



La capacità intrinseca nelle cure primarie e telemedicina



Antonino Maria Cotroneo, MD

Direttore SC Geriatria OMV

Direttore Dip. Continuità delle Cure Ospedale - Territorio

ASL Città di Torino

Responsabile Area RSA e Strutture Residenziali DIRMEI - Reg Piemonte

Consulente Azienda Zero Reg Piemonte

V. Presidente Naz. AGE

Presidente Sez. Piemonte - Valle d'Aosta dell'AIP

antonino.cotroneo@unito.it

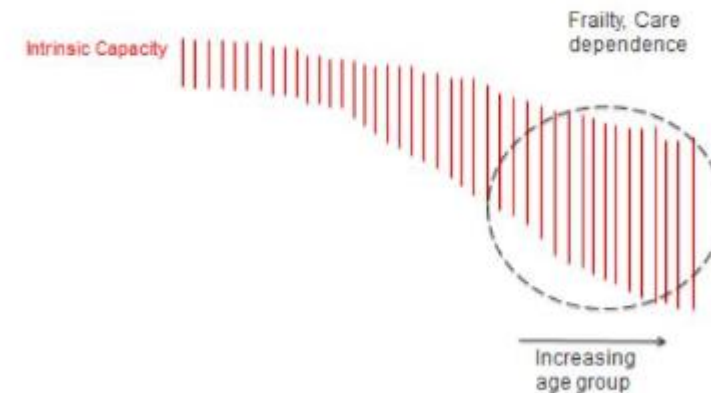
antonino.cotroneo@aslcitydatorino.it





Oggi si tende ad affrontare quasi esclusivamente gli aspetti negativi della salute e soprattutto quando emergono problemi clinicamente rilevanti ed evidenti (medicina di attesa).

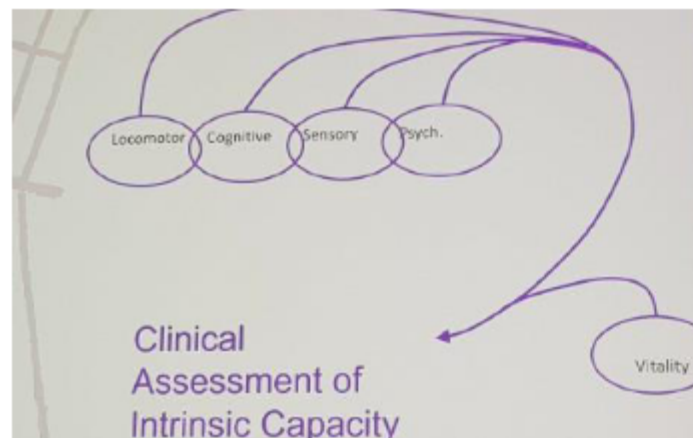
Geriatrics. Intrinsic Capacity (CI) o capacità intrinseca fa riferimento a tutte le capacità mentali e fisiche di cui la persona dispone nel corso di tutta la sua vita.

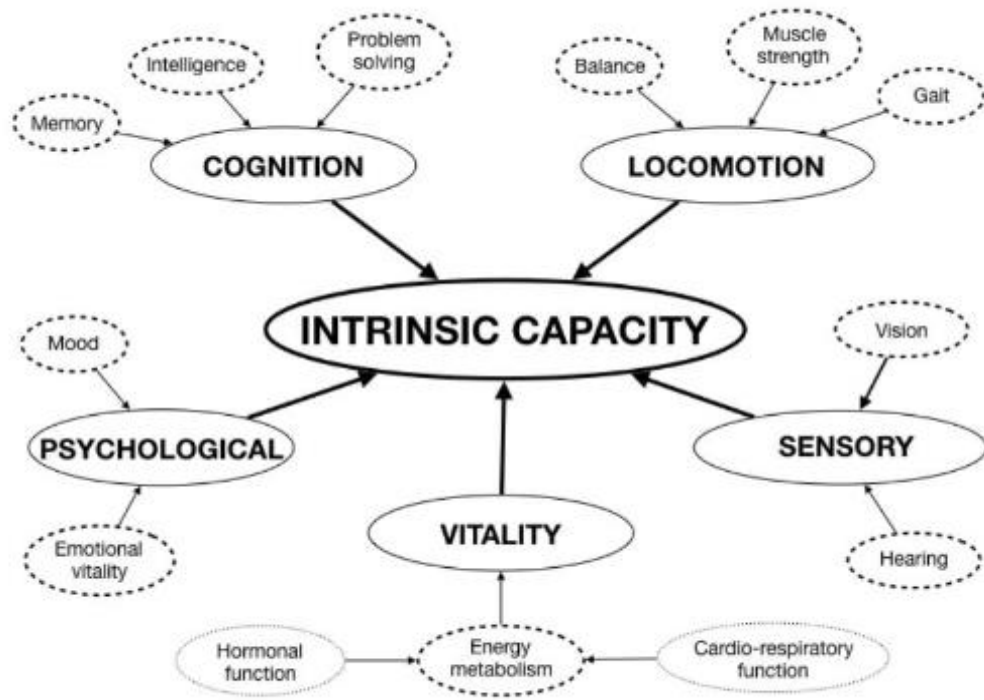




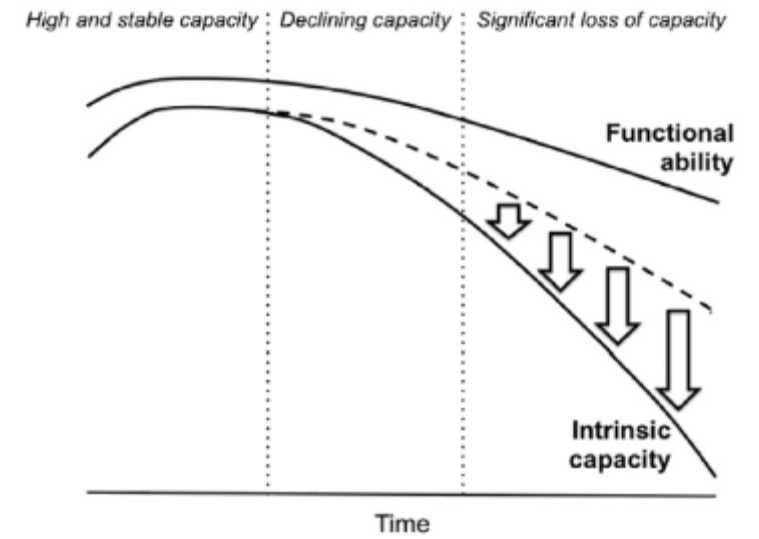
La conservazione delle capacità fisiche e mentali in molti ultra80enni che mostrano performance simili ai soggetti molto più giovani, indica che l'età cronologica è inadeguata per attribuire il rischio di eventi negativi per la salute e per l'autosufficienza.

I nostri sistemi sanitari non sono organizzati per mantenere la CI delle persone nel corso della loro vita, ma solo a identificare e trattare episodi prevalentemente acuti. CI è la combinazione delle capacità fisiche e mentali mentre le abilità funzionali (FA) sono la combinazione delle interazioni fra la CI con il complesso ambiente in cui il soggetto che invecchia vive (WHO newsletter). E' ormai giunto il tempo di passare dalla valutazione degli stati patologici alla descrizione dello stato di salute e delle capacità funzionali del paziente: la valutazione della CI che si può ottenere anche con la valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) può rappresentare una soluzione utile. La CI è stata "costruita" usando l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) e in particolare 5 domini: locomozione, vitalità/bilancio energetico, cognitività, sensorialità e capacità psicologiche (Cesari M, J Gerontol 2018); specifici test per ogni dominio consentono di apprezzare clinicamente la CI





Cesari M et al. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* in press





68° CONGRESSO NAZIONALE **SIGG**

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



**Dato l'invecchiamento del nostro Paese ,è necessario un rinnovamento dell'organizzazione dei servizi che saranno offerti agli anziani.
Gestire e tutelare al meglio la longevità.**

Aumento età

Aumento comorbidità

Nuovo approccio al pz



68° CONGRESSO NAZIONALE **SIGG**

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



PARADIGMA

dalla Medicina del trattamento della singola patologia
alla Medicina della complessità

