



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -

Corso di Laurea Magistrale
In Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie
Università degli Studi Ferrara
Anno Accademico 2015-2016

Integrazione organizzativa e progettazione di percorsi assistenziali

**L'integrazione organizzativa ospedale e comunità:
modelli per l'area delle professioni sanitarie**

Antonella Dallari

Dirigente Professioni della Riabilitazione - AUSL Bologna

284 novembre 2015

programma

▶ 24/11/2015 ore 14-18



Area riabilitativa – modelli regionali
Governare clinico

▶ 26/11/2015 ore 14-18



I percorsi in riabilitazione come
strumento di integrazione
ospedale territorio

▶ 15/12/2015 ore 14-18



I percorsi per le patologie croniche

▶ 17/12/2015 ore 14-18

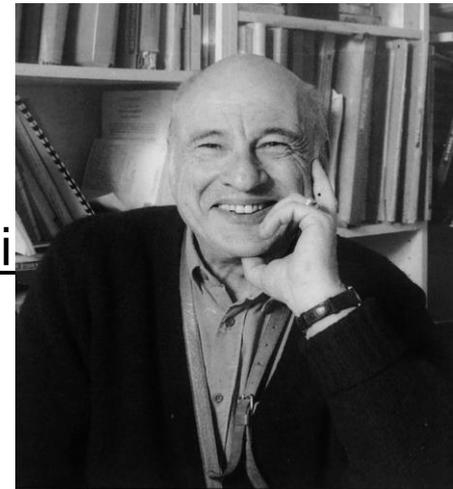


Presentazione in plenaria
PW elaborati dai GdL

Il sapere pertinente

.. necessità di promuovere una conoscenza che sappia cogliere i problemi globali e fondamentali entro i quali inserire le conoscenze parziali e locali. L'estrema frammentazione delle conoscenze operata dalle singole discipline rende spesso impossibile collegare le parti alla totalità. Educare a una conoscenza capace di inquadrare le cose nei loro contesti, nella loro complessità, nei loro insiemi

E' necessario sviluppare l'attitudine naturale della mente umana a situare tutte le informazioni in un contesto e in un insieme. Occorre insegnare metodi che permettano di cogliere le mutue relazioni e le influenze reciproche tra le parti entro un mondo complesso.



Edgar Morin

Il contesto



Cambiamenti in sanità

- ▶ Spostamento di ricoveri in regime DH e ambulatoriale
- ▶ Centri di alta specializzazione per la gestione di patologie acute e urgenze
- ▶ Aumento dei servizi personalizzati a domicilio
- ▶ Maggiore attenzione alla sicurezza delle cure, equità, efficacia ed efficienza

Cambiamenti in sanità

- ▶ Gli assistiti vogliono sempre più essere informati su benefici ed effetti delle cure
- ▶ Gli assistiti vogliono essere più coinvolti nelle decisioni
- ▶ Gli assistiti affetti da patologie croniche o rare spesso sono più informati dei curanti e considereranno i supporti on line preziosi per la loro salute
- ▶ I dati sanitari individuali saranno disponibili in tempo reale

La visione sistemica dell'organizzazione

- ▶ **Approccio analitico:** esamina i singoli elementi che compongono il sistema
- ▶ **Approccio sistemico:** pone l'attenzione sui rapporti e le reciproche influenze che legano fra loro i diversi elementi
- ▶ I due sistemi **NON** sono in antitesi, anzi **sono complementari** fra loro

prima di fare ... diagnosi organizzativa

- ▶ L'azione organizzativa parte dalla diagnosi, ossia dalla conoscenza dei fenomeni che caratterizzano l'organizzazione, che costituisce la base effettiva per i passi successivi e, pertanto, l'analisi della situazione in atto e la successiva diagnosi costituiscono aspetto determinante e fondamentale dell'azione organizzativa.

Analisi organizzativa sistemica

- = I risultati dipendono non dal comportamento degli individui, ma dal comportamento di un “sistema”, inteso come insieme di elementi legati da relazioni di interdipendenza.



Modello di analisi organizzativa sistemica

-
- Bisogni
 - Domanda
 - Norme
 - Risorse
 - Contesto
 - Utenza
 - Mandato
- Strutture
 - Funzionigramma
 - Organigramma
 - Meccanismi operativi
 - Procedure
 - Protocolli
 - Processi sociali
 - Individuali
 - Interpersonali
 - Gruppali
- Output nominale
 - prodotto
 - Output reale
 - risultato

Fattori in ingresso

Variabili interne

Fattori in uscita

AREA RIABILITATIVA



Professionisti

- Educatore professionale
- Fisioterapista
- Logopedista
- Ortottista
- Podologo
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica
- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva
- Terapista occupazionale

Setting di lavoro

- Ospedale
- Domicilio
- Strutture residenziali e semiresidenziali
- Ambulatorio

Obiettivi

- recupero di una competenza funzionale che, per ragioni patologiche, è andata perduta;
- evocazione di una competenza che non è comparsa nel corso dello sviluppo;
- necessità di porre una barriera alla regressione funzionale cercando di modificare la storia naturale della malattia
- ridurre i fattori di rischio e dominare la progressione delle malattie cronico degenerative;
- possibilità di reperire formule facilitanti alternative

Le professioni sanitarie

Innovazioni formative, professionali e giuridiche delle professioni sanitarie

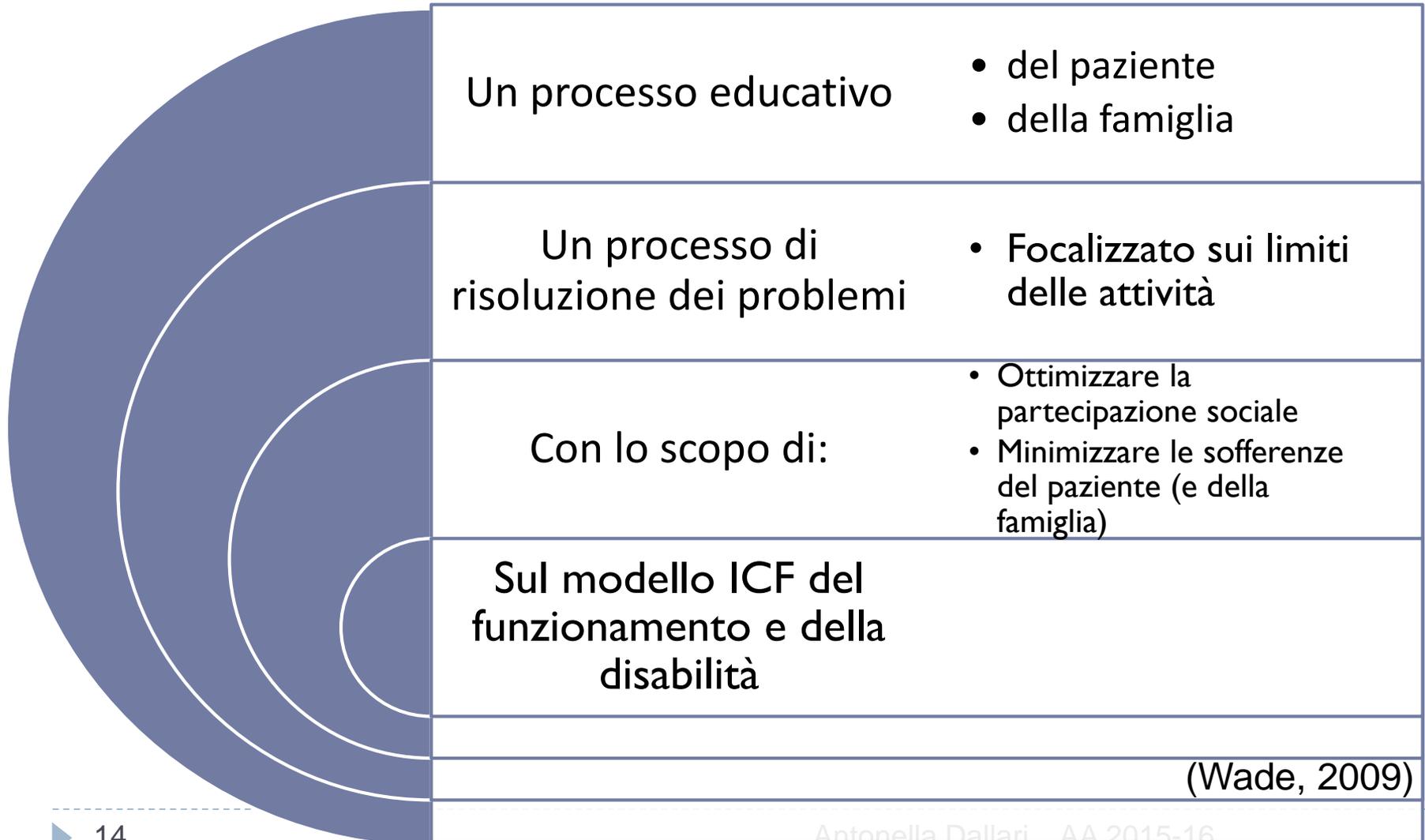
“campo di attività e responsabilità”(L.42/99)

- i contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali;
- i contenuti degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di laurea e di formazione post-base;
- i contenuti degli specifici codici deontologici.

