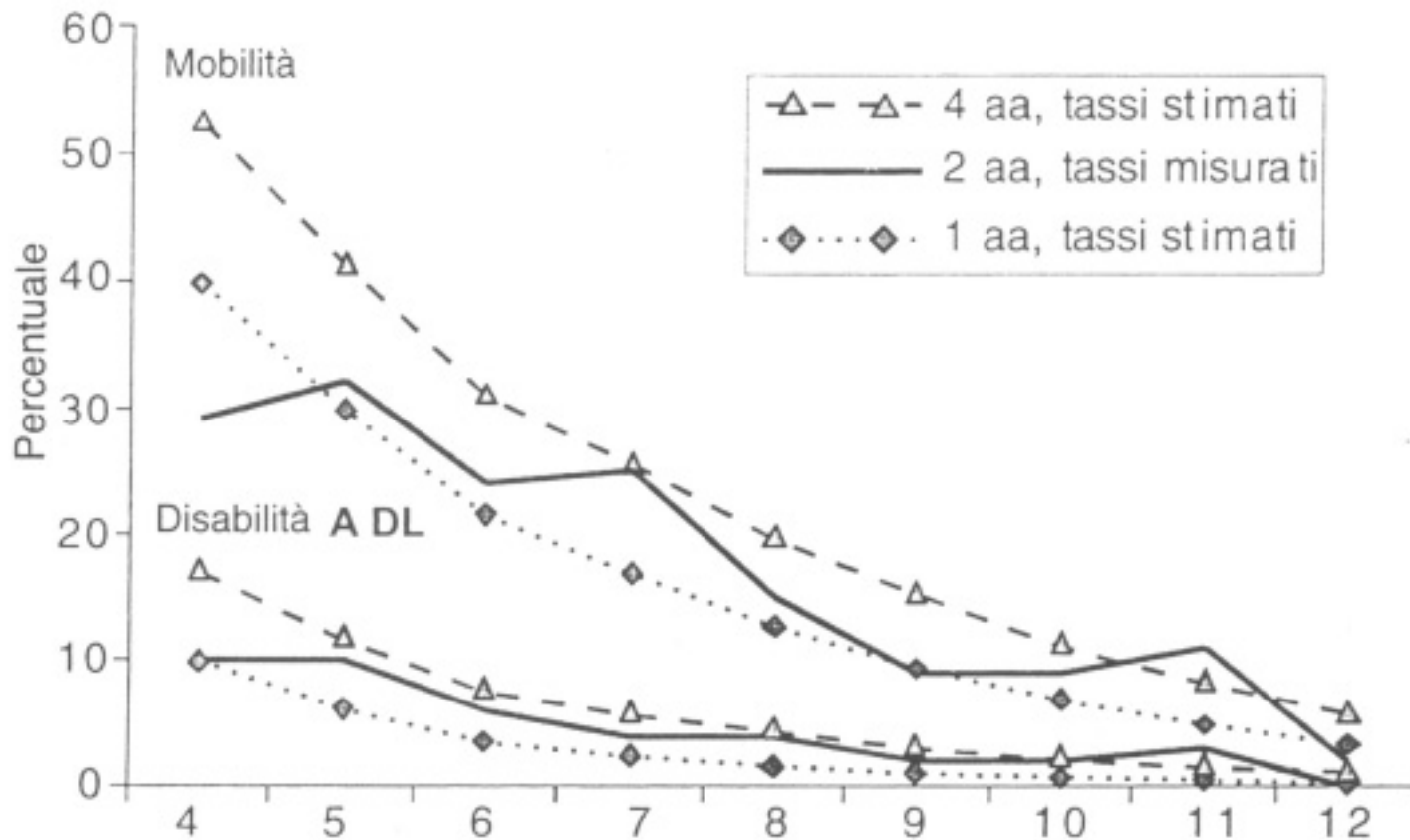




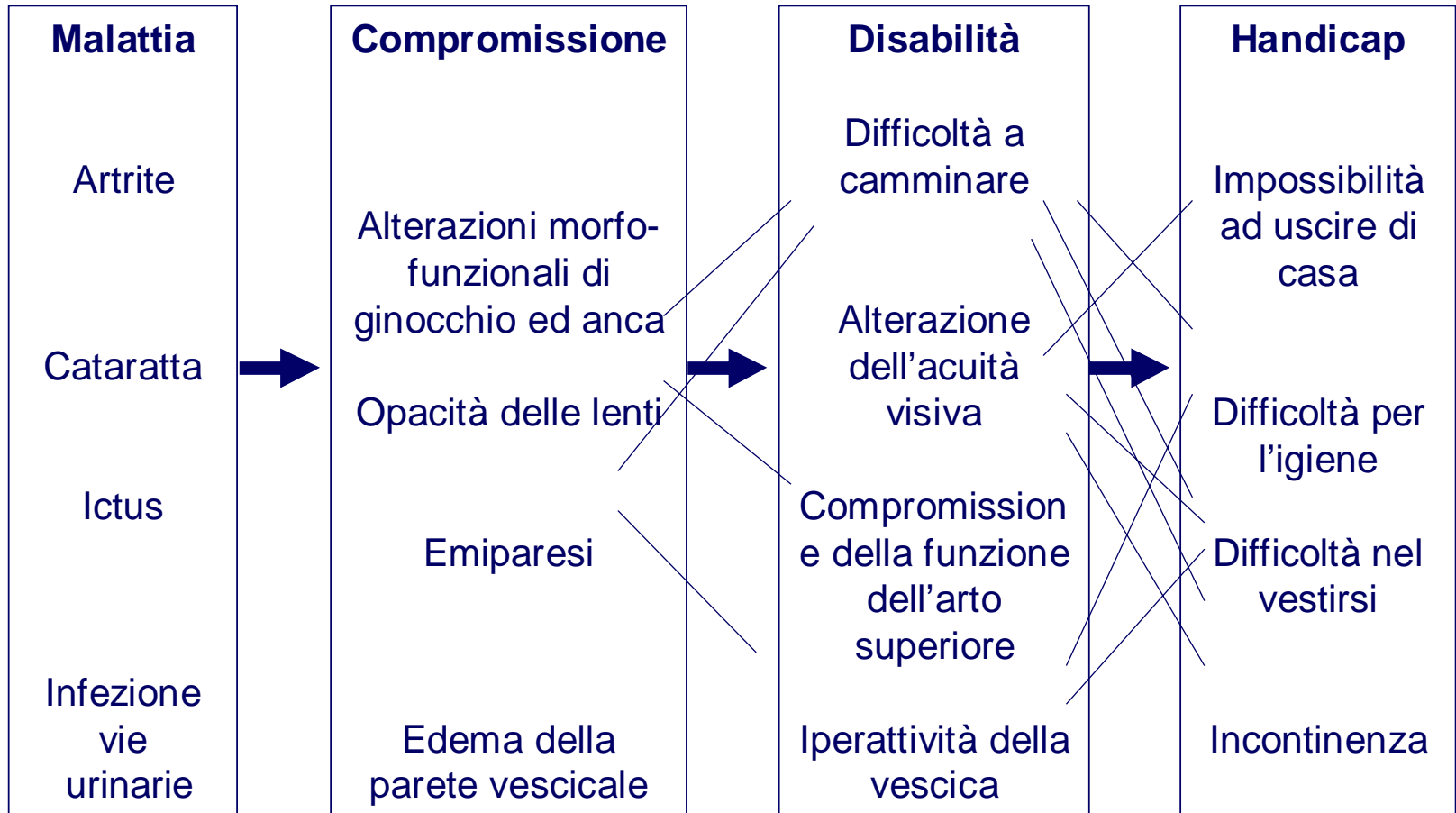
# **La gestione multiprofessionale del progetto e la sua valutazione: geriatria e servizio sociale a confronto.**

Antonio Bavazzano

# Rischio di perdita della mobilità e di disabilità nelle ADL in relazione alla performance degli arti inferiori

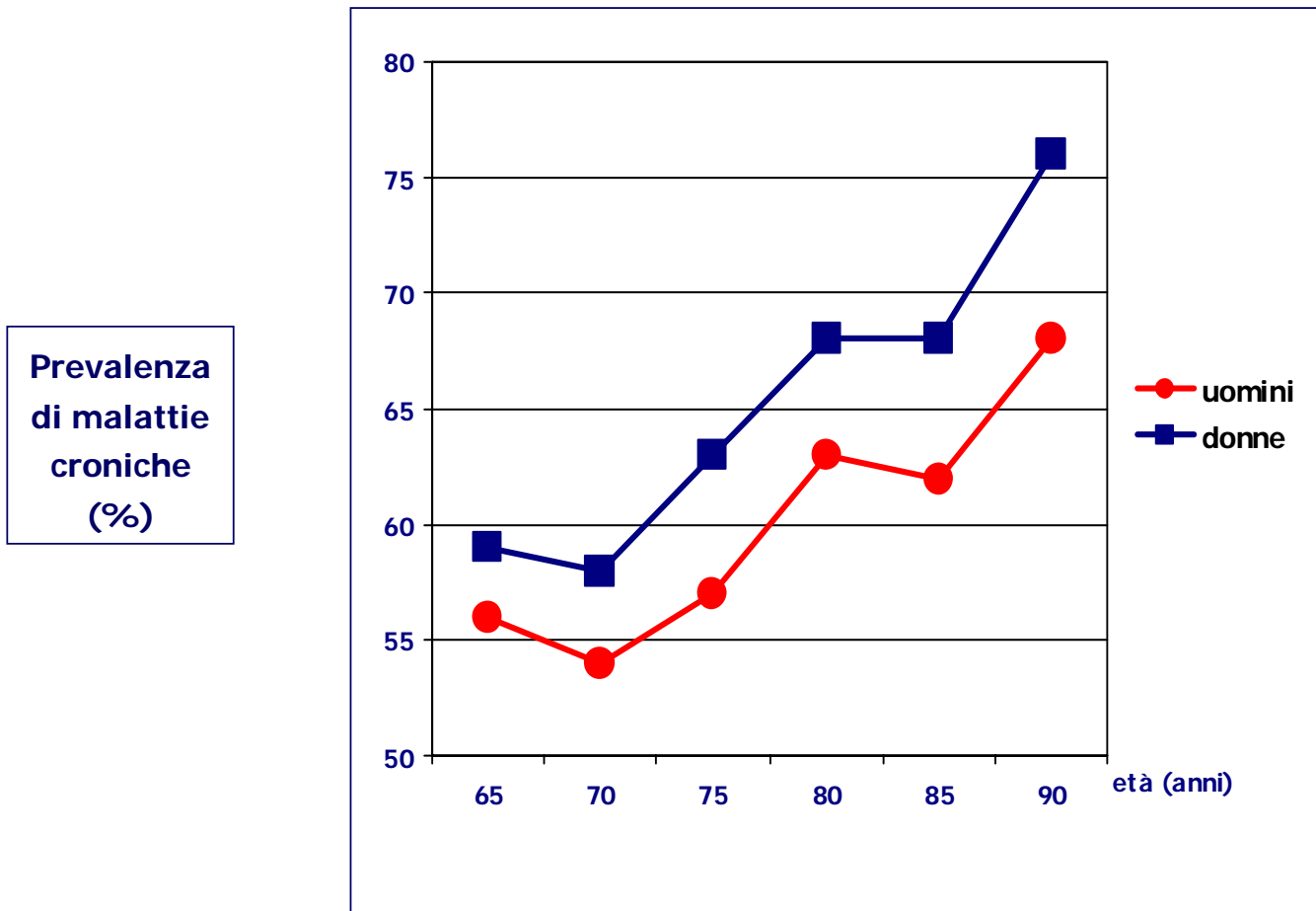


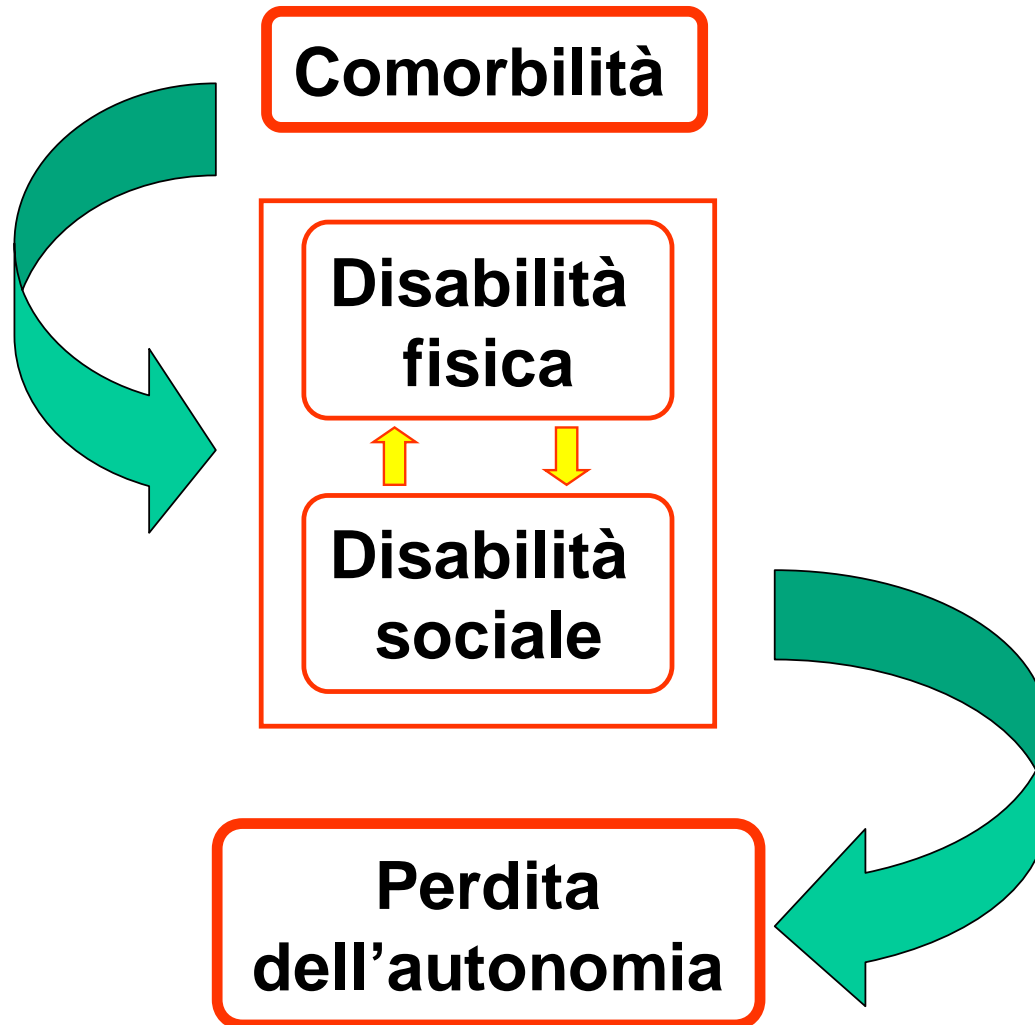
# MALATTIA, LIMITAZIONE FUNZIONALE E DISABILITÀ



# Prevalenza di malattia in funzione dell'età

Dati della Toscana centrale - N° dei casi 4.320





# **BASI EPISTEMOLOGICHE DELLA COMPLESSITÀ**

## **TEORIA DEI SISTEMI DINAMICI NON LINEARI O DELLA COMPLESSITÀ**

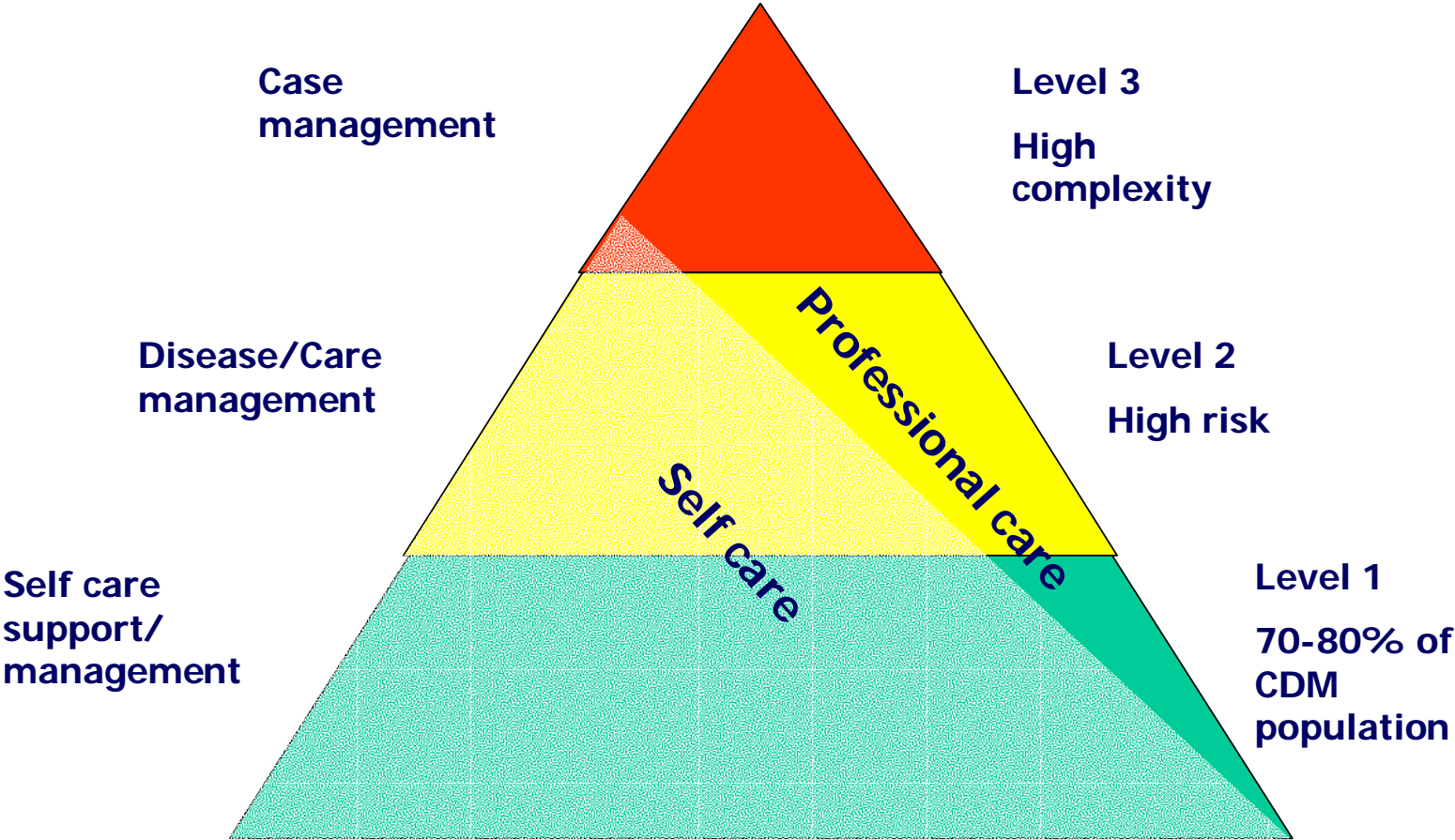
Linguaggio per descrivere alcuni fatti e trovare un ordine, sotto forma di relazioni, fra una serie di fenomeni laddove si pensava non ve ne fosse alcuno.

