



Ministero della Salute

REGIONE



CALABRIA

“Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo Nazionale del Ministero della Salute anno 2009”.

Progetto “finalizzato” presentato dalla
Regione Calabria



“Modello per la gestione e l’assistenza integrata (h24) di pazienti cronici in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella Regione Calabria”

info: tel. 377.70.78.876 www.progettooberon.it



IL CONTESTO

Il progetto, presentato dalla Regione Calabria a valere sulle risorse vincolate per gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale ed approvato dal Ministero della Salute nel maggio 2010, è finalizzato ad attivare una sperimentazione gestionale, unica in Italia e presumibilmente in Europa, per l'assistenza di pazienti cronici in Stato Vegetativo (SV) e Stato di Minima Coscienza (SMC) sull'intero territorio regionale calabrese.

Per l'attuazione delle attività previste nelle varie fasi del Piano Esecutivo, sono coinvolte tutte le Aziende Sanitarie Provinciali della Calabria (Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valenzia) l'ASP KR di Crotona come soggetto capofila e l'Istituto S. Anna di Crotona come soggetto esecutore. L'attuazione del progetto avverrà in sperimentazione gestionale così come previsto e disciplinato dall'art. 9 bis del dlgs 30-12-1992 n. 502.

L'Istituto S. Anna di Crotona è un centro di eccellenza, le cui unità dedicate alla presa in carico di pazienti cronici in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza sono attive da circa 12 anni e che già dispone di un reparto di lungodegenza (Cod. 60), denominato Speciale Unità di Accoglienza Prolungata (SUAP), specificamente destinato a tale tipologia di pazienti.

La SUAP dell'Istituto S. Anna con 46 posti letto è in grado di garantire un servizio clinico-assistenziale il cui modello è stato considerato in più occasioni come riferimento di carattere nazionale.

SINTESI DEL PROGETTO

Il Piano intende definire un servizio integrato per pazienti cronici in SV e SMC con differente eziologia che prevede:

1. assistenza ai pazienti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza nella SUAP dell'Istituto S. Anna che, partendo dagli attuali protocolli, sia ulteriormente migliorata con l'utilizzo di procedure e sistemi per il monitoraggio automatizzato di parametri biometrici e per la valutazione dello stato di coscienza;
2. assistenza ai pazienti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza presso il proprio domicilio attraverso servizi di telemedicina ed un'equipe remota di Assistenza Domiciliare Integrata per Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza.

L'obiettivo principale è quello di mettere a punto un modello assistenziale che, sfruttando l'esperienza e la competenza maturata per il trattamento dei suddetti pazienti, riesca a soddisfare, in una logica di efficienza, l'intero fabbisogno regionale e che sia di riferimento alla comunità scientifica per le applicazioni d'avanguardia che prevede di implementare.

In particolare la Regione Calabria, in linea con quanto previsto dalle osservazioni

epidemiologiche, secondo cui il numero di posti letto in unità dedicate a pazienti cronici in SV ed SMC dovrebbe essere non inferiore a 5/100.000 abitanti (quindi 100 posti letto per l'intera Calabria), con la realizzazione del Piano intende coprire il 100% del fabbisogno previsto, integrando le 54 unità mancanti rispetto agli attuali 46 posti letto disponibili nella SUAP dell'Istituto S. Anna, attraverso una rete di assistenza domiciliare distribuita su tutto il territorio regionale. Ciò eviterà alla regione Calabria di pianificare ed effettuare costosi investimenti strutturali in tale ambito clinico, pur garantendo un servizio sanitario di alto profilo la cui efficacia ed efficienza sono assicurati dalla competenza e dalla qualità dei servizi dimostrate in anni di attività dall'Istituto S. Anna.

L'ambizione è quella di proporre un modello che possa contribuire a rendere uniforme ed omogeneo su tutto il territorio nazionale l'approccio per la cura e la gestione di questa tipologia di pazienti, oltre che avviare un percorso sperimentale che sia di supporto alla regolamentazione dell'assistenza a domicilio attraverso strumenti di telemedicina e reti di operatori distribuiti per l'assistenza remota.

OBIETTIVI QUALITATIVI

- Miglioramento dei trattamenti individuali per i pazienti in SV e SMC in regime di ricovero nel lungo periodo di degenza presso le SUAP
- Facilitazione e diffusione della pratica di ricoveri a domicilio in condizioni di sicurezza, con grande sollievo delle famiglie
- Incremento della professionalità del personale medico, degli assistenti sociali, degli infermieri, delle badanti e, in generale, delle persone che per motivi professionali verranno a contatto con i pazienti presso il loro domicilio
- Miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del servizio sanitario per la cura di questa tipologia di pazienti.

