



CONTINUITÀ DELLE CURE NELL'ASSISTENZA AL MALATO CRONICO

Gruppo di Lavoro Federsanità ANCI Veneto e Friuli Venezia
Giulia – “Salute e Welfare a Nordest”

Udine, Fondazione CRUP- 23 febbraio 2009

Dott. Daniele Donato, dir.sanitario ULSS N.16 Padova

Introduzione

- Nella Regione Veneto e nella Regione FVG la promozione della domiciliarità e l'integrazione tra i servizi diversi presenti nel territorio sia a livello sanitario che sociale sono da tempo una priorità in particolare per quanto riguarda la popolazione anziana
- Sempre più frequentemente la pianificazione regionale viene costruita sui risultati di progettualità orientate a garantire percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali omogenei che accompagnino il cittadino in tutte le fasi della malattia.

Metodologia

- La programmazione sanitaria in Veneto e FVG presenta molti punti di contatto, in particolare per quanto riguarda la continuità assistenziale.
- Si è aperto un tavolo di lavoro, non per confrontare i singoli protocolli e procedure, ma per condividere i principi ed il metodo
- Si è voluto delineare il modello di riferimento per la presa in carico del paziente cronico, con particolare attenzione all'integrazione dei diversi servizi e la continuità delle cure.
- A tal proposito si è scelto di utilizzare come patologia di riferimento l'ictus cerebrale.

Metodologia

ICTUS: Patologia ideale per costruire il modello della continuità assistenziale:

- Elevata prevalenza ed elevata mortalità
- Viene ricoverata in ospedale la quasi totalità pazienti con ictus acuto
- Il numero di soggetti con ictus acuto che in Italia sfugge al ricovero è trascurabile
- Patologia ad alto impatto sociale (35% dei pazienti presenterà una grave invalidità residua nello svolgimento delle attività quotidiane)
- Il recente sviluppo delle conoscenze scientifiche, ha messo in luce importanti novità sul fronte dell'efficacia della terapia di tali pazienti in termini di aumento della sopravvivenza e riduzione della disabilità residua.

- Molte progettualità orientate alla continuità assistenziale nell'ictus, sono state sviluppate in Veneto e FVG

Metodologia

- Raccogliere le migliori esperienze di eccellenza tra quelle sviluppate nelle due Regioni
- Individuare l'organizzazione ed il ruolo ottimale per ogni anello della rete all'interno della continuità dell'assistenza
- Arrivare ad offrire ai cittadini percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali omogenei, accessibili ed efficaci.

Metodologia



*è come se sommassi tutti i migliori intertempi..
...per ottenere il giro più veloce*



Ictus – Fase Pre-ospedaliera

Varie progettualità operative in Veneto e in Friuli Venezia-Giulia.

Fase Pre-ospedaliera

- Ruolo della Centrale Operativa nella ricezione della chiamata e nella gestione dell'intervento.
- Intervento del mezzo di soccorso ed ospedalizzazione mirata.

Ictus – Fase Ospedaliera

“Percorso per lo Stroke”

- Diagnostica differenziale < 25 min. dall'arrivo al pronto soccorso (Valutazione neurologica / TAC urgente senza mezzo di contrasto)
- Se indicazione, trasferimento protetto nell'ospedale/UO individuato/a per la trombolisi (Stroke Unit)
- Già in fase intraospedaliera costruzione del progetto assistenziale e riabilitativo individualizzato finalizzato al recupero della maggior autonomia possibile

Modello HUB & SPOKE

Area Vasta Treviso-Belluno



- Unico protocollo diagnostico-terapeutico condiviso
- Precocità della diagnosi per garantire la trombolisi periferica entro le 3 ore se il paziente è candidabile
- Centralizzazione pazienti candidabili alla trombolisi nei centri autorizzati
- Supporto neuro-radiologico in rete mediante sistemi di telemedicina
- Centralizzazione a Treviso dei pazienti candidabili alla trombolisi loco-regionale (Unico centro HUB di Area vasta per la Trombolisi locoregionale) e precoce rientro dei pazienti su letti Stroke Unit
- Formazione e retraining del personale medico e sanitario

Modello HUB & SPOKE

Area Vasta Treviso-Belluno



- Centrali Operative SUEM-118: valutazione standardizzata del sospetto ictus
- Trasferimento con mezzi attrezzati + 2 elicotteri stabili.
- Dipartimenti provinciali di emergenze/ ospedali di rete
- Centro HUB di Treviso (trombolisi loco-regionale)