Goldstein J. Simple or Complex?  
Connotations of equilibrium in  
Chaos and Complexity Theories

**“La complessità richiede di agire congiuntamente sui diversi fattori in gioco, personali e sociali, integrando responsabilità e risorse di diversa natura”.**

T. Vecchiato, Studi Zancan, 4, 2004

# Chronic Disease Management and Shared Care



## **Case Mangement:**

**“Processo di pianificazione, coordinamento, gestione e revisione dell’assistenza ad un individuo per accertarsi che risponda ai bisogni valutati di tale individuo”.**

Dept of Health, 2000

# Un Progetto di cura richiede:

## Valutazione:

- identificazione e possibile spiegazione dei molteplici problemi della persona
- misura di limiti e risorse
- definizione delle necessità assistenziali e delle priorità

## Criticità:

- necessità di costante integrazione multiprofessionale
- condivisione delle informazioni
- condivisione degli strumenti valutativi

# La sua realizzazione richiede:

## **Percorso assistenziale:**

**Strategia di assistenza basata su evidenze e linee guida dove si integrano servizi sanitari, sociali ed iniziative di Enti locali e volontariato**

## **Criticità:**

- scelta degli outcome**
- verifica e documentazione degli obiettivi**
- integrazione delle singole competenze professionali**

Registrazione della **DOMANDA**  
e della **STORIA** della persona

Analisi **BISOGNI** dei settori  
- funzionale organico  
- cognitivo comportamentale  
- relazionale ambientale  
  
Definizione dell'**IPOTESI** del **PROBLEMA**

Analisi delle **RISORSE**  
Definizione degli **OBIETTIVI**

Programmazione degli interventi:  
il **PIANO OPERATIVO**

Attuazione del **PIANO OPERATIVO**

Analisi della condizione  
**alla conclusione degli interventi:**  
a) registrazione di una **NUOVA**  
**DOMANDA:** nuovo progetto  
b) persistenza del problema:  
**RIPROGETTAZIONE** o **PIANO**  
**OPERATIVO** di  
**MANTENIMENTO**  
c) soluzione del problema:  
**CONCLUSIONE** della presa in carico

Condizione  
**INIZIALE**  
(tempo  $T_0$ )

# IL PROGETTO PERSONALIZZATO

Risultati  
**ATTESI**

Risultati  
**OTTENUTI**  
(tempo  $T_1$ )

Risorse  
**IMPIEGATE**

Verifica

Valutazione  
**outcome**

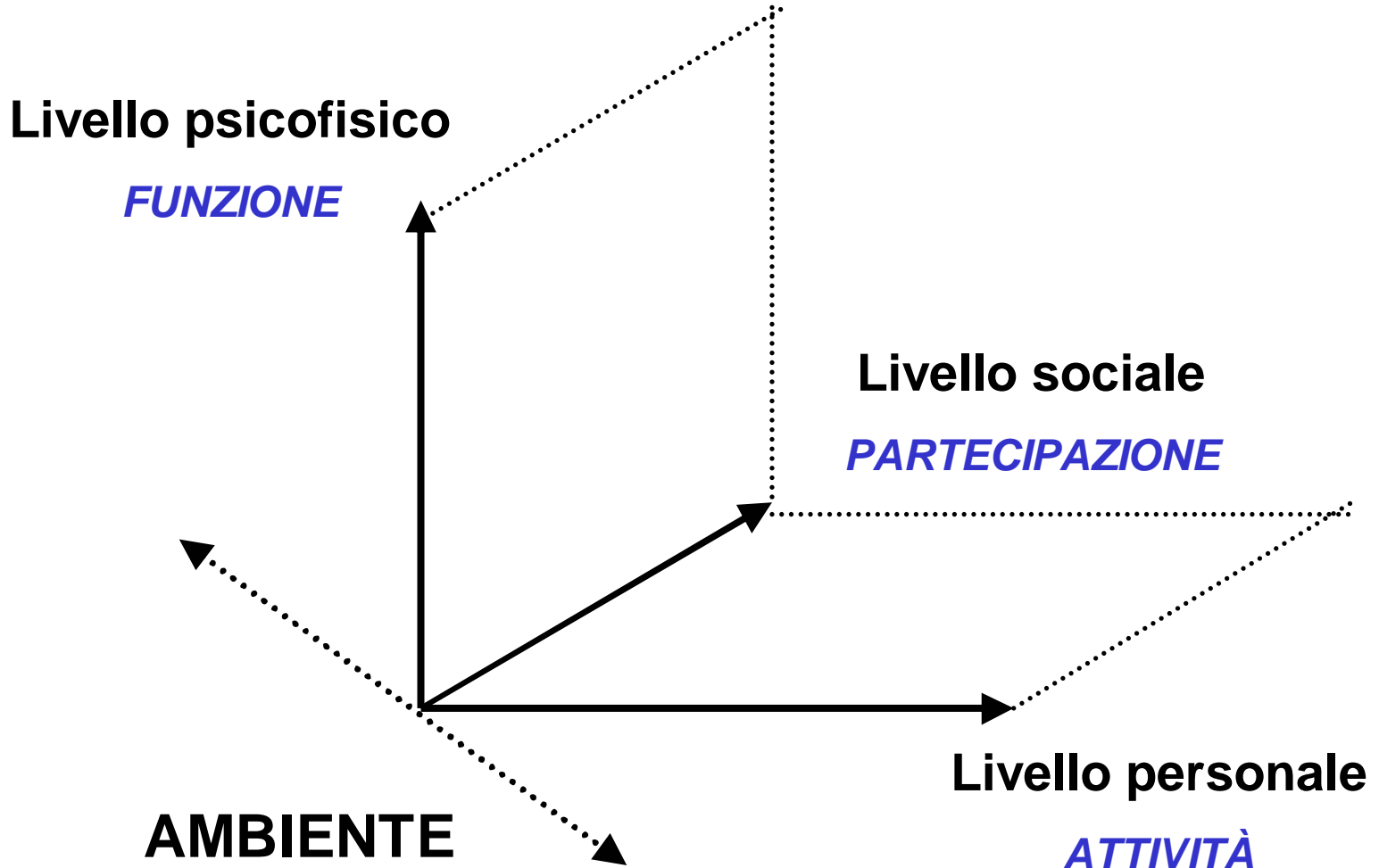
Verifica

Valutazione:  
- **output**  
- **efficienza**  
- **qualità di processo**



# Funzione e disabilità: approccio multidimensionale

Vecchiato T, 2002, modificata



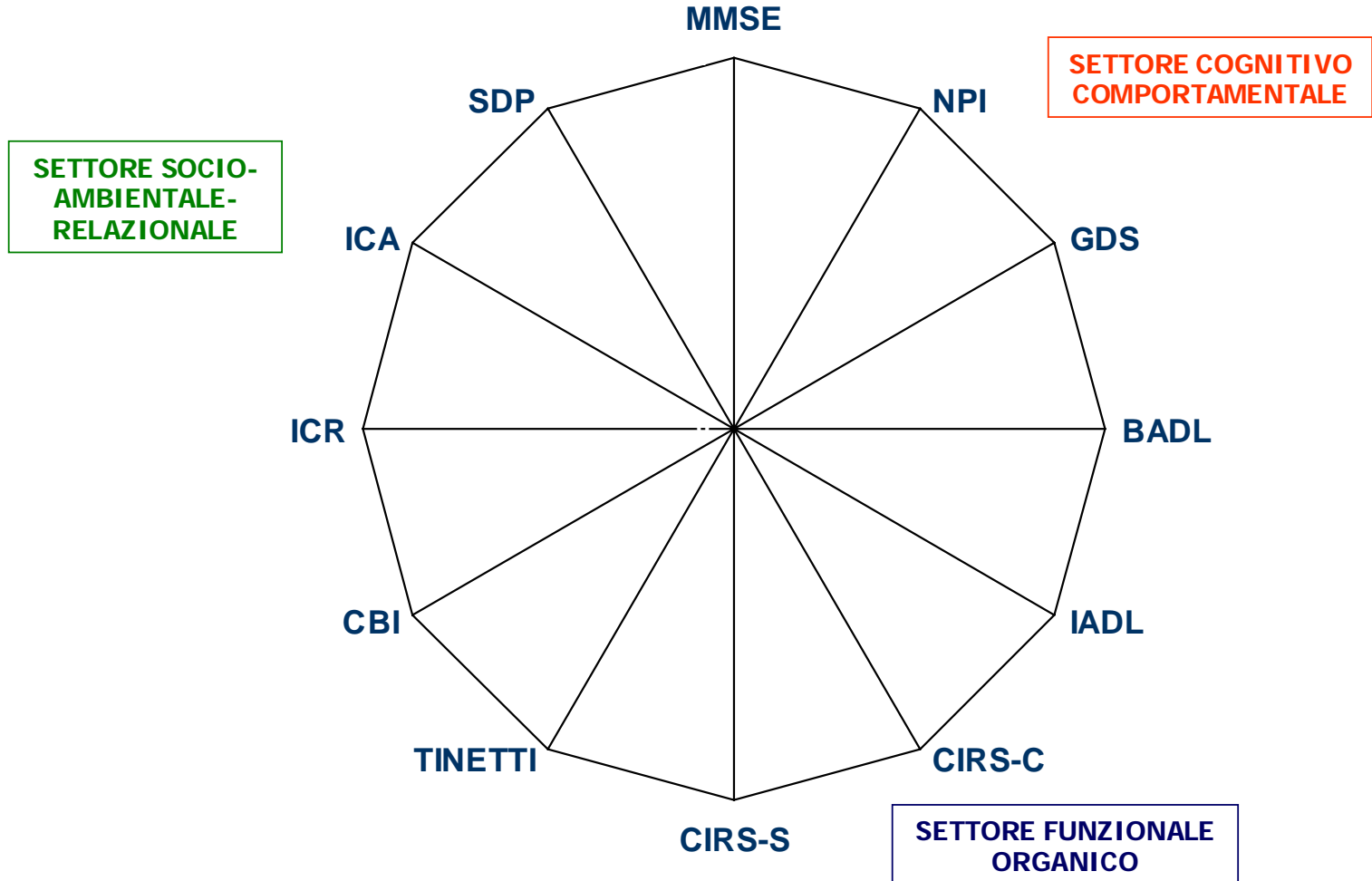
Le linee guida non forniscono un fondamento appropriato, basato sull'evidenza, per rilevare la qualità delle cure per gli anziani con numerose malattie croniche.

Sebbene forniscano indicazioni dettagliate per la cura delle singole malattie, non sono in grado di rispondere al bisogno di pazienti anziani affetti da comorbidità.

