


università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

BASI METODOLOGICHE PER L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE IN MEDICINA

1

DEFINIZIONE WHO DELLO STATO DI SALUTE

In passato la malattia
intesa come evento acuto
(es. Malattie Infettive, etc)

↓

Salute come assenza di
Malattia

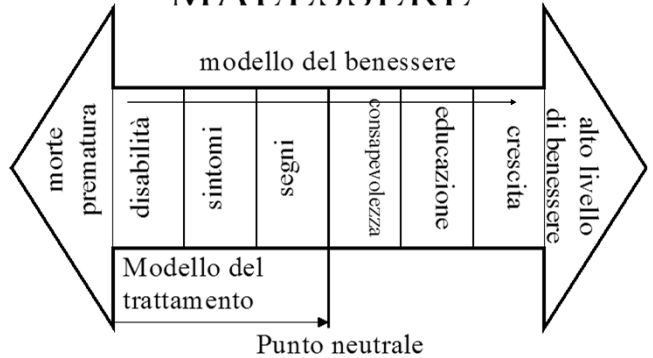
Consapevolezza della guarigione
con sequele e la visione della
salute come completo benessere
della persona

↓

Salute come tensione a un sano
equilibrio fisico, psichico,
spirituale e sociale

OMS D.Lgs. 4 marzo 1947 n. 1068 2

CONTINUUM BENESSERE-MALESSERE



Ryan & Travis, 1981

3

I MODELLI DI APPROCCIO IN MEDICINA

Modello *doctor centred*

- Il dualismo cartesiano mente-corpo.
- L'applicazione del metodo scientifico sperimentale.
- Il contributo di Thomas Sydenham (Grmeck, 1996):
"La natura produce delle malattie agendo con uniformità e costanza al punto che, per la stessa malattia in persone diverse, i sintomi sono per lo più gli stessi, e che si possono osservare fenomeni identici nel male di un Socrate o di uno sciocco."

Modello *patient centred*

- La teoria di M. Balint (1970):
 - 1) *Person centred medicine*
 - 2) *Overall diagnosis*
- La teoria di George L. Engel (1977):
 - 1) Modificare il modello biomedico prima che diventi un dogma

4

IL MODELLO PATIENT CENTRED O BIO-PSICO-SOCIALE

- Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, sviluppato da Engel sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization).
- L'assunzione fondamentale del modello bio-psico-sociale è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engels, 1977, 1980; Scwartz, 1982).
- Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati.

5

MODELLI A CONFRONTO

Modello biomedico

- Approccio mirato all'organo-corpo
- Focalizzazione sul medico
- Chiara attribuzione e separazione dei ruoli
- Base del modello: difetto della macchina (uomo)

Modello bio-psico-sociale

- Una prospettiva di cura a più livelli: sia biologica sia psicosociale.
- Focalizzazione sul paziente: l'agenda del malato.
- Ruoli interattivi e mutevoli: il paziente è l'esperto della *illness*, il medico è l'esperto della *disease*.
- Base del modello: consulenza della salute.

6

MODELLI A CONFRONTO

Modello biomedico

- Diagnosi di malattia
- Cura della malattia
- Ricerca della compliance del Paziente
- Follow-up periodici per controllo malattia

Modello bio-psico-sociale

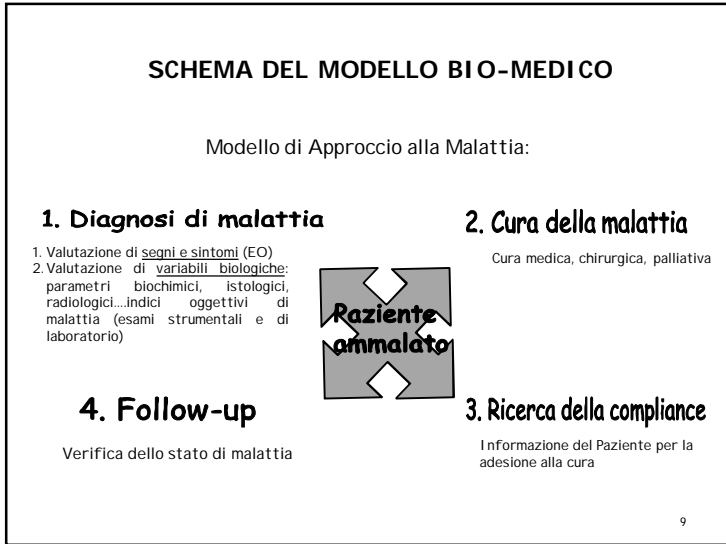
- Diagnosi dei bisogni che scaturiscono dalla malattia
- Piano di cura e assistenza
- Attivazione della Partecipazione di Paziente e famiglia
- Erogazione di interventi di cura e assistenza integrati e continui

