

Scuole di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva

Università degli studi di Milano

Università degli studi di Milano Bicocca

Università Vita e Salute

Seminario sull'Assistenza Primaria

Quinto modulo – 10 Ottobre 2019

- ***Gli assistiti con bisogni assistenziali complessi***

Docente: *Fulvio Lonati*



APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Un network per

APRIREnetwork nasce da un'idea di un gruppo di professionisti nell'ambito Assistenza Primaria nel 2014. Crediamo che l'evoluzione demografica, sociale ed epidemiologica richieda un nuovo approccio alla materia, muovendo dal modello della patologia acuta ad **un nuovo paradigma assistenziale e proattivo** che rispetti i principi di economicità e sia compatibile con la qualità della vita delle persone.

L'obiettivo è **promuovere e qualificare l'Assistenza Primaria** con **attività specifica di ricerca, studio e lavoro**. Un obiettivo da perseguire attraverso un network collaborativo e multidisciplinare basato su tre pilastri:

1. **favorire la conoscenza reciproca e l'interazione tra realtà associative e professionisti** portatori di interesse in attività multidisciplinari sull'Assistenza Primaria;
2. **valorizzare le persone** quali veri e propri "operatori" dei propri percorsi di salute e malattia;
3. **rappresentare il punto di vista e il ruolo dell'Assistenza Primaria** nel dialogo con gli interlocutori sociali e istituzionali.



News

Eventi

Progetti e lavori in corso

"**APRIRE - Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0**" è l'associazione, non profit, che coordina le attività di **APRIREnetwork**: ecco il Consiglio e gli Organi associativi:

testi consigliati

GOVERNARE L'ASSISTENZA PRIMARIA

MANUALE PER OPERATORI
DI SANITÀ PUBBLICA

Progetto editoriale
Gruppo di Lavoro Primary Health Care
della Società Italiana di Igiene,
Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

BRUNO MONDADORI

RICERCA



Fulvio Lonati



APRIREnetwork
Assistenza PRimaria In REte
Salute a Km 0

Le grandi tipologie di assistiti: ASSISTITI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

Quanti sono:

- **I malati con compromissione dell'autosufficienza o con necessità di cure complesse sono circa 30-60/1.000 abitanti**

Come si caratterizza la domanda di salute

- **Frequente multi morbosità**
- **Compromissione dell'autosufficienza e/o con necessità di cure complesse**
- **E' richiesto un piano assistenziale integrato che prevede il coinvolgimento di servizi sanitari – assistenziali - sociali**

Possibili aspetti critici nella risposta alla domanda:

- **Valutazione multidimensionale**
- **Integrazione e coordinamento tra servizi e figure professionali diverse**

Le grandi tipologie di assistiti:

ASSISTITI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

I professionisti - servizi coinvolti

- MMG-PdF , Cure domiciliari sanitarie e socio sanitarie, servizi protesi/ausili, diagnostica e specialistica ambulatoriale, servizi riabilitazione, servizi socio sanitari semiresidenziali e residenziali

Il percorso di riferimento per l'assistito

- L'assistito è seguito a livello domiciliare dal proprio medico di fiducia con cui collaborano i diversi professionisti coinvolti in un Piano di assistenza
- L'assistito può essere ricoverato, previa valutazione multidimensionale, presso strutture di riabilitazione, di lungodegenza o socio sanitarie residenziali

I modelli di intervento

- Il MMG-PdF è il responsabile clinico al domicilio e accompagna l'assistito all'eventuale ricovero e alla dimissione
- La valutazione multidimensionale e il piano di assistenza (PAI) sono gli strumenti su cui coinvolgere i diversi professionisti
- Coinvolgimento del caregiver nel PAI

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI **- caratteristiche e bisogni -**