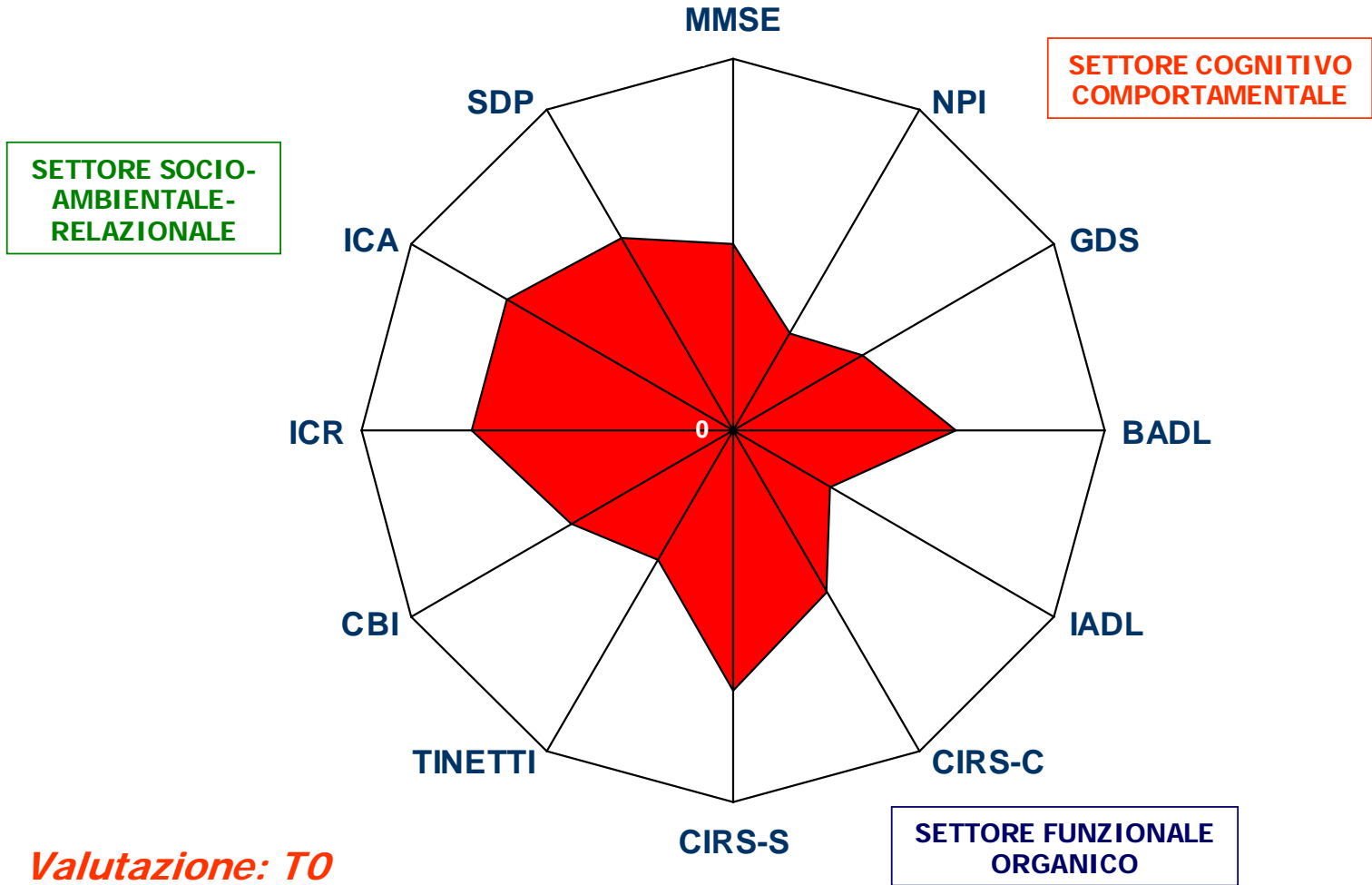
Boyd et al. JAMA aug.2005

# **Un possibile strumento di valutazione**

# La proposta schema polare

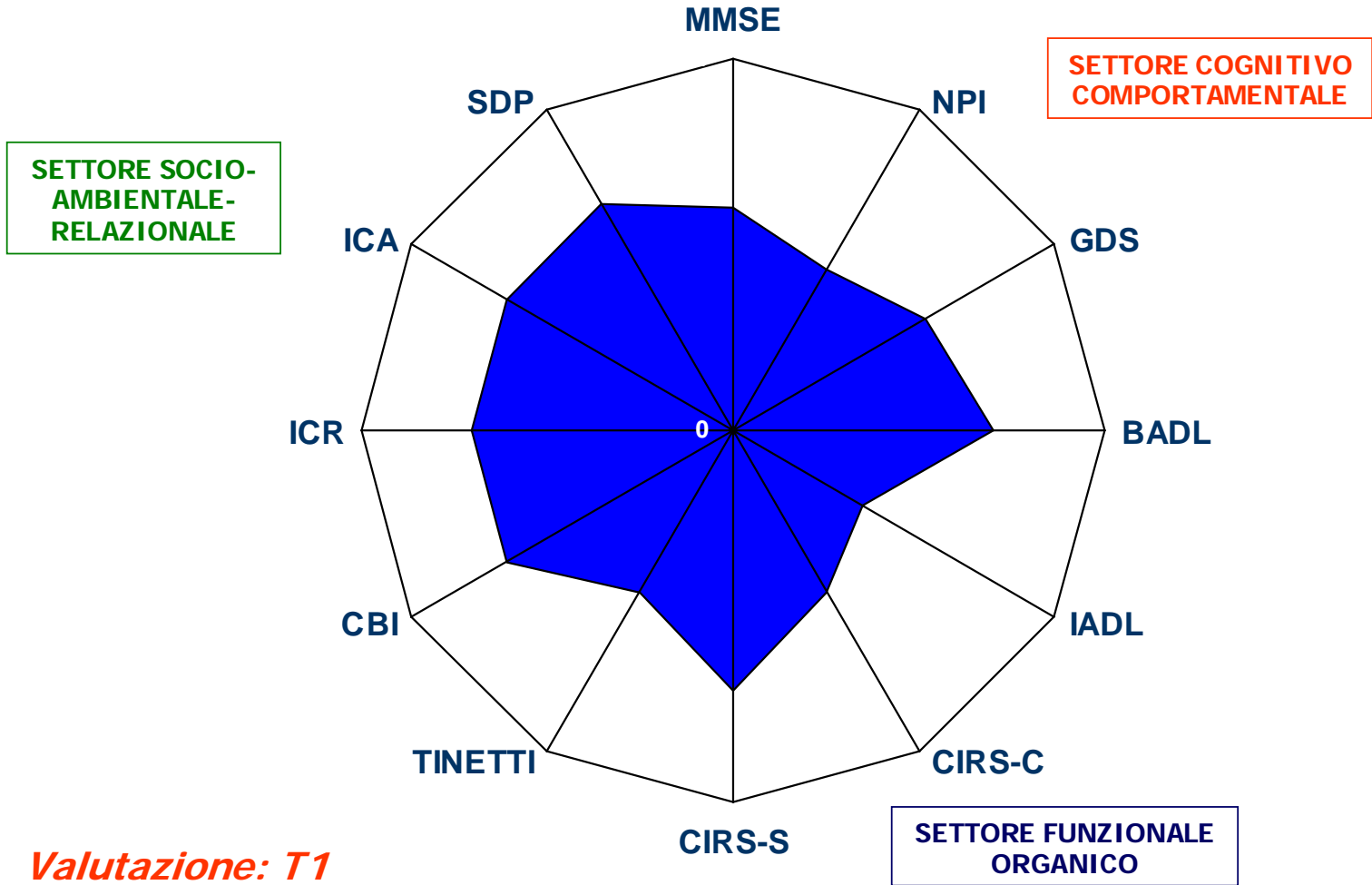


# La proposta schema polare



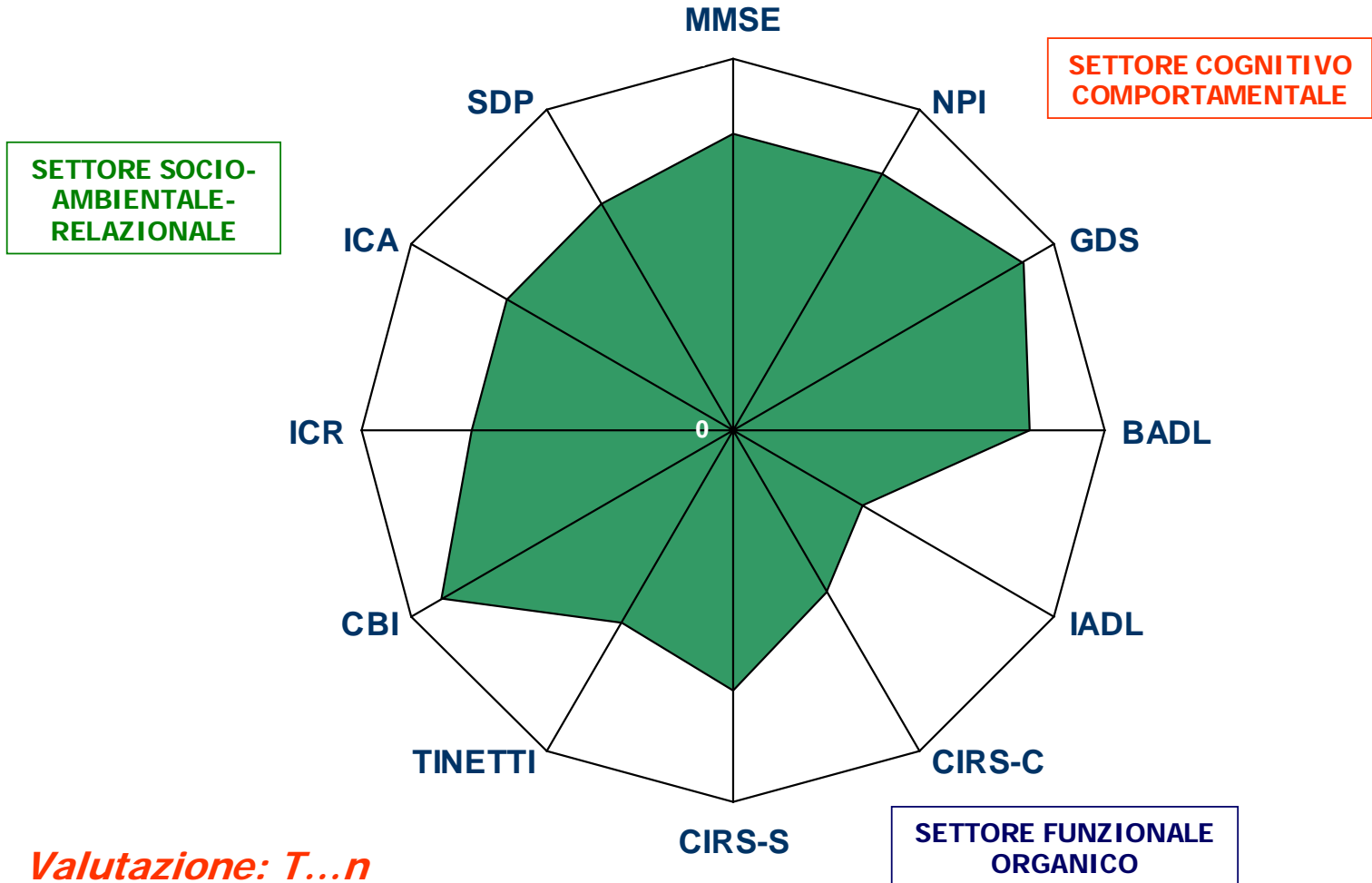
*Valutazione: T0*

# La proposta schema polare



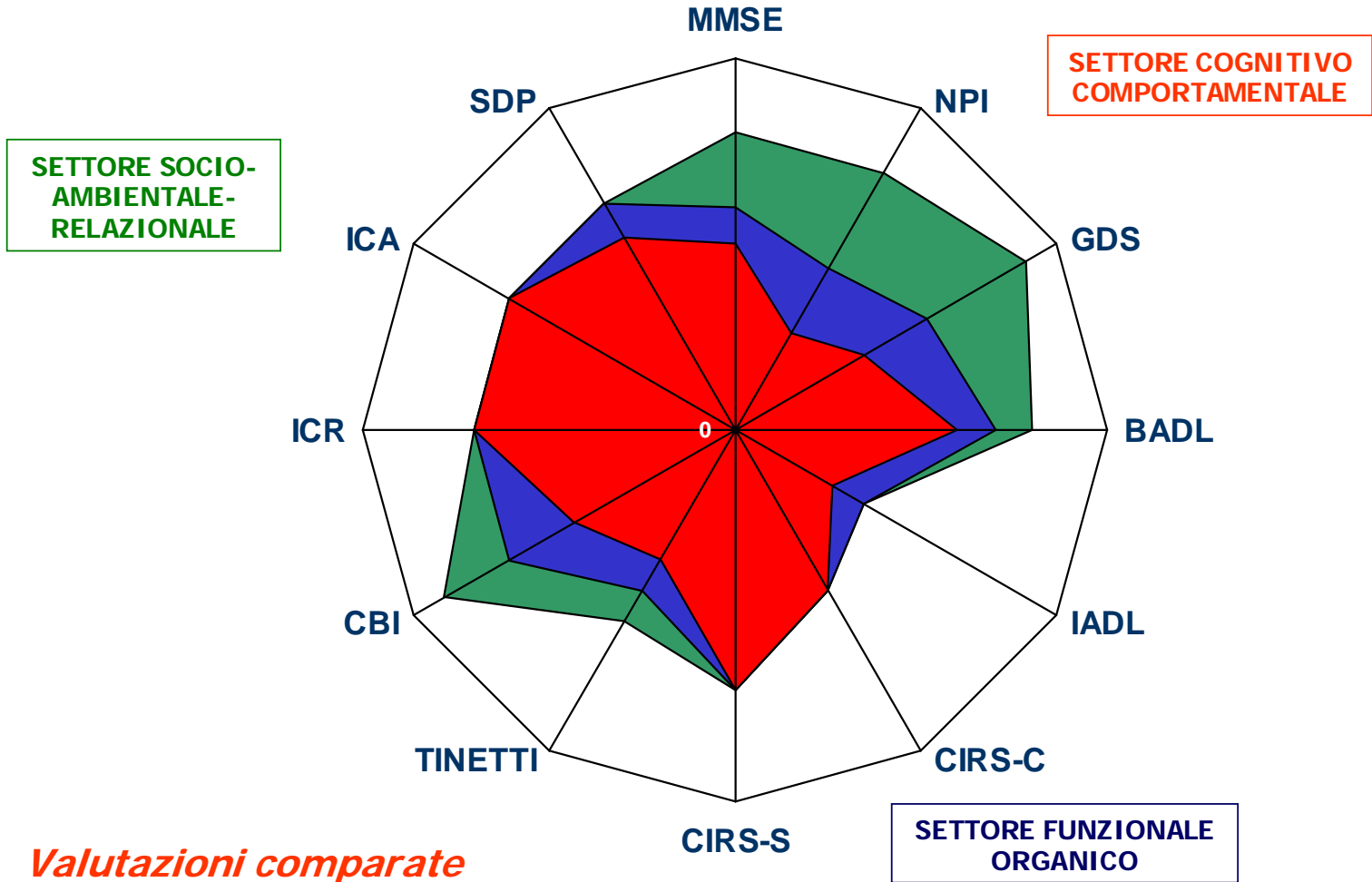
*Valutazione: T1*

# La proposta schema polare

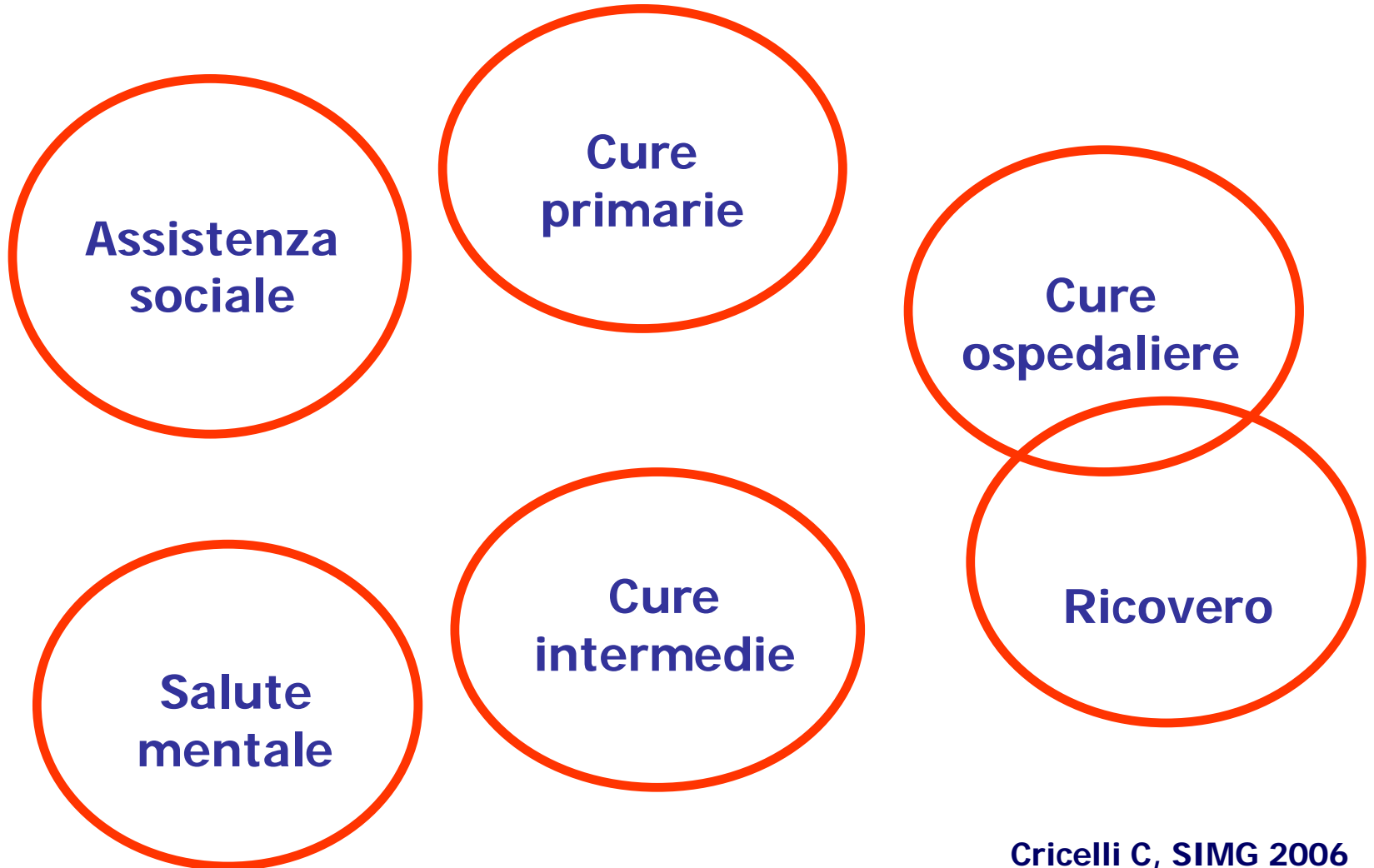


*Valutazione: T...n*

# La proposta schema polare



# La Cura ed il Sistema di cura devono essere il risultato della integrazione



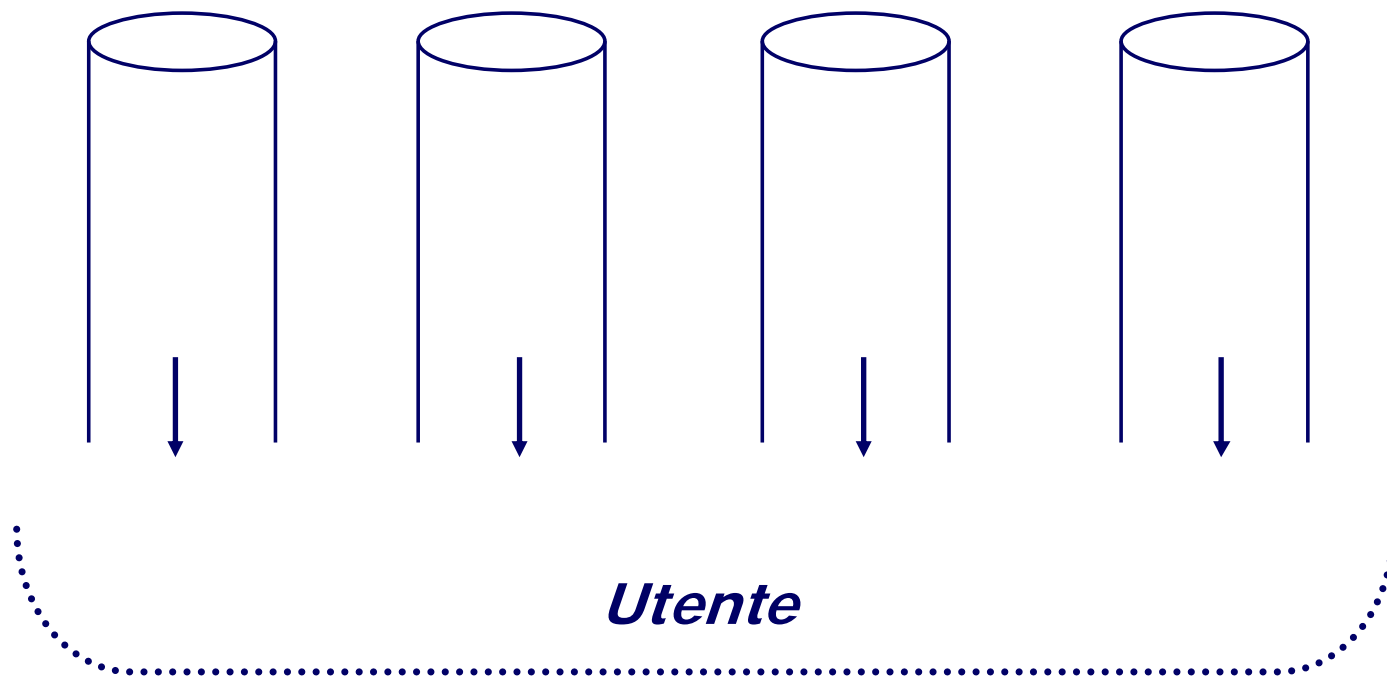
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Il Problema</b></li></ul>	comorbilità / disabilità
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>L'Obiettivo</b></li></ul>	autonomia personale
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Il Metodo</b></li></ul>	ricerca della funzione
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Lo Strumento</b></li></ul>	valutazione multidimensionale/ continuità delle "cure"