Disciplina delle professioni sanitarie (L. 251/00)

- Art. 1 – Gli operatori delle professioni sanitarie infermieristiche svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva
- Art. 2 – Gli operatori delle professioni sanitarie della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale ... attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale

La riabilitazione

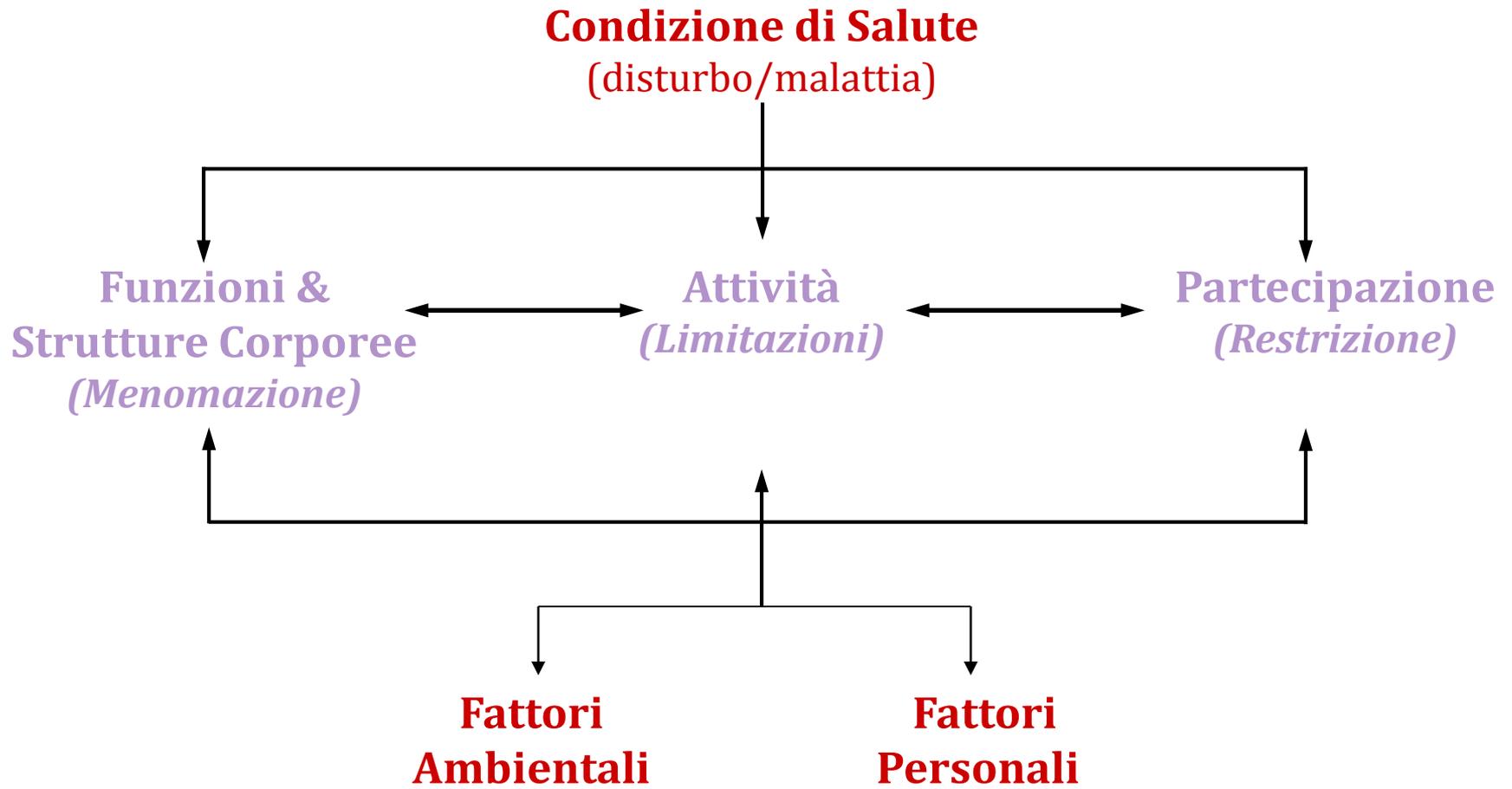


Un modello concettuale di riferimento

Il “Disablement Model”

- ▶ **“Disablement”** è un termine globale per indicare tutte le conseguenze che una malattia, un trauma o un’anormalità congenita possono avere sul funzionamento umano a diversi livelli :
 - ▶ a livello del **corpo**, inteso come strutture e funzioni ;
 - ▶ a livello della **persona**, come performance umana di base ;
 - ▶ a livello della **società** , come ruolo sociale necessario, usuale, aspettato e personalmente desiderato di un individuo
- ▶ I **“Disablement Models”** sono schemi concettuali in cui vengono definiti sia gli elementi che portano dalla malattia alla disabilità, sia l’interrelazione tra i vari elementi inclusi nello schema.

ICF – Disablement model



La riabilitazione

- ▶ “una serie di misure volte ad aiutare le persone che vivono (o che potrebbero sperimentare) la disabilità, a raggiungere e mantenere una funzionalità ottimale in interazione con l’ambiente”



La riabilitazione

- ▶ la riabilitazione riduce l'impatto di un' ampia serie di condizioni di salute attraverso i miglioramenti dell'outcome, la riduzione della disabilità, il miglioramento della qualità di vita e la riduzione dei costi
- ▶ è per sua natura un processo che
 - ▶ *attraversa molti servizi,*
 - ▶ *si rivolge a persone di tutte le età,*
 - ▶ *si occupa di esiti funzionali relativi ad una molteplicità di cause patologiche,*
 - ▶ *è presente in un numero rilevante di contesti istituzionali quali: l'ospedale, le strutture residenziali, il domicilio del paziente*
 - ▶ *può essere portata fuori da contesti sanitari attraverso la relazione con specialisti in educazione, mondo del lavoro, operatori sociali*
 - ▶ *alcune competenze possono essere trasferite alla famiglia, alla rete sociale e amicale*

La riabilitazione

- ▶ La riabilitazione avviene in uno specifico periodo di tempo (precocità / intensività)
- ▶ Può coinvolgere singoli/più interventi realizzati da un professionista o da un team
- ▶ Può essere necessaria nella fase acuta o nella fase immediatamente successiva, fino ad interventi definiti in fase di cronicità

Il processo riabilitativo

- ▶ La riabilitazione coinvolge l'identificazione dei bisogni e dei problemi delle persone,
- ▶ Relaziona i problemi ai fattori personali e all'ambiente
- ▶ Definisce gli obiettivi riabilitativi,
- ▶ Pianifica e implementa gli interventi e gli strumenti per misurarli,
- ▶ Valuta l'efficacia
- ▶ L'educazione delle persone con disabilità è essenziale per lo sviluppo delle conoscenze e abilità per l'autocura, il self management e la capacità di assumere decisioni.
- ▶ Le migliori esperienze in riabilitazione si hanno quando il paziente e i familiari diventano partner attivi del processo

Il processo riabilitativo



Il processo riabilitativo

- **assessment** : identificazione e misurazione del problema
- **planning** : analisi del/i problema/i e definizione degli obiettivi
- **treatment** : interventi per ridurre disabilità e handicap
- **care** : interventi per alleviare le conseguenze della disabilità
- **evaluation** : verificare l'efficacia di un intervento

Cosa è cambiato nell'agire professionale?

Competenze professionali

Integrazione professionale

Contesto assistenziale organizzato

Integrazione tra servizi

*Ingredienti della buona assistenza su cui
mantenere alta l'attenzione*

La struttura della riabilitazione: il team

- ▶ Competenze che abbracciano tutti i problemi del paziente
- ▶ È un team di esperti (conoscenze e abilità)
- ▶ Lavora insieme verso obiettivi comuni

Obiettivi del team:

- ▶ Lavoro coordinato
- ▶ Intervento giusto
- ▶ Nel momento giusto
- ▶ Dal professionista giusto

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

- ▶ Rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico che rende sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo.
- ▶ Gli interventi derivanti dal PRI, incentrati sui diversi problemi rilevati, necessitano di una valutazione sistematica della performance e della definizione di obiettivi ed indicatori di processo, al fine della verifica del raggiungimento del risultato atteso.
- ▶ Il PRI, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia ed i caregiver; definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Valutare, Classificare, Misurare

- ▶ Due elementi sottendono principalmente il processo decisionale della valutazione: **classificazione e misurazione**
- ▶ È necessario un modello concettuale, non basato sulla malattia, all'interno del quale collocare le nostre osservazioni
- ▶ È necessario avere un sistema di misurazione e strumenti in grado di misurare le variabili di nostro interesse

Come si valutano gli esiti dei progetti di riabilitazione

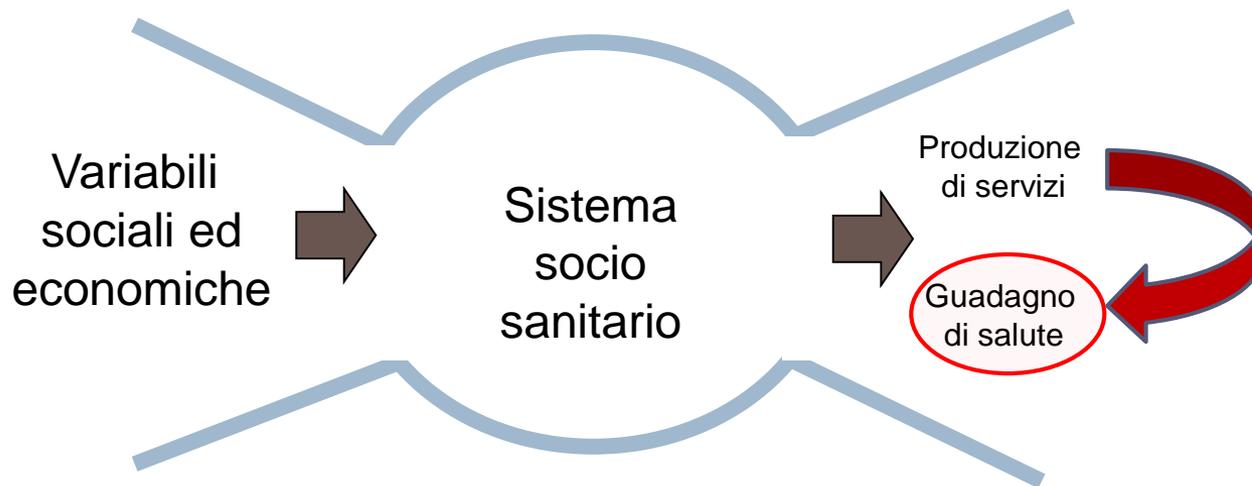
- Il termine valutazione implica un **processo** di tipo **decisionale**, il cui risultato è in genere una diagnosi, una prognosi o un tipo di trattamento
- La valutazione include sia l'**acquisizione di informazioni** (*quali dati, quale metodo/strumento per la raccolta dei dati*) sia la loro **interpretazione**

