

ASL MILANO DUE

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2

TITOLO DEL PROGETTO	LA DOMICILIARITA', NODO E SNODO DELLA CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA: IMPLEMENTAZIONE DELLA FUNZIONE DI "CASE MANAGER" DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
Il contesto	<p>Il contesto attuale pone sempre di più l'accento sulla cura e l'assistenza domiciliare al paziente cronico.</p> <p>Questa necessità si inserisce in uno scenario caratterizzato da una ricchezza e varietà di servizi a disposizione che tuttavia, molto spesso, sono poco utilizzati e "sfruttati" al meglio o perché non conosciuti o perché tra di essi poco integrati e comunicanti.</p> <p>Uno degli aspetti più critici, connessi con la erogazione di una assistenza di alta qualità e "sicura", nell'attuale ambiente sanitario ad elevata complessità, è rappresentato dal coordinamento e dall'integrazione tra diverse unità d'offerta. Questa criticità è soprattutto presente a livello domiciliare e, in questo ambito, l'emergere di alcuni elementi di criticità ha reso improrogabile lo sviluppo di logiche e strumenti operativi volti all'integrazione.</p> <p>Per assicurare integrazione alle cure sono stati proposti alcuni modelli, tra cui l'individuazione di un case manager, con il compito di:</p> <ul style="list-style-type: none">• intercettare e valutare direttamente i bisogni socio-sanitari del paziente, attivando coerenti processi assistenziali• valutare la singola situazione e costruire intorno all'assistito, a domicilio, una risposta complessiva ai bisogni sanitari ed assistenziali.• garantire e supervisionare il processo di cura secondo il piano personalizzato• responsabilizzare ed educare il paziente verso l'ottenimento della compliance alle terapie prescritte e verso l'aderenza ad uno stile di vita adeguato in riferimento alle patologie di cui è affetto• operare con i pazienti, onde monitorarne le condizioni e fornire tutti i consigli necessari a favorire una migliore auto-gestione <p>Come sottolineato da alcuni autori, l'area dell'assistenza socio-sanitaria, che coinvolge professionisti sanitari, sociosanitari e sociali, ha sviluppato in questi anni una logica di integrazione di funzioni e professionalità, partendo dalla necessità di assicurare la presa in carico di specifici <i>target</i>, come, ad esempio gli anziani non autosufficienti.</p> <p>Questo approccio non ha pienamente risolto il nodo di definire la figura di riferimento per i bisogni dell'assistito, in grado di ricondurre lo specifico problema all'insieme delle condizioni di salute della persona inserita nel contesto familiare e di vita.</p> <p>In particolare, in questo approccio un ruolo marginale sembra essere assegnato, anche se non volontariamente, al medico di medicina generale quando la funzione della medicina generale prevede tra le sue finalità:</p> <ul style="list-style-type: none">• un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre

	<p>specialità ed assumendo, se necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;</p> <ul style="list-style-type: none"> • affrontare i problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale. <p>Va, comunque, rilevato come questa situazione risenta anche di modelli culturali che vedono la professione medica incentrata sulla clinica, da esercitarsi in ambito ospedaliero, in cui la medicina generale non ha ancora "guadagnato", a livello culturale, l'importante spazio che occupa nella realtà quotidiana.</p> <p>Da qui discende la necessità di potenziare, soprattutto a livello domiciliare, l'esercizio, da parte del medico di medicina generale, delle funzioni modernamente definite di "case management", attraverso la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • messa a punto di strumenti valutazione complessiva dei bisogni delle persone non autosufficienti assistite a domicilio; • sperimentazione di questi strumenti sugli assistiti in condizioni di non autosufficienza.
<p>Obiettivi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementare la funzione di case manager del medico di medicina generale, attraverso la costruzione e la sperimentazione di strumenti di valutazione complessiva dei bisogni della persona fragile assistita a domicilio. 2. Costruire attorno alla persona risposte "su misura" al bisogno, perseguendo il coordinamento interdisciplinare a livello domiciliare. 3. Formare gli operatori coinvolti in tali processi.
<p>Risultati attesi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pieno ed efficace utilizzo dei servizi domiciliari da parte del cittadino 2. Appropriatezza della cura con la realizzazione di piani assistenziali su misura 3. Miglioramento della qualità della vita dei pazienti assistiti a domicilio dai loro familiari.
<p>Fasi del percorso/Azioni specifiche previste</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicazione del progetto a tutti i Medici di medicina generale e raccolta della adesioni; 2. Attivazione di "audit" su base territoriale per la costruzione partecipata di strumenti valutazione complessiva dei bisogni delle persone non autosufficienti assistite a domicilio; 3. Validazione dello strumento in sede di Comitato Aziendale 4. Sperimentazione degli strumenti individuati su un target costituito da <ul style="list-style-type: none"> • persone non autosufficienti assistite a domicilio, indipendentemente dalla tipologia e forma di assistenza individuata • assistiti ultrasessantacinquenni 5. Raccolta delle valutazioni, attraverso l'inserimento – da parte dei MMG aderenti all'iniziativa – delle informazioni in un sistema informatizzato 6. Effettuazione di "audit" territoriali alla fine del percorso.
<p>Tempistica</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicazione del progetto: entro dicembre 2009 2. Attivazione di "audit": entro il 20 gennaio 2010 3. Validazione dello strumento in sede di Comitato Aziendale: entro gennaio 2010 4. Sperimentazione, raccolta informazioni: entro giugno 2010

Indicatori	<ul style="list-style-type: none">• e mail di comunicazione ai MMG• Verbali di audit• Scheda di valutazione• Report di progetto
Risorse	Il progetto sarà realizzato con i residui del fondo domiciliarità anni 2007-2008.
Modalità di retribuzione del singolo medico	<p>Il fondo sarà distribuito a ciascun MMG proporzionalmente al carico di assistiti di età superiore ai 65 anni.</p> <p>La retribuzione avverrà in questo modo:</p> <ul style="list-style-type: none">- una quota pari a 300,00 euro sarà assegnata per la partecipazione all'audit iniziale e l'effettuazione di un numero prestabilito di valutazioni, pari n. 5 per i medici con carico di assistiti sino a 800 e n. 10 per i medici con carico di assistiti superiore a 800 (compreso l'inserimento nel sistema informatizzato predisposto dalla ASL);- la rimanente quota verrà corrisposta sotto forma di compenso per singola valutazione (quantificato in euro 15,00), sino al raggiungimento della capienza della somma assegnata a ciascun MMG (compreso l'inserimento nel sistema informatizzato predisposto dalla ASL).

Bisogni sanitari:

- Terapia orale parenterale
Medicazioni decubiti altre
Mobilizzazione attiva passiva
Nutrizione normale enterale (PEG/sondini) parenterale
Caterizzazione vescicale nefrostomia
Stomie urostomie colon-stomie
Altro _____

I bisogni sanitari sono soddisfatti? SI NO PARZIALMENTE

(se sì) da chi?

- coniuge/partner
 figli
 assistenza domiciliare integrata (ADI)
 personale privato
 badante
 altro

B) VALUTAZIONE DEI ASSISTENZIALI

Bisogni assistenziali rilevati:

- Igiene persona ambiente
Mobilizzazione trasferimento
Alimentazione assistenza fornitura/confezionamento
Trasporto ai luoghi di cura
Commissioni/forniture a domicilio
Altro _____

I bisogni assistenziali sono soddisfatti? SI NO PARZIALMENTE

(se sì) da chi?