Ictus – Fase Territoriale

- Già in fase intra-ospedaliera risulta di fondamentale importanza la costruzione di un progetto assistenziale e riabilitativo individualizzato finalizzato al recupero della maggior autonomia possibile per la persona colpita da ictus cerebrale.
- Le stesse linee guida SPREAD evidenziano come vi sia “indicato costituire un’organizzazione efficiente di operatori finalizzata all’assistenza del soggetto che ha subito un ictus, attraverso la formazione di un team interprofessionale con esperienza specifica che condivida i diversi approcci assistenziali.
- E’ indicata la partecipazione sia di operatori non medici (dell’area riabilitativa, infermieristica, psicologica e sociale) sia di medici specialisti, per la soluzione delle problematiche correlate alla patologia cerebrovascolare, e di medici di medicina generale”.

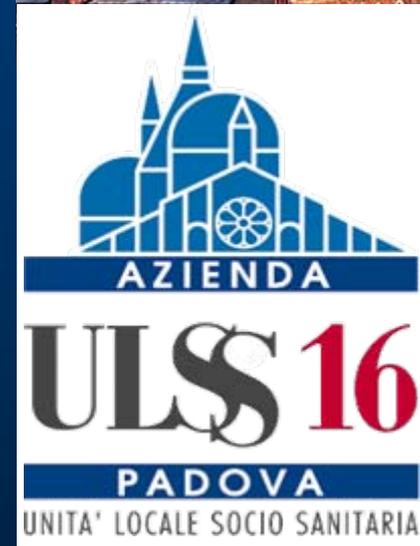
Progetto Anziano - Ictus

ULSS 16 Padova

Nell'ambito di tale progetto, sono state sviluppate procedure di dimissione per i pazienti con ictus, basate sulle evidenze della letteratura, che prevedono:

- Segnalazione ai Distretti dei casi di ictus da parte dei reparti ospedalieri
- Contatto diretto tra equipe medica dell'ospedale e medico di medicina generale durante la fase intra-ospedaliera
- Percorso di follow-up condiviso basato sulle evidenze scientifiche.

Quanto realizzato per le dimissioni di pazienti anziani con ictus, è diventato il modello di dimissioni protette per l'area vasta di Padova (ULSS 15-16-17).



Progetto Anziano - Ictus

ULSS 16 Padova

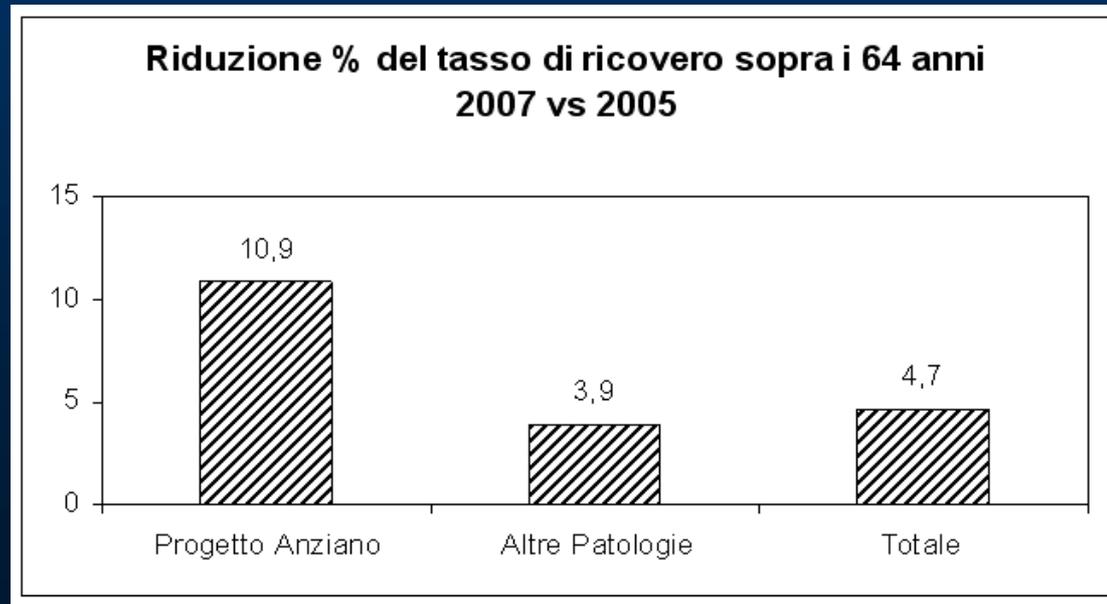
“SNODO” tra ospedale e territorio, composto da operatori dell’ospedale e del territorio integrati funzionalmente come punto di riferimento per medico ospedaliero, medico di medicina generale e distretto per facilitare la comunicazione



Progetto Anziano - Ictus

ULSS 16 Padova

Alla fine del 2007 la riduzione del tasso di ricovero sopra i 64 anni è stata complessivamente del 4,7% e del 10,9% per le patologie specifiche oggetto di protocolli di miglioramento condivisi tra medici ospedalieri, operatori dei distretti e Medici di Medicina Generale.