Da un sistema output-driven ad un sistema outcome driven

Azienda come produttore di servizi e prestazioni sanitarie



Azienda come produttore di salute



La documentazione sanitaria

**nel processo
riabilitativo la
documentazione è
un elemento di
qualità ...**



- garantisce l'**integrazione** tra diverse competenze professionali, tra diversi ambiti assistenziali, tra diverse strutture, tra operatori, paziente e famiglia, supporta la continuità assistenziale e migliora l'outcome
- garantisce al **paziente** una informazione chiara, costante e puntuale
- permette una rilevazione attenta dei bisogni e orienta verso **decisioni** corrette e appropriate
- consente una verifica e una **valutazione** del processo assistenziale, nonché studi e ricerche
- responsabilizza e valorizza tutti gli attori e consente una crescita professionale
- favorisce un linguaggio comune e una standardizzazione del processo assistenziale
- non ultimo: risponde ad un obbligo normativo e deontologico di ogni professionista

La documentazione sanitaria

- ▶ l'obbligo etico e deontologico di documentare l'analisi dei bisogni, la pianificazione delle attività, la registrazione e la verifica delle stesse è implicita nel concetto stesso di professione sanitaria.
- ▶ Uno dei requisiti: **La rintracciabilità** - consiste nel poter risalire a ritroso e conoscere le attività svolte, chi le ha decise ed eseguite e in quale momento.
- ▶ **Concordanza tra: autore del documento, attore dell'azione e decisore**

Sviluppo della qualità dei servizi

- ❑ **Appropriatezza degli interventi (evidenze scientifiche)**
- ❑ **Efficacia degli interventi (strumenti di valutazione e indicatori di risultato)**
- ❑ **Sviluppo di sistemi di rilevazione e documentazione sanitaria**

Governo clinico (GC)

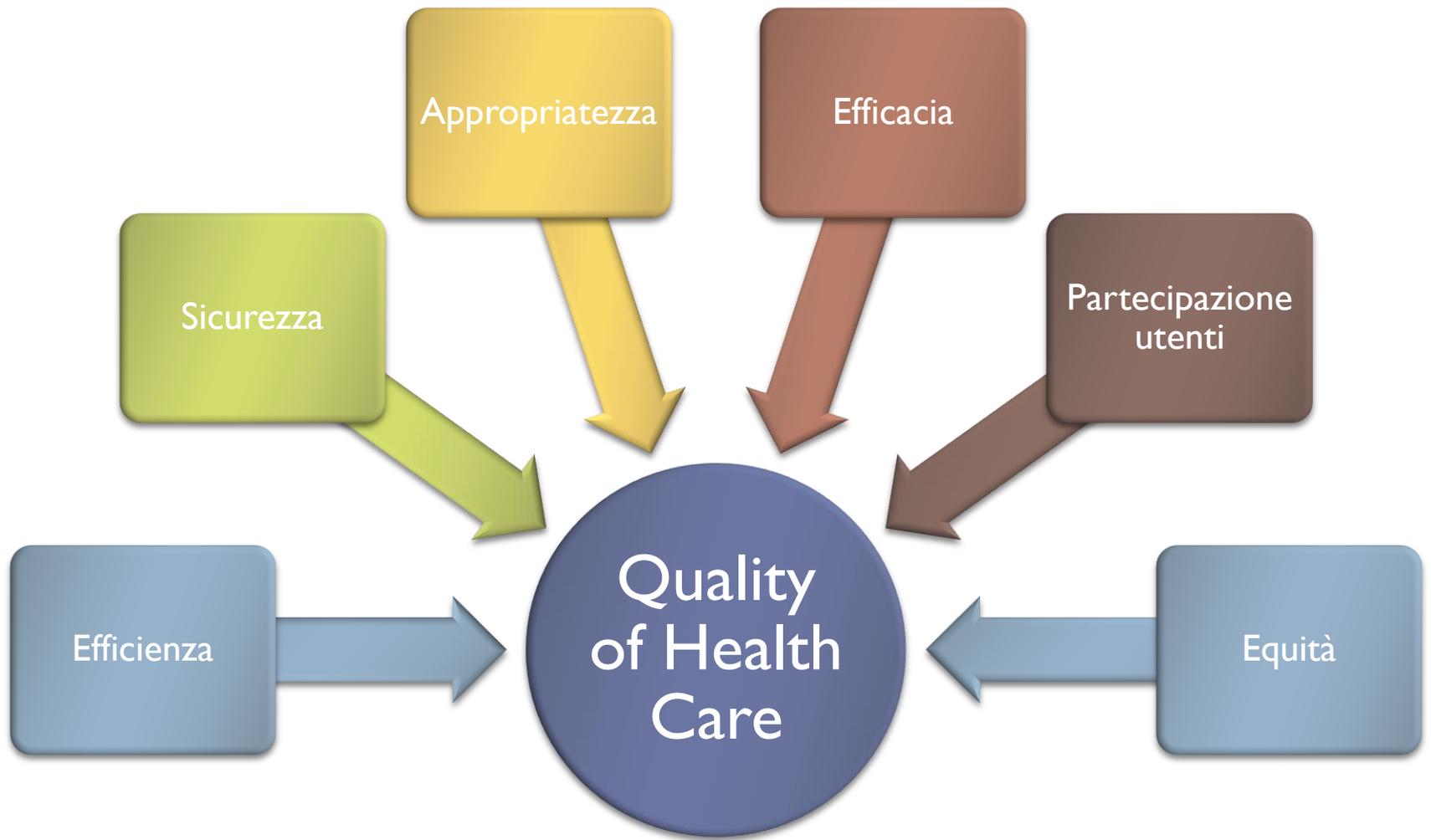
= liberamente tradotto da *Clinical Governance*, è una “strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l’eccellenza professionale”

Professionisti capaci di:

- **individuare,**
 - **sperimentare,**
 - **utilizzare,**
 - **verificare e**
 - **valutare**
- **le strategie terapeutiche**
 - **le strategie di intervento messe in atto**
 - **gli strumenti per misurarne l'efficacia.**

obiettivi

- ▶ **Governare l'estrema complessità delle organizzazioni sanitarie avendo come duplice obiettivo:**
 - ▶ la promozione integrata della qualità assistenziale;
 - ▶ l'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica.
- ▶ **Mettere a punto un sistema multidimensionale di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità, efficienza**



