Il distretto sociosanitario: esperienze a confronto

Bari, 27 – 28 ottobre 2011

Gli strumenti e le procedure del Chronic Care Model per la valutazione del caso e la redazione e il monitoraggio del Piano di Assistenza Individuale

Ernesto Mola

Anna Maggio

Lucia Vantaggiato

ASL Lecce - Gruppo di Lavoro Disease and Care Management

Scopo della relazione

- Indicare il Chronic Care Model come modello assistenziale per la gestione delle condizioni croniche
- Presentare il modello “Pugliese” di organizzazione dell’assistenza territoriale
- Sottolineare il ruolo dei distretti socio-sanitari

Chronic Realted Group (CReG)

Dalla cura al prendersi cura (DGR Lombardia dic 2010)

"Premessa

Gli ambulatori ospedalieri di patologia *sono una realtà ma hanno il "difetto" di avere un approccio esclusivamente clinico e di avere in carico i pazienti più collaborativi e/o più complessi* ***perdendo di vista però la gran parte dei soggetti, soprattutto nella fase meno grave, ma più lunga, della patologia"***

Chronic Realted Group (CReG)

Dalla cura al prendersi cura (DGR Lombardia dic 2010)

"Con tale termine si intende una innovativa modalità di ***presa in carico dei pazienti*** *che,* ***a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, deve garantire, senza soluzioni di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (ambulatoriale, protesica, farmaceutica, ospedalizzazione domiciliare****) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. "*

I CReG come DRG del territorio

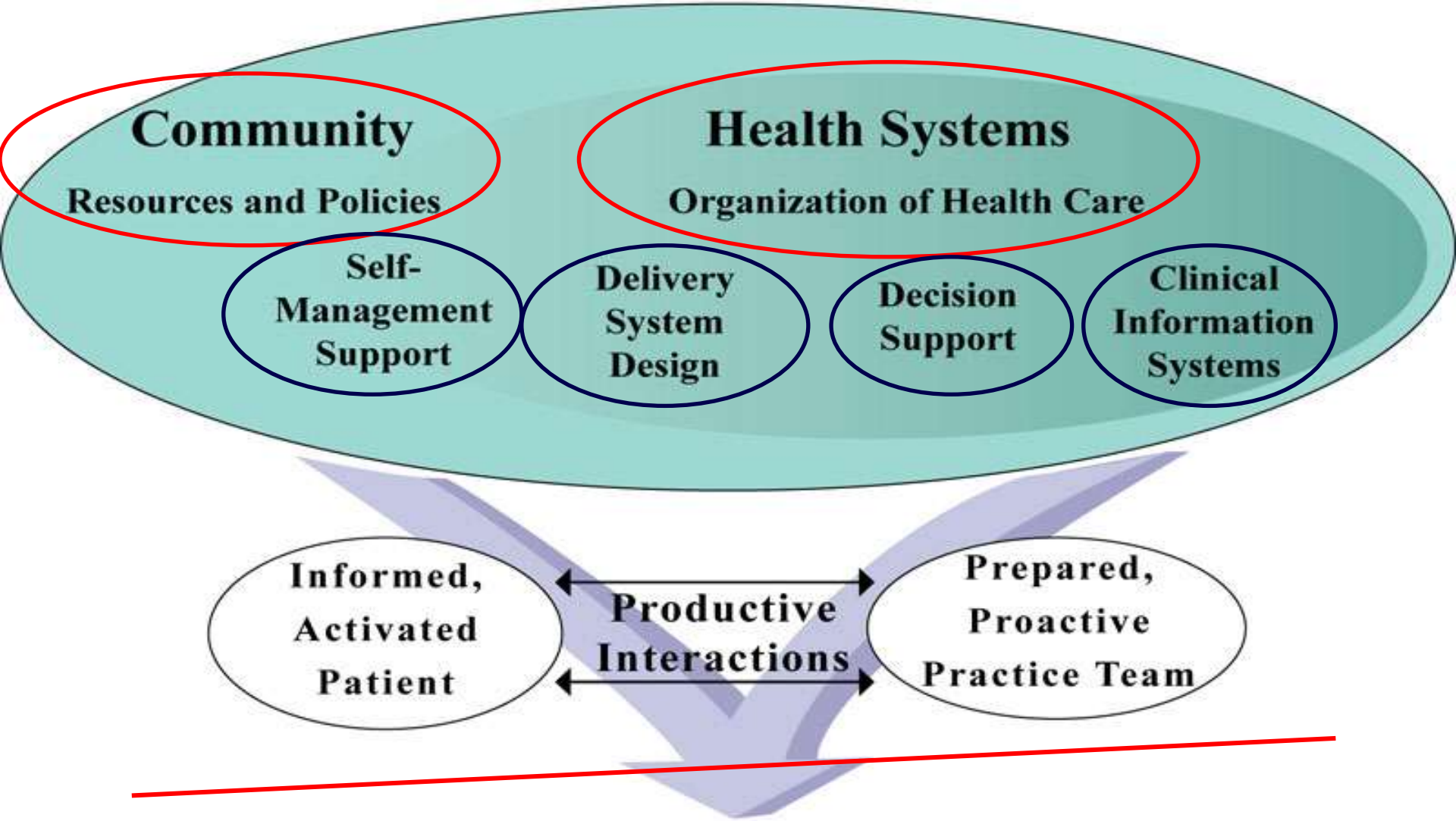
"L'ammontare delle risorse e le modulazioni tariffarie verrà assegnato a quei soggetti, individuati e governati dalla ASL (ad esempio: Medici di Medicina Generale, ONLUS,Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere ecc.), *che si faranno carico di garantire, previa sottoscrizione di specifico accordo con la ASL stessa, la piena adesione dei pazienti reclutati al percorso del CReG"*

