

IL VALORE DEL TEAM A SUPPORTO DELLA PERSONA CON SCLEROSI MULTIPLA

Assistenza primaria, nel territorio e a domicilio

Milano, 13 Novembre 2015



APRIREnetwork
Assistenza PRIMaria In REte
Salute a Km 0

Fulvio Lonati

**la rete dei servizi sanitari
non può essere fatta di soli ospedali
ma questi devono essere organicamente connessi
ad un territorio attrezzato ed organizzato**



**... e la vera sfida è oggi quella delle cronicità:
anche condizioni tipicamente ospedaliere
- tumori, AIDS, accidenti cardiocerebrovascolari, -
sono oggi trattate con successo
e la prognosi non è più infausta
anche se, spesso, si sviluppano cronicità e/o disabilità**

**Promozione
degli stili di vita
che potenziano
il patrimonio di salute
individuale:**

**BISOGNA INIZIARE DAGLI
OPERATORI SANITARI**

4 azioni da richiedere ad ogni Operatore Sanitario:

1. Dedicare un minimo di tempo per **studiare, approfondire e interiorizzare la tematica**
2. **Manifestare la propria condivisione**, per esempio esponendo nel proprio spazio di lavoro manifesti di sensibilizzazione e testimonianza
3. Individuare le modalità ritenute più opportune per **inserire nella propria pratica quotidiana la consuetudine a trasmettere messaggi educativi agli utenti**
4. Imparare a riconoscere lungo la storia sanitaria della vita degli assistiti i **momenti in cui è maggiore la recettività a cambiare le abitudini di vita** scorrette



promozione/prescrizione
personalizzata
di comportamenti
a valenza preventiva e/o terapeutica



Educazione terapeutica

- La qualità della cura delle malattie croniche è correlata alla capacità del paziente e della sua famiglia di gestire giorno per giorno la propria condizione patologica: ciò si realizza più facilmente con curanti in grado di fare “**Educazione Terapeutica**”.
- L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha definitivamente adottato questo termine, precisando che è una **attività specifica dei curanti**.
- Tra le patologie che meglio possono giovare della educazione terapeutica primeggiano quelle oggetto dei più diffusi PDTA: diabete, ipertensione, malattie metaboliche, malattie respiratorie... **malattie neurologiche**.
- Mediante l’educazione terapeutica, l’assistito dovrebbe acquisire e conservare conoscenze, capacità e competenze per una ottimale “**convivenza**” con la malattia cronica: ciò partendo da una serena accettazione della condizione patologica per giungere alla capacità di partecipare attivamente, consapevolmente e congruentemente alla sua gestione.

La famiglia nel processo di cura

All'insorgere di un problema di salute la famiglia è la prima a mobilitarsi.

Oggi sono già possibili azioni a suo supporto; tuttavia queste tendono ad essere tra loro frammentarie ed i componenti del nucleo familiare si sentono soli, sperduti, incapaci.

Sarebbe invece auspicabile un “*momento unificatore*” in grado di mettere il contesto familiare in posizione centrale, rendendolo attore protagonista, informato, formato, consapevole, responsabile del processo di cura.

Se adeguatamente supportato, infatti, il contesto familiare, caregiver in particolare, può rappresentare il punto di forza del sistema assistenziale che ruota attorno al malato.

Possibili “**strumenti di lavoro**”
per supportare il malato e i suoi familiari
affinché divengano protagonisti informati e consapevoli,
“**attrezzati**” per “**convivere con la condizione patologica**”
nella migliore qualità di vita possibile:

- manuali di educazione terapeutica
- strutturazione del processo di educazione terapeutica nei PDTA
- scuole e manuali di assistenza familiare
- siti web dedicati ai care givers



“Manuali di Educazione Terapeutica”

ad uso di assistiti e familiari

strumenti a supporto dell'attività educativa degli operatori sanitari

OBIETTIVO:

rendere coerenti e compresi
i messaggi che vengono dati
al malato e alla famiglia

Possibile STRUTTURA DEI MANUALI

- Descrizione della malattia
- Stili di vita consigliati
- Terapia farmacologica
- Controlli periodici
- Cosa fare e cosa non fare
- Spazio “note” per dubbi/domande



LE VIE AEREE:
CONCORDIAMO LA ROTTA PER
GESTIRE LA
BPCO
(BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva)



Ottobre 2009



~~SCOMPENSO~~:
una guida al servizio
del cuore



Ottobre 2009



APRIREnetwork
Assistenza Primaria In Rete
Salute a Km 0

Fulvio Lonati



... e per la sclerosi multipla?

Facciamo “girare” i materiali prodotti!