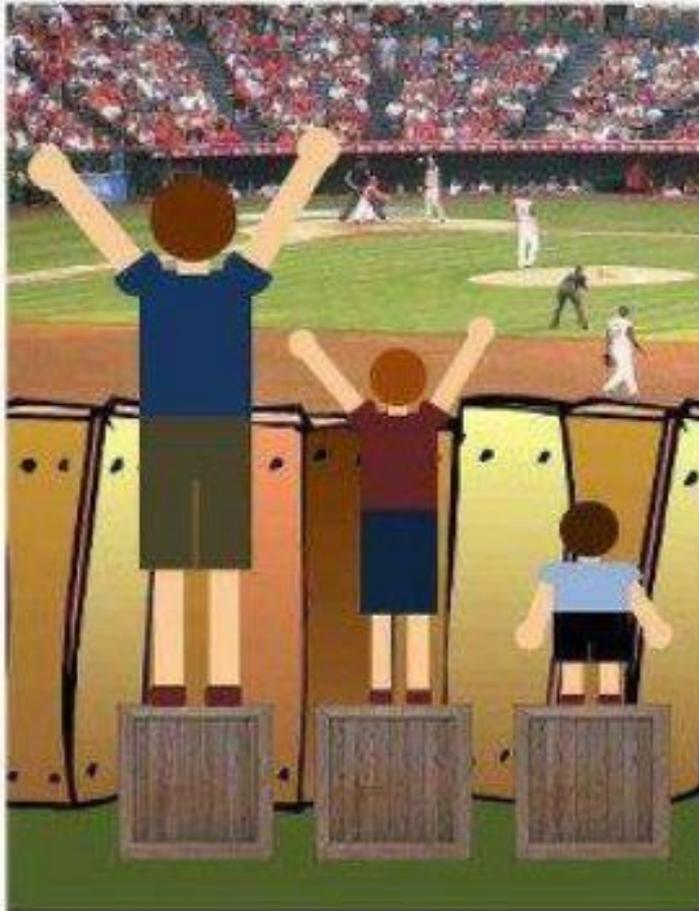
da GIMBE modificato

Le diverse logiche istituzionali del SSN

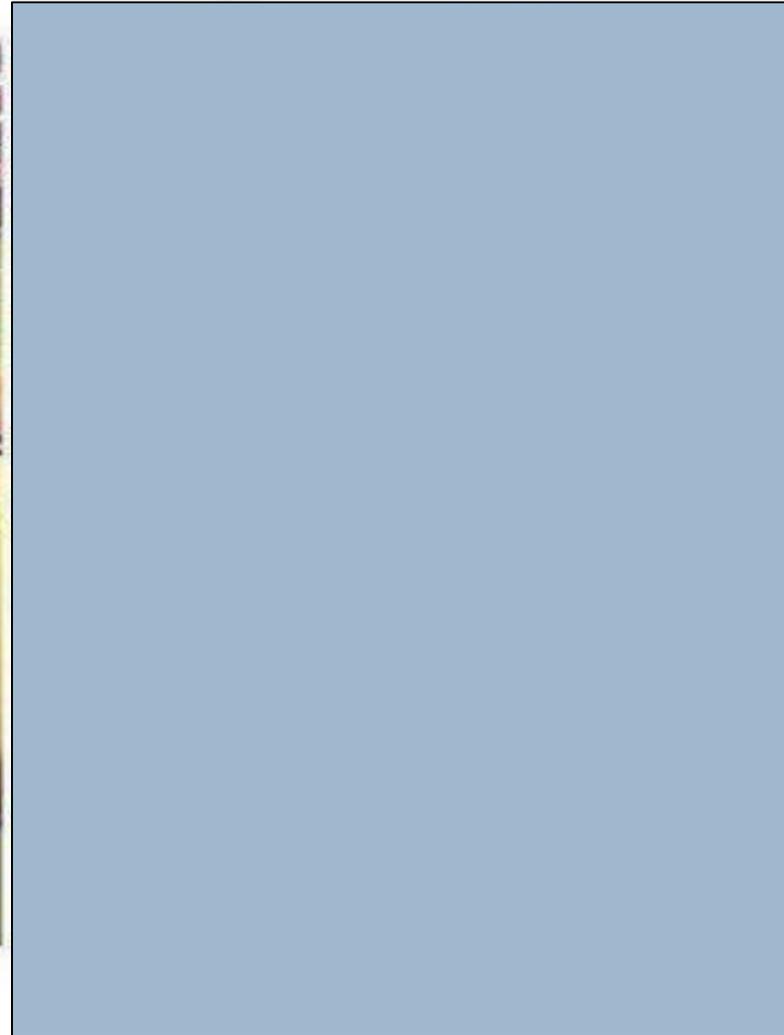
Provvedimenti legislativi	Logica istituzionale
Legge 833/1978	Universalismo
D.Lgs 502/1993	Efficienza
D. Lgs 22/1999	Appropriatezza
Legge Cost. N°3/2001	Federalismo

orientano e condizionano le politiche possibili (priorità, obiettivi, modalità di realizzazione)

Equality is not always Justice



This is EQUALITY



Modello Toscana

L.R.Toscana 72/98 e 22/00

Le Unità Operative, svolgono nell'ambito della struttura organizzativa funzionale i seguenti compiti:

- **concorrono sotto il profilo tecnico professionale, alla formazione degli atti di programmazione;**
- **partecipano alle procedure informative, contabili, controlli di gestione e di VRQ delle prestazioni;**
- **concorrono alla definizione dei programmi di formazione permanente, di miglioramento della qualità, di educazione sanitaria**
- **definiscono nell'ambito di propria competenza, le procedure operative e i protocolli d'intervento**
- **concorrono alla definizione dei programmi di incentivazione e di sviluppo delle dotazioni tecnologiche**

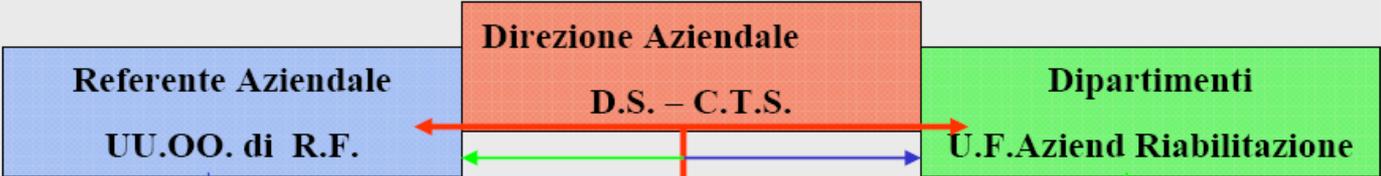


Relazioni Professionali Gestionali e Funzionali

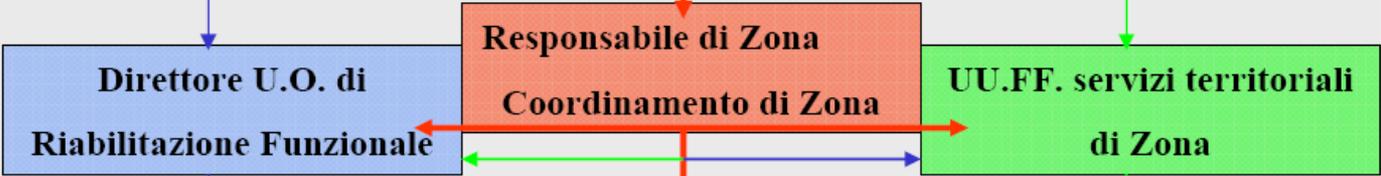
Livello



Azienda



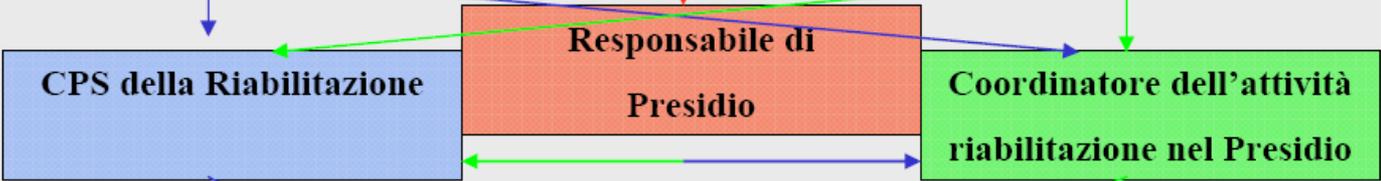
Zona



Distretto



Presidio territoriale



Organigramma Struttura RIA



Funzioni del Direttore di U.O. di Riabilitazione Funzionale

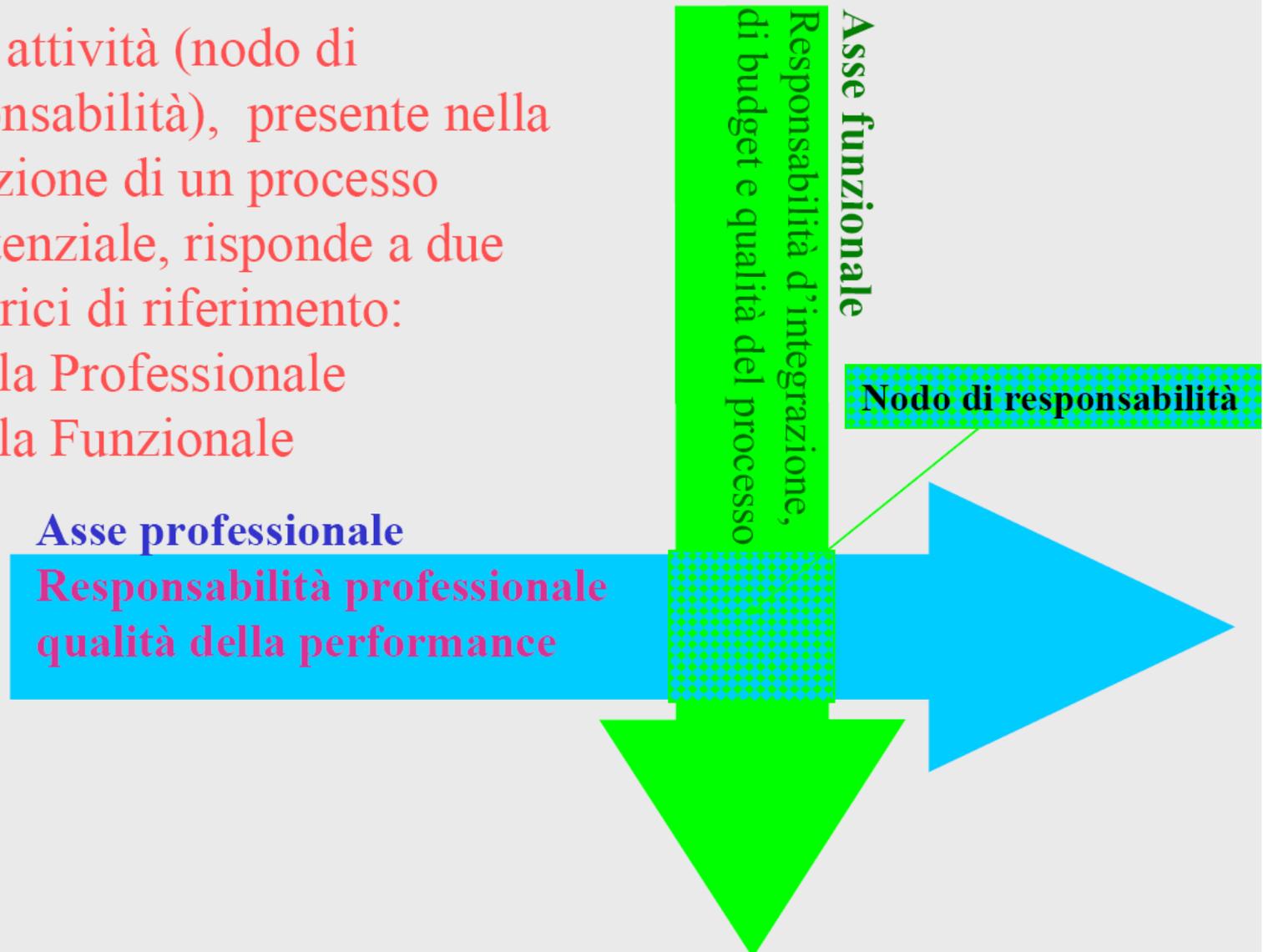
In relazione alla L.R. 22/00, al Piano Sanitario Regionale in vigore e agli obiettivi dell'Azienda garantisce le seguenti attività:

- A. Concorre, in riferimento alla funzione operativa assegnata, alla definizione degli obiettivi di salute della Zona e delle strutture organizzative nelle quali assicura tale funzione
- B. Propone e definisce le modalità di governo dei processi tecnico professionali in stretta connessione con le UU.FF. e le strutture organizzative Aziendali
- C. Assegna il personale di appartenenza in riferimento agli obiettivi concordati e in caso di criticità lo rialloca, anche temporalmente, fra le diverse strutture distrettuali in accordo con il Responsabile di Zona
- D. Garantisce le competenze tecnico professionali relative alla funzione operativa mediante:
 - Individuazione di criteri e modalità di valutazione del personale assegnato concorrendo alle valutazioni
 - Identificazione dei bisogni formativi del personale appartenente all'U.O. in collaborazione con le proprie articolazioni professionali , proponendo piani di formazione
 - Predisporre indicazioni sulle modalità di effettuazione delle prestazioni sanitarie ed assistenziali di competenza, definendo ed applicando standars, procedure e protocolli professionali
 - Individuazione di criteri di valutazione della qualità delle prestazioni favorendo l'audit interno
- E. Monitorizza le attività e l'utilizzo appropriato delle risorse riferite alla propria funzione operativa nel rispetto degli obiettivi concordati, anche al fine di garantire un equilibrio interno alla Zona
- F. Adotta un comportamento gestionale orientato al mantenimento di un buon clima organizzativo ed alla collaborazione tra i diversi operatori
- G. Collabora con l'U.O. gestione del personale dipendente per la corretta applicazione delle norme e dei regolamenti in materia di gestione e utilizzo delle risorse assegnate anche avvalendosi dei propri referenti nei distretti.

