



# PRO.M.I.S.

Programma Mattone Internazionale Salute

## CONFERENCE

**“The commitment of European healthcare systems to prevent and manage the frailty challenge”**

**“The regional model to support frail people and caregivers at hospital discharge”**

*Lorenzo Roti  
Tuscany Region*

**05-06 July 2018  
Ancona, Loggia dei Mercanti**





## AGENDA

- **Buone pratiche regionali per la prevenzione e mitigazione della fragilità:**
  - Diffusione dell'Attività Fisica Adattata
  - Sviluppo programma Otago
  - Promozione progetti a supporto dell'attività fisica di comunità
  - Il programma regionale di supporto al self management (I.D.E.A.)
  
- **La gestione del paziente fragile alla dimissione ospedaliera:**
  - Agenzie di continuità H-T
  
- **Questioni aperte**



# L'Attività Fisica Adattata



Il PSR 2008/2010 (punto 4.3.1) promuove in particolare **l'Attività Fisica Adattata (AFA)** come programma di esercizio fisico, non sanitario, **svolto in gruppo**, appositamente **indicato per cittadini con disabilità causate da sindromi algiche da ipomobilità o da sindromi croniche stabilizzate** negli esiti della malattia. In attuazione di quanto previsto dal PSR;

In collaborazione tra **sogetti pubblici e privati** per l'elaborazione di forme di incentivazione e di sostegno a tali **programmi** (costo corsi e trasporti per palestre)



AFA – DATI 2016	
N. erogatori	513
di cui no profit	303
di cui for profit	214
N. punti erogazione	876
N. Comuni in cui è attivata AFA	237
N. Comuni della Toscana	278
<b>Copertura Comuni</b>	<b>85%</b>
<b>N. Corsi a bassa disabilità</b>	<b>1.877</b>
<b>N. Partecipanti</b>	<b>28.652</b>
<b>N. Corsi ad alta disabilità</b>	<b>185</b>
<b>N. Partecipanti</b>	<b>1.779</b>



Regione Toscana  
Dipartimento Innovazione e Servizi

Direzione Unitaria di Circondanza e Osservazione Sociale  
Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronici



# La prevenzione delle cadute

## Otago Exercise Programme – OEP



### La dimensione e l'impatto delle Cadute nella popolazione fragile

- Cade ogni anno il 30% delle persone di età >65 anni residenti a domicilio
- Coloro che cadono hanno una probabilità 2-3 volte maggiore di cadere nuovamente entro l'anno.
- Il 20-30% di coloro che cadono riducono la loro mobilità ed indipendenza e hanno un aumento del rischio di morte prematura
- Il 50% degli anziani in RSA cade almeno una volta l'anno ed il 40% più di una volta l'anno.



# Sviluppo programma Otago (OEP)



## Interventi di prevenzione delle cadute nell'anziano

- OEP consiste in una serie di **esercizi standardizzati finalizzati al miglioramento di forza, flessibilità articolare ed equilibrio** somministrati con una modalità di progressione standard da istruttori qualificati per svolgere l'OEP dopo appositi programmi formativi
- **target privilegiato la popolazione > 65 anni con episodi di frattura e/o caduta**
- Gli esercizi OEP possono essere inseriti:
  - **all'interno di attività motoria di gruppo (AFA)**
  - **all'interno di piani assistenziali individuali da svolgere a domicilio**
  - **in continuità al completamento della fase di riabilitazione presso i servizi di riabilitazione aziendale**
  - **In RSA**
  - **inviati dal PS**

**Ad oggi sono stati ad oggi formati circa 200 OEP Leader in tutta la regione (la metà per i providers privati)**



# Promozione progetti a supporto dell'attività fisica di comunità



Accanto alle azioni di educazione alla salute devono essere create le condizioni perché le indicazioni alla pratica dell'attività fisica trovino la concreta possibilità per la loro corretta attuazione – DGRT 903/17

- L'importanza dell' **attività fisica** per la sanità pubblica è sottolineata, a partire dalla raccomandazione dell'OMS, in molti documenti che mettono in risalto la necessità che essa **segua specifici requisiti e regole**.
- **Frequenza, durata, intensità, tipo e quantità totale, sono caratteristiche che determinano congiuntamente l'efficacia della attività fisica nella tutela della salute dell'individuo**, nella prevenzione degli stati invalidanti e nell'efficacia delle stesse cure .
- Ai fini della tutela del benessere e della salute della persona **non è sufficiente lo svolgimento di una generica attività fisica**, comunque da preferire alla sedentarietà, ma essa stessa esige modalità di svolgimento e di verifica che assicurino la sua efficacia. .