Gestione -> Passaggio
dalla Medicina d'attesa -> Medicina d'iniziativa

PRESA IN CARICO



PRESA IN CARICO = ruolo fondamentale

Percorso Integrato

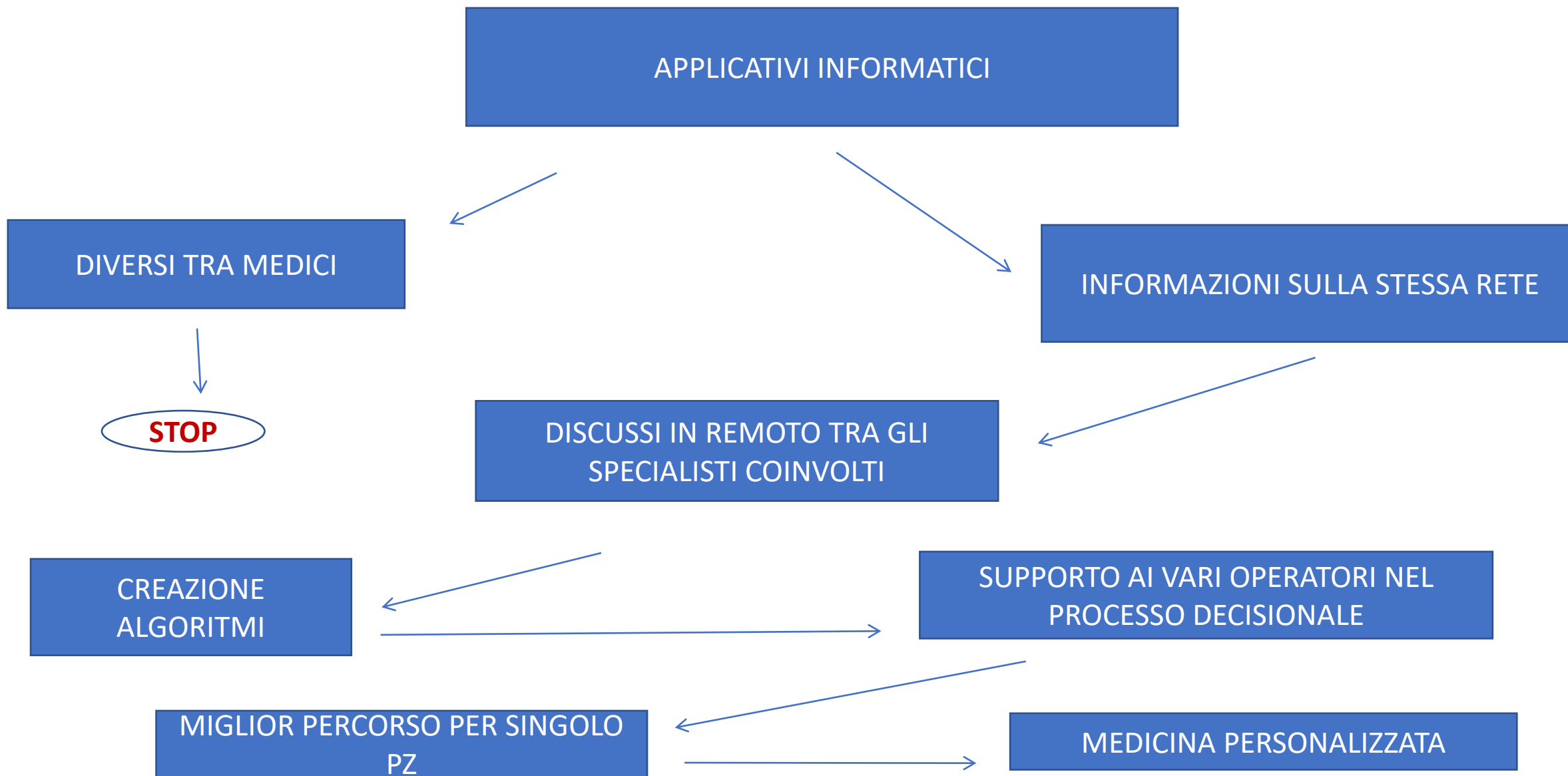
Ogni passaggio è predisposto

PDTA <-> Sviluppo Reti Territoriali

Multidisciplinarietà

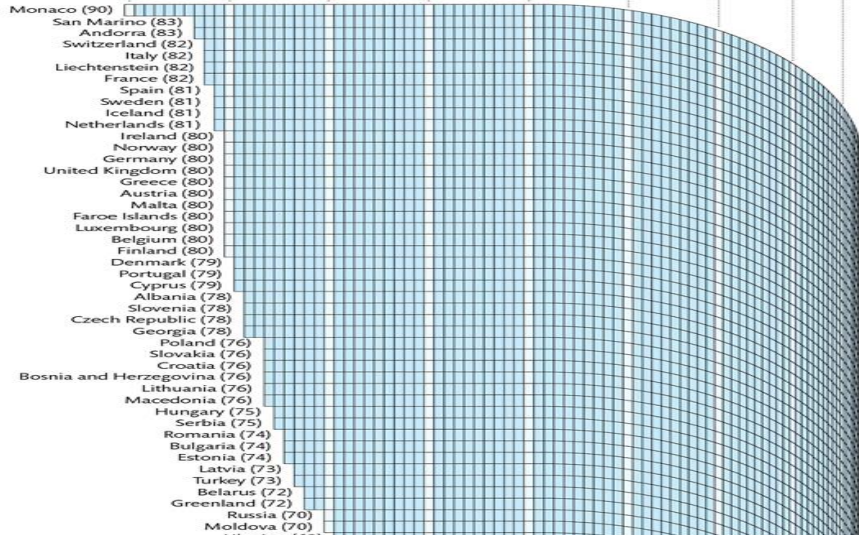
2,5 degli over 65 usufruisce dell'ADI e il 2,2 di un posto in RSA (dati Italia Longeva)

Aspetto quantitativo e qualità dell'offerta

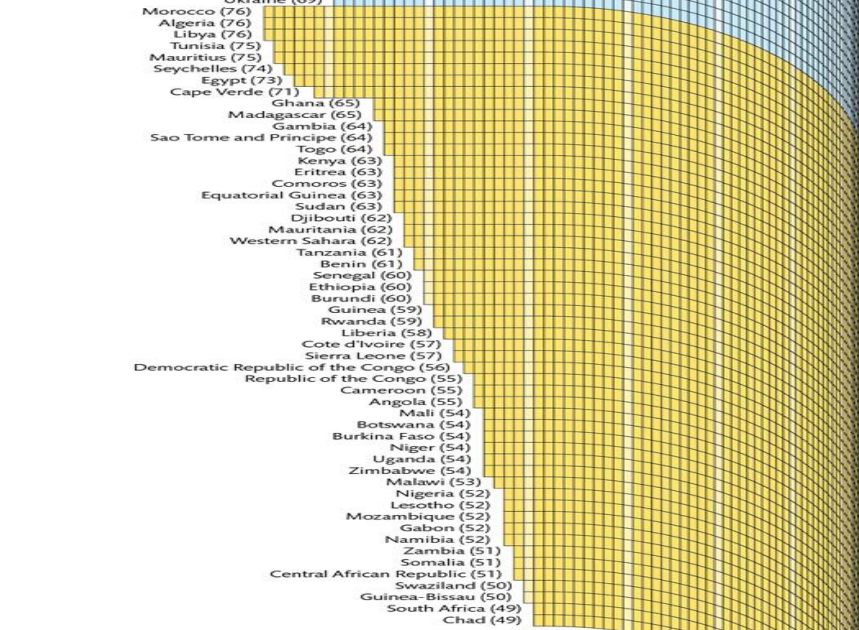


EUROPE

Years 90 80 70 60 50 40 30 20 10



AFRICA



Average by Continent



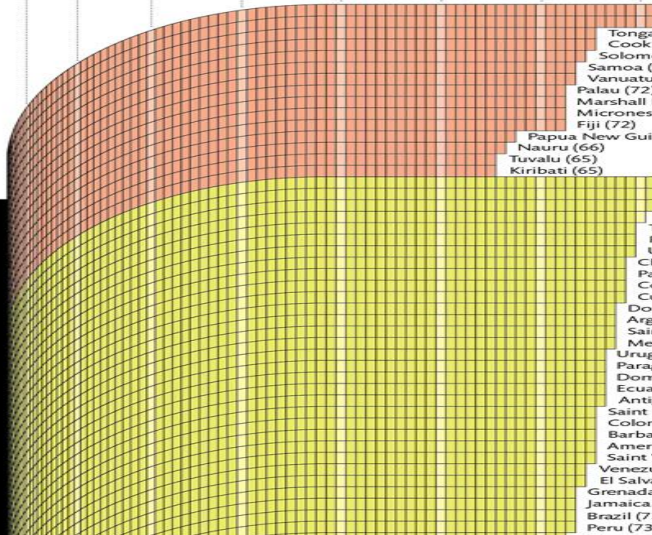
MISCELLANEA

THIS WEEK'S USEFUL INFO

LIFE EXPECTANCY AT BIRTH

This is the average number of years to be lived by a group of people born this year (2013) if mortality at each age remains constant in the future. The entry includes total population of both male and female components.