Per il malato con bisogni assistenziali complessi

È necessario procedere in una **logica "multidimensionale"**,
cioè con un approccio, una lettura ed un intervento
interdisciplinari
che affrontano contemporaneamente almeno tre "dimensioni«
fondamentali della persona da assistere:

- la “dimensione” **medico-clinica** (prevenzione, diagnosi e cura delle malattie propriamente dette),
- la “dimensione” del **soddisfacimento dei bisogni fondamentali** (mangiare, muoversi, essere puliti),
- la “dimensione” della **tutela psico-sociale** (abitazione, possibilità economiche, relazioni interpersonali).

Una “regia di sistema” per i malati con bisogni assistenziali complessi: azioni chiave

Per il malato con compromissione dell'autosufficienza o che necessita di monitoraggio-terapie evolute:

- non può bastare un unico operatore-ente in grado di rispondere con competenza e sufficiente specializzazione a tutte le esigenze clinico assistenziali
- deve essere progettato, implementato e aggiornato ad ogni mutare delle esigenze, un piano di intervento personalizzato, multidimensionale e multiprofessionale, che assegni un ruolo a ciascun operatore/ente coinvolto

**Il Piano individuale personalizzato
per i malati con bisogni assistenziali complessi**

UVG – UVMD – CeAD - UCAM: DEFINIZIONE

Equipe funzionale multi-professionale

Territoriale - distrettuale

che ha il principale obiettivo di **supportare la famiglia ed il MMG/PLS**

nel garantire la **continuità** clinica, terapeutica ed assistenziale ai pazienti con bisogni assistenziali complessi e/o non autosufficienti,

secondo un **piano di intervento personalizzato, globale e condiviso.**

A tal fine **si rapporta operativamente** con gli altri servizi distrettuali e con gli erogatori della rete sanitaria e socio-sanitaria, secondo le caratteristiche ed i bisogni degli assistiti.

Gestisce il **punto unico di accesso** ai servizi per malati con bisogni assistenziali complessi.

UVG – UVMD – CeAD - UCAM: COMPOSIZIONE

Si avvale principalmente dell'apporto delle seguenti figure professionali:

- **MMG/PLS**
- **Medico del Distretto**
- **Infermiere esperto.**

Inoltre, per l'espletamento dell'attività, si avvale:

- dell'**Assistente Sociale** e del **supporto amministrativo** in collaborazione con i Comuni/Ambiti
- di **professionisti** individuati dall'erogatore coinvolto
- di **specialisti** consulenti (geriatra, fisiatra, neurologo, pneumologo, palliatore, psicologo, ecc.)

UVG – UVMD – CeAD - UCAM: OBIETTIVI PRINCIPALI

L'utilizzo ottimale dei servizi e delle risorse disponibili, al fine di rispondere alle singole richieste con efficacia, senza discriminazioni, con efficienza e integrando le diverse componenti

La valutazione razionale e globale dei malati con bisogni assistenziali complessi, effettuata con criteri il più possibile omogenei e validati

La promozione dell'integrazione e della continuità di cura tra i diversi attori coinvolti nella gestione di ciascun malato con bisogni assistenziali complessi

La promozione della partecipazione attiva del malato e del suo contesto familiare alla gestione della propria salute, mediante una adeguata educazione terapeutica personalizzata.

UVG – UVMD – CeAD - UCAM: FUNZIONI

Funzioni riferite al singolo utente

- **accoglienza**
- **valutazione multidimensionale**
- **orientamento all'utilizzo dei servizi**
- **programmazione degli interventi**
- **verifica di processi e risultati, tutela**

Funzioni riferite al sistema

- **conoscenza dei bisogni del territorio**
- **conoscenza della rete dei Servizi e delle risorse del territorio**
- **utilizzo razionale della rete locale di Servizi**
- **coordinamento operativo delle risorse disponibili**

POSSIBILI AREE DI ATTIVITÀ:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e Integrata (ADI) del MMG
 - ADI (Assistenza Domiciliare Integrata e prestazioni occasionali)
 - CDI (Centri Diurni Integrati)
 - Presidi protesici e integrativi
 - NAD (Nutrizione Artificiale Domiciliare)
 - O2 terapia - Ventilazione Meccanica Domiciliare
 - Supporti specialistici mirati: Psicologo, Palliatore, Fisiatra, Geriatra, altri specialisti
 - SAD (Servizi Assistenza Domiciliare comunale)
 - accesso a benefici economici (SLA, SV)
 - dimissioni e ammissioni protette
- raccordo con hospice, Strutture riabilitative, Strutture per le demenze
- RSA (Residenze Sanitario-Assistenziali) e lista accesso

