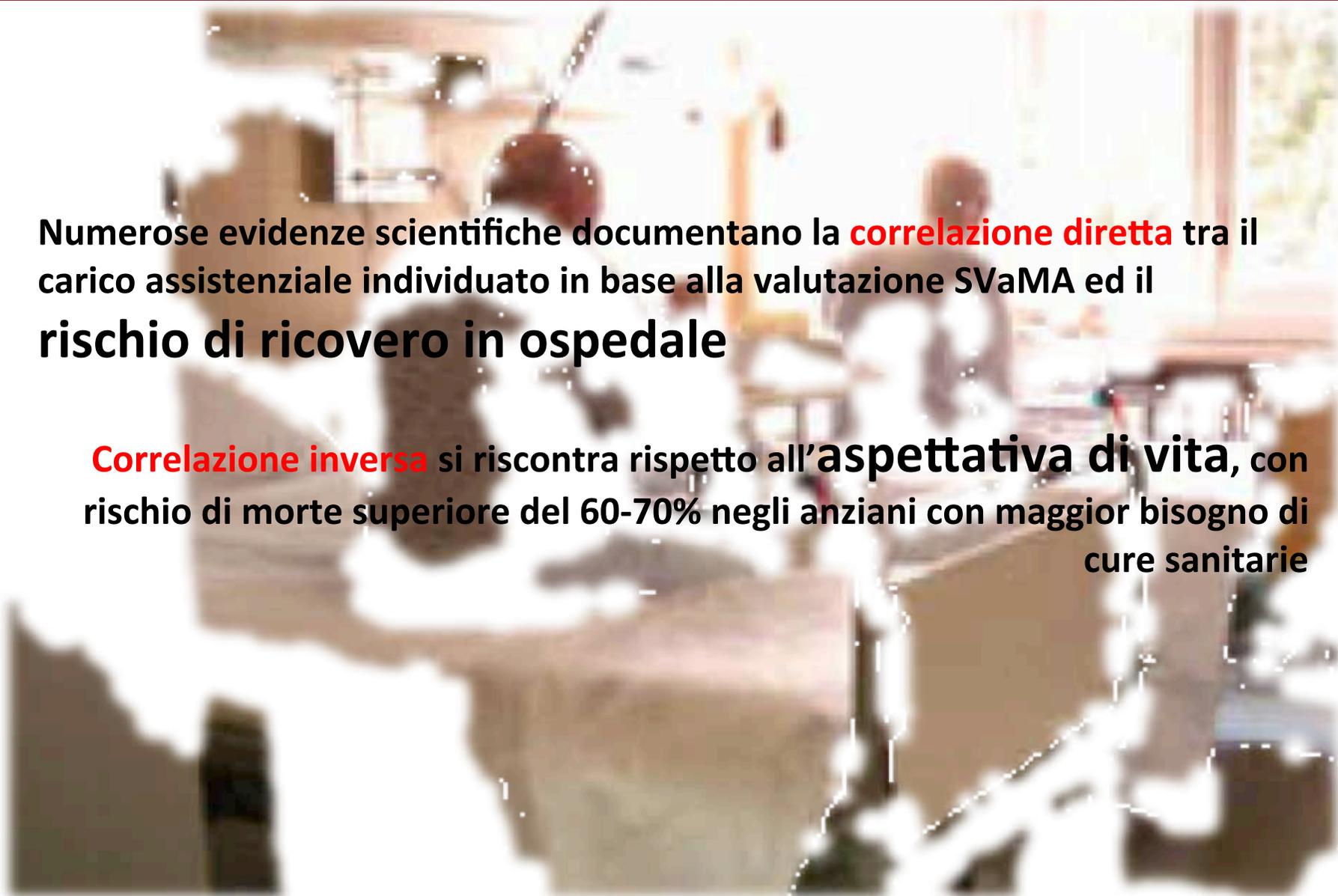
AZIENDA
ULSS 9
TREVISO

Potenzialità predittive SVaMA



Numerose evidenze scientifiche documentano la **correlazione diretta** tra il carico assistenziale individuato in base alla valutazione SVaMA ed il **rischio di ricovero in ospedale**