Matrice delle responsabilità in un processo assistenziale

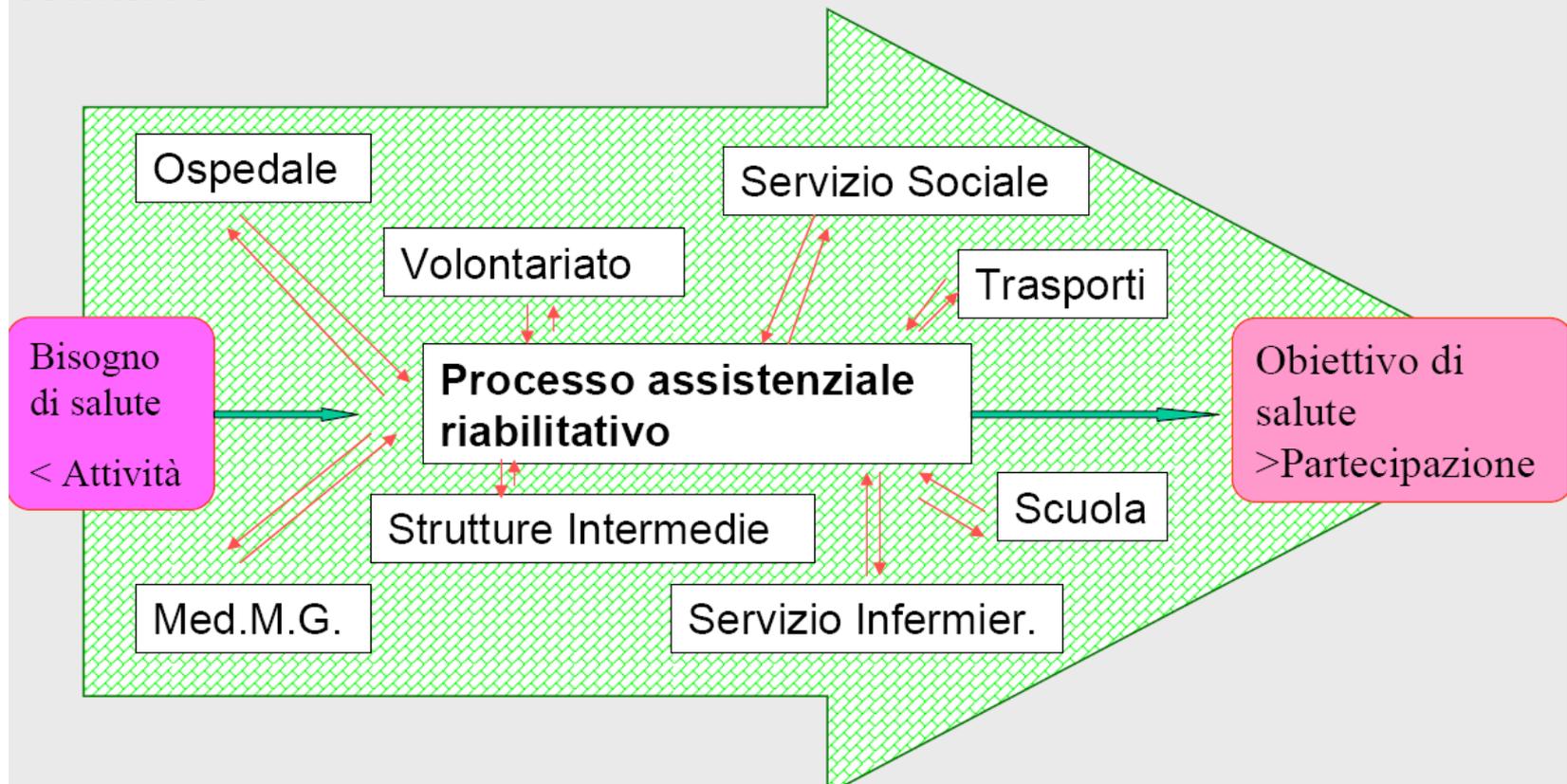
Ogni attività (nodo di responsabilità), presente nella attuazione di un processo assistenziale, risponde a due direttrici di riferimento:

- quella Professionale
- quella Funzionale



Processo assistenziale riabilitativo

Funzioni Interne (al SSN) o Esterne che possono entrare nel processo, affiancando le specifiche attività riabilitative, che devono essere considerate nella logica cliente ↓ ↑
fornitore



Modello Friuli Venezia Giulia

Piano Regionale della Riabilitazione anno 2005

obiettivo

- ▶ compiere un cambio di prospettiva e adottare una visione sistemica che ponesse al centro del contesto la persona, i suoi specifici bisogni di salute e partecipazione e la valorizzazione delle sue abilità. Delle due modalità la prima appare più semplice ed usuale, ma meno attenta alla complessità delle condizioni della persona nel suo ambiente di vita; la seconda presenta maggiori difficoltà per l'aumento dei fattori presi in considerazione, ma è certamente più aderente all'osservazione concreta ed è ispirata dal modello interpretativo offerto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in tema di salute, disabilità e partecipazione.

Finalità

<i>Garantire Diritti e servizi ai cittadini</i>	<i>Razionalizzare l'organizzazione, consolidare e sviluppare la rete dei servizi in funzione del bisogno</i>
<i>Migliorare la qualità dell'assistenza riabilitativa</i>	<i>Promuovere e tutelare la salute delle persone disabili</i>
<i>Aumentare il livello di appropriatezza</i>	<i>Diffondere l'uso di tecnologie innovative per la vita indipendente</i>

Il bisogno come cardine del piano

- ▶ da un punto di vista incentrato sull'offerta dei servizi sanitari, ad un orientamento fondato sui bisogni da soddisfare
- ▶ il concetto di “bisogno” implica un approccio multifattoriale ed è comunque sempre l'espressione di una relazione fra individuo e contesto.
- ▶ i bisogni di base presi in considerazione in questo piano sono salute ed autonomia, il cui livello ottimale è fondamentale per la partecipazione alla vita sociale. L'assistenza sanitaria diventa uno strumento per soddisfare il bisogno di base.
- ▶ il modello organizzativo delle attività di riabilitazione deve fondarsi sui bisogni della persona con disabilità temporanea o permanente.
- ▶ i bisogni costituiscono il criterio guida per definire tipologia e caratteristiche delle risorse riabilitative da attivare e per valutare l'appropriatezza delle attività erogate.

Classificazione del bisogno

- ▶ In chiave operativa la definizione dei bisogni degli assistibili deriva dalla combinazione di tre dimensioni qualitative:
 - ▶ riabilitativa
 - ▶ assistenziale
 - ▶ clinica,

ulteriormente suddivise in *semplici* e *complesse*.

- ▶ È necessario inoltre distinguere il bisogno riabilitativo dal punto di vista temporale, distinguendo una fase *acuta*, *acutizzata* e *post-acuta*, da quella *cronica*, ovvero che richiedono un'assistenza protratta nel tempo per il monitoraggio e il mantenimento delle abilità residue.

Dimensione riabilitativa del bisogno

- ▶ Il bisogno riabilitativo si definisce semplice quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone per un livello di partecipazione, ha degli indici prognostici positivi e definibili sia da un punto di vista qualitativo che temporale, e richiede interventi riabilitativi standardizzabili, programmabili e ripetitivi in una situazione contestuale favorevole.

- ▶ Il bisogno riabilitativo si definisce complesso quando la condizione di salute alterata limita l'autonomia delle persone in più livelli di partecipazione, ha indici prognostici non sempre definibili e richiede contestualmente un grado elevato di intensità, frequenza e durata dell'intervento riabilitativo. In riferimento alle modalità operative per soddisfare il bisogno riabilitativo del soggetto si può distinguere una condizione di complessità definita dall'interessamento di più apparati, organi o distretti.
- ▶ In particolare il coinvolgimento di più professionisti della riabilitazione si realizza solo in presenza di bisogni complessi e di norma non è necessario per il soddisfacimento di bisogni semplici.

Dimensioni temporali del bisogno

▶ **Il bisogno riabilitativo acuto, acutizzato o post-acuto** è proprio dei soggetti colpiti da evento traumatico e/o affetti da patologia acuta od acutizzata recenti e che hanno indici predittivi di recupero funzionale. Si tratta pertanto di pazienti con necessità di riabilitazione intensiva e/o estensiva, per i quali è possibile influenzare positivamente i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e della disabilità.

▶ **Il bisogno riabilitativo a lungo termine** riguarda i soggetti affetti da patologia cronica stabilizzata o con evoluzione progressiva che necessitano di mantenere le autonomie funzionali acquisite. Si tratta pertanto di persone che hanno bisogno di riabilitazione di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità, per i quali è possibile porre una barriera alla regressione funzionale, cercando di modificare la storia naturale della malattia cronico-degenerativa riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione.