Malati

con grave compromissione dell'autonomia personale

con prospettiva tendenzialmente involutiva

ad elevato impegno di risorse sanitario-assistenziali

che necessitano approccio olistico e personalizzato

richiedono integrazione

con forte proiezione verso la domiciliarità

e coinvolgimento necessario del contesto familiare

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- alcuni esempi -

- **anziani con compromissione dell'autosufficienza**
- **con disturbi cognitivi gravi - demenza**
- **con malattie neurologiche progressivamente invalidanti**
- **con esiti di incidenti cerebro-vascolari o di traumi cerebrali**
- **in stato vegetativo persistente**
- **persone in terapia sostitutiva mediante ausili medicali (dializzati, ventilati, in ossigenoterapia a lungo termine, in alimentazione artificiale) con compromissione dell'autosufficienza**
- **disabili adulti con insorgenza di malattie severe acute o croniche**
- **gravi politraumatizzati con recupero prolungato**
- **persone (anche bambini) affette da polipatologie che, in ambito domiciliare, necessitano di terapie complesse**

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- approccio -

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, ...)

L'approccio alla persona con problemi di salute dipende sempre da tre dimensioni

➤ Dimensione **“Clinica”**

- **Diagnosi**
- **Terapia**



**Professione
«baricentrica»:
Medico**

➤ Dimensione **“Funzionale”**

- **Fisica**
- **Sensoriale**
- **Cognitiva**



**Professione
«baricentrica»:
Infermiere**

➤ Dimensione **“Ambientale”**

- **Relazionale**
- **Economica**
- **Abitativa**



**Professione
«baricentrica»:
Psico-sociale**

***Di fronte ad ogni persona con problemi di salute
si dovrebbe fare sempre
una Valutazione MultiDimensionale***

- **L'approccio dovrebbe cambiare in funzione della Valutazione MultiDimensionale**
- **La gestione della sola dimensione "clinica" ("qualcun altro ci penserà!") può essere destinata al fallimento terapeutico**

Valutazione MultiDimensionale: sempre? ... ma come procedere in pratica?

➤ Sempre >>> VMD “impercettibile” ma “consapevole”

(“Ritengo che sia:

- In grado di badare a sé*
- Arrangiarsi nel gestire la propria vita*
- Problemi di contesto?”)*

➤ Se sospetto presenza di un problema

>>> VMD elementare (ad esempio:

- CIRS*
- Barthel*
- “Con chi, dove, come vive?”*

➤ Se conferma di problemi rilevanti

>>> VMD approfondita/mirata

Valutazione MultiDimensionale: sempre? ... ma come procedere in pratica?

- **Sempre >>> VMD “impercettibile” ma “consapevole”**
(*“Ritengo che sia:*
 - *In grado di badare a sé*
 - *Arrangiarsi nel gestire la propria vita*
 - *Problemi di contesto?”*)

- **Se sospetto presenza di un problema**
>>> VMD elementare (ad esempio:
 - *CIRS*
 - *Barthel*
 - *“Con chi, dove, come vive?”*

- **Se conferma di problemi rilevanti**
>>> VMD approfondita/mirata

PATOLOGIE IN ATTO

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1) Cardiaca (solo cuore) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 2) Ipertensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 3) Vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 4) Respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 5) O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 6) Apparato G.I. Superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 7) Apparato G.I. Inferiore (intestino, ernie) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 8) Epatiche (solo fegato) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 9) Renali (solo rene) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 10) Altre Patologie Genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 11) Sistema Muscolo-Scheletro-Cute (muscoli, scheletro, tegumenti) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 12) Sistema Nervoso Centrale e Periferico (non include la demenza) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 13) Endocrine - metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| 14) Psichiatrico-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

LEGENDA PATOLOGIE IN ATTO:

1-**Assente** nessuna compromissione di organo/sistema

2-**Lieve** la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)

3-**Moderato** la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acolelitiasi, diabete, fratture)

4-**Grave** la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)

5-**Molto grave** la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

DIAGNOSI PRINCIPALI

COD. ICD IX

DIAGNOSI PRINCIPALI

COD. ICD IX

PATOLOGIE IN ATTO

1) **Cardiaca** (solo cuore)

① ② ③ ④ ⑤

2) **Inertensione** (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)

① ② ③ ④ ⑤

① **Assente**: nessuna compromissione di organo/sistema

② **Lieve**: la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività. Il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente (es. abrasioni cutanee, ernie, emorroidi)