Correlazione inversa si riscontra rispetto all'**aspettativa di vita**, con rischio di morte superiore del 60-70% negli anziani con maggior bisogno di cure sanitarie





Appare necessaria l'implementazione e l'utilizzo di **strumenti che offrano valutazioni complessive in grado di correlare con la prognosi** e, conseguentemente, **con la potenziale efficacia degli interventi sanitari proposti/proponibili**

Uno di questi strumenti è il **Multidimensional Prognostic Index (MPI)**

- Costruito sulla base di informazioni ricavate dopo valutazione multidimensionale, rappresenta uno strumento prognostico validato di mortalità a breve (1 mese) e lungo termine (1 anno)
- Sensibile alle variazioni cliniche del soggetto nel tempo, consente di misurare in senso dinamico il rischio di mortalità individuale



Activities of Daily Living (ADL)
Instrumental Activities of Daily Living (IADL)
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)
Mini-Nutritional Assessment (MNA)
Exton-Smith Scale
Cumulative Illness Rating Scale_comorbidity (CIRS)
Number of drugs
Social index
TOTAL





Sviluppato e validato come **indice di fragilità calcolabile a partire dai dati raccolti mediante scheda SVaMA**

La capacità predittiva e il valore prognostico dell'MPI – SVaMA sono analoghi a quelli dell'indice MPI standard

	ITEMS
Assistenza Infermieristica (VIP)	11
Exton-Smith Scale (V_PIA)	5
Activities of Daily Living (V_ADL)	6
Barthel Index (V_MOB)	10
Short Portable Mental Status Questionnaire (V_COG)	10
Social Index (V_SOC)	3
TOTALE	45
+ ETA' + SESSO + PATOLOGIA PRINCIPALE <i>(demenza, neoplasie, fratture, ictus, s. ipocinetica, etc.)</i>	

Il valore calcolato, compreso tra 0 e 1, individua una condizione di rischio progressivamente crescente

Valutazione a 1 mese

- 0,00 – 0,41 rischio lieve
- 0,42 – 0,53 rischio moderato
- 0,54 – 1,00 rischio severo

Valutazione a 1 anno

- 0,00 – 0,33 rischio lieve
- 0,34 – 0,47 rischio moderato
- 0,48 – 1,00 rischio severo



MPI – SVaMA (2)

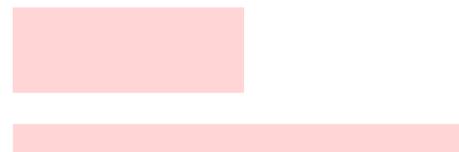


- Rappresenta un **indice accurato di deficit multidimensionale e di mortalità**
- Risulta **sensibile e specifico** rispetto alle diverse patologie che caratterizzano la persona anziana
- È utile per definire l'intensità di cura del paziente
- È più **accurato** di altri indici di fragilità
- È **sensibile alle variazioni cliniche del paziente nel tempo, consentendo valutazioni di outcome rispetto all'intervento proposto/attivato**
- Risulta **particolarmente utile se associato ad indici prognostici «organo-specifici»**

Lo strumento MPI – SVaMA, facilmente applicabile anche nel setting territoriale, può aiutare efficacemente le decisioni cliniche e gestionali per l'anziano, fornendo informazioni prognostiche accurate e di facile interpretazione



- La valutazione multidimensionale nella Regione Veneto rappresenta la modalità di accesso condivisa ai servizi della rete territoriale
- La SVaMA, in particolare, è lo strumento che consente di orientare la presa in carico individuale nel ricco spettro di possibili progetti assistenziali
- Nuovi strumenti prognostici (MPI – SVaMA) permettono di misurare il rischio e la sua modificazione a seguito degli interventi attivati
- L'utilizzo di strumenti di tipo informatizzato consentirà di alimentare un database clinico utile al calcolo di indicatori di processo e di esito, finalizzati alla misurazione e il miglioramento continuo degli standard assistenziali





**AZIENDA
ULSS 9
TREVISO**



ACCREDITATION CANADA
ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA
Accredited by ISQua

**Grazie per l'attenzione
e ... buon lavoro!**