10 20 30 40 50 60 70 80



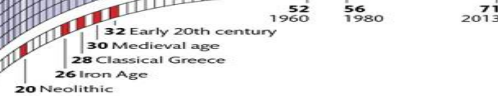
OCEANIA

AMERICAS

ASIA



Life expectancy along history (world average)



Life expectancy is a synthetic indicator of the living conditions, health, education and other social dimensions of a country or territory. These features have made life expectancy as one of the key indicators selected by the United Nations to measure human development.



Tabella 5.1 **Stima del bisogno potenziale**

Target	Descrizione target	Fonte	Modalità di calcolo	Pop. di riferimento (1.1.2019)	Stima
NON AUTOSUFFICIENZA anziani:	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali che vivono in famiglia	ISTAT (2014) <i>Condizioni di salute, fattori di rischio e prevenzione</i> Anno di riferimento: 2013	19,8% della popolazione di riferimento	≥ 65 anni	2.652.753
	Anziani (≥ 65 anni) con limitazioni funzionali ospiti presso strutture	Dati I.Stat (2020) <i>Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari</i> , Anno di riferimento: 2018	Conteggio degli anziani residenti permanentemente in istituzioni da parte di I.Stat	≥ 65 anni	295.473
Stima popolazione anziana non autosufficiente					2.948.226
Totale popolazione 65+ residente all'1.1.2019					13.693.215
Quota di 65+ non autosufficienti					21,5%

La stima degli anziani non autosufficienti in Italia è pari a 2.948.226 (aggiornamento dato Capitolo 5 OASI 2019), ovvero **circa un anziano residente ogni quattro**



solo il 10,18% della popolazione non autosufficiente è stata accolta dai servizi di welfare pubblico

Tabella 5.4 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari
2.907.438	Residenziale	271.972	9,35%
	Semiresidenziale	23.954	0,82%
	Domiciliare (ADI e SAD)	779.226	26,80%
2.907.438	Totale	1.075.152	36,98%

Fonte: OASI 2019

il sistema di welfare pubblico è lontanissimo dall'offrire risposte alle famiglie e agli anziani. La **rete dei servizi** non solo è "debole" nella sua diffusione sul territorio, ma è anche altamente frammentata, mancando strumenti di coordinamento e di integrazione anche con la rete sanitaria per acuti e la filiera dei servizi territoriali



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



La *cura al domicilio* gestita direttamente dalle famiglie diventa quindi il perno del sistema anziani in Italia.

Data la scarsa diffusione di servizi di assistenza domiciliare out of pocket, questa è fondata sull'autoorganizzazione delle famiglie, supportate economicamente (in maniera indiretta) da Indennità di Accompagnamento e operativamente da badanti, regolari (40%) o irregolari (60%), stimate in oltre un milione nel 2018



5 **nodi critici** nella presa in carico delle persone non autosufficienti:

- l'eccessivo ricorso al pronto soccorso
- la difficile gestione dei non autosufficienti nei reparti ospedalieri, sia al momento dell'arrivo sia nel periodo di ricovero
- la complessità del processo di dimissioni, *mancando un raccordo strutturato con la rete dei servizi socio- sanitari e di riabilitazione*
- il ruolo incerto degli MMG, che oscillano tra azione clinica limitata e circoscritta e presa in carico per la quale mancano oggettivamente delle necessarie risorse di supporto
- la casa dell'anziano che è il luogo principali dell'assistenza sostanziale e informale ma che non viene utilizzato come setting assistenziale in grado di ricomporre la rete dei servizi



La rete territoriale, entro il 2026, dovrà quindi modificarsi radicalmente accompagnando rafforzamento e razionalizzazione

PROPOSTE

REGIONE	Nr ambulatori e lab., 2019 (*)	Case della Salute e simili, 2020 (**)	Case della Comunità prev. 2026 (***)
PIEMONTE	390	71 CdS	90
LOMBARDIA	652	25 Presst	203
VENETO	442	77 MGI	99
EMILIA ROM.	516	126 CdS	91
TOSCANA	550	76 CdS	77
LAZIO	781	22 CdS	118
CAMPANIA	1.418	/	150
PUGLIA	683	33 PTA	106
SICILIA	1.442	55 PTA	131
ITALIA	8.798	553	1.350



Per rafforzare il territorio sarà necessaria una **grande opera di razionalizzazione dell'offerta esistente**, che dovrà considerare:

- frammentazione di ambulatori e laboratori;
- Quota di privato accreditato e relativo livello di concentrazione;
- presenza di strutture intermedie: saturare, potenziare o creare nuovi setting?

Fonte: (*) Annuario Statistico SSN Ministero della Salute, 2019 (**)
Censimento OASI 2021 (***), Allegati tecnici PNRR

3. Complessità ambientale

il paziente presenta criticità legate alla abitazione, al reddito, al nucleo familiare e alle persone che forniscono aiuto, alle relazioni familiari, non ha ancora accesso a servizi, presidi-ausili e facilitazioni economiche



Paziente complesso

2. Complessità assistenziale

il paziente è affetto da problemi fisici o mentali comportanti non autonomia nelle varie attività (mobilità, cura della persona, vita domestica) e richiede aiuto da parte di altri, anche con l' utilizzo di dispositivi fisici

1. Complessità sanitaria

il paziente presenta una patologia fisica o mentale ad Indice di Severità elevato o è affetto da polipatologia o da problemi di funzioni vitali richiedenti dispositivi tecnologici di sostituzione (es. per nutrizione, ventilazione...)



Assistenza primaria (territoriale) deputata esclusivamente ai medici , convenzionati con le varie “casse – mutue”, con prestazioni erogate in maniera “diretta” o “indiretta”

1978

Nascita del **SSN (legge 833 del 23/12/1978)** in applicazione art. 32 della costituzione “... la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti ...” → nascita dei **Consorzi Socio sanitari** e poi delle **Unità Sanitarie Locali** → approvazione nel 1981 del **primo ACN** per la regolamentazione dei rapporti con i MMG.

6-12 Settembre, ad **Alma Ata**, in occasione della **Conferenza Internazionale Assistenza Sanitaria Primaria** viene adottata a livello internazionale la “**Alma Ata Declaration on primary health care**”, sottoscritta da 134 paesi e 67 organizzazioni internazionali, in cui si sottolineava **l’importanza dell’attenzione primaria per la salute come strategia per il miglior benessere per la popolazione di tutto il pianeta**
In pratica la “**delega ufficiale**” alle **CURE PRIMARIE** della **responsabilità della salute dei cittadini**.



“Alma Ata Declaration on primary health care”,

Ha esplicitato il modello concettuale dell'Assistenza Primaria basato sui seguenti principi:

- accessibilità ed equità dei servizi offerti;
- centralità dei bisogni delle popolazioni;
- utilizzo “*cost effective*” ed appropriato delle tecnologie e dei servizi;
- integrazione dei diversi livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria);
- coinvolgimento dell'assistito e della comunità nel progetto assistenziale;
- collaborazione tra i diversi settori, sanitari e non.

Cure e Assistenza primaria - OMS



OMS

Organizzazione Mondiale della Sanità

Si tratta di un **approccio olistico alla salute, che ricomponne le frammentarietà** e che mette sullo **stesso piano prevenzione e assistenza in un continuum di cure** che si estende per tutta la vita (OMS – Salute globale: tornare alle cure primarie 2008).

Cure e Assistenza primaria – DM 77/2022



La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

“l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita.

I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone”.

Cure e Assistenza primaria in Europa



Le funzioni che secondo lo EXPH (gruppo interdisciplinare e indipendente istituito dalla Commissione europea) dovrebbero rientrare nello spettro delle cure primarie, andrebbero sicuramente annoverate:

- **la promozione della salute,**
- **la prevenzione,**
- **la cura delle acuzie,**
- **la salute riproduttiva,**
- **la salute della madre e del bambino, le malattie del bambino,**
- **le infezioni virali,**
- **le cronicità,**
- **le cure palliative,**
- **la salute mentale**



COS'È IL PNRR

Il PNRR (**Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**) è il documento che ciascuno Stato membro deve predisporre per accedere ai fondi del **Next Generation EU** (NGEU), lo strumento introdotto dall'Unione europea per la ripresa post pandemia Covid-19, rilanciando l'economia degli Stati membri e rendendola più verde e più digitale.