Il modello della complessità

- ▶ Le varie dimensioni
 - ~ Sociale
 - ~ Riabilitativo
 - ~ Assistenziale
 - ~ Clinico
- La combinazione dei gradi di complessità delle dimensioni determina la scelta del setting di cura e della tipologia degli interventi sanitari appropriato

Sistema di classificazione del bisogno

Bisogno riabilitativo per problemi acuti, acutizzati o post-acuti

<i>Dimensione del bisogno</i>			<i>Setting riabilitativo appropriato</i>
<i>Riabilitativo</i>	<i>Assistenziale</i>	<i>Clinico</i>	
C	C	C	ospedaliero
C	C/S	S/C	
C/S	C/S	C/S	
S/C	C	S/C	
S/C	C/S	S	residenziale a breve termine
S	C	S	residenziale a lungo termine
S/C	C/S	S	a ciclo diurno
S/C	S/C	S	domiciliare
S/C	S/C	S	ambulatoriale

Sistema di classificazione del bisogno

Bisogno riabilitativo nella fase di cronicità

<i>Dimensione del bisogno</i>			<i>Setting riabilitativo appropriato</i>
<i>Riabilitativo</i>	<i>Assistenziale</i>	<i>Clinico</i>	
S	C / S	S	residenziale a breve termine
S	C	S	residenziale a lungo termine
S	C / S	S	a ciclo diurno
S	S / C	S	domiciliare
S	S / C	S	ambulatoriale

Modello Emilia Romagna

Il modello organizzativo dell'AUSL di Bologna

Azienda Us1 Bologna - Area Riabilitativa

- ▶ **Atto Aziendale (art.6):**

- ▶ L'Azienda offre un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori; al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, una reale assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti.

SATeR

È una struttura a valenza aziendale, titolare di indirizzo, direzione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, della riabilitazione, della prevenzione e di supporto dell'assistenza.

Concorre alla realizzazione della mission aziendale, assicurando la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa delle attività assistenziali erogate, anche partecipando alla definizione del fabbisogno formativo del personale afferente e assicurando altresì l'impiego ottimale delle risorse assegnate alle diverse articolazioni aziendali.

Si avvale di quattro responsabili di area professionale: assistenziale, diagnostica, prevenzione, riabilitazione.

Regolamento di Organizzazione Aziendale

Articolazione SATeR

Si articola su due livelli integrati tra loro con distinte aree di responsabilità:

- un livello aziendale, composto dal Direttore del Servizio e dai Responsabili Aziendali di Area Professionale con funzioni di pianificazione e programmazione strategica, di indirizzo e coordinamento delle articolazioni decentrate sui Dipartimenti-Distretti;
- un livello decentrato articolato per Dipartimento o Distretto, composto dai Responsabili del Servizio, con funzioni di pianificazione organizzativa e direzione delle attività assistenziali e delle risorse professionali coinvolte.

Regolamento di Organizzazione Aziendale

Direzione SATeR

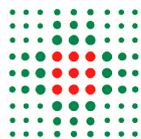
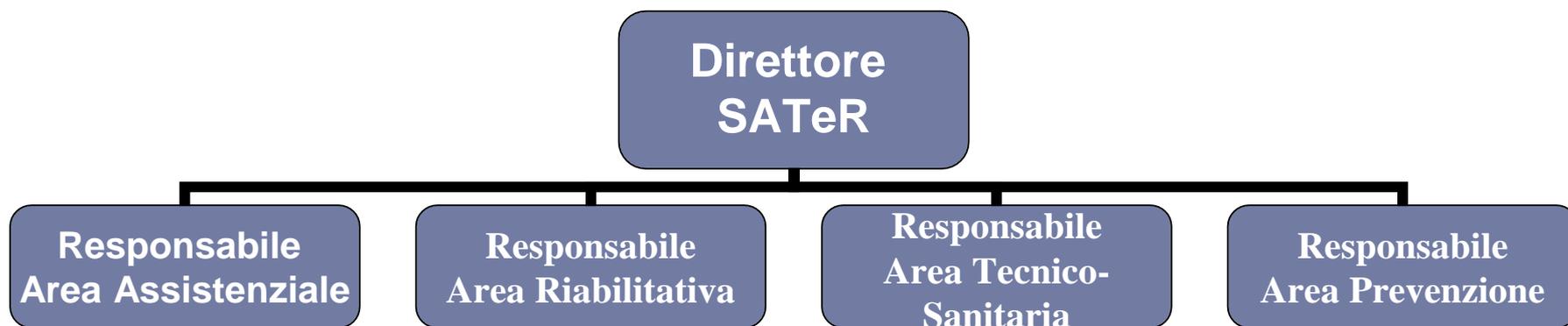
Il Direttore garantisce il governo complessivo dell'assistenza infermieristica ed ostetrica, della funzione preventiva, riabilitativa e tecnico – sanitaria. A tal fine si avvale per le parti di rispettiva competenza dei Responsabili di Area Professionale e dei dirigenti Responsabili del Servizio a livello Dipartimentale e Distrettuale.

Contribuisce alla direzione strategica aziendale, sia nella definizione delle politiche di acquisizione, assegnazione e sviluppo delle risorse professionali, che nella definizione dei processi e dei programmi di competenza.

Garantisce inoltre, attraverso l'afferenza professionale, l'omogeneità e la coerenza dei processi assistenziali, dei comportamenti professionali, dei percorsi formativi di sperimentazione e ricerca dei modelli di operatività professionale.

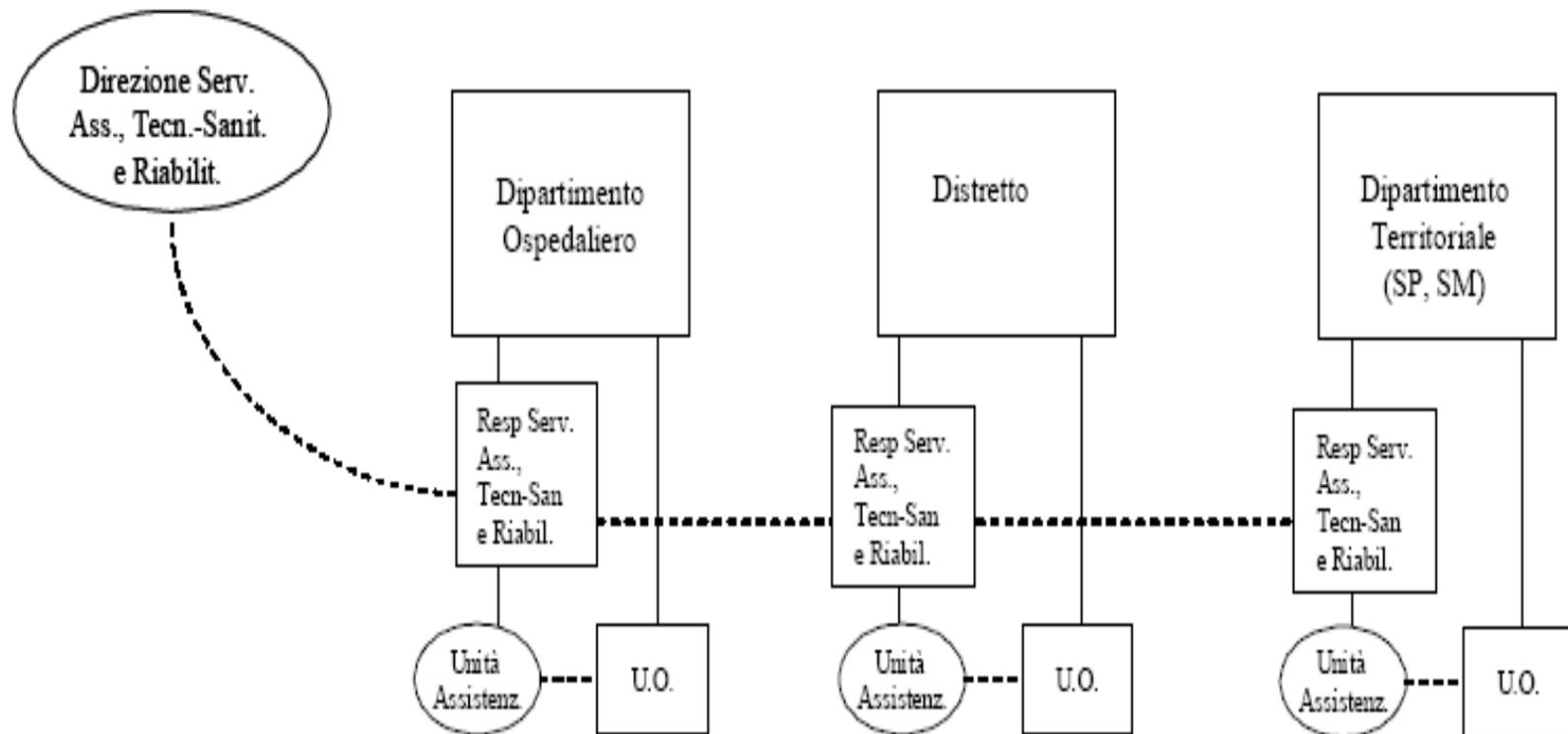
Regolamento di Organizzazione Aziendale

Servizio Assistenziale Tecnico e Riabilitativo



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Livelli di responsabilità SATeR