I CReG come DRG del territorio

Gli interrogativi

- In base a quale modello assistenziale saranno erogate le prestazioni ai pz cronici?
- Come valutare la qualità delle cure?
- Sono misurati gli esiti clinici?
- Il modello può essere fonte di diseguaglianze?
- Esiste un ruolo dei distretti sanitari?
- E' un sistema che favorisce l'integrazione?

The Chronic Care Model



Improved Outcomes

Developed by The MacColl Institute
® ACP-ASIM Journals and Books

Progetto

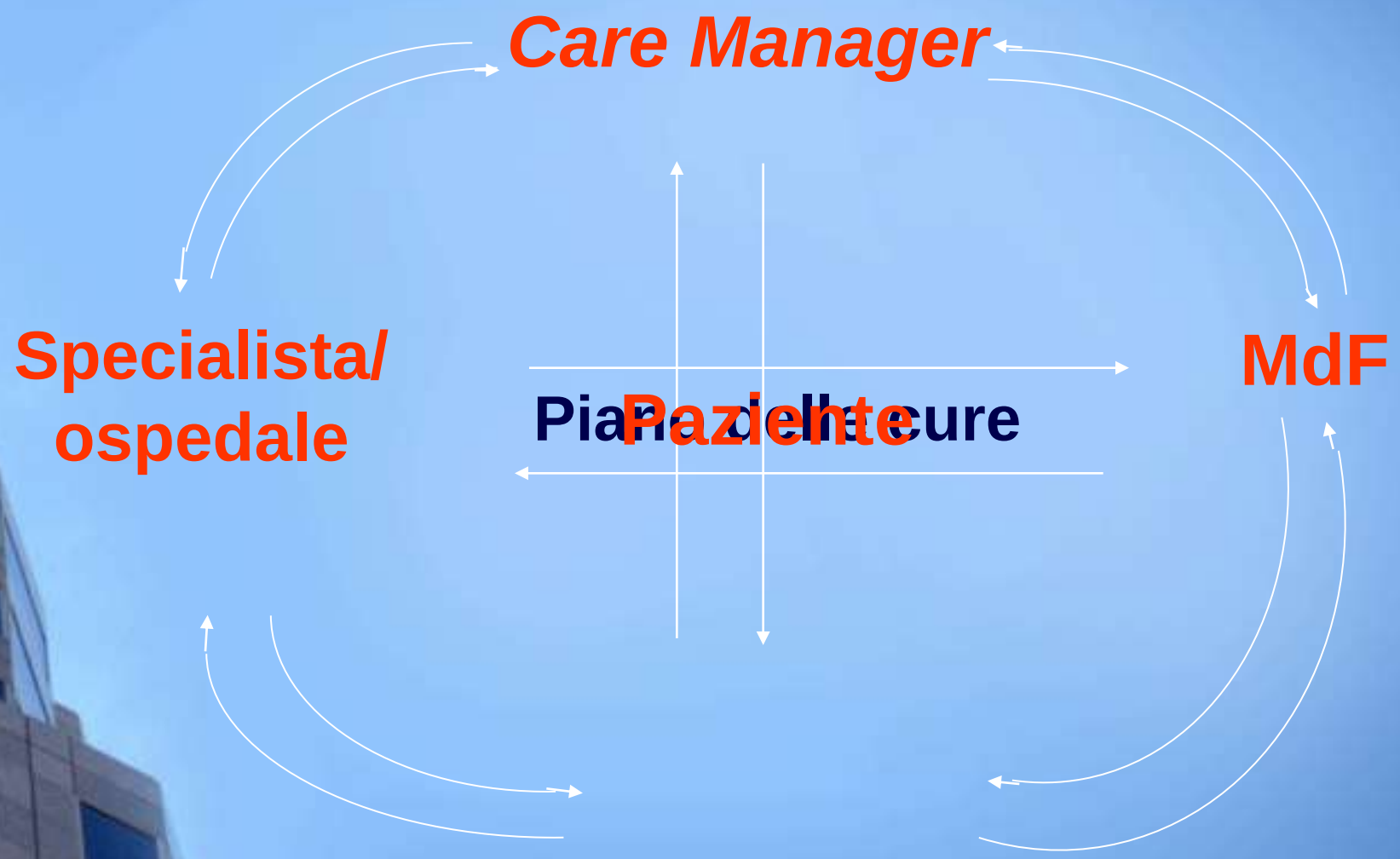
NARDINO

MODELLO ASSISTENZIALE DI GESTIONE DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E DI PRESA IN CARICO DEI SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE

ARES
AGENZIA
REGIONALE
SANITARIA
PUGLIA

AReS PUGLIA

Care Team


Care Manager
Specialista/ ospedale
MdF
Piano delle cure
Paziente

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO
Sistemi informativi
Supporto decisionale
Supporto al self-management
Percorsi di cura
Empowerment
Integrazione

Regione Puglia
Regolamento del Distretto Socio-Sanitario

"Il Distretto è la macrostruttura che garantisce il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio-sanitarie a livello territoriale"

…….

"Il Distretto ricerca, promuove e realizza opportune sinergie tra tutti i sistemi di offerta territoriale"

Care Managers

Sono infermieri formati opportunamente per fornire al paziente:

- *Informazioni*
- *Motivazioni*
- *Sostegno*
- *Educazione al Self-management*
-

Essi hanno anche un ruolo di collegamento trai gli attori del processo assistenziale favorendo la comunicazione e l'integrazione

Il processo assistenziale

- Il paziente cronico viene identificato dal medico di famiglia o dallo specialista
- Il CM completa una valutazione iniziale comprendente i problemi, i bisogni, le aspettative e le difficoltà dei pazienti
- Il Medico di famiglia con il supporto del Care Manager definisce il piano assistenziale riguardante: le cure, il follow up, I bisogni educativi, i supporti, coinvolgendo il paziente
- Le consulenze specialistiche, stabilite secondo percorsi e tempi definiti, contribuiscono e completano il piano assistenziale
- Viene predisposto un piano individualizzato di care management per sostenere il paziente nel miglioramento delle abitudini di vita, nell'aderenza al trattamento e al follow up, promuovendo la consapevolezza della propria malattia e del modo di gestirla al meglio.

