

SILVIA GALERI

IL PASSAGGIO DA OSPEDALE A TERRITORIO



FASI DEL PERCORSO DI CURA DOPO GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA



ACUTA



POSTACUTA

PRECOCE



POSTACUTA **TARDIVA**



DEGLI ESITI

- · SOPRAVVIVENZA
- · STABILITA' CLINICA
- · PREVENZIONE DI ULTERIORI DANNI
- · STABILITA' CLINICA
- · RIDUZIONE DELLE MENOMAZIONI SENSOMOTORIE COGNITIVE. COMPORTAMENTALI
- AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI CURA

1°

- · RIDUZIONE DELLE MENOMAZIONI SENSOMOTORIE,
- COGNITIVE. COMPORTAMENTALI
- · AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI CURA DI SÉ e ATTIVITA' QUOTIDIANE COMPLESSE
- · RETINE

CONSENSUS CONFERENCE 2000

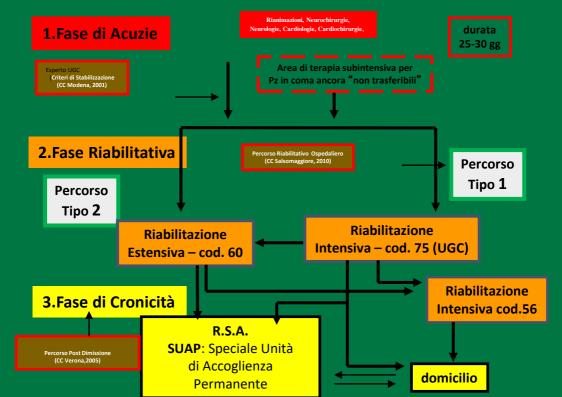
3°CONSENSUS CONFERENCE 2010

- · INTEGRAZIONE SOCIALE SCOLASTICA E LAVORATIVA
- · QUALITA' DI VITA
- · ADATTAMENTO **FAMILIARE**

2°

CONSENSUS CONFERENCE

2005



2° CONFERENZA NAZIONALE DI CONSENSO

BISOGNI RIABILITATIVI ED
ASSISTENZIALI
DELLE PERSONE CON DISABILITÀ
DA GRAVE CEREBRO-LESIONE
ACQUISITA (GCA)
E DELLE LORO FAMIGLIE,
NELLA FASE POST-OSPEDALIERA

		ISTITUZIONE OSPEDALIERA				TERRITORIO	
	TIPOLOGIA	Α	В	С	_ D	E	F
ПУЕЦО		Unità Spinali, Unità clinica di neuroriabilitazione (già cod. 28, cod. 75 e cod. 56; riabilitazione specialistica); riabilitazione in età evolutiva	Unità clinica di riabilitazione intensiva (già cod. 56; riabilitazione specialistica)	Unità clinica di riabilitazione estensiva (già cod. 60; riabilitazione generale geriatrica e di mantenimento)	Ospedaliero MAC	Domiciliare (voucher, ADI)	Ambulatorio
1	Ospedaliero intensivo ad alta complessità	х					
2	Ospedaliero intensivo		x				
3	Ospedaliero estensivo			x			
4	Territoriale Intensivo			\	MAC 6	x	
5	Territoriale estensivo				MAC 7 MAC 8	х	x /

DGR 6867 2.8.2022

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

NELL'AMBITO DELLA CORNICE PROGRAMMATORIA COSTITUITA DALLA **MISSIONE 6 DEL PNRR**,

DAL DM 77 DEL 23 MAGGIO 2022 RECANTE "MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE",

DAL DM 29 APRILE 2022 DI APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL «MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE»

E NEL PIÙ GENERALE QUADRO DEL **POTENZIAMENTO DELLA SANITÀ TERRITORIALE DISPOSTO CON L.R. 22/2021**



DG Famiglia continua ad essere competente per le strutture ex IDR riclassificate nei nuovi setting in maniera uniforme alle strutture di ricovero e cura.

I trattamenti riabilitativi a domicilio possono costituire il proseguimento di quanto

realizzato nelle fasi precedenti. Possono essere erogati quando: - previsti dal progetto riabilitativo - il paziente è impossibilitato ad accedere ai servizi ambulatoriali. Il domicilio è il luogo privilegiato per gli interventi di competenza del terapista occupazionale, per l'adattamento ambientale e l'addestramento all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative.

DOMICILIARE

Per le strutture socio-sanitarie non esplicitamente citate nei precedenti paragrafi
che effettuano trattamenti riabilitativi in ambito territoriale indicate da precedenti
normative (come ad esempio ex art 26 della legge 833/1978 ed ex art 8 della legge
n. 104/1992), le regioni potranno prevederne la collocazione appropriata in base ai
requisiti regionali dell'accreditamento al fine di garantime una corretta integrazione
nella propria rete riabilitativa.