OBIETTIVI QUANTITATIVI

- Copertura integrale e capillare nel territorio regionale del fabbisogno di assistenza di pazienti cronici in SV e SCM con diversa eziologia;
- diminuzione dei pazienti in SV ed in SMC in regime di ricovero nel lungo periodo di degenza presso le SUAP, con conseguente aumento del n° di pazienti a domicilio;
- incremento del numero di pazienti cronici che passano da SV a SMC;
- diminuzione dei costi legati al ricovero dei pazienti cronici in SV e SMC in regime di ricovero nel lungo periodo di degenza presso le SUAP;
- diminuzione dei costi legati ai ricoveri causati da patologie intercorrenti, grazie all'opera di prevenzione che ne ridurrà la necessità.

I RISULTATI ATTESI DAL PROGETTO

- La definizione, messa a punto e sperimentazione di un modello assistenziale integrato e distribuito in forma capillare su tutto il territorio regionale per pazienti cronici in SV e SMC
- La definizione, sperimentazione e valutazione di percorsi assistenziali nella SUAP
- La definizione, sperimentazione e valutazione di percorsi assistenziali a domicilio
- Lo studio e l'individuazione di strumenti e tecniche utili alla valutazione del modello in termini di impatto clinico ed economico sul sistema sanitario;
- La produzione documentale delle attività di studio
- Corsi di formazione per gli attori coinvolti
- Sistemi software di supporto alle attività
- Allestimenti infrastrutturali e tecnologici.

PROTOCOLLO DI DOMICILIARIZZAZIONE

Nell'ambito del progetto saranno definiti i protocolli da utilizzare per l'assistenza a domicilio.

Saranno definite le procedure per l'accettazione e l'assistenza.

Per attivare un percorso di assistenza domiciliare sarà necessario dapprima valutare il grado di preparazione, anche psicologica, dei familiari.

E' pertanto previsto un programma di training di 15 giorni per il caregiver, da effettuarsi nella sala allestita a tal fine presso l'Istituto S. Anna. Dopo questo periodo di formazione per l'assistenza al proprio caro, il familiare sarà sottoposto a valutazione finale per la domiciliarizzazione.

Si fornirà a ciascun paziente un kit domotico composto dai seguenti elementi:

- Letto sanitario motorizzato
- Solleva pazienti
- Materasso antidecubito
- Barella doccia
- Aspiratore mucchi
- Sistema Sensoristica Ambientale + Sensoristica Biometrica (cardio/ossimetria/pressione arteriosa)
- Carrozzina
- Pc portatile + webcam

Prima della presa in carico, si dovranno definire quali elementi del kit dovranno essere forniti (alcuni di quelli previsti potrebbero non essere necessari), sia in base alle condizioni del paziente che dell'ambiente domestico.

Si dovranno inoltre definire linee guida per i miglioramenti da apportare all'ambiente domestico che ospiterà il soggetto. A tal fine, un addetto dell'Unità Operativa Speciale si recherà presso il domicilio per fornire indicazioni e suggerimenti pratici finalizzati ad abbattere quanto più possibile le barriere architettoniche e a migliorare le condizioni per l'assistenza.

Parallelamente, dovrà essere definita l'Assistenza Domiciliare Integrata per SV e SMC cui sarà assegnato il paziente.

In termini assistenziali, per ogni paziente si prevede:

- Il monitoraggio da remoto dei parametri vitali;
- Il collegamento telematico (o anche telefonico) con i familiari ogni qualvolta lo si ritenga necessario;
- Il collegamento telematico durante le visite del medico, infermiere e terapeuta.

Si riporta di seguito la frequenza prevista per le visite a domicilio da parte di tutti i componenti dell'Assistenza Domiciliare Integrata per SV e SMC:

- Medico, 2 volte ogni tre mesi, per le operazioni di controllo generale e di verifica della cannula tracheostomica e della PEG;
- Infermiere, una volta ogni 15 giorni per le operazioni di routine e per il controllo e la medicazione di piaghe e l'individuazione di eventuali complicanze;
- Terapeuta due volte a settimana, per le operazioni di mobilizzazione;
- Assistente Domiciliare per Stati Vegetativi, una volta al giorno per due ore, per le operazioni di nursing.

Il protocollo dovrà inoltre prevedere un periodo "di sollievo per la famiglia", durante il quale il soggetto potrà essere ospitato nella Speciale Unità di Accoglienza Prolungata dell'Istituto S. Anna.



ISTITUTO S.ANNA

Alta Specialità Riabilitativa
Presidio di valenza regionale ed extraregionale

e-mail: info@istitutosantanna.it

www.istitutosantanna.it



certificazione ISO 9001:2000
settori certificati: EA 37 formazione, EA 38 sanità