Il NGEU è un pacchetto da 750 miliardi di euro, costituito da sovvenzioni e prestiti, la cui componente centrale è il **Dispositivo per la Ripresa e Resilienza** (*Recovery and Resilience Facility, RRF*), che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, e una dimensione totale di 672,5 miliardi di euro (312,5 sovvenzioni, i restanti 360 miliardi prestiti a tassi agevolati).

Il Governo italiano ha quindi predisposto il PNRR per illustrare alla Commissione europea come intende gestire i fondi del NGEU, descrivere i progetti che intende realizzare con questi fondi e delineare il calendario delle riforme associate all'attuazione del Piano e, più in generale, finalizzate alla modernizzazione del Paese.

PNRR – Mission 6 – DM 77/2022



Piano Nazionale
di Ripresa e Resilienza

Riorganizzazione delle attività distrettuali e dei servizi territoriali:

- attraverso lo sviluppo di **strutture di prossimità, come le Case della Comunità**, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il **potenziamento delle Cure domiciliari**, affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza (10% anziani);
- attraverso **l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale** e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");

PNRR – Mission 6 – DM 77/2022



Piano Nazionale
di Ripresa e Resilienza

- con logiche sistematiche di **medicina di iniziativa** e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, **sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio**, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della **co-progettazione con gli assistiti e loro caregivers**

Italia

Il Distretto sanitario si configura come una macrostruttura aziendale, che costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL

Operano nel campo delle Cure Primarie (CP) i:

- medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS),**
- infermieri di cure domiciliari,**
- medici di continuità assistenziale (MCA),**
- specialisti ambulatoriali,**
- farmacisti Territoriali,**
- altri professionisti**

Spagna

Le persone vengono assegnate a un medico di medicina generale che lavora in un primary care center; ogni centro è a sua volta connesso con una serie di ospedali nell'area geografica d'afferenza.

Esistono due tipologie di presidi:

- i centri di primary care, dove svolgono il proprio lavoro in team i medici di famiglia, gli infermieri il personale di supporto;**
- gli uffici locali di salute, collegati ai primi ma operanti in aree più isolate, con professionisti che offrono servizi di base.**

I medici di medicina generale e gli infermieri forniscono a tutta la popolazione servizi di assistenza per acuzie e per patologie croniche, oltre a specifiche attività di prevenzione e promozione della salute rivolte a determinati target, come ad esempio bambini, donne e anziani.

Gli Infermieri dal 2018, possono anche prescrivere medicinali e le vaccinazioni incluse nel calendario di profilassi nazionale.

Il Team deve essere composto almeno da medici, infermieri e personale di supporto, ma, può essere implementato da altre figure più specialistiche come pediatri e infermieri pediatrici, fisioterapisti, odontoiatri, psicologi e assistenti sociali.

Inghilterra

Storicamente l'assistenza primaria in Gran Bretagna è stata erogata per lungo tempo da moltissimi ambulatori di piccola dimensione, con massimo 2 general practitioner (GP) per presidio; negli anni queste realtà sono drasticamente diminuite, chiudendo o riunendosi tra loro. Da luglio 2019 il NHS ha introdotto 1259 strutture territoriali chiamate Primary Care Networks (PCNs) che negoziano con il NHS il budget di cura per assistiti.

I medici di medicina generale, quindi, lavorano sempre più in gruppi da 3 a 10 specialisti, anche se il numero di ambulatori che ha più di 7 GP è ancora basso. Ciò che si verifica, nella maggior parte dei casi, è l'unione di 6/7 ambulatori che lavorano in rete, condividendo alcune figure, come farmacisti fisioterapisti. Gli studi di medicina generale collaborano con la community, i servizi di salute mentale, l'assistenza sociale, le farmacie, gli ospedali e le associazioni di volontariato in gruppi denominati Primary Care Networks (PCNs).

Francia

Il sistema assicurativo per malattia è tradizionalmente costruito su due livelli:

- un livello base obbligatorio, l'Assurance Maladie, ossia l'assicurazione sociale di malattia (ASM);**
 - un livello complementare facoltativo fornito da assicurazioni private o convenzionate.**
- Dal 2007 sono state implementate strutture multidisciplinari dove i medici di medicina generale e altri professionisti possono lavorare insieme.**

Dall'età di 16 anni, tutti i pazienti devono scegliere un medico di assistenza primaria (médecin traitant) che fornirà i riferimenti come parte del sistema di "percorso di cura coordinato".

Inoltre tiene aggiornata la cartella clinica personale del paziente, prescrive ulteriori indagini mediche o indirizza il paziente ai servizi ospedalieri o ad altri professionisti della salute (fisioterapisti, infermieri, ecc.)

Germania

L'assicurazione sanitaria è obbligatoria per tutta la popolazione. Le casse malattia non governative senza scopo di lucro e le assicurazioni sanitarie private competono per la copertura del premio sanitario.

L'assistenza è erogata da fornitori privati con scopo di lucro.

In Germania, l'assistenza primaria comprende tutti i medici che trattano i pazienti a livello ambulatoriale, senza una chiara separazione della specialità del medico stesso.

I fornitori comprendono medici di medicina generale, pediatri, odontoiatri, farmacisti, psicoterapeuti, ostetriche, fisioterapisti, logopedisti.

Gli infermieri (con formazione professionale o laurea) sono coinvolti solo in studi pilota nelle aree rurali dove collaborano con i medici di medicina generale.



Le funzioni del sistema di Assistenza Primaria- PHC

- **Accessibility** (accesso facilitato – servizi orari- liste attesa)
- **Comprehensiveness**, (assistenza al pz e alle interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali)
- **Coordination** (coesione e rete tra i diversi attori coinvolti);
- **Continuity/longitudinality** (continuità assistenza);
- **Accountability** Verifica e rendicontazione periodica



LA STRUTTURA DEL PNRR

Missione 6: Salute

M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

M6C2: Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

→ Stanzia **15,63** miliardi Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza
(8,16 % del PNRR) e **2,89** miliardi Piano complementare.

Le azioni messe in campo mirano non solo ad accrescere il potenziale di crescita, ma anche a ridurre le perduranti disparità regionali, intergenerazionali e di genere che frenano lo sviluppo dell'economia.

Nel PNRR sono previste **63 riforme**, che sono parte integrante del Piano perché fondamentali per l'attuazione degli interventi, suddivise in tre tipologie:

le riforme orizzontali ;

le riforme abilitanti;

le riforme settoriali.



Attivazione **600 COT** per coordinare servizi domiciliari con altri servizi sanitari (almeno 1 in ogni distretto)

➤ COT da realizzare in RER con fondo PNRR 45 (AUSL Parma n. 5)

L'integrazione delle funzioni relative alla **RETE TERRITORIALE** dei servizi assistenziali distrettuali e soprattutto dell'assistenza domiciliare è compito di coordinamento organizzativo ed operativo delle **CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI**.

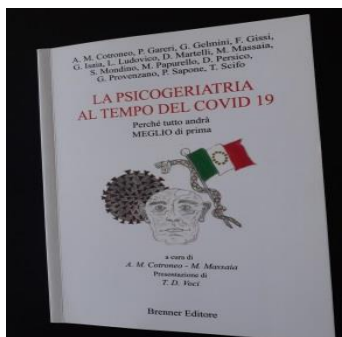
Funzionalità se :

- dotazione di adeguate infrastrutture tecnologiche ed informatiche
- piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale
- software con accesso al FSE e ai principali database aziendali
- software di registrazione delle chiamate
- sistema informativo condiviso e interconnesso regionale/nazionale



TELEMEDICINA

- Pandemia → necessità/validità di soluzioni di telemedicina finalizzate ad assicurare a distanza cure ed assistenza ai pazienti, specialmente se fragili, cronici ed affetti da patologie di lunga durata
- Proliferazione di soluzioni realizzate autonomamente dalle singole aziende, spesso in modo settoriale e frammentario, **riguardanti anche l'attività dei CDCD e la psicogeriatría.**



*Interazione tra servizi e strutture per la gestione del problema:
Possibili attività integrate dei servizi territoriali per i pazienti
psicogeriatrici*
Giovanni Gelmini – Livia Ludovico

- PNRR** → Occasione per la capitalizzazione e la messa sistema delle varie esperienze, in un'ottica assistenziale evolutiva del SSN (obiettivo principale del PNRR)
- TELEMEDICINA** → possibile ruolo fondamentale nel diffondere la collaborazione in rete sul territorio di strutture e operatori, facilitando la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale dei pazienti e dei percorsi (es. **PDTA Demenza**) attraverso attività sinergiche e coordinate.
- I servizi di telemedicina vanno assimilati agli altri servizi diagnostico/terapeutici per cui:
 - Integrazione con FSE
 - Raggiungimento target quantitativi di performance
 - Effettiva armonizzazione dei/nei servizi sanitari
 - ...