ART, 22 Dpcm 12/1/2017

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

- a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;
- b) cure domiciliari integrate (ADI) di 1^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;
- c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura. valorizzando e sostenendo il ruolo della familalia:
- d) cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

PERCORSO FISIOTERAPIA A

CURE DOMICILIARI INTEGRATE PERCORSO

1. Indicazioni e contenuti:

Trattamenti riabilitativi definiti secondo le indicazioni del PRI redatto da medico specialista in Medicina fisica e della Riabilitazione (Fisiatra).

Paziente in dimissione protetta (da degenze ospedaliere o extraospedaliere) o proveniente dal territorio con patologie in acuzie, con prescrizione di ausili/presidi necessari al caso, con patologia prevalente o condizione suscettibile di recupero funzionale.

2. Figura professionale

Operatore Sanitario della Riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, terapista della neuroriabilitazione) Medico specialista (se previsti nel PI) 3. Scala di valutazione

Valutazione di 1° livello e check list SIAD.

4. Durata ed accessi minimi previsti

30 giorni (RINNOVABILI, previa rivalutazione, fino ad un massimo di 90 giorni).

Di norma previsti 6 accessi/mese comprensivi di trattamento, valutazione competenze del caregiver, monitoraggi e verifica del raggiungimento obiettivi di cura. Educazione sanitaria e addestramento del paziente/caregiver al corretto comportamento quotidiano/stile di vita.

PERCORSO FISIOTERAPIA B

CURE DOMICILIARI INTEGRATE PERCORSO

1. Indicazioni e contenuti:

Trattamenti riabilitativi definiti secondo le indicazioni del PRI redatto da medico specialista in Medicina fisica e della Riabilitazione (Fisiatra).

- a. paziente in dimissione protetta (da degenze ospedaliere o extraospedaliere) o
 proveniente dal territorio con patologie in acuzie, con prescrizione di ausili/presidi
 necessari al caso, con patologia prevalente o condizione suscettibile di recupero
 funzionale.
- b. paziente con patologia cronica (neurodegenerative, esiti ictus, scompenso, patologie metaboliche scompensate, cerebro patologie connatali), suscettibile di recupero funzionale per i quali un intervento riabilitativo su obiettivi specifici e di durata definita può migliorare la funzionalità, prevenire complicanze o eccessi di disabilità e favorire l'assistenza da parte del caregiver familiare o professionale.

2. Figura professionale

Operatore Sanitario della Riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, terapista della neuroriabilitazione)
Medico specialista (se previsti nel PI)

3. Scala di valutazione

Valutazione di 1º livello e check list SIAD.

4. Durata ed accessi minimi previsti

30 giorni (RINNOVABILI, previa rivalutazione, fino ad un massimo di 90 giorni).

Di norma previsti 8 accessi/mese comprensivi di trattamento, valutazione competenze del caregiver, monitoraggi e verifica del raggiungimento obiettivi di cura. Educazione sanitaria e addestramento del paziente/caregiver al corretto comportamento quotidiano/stile di vita.

PERCORSO FISIOTERAPIA C

CURE DOMICILIARI INTEGRATE PERCORSO

1. Indicazioni e contenuti:

Trattamenti riabilitativi definiti secondo le indicazioni del PRI redatto da medico specialista in Medicina fisica e della Riabilitazione (Fisiatra).

Paziente in dimissione protetta (da degenze ospedaliere o extraospedaliere) o proveniente dal territorio con patologie in acuzie, con prescrizione di ausili/presidi necessari al caso, con patologia prevalente o condizione suscettibile di recupero funzionale.

2. Figura professionale

Operatore Sanitario della Riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, terapista della neuroriabilitazione)

Medico specialista (se previsti nel PI)

3. Scala di valutazione

Valutazione di 1º livello e check list SIAD.

4. Durata ed accessi minimi previsti

30 giorni (RINNOVABILI, previa rivalutazione, fino ad un massimo di 90 giorni).

Di norma previsti 10 accessi/mese comprensivi di trattamento, valutazione competenze del caregiver, monitoraggi e verifica del raggiungimento obiettivi di cura. Educazione sanitaria e addestramento del paziente/caregiver al corretto comportamento quotidiano/stile di vita.

PERCORSO FISIOTERAPIA D

CURE DOMICILIARI INTEGRATE PERCORSO

1. Indicazioni e contenuti:

Trattamenti riabilitativi definiti secondo le indicazioni del PRI redatto da medico specialista in Medicina fisica e della Riabilitazione (Fisiatra).