③ **Moderato**: la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona (es. acoelitiasi, diabete, fratture)

④ **Grave**: la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, scompenso cardiaco)

⑤ **Molto grave**: la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza, il trattamento è urgente, la prognosi è grave (es. infarto del miocardio, stroke, embolia);

DIAGNOSI PRINCIPALE	COD. ICD-10	DIAGNOSI PRINCIPALE	COD. ICD-10

VALUTAZIONE AUTOSUFFICIENZA (Scala di Barthel)

<u>FUNZIONE</u>	Dipendenza Completa	Dipendenza grave	Dipendenza moderata	Dipendenza lieve	Autosufficienza	Non rilevato
DEAMBULAZIONE	1	2	3	4	5	9
LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE	1	2	3	4	5	9
SCALE	1	2	3	4	5	9
TRASFERIMENTO LETTO/SEDIA	1	2	3	4	5	9
USO DEL WC	1	2	3	4	5	9
CONTINENZA INTESTINALE	1	2	3	4	5	9
CONTINENZA URINARIA	1	2	3	4	5	9
ALIMENTAZIONE	1	2	3	4	5	9
VESTIRSI	1	2	3	4	5	9
IGIENE PERSONALE	1	2	3	4	5	9
BAGNO/DOCCIA	1	2	3	4	5	9

CLASSE SOSIA:

Punteggio Barthel: _____ / 100

DISTURBI DI COMPORTAMENTO

	Grave	Moderato	Lieve	Assente	Non Rilevato
CONFUSIONE	1	2	3	4	9
IRRITABILITA'	1	2	3	4	9
IRREQUIETEZZA	1	2	3	4	9

ASPETTI PSICO-SENSORIALI:

	assente	limitata	integra	non rilevato
CAPACITA' DI COMUNICARE	1	2	3	9
VISTA	1	2	3	9
UDITO	1	2	3	9

ASPETTI SOCIO AMBIENTALI

problematico:

	no	si	gravemente
• ISOLAMENTO dell'ABITAZIONE	①	②	③
• STATO di MANUTENZIONE dell'ABITAZIONE	①	②	③
• IGIENICITA' dell'ALLOGGIO	①	②	③
• RISCALDAMENTO	①	②	③
• SERVIZI IGIENICI	①	②	③
• BARRIERE ARCHITETTONICHE	①	②	③
• SITUAZIONE ECONOMICA	①	②	③
• GESTIONE ALIMENTARE	①	②	③
• GESTIONE della VITA QUOTIDIANA	①	②	③
• RELAZIONE/SOCIALIZZAZIONE	①	②	③
• SUPPORTO FAMILIARE-PARENTALE : quantità	①	②	③
qualità	①	②	③

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- il punto «strategico» -

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**

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

**- una sola chiave di accesso alla rete dei servizi -
(le tante denominazioni!)**

- **UVG: Unità di Valutazione Geriatrica**
- **UVMD: Unità di Valutazione MultiDimensionale**
- **CeAD: Centro Assistenza Domicilaire**
- **UCAM: Unità di Continuità Assistenziale MultiDimenisonale**
- **PUA: Punto Unico di Accesso**

UVG - UVMD - CeAD - UCAM - PUA - obiettivi -

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 - PUA - 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

UVG - UVMD - CeAD - UCAM - PUA - indicazioni per il buon funzionamento -

Equipe funzionale multi-professionale

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, basato su una valutazione multidimensionale.**

A tal fine **si rapporta operativamente** con le altre Unità Operative 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 - PUA - indicazioni per la composizione -

Si avvale prioritariamente dell'apporto delle figure professionali:

- **MMG/PLS**
- **Infermiere esperto**
- **(Medico del Distretto - «per coprire le spalle»)**

Si può inoltre avvale di:

- **supporto amministrativo**, eventualmente dedicato
- **Assistente Sociale**, preferibilmente mediante collaborazioni con i Comuni/Ambiti
- **professionisti** individuati dagli erogatori coinvolti
- **figure specialistiche** per consulenza mirate (geriatra, fisiatra, palliatore, psicologo, ecc.)