Regolamento di Organizzazione Aziendale

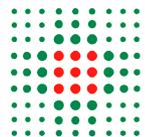
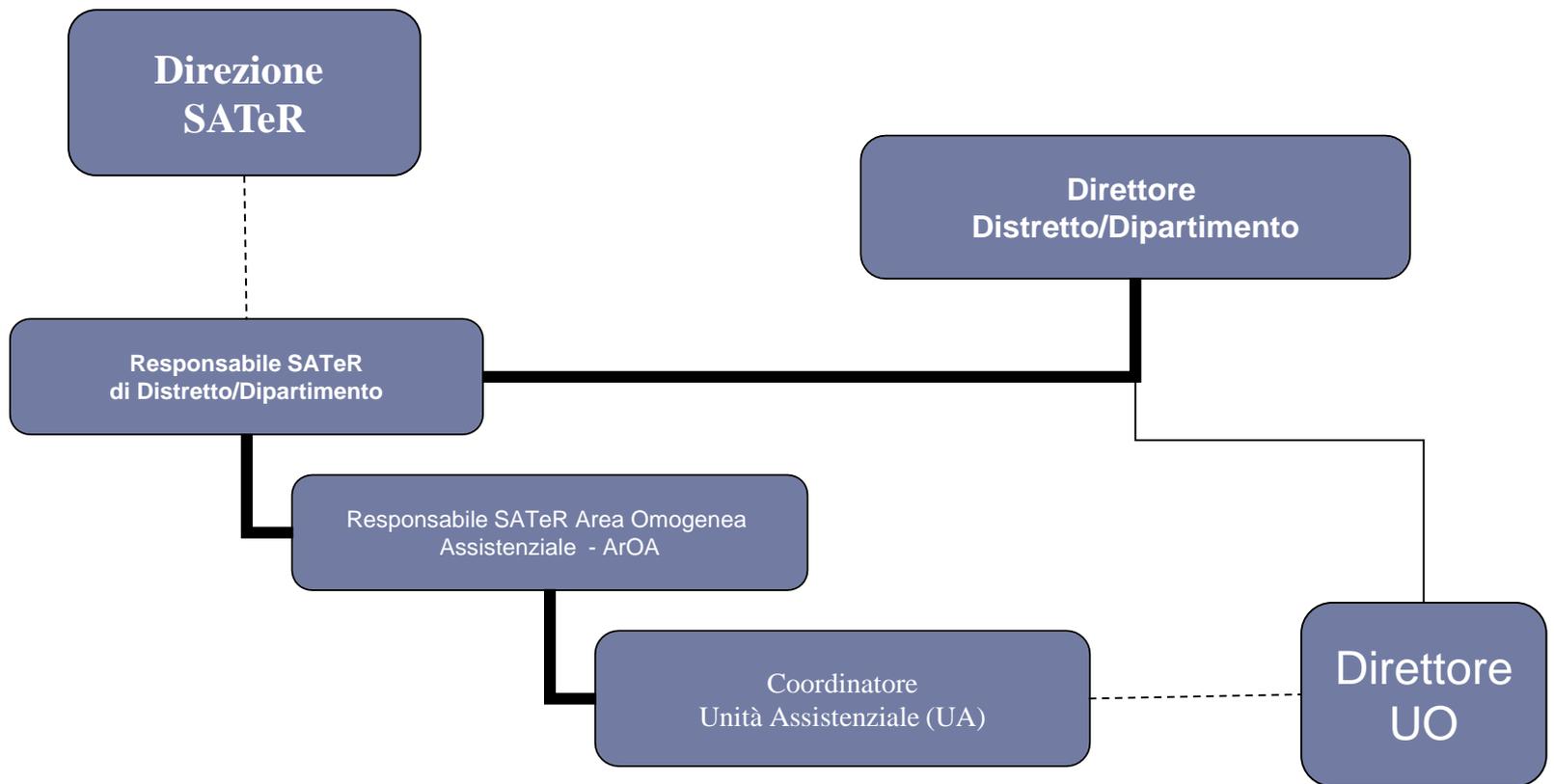
Unità Assistenziali

Le risorse umane afferenti ai Dipartimenti e Distretti sono organizzate in unità assistenziali, a cui corrispondono responsabilità di direzione dedicate. I responsabili di Dipartimento o Distretto supervisionano e governano le unità assistenziali afferenti alla loro articolazione organizzativa. In linea di massima, ma sono possibili significative eccezioni per ragioni di necessità e sinergie professionali, economie di scala, di scopo o di *know-how*, le unità assistenziali corrispondono alle unità organizzative cliniche.

Regolamento di Organizzazione Aziendale



Servizio Assistenziale Tecnico e Riabilitativo



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

**Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-
2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie
attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie
assistenziali**

1	NUOVI SCENARI DI SVILUPPO
2	LA PATOLOGIA CRONICA E I NUOVI MODELLI DI GESTION
3	I CONTESTI ASSISTENZIALI NELLE CURE PRIMARIE.....
4	LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA NELLE CURE PRIMARIE ..
4.1.	assistenza infermieristica nei nuclei di cure primarie.....
4.1.1	Attività di assistenza diretta
4.2.	assistenza riabilitativa nei nuclei di cure primarie
4.2.1	Attività di assistenza diretta
4.3.	assistenza ostetrica nelle cure primarie
4.3.1	Attività di assistenza diretta.....
5	L'ASSISTENZA NELLE RESIDENZE
5.1	l'assistenza infermieristica.....
5.2	l'assistenza riabilitativa
6.	LE ESPERIENZE.....
6.1	le esperienze di assistenza infermieristica.....
6.1.1	Le esperienze nelle Aziende USL.....
6.2	le esperienze di assistenza riabilitativa.....
6.2.1	Le esperienze nelle Aziende USL.....
6.3	le esperienze di assistenza ostetrica.....
6.3.1	Le esperienze nelle Aziende USL.....
	BIBLIOGRAFIA
	normativa regionale di riferimento.....

Competenze nel case management

Competenze dell'infermiere	Competenze dei professionisti della riabilitazione	Competenze dell'ostetrica
<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione e promozione della salute, - valutazione, identificazione e decodifica dei bisogni degli assistiti anche per l'attivazione delle ulteriori professionalità necessarie, - assistenza diretta comprensiva della gestione dei disturbi cognitivi e del rischio derivante dalle condizioni di lunga assistenza, soprattutto di tipo complesso, - individuazione e valorizzazione delle risorse e delle capacità dell'assistito e dei care givers, - assistenza nella terminalità di vita (cure palliative), - educazione terapeutica orientata a supportare l'autoassistenza per il mantenimento dell'autosufficienza, rivolta al paziente e alla sua famiglia al fine di garantire il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo assistenziale e favorire il lavoro di cura della famiglia, - coordinamento e gestione dei casi, - comunicazione e utilizzo di modalità di lavoro integrate e di partnership, - utilizzo dei dati epidemiologici a supporto delle decisioni proprie e dell'equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione e promozione della salute, - valutazione funzionale per l'elaborazione del piano di trattamento, - individuazione e valorizzazione delle risorse e delle capacità dell'assistito e dei care givers, - educazione del paziente e della famiglia al fine di garantire il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo terapeutico e favorire il lavoro di cura della famiglia, - esercizio della funzione di consulenza verso i pazienti e i professionisti per la ridefinizione dei setting riabilitativi, delle valutazioni abitative e dell'utilizzo gestione e sperimentazione degli ausili, - utilizzo di modalità di lavoro integrate e flessibili. 	<ul style="list-style-type: none"> - prevenzione e promozione della salute, - valutazione della domanda, orientamento dei bisogni e presa in carico, - educazione alla salute, di prevenzione e/o promozione delle attività di screening e delle patologie croniche, - valutazione dei cambiamenti demografici e culturali della comunità al fine di saper accogliere, orientare e prendere in carico le donne straniere e i loro bambini, - counseling, - assistenza diretta per la gestione della gravidanza a basso rischio, - utilizzo delle modalità di lavoro integrate e flessibili.

Assistenza riabilitativa nei Nuclei di Cure Primarie

Il criterio dell'intensità assistenziale, è utilmente esteso anche all'assistenza riabilitativa, dove il bisogno dell'utente è adottato come criterio guida per definire tipologie e caratteristiche delle risorse riabilitative da erogare e per la valutazione dell'appropriatezza delle attività erogate. I modelli operativi possono così differenziarsi in base alla complessità del bisogno riabilitativo, che può intrecciarsi in combinazioni diverse con il bisogno clinico e assistenziale. Così, nello stesso soggetto possono coesistere un bisogno assistenziale complesso e un bisogno riabilitativo semplice, quando, per esempio, è sufficiente una modificazione ambientale o un ausilio suggeriti dal fisioterapista per modificare il livello di autonomia della persona.

L'area di intervento specifica è quella del soggetto con disabilità. Tale impostazione, però, richiede ulteriori specificazioni, in quanto vi possono essere situazioni di disabilità con diversi livelli di modificabilità; inoltre, gli interventi possono avere un contenuto prettamente tecnico, o, invece, rivolgersi al contesto di vita della persona, per analizzarne ed eventualmente modificarne in senso funzionale le caratteristiche ambientali, o le attività. Si possono pertanto distinguere due livelli di bisogno riabilitativo: quello complesso e quello semplice. Il primo, quello complesso, prevede l'elaborazione in team di un progetto riabilitativo individuale e l'intervento di diversi professionisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) coordinati dal medico specialista. Il bisogno riabilitativo semplice, invece, trova risposta in un sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali destinati alla gestione riabilitativa di disabilità lievi, alla continuità assistenziale post degenza e alla gestione della cronicità. In tal caso il team di riferimento corrisponde al Nucleo di Cure Primarie (MMG, Infermiere, Ostetrica, Fisioterapista, Operatori socio sanitari).

Attività di assistenza diretta

Così come sottolineato in precedenza, anche la figura del fisioterapista ha acquisito delle competenze altamente qualificate, che consentono una maggiore assunzione di responsabilità nella gestione dei casi, nella predisposizione dei percorsi organizzativi e nel contributo all'educazione terapeutica. Parallelamente, appare evidente che la riabilitazione non può più limitarsi alla somministrazione di tecniche e prestazioni specialistiche, ma deve tener conto del ruolo sempre più attivo del soggetto disabile, non più solo paziente, ma protagonista del proprio progetto di vita.

Va così delineandosi, un approccio che non si limita al trattamento riabilitativo tradizionale, ma si traduce in una modalità assistenziale rivolta alla presa in carico per il recupero delle potenzialità della persona.

In tale ambito, le principali funzioni del fisioterapista, che possono essere espresse al meglio in un contesto territoriale, valorizzandone la responsabilità professionale, sono quella educativa e di consulenza. La funzione educativa, svolta nei confronti del paziente e della sua famiglia, permette il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo terapeutico e favorisce il lavoro di cura della famiglia. Un esempio è la sperimentazione, attualmente in corso in Regione, di un programma di prevenzione delle cadute nell'anziano.