Percorso riabilitativo del paziente con ictus nel territorio

AO di Pordenone



- L'azienda Ospedaliera di Pordenone ha definito specifici percorsi assistenziali-riabilitativi post-ictus, basati sulla gravità clinica ed il conseguente livello di disabilità.
- Obiettivo principale: definizione di un protocollo di minima di valutazione riabilitativa della persona colpita da ictus da utilizzare in tutte le strutture.
- Obiettivo secondario: creare una metodologia di lavoro precisa, ben definita e applicata in tutti i punti della rete territoriale.

Percorso riabilitativo del paziente con ictus nel territorio

Ricovero per ICTUS

Valutazione Multidimensionale Ospedaliera

Classificazione dei pazienti

A: Menomazione Lieve; Barthel > 15...

SI

Riabilitazione Territoriale

NO

B: Danno medio (Barthel: 9-14) o medio-grave (Barthel 4-9)...

SI

Riabilitazione Intensiva

NO

C: Danno grave; Barthel: 0-4...

SI

Ricovero Riabilitazione Estensiva (RSA/Post-acuzie)

NO

D: Pazienti che in fase acuta hanno avuto un coma grave (Glasgow < 8 nelle prime 24 ore)...

SI

Ricovero in Unità Gravi Cerebrolesioni acquisite

NO

Gestibile a domicilio?

SI

Domicilio

No

Strutt. Protetta

Continuità dell'Informazione

Dal punto di vista organizzativo esistono diversi strumenti in grado di aumentare l'efficacia della continuità delle informazioni:

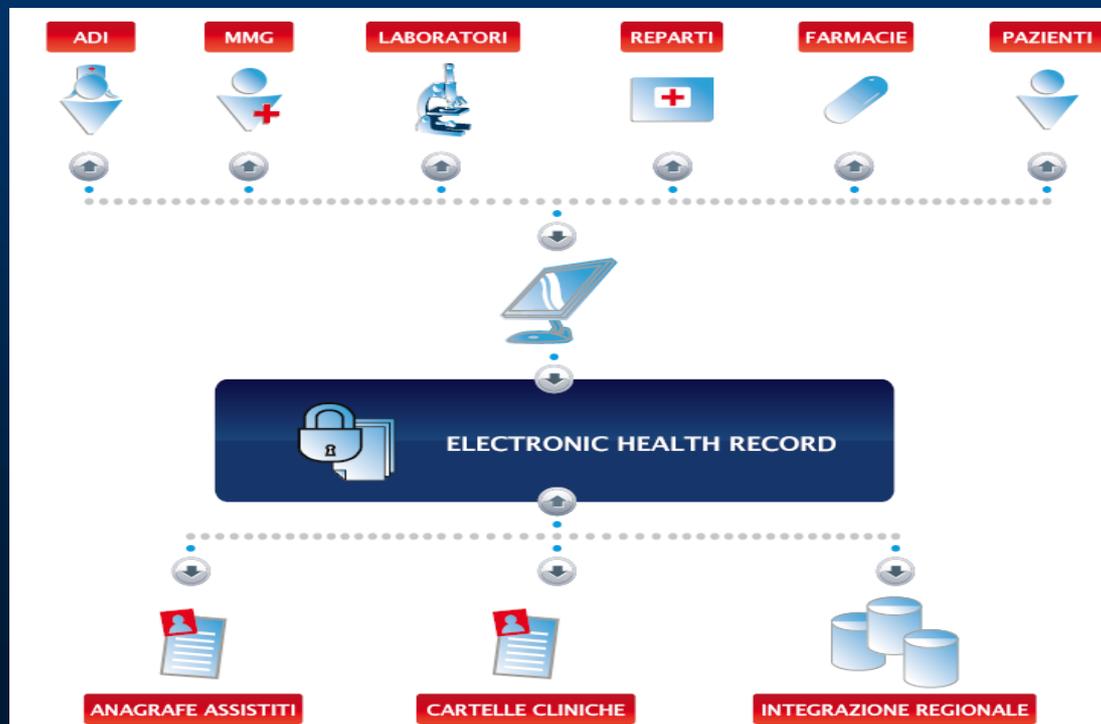
- Schede infermieristiche di dimissione protetta
- Cartelle integrate, sia a livello cartaceo che a livello informatico
- Sistema informativo distrettuale
- Scambio di informazioni mediante strumenti di Telemedicina

Nelle ULSS delle Regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia sono numerosi gli esempi che possono essere portati in questo senso.