# Promozione progetti a supporto dell'attività fisica di comunità



- deve essere sviluppato un **sistema di supporto all'autogestione** che si avvale della presenza di una rete nelle Comunità che favorisca la pratica di corretti stili di vita.
- **percorsi pedonali** strutturati per offrire ai partecipanti riferimenti “**standardizzati**” per autogestire con efficacia l'attività fisica.
- aggiungere valore alla positiva diffusione dei “**gruppi di cammino**” abbinando, alla funzione di aggregazione e riappropriazione sociale degli spazi urbani, una dimostrata efficacia in termini di salute.
- strutturare **programmi di attività fisica** aventi le caratteristiche di “**serious games**” che contribuiscano all'adesione e alla partecipazione



- **Inserimento delle ICT** come fattore di stimolo per i partecipanti oltre che di monitoraggio sulla adesione e sugli effetti della attività.
  - rappresenta una condizione di rafforzamento della loro efficacia
  - favorisce una maggiore familiarizzazione con la tecnologia da parte dei partecipanti anche in funzione della **capacità di accesso ed utilizzo delle informazioni a carattere sanitario rese disponibili dallo stesso SSR.**
- Utilizzare le potenzialità positive dei **social network**, moltiplicando invece la diffusione della buona pratica nella popolazione.
- Il **coinvolgimento delle Associazioni di volontariato** fondamentale sia nella fase di avvio del progetto, in particolare per la **funzione di peer-education**, che nelle fasi di manutenzione del progetto stesso;
- Sviluppare una strategia di **empowerment comunitario** coerentemente con l'approccio di Sanità di Iniziativa



# Il programma regionale di supporto al self management (I.D.E.A.) – DGRT 545/17



***Self-Management:*** la capacità del singolo, in collaborazione con la famiglia, la comunità e gli operatori sanitari, di **gestire i sintomi, i trattamenti, i cambiamenti dello stile di vita, le conseguenze psicosociali**, culturali, spirituali e **le condizioni di salute** di patologie croniche.

## Il Programma IDEA (Incontri di educazione all'autogestione)

- rivolto a tutti i cittadini adulti affetti da una o più malattie croniche in fase iniziale (basso rischio) o conclamata (rischio medio).
- possono partecipare al programma i cittadini che agiscono come *caregivers* per persone disabili e i volontari/soci del soggetto attuatore e coinvolti in attività di sostegno o assistenza a soggetti fragili.



# The commitment of European healthcare systems

✓ Adozione di una strategia di provata efficacia nel supporto al self-management dei pazienti cronici **(Expert Patient Programme – Stanford University)**

**Dal Supporto al self management all'empowerment di comunità**

✓ uno strumento a disposizione prima di tutto del team

✓ Un' iniziativa per l'attivazione della comunità (coordinamento sanitario, conduttori laici ) e la valorizzazione delle opportunità di salute e di rafforzamento sociale sul territorio **(social value)**



REGIONE TOSCANA  
UFFICI REGIONALI GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 22-05-2017 (punto N 25)

Delibera

N 545

del 22-05-2017



**Il paziente (cittadino) esperto, con la sua comunità**

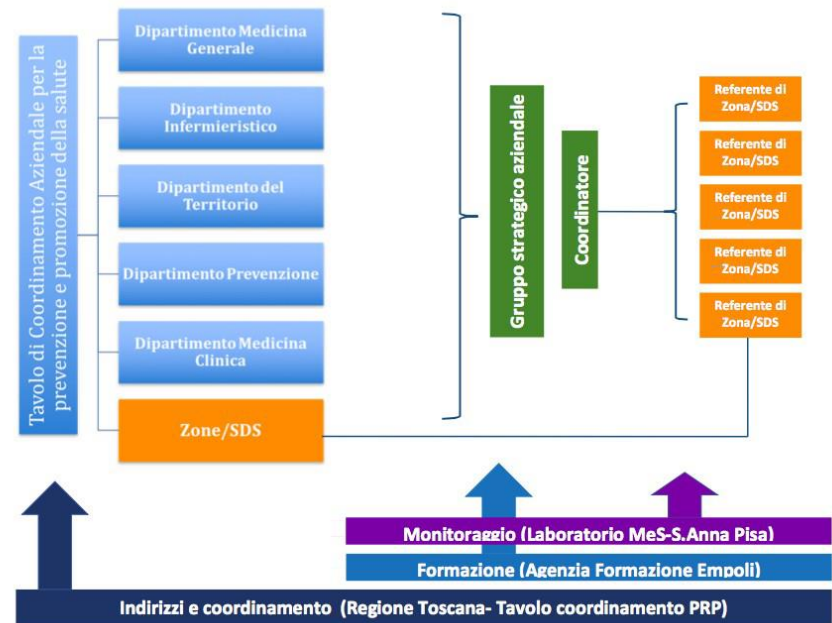
# The commitment of European healthcare systems