7

IL MODELLO BIOMEDICO

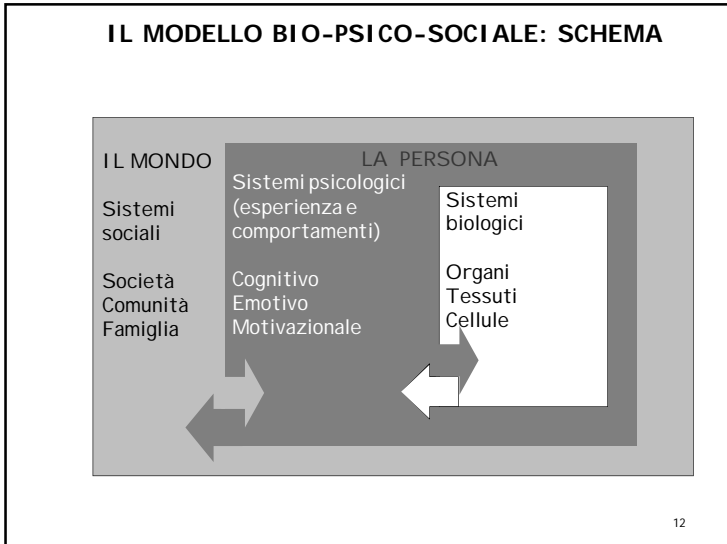
- Nel modello Biomedico si compie un'operazione di "oggettivazione", quindi di "parcellizzazione" della realtà del malato, considerandolo solo nella parte corporea lesa e disinteressandosi al resto. Di conseguenza la malattia è spiegata come deviazione dalla norma sottesa da una causa biologica primaria, oggettivamente identificabile.
- La cura del malato avviene mediante l'uso di strumenti "oggettivi" come farmaci, interventi chirurgici, commisurati al tipo e al grado di deficit dello stato fisico, biochimico, funzionale. Si ha così la totale esclusione di fattori comportamentali e sociopsicologici (Ongaro Basaglia, 1982).

8



- ### I PUNTI DI FORZA DEL MODELLO BIOMEDICO
- **Semplicità:** la malattia è ridotta a un rapporto semplificato di causa (biologica) -effetto (patologico).
 - **Predittività:** la malattia è l'effetto di una causa biologicamente identificabile che si ripresenta in soggetti diversi.
 - **Chiarezza del metodo clinico:** sono indicati gli obiettivi della medicina (identificare le patologie e trattarle) e gli obiettivi che il medico nella consultazione deve raggiungere.
 - **Verificabilità:** l'approccio anatomico-patologico garantisce la verifica di ipotesi attraverso il disegno sperimentale.
 - **Insegnabilità:** il metodo clinico è oggetto di insegnamento e di apprendimento.
- 10

- ### IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE
- Il modello bio-psico-sociale trova il suo fondamento nella **"Teoria Generale dei Sistemi"** (L. Von Bertalanffy, 1945), intesi come entità dinamiche in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, in modo da formare un unità o un tutto organico (Stone, 1987).
- ✓ Le proprietà fondamentali di un sistema sono:
 - la totalità (per cui il cambiamento di una parte provoca un cambiamento in tutte le parti e in tutto il sistema),
 - la retroazione (che sottolinea il carattere circolare dei sistemi interattivi, tali per cui ogni comportamento influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altro),
 - l'equifinalità e la multifinalità (per cui i risultati non dipendono dalle condizioni iniziali, ma dalla natura del processo e dai parametri del sistema).
 - ✓ Le richieste del sistema sono costituite dai limiti e dalle prescrizioni che un sistema sociale impone ad un individuo.
- 11



IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE: SCHEMA

Modello di Approccio alla Persona con problemi di salute

1. Diagnosi dei bisogni multidimensionali

1. Problemi clinici
2. Problemi di autonomia
3. Problemi ambientali (abitazione reddito, situazione familiare)
4. Problemi personali

2. Stesura del Piano Assistenziale Individuale

Per ogni problema sono indicati gli interventi, gli operatori (compresa la famiglia) e le forniture necessarie (farmaci, presidi, ausili)

4. Erogazione di interventi integrati e continui

Interventi erogati da Team multiprofessionale nei servizi in rete

3. Attivazione della Partecipazione di paziente e famiglia

Educazione terapeutica al self-care, alleanza terapeutica famiglia-servizi

13

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- La concettualizzazione del modello muove dalla consapevolezza di diversi punti di debolezza del modello biomedico.
- Innanzitutto la **difficoltà di comprendere le relazioni causali tra condizioni somatiche e malattia**. In molte condizioni epidemiologicamente rilevanti, ad esempio, l'esposizione ad un agente contagioso conduce solo in una percentuale di casi, e non nella totalità, allo sviluppo della malattia.
- Il modello biomedico **ignora i fattori sociali e psicologici** che possono modulare l'efficacia della risposta del soggetto e **ignora completamente l'importanza della relazione tra medico e paziente** nei processi di diagnosi e terapia come fattori che invece influenzano fortemente gli esiti terapeutici.

14

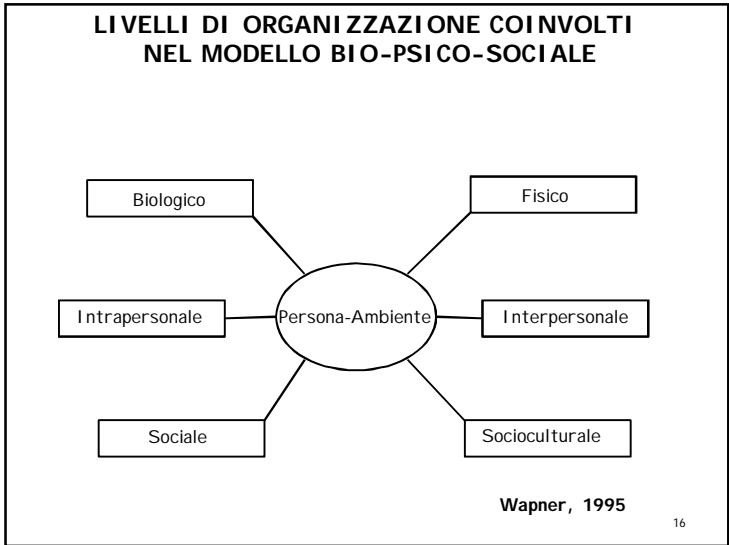
IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