**Il percorso  
di cura  
richiede:**

Servizi organizzati "a rete" per specifici livelli di bisogno

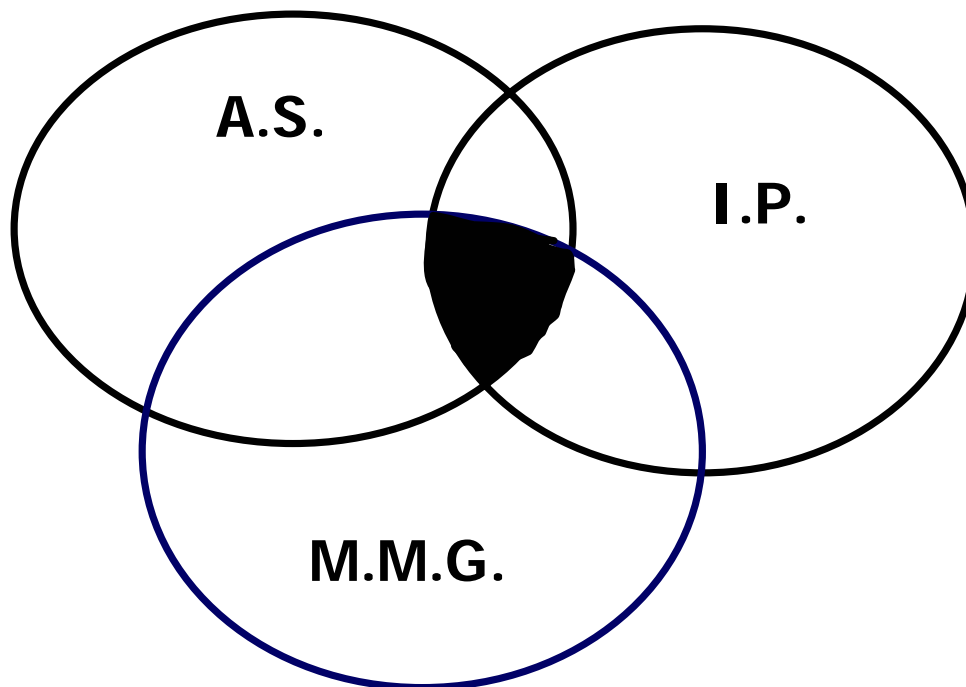
Strumento multidimensionale di valutazione e presa in carico che segua tutto il percorso

**La presa in carico per prestazioni: l'utente è destinatario dei diversi interventi.**



Pompei A., Costanzi C., Riso A.: Il lavoro per progetti individualizzati. Linee guida per chi opera al servizio delle persone anziane. Centro Studi e Formazione Sociale "Emanuela Zancan". Padova, 2000

## Il lavoro per progetti: l'area comune



Pompei A., Costanzi C., Riso A.: Il lavoro per progetti individualizzati. Linee guida per chi opera al servizio delle persone anziane. Centro Studi e Formazione Sociale "Emanuela Zancan". Padova, 2000

**Quali risposte si ottengono  
dalla:**

**“Gestione  
multiprofessionale del  
progetto e della sua  
valutazione: geriatria e  
servizio sociale a  
confronto”**



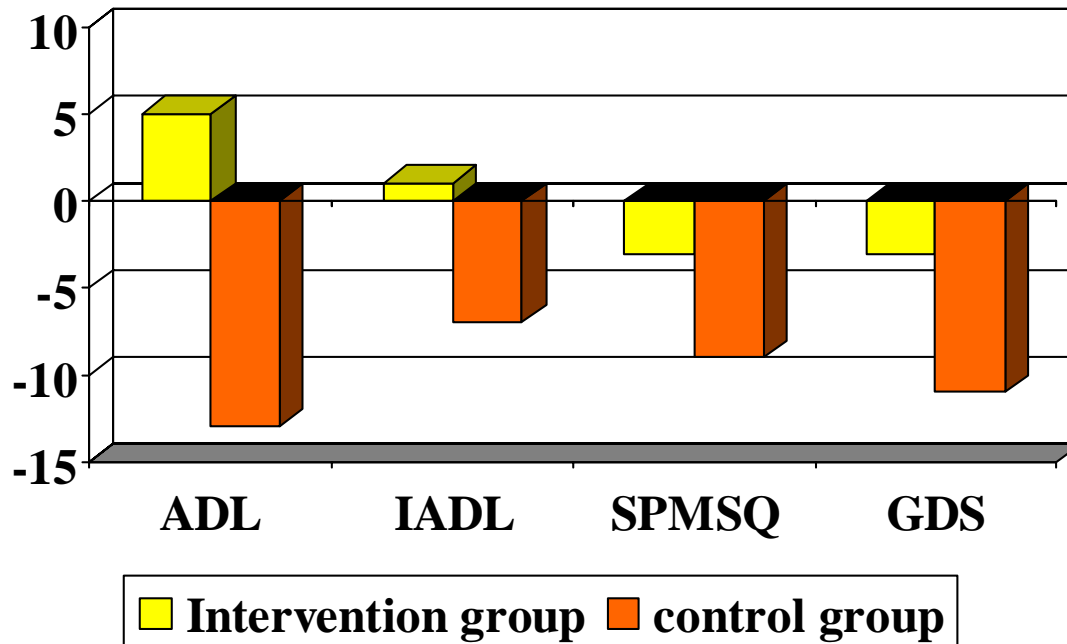
## Effetti di vari programmi di UVG – Metanalisi di 28 studi controllati

Tipo di studio	Obiettivi				
	Mortalità	Nuovi ricoveri	Permanenza a domicilio	Miglioramento FF	SC
<b>Ospedale</b>					
GEMU	-35 %	n.s.	+68 %	+72 %	+100 %
IGCS	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	+71 %
<b>Territorio</b>					
HAS	-14%	-16 %	n.s.	n.s.	n.s.
HHAS	n.s.	n.s.	+49 %	n.s.	n.s.
OAS	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b><i>Tutti i trial di UVG</i></b>	<b>-14%</b>	<b>-12 %</b>	<b>+26 %</b>	<b>ns</b>	<b>+ 41 %</b>
<p><i>GEMU</i>: UVG ospedaliera che esegue sia la VMD che l'intervento e continua a seguire i pazienti anche dopo la dimissione. <i>IGCS</i>: UVG ospedaliera che esegue solo la VMD in consulenza. <i>HAS</i>: UVG in Day Hospital. <i>HHAS</i>: UVG in ospedalizzazione domiciliare. <i>OAS</i>: UVG ambulatoriale. <i>FF</i>: funzione fisica. <i>SC</i>: stato cognitivo.</p>					

# Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community

Roberto Bernabei, Francesco Landi, Giovanni Gambassi, Antonio Sgadari, Giuseppe Zuccala, Vincent Mor, Laurence Z Rubenstein, PierUgo Carbonin

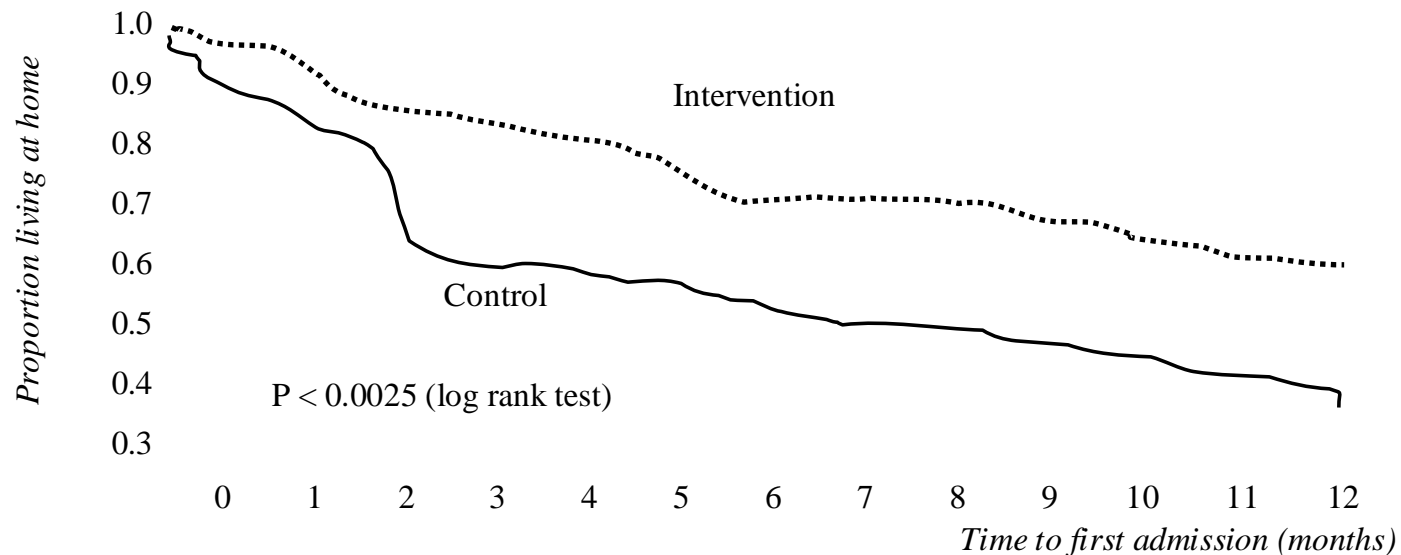
**Percentage change in functional outcomes after 1 year of follow up**



*BMJ Volume 516  
2 May 1998  
Modificata*

# Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community

Roberto Bernabei, Francesco Landi, Giovanni Gambassi, Antonio Sgadari, Giuseppe Zuccala, Vincent Mor, Laurence Z Rubenstein, PierUgo Carbonin



Proportion of subjects admitted to hospital or nursing home in intervention and control groups

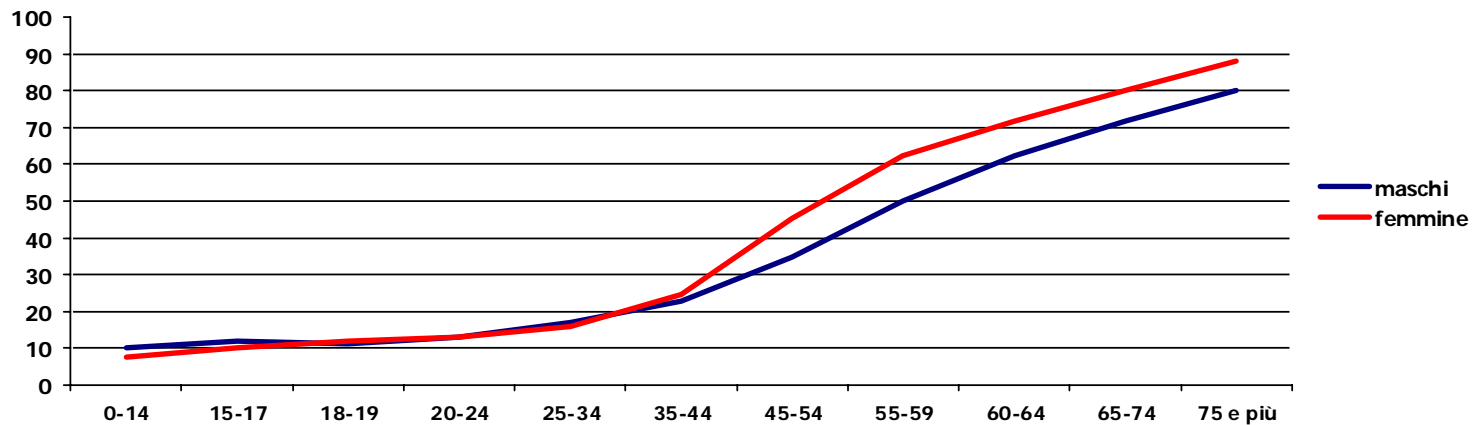
*BMJ Volume 516  
2 May 1998  
Modificata*

**Quale la  
situazione  
attuale**

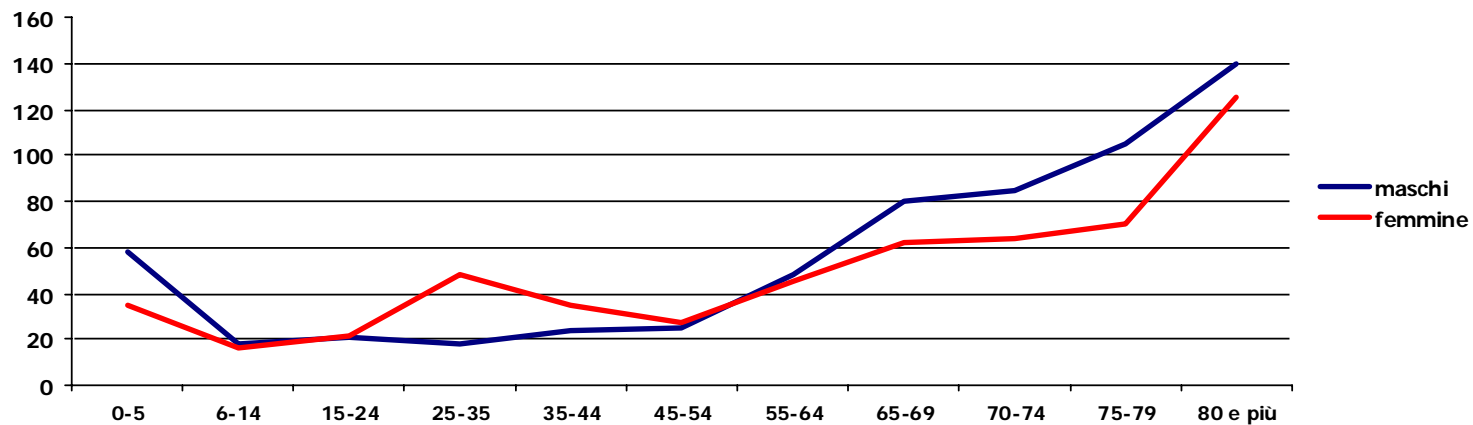


## ISTAT: indagine multiscopo 2001; gruppi d'età.

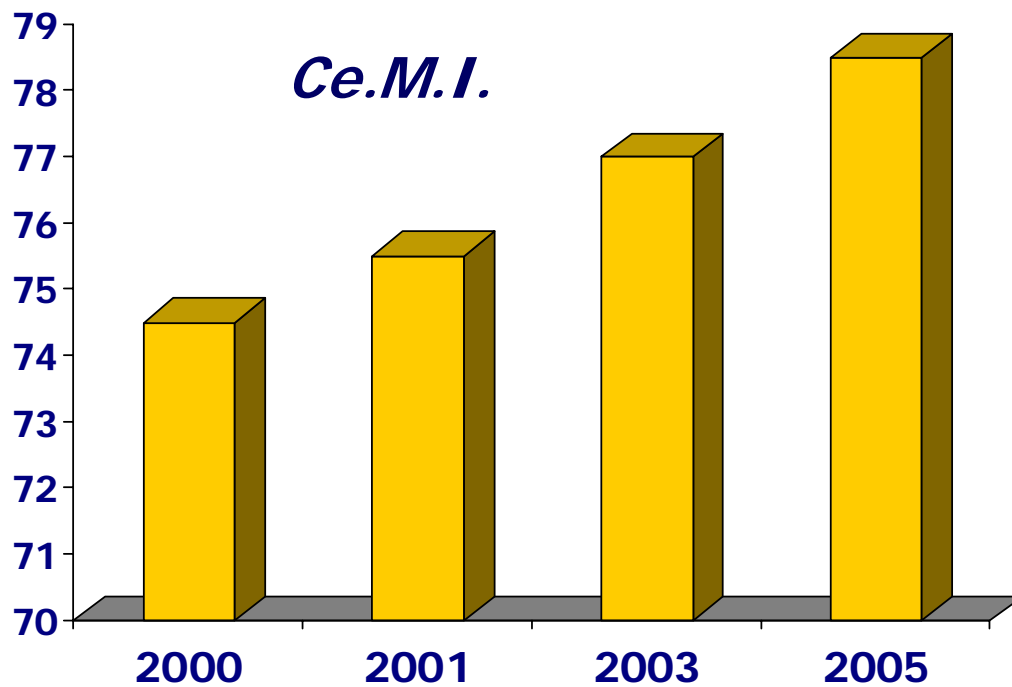
### Trend patologie croniche



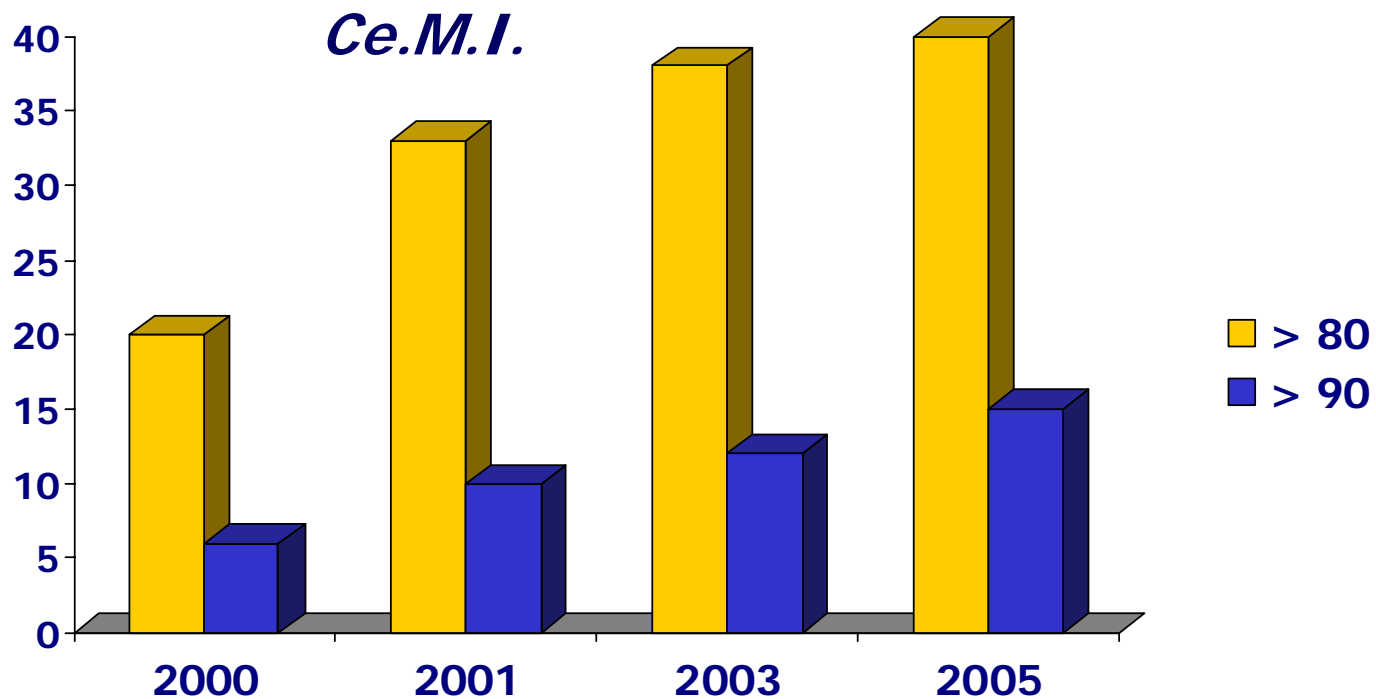
### Trend ricoveri ospedalieri



## Età media dei pazienti ricoverati



## % di ultra ottantenni



## Tasso di ospedalizzazione: ricoveri per 1.000 residenti anziani – Anno 2000

	65- 74 anni			Più di 74 anni		
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale
Italia	293,7	77,3	371,0	440,7	70,3	511,0