## Il programma regionale di supporto al self management (I.D.E.A.)

### Le 8 Priorità di Base per l'autogestione della malattia

	<b>1</b> Sapere come e quando consultare il medico		<b>5</b> Sapere come mantenere la malattia sotto controllo
	<b>2</b> Conoscere la malattia e fissare gli obiettivi		<b>6</b> Modificare gli stili di vita per ridurre i rischi
	<b>3</b> Assumere correttamente i farmaci		<b>7</b> Far leva sui punti di forza per superare gli ostacoli
	<b>4</b> Effettuare gli esami ed i controlli raccomandati		<b>8</b> Effettuare le visite specialistiche e follow-up

### La governance del programma a livello delle Aziende USL



# The commitment of European healthcare systems 2

## La gestione del paziente fragile alla dimissione ospedaliera

Figura 4. Posti letto totali - Posti ogni 1.000 residenti - Toscana, periodo 2010-2016 - Fonte: Regione Toscana, Diritti di cittadinanza e coesione sociale



Si riducono i posti letto

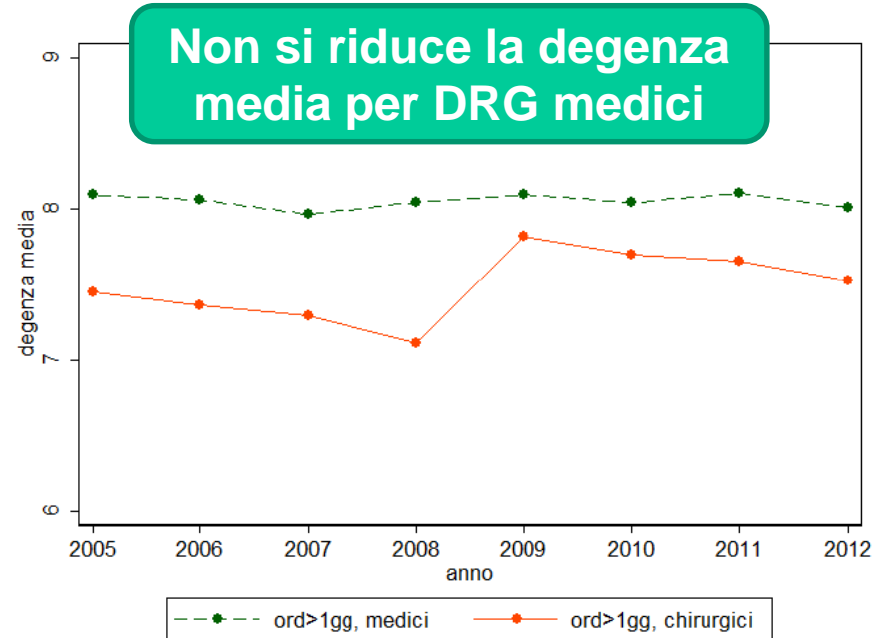
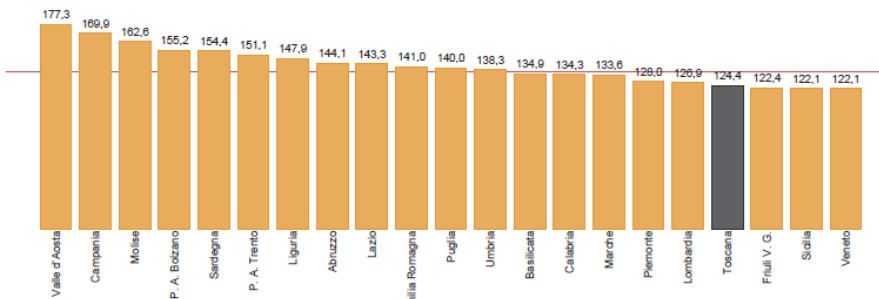


Figura 3. Ospedalizzazione generale - Tasso standardizzato per età e genere per 1.000 residenti - Regioni e Italia, anno 2015 - Fonte: Ministero della salute, Rapporto SDO 2016



Bassi Livelli di Ospedalizzazione per acuti

# Come presidiare da un punto di vista clinico, assistenziale e di recupero funzionale i pazienti fragili alla dimissione valorizzando anche le attività di cura dei loro caregiver?