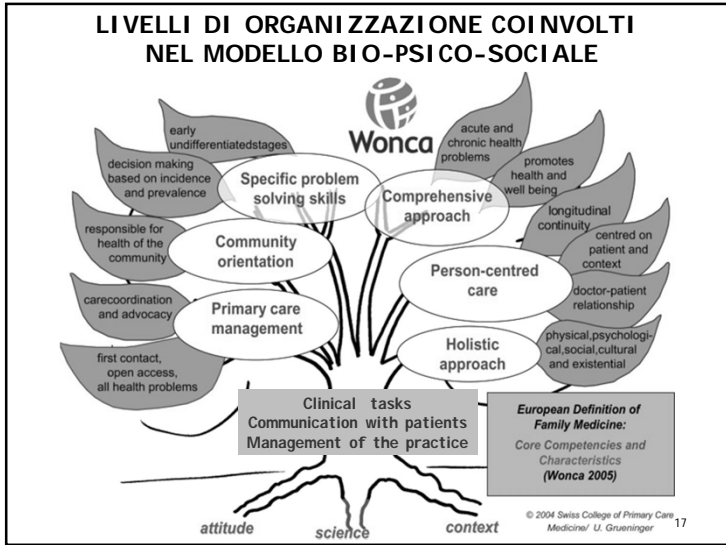
- Il concetto di salute del WHO fa riferimento alle componenti:
 - fisiche (funzioni, organi strutture),
 - mentali (stato intellettuale e psicologico),
 - sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile)
 - spirituali (valori),

per identificare in esse le variabili collegate alle condizioni soggettive e oggettive di benessere (salute nella sua concezione positiva) e male-essere (malattia, problema, disagio ovvero salute nella sua concezione negativa).

- Nella pratica però i vari professionisti, pur attribuendo valore all'approccio bio-psico-sociale, finiscono per focalizzare l'attenzione sull'aspetto che più attiene al proprio background culturale e professionale.

15





IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- Le numerose competenze richieste per l'approccio olistico non possono essere concentrate in un unico professionista.
- L'unica strategia per realizzare l'approccio bio-psycho-social è quella che prevede **attività di équipes multiprofessionali** interagenti al proprio interno e con il paziente.
- Le attività di équipe si realizzano soprattutto nei percorsi di cure primarie, quali quelli del paziente con malattia cronica o dell'anziano non autosufficiente.

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- In Italia, le équipes multiprofessionali fanno ancora fatica a decollare: mancano la **cultura dell'integrazione** e della **comunicazione interprofessionale**, dal momento che i vari operatori utilizzano linguaggi diversi e metodi e strumenti monoprofessionali per descrivere la salute.
- Le riunioni di équipe risultano difficili perché i vari professionisti afferiscono a servizi settoriali e a strutture diverse.
- La strategia più efficace per sviluppare la cultura dell'approccio bio-psycho-social non può che essere la Formazione, nelle sue varie forme pre-laurea, post-laurea e continua (ECM).

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

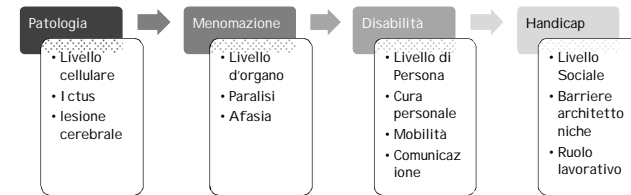
- Le basi dell'approccio devono essere presentate ai futuri professionisti della salute (medici, infermieri, tecnici sanitari) già nei Corsi di Laurea.
- L'occasione è oggi offerta dalla revisione dell'Ordinamento Didattico di Ateneo in applicazione della Legge 270/2004 e con riferimento al DM 16.3.2007.

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- Il metodo su cui si basa l'approccio bio-psico-sociale è un ampliamento del tradizionale "metodo di diagnosi e cura della malattia" nel "**metodo di assessment diagnostico dei bisogni multidimensionali**" da cui far scaturire un "**piano integrato di cura e assistenza alla persona**".
- La prima tappa dell'approccio bio-psico-sociale è rappresentato dall'"**assessment diagnostico dei bisogni multidimensionali**", per il quale serve uno strumento validato e trasversale alle varie professioni.
- Appropriato allo scopo è l' **ICIDH** (International Classification of Impairment, Disability and Handicap), evoluto successivamente (1980) in International Classification of Functioning, Disability and Health (**ICF**), proposto dal WHO.

21

- L'**ICF** racchiude tutti gli aspetti della salute umana, rapportandoli a 4 componenti: funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali.



- Ciascuna delle 4 componenti può essere espressa in termini sia positivi che negativi.

22

- Gli **aspetti negativi rilevabili** sono i **bisogni di salute**:
 - problemi di funzioni (es. demenza, dispnea, incontinenza urinaria, ecc.)
 - strutture (es. mancanza di un arto, mancanza di un tratto di intestino, ecc.),
 - limitazioni di attività (es. non autonomia nella cura della persona, difetti di comunicazione, ecc.)
 - limitazioni di partecipazione (es. restrizioni a partecipare ad attività sociali),
 - barriere ambientali (es. scale per un disabile motorio)
 - barriere personali (es. carattere oppositivo).
- Gli **aspetti positivi rilevabili** sono rappresentati dalle capacità di:
 - effettuare un'attività anche supplementata (es. guidare una carrozzina elettrica),
 - partecipare a una situazione di vita nonostante menomazioni,
 - usufruire della presenza di facilitatori ambientali (es. carrozzina, protesi acustica) e personali (es. carattere fiducioso e ottimista).