- coniuge/partner
 figli
 servizio assistenza domiciliare del comune
 badante
 altro

CRITICITA' RILEVATE:

- Barriere architettoniche
Ambienti interni che necessitano adattamento

CVALUTAZIONE DEL LIVELLO DI DIPENDENZA

Indice di Barthel modificato

ITEMS	1 <i>(incapace a compiere l'azione)</i>	2 <i>(tentativi ma non affidabili)</i>	3 <i>(richiede aiuto moderato)</i>	4 <i>(richiede aiuto minimo)</i>	5 <i>(completamente indipendente)</i>
<i>Igiene personale</i>	0	1	3	4	5
<i>Fare il bagno</i>	0	1	3	4	5
<i>Mangiare</i>	0	2	5	8	10
<i>Usare il WC</i>	0	2	5	8	10
<i>Fare le scale</i>	0	2	5	8	10
<i>Vestirsi</i>	0	2	5	8	10
<i>Controllo urine</i>	0	2	5	8	10
<i>Controllo alvo</i>	0	2	5	8	10
<i>Camminare</i>	0	3	8	10	15
<i>* Carrozina</i>	0	1	3	4	5
<i>Trasferimenti</i>	0	3	8	10	15
TOTALE					

** compilare solo se incapace di camminare camminare*

<i>Punteggio</i>	<i>Grado dipendenza</i>
0-24	<i>Totale</i>
25-49	<i>Grave</i>
50-74	<i>Moderato</i>
75-90	<i>Lieve</i>
91-99	<i>Minimo</i>
100	<i>Autonomo</i>

Con che frequenza riceve telefonate dai figli (se ne ha):

- ogni giorno
- tre volte alla settimana
- una volta a settimana
- una volta al mese
- quasi mai

Con che frequenza riceve le visite dei nipoti/vede i suoi nipoti (se ne ha):

- ogni giorno
- tre volte alla settimana
- una volta a settimana
- una volta al mese
- quasi mai

Con che frequenza riceve telefonate dai nipoti (se ne ha):

- ogni giorno
- tre volte alla settimana
- una volta a settimana
- una volta al mese
- quasi mai

Con che frequenza riceve le visite di vicini, amici o conoscenti:

- ogni giorno
- tre volte alla settimana
- una volta a settimana
- una volta al mese
- quasi mai

Con che frequenza riceve telefonate di vicini, amici o conoscenti:

- ogni giorno
- tre volte alla settimana
- una volta a settimana
- una volta al mese
- quasi mai

B. VALUTAZIONE DEL SUPPORTO SOCIALE PERCEPTO

Scala multidimensionale del supporto sociale percepito (Zimet, Dahlen, Zimet e Farley 1998)

Istruzioni: far leggere attentamente all'assistito ogni affermazione e far esprimere il giudizio in cui si riconosce

AFFERMAZIONE	Moltissimo in disaccordo	Molto in disaccordo	In disaccordo	Neutro	D'accordo	Molto d'accordo	Moltissimo d'accordo
1. C'è una persona in particolare che mi è vicina quando ho bisogno	1	2	3	4	5	6	7
2. C'è una persona in particolare con cui posso condividere gioie e dolori	1	2	3	4	5	6	7
3. La mia famiglia si dà molto da fare per aiutarmi	1	2	3	4	5	6	7
4. Ho l'aiuto e il supporto emotivo di cui ho bisogno dalla mia famiglia	1	2	3	4	5	6	7
5. Ho una persona in particolare che è fonte reale di conforto per me	1	2	3	4	5	6	7
6. I miei amici si danno da fare per aiutarmi	1	2	3	4	5	6	7
7. Posso contare sui miei amici quando le cose vanno male	1	2	3	4	5	6	7
8. Posso parlare dei miei problemi con la mia famiglia	1	2	3	4	5	6	7
9. Ho amici con cui posso condividere le mie gioie e i miei dolori	1	2	3	4	5	6	7
10. C'è una persona in particolare nella mia vita cui importa di come mi sento	1	2	3	4	5	6	7
11. La mia famiglia mi aiuta a prendere decisioni	1	2	3	4	5	6	7
12. Posso parlare dei miei problemi con i miei amici	1	2	3	4	5	6	7