## L'Agenzia di Continuità Ospedale -Territorio DGRT 679/16

- è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo alla zona-distretto ed è attiva in ciascun stabilimento ospedaliero
- è **multiprofessionale** (Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista , consulenza strutturata di specialista Fisiatra o Geriatra)
- **Individua le risposte e i setting più appropriati alla dimissione ospedaliera** coadiuvando la funzione ospedaliera di Discharge Planning, **sulla base di un protocollo valutativo dei bisogni unico a livello regionale**
- Promuove ed utilizza **strumenti di *handover* standardizzati** nella fase di dimissione per una comunicazione efficace a garantire sicurezza del paziente
- **Coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale** , assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti.

# L'Agenzia di Continuità Ospedale -Territorio



## I servizi di continuità a disposizione dell'ACOT

- Fornitura ausili assistenziali
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Percorsi residenziali di Cure Intermedie: Low Care e Strutture sanitarie Intermedie (DGRT 909/17)
- Percorsi residenziali e domiciliari riabilitativi
- Inserimenti temporanei in strutture sociosanitarie (RSA)
- Percorsi residenziali per Stati Vegetativi (SUAP)
- Gruppi Programma Idea per il support al self management
- Pacchetti di interventi a sostegno della domiciliarizzazione del paziente (DGRT 905/17)**



# Fondo Sociale Europeo – POR 2014 -2020

## ASSE B - INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'

**Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale alla dimissione**  
€ 9.000.000 in due anni - Fondo Sociale Europeo

**Pacchetti** di interventi a sostegno della domiciliarizzazione del paziente fragile: **persone >65anni** con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, in dimissione da un presidio ospedaliero o da strutture di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale. **Target Minimo 6.000 utenti**

### □ Gli erogatori

- **Operatori economici accreditati**
- **Professionisti sanitari Infermieri e Fisioterapisti** in possesso di abilitazione professionale, sulla base di elenchi predisposti a mezzo di procedura di evidenza pubblica