23

- L'**ICF** prevede inoltre la codifica di gravità dei bisogni secondo un sistema omogeneo e trasversale alle varie professioni.
- Le 4 componenti dell'**ICF** sono quantificate in livelli diversi di gravità usando una stessa **scala ICDH** da 0 a 4:
 - **0 = nessun problema;**
 - **1 = problema lieve;**
 - **2 = problema medio;**
 - **3 = problema grave;**
 - **4 = problema completo),**
- prevedendo anche le voci "non specificato" e "non applicabile".
- Tuttavia, per usi strettamente clinico-assistenziali, è proponibile la trasposizione nella scala ICDH delle tradizionali misure cliniche riferite a:
 - scale ordinali (dati di laboratorio, test funzionali, referti strumentali, ecc.)
 - criteri descrittivi (referti specialistici, referti sociali).

24

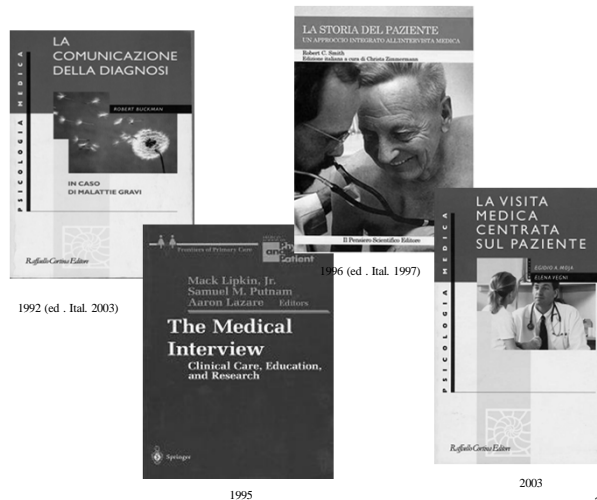
IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- La seconda tappa dell'approccio bio-psico-sociale è rappresentata dalla "stesura del piano assistenziale individuale" (**PAI**).
- Il PAI può essere definito come il risultato della condivisione in equipe degli **interventi necessari** per rispondere ai bisogni del paziente nel **setting più appropriato** (intensivo, estensivo, di lungoassistenza), tenendo conto del **contesto ambientale** del paziente (barriere e facilitatori), dei fattori personali e delle capacità, nonché delle **risorse disponibili**.
- Il PAI prevede che per ogni bisogno rilevato, come per ogni capacità, vengano definiti gli obiettivi, gli interventi clinico-assistenziali, i relativi operatori compresi i familiari, nonché i prodotti e gli strumenti adatti a compensare limitazioni e sviluppare capacità.

25

IL PAZIENTE COMPLESSO

26



27

Jane POULSON: Bitter pills to swallow. New England Journal of Medicine, 1998

- *"Ho imparato più sulla cura dei tumori da quando sono diventata un paziente oncologico, di quanto non abbia fatto in tutta la mia vita di medico oncologo ed esperto di cure palliative."*
- *"Ho fatto un enorme numero di conferenze sul tema "comunicazione delle cattive notizie". La seconda parte di queste conferenze era dedicata alle reazioni del paziente e ai modi più opportuni di aiutarlo....."*
- *"Ho capito allora quale sia stato in realtà il numero di pillole amare che ho fatto inghiottire ai miei pazienti durante i 15 anni di pratica medica."*
- *"Ho capito che frasi dette routinariamente dai medici hanno effetti catastrofici sui pazienti."*

28

Jane POULSON: Bitter pills to swallow. New England Journal of Medicine, 1998

- *Ho cominciato a prendere coscienza di tali fatti, però, solo quando è venuto il mio turno di sentirmi dire:*
 - *Le nostre nuove tecnologie sono molto migliori rispetto al passato –*
 - *Non si preoccupi, i suoi capelli cresceranno di nuovo*
 - *I suoi esami oggi non possono essere fatti*
 - *Non esistono i requisiti per farla entrare in questo protocollo*



- *Oppure sentire il mio medico curante dire al collega che arriva con lui nella mia stanza: «Vieni, ho un caso davvero interessante da farti vedere!».*



29

PAZIENTE COMPLESSO

(definizione secondo il modello Bio-Medico)

- ✓ **Paziente complesso stabile:** paziente con polipatologia o patologia pluriorgano o patologia sistemica + parametri vitali non compromessi (PAS/PAD, FC, FR, Temperatura, Ossigenazione sangue, Stato coscienza, Colore cute, Dolore)
- ✓ **Paziente complesso instabile:** paziente con polipatologia o patologia pluriorgano o patologia sistemica + compromissione dei parametri vitali: ipotensione (PAS<90mmHg), FC>100/min, FR >24/min, T>37.8 °C, SO2 < 90%, Stato coscienza alterato (delirium, sopore), pallore o rossore, dolore
- ✓ **Paziente complesso critico:** paziente con polipatologia o patologia pluriorgano o patologia sistemica + insufficienza acuta di un organo e/o di un sistema e/o di più organi e sistemi con conseguente rischio per la vita e necessità di osservazione continua e prestazioni personalizzate


30

PAZIENTE COMPLESSO

(definizione secondo il modello bio-psico-sociale)

3. Complessità ambientale

il paziente presenta criticità legate alla abitazione, al reddito, al nucleo familiare e alle persone che forniscono aiuto, alle relazioni familiari, non ha ancora accesso a servizi, presidi, ausili e facilitazioni economiche



1. Complessità sanitaria

il paziente presenta una patologia fisica o mentale grave o è affetto da polipatologia

2. Complessità assistenziale

il paziente non è autonomo nelle varie attività (mobilità, cura della persona, vita domestica, sociale..) e richiede aiuto da parte di altri, anche con l' utilizzo di dispositivi fisici

Spesso le complessità coesistono ed il paziente viene chiamato "paziente fragile".