Conclusioni…..

- Il **distretto** è il luogo elettivo dell'organizzazione dell'assistenza ai pazienti cronici e dell'integrazione tra i professionisti socio-sanitari
- La **medicina di famiglia** è il setting privilegiato per promuovere la responsabilizzazione del paziente in un processo di presa in carico complessiva dei suoi bisogni
- La nuova figura professionale del **Care Manager** ha un ruolo di sostegno del paziente, nell'azione per il controllo della malattia, e di supporto all'intero processo assistenziale
- L'**assistenza specialistica**, abbandonando la logica prestazionale, coopera attivamente alla presa in carico del paziente cronico e alla definizione del piano assistenziale

Conclusioni…..

e più
del

del

E' una scelta scientifica e di buona politica

L´Infermiere / Care Manager del Progetto Leonardo nella ASL Lecce

Donato Verducci

VALUTAZIONE CLINICA INIZIALE

r
a
p
p
o
r
t

VALUTAZIONE CLINICA INIZIALE

DIAGNOSI

TERAPIA

OSPEDALIZZAZIONI

VISITE SPECIALISTICHE

PARAMETRI FISICI ED EMATOCHIMICI

VALUTAZIONE CLINICA INIZIALE

ACCESSI PRONTO SOCCORSO

INTERVENTI CHIRURGICI SISTEMA C.V.

QUESTIONARI : AUTOEFFICACIA ,TERAPIA

FUMO, ATTIVITA' FISICA, ABITUDINI ALIMENTARI

↓

VALUTAZIONE GESTIONE DELLA MALATTIA

LE COMPETENZE COMUNICATIVE

Mi permetta di rubarle qualche minuto per conoscerla e capire come riesce a controllare la sua condizione. Le dispiace se le pongo alcune domande?

Mostrare rispetto per il paziente

LE COMPETENZE COMUNICATIVE

Molte persone trovano difficoltà nell'assumere le medicine tutti i giorni; qual è la sua esperienza?

Condurre una interrogazione efficace

LE COMPETENZE COMUNICATIVE

Che cosa la preoccupa circa la sua salute?

Praticare l’ascolto attivo

LE COMPETENZE COMUNICATIVE

Ha fatto veramente un gran cambiamento! Che ne pensa?

Promuovere il coinvolgimento attivo del paziente

LE 8 PRIORITÀ BASE

1. Sapere come e quando consultare il medico

5. **Sapere come mantenere la malattia sotto controllo**

2. Conoscere la malattia e fissare gli obiettivi

6. **Modificare gli stili di vita per ridurre i rischi**

3. Assumere correttamente i farmaci

7. **Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli**

4. Effettuare gli esami e le visite raccomandati

8. **Effettuare le visite mediche specialistiche e follow-up**

SETTIMA PRIORITA':

Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli

ESEMPI DI BARRIERE

SOLUZIONI POSSIBILI

RISORSE ECONOMICHE →

- servizi sociali
- con.za dei servizi del territorio
- forniture sanitarie

CONOSCENZA COMPRENSIONE →

- linguaggio adeguato
- quale informazione?
- non sovraccaricare

PRESCRIZIONE TERAPIA - POSOLOGIA →

- fare calendari
- abbinare colori
- strategie mnemoniche

ESEMPI DI BARRIERE

SOLUZIONI POSSIBILI

COMUNICAZIONE →

- **facilitare accessi**
- **facilitare canali di comunicazione**

PSICOSOCIALI →

- **Screening depressione**
- **Rimuovere sensi di colpa**

P.A.I. = PIANO DELLE CURE

INTERVENTO

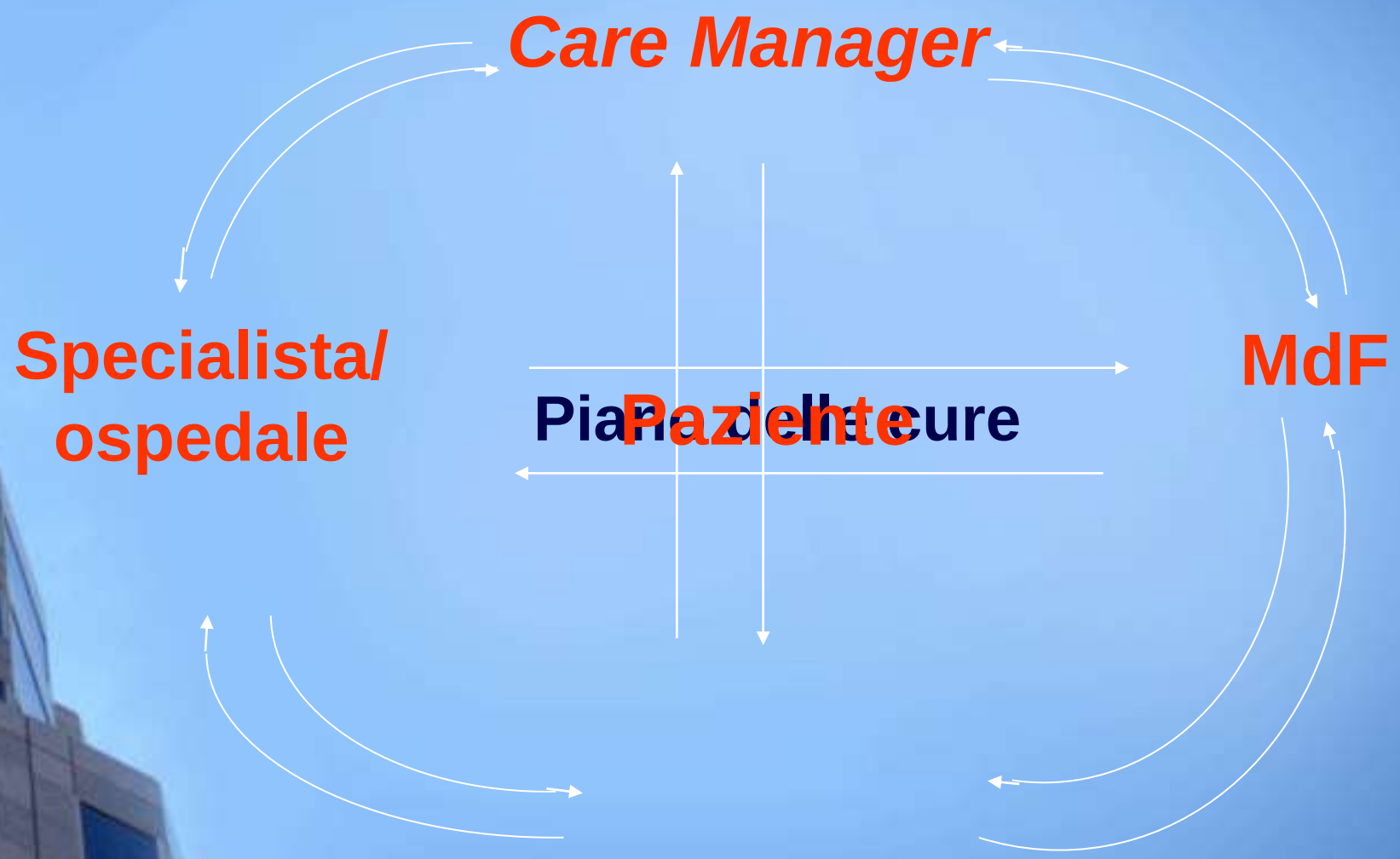
INFORMATIVO

GESTIONE DEI PROBLEMI

PIANIFICAZIONE DELLE AZIONI

Scegliere l'intervento giusto al momento giusto

Care Team


Care Manager
Specialista/ ospedale
MdF
Piano delle cure
Paziente

LAVORO DI SQUADRA

GRAZIE