# Interventi previsti



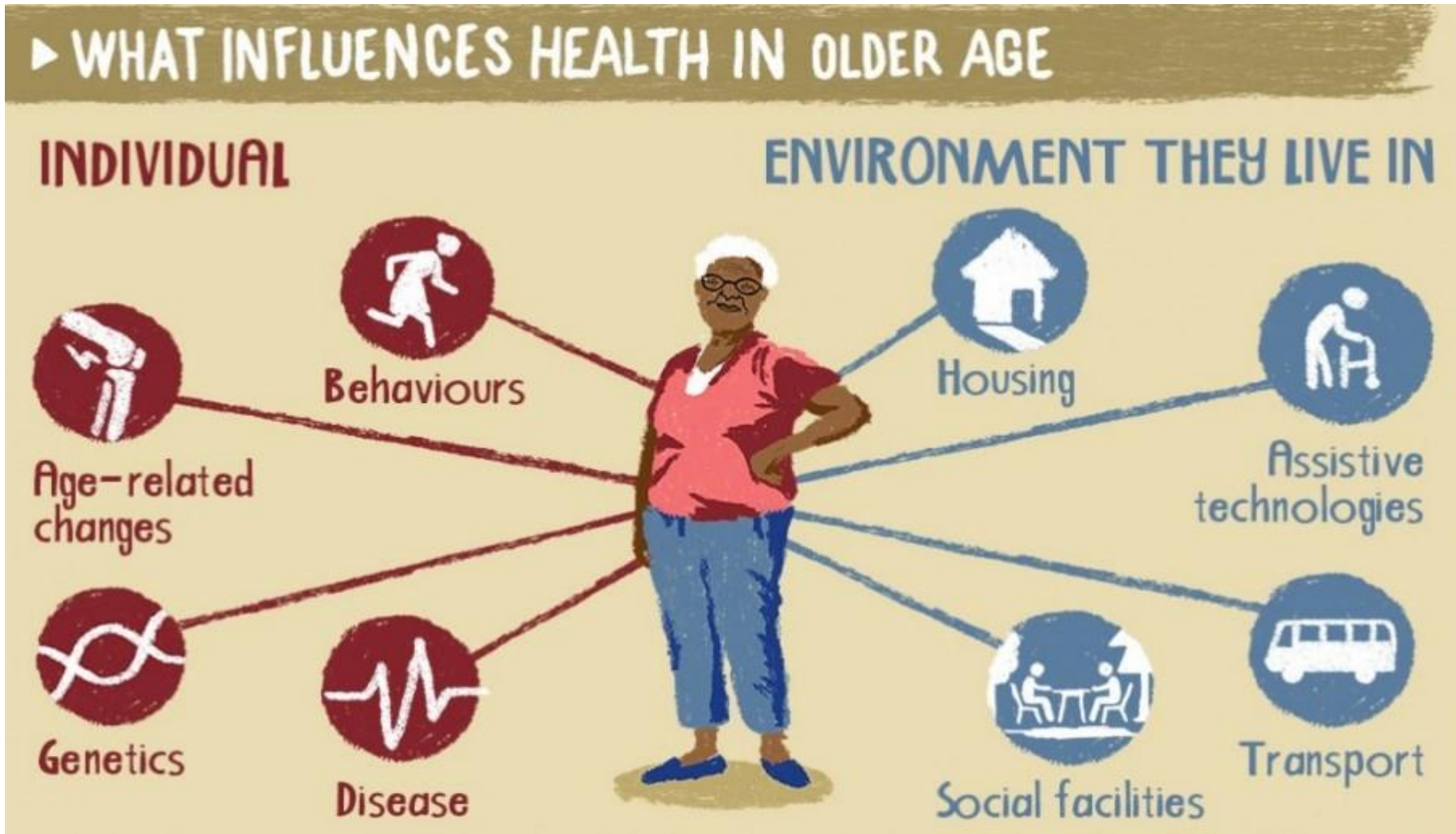
**Il Piano individualizzato, definito dal gruppo della Agenzia di Continuità Assistenziale, può prevedere contemporaneamente più interventi diversi per tipologia di prestazione (vedi tabella interventi) consentendo, con la loro combinazione, la composizione di un intervento globale per i bisogni individuati fino alla concorrenza massima di € 1.500,00,**

<i>livello</i>	<i>descrizione interventi</i>	<i>operatore</i>	<i>struttura intervento</i>	<i>costo pacchetto interventi</i>
minimo	interventi di supporto e monitoraggio attività di base di igiene e mobilitazione, educazione care giver	OSA o OSS	15 accessi in 3 settimane	<b>€ 330,00</b>
basso	Educazione, addestramento, medicazioni semplici, altre prestazioni non invasive (es. test rapido glicemia, clisma evacuativo, rilevazione parametri vitali)	Infermiere	5 accessi in 3 settimane	<b>€ 125,00</b>
	Riattivazione, Addestramento uso ausili semplici, educazione del care giver	Fisioterapista	5 accessi in 3 settimane	<b>€ 165,00</b>
medio	Educazione e gestione catetere vescicale, educazione, gestione e medicazione stomie, terapia endovenosa idratante, medicazione semplice	Infermiere	10 accessi in 3 settimane	<b>€ 500,00</b>
	Trattamento riabilitativo (in relazione al quadro funzionale), supporto al self management	Fisioterapista	8 accessi in 3 settimane	<b>€ 280,00</b>

Assistenza intermedia temporanea presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito.	Ricovero in RSA per 12 gg	<b>€ 1.428,00</b>
---	---------------------------	-------------------







Fonte: #Hack UniTo for Ageing



## The commitment of European healthcare systems 3

### Questioni aperte

- ✓ Come promuovere il self assessment nella popolazione
- ✓ Come stimolare l'individuazione della fragilità e l'avvio di azioni precoci a livello territoriale nel sistema delle cure primarie
- ✓ Come adeguare il modello assistenziale ospedaliero ai bisogni del paziente fragile (aspetti nutrizionali, di mobilitazione e stimolazione affettiva)
- ✓ Come sistematizzare sinergie con altre politiche (cultura, ambiente, mobilità ...) per la costruzione di iniziative rivolte ai pazienti pre-fragili/fragili

***THANKS FOR YOUR ATTENTION***

*lorenzo.roti@regione.toscana.it*