UVG - UVMD - CeAD - UCAM - PUA - riepilogando -

- opera come **equipe funzionale**, in modo interattivo sia al proprio interno che all'esterno
- riceve **quotidianamente** le richieste di intervento
- effettua il più celermente possibile, comunque entro i tempi massimi definiti, il primo inquadramento di ogni nuova situazione, di norma attraverso accesso domiciliare, e attiva conseguente il **piano globale di intervento**
- utilizza le modalità più semplici e rapide per attivare i servizi necessari garantendo comunque l'**approccio multidimensionale**
- promuove l'**autonomia e la responsabilizzazione** dell'assistito e della sua famiglia evitando per quanto possibile interventi sostitutivi
- si relaziona direttamente con gli operatori/Enti che sono stati attivati sul singolo caso e, con gli stessi, effettua **rivalutazioni in itinere** della situazione, riaggiornando congiuntamente il piano di intervento
- procede a **rivalutazione complessiva** periodica e in relazione a singoli problemi attivi e/o a singoli obiettivi

Fulvio Lonati

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

L'articolazione organizzativa per una «regia di sistema»:

INTEGRATA

nessuno ha tutte le risposte per tutte le domande e tutti in qualche modo dipendono dalla competenza altrui

APPROCCIO GLOBALE

attenzione ai bisogni complessivi della persona e della sua famiglia

INTERDISCIPLINARE, LOCALE, TENDENZIALMENTE «UNICA»

**diverse professionalità interagenti,
che operano tramite uno “sportello” funzionalmente unico e rispondono in base alla conoscenza dei bisogni e delle possibilità di risposta presenti localmente**

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

L'articolazione organizzativa per una «regia di sistema»:

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA CENTRALE
(a carattere dipartimentale?)

**con il compito di coordinare i meccanismi di integrazione
dell'intera rete locale dei servizi**

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DISTRETTUALE

SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO

CENTRALITÀ DEI MEDICI DELLE CURE PRIMARIE
(MMG, MCA e PLS)

SERVIZI SPECIALISTICI OSPEDALIERI ED AMBULATORIALI
a “proiezione culturale verso il territorio”

STRUMENTI PROFESSIONALI
**costantemente tesi a migliorare la qualità e la riproducibilità delle
cure**

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- le 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
- Dimissioni e ammissioni protette
- Raccordo con Hospice, Strutture riabilitative, Strutture per le demenze
- RSA (Residenze Sanitario-Assistenziali) e lista accesso

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- sistema informativo -

DEFINIZIONE

Insieme dei

- **metodi**
- **procedure**
- **strumenti**

necessari per la raccolta, la conservazione, l'organizzazione dei dati e il loro utilizzo