31

PAZIENTE COMPLESSO FRAGILE

- Paziente in cui coesistono complessità sanitaria, assistenziale e ambientale.
- Il Paziente ha un aumentato rischio di complicanze con deterioramento della qualità di vita e prognosi sfavorevole.
- Pazienti fragili sono gli anziani ed i disabili di ogni età.



32

PAZIENTE COMPLESSO FRAGILE

- Bortz (2002) ha stimato che il 30% residuo della funzione multiorgano possa rappresentare la soglia minima per la funzionalità del sistema stesso.
- È quindi possibile perdere il 70% di una funzione senza alcuna manifestazione sintomatica, soprattutto se tale riduzione avviene in un tempo dilazionato.

33

PAZIENTE COMPLESSO FRAGILE

- Walston e Coll. (2004) identificano i componenti chiave della fragilità nel ciclo raffigurato nello schema.
- Questo modello sottolinea la natura ciclica della fragilità e mostra come le perdite funzionali in una o più aree possano dare inizio o perpetuare il ciclo del declino funzionale di tutto l'organismo

34

SCALE NUMERICHE DI COMPLESSITÀ

- Complessità sanitaria:**
 - Indice di Severità di Malattia (ISM),
 - Cumulative Index Rating Scale (CIRS)
- Complessità assistenziale:**
 - Barthel Index,
 - Index of Activitis of Daily Living (ADL),
 - Index of Indipendence in Activities of Daily Living (IADL)
- Complessità ambientale:**
 - Scheda Ordine Nazionale Assistenti Sociali

Le scale numeriche sono settoriali e disomogenee !

35

FINALITÀ DELLA MISURAZIONE DELLA COMPLESSITÀ

- ✓ Classificare i pazienti sulla base di livelli diversi di complessità
- ✓ Segnalare la "tipologia del paziente" nel passaggio fra servizi in rete (es. da H a ST)

36

INDICE DI SEVERITÀ DELLE MALATTIE (ISM)

Ogni malattia viene classificata con Indici di Severità (ISM) da 0 a 4

- ISM0** Assenza di malattia
- ISM1** Presenza di malattia all'anamnesi, ma corretta dal trattamento e asintomatica da anni
- ISM2** Presenza di malattia con sintomi lievi, controllati dal trattamento
- ISM3** Presenza di malattia con sintomi gravi, scarsamente controllati dal trattamento
- ISM4** Presenza di malattia con sintomi gravi, non controllati dal trattamento

37

COMORBILITÀ/POLIPATOLOGIA

Viene classificata come Classi da 1 a 4

- Classe1** nessuna malattia con ISM > 2
- Classe2** 1 sola malattia con ISM = 3 e le altre con ISM non > 1
- Classe3** 1 sola malattia con ISM = 3 e le altre con ISM non > 2
- Classe4** 2 o più malattie con ISM = 3 o 1 sola malattia con ISM = 4

38

COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (Indice di Barthel)

• Quantifica il grado di autonomia nelle attività giornaliere:

1. Alimentazione
2. Igiene personale e cura della persona
3. Continenza
4. Mobilità

• Esistono diverse versioni del Barthel:
Barthel ADL+Mobilità, Barthel breve...

39

B A R T H E L	A. ALIMENTAZIONE	
	Indipendente	10
	Necessità di aiuto	5
	Dipendente (deve essere imboccato o alimentato)	0
	B. BAGNO-DOCCIA	
	Indipendente	10
	Necessità di aiuto	5
	Dipendente	0
	C. IGIENE PERSONALE	
	Indipendente	10
	Necessità di aiuto	5
	Dipendente (sostituzione, aiuto, supervisione)	0
D. VESTIRSI		
Indipendente	10	
Necessità di aiuto	5	
Dipendente	0	
E. CONTINENZA INTESTINALE		
Continente, autonomo nell'uso di clisteri	10	
Occasionale incontinenza, aiuto per clisteri	5	
Incontinente	0	
F. CONTINENZA URINARIA		
Continente, gestione autonoma di dispositivo esterno	10	
Occasionale incontinenza, aiuto per dispositivo esterno	5	
Incontinente	0	
G. USO WC		
Indipendente (per uso WC o padella)	10	
Necessità di aiuto	5	
Dipendente	0	
H. TRASFERIMENTI LETTO-SEDA-CARROZZINA		
Indipendente	15	
Necessità di aiuto o supervisione	10	
In grado di sedersi ma richiede assistenza per trasferirsi	5	
Incapace (non equilibrio da seduto)	0	
I. DEAMBULAZIONE		
Indipendente (può usare ausili)	15	
Necessità di aiuto di una persona	10	
Indipendente con carrozzina	5	
Non deambula	0	
L. FARE LE SCALE		
Indipendente (può usare ausili)	10	
Necessità di aiuto di una persona	5	
Incapace	0	

Punteggio A+B+C+D+E+F+G
(attività giornaliere ADL)
70 - 50 Autonomo o quasi
45 - 15 Parzialmente
dipendente
10 - 0 Non autonomo