Fonte: Ministero della Salute, 2003

# Remunerazione tariffaria teorica dei ricoveri di anziani (65 anni ed oltre)

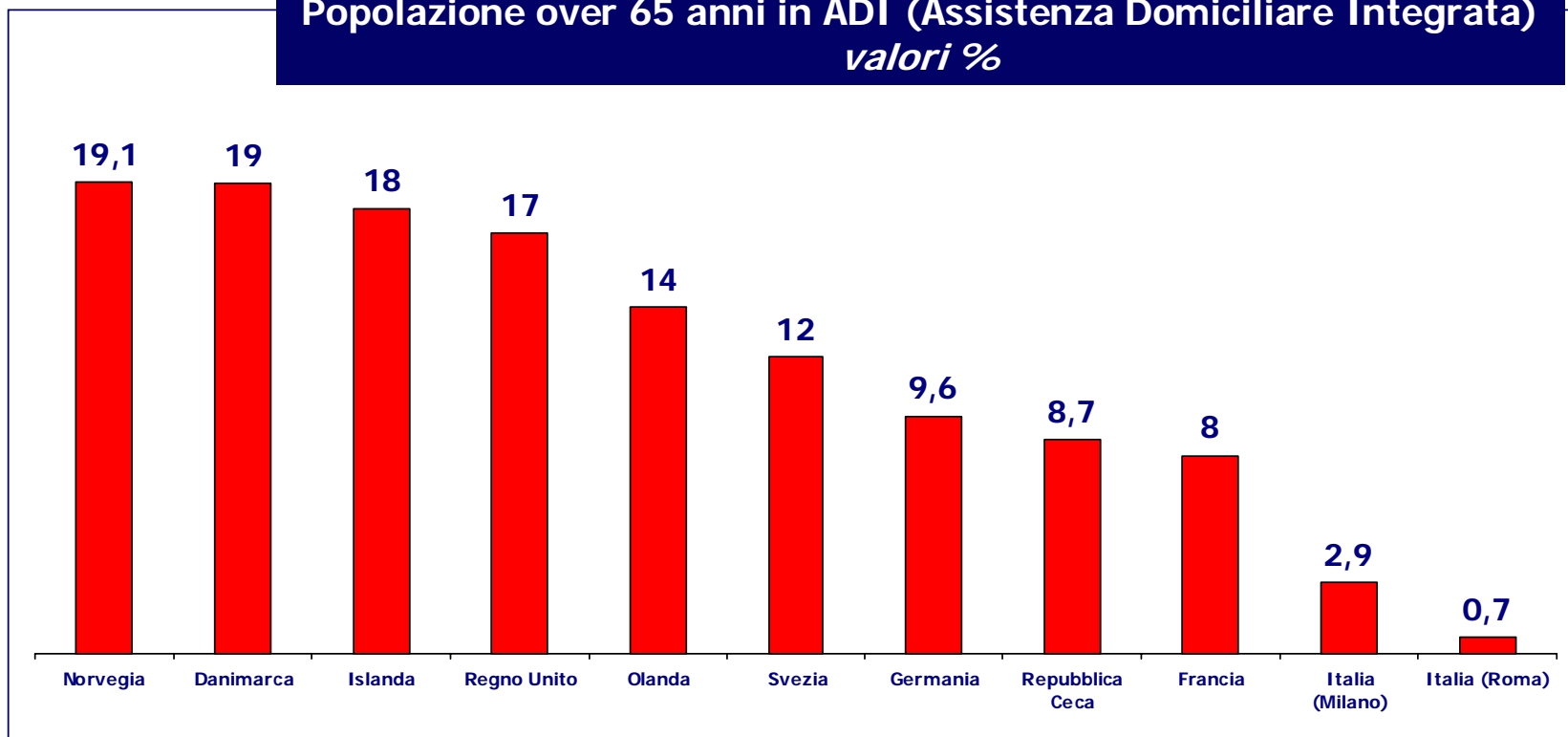
## Anno 2000

	Remunerazione complessiva			Remunerazione tariffaria teorica media		
	65-74 anni	> 74 anni	Totale	65-74 anni	> 74 anni	Totale
<b>Totale</b>	<b>6.449.921.832</b>	<b>7.172.689.135</b>	<b>13.622.610.967</b>	<b>2.965,56</b>	<b>3.113,94</b>	<b>3.041,88</b>

Fonte: Ministero della Salute, 2003

# La riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione del sistema

**Popolazione over 65 anni in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)  
valori %**



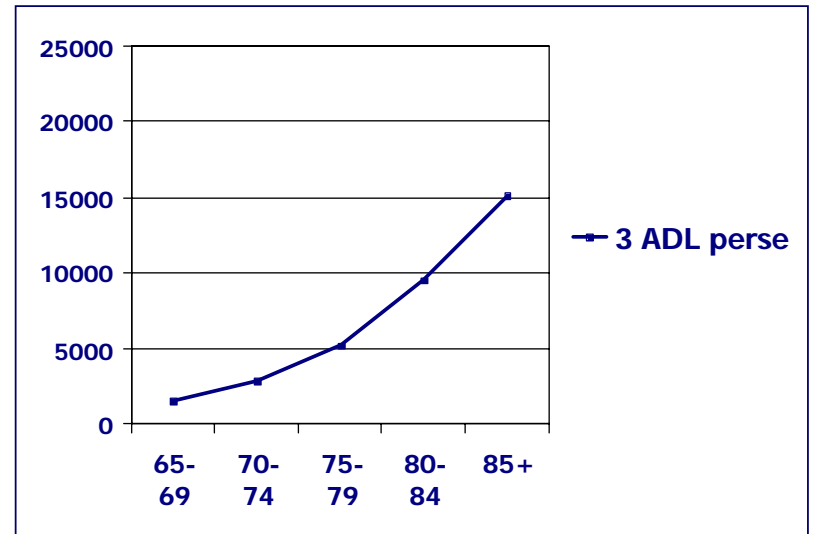
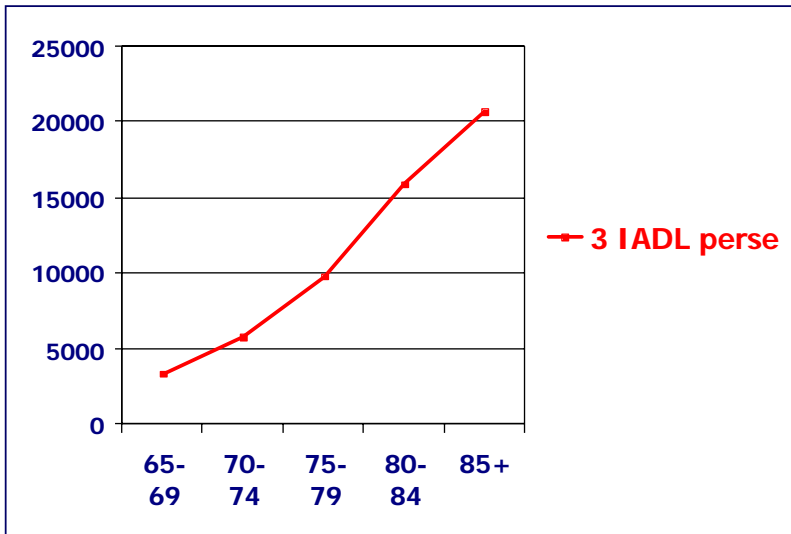
Fonte: Rielaborazione Ambrosetti da "Razionalizzazione e riqualificazione delle strutture locali: la gestione della cronicità", presentazione del Prof. Roberto Bernabei (Presidente della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia), 2006

**L'assistenza domiciliare integrata  
interessa 191.000 anziani, pari  
all'1.9 % degli  
ultrasessantacinquenni.**

Ministero della Salute, Febbraio 2003

# **Le dimensioni del fenomeno disabilità in Toscana**

# Andamento della disabilità nelle funzioni strumentali e di base della vita quotidiana, per classi d'età



Fonte: Agenzia Regionale di Sanità - Dagli studi: ICARE-Dicomano, ILSA, INChianti  
Popolazione Toscana non istituzionalizzata al 31.12.2004

## Stime anziani non autosufficienti al 31.12.04 – Residenti in Toscana (totali) – Per livello di non auto-sufficienza

Livelli di non auto-sufficienza	Gruppi d'età					Totale
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
<b>1-2 BADL</b>	3.033	4.830	7.806	12.039	15.899	<b>43.605</b>
%	1.4	2.5	4.5	8.6	17.0	<b>5.3 %</b>
<b>3 + BADL</b>	1.732	3.226	6.018	10.636	17.585	<b>39.197</b>
%	0.8	1.6	3.4	7.6	18.8	<b>4.7 %</b>
<b>Totale BADL (1 o +)</b>	4.765	8.056	13.824	22.675	33.484	<b>82.802</b>
%	2.1	4.1	7.9	16.2	35.8	<b>10.0 %</b>

Fonte: Agenzia Regionale di Sanità - Dagli studi: ICARE-Dicomano, ILSA, INChianti

Popolazione Toscana non istituzionalizzata al 31.12.2004

**Quale il dato  
previsionale**



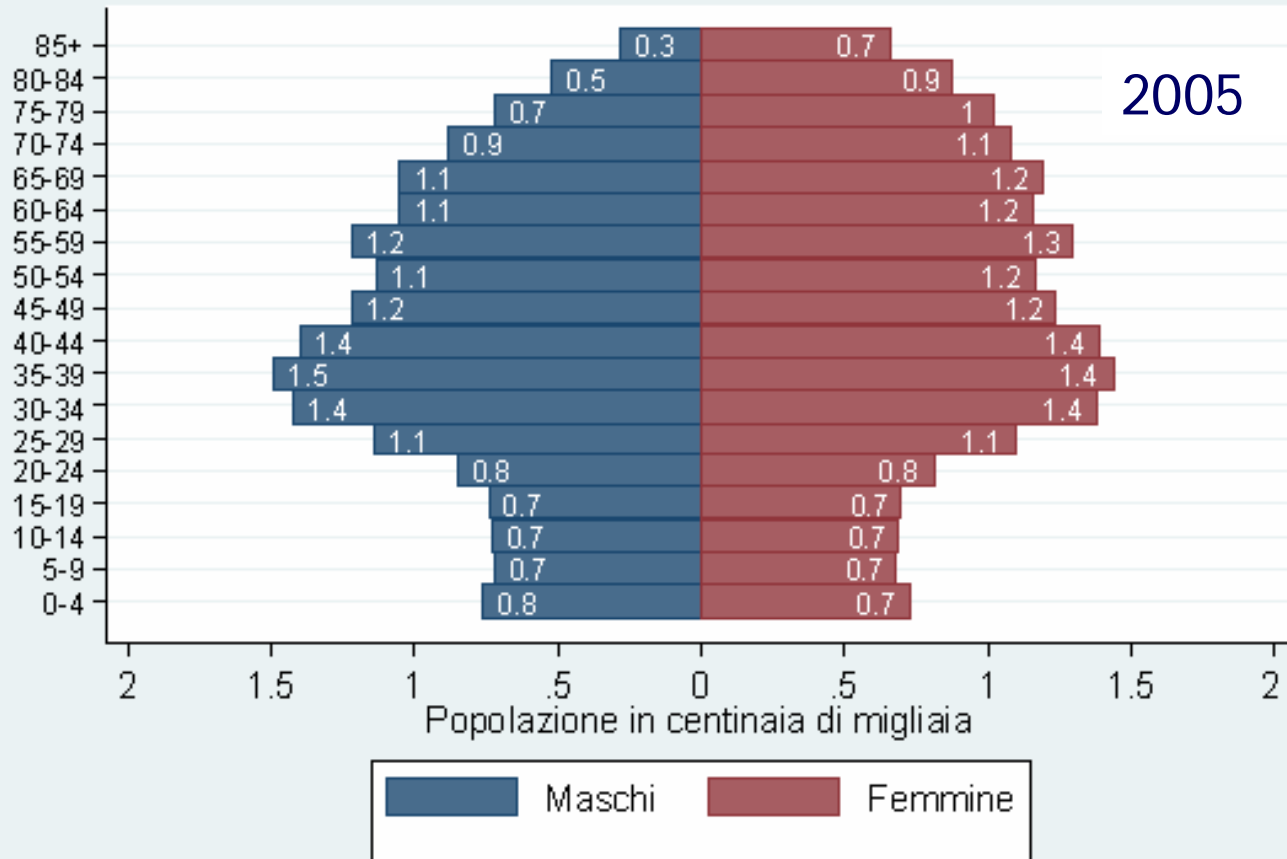
## Stime anziani non autosufficienti al 2010 – 2030 - 2050 – Residenti in Toscana (totale)

Totale	Anno 2010					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85 +	Totale
Residenti	210.511	206.636	172.782	139.217	129.128	858.274
% disabili (1 + BADL)	2.1	4.1	7.9	16.2	35.8	11.1
Non autosufficienti	4.478	8.457	13.691	22.518	46.254	<b>95.397</b>
	Anno 2030					
Classe d'età	65-69	70-74	75-79	80-84	85 +	Totale
Residenti	263.964	218.572	187.028	173.598	195.432	1.038.594
% disabili (1 + BADL)	2.1	4.1	7.9	16.2	35.8	12.3
Non autosufficienti	5.615	8.946	14.819	28.819	70.004	<b>127.463</b>
	Anno 2050					
Classe d'età	65-69	70-74	75-79	80-84	85 +	Totale
Residenti	200.188	226.133	242.696	212.819	261.093	1.142.929
% disabili (1 + BADL)	2.1	4.1	7.9	16.2	35.8	14.1
Non autosufficienti	4.258	9.255	19.230	34.422	93.524	<b>160.690</b>

Fonte: Agenzia Regionale di Sanità - Dagli studi: ICARE-Dicomano, ILSA, INChianti Popolazione Toscana non istituzionalizzata al 31.12.2004