TELEMEDICINA

La Telemedicina è una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle **Information and Communication Technologies (ICT)**, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. Si tratta di una reale opportunità di strutturazione di modelli di gestione integrati soprattutto al domicilio della persona, in un'ottica di medicina d'iniziativa e di prossimità, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021" e come afferma il Piano Nazionale della Cronicità.

Di cosa parliamo?

- Televisita
- Teleconsulto medico/specialistico e Teleconsulenza/Teleconferenza equipe
- Telerefertazione
- Telemonitoraggio , Telesorveglianza e Telecontrollo
- Teleassistenza domiciliare
- Teleriabilitazione



Assistenza paziente psicosgeriatrico «noto» e supporto informativo/formativo/ personale al caregiver

→La prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza

→La Telemedicina deve rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.



TELEMEDICINA IN PSICOGERIATRIA: I PROBLEMI

ICT + HTA + Visione del paziente

L'approccio multi-dimensionale per implementare e valutare le soluzioni di telemedicina





TELEMEDICINA IN PSICOGERIATRIA: UN PROBLEMA?

Telemedicine: a solution
for everyone?

Martin Krusche

NATURE REVIEWS | RHEUMATOLOGY

**TELEMEDICINE IS
NOT
A «ONE SIZE FITS
ALL» SOLUTION**

Worse relationship building

Consultation followed a tick list

Lack of non – verbal communication

Lack of physical contact

Worse accuracy

Remote cognitive and behavioral assessment: Report of the Alzheimer Society of Canada Task Force on dementia care best practices for COVID-19

Maiya R. Geddes^{1,2,3} | Megan E. O'Connell^{4,5} | John D. Fisk^{6,7,8} | Serge Gauthier² | Richard Camicioli⁹ | Zahinoor Ismail^{10,11} | for the Alzheimer Society of Canada Task Force on Dementia Care Best Practices for COVID-19

TELEMEDICINA IN PSICOGERIATRIA: UN'OPPORTUNITA'

Curr Geriatr Rep. 2020 June ; 9(2): 72–81. doi:10.1007/s13670-020-00311-z.

Telemedicine: A valuable tool in neurodegenerative diseases

Jamie L Adams, MD^{1,2,*}, Taylor L Myers, BA¹, Emma M Waddell, BA¹, Kelsey L Spear, BS, MPH¹, Ruth B Schneider, MD^{1,2}

- Comprendere meglio le caratteristiche **dell'ambiente in cui vive il paziente**
- Ridurre l'interruzione della routine del paziente
- Raggiungere più facilmente le **aree rurali**
- **Ridurre le ospedalizzazioni inappropriate**

DM 77/2022 - funzioni e standard organizzativi

DISTRETTO di circa 100.000 abitanti deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;
- Case della Comunità *spoke*;
- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;
- **1 Centrale Operativa Territoriale** ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale
- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

La Centrale Operativa Territoriale continuità delle cure

Un modello metropolitano



COT – Cure domiciliari



Centrali Operative Territoriali

Modello organizzativo distrettuale dell'ASL che svolge funzioni di:

- coordinamento organizzativo della presa in carico della persona
- raccordo/connessione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting clinico-assistenziali (attività territoriali, ospedaliere, sanitarie e socioassistenziali, in dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza), compresi gli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali.

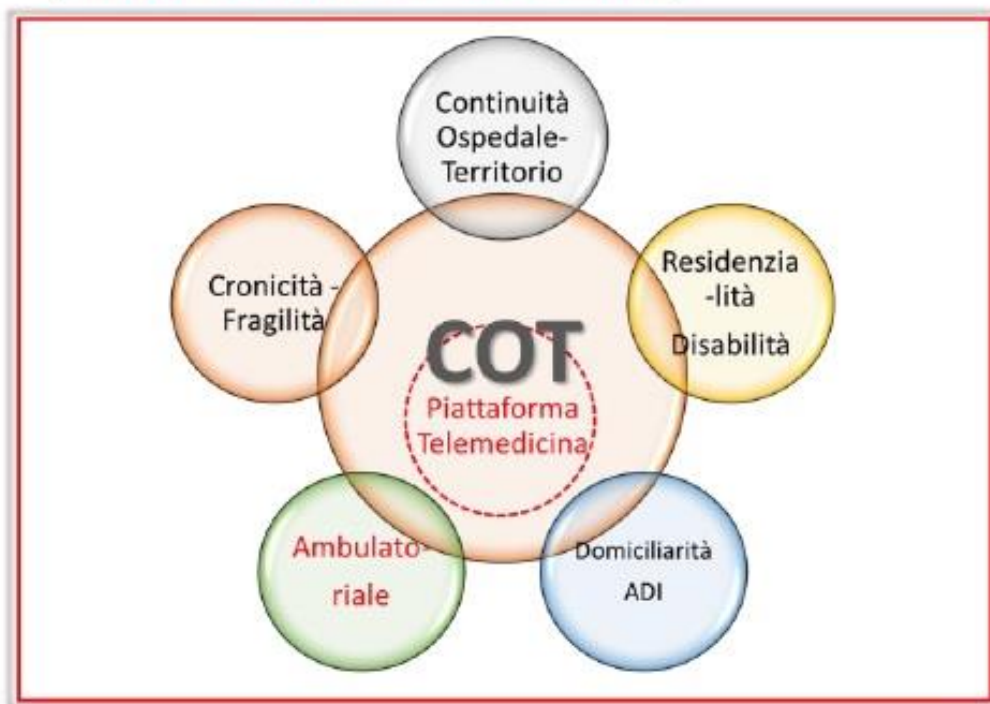
L'obiettivo è quello di assicurare continuità, accessibilità e integrazione della cura e dell'assistenza.

La COT assolve alle seguenti funzioni:

- **Facilitatore** perché supporta i percorsi di dimissione dei pazienti ricoverati nei diversi setting assistenziali presenti sul territorio (domiciliare, residenziale, semiresidenziale, Hospice, cure intermedie).
- **Orientatore** perché supporta i Servizi nella individuazione del setting di cura più appropriato rispetto al bisogno di salute rilevato.
- **Ottimizzatore** perché monitora e garantisce la tracciabilità dei percorsi e la trasparenza dei processi e facilita la comunicazione in tempo reale tra i diversi setting assistenziali.
- **Gestore del bisogno di salute** perché effettua un'azione di filtro sui bisogni espressi attivando i percorsi appropriati in sinergia con le figure professionali coinvolte.
- **Attuatore dei percorsi di Telemonitoraggio e Teleassistenza.**