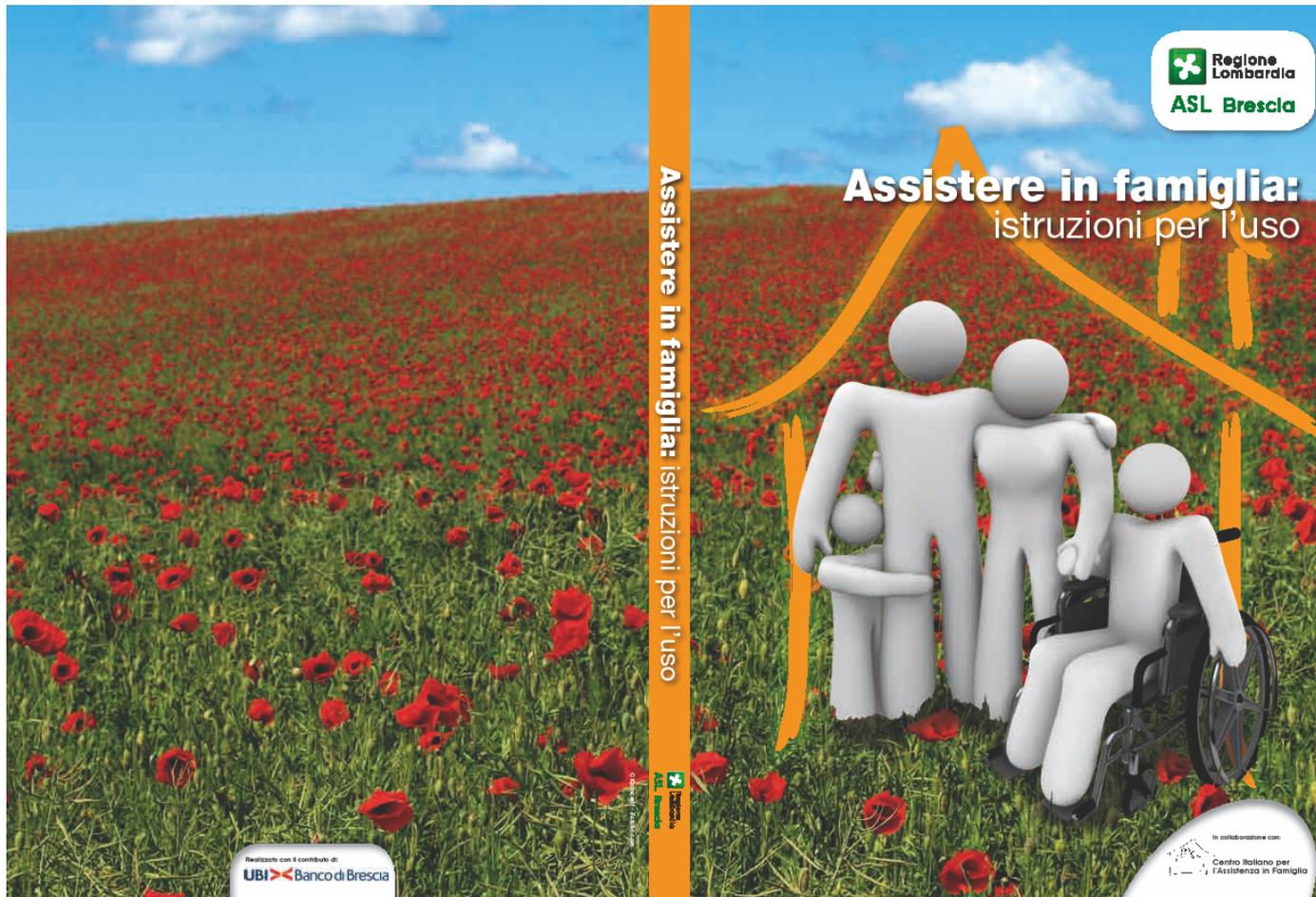
Migliorare la cura dei malati cronici con bisogni assistenziali complessi in ADI - Assistenza Domiciliare Integrata:

FORMAZIONE DEL MALATO E DELLA FAMIGLIA A DOMICILIO

OBIETTIVO:

- come il malato e la famiglia possono “*arrangiarsi*” da soli
 - ovvero
 - metterli nella condizione di sapersi “*arrangiare*” da soli
- AZIONI:
 - Verificare conoscenze/competenze
 - Verificare le modalità effettivamente messe in atto
 - Ottimizzare ambiente/tempi/ruoli
 - Insegnare/verificare apprendimento
 - Eccezionalmente operare
- METODO:
 - Valorizzare altre figure professionali (infermiere e FKT) in un “gruppo di lavoro funzionale”