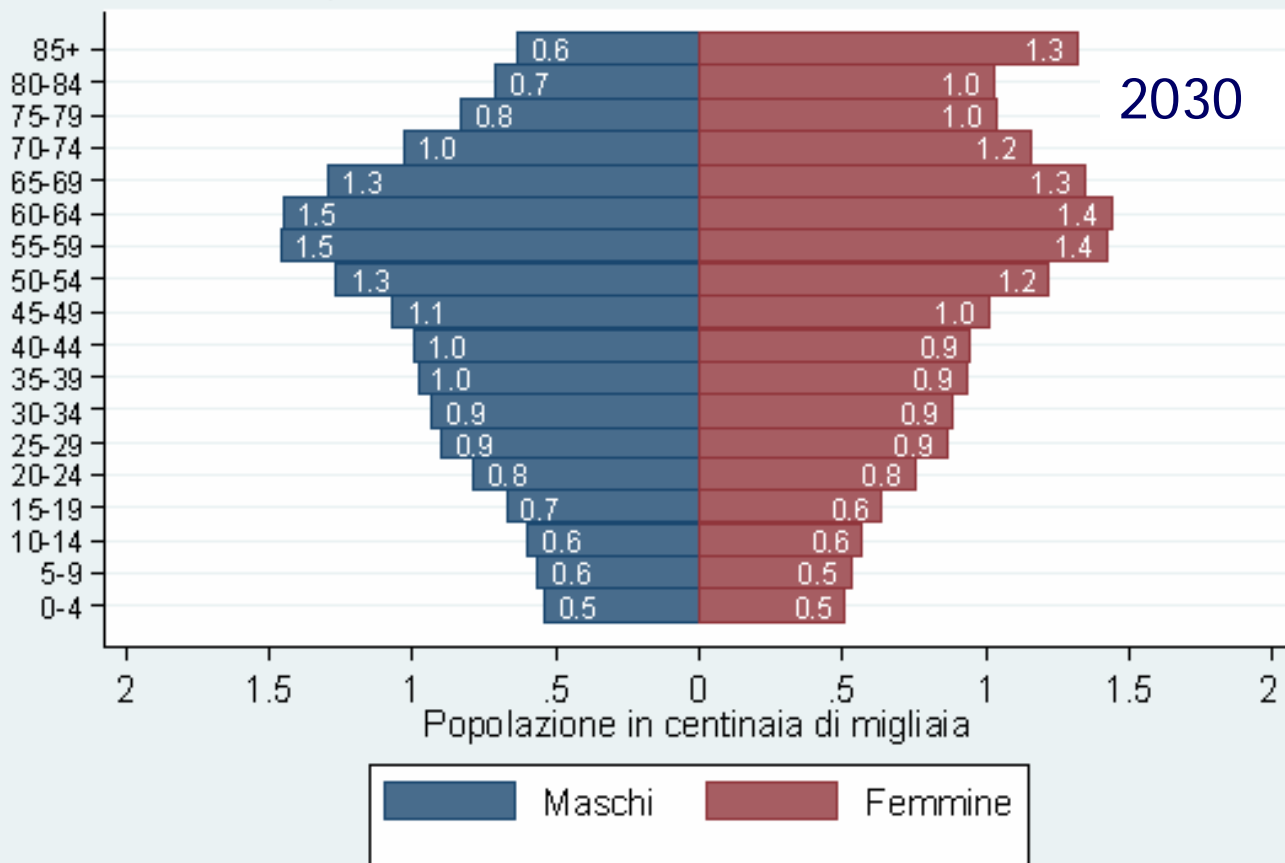
# Piramide dell'età

Popolazione Residente in Toscana al 31/12/2004



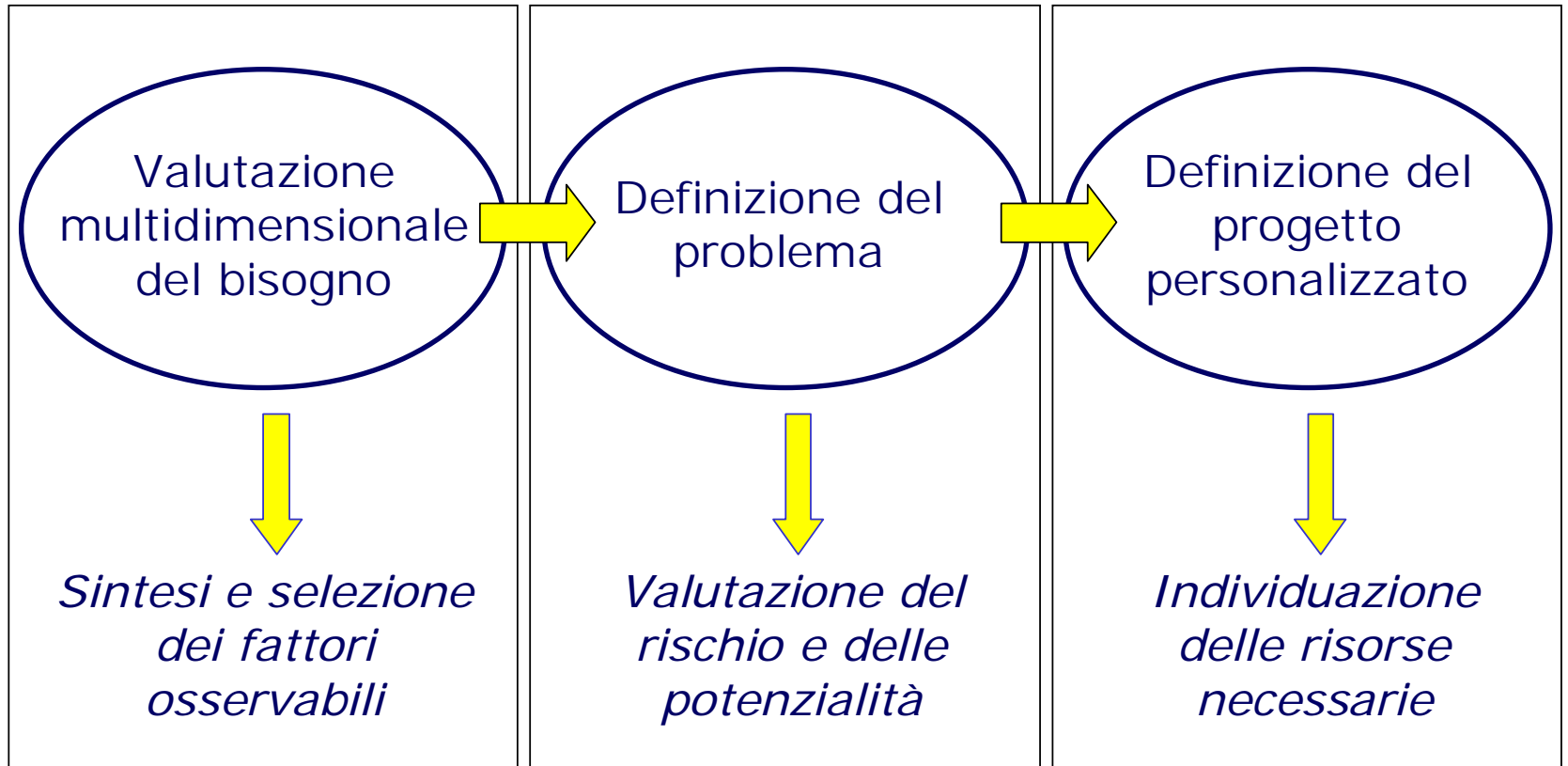
# Piramide dell'età

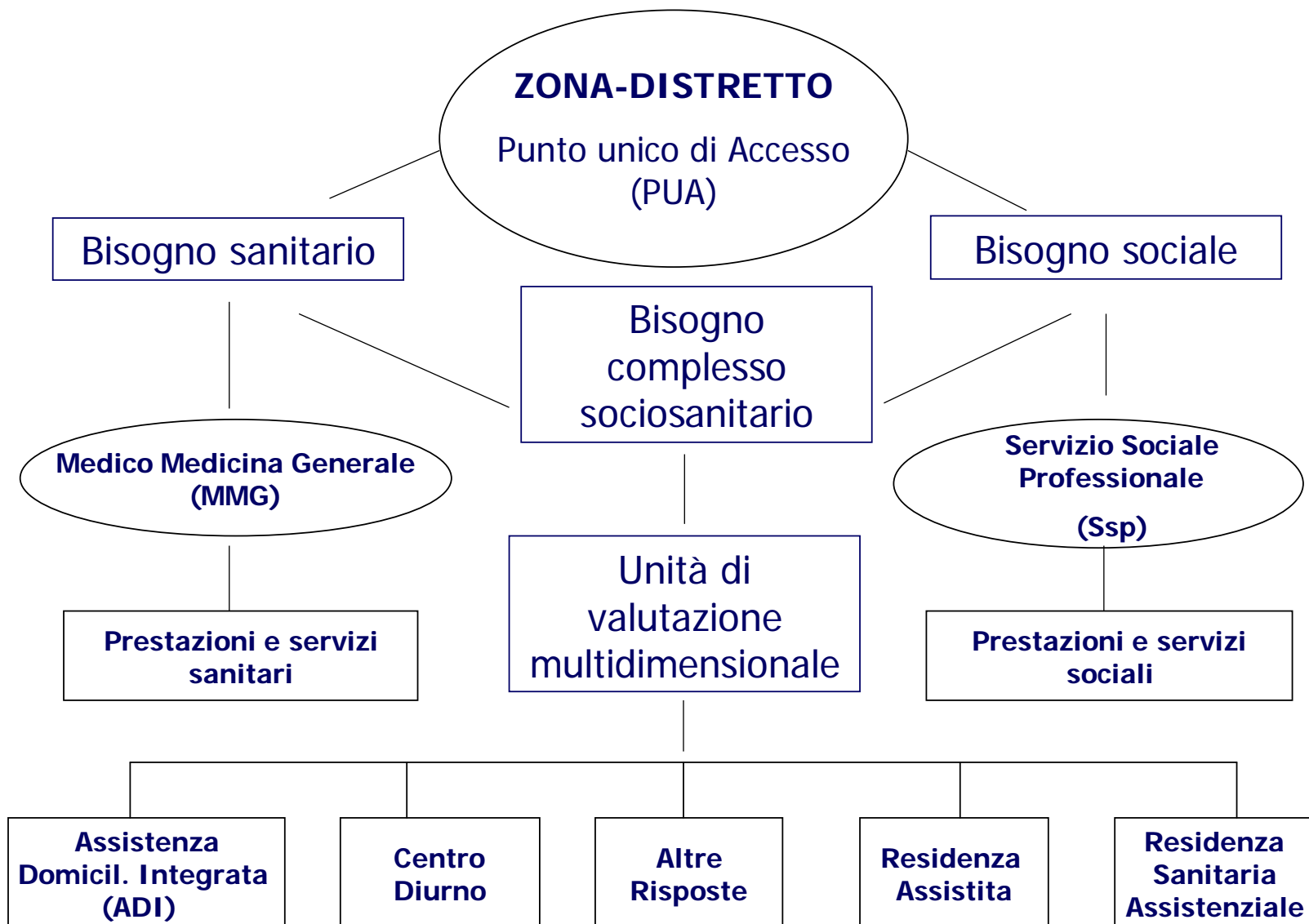
Popolazione Residente in Toscana al 31/12/2029



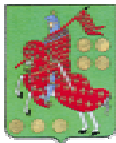
# **Le scelte organizzative**

## Dall'analisi del bisogno al piano di lavoro





**Alcune risposte**



Azienda USL 4 di Prato

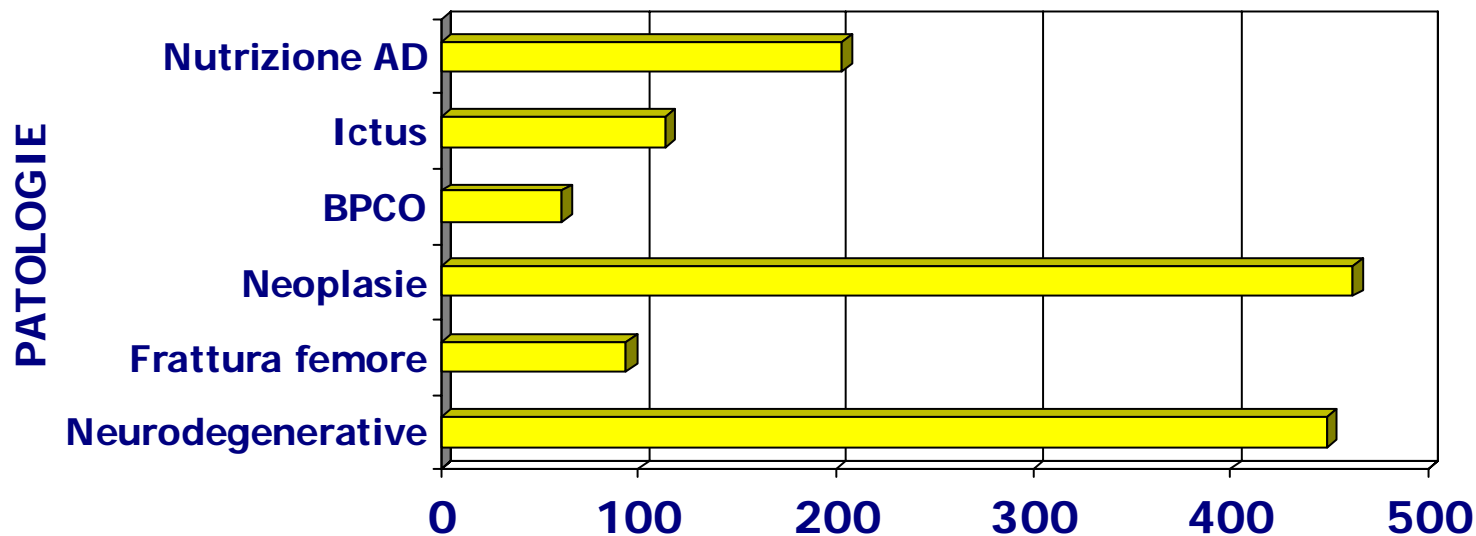
Popolazione: 231.207 abitanti; > 65 anni: 44.023 (19,13 %)

## ANNO 2005 - ASSISTENZA DOMICILIARE

Numero assistiti: 1.180

### BISOGNO COMPLESSO

(in tutti i casi è stato definito un programma individuale di assistenza da parte di U.V.M.)





**Azienda USL 4 di Prato**

**Popolazione: 231.207 abitanti; > 65 anni: 44.023 (19,13 %)**

## **ANNO 2005 - ASSISTENZA DOMICILIARE**

**Numero assistiti: 1.180**

### **BISOGNO COMPLESSO**

(in tutti i casi è stato definito un programma individuale di assistenza da parte di U.V.M.)

<b>Operatori</b>	<b>Ore annue</b>	<b>Accessi</b>
Infermieri professionali	<b>56.671</b>	<b>45.112</b>
Fisioterapisti	<b>484</b>	<b>336</b>
Medici di Medicina Generale	<b>===</b>	<b>12.083</b>
Specialisti (che si recano a domicilio)	<b>1.946</b>	<b>1.460</b>
<b>Totale</b>	<b>59.101</b>	<b>58.991</b>

**Quale l'efficacia  
epidemiologica  
su alcune  
specifiche  
patologie**

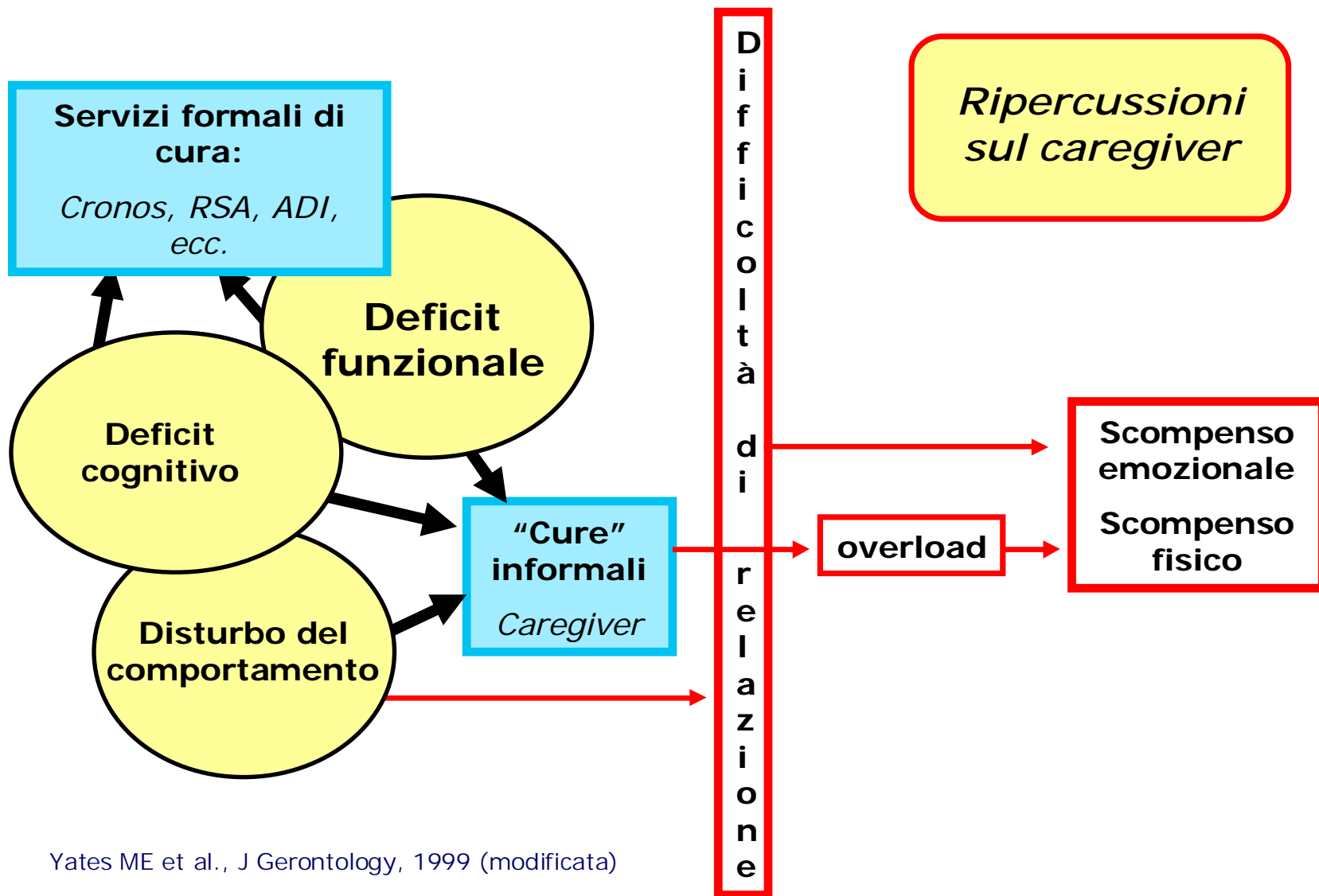


# **Demenza**

**Disabilità ad insorgenza  
progressiva.**

**Dato ipotizzato in Toscana =  
46.200 persone**

# LA DEMENZA COME COMPLESSITÀ



**Quale il possibile  
obiettivo  
conseguibile con  
il lavoro integrato  
geriatria/servizio  
sociale**



**Outcome multifattoriale:**  
cambiamento nella sfera  
dell'autonomia personale, nella  
sfera relazionale e dei rapporti  
interpersonali

M. Trabucchi Rapporto Sanità 2005  
Il Mulino Editore, 2005

**Quali le  
evidenze per  
raggiungere  
questo  
obiettivo**



**Vi è un vasto consenso in letteratura sul fatto che le RSA tradizionali non siano in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni delle persone con demenza grave.**

Trabucchi M e coll., Residenze Sanitarie per Anziani.