COT Regione Piemonte

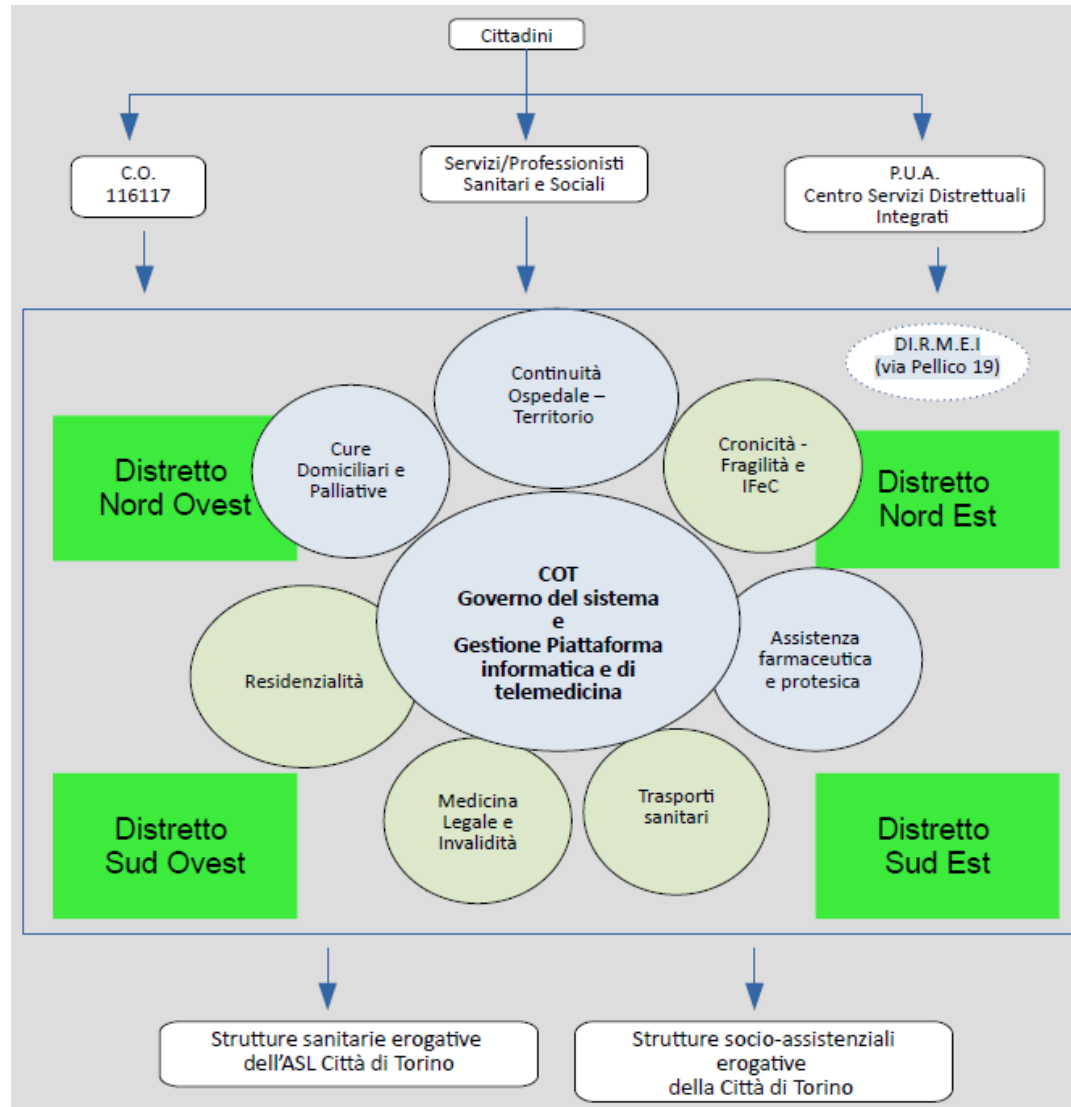
Macroaree organizzative essenziali:



La COT potrà avere ulteriori articolazioni **specifiche** nel rispetto dei criteri di flessibilità e adattamento al contesto del modello organizzativo. Esempi:



COT ASL Città di Torino





Si lavora per aree trasversali di intervento

Prevenzione e promozione della salute

- Gruppi di educazione alla salute
- Progetti di comunità su stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo)
- Camminate della salute
- Incontri tra professionisti e popolazione
- Vaccinazioni in età pediatrica e adulta
- Prevenzione obesità infantile
- Screening oncologici
- Progetto antibioticoresistenza

Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni

- Promozione allattamento al seno
- Percorso nascita, IVG, sterilità
- Percorso maltrattamento e abuso sui minori
- Progetto adolescenza (DGR 590/2013)
- Disagio psichico e consumo sostanze nei giovani
- Prevenzione violenza domestica e sessuale
- Cronicità in età pediatrica
- Programma DSA

Popolazione con bisogni occasionali-episodici

Popolazione generale che ricorre alle attività presenti nella Casa della Salute per un problema di salute circoscritto e un periodo di tempo delimitato

Tra le nuove attività: accoglienza, valutazione, *counselling* per problemi di natura psicosociale nella popolazione adulta

Prevenzione e presa in carico della cronicità

- Gruppi sui corretti stili di vita
- Lettura integrata del rischio cardiovascolare
- Programma Leggieri
- Programma Budget di Salute (DGR 1554/2015)
- Percorso DCA (DGR 1298/2009)
- Percorso alcol
- Identificazione e presa in carico popolazione fragile
- Palestre Etiche, AFA ed EFA
- PDTA condizioni croniche nell'adulto (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Sclerosi multipla)
- Gestione infermieristica proattiva e integrata (MMG, Specialisti, assistente sociale, ...)

Non Autosufficienza

- Disturbi cognitivi e Programma demenze
- Programma SLA
- Prevenzione cadute in casa
- Percorsi socio-sanitari salute mentale (DGR 1423/2015)

Rete cure palliative

Percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete (DGR 560/2015)



Cadute



Depressione



Malnutrizione

Incontinenza



Immobilità

***I "GIGANTI"
INDICATORI DI
FRAGILITA'***



Intellectual impairment

Anziani in aumento e sempre più fragili un ambulatorio per fornire assistenza

La struttura all'Amedeo di Savoia: alla base dei problemi anche l'iperconsumo di farmaci e le terapie obsolete

ALESSANDRO MONDO

Autosufficienti, parzialmente sufficienti, non autosufficienti. Comunque fragili: un perimetro ampio, che contiene di tutto.

Torino città di anziani: 220.883 over 65 su 847.748 residenti, dato 2022. Con i molti e variegati problemi che attengono agli anziani, alle prese con una longevità che sovente non coincide con la qualità della vita, e che in assenza di risposte può diventare una condanna.

Un indizio, l'ultimo in ordine di tempo, è la decisione dell'Asl di Torino di aprire, presso l'ospedale Amedeo di Savoia, nella struttura complessa Geriatria, diretta dal dottor Antonino Maria Cotroneo, il nuovo "Ambulatorio della Fragilità", unico a Torino.

Non un déjà vu, quindi, ma una struttura che apre l'accesso a tutta la popolazione anziana di Torino, anche dietro invio dei medici di famiglia. Abbiamo parlato di fragilità,



All'ambulatorio, aperto il giovedì e venerdì, si accede con impegnativa medica

che non equivale necessariamente alla non autosufficienza ma sovente la precorre, ne è l'anticamera.

Garantire assistenza a questa fascia di popolazione, in crescita, significa molte cose: una attenta valutazione del profilo funzionale e della complessità clinica del paziente, con particolare riguardo al grado di autosufficienza cogniti-

va e funzionale; l'identificazione e il trattamento di segni e sintomi, sia funzionali che cognitivi-comportamentali, riconducibili a patologie e sindromi specifiche geriatriche. Un supporto personalizzato, anche, per evitare inutili accessi in pronto soccorso - sovente il primo approdo, mentre dovrebbe essere l'ultimo - prevenire quelli impropri; consulenze

mediche, infermieristiche, psicologiche per sostenere i "caregiver", cioè chi assiste i fragili fino a diventare egli stesso fragile.

Restando ai fragiliveri e propri, i problemi, come le risposte, possono essere diverse. E talora modeste, ma solo in apparenza. Un tema, ad esempio, è l'iperconsumo di farmaci che si sedimentano negli ar-

220.883

Gli over 65 a Torino nel 2022 su una popolazione di 847.748 residenti

50%

Mediamente la metà dei farmaci prescritti si rivela nel tempo inutile se non dannosa

paio con quella di terapie talora diventate obsolete, e non più attinenti al quadro clinico dell'anziano.

Ora, all'Amedeo - Padiglione G primo piano - Palazzina Birago di Vische - debutta il nuovo Ambulatorio con orario 9-13 e 14-16 il giovedì e venerdì: richiesta l'impegnativa medica. La tipologia dei pazienti è varia, come la casistica: over 65 a rischio di sviluppare disabilità e/o con diagnosi di patologie croniche, malnutrizione, decadimento cognitivo iniziale, in condizione di comorbidità, a rischio di ospedalizzazione e/o reospedalizzazione, dimessi dalle strutture di continuità a valenza sanitaria o inviati dall'ambulatorio Long Covid.