CARATTERISTICHE

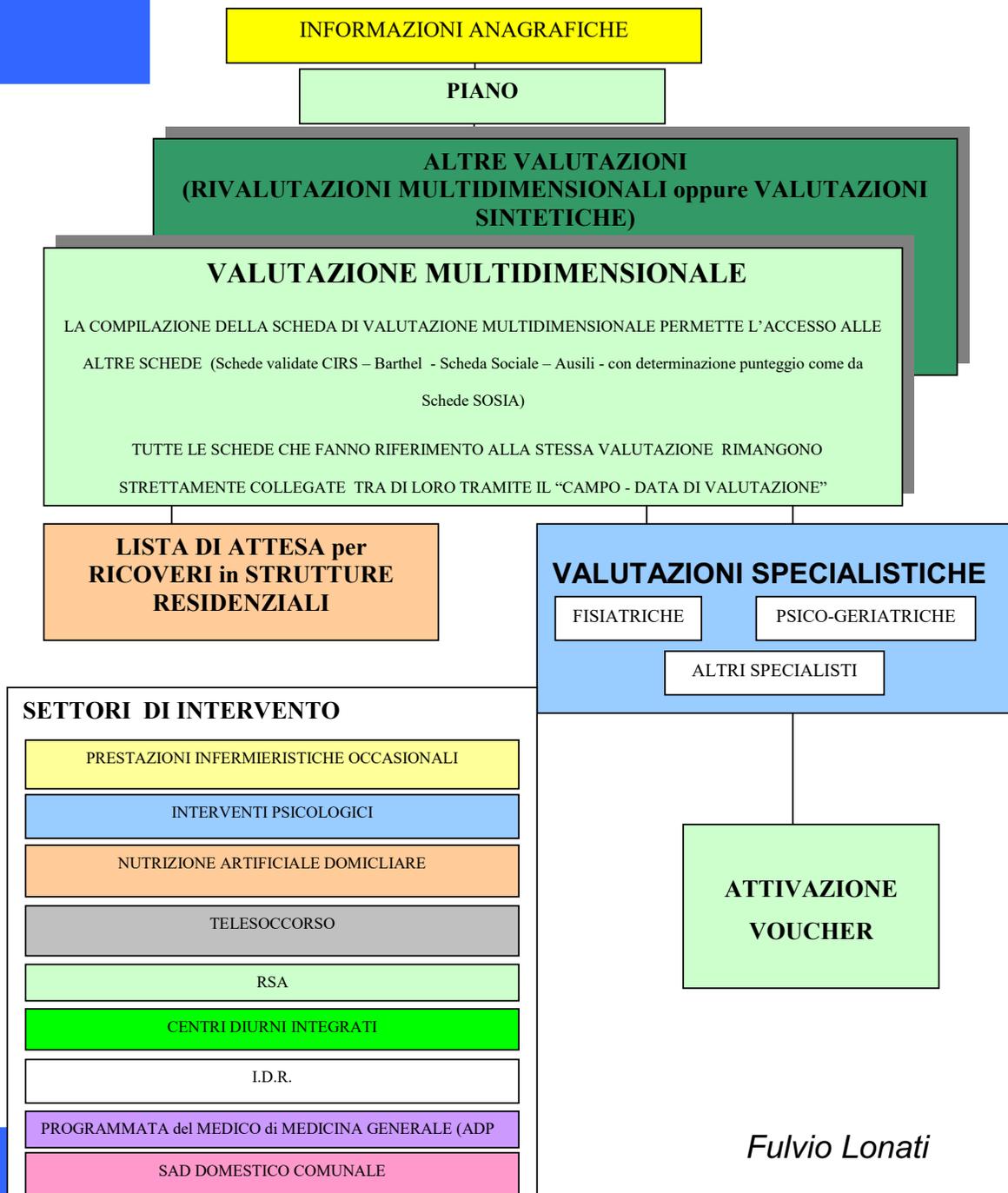
- **integrazione tra i servizi e semplificazione delle procedure**
- **sezioni fondamentali** (anagrafica, clinica, valutazione autosufficienza, valutazione sociale, giudizio di sintesi, pianificazione degli interventi, reportistica)
- **strumenti cartacei interfacciati all'applicativo informatico**
- **stretto legame del sistema informativo ai protocolli tecnico-operativi**

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- sistema informativo -

Accessibile alle diverse articolazioni ASL ed ai relativi operatori, oltre che ad Enti esterni; ad esempio:

- **A livello centrale ASL:**
 - **Servizio Anziani-Cure Domiciliari**
 - **Dipartimento Cure Primarie**
 - **U.O. Farmaceutica**
 - **U.O. Assistenza Protesica e Continuità di Cura**
 - **Servizio Infermieristico**
- **A livello distrettuale ASL:**
 - **U.O.I. Anziani-Cure Domiciliari**
 - **U.O.I. Cure Primarie**
 - **UCAM**
 - **Struttura erogatrice ADI distrettuale**
- **Enti extra ASL:**
 - **Enti erogatori ADI accreditati**
 - **CDI**
 - **RSA**



**Un possibile
impianto
del supporto
informatico
per i malati
con bisogni
assistenziali
complessi**

Fulvio Lonati

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- protocolli tecnico-assistenziali -