Paziente in dimissione protetta (da degenze ospedaliere o extraospedaliere) con prescrizione di ausili/presidi necessari al caso, con patologia prevalente o condizione suscettibile di recupero funzionale.

2. Figura professionale

Operatore Sanitario della Riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, terapista della neuroriabilitazione Medico specialista (se previsti nel PI)

3. Scala di valutazione

Valutazione di 1º livello e check list SIAD.

4. Durata ed accessi minimi previsti

30 giorni (RINNOVABILI, previa rivalutazione, fino ad un massimo di 90 giorni).

Di norma previsti 12 accessi/mese comprensivi di trattamento, valutazione competenze del caregiver, monitoraggi e verifica del raggiungimento obiettivi di cura. Educazione sanitaria e addestramento del paziente/caregiver al corretto comportamento quotidiano/stile di vita.

AREA ADI INTEGRATA

1) Livelli (I, II, IIIA, IIB, IIIC)

I livelli individuano, in particolare, le risposte a condizioni clinico assistenziali con bisogni complessi che possono richiedere un PAI/PRI strutturato, erogato attraverso l'intervento di professionisti che operano di norma in équipe multidisciplinari in risposta ai bisogni rilevati e tenuto conto dell'evoluzione della complessità clinica nel contesto psicosociale dell'assistito.

I livelli assistenziali si definiscono, dopo VMD e/o rivalutazione, coerentemente con gli indicatori di complessità del bisogno, di instabilità, con l'intensità assistenziale (CIA - GEA) con l'impiego di risorse (case mix professionale).

Per queste situazioni complesse è fondamentale che sia identificato un **referente del caso**, professionista di riferimento per l'assistito, la famiglia/caregiver e i servizi coinvolti.

L'attività erogata va ad integrarsi con quella svolta dagli altri servizi della rete con l'obiettivo di perseguire la continuità delle cure e favorire i percorsi di dimissione protetta o il mantenimento a domicilio evitando il ricovero ospedaliero improprio e riducendo il rischio di istituzionalizzazione.

In particolare, rientrano in questo target:

- pazienti che sviluppano un bisogno complesso in seguito ad un ricovero ospedaliero causato da un evento acuto (dimissione protetta);
- pazienti che presentano un bisogno complesso a causa di un quadro clinico ad andamento cronico-evolutivo con un compenso labile ad elevato rischio d'instabilità:
- pazienti con rilevanti fragilità psicosociali.

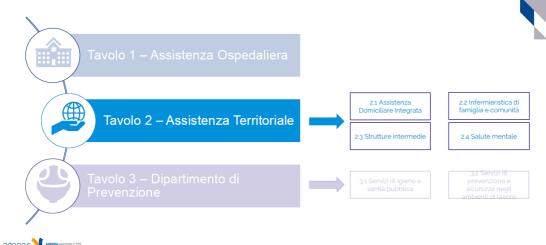
Territori di competenza delle ASST della provincia





Standard DM 77	CdC hub	CdC spoke		
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO			
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO			
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO			
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO			
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO			
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO			
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO			
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO			
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		OBBLIGATORIO		
Donas mandles	OBBLIGATORIO	OBBLIGATORIO		
Presenza medica	H24, 7/7 gg	H ₁₂ , 6/7 gg		
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	— OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg		
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO		
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO		
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO		
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO			
Interventi di Salute Pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO			
Programmi di screening	FACOLTATIVO			
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO			
Medicina dello sport	RACCOMAN	NDATO		

Allegati per l'individuazione del fabbisogno per l'assistenza territoriale



ASST Papa Giovanni XXIII





VERRANNO REALIZZATE 600 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI CON I FONDI PNRR

Standard:

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il distretto abbia un bacino di utenza maggiore

Standard minimo di personale:

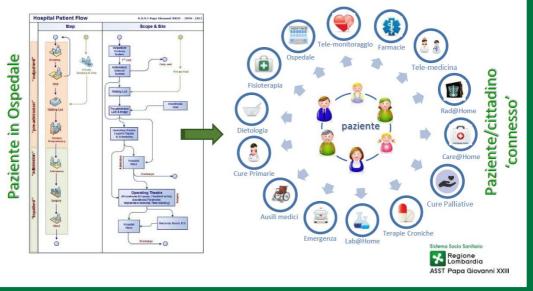
di 1 COT per 100.000 abitanti: 5-6 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto

La Centrale Operativa Territoriale è un modello organizzativo innovativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.





Telemedicina, territorio e L. 22/2021 * il paziente 'in digitale'



CHE DOMANDE PORSI?

- •Le strutture sono presenti e disponibili?
- •Le strutture sono ben collegate?
- •E' un percorso efficace?
- •E' un percorso efficiente?





www.asst-pg23.it