Basterà per risolvere i problemi di una città nella città, sempre più anziana e sempre più in bilico? Probabilmente no, e in fondo sarebbe troppo chiedere. Una cosa è certa: di ambulatori simili, nei prossimi anni, ne vedremo parecchi. —

La
Stampa,
3/5/2023

STRUTTURA

RIFERIMENTI/FUNZIONI/MODULIST



ICA

Direttore : Dott. Antonino COTRONEO

Direttore SC Geriatria

Sede: Corso Svizzera, 164

e-mail:

antonino.cotroneo@ascittaditorino.it
(mailto:antonino.cotroneo@ascittaditorin

Telefono:

011.4393762/766 (call:011.4393762/766)

Responsabile infermieristico

Dipartimento:

Dr. Franco CIRIO

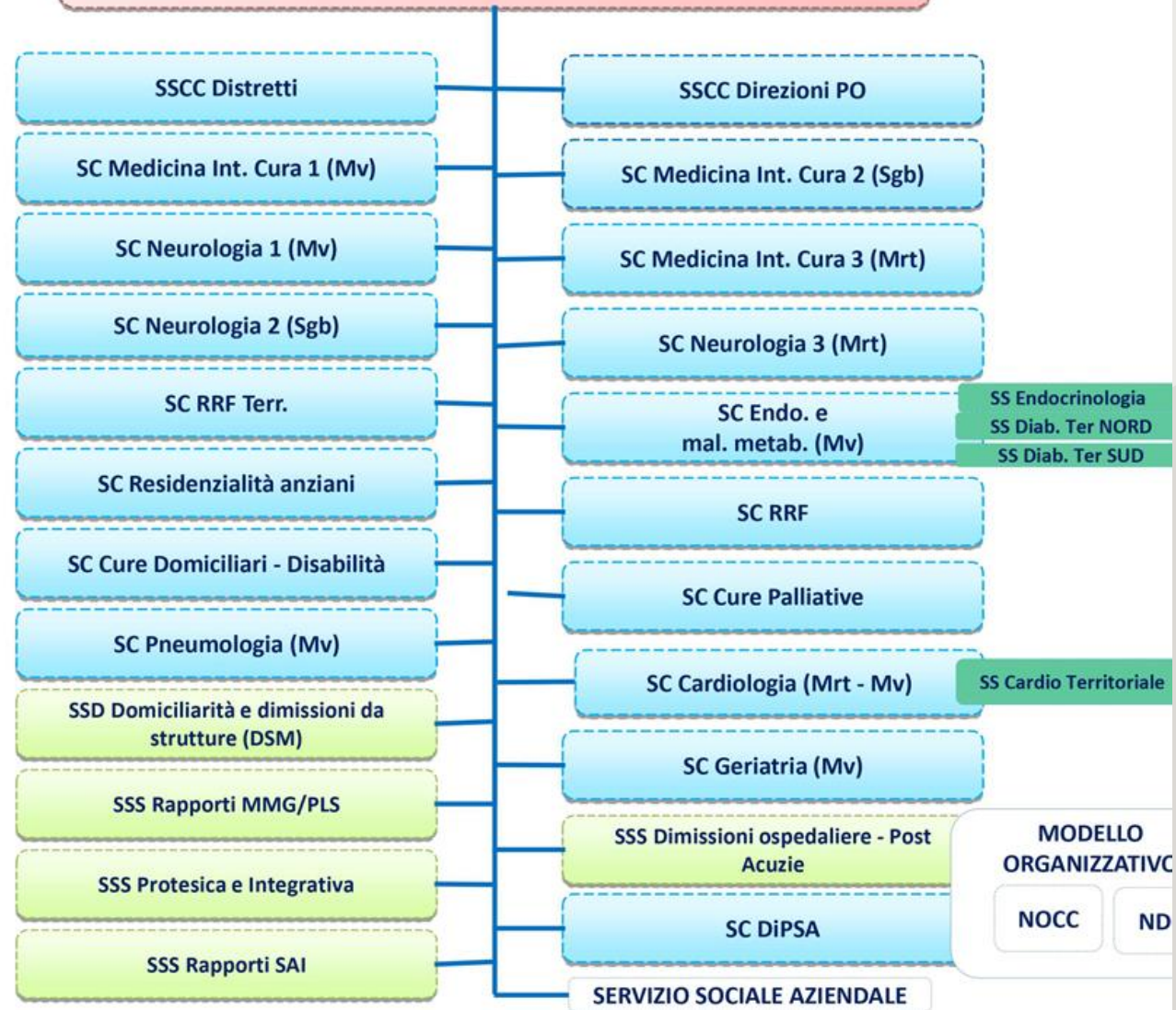
e-mail:

franco.cirio@ascittaditorino.it
(mailto:franco.cirio@ascittaditorino.it)

Telefono:

0115660242 (call:0115660242)

DIPARTIMENTO FUNZIONALE CONTINUITA' DELLE CURE OSPEDALE - TERRITORIO



MODELLO ORGANIZZATIVO

NOCC

ND



DIPARTIMENTO FUNZIONALE CONTINUITÀ DELLE CURE OPEDALE-TERRITORIO

- efficientamento e ridefinizione del percorso di continuità assistenziale ospedale – territorio per i pazienti “fragili”
- da un lato le strutture ospedaliere che hanno completato il percorso di “acuzie” e dall’altro le strutture o servizi che hanno come compito la presa in carico del paziente per inserirlo in un percorso extraospedaliero, sia esso di assistenza domiciliare, di semi-residenzialità o residenzialità



Il governo e la gestione dei percorsi della continuità delle cure tra ospedale e territorio sono ricondotti al Dipartimento funzionale di continuità assistenziale, attribuendone la gestione alla SSD Post acuzie che si articola nel Nucleo per la continuità delle cure in ogni presidio ospedaliero aziendale (NOCC) e un unico Nucleo distrettuale di continuità delle cure per i quattro distretti (NDCC).



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino

Tel. 011/5661566 e 011/4393111

Verbale di deliberazione del Direttore Generale,
Dott. Valerio Fabio ALBERTI

n. 1086/01.00/2019 del 31 Ottobre 2019

OGGETTO: Modello organizzativo e procedura operativa del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) e del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC) dell'ASL Città di Torino.

DIPARTIMENTO CONTINUITÀ DELLE CURE OSPEDALE-TERRITORIO

Valutazione dei bisogni clinici, assistenziali, riabilitativi e sociali della persona per individuare il setting di cura più appropriato

Accompagnamento della persona e della famiglia durante tutto il percorso, nei reparti per acuti fino al rientro al domicilio o nella struttura protetta

Superamento degli ostacoli che sono ancora presenti nella gestione della cronicità e della fragilità della persona, ritenendo prioritario l'obiettivo di un maggiore intervento sul territorio in termini di cure domiciliari, ambulatoriali e sperimentando percorsi di salute che devono uscire dalla stretta competenza sanitaria

DIPARTIMENTO CONTINUITÀ DELLE CURE OSPEDALE-TERRITORIO

- **Gestione dei posti letto della post-acuzie** collegati al tema della domiciliarità e della continuità assistenziale nel post-ricovero
- Organizzazione del proprio modello di **governance del territorio**, al fine di migliorare la gestione del sistema di assistenza (centralità del paziente, tempestività di intervento ed efficienza, attività coordinata degli interventi, elaborazione di percorsi basati su prove scientifiche) e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura (informazione, educazione, interventi proattivi, miglioramento degli stili di vita e attività fisica adattata), anche attraverso l'integrazione con i servizi sociali e del terzo settore (c.d. connessione con la comunità di riferimento)



ASL
CITTÀ DI TORINO

In sintesi



OSPEDALI
dell'ASL

REPARTI

Valutano, al momento dell'accesso in ospedale, eventuali criticità per la dimissione del paziente mediante la somministrazione dell'indice di Brass: se >10 o comunque soggetto fragile il reparto attiva immediatamente il NOCC.

Trasmissione on-line su Software Galileo della segnalazione

N.O.C.C.
Infermieri e Ass. Sociali approfondiscono il caso, ciascuno per le proprie aree di competenza incontrando in Reparto l'assistito, i familiari, i sanitari curanti, individuando il setting di continuità cure post dimissione più appropriato

Trasmissione on-line della Scheda di Segnalazione Unica con la descrizione dei bisogni dell'assistito e la proposta di Continuità Cure post dimissione ospedaliera

Uniformità del sistema informatico Reparto-NOCC-NDCC

Accesso a Banche dati: UVG, Web-Anziani, ecc.