-
- **Fornitura e distribuzione di presidi ed ausili monouso**
- **Consegna-ritiro a domicilio, con possibilità di sanificazione, collaudo e riutilizzo, degli ausili protesici non personalizzati, in comodato d'uso**
- **Ausili per diabetici e microinfusori**
- **Prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee**
- **Riabilitazione domiciliare**
- **Nutrizione artificiale domiciliare**
- **Ossigenoterapia a lungo termine**
- **Saturimetri**
- **Ventilazione meccanica domiciliare**
- **Montascale**
- **Stati vegetativi**
-

P.O. di U.O. Tel

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER DIMISSIONE PROTETTA

Cognome e nome del paziente _____
 data di nascita _____ residente a _____
 in via _____ n. _____ tel. _____
 Medico di famiglia dott. _____
 Familiare di riferimento (cognome, nome, n. telefonico) _____
 Diagnosi medica di dimissione _____

DATI DI INQUADRAMENTO CLINICO-ASSISTENZIALE:

percezione della realtà: confuso vigile disorientato
 respirazione: normale patologica _____
 alimentazione normale S.N.G. N.P.T. altro _____
 eliminazione intestinale: normale stipsi diarrea incontinenza _____
 stomia tipo _____ frequenza di gestione _____
 eliminazione urinaria: normale incontinenza guaina esterna pannolone _____
 catetere vescicale; tipo _____ calibro _____ sostituito il _____
 stomia tipo _____ frequenza di gestione _____
 mobilitazione: attiva fuori dal letto attiva fuori dal letto con ausili _____
 attiva nel letto completamente passiva _____
 riposo e sonno: normale patologico _____
 vestirsi e spogliarsi: autosufficiente non autosufficiente _____
 igiene personale: autosufficiente non autosufficiente aiuto da parte di _____
 comunicazione: mantenuta compromessa _____
 lesioni cutanee: no si tipo _____
 sede _____ medicazioni con _____
 terapia del dolore: farmaci _____
 posologia _____ via di somm. _____
 necessita di : presidi sanitari _____ richiesti si no
 ausili sanitari _____ richiesti si no
 è portatore di C.V.C.: si no tipo: _____ medicazioni come da protocollo: si no
 se no, con quali prodotti e frequenza: _____

Il paziente è a conoscenza della propria patologia? si () no ()

Note

Data prevista per la dimissione protetta: _____

Operatore ospedaliero di riferimento/telefono _____

Data Il/la Caposala Il Medico

Si prega di scrivere in stampato ed in modo leggibile

**Dimissioni
 (e Ammissioni)
 Protette**

**Uno strumento nodale di
 orientamento:
 professionale
 organizzativo
 di integrazione operativa**

Fulvio Lonati



MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- la partecipazione attiva dei familiari -

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” ad “assistenti” del malato/famiglia, con azioni di informazione, formazione, orientamento, consulenza, supporto, verifica**

IL CAREGIVER FAMILIARE COINVOLGIMENTO, FORMAZIONE E SOSTEGNO

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, FKT, farmacista) in un “gruppo di lavoro funzionale”

DA OPERATORI (SANITARI)
A
ASSISTENTI-FORMATORI-CONSULENTI

CHE AGISCONO
IN “EQUIPE FUNZIONALI”

Fulvio Lonati

MALATI CON BISOGNI ASSISTENZIALI COMPLESSI

- verifica finale -

- Il malato con bisogni assistenziali complessi
- La valutazione multidimensionale: clinica / assistenziale / psico-sociale
- Scale di valutazione funzionale: BADL, CIRS, scale mirate a specifiche funzioni
- Il piano globale di intervento multidimensionale/multiprofessionale
- UVG/UVMD/UCAM/CeAD/CeAD: ruolo, composizione modalità di funzionamento
- Definizione, attivazione e controllo del piano globale di intervento individuale multidimensionale/multiprofessionale
- Dimissioni protette dall'ospedale
- Cure domiciliari
- Cure palliative
- Presa in carico delle malattie rare
- Servizi residenziali e semiresidenziali
- Servizi sanitario-assistenziali e servizi sociali