Punteggio H+I+L
(mobilità)
40 - 30 Autonomo o quasi
25 - 15 Si sposta assistito
10 - 0 Non si sposta

40

COMPLESSITÀ SOCIALE
Scheda Ordine Nazionale Assistenti Sociali (ONAS)

Quantifica gli aspetti:

- Economici
- Abitativi
- Nucleo familiare e persone che forniscono aiuto
- Servizi e benefici economici

41

Scheda Complessità ambientale ONAS

Area	Items	Punteggi
Economica	Reddito buono	10
	Reddito discreto	30
	Reddito sufficiente	70
	Reddito insufficiente	100
Abitativa	Alloggio adeguato	10
	Alloggio adeguato ma poco idoneo alla assistenza	30
	Alloggio con carenze rilevanti	70
	Alloggio inadeguato	100
Nucleo familiare	Familiari che forniscono aiuto completo	10
	Familiari che forniscono aiuto parziale	30
	Persone (non familiari) che forniscono aiuto completo	50
	Persone (non familiari) che forniscono aiuto parziale	70
	Nessun aiuto	100
Servizi, benefici economici attivati	Servizi (tutti o quasi) e benefici economici attivati	10
	Solo benefici economici attivati	30
	Solo servizi (tutti o quasi) attivati	70
	Nessun servizio e benefici economici attivati	100

Punteggio
400-280 alta complessità
270-150 media complessità
140-40 bassa complessità

42

SEGNALAZIONE DELLA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE NEI PASSAGGI FRA SERVIZI IN RETE

Complessità del paziente	Strumento	Contenuti
Sanitaria	ISM	Patologie e gravità
Assistenziale	Barthel	Livello di autonomia Autonomo Parzialmente dipendente Non autonomo
Ambientale	Scheda ONAS	Giudizio di complessità Complessità alta Complessità media Complessità bassa

43

I BISOGNI

- ✓ Sempre più pazienti sono affetti da malattie croniche con un aumento della sopravvivenza complessiva in ogni fascia di età
- ✓ Sempre meno persone hanno intorno a sé una rete di assistenza parentale o sociale allargata
- ✓ Sempre più efficaci e specialistici sono servizi sanitari e per questo sempre più complesso è orientarsi nei percorsi che mettono a disposizione

44

LA CRONICITÀ

Condizioni di cronicità	% pop.
1 malattia cronica	38,6
2 malattie croniche	20,4
Diabete	5,5
Iipertensione	16,4
BPCO	6,1
Artrosi artrite	16,1
Osteoporosi	7,7
Cardiopatie	3,5
Sovrappeso:	35,6 %
Fumo	21,9 %
Consumo di Farmaci	39,1

Annuario ISTAT 2012 - Salute e Servizi

Annuario ISTAT 2012 - Salute e Servizi ⁴⁵

LA CRONICITÀ

- ✓ Il 25% della spesa sanitaria e socio-sanitaria è dovuto alla disabilità ed alla non-autosufficienza.
- ✓ Nell'assistenza ai malati cronici ed oncologici, la spesa sale al 60% per una popolazione che rappresenta il 10% di quella totale.

(Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

46

LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

L'invecchiamento della popolazione ed il venir meno del ruolo di protezione del tessuto sociale e della famiglia dovuti ai mutamenti demografici della società hanno portato alla necessità di spostare l'asse dell'assistenza dall'ospedale al territorio.

Ospedale e territorio sono condizionati dalle dinamiche politiche, economiche ed organizzative settoriali che viaggiano su binari paralleli.

I piani sanitari, nazionali e regionali, prevedono la riduzione di posti letto ed un forte presidio territoriale, riservando all'ospedale solo i casi acuti di propria pertinenza allo scopo di evitare il ricovero per le riacutizzazioni attraverso i P.S.



Integrazione socio-sanitaria

47

LA CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

Definizione:

- Estensione ininterrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli ed ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza.
- È un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà

48

L' INTEGRAZIONE

- 1978: **legge 833** - Istituzione del SSN
- 1992: **D.L. 502** - Riordino della disciplina in materia sanitaria
- 1998: **PSN 1998-2000**
- 2000: **L. 328** - Realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali
- 2001: **DPCM 14/02/01** Integrazione Socio Sanitaria : prestazioni ad elevata integrazione sanitaria
- 2001: **DPCM 29/11/01** Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

49

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

Scenario:

PATOLOGIE CRONICHE



Bisogno della continuità delle cure e solo in fase di riacutizzazione dell'intensità propria dell'ospedale.

50

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

Il 10% della popolazione ricoverata rappresenta il 55 % delle giornate di degenza ed il 5 % dei ricoveri il 42 % delle giornate di degenza.

- Età > 65 anni
- Ricoveri quasi esclusivamente in urgenza
- Malattie croniche, instabili, complesse
- Alta frequenza di comorbidità
- Problemi socio-assistenziali associati
- Elevato tasso di ri-ospedalizzazione



(Bellis 2004 su 130 strutture di Med Int. 2001 -2002)

51

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

PROBLEMI :

Scambio ineguale tra ospedale e territorio:

- sovraofferta di carattere ospedaliero assorbe impropriamente gli spazi della domanda di salute, impedendo di fatto per la limitatezza delle risorse, lo sviluppo dei servizi territoriali.
- Criticità del territorio:
 - Organizzazione
 - Difficoltà d'accesso
 - Lungaggini burocratiche

52

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

PROCEDURE

- Percorsi di cure personalizzate quale mediazione tra medicina dell'evidenza e la medicina del mondo reale.
- Comunicazione attraverso una cartella -informatizzata- che segue il paziente.
- Nuove tecnologie / telemedicina (x comunicazione tra specialisti, supporto all'attività infermieristica, ecc.).
- Formazione degli operatori.
- Lavoro d'equipe che permette la collaborazione degli operatori dei vari segmenti della rete.