Assistere in famiglia: istruzioni per l'uso



Caratteristiche del manuale

- E' composto da un **raccoglitore ad anelli** e da **schede** che affrontano le diverse tematiche assistenziali
- E' **personalizzato** per le singole situazioni: oltre ad alcune schede sempre presenti, vengono inserite quelle specifiche per i bisogni presentati dalla persona da assistere
- E' **modulabile** in funzione dell'evoluzione dei problemi di salute
- E' scritto in **linguaggio semplice**, per non addetti ai lavoro
- E' completo di **fotografie** che illustrano molte delle tecniche descritte
- E' caratterizzato da un **codice colore** che distingue i diversi argomenti trattati
- E' corredato da **DVD** quando necessario
- E' ulteriormente arricchibile di contributi nel tempo

MANIFESTO PER I FAMIGLIARI CAREGIVER: Verso il riconoscimento culturale, sociale, giuridico del caregiver

**Esiste la possibilità di uno sviluppo
dei servizi sanitari ed assistenziali
che preveda l’inserimento “strutturato”
tra gli attori del processo di cura
della famiglia, e specificamente del caregiver,
opportunamente preparati e sostenuti
a farsi carico non solo dei problemi logistico-abitativi
ma anche di quelli assistenziali
oltre che della gestione delle necessità continuative
di monitoraggio delle condizioni cliniche
e di somministrazione di terapie**



**La SItI Sezione Lombardia
organizza il Convegno**

“Prospettive per la valorizzazione del caregiver familiare nelle politiche sanitarie”

8 Novembre 2013

Università degli Studi di Milano

via Mangiagalli 25

Milano (zona Città Studi)

Iscrizioni & Informazioni:

atenacongressi@atenacongressi.it

Convegno gratuito, 4.5 ECM

Locandina: www.sitilombardia.it



Momenti nodali:

- **Educazione terapeutica cruciale nei momenti strategici:**
 - **epicrisi diagnostica e/o terapeutica**
 - **pronto soccorso**
 - **ricovero ospedaliero**
- **Promuovere/prescrivere l'attività motoria:**
 - **gruppi cammino**
 - **attività di gruppo guidata**
 - **coordinamento con allenatori delle palestre**
- **Valorizzare i farmacisti come educatori all'uso di:**
 - **farmaci**
 - **dispositivi e presidi**
- **Utilizzare e sviluppare strumenti di supporto (manuale, opuscoli, check list,...); NB → ruolo dell'infermiere e del FKT**
- **Gruppi di educazione terapeutica (presso MMG associati / UO Specialistiche /) NB → ruolo dell'infermiere e del FKT**
- **Siti web dedicati all'educazione terapeutica (dei MMG associati / delle UO specialistiche / dell'ASL /)**

La responsabilizzazione dell'assistito nella gestione del suo percorso di cura

La cronicità impone soluzioni compatibili con la “**domiciliarità**” e la “**quotidianità**”, proiettate al di fuori degli “spazi sanitari”:

- **il malato cronico ed il suo contesto:**
fattivamente coinvolti attraverso una non generica “educazione terapeutica” per divenire **attori consapevoli, motivati, competenti del proprio processo di cura**
- **I sanitari:**
da “operatori” a “assistenti” del malato/famiglia, con azioni di informazione, formazione, orientamento, consulenza, supporto, verifica

**DA OPERATORI (SANITARI)
A
ASSISTENTI-FORMATORI-CONSULENTI

CHE AGISCONO
IN “EQUIPE FUNZIONALI”**





APRIREnetwork

Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

**un network
per condividere
conoscenze, esperienze e iniziative
finalizzate allo sviluppo e alla qualificazione
dell'Assistenza Primaria**



APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Fulvio Lonati





APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

- **APRIREnetwork è una rete di persone che partecipano alla identificazione, “costruzione collaborativa” e diffusione di idee, documenti, strumenti di lavoro, percorsi formativi, eventi informativi, nell’ambito dell’Assistenza Primaria.**
- **L’obiettivo è promuovere e qualificare l’Assistenza Primaria come materia specifica di studio e di lavoro.**





APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Per partecipare ad APRIREnetwork vai al sito

www.aprirenetwork.it

e vedi:

- **Chi siamo**” per visionare finalità/funzionamento di APRIREnetwork e, a monte, di APRIREassociazione;
- **“Aderisci“, “Segnala” e “Proponi”** per partecipare;
- **“Documenti & progetti”** per consultare
- **“News” e “Discussioni”** per discutere



APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Fulvio Lonati