Il Mulino Edit., 2002

**Non c'è evidenza sulla capacità dei soli servizi territoriali di ritardare l'istituzionalizzazione.**

Zarit S et al., Int J of Geriatric Psychiatry, 1999

**L'evidenza dimostra che, nell'attuale sistema, la "cura" in famiglia è quella che dà i risultati migliori.**

Montgomery RJV et al., *Aging and Mental Health*, 2001

REGIONE TOSCANA



*Regione Toscana*

Dipartimento Diritto alla salute e politiche di solidarietà

# Un modello assistenziale innovativo per l'assistenza al malato di Alzheimer con disturbi comportamentali ed al suo caregiver.

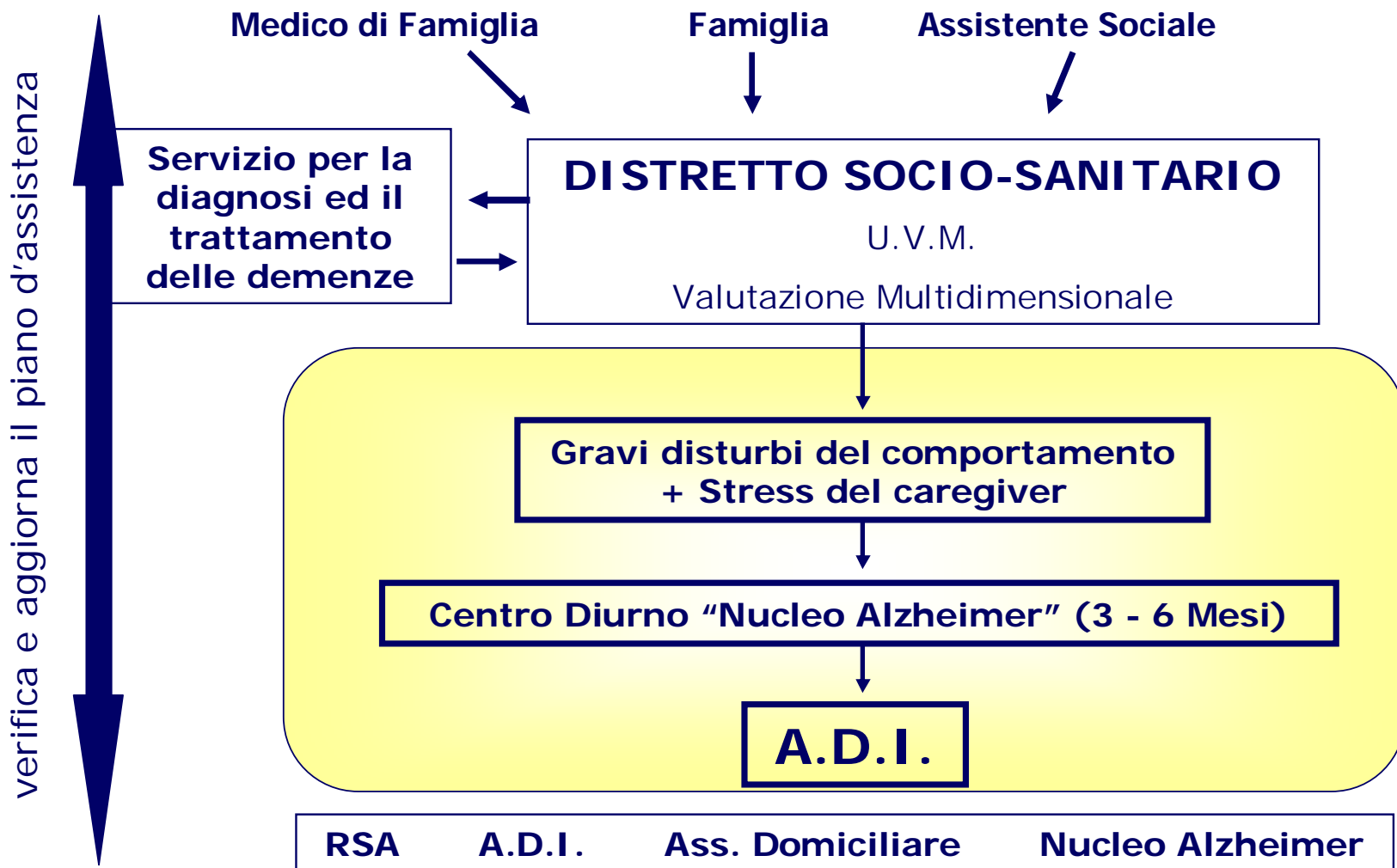
*Coordinatore scientifico del progetto: Dr. A. Bavazzano*  
Direttore U.O. Geriatria, Azienda USL 4 di Prato

*Responsabile amministrativo del progetto: Dr. P. Nocentini*  
Dipartimento Diritto alla salute e politiche di solidarietà - Regione Toscana

## Obiettivo finale del progetto

L'attuazione e la diffusione di un modello assistenziale ad alta integrazione sociale e sanitaria nell'ambito del Progetto Alzheimer della Regione Toscana per l'assistenza al malato di demenza con disturbi comportamentali ed al suo caregiver, valutandone l'efficacia, in termini di miglioramento della qualità della vita, e l'efficienza come ottimizzazione delle risorse della rete integrata dei servizi

## Soggetto con disturbo cognitivo



**ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana**

**Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali  
Gennaio 1999 – Luglio 2007**

**Totale ospiti = 111**

**età :  $76.2 \pm 8.2$  anni ; sesso: 55 % donne**

**CIRS (indice di severità):  $1,33 \pm 0,34$**

**CIRS (indice di comorbidità):**

**0 = 31 %**

**1 = 29 %**

**2 = 22 %**

**3 = 16%**

**5 = 2 %**

**Permanenza al Centro =  $159.7 \pm 73.5$  giorni**

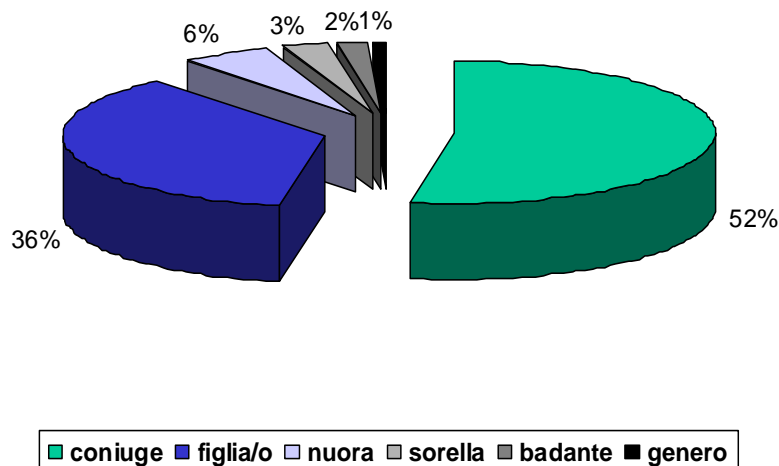
**(103 dimessi)**

## ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

### Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007

N° soggetti = 111

Caratteristiche del caregiver (valori %)



#### Il caregiver

Età:  $61,2 \pm 13,9$

Maschi: 33%

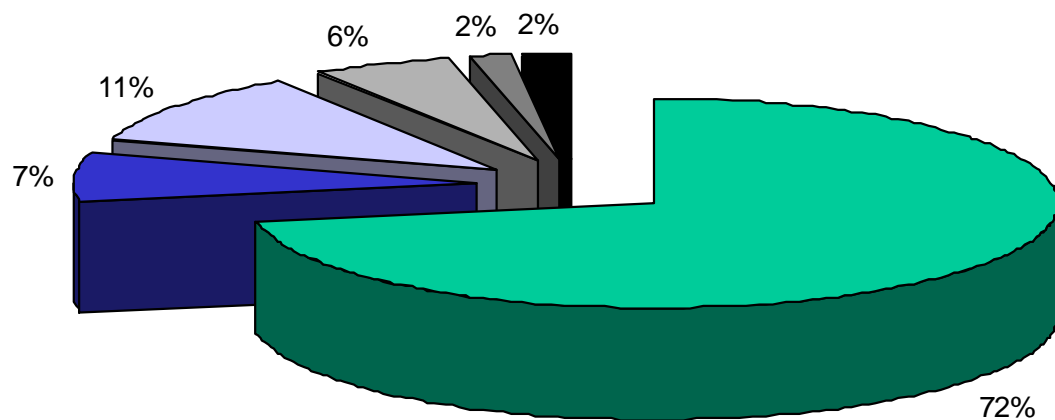
Femmine: 67%

## ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

### Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007

N° soggetti = 111

tipo di demenza (valori %)



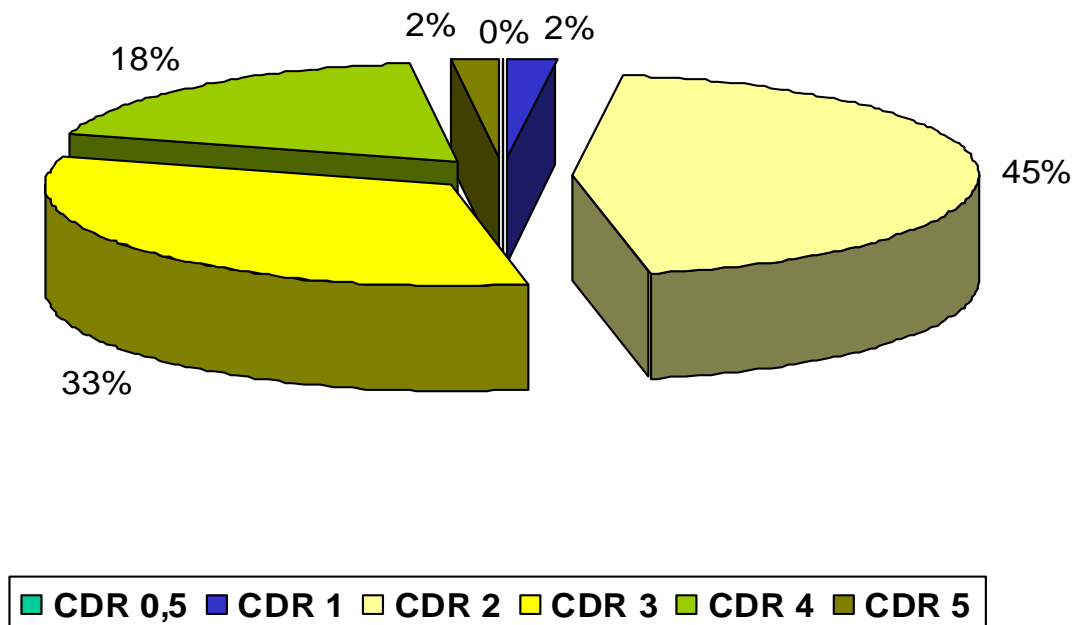
■ Alzheimer ■ Mista ■ Vascolare ■ Fronto-temporale ■ Lewy ■ Post-traum

# ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

## Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007

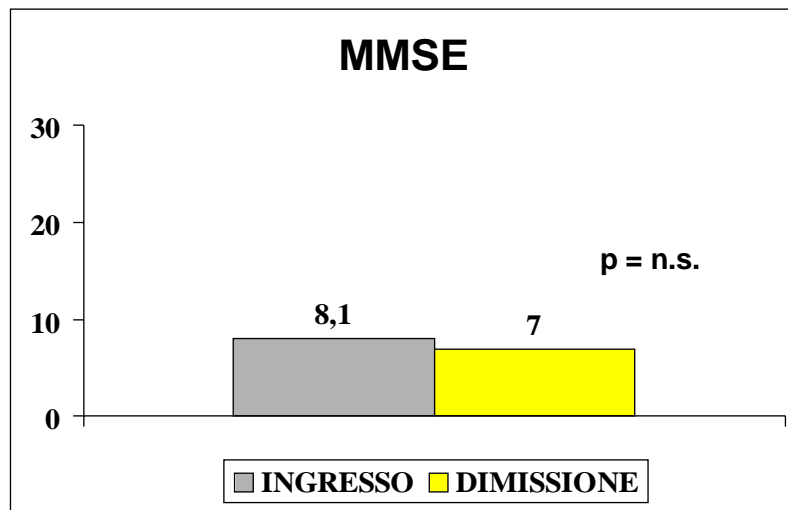
N° soggetti = 111

### CLINICAL DEMENTIA RATING SCALE



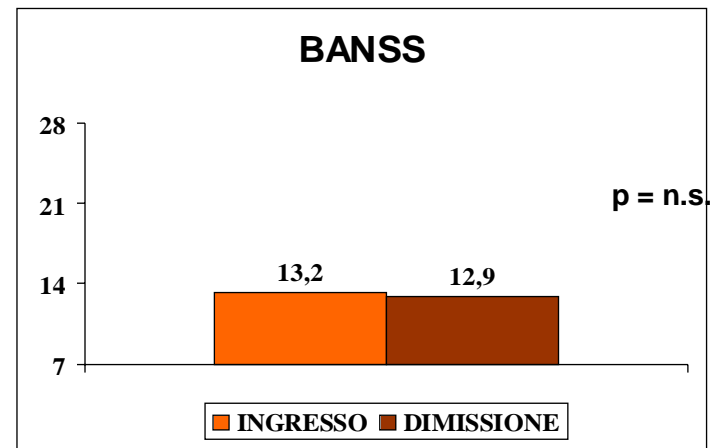
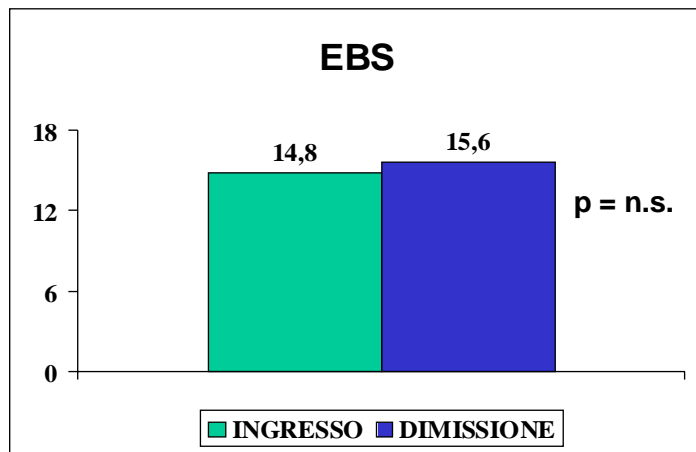
## ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

### Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007



## ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

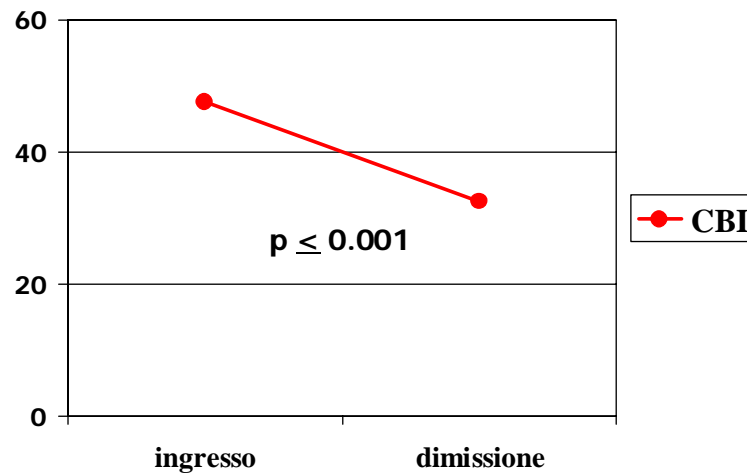
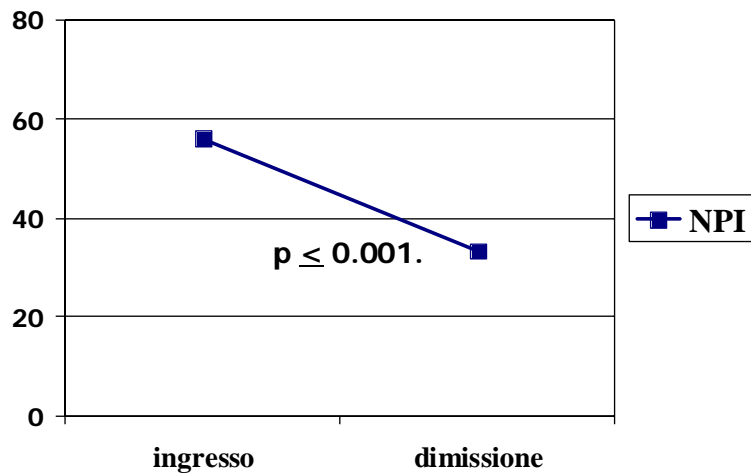
### Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007



## ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

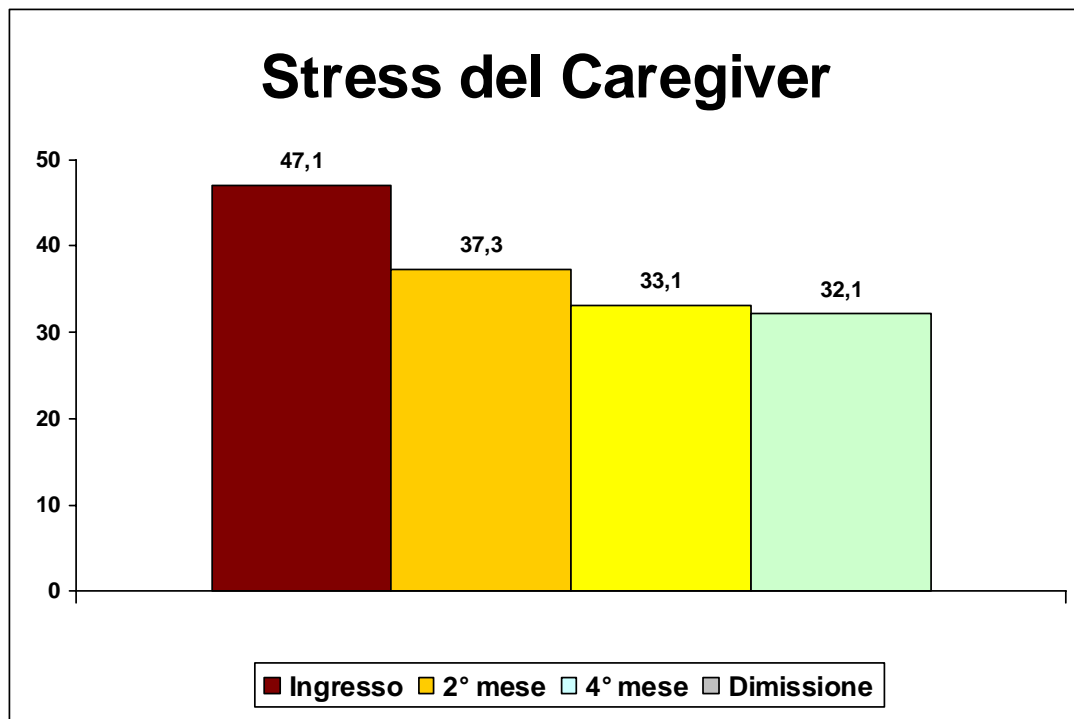
### Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007

#### Disturbi del comportamento e stress del caregiver



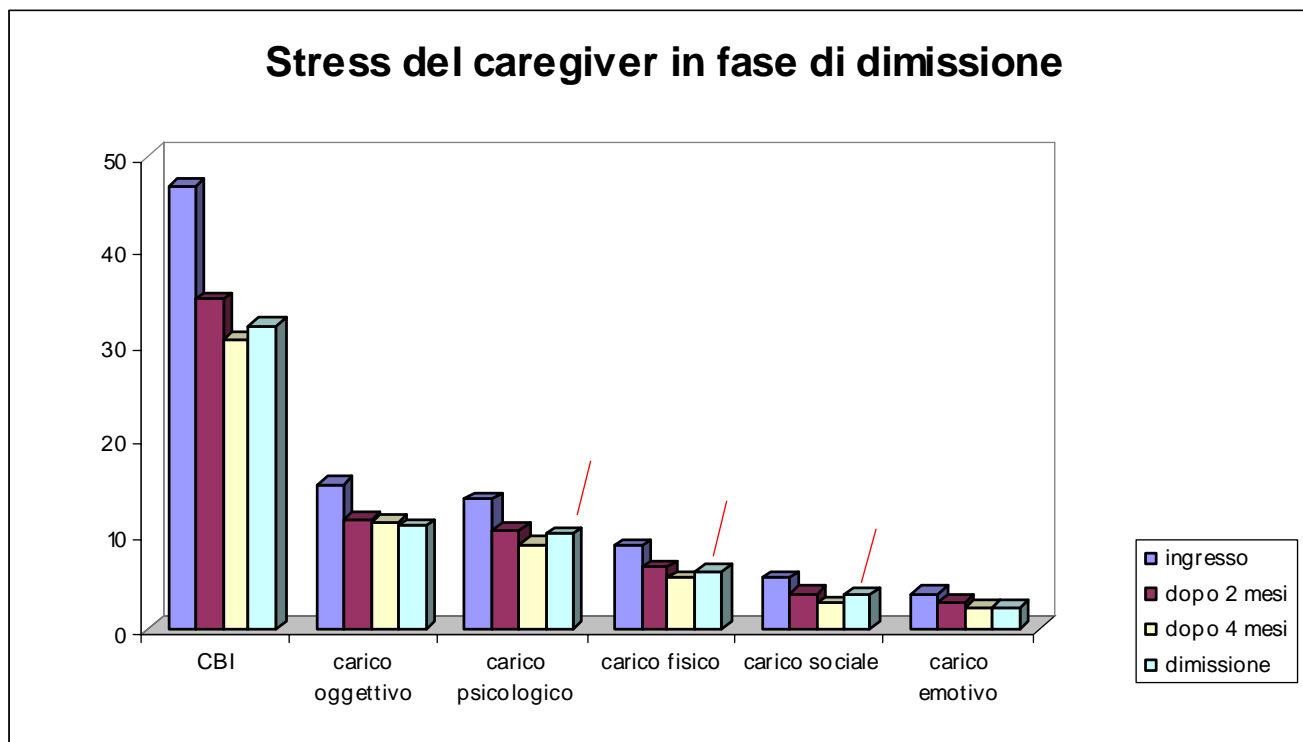
## ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

### Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007



## ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

### Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007

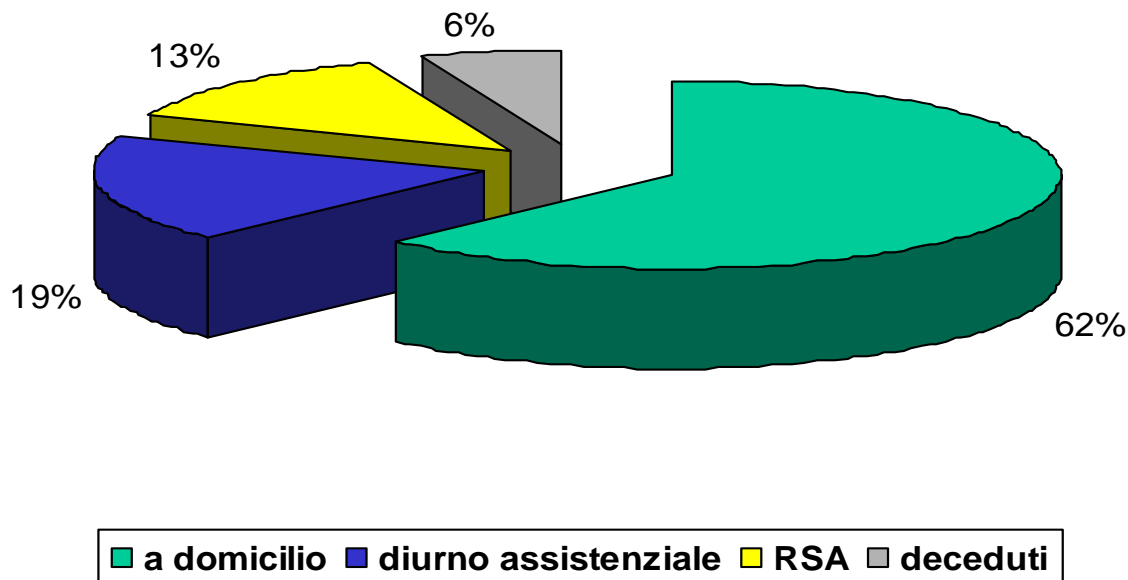


## ASL 4 di Prato: Servizi per la popolazione anziana

### Centro Diurno Alzheimer temporaneo di Narnali Gennaio 1999 – Luglio 2007

N° soggetti dimessi = 103

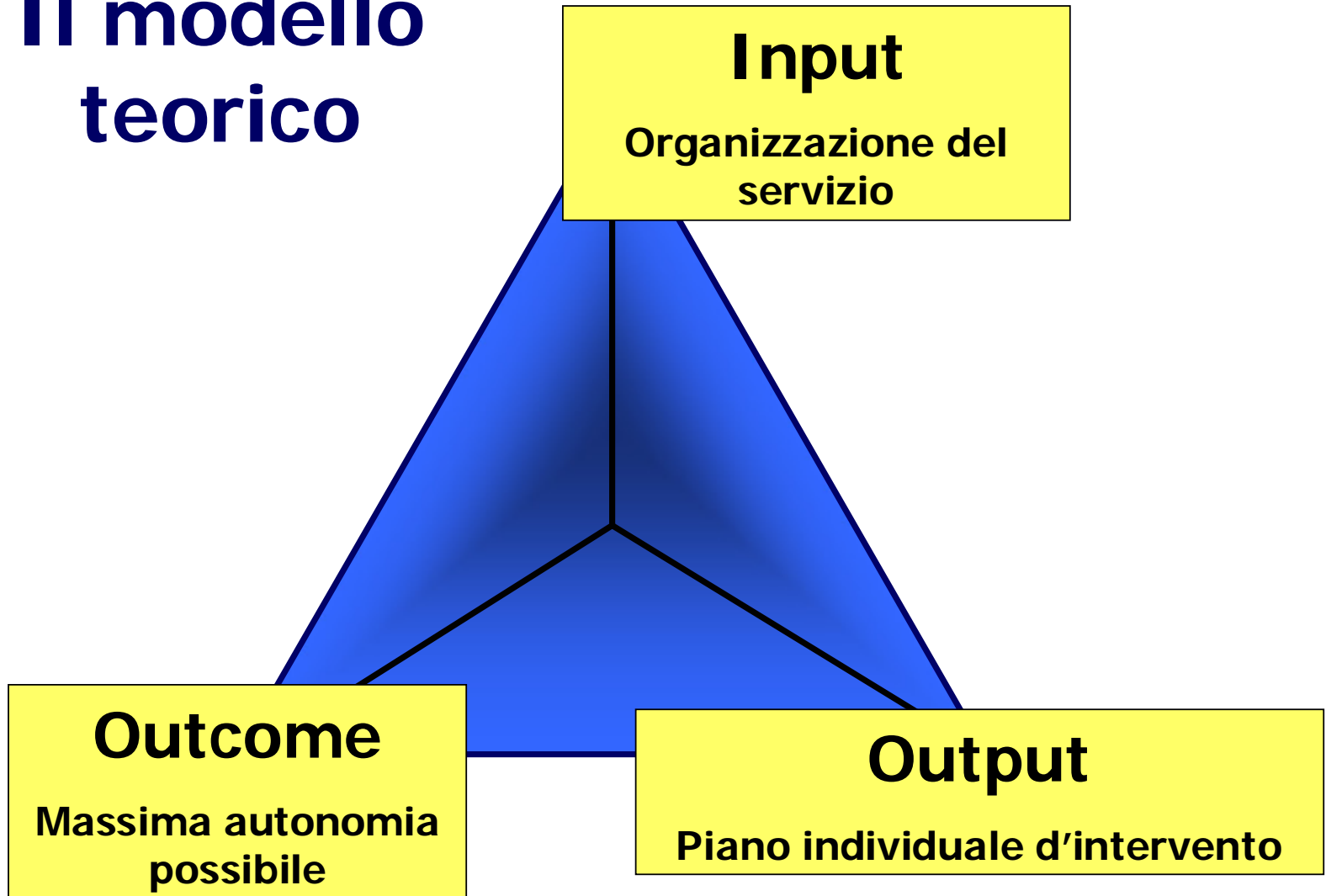
#### SITUAZIONE DOPO 90 GIORNI DALLA DIMISIONE DAL CDA (valori %)



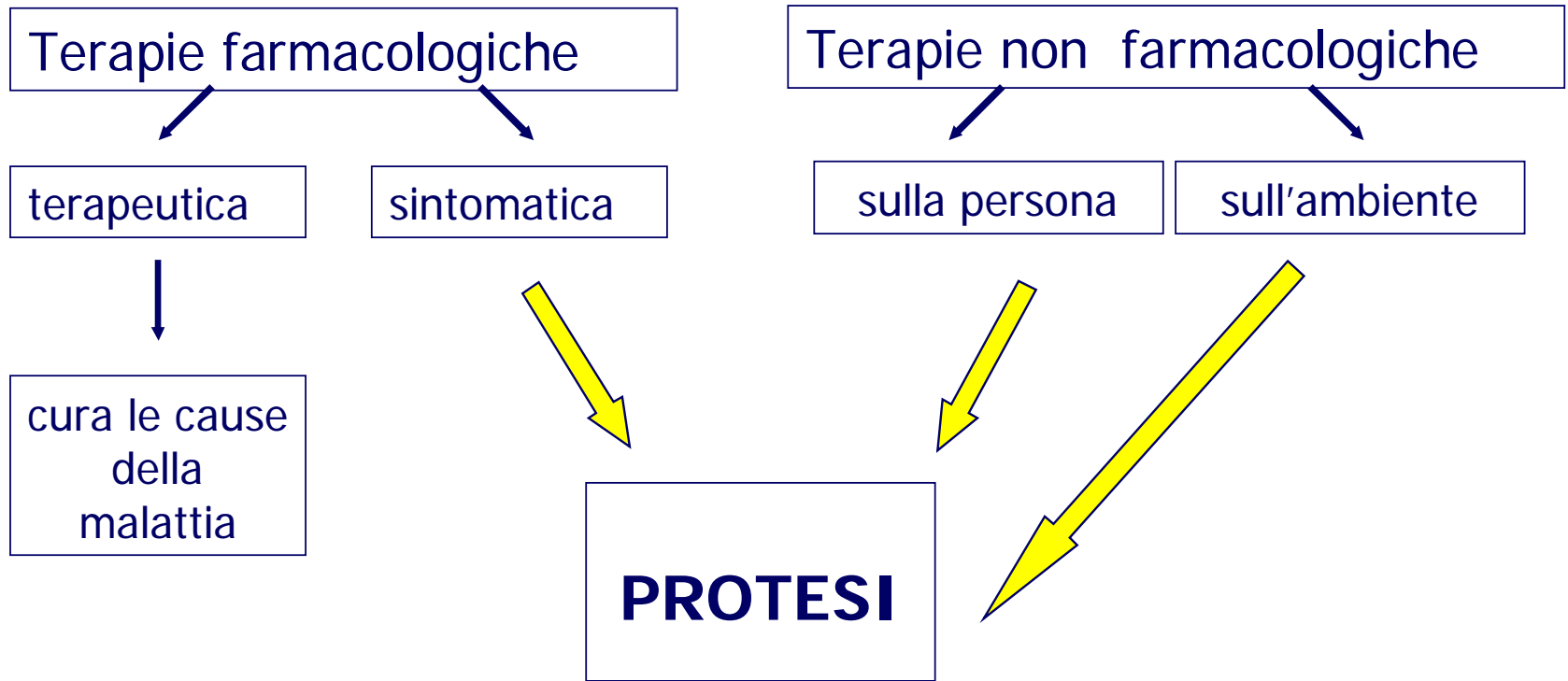
**Quale la strategia  
generale per le  
cure**



# Il modello teorico



# La "cura" della persona non autosufficiente



applicazione permanente di provvedimenti atti a contrastare le disabilità associate alla malattia

Registrazione della **DOMANDA**  
e della **STORIA** della persona

Analisi **BISOGNI** dei settori  
- funzionale organico  
- cognitivo comportamentale  
- relazionale ambientale  
  
Definizione dell'**IPOTESI** del **PROBLEMA**

Analisi delle **RISORSE**  
Definizione degli **OBIETTIVI**

Programmazione degli interventi:  
il **PIANO OPERATIVO**

Attuazione del **PIANO OPERATIVO**

Analisi della condizione  
**alla conclusione degli interventi:**  
a) registrazione di una **NUOVA**  
**DOMANDA:** nuovo progetto  
b) persistenza del problema:  
**RIPROGETTAZIONE** o **PIANO**  
**OPERATIVO** di  
**MANTENIMENTO**  
c) soluzione del problema:  
**CONCLUSIONE** della presa in carico

Condizione  
**INIZIALE**  
(tempo  $T_0$ )

Risultati  
**ATTESI**

Risultati  
**OTTENUTI**  
(tempo  $T_1$ )

Risorse  
**IMPIEGATE**

# IL PROGETTO PERSONALIZZATO

Verifica

Valutazione  
**outcome**

Verifica

Valutazione:  
- **output**  
- **efficienza**  
- **qualità di processo**