53

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

DIMISSIONI DIFFICILI

- ✓ % elevata di tutte le dimissioni
- ✓ Et  > 80 anni
- ✓ Molteplici problemi clinici attivi
- ✓ Ospedalizzazioni ripetute
- ✓ Recente ciclo di ospedalizzazione
- ✓ Storia di depressione
- ✓ Problemi socio-economici e/o familiari
- ✓ Deterioramento cognitivo e funzionale
- ✓ Scarsa compliance al piano terapeutico



54

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

EVITARE LE DIMISSIONI DIFFICILI !

- ✓ Pianificazione precoce della dimissione
- ✓ Definizione del bisogno assistenziale
- ✓ Stabilizzazione clinica in fase post acuta (stabilizzazione di ordine emodinamico che si giova di intensivit  assistenziale)



Riduzione del tasso di ri-ospedalizzazione ed i costi dell'assistenza post-ricovero

55

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

TARGET ASSISTENZIALE

OBIETTIVI

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anziani non autosufficienti o con patologie invalidanti ✓ Persone affette da patologie croniche ✓ Persone con disabilit  ✓ Malati terminali | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Stabilizzazione della patologia ✓ Recupero delle abilit  perse ✓ Miglioramento della qualit  della vita ✓ Riduzione dell'ospedalizzazione |
|--|--|

56

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

TIPOLOGIE ORGANIZZATIVE

- **Malati affetti da patologie croniche ad alta prevalenza**
 continuità di cura su tempi lunghi, follow up ravvicinati, collegamenti con ospedale nelle fasi di riabilitazione, banca dati, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), formazione
- **Malati affetti da patologie croniche in condizioni di fragilità**
 protezione sociale, monitoraggio continuo del bisogno, counseling personale e familiare, continuità di cura su tempi lunghi, collegamenti con ospedale nelle fasi di riabilitazione, banca dati, formazione
- **Malati con bisogni assistenziali complessi**
 piano di intervento individualizzato, multiprofessionale, con individuazione del gestore dell'assistenza, orientato verso la domiciliarità e con la necessità di coinvolgimento del contesto familiare: UVM / PAI /DP/ integrazione/ coinvolgimento e formazione care giver

57

IL PERCORSO CLINICO TERRITORIO-OSPEDALE

MODELLI ORGANIZZATIVI

- ✓ Patologie croniche ad alta prevalenza:
chronic care
- ✓ Patologie croniche in persone fragili:
long term care
- ✓ Patologie con bisogni assistenziali complessi:
home care

58

CHRONIC CARE MODEL

- ✓ Il Chronic Care Model (CCM) è un modello assistenziale per i malati affetti da malattie croniche Ed Wagner - McColl Institute for Healthcare Innovation - 1998 - California.
- ✓ Il modello presenta un approccio "proattivo" nell'ambito dei processi sanitari caratterizzato dal fatto che i pazienti stessi diventano parte integrante dello stesso processo assistenziale.
- ✓ Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche quali: scompenso, diabete, ipertensione, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva che normalmente assorbono un'elevata quantità di risorse al Ssn.

59

CHRONIC CARE MODEL

Punti chiave:

- ✓ **Le risorse della comunità** → [gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.
- ✓ **Le organizzazioni sanitarie** → [Attraverso la cura di sé, i pazienti possono gestire una parte considerevole della malattia:
 - la dieta
 - l'esercizio fisico,
 - il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.),
 - l'uso dei farmaci
- ✓ **Il supporto all'auto-cura** →
- ✓ **L'organizzazione del team** → [Il team assistenziale è costituito da medici di famiglia, infermieri, tecnici ed educatori.
- ✓ **Il supporto alle decisioni** → [svolgono tre importanti funzioni:
 - 1) sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida;
 - 2) feedback per i medici , mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori clinici;
 - 3) registri di patologia per pianificare un'assistenza "population-based".
- ✓ **I sistemi informativi** →

60

LONG TERM CARE

✓ Interessa persone con labilità omeostatica in cui è la vulnerabilità che ne condiziona il destino, più che la patologia in sé:

- **Anziani**
- **Disabili**
- **A rischio o meno di perdita dell'autosufficienza**

- esito invalidante di una malattia
- l'invecchiamento
- la comorbidità e la polifarmacoterapia
- modo di vivere la malattia
- il livello di benessere sociale
- il contesto socio-ambientale
- esistenza o meno di un supporto familiare

61

LONG TERM CARE

Assistenza Domiciliare

- ✓ Care giver informali
- ✓ Assistenza pubblica
- ✓ Assistenza privata /mista


Ricovero in comunità

- ✓ Residenziale
- ✓ Day hospital


62

HOME CARE

✓ Alcune patologie cronic-degenerative, ad andamento fortemente invalidante che determinano la perdita dell'autonomia in persone spesso di età non avanzata, presentano elevata complessità gestionale ed assistenziale: Sclerosi multipla, Parkinson avanzato, distrofia muscolare, malattie neurodegenerative gravi, sclerosi laterale amiotrofica, ecc.



✓ Molto spesso esse rappresentano un'emergenza assistenziale alla quale si dà risposta attraverso l'esternalizzazione degli interventi sanitari e il coinvolgimento separato dei servizi sociali.