Formazione comune del personale NOCC e NDCC

Rotazione del personale infermieristico tra NOCC e NDCC

Coordinamento unico del personale infermieristico NOCC e NDCC

Coordinamento unico del personale sociale NOCC e NDCC

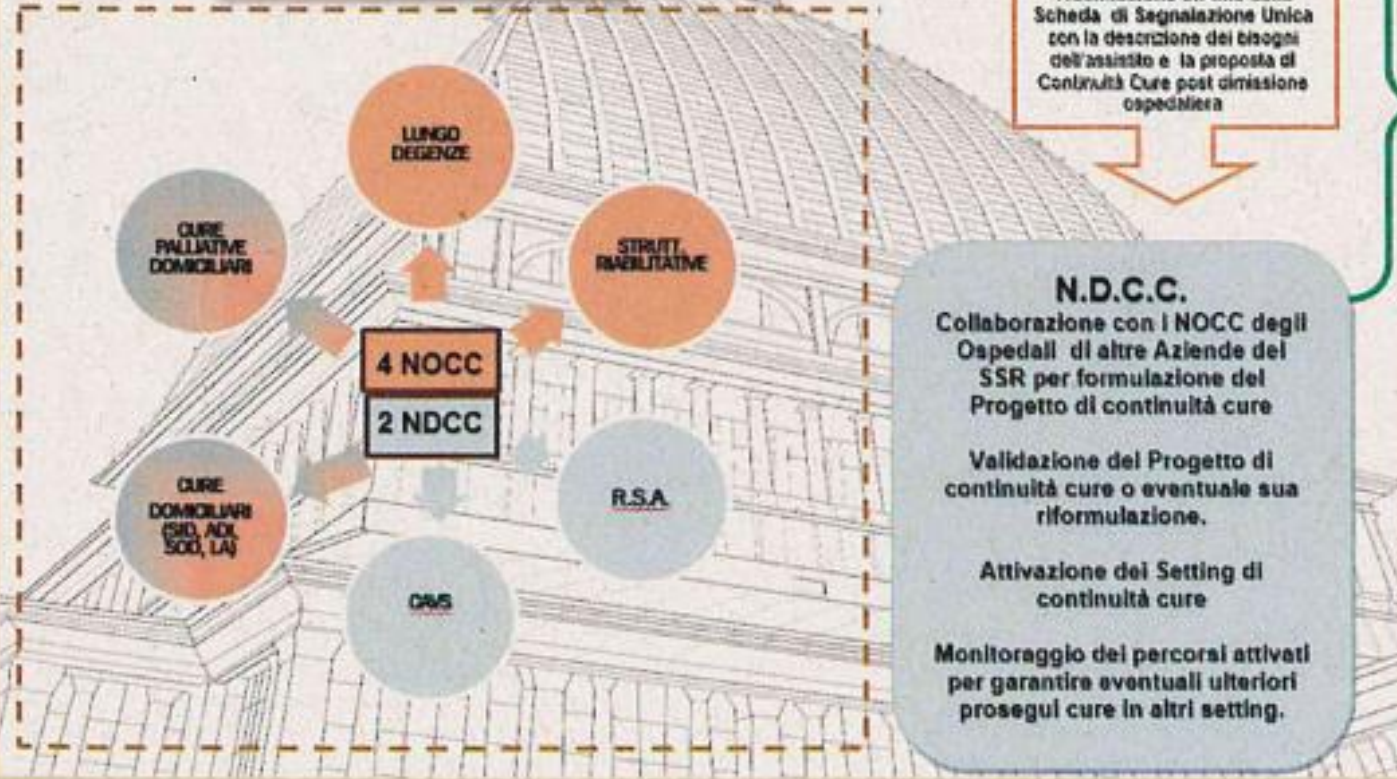
N.D.C.C.

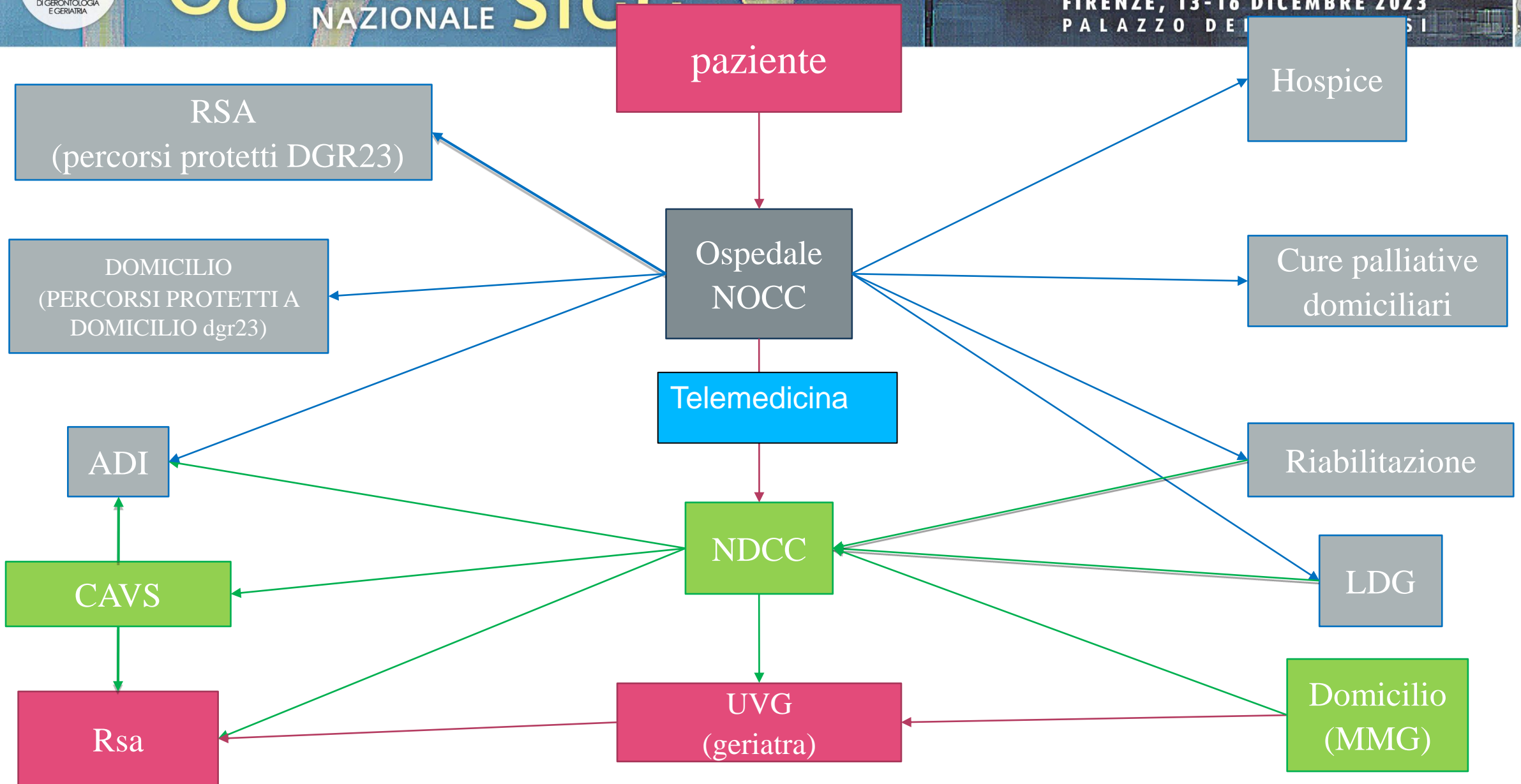
Collaborazione con i NOCC degli Ospedali di altre Aziende del SSR per formulazione del Progetto di continuità cure

Validazione del Progetto di continuità cure o eventuale sua riformulazione.

Attivazione del Setting di continuità cure

Monitoraggio dei percorsi attivati per garantire eventuali ulteriori proseguir cure in altri setting.







INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE

- **DA OGNI SEDE DI PROVENIENZA ATTRAVERSO LA RETE DEI SERVIZI DEDICATI IN CORSO DI PRESA IN CARICO DELL'ANZIANO CONSENTIRE UN RICOVERO DIRETTAMENTE IN REPARTO PER EVITARE IL PS (MMG, GERIATRA TERRITORIO)**
- **PREVEDERE RICOVERI IN OSPEDALE IN MODO PROGRAMMATO IN AMBITO GERIATRICO SE LE CURE NON SONO ATTUABILI IN QUEL SETTING TERRITORIALE (DOMICILIO, RSA,CAVS)**



68° CONGRESSO NAZIONALE **SIGG**

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE RICHIEDE L'IMPEGNO DELLE ISTITUZIONI PER FAVORIRE LA COSTRUZIONE DI UNA RETE INTEGRATA TRA I SERVIZI SANITARI ED IL COORDINAMENTO DEI DIVERSI ATTORI COINVOLTI, PRINCIPALMENTE AL FINE DI MANTENERE UNA VISIONE D'INSIEME E FAR SÌ CHE IL PAZIENTE NEL SUO PERCORSO POSSA AVERE UN RIFERIMENTO COSTANTE E SICURO



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

The strength of a chain is determined by the strength of its weakest link.

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



La **catena** è formata da tanti anelli, ognuno dei quali rappresenta un indicatore di benessere materiale; la tendenza è di aggiungere anelli ad anelli, cioè di accumulare sempre più beni materiali.

Ma, se per una ragione qualsiasi, (una malattia, una sofferenza) un anello si rompe, tutta la catena crolla .

La corda, invece, è formata da tanti fili intrecciati che rappresentano le relazioni. Se anche qualche filo cede, qualche relazione si rompe, reggeranno le altre relazioni.

E' molto più facile riannodare i fili della corda che non gli anelli della catena.

Noi siamo i fili di questa corda e dovremo essere uniti, forti e solidali...

The strength of a chain is determined by the strength of its weakest link