Questi sistemi oltre a garantire la tempestività e la correttezza delle informazioni a disposizione di medici e figure sanitarie non mediche operanti a contatto con l'anziano fragile, permettono anche di fotografare l'assistenza dal punto di vista "macro", dando così alle direzioni aziendali un ritorno in termini di indicatori di qualità dell'assistenza, fondamentali per definire e mettere in atto le scelte strategiche

Continuità dell'Informazione

ULSS 9: sistema che consente raccolta e gestione di tutte le informazioni cliniche che possono essere generate durante la vita di una persona ("fascicolo sanitario del paziente"). Tali dati possono così essere richiamati al momento della visita dal proprio medico di medicina generale, una visita da un medico specialista, un ricovero ospedaliero, un ricovero urgente in pronto soccorso.



Continuità dell'Informazione



ULSS 16: Sistema Informativo di Distretto: centrato non sulle prestazioni ma sulla presa in carico della persona e più orientato alla rete dei servizi territoriali ed all'integrazione con il sociosanitario. Nell'ambiente informatico vengono registrati tutti i problemi di salute e i bisogni assistenziali del paziente, valutati in modo mono o multidimensionale, nonché ogni servizio sia stato attivato, dagli accessi domiciliari, alla fornitura di protesi ausili, al percorso della persona all'interno dell'ospedale e della rete dei servizi.

Il Sistema Informativo Distrettuale

SCAMBIO DI DATI

MIGLIOR COORDINAMENTO TRA I
DIVERSI SERVIZI, CON LA MESSA IN
RETE DELLE INFORMAZIONI

DATI

DESCRIZIONE ASSISTITI:

Quanti sono? Che bisogni di salute?
Che caratteristiche hanno?

DESCRIZIONE SERVIZI:

Che servizi eroghiamo, e a chi?
Quanti Farmaci? Quanti Ausili?

DESCRIZIONE ESITI:

Qualità della vita, Riduzione ricoveri
ripetuti, Mortalità a domicilio, ecc...

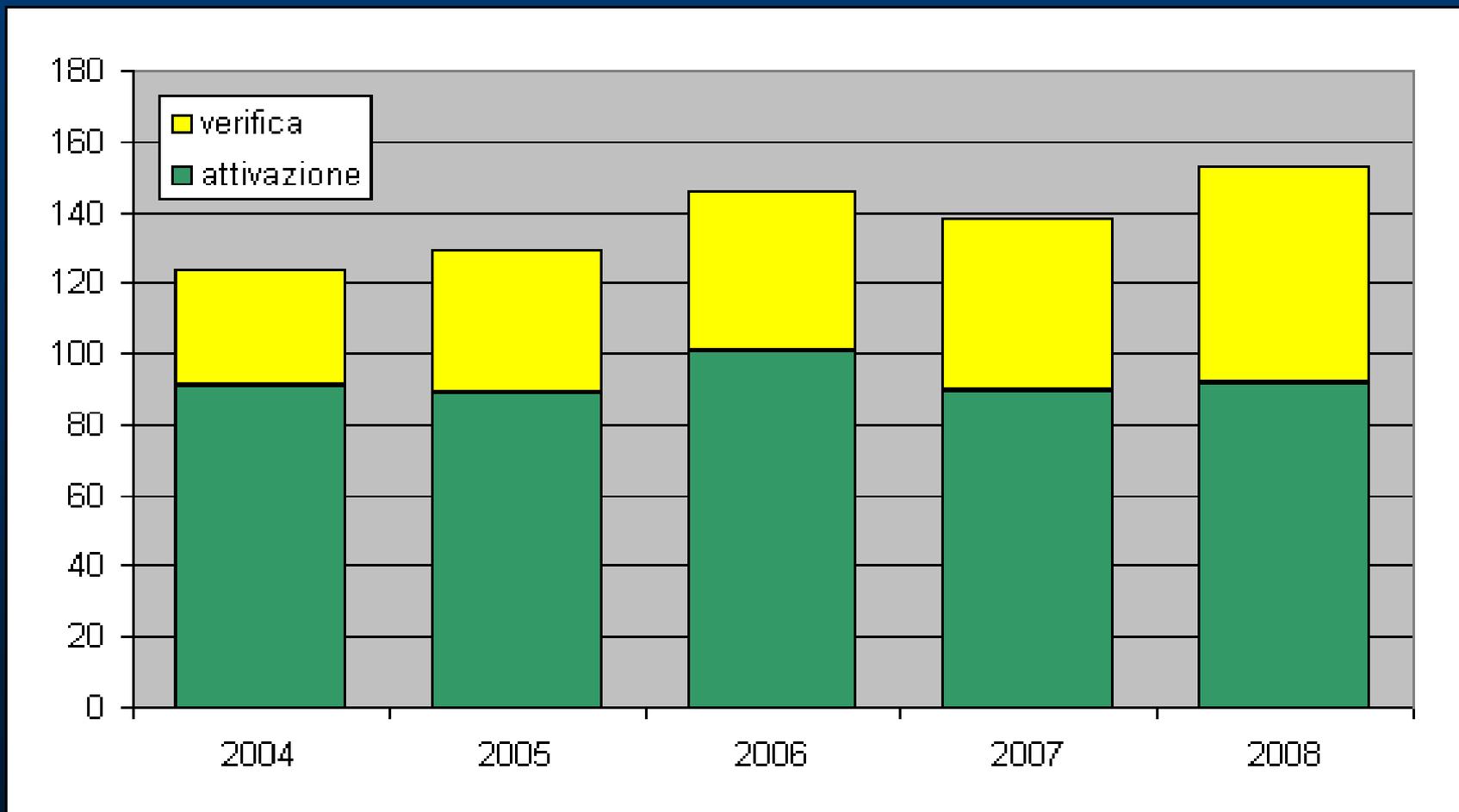
DESCRIZIONE SPESA:

Analisi dei costi



INDICATORI

Numero di UVMD di Attivazione e Verifica per persone con diagnosi principale di "colpo-accidente cerebrovascolare" in ULSS 16 per anno



Ictus – Indicatori

- Indicatore: parametro misurabile che descrive o fornisce informazioni in modo sintetico sullo stato di un fenomeno.
- L'indicatore deve essere uno strumento sintetico ma nello stesso tempo efficace, in modo da fornire una descrizione del fenomeno più accurata possibile.
- 'indicatore deve essere in grado di utilizzare un numero limitato di parametri e misure rispetto a quanto generalmente viene utilizzato per la descrizione analitica di un fenomeno ed allo stesso tempo di semplificare la comprensione del fenomeno in modo che il valore informativo scaturito dall'applicazione dell'indicatore possa essere facilmente utilizzato anche dai "non addetti ai lavori".
- Nella costruzione del un percorso di continuità delle cure di una qualsiasi patologia cronica, deve essere previsto un set di indicatori (non eccessivamente numerosi) in grado di descrivere il processo e gli esiti

Ictus – Indicatori

esempi di indicatori di qualità per la gestione dell'ictus

| Fase | Criterio di qualità | Indicatore |
|-------------------------------|---|---|
| Pre-ospedaliera | È indicato che il personale della Centrale Operativa (118) sia addestrato ad identificare al triage telefonico un sospetto ictus | Numero di persone giunte al PS con sospetto ictus, precedentemente classificate come codice rosso nella fase di triage telefonico. |
| Ospedaliera | Tempestività nella diagnosi differenziale, per poter garantire l'accessibilità ad eventuale trombolisi. | % di pazienti con sospetto ictus, candidabili a trombolisi che ricevono valutazione neurologica e TAC senza m.d.c. entro 25 minuti dall'arrivo. |
| Territoriale | Già nella fase ospedaliera va programmato il percorso assistenziale del paziente con ictus, al fine di ridurre il rischio di disabilità | % di persone dimesse con diagnosi di "ictus acuto" segnalate al MMG |
| | | % di persone dimesse con diagnosi di "ictus acuto" che hanno ricevuto una Valutazione Multidimensionale |
| Prevenzione secondaria | Nei TIA e nell'ictus ischemico non cardioembolico è indicato il trattamento antiaggregante per la prevenzione delle recidive. | % di soggetti dimessi con diagnosi di ictus ischemico, in trattamento con farmaci antiaggreganti, |

Conclusioni

Il modello proposto per l'ictus prevede, in sintesi che vengano definiti dei protocolli operativi per la gestione di tale patologia:

- In acuto, nella fase pre-ospedalizzazione
- In acuto, durante l'ospedalizzazione
- Nel post-acuzie (passaggio da ospedale a territorio)

Tale modello è esportabile a numerose altre patologie croniche, in particolare quelle caratterizzate da un elevato numero di ricoveri ricorrenti, spesso dovuti a una gestione non ottimale a domicilio (oltre all'ictus, lo scompenso cardiaco, la BPCO, ecc..).