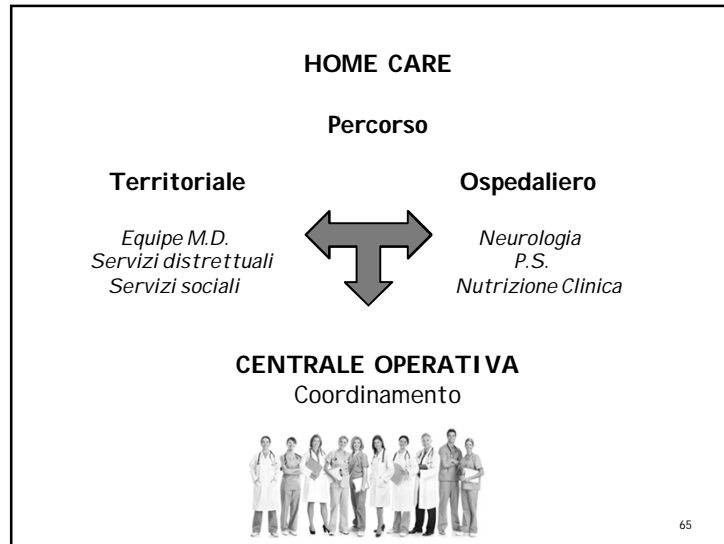
63

HOME CARE

stadio	d6	d9	d11	d12	totale
A				5	5
B	2	2	4	3	11
C	5	3	1		9
D		2	3	4	9
	7	7	8	12	34

• Sclerosi Laterale Amiotrofica: dati relativi al 2012 nella ASL RMC suddivisi per distretto e per stadio di malattia, secondo la stadiazione clinica elaborata dalla Commissione Regionale per la Sclerosi Laterale Amiotrofica, istituita con Determinazione del Direttore del 23 maggio 2006, n. 1447.

64



HOME CARE

EQUIPE VALUTATI VA MULTI DI SCIPLI NARE

- **“Care manager”**
Medico CAD, e/o della Disabilità Adulta, con funzioni di supervisione e coordinamento dell'equipe.
- **“Case manager”**
Infermiere CAD, e/o della Disabilità Adulta, con funzioni di attivazione e monitoraggio della assistenza, coadiuvato da : Fisioterapista, con funzione di valutazione e monitoraggio degli interventi riabilitativi e Assistente Sociale, con funzioni di raccordo con il servizio competente del Municipio (SAISH)

66

HOME CARE

EQUIPE VALUTATI VA MULTI DI SCIPLI NARE

- L'equipe si avvale di un pool di specialisti che partecipano alla valutazione ed al monitoraggio degli interventi.
- Le discipline più interessate:
- pneumologia, neurologia, anesthesiologia, fisiatria, otorinolaringoiatra, scienza dell'alimentazione, cardiologia, ed altre specialità che dovessero rendersi utili con percorso facilitato
- psicologia

67

HOME CARE

EQUIPE VALUTATI VA MULTI DI SCIPLI NARE

E' collegata con:

- Medico di medicina generale (MMG)
- Unità valutativa multidisciplinare distrettuale (UVMD)
- UO Nutrizione Clinica/ Centro Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD)
- UO Medicina Legale (Med. Leg.) distrettuale
- UO Servizio Farmaceutico distrettuale
- Altre UU.OO. aziendali, sanitarie e amministrative
- UOC Acquisizione Beni e Servizi (ABS)
- Municipio / SAISH
- Centro per l'Autonomia (CpA)
- Centro di Riabilitazione - CdR (ex art. 26/833)
- Associazioni territoriali
- Ente gestore in outsourcing
- Hospice

68

HOME CARE

OSPEDALE

Il percorso ospedaliero ha il suo *care* nella UOC di Neurologia, all'interno della quale sono attivi:

- Reparto di degenza con un letto attrezzato
- Day hospital
- Ambulatorio per le malattie Neuro-muscolari
- Servizio di Neuro-Fisiopatologia
- Equipe polispecialistica: neurologo, nutrizionista, rianimatore, otorinolaringoiatra

69

HOME CARE

CENTRALE OPERATIVA

La centrale operativa rappresenta una **cabina di regia** attraverso la quale:

- si monitora la presa in carico globale del paziente secondo criteri di efficacia, efficienza ed equità,
- si supporta il malato e la sua famiglia nei problemi connessi direttamente e/o indirettamente alla patologia ;
- si realizza una sorta di osservatorio epidemiologico sulla SLA e sulle procedure di alta intensità assistenziale.

70

HOME CARE

CENTRALE OPERATIVA

Obiettivi:

- Realizzazione di Percorsi facilitati per garantire la permanenza al domicilio del paziente e per programmare brevi interventi in ambiente protetto (ospedale, day hospital o day surgery)
- Individuazione di Procedure chiare e condivise tra i diversi attori del sistema
- Esecuzione di comunicazione informatizzata, che consenta la comunicazione efficace sia all'interno della rete locale che con i centri ospedalieri.

71

HOME CARE

Attivazione del MMG e dell'UVM distrettuale per la valutazione dell'intervento

↓

U.O. interessata: CAD, Disabili adulti

↓

Piano Assistenziale Individualizzato
Care e Case Manager

↓

CENTRALE OPERATIVA

72

Se io potrò impedire
a un cuore di spezzarsi
non avrò vissuto invano
Se allevierò il dolore di una
vita
o guarirò una pena
o aiuterò un pettirosso caduto
a rientrare nel nido
non avrò vissuto invano

(Emily Dickinson)



73