La funzione di consulenza consente di diventare punto di riferimento per la ridefinizione dei setting riabilitativi, le valutazioni abitative e l'utilizzo, la gestione e la sperimentazione degli ausili.

La consulenza può anche essere rivolta agli altri operatori che interagiscono con l'assistito, al

Assistenza riabilitativa nelle residenze

----- Il fisioterapista fa parte del team assistenziale delle strutture residenziali, con lo specifico mandato di promuovere e orientare la funzione riabilitativa.

Alcune esperienze, in ambito regionale, hanno dimostrato l'opportunità di affidare al fisioterapista funzioni, non solo legate alla gestione del singolo caso, ma anche legate alla gestione di problemi più generali delle strutture e degli operatori che vi operano.

La funzione del fisioterapista si esplica così secondo due direttrici.

Una rivolta ai singoli assistiti che consiste nella valutazione, attuazione e verifica del programma riabilitativo nel contesto del Piano Assistenziale Individualizzato. L'altra rivolta al contesto più generale delle strutture e dei professionisti che vi operano. Così il Fisioterapista può diventare punto di riferimento per azioni educativo – formative finalizzate ad un uso più appropriato degli ausili, alla gestione di programmi di variazione posturale, all'orientamento in senso riabilitativo delle attività assistenziali, alla riduzione di presidi con effetto contenitivo e all'identificazione e diffusione di pratiche assistenziali ergonomicamente corrette.

Il fisioterapista può contribuire anche in modo determinante alla gestione degli ausili: attraverso la collaborazione con i servizi preposti per gli acquisti, la personalizzazione rispetto alle esigenze dell'assistito, l'addestramento per la massima appropriatezza ed efficacia d'uso.

Inoltre, altre esperienze hanno messo in evidenza che forme di coordinamento della funzione di riabilitazione nelle strutture, hanno consentito di pervenire ad una notevole uniformità di comportamenti con conseguente omogeneità di risposta ai bisogni dei cittadini del territorio a cui l'azienda fa riferimento.

Le esperienze di assistenza riabilitativa

ESPERIENZE IN REGIONE	ESPERIENZE IN ALTRI PAESI
<p>APPLICAZIONE DELLA D.G.R. 2068/04⁸</p> <p>Con la delibera di giunta regionale n. 2068/04 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta. Prime indicazioni" viene valorizzata la figura del Responsabile del caso, a cui vengono attribuite funzioni di raccordo fra i diversi componenti dell'equipe, punto di riferimento per la famiglia, garante della continuità delle cure nei diversi setting assistenziali. Il ruolo di Responsabile del Caso apre nuove prospettive culturali ai professionisti, e crea le condizioni perché un gruppo di lavoro multiprofessionale si trasformi in un team interprofessionale, dove la comunicazione, il confronto, le decisioni collettive sono lo strumento principale di integrazione.</p> <p>In questo ambito esistono positive esperienze in cui il responsabile del caso è identificato in base alla prevalenza del bisogno: clinico, sociale, assistenziale e riabilitativo. In quest'ultimo caso, il ruolo è stato efficacemente svolto dal Fisioterapista.</p>	<p>USA – AUSTRALIA – UK REHABILITATION CASE MANAGEMENT</p> <p>Il case management in riabilitazione è un processo attivo che implica un'attenta valutazione del bisogno del singolo, lo sviluppo e l'implementazione di un programma riabilitativo adattato. Ciò include il coordinamento di tutti i trattamenti ed i servizi richiesti per facilitare il recupero e consentire un coinvolgimento attivo del cliente nelle attività della vita quotidiana, del tempo libero ed in quelle professionali.</p> <p>La National Conference australiana-homecare, tenutasi nel 2007 stabilisce con precisione quali sono i passi fondamentali per una buon esercizio del ruolo di case manager, con particolare riferimento al binomio riabilitazione-reinserimento lavorativo.</p>

Le esperienze di assistenza riabilitativa

IL PERCORSO AUSILI ⁹

Il profilo professionale previsto dal D.M. 741/1994 sancisce che nell'ambito delle specifiche competenze, il fisioterapista "propone l'adozione di protesi ed ausili, ne addestra all'uso e ne verifica l'efficacia".

E' opinione ormai condivisa che la soluzione a un bisogno conseguente alla disabilità non sia identificabile di norma solo in uno strumento, ma in una serie di condizioni e di interventi.

In particolare, l'adeguatezza dell'ausilio deve derivare dalla valutazione

- delle caratteristiche dell'ambiente,
- delle effettive capacità dell'utente e/o del care giver,
- delle caratteristiche tecniche degli ausili offerti dal mercato.

In Emilia-Romagna in numerose Aziende sanitarie, pur con modelli organizzativi diversi, esistono fisioterapisti che, avendo ricevuto una formazione specifica, svolgono stabilmente un ruolo centrale nel "percorso ausili".

Nelle realtà più avanzate, tale ruolo ha una strutturazione precisa, con responsabilità definite di governo del processo.

Questo tipo di organizzazione ha consentito:

- riduzione dei tempi di ricovero tramite la tempestiva fornitura di ausili contestualmente alla dimissione,
- stretta aderenza dell'ausilio fornito alle caratteristiche ed esigenze dell'ambiente domestico, grazie ad una attenta valutazione e a una dettagliata raccolta di informazioni,
- buona efficienza, grazie ad un appropriato utilizzo di ausili ricondizionati.

La competenza acquisita dai Ft ha consentito di conciliare la qualità dei prodotti, l'obiettivo funzionale perseguito e la sostenibilità economica del sistema; è stato inoltre possibile, valutando in modo critico le proposte del mercato, effettuare scelte tecnicamente motivate. Il processo è finalizzato ad una presa in carico globale e integrata della persona disabile pertanto trova collocazione all'interno della rete dei servizi territoriali dove si realizza l'integrazione tra operatori sanitari e sociali.

La Regione Emilia-Romagna ha istituito centri di riferimento su ausili per l'autonomia e barriere e una rete di centri per l'adattamento dell'ambiente domestico. Questa strategia trova un completamento nella valorizzazione delle esperienze locali di gestione del percorso di identificazione e fornitura ausili quali reti di I Livello.

ASSISTIVE TECHNOLOGY

Nei paesi più avanzati è fortemente sentita la necessità di conciliare la massima appropriatezza ed efficacia degli ausili per disabili con la sostenibilità economica del sistema. Esistono molti modelli organizzativi, che hanno in comune il ruolo centrale del Fisioterapista o del Terapista Occupazionale nei diversi momenti del percorso: individuazione delle esigenze specifiche della persona disabile, conoscenza approfondita delle caratteristiche tecnologiche dell'ausilio, assistenza non solo nella fornitura, ma anche nell'addestramento all'uso.

E' ormai diffusa la consapevolezza che l'utente deve avere un ruolo attivo e propositivo nell'individuazione delle esigenze e delle possibili soluzioni. Molta enfasi viene data alla ricognizione dell'ambiente domestico e di lavoro.

Dallo studio:

Access to Assistive Technology in the European Union

A cura di: European Commission

Directorate General for Employment and Social Affairs

Unit E.4. Giugno 2003

Le esperienze di assistenza riabilitativa

I SERVIZI DI ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE

La ricerca scientifica si è interrogata sull'efficacia dei modelli riabilitativi extraospedalieri, attingendo dall'esperienza dei Paesi anglosassoni che hanno una consolidata tradizione (Country Hospital, Hospital at Home, Community Rehabilitation Teams, Outreach Teams, ecc.).

In questi modelli le alternative domiciliari che si stanno sviluppando rispondono a due esigenze:

- la necessità di favorire una dimissione precoce dall'ospedale, garantendo una adeguata qualità dell'assistenza,
- la necessità di rallentare la perdita di autonomia delle persone con patologie croniche e ingravescenti, riducendo gli accessi in ospedale e ritardando l'ingresso in strutture residenziali.

Si va delineando, anche per l'assistenza riabilitativa, un approccio che non si esaurisce con il trattamento riabilitativo tradizionale, ma si traduce in una modalità assistenziale rivolta alla presa in carico per il recupero delle potenzialità della persona con disabilità.

In tale contesto, non vanno dimenticate due importanti funzioni del ruolo del fisioterapista, che possono essere espresse al meglio in un contesto territoriale, valorizzandone la responsabilità professionale:

- la prima, quella educativa, svolta nei confronti del paziente e della sua famiglia, che permette il coinvolgimento attivo dei soggetti nel processo terapeutico e favorisce il lavoro di cura della famiglia – un esempio è la sperimentazione, attualmente in corso in Regione, di un programma di prevenzione delle cadute nell'anziano;
- la seconda, quella di consulenza, che consente di essere punto di riferimento per la ridefinizione dei setting riabilitativi, le valutazioni abitative e l'utilizzo, la gestione e la sperimentazione degli ausili.

USA- UK-DANIMARCA- ISLANDA: HOME HEALTH CARE SERVICES

Per i Fisioterapisti americani e inglesi le agenzie di assistenza domiciliare sono una realtà lavorativa estremamente diffusa. I vari modelli prevedono che il professionista svolga prevalentemente la sua attività presso il domicilio del paziente; l'intervento comprende un'attenta valutazione, la stesura ed attuazione di un programma riabilitativo in relazione agli obiettivi condivisi con il paziente stesso, la verifica dei risultati e la documentazione di tutto il processo.

I Fisioterapisti spesso svolgono attività di consulenza e collaborano con altri professionisti (medici, infermieri, terapisti occupazionali, logopedisti, ecc.) che intervengono nel processo di assistenza domiciliare.

Negli USA è prevista anche la figura dall'assistente fisioterapista posizione funzionale regolamentata dall'A.P.T.A (American Physical Therapist Association) e dedicata ai casi con minore complessità tecnica.

Questa figura opera con il supporto di un fisioterapista con funzione di supervisore.

In tal caso, il mandato del fisioterapista è quello di effettuare un primo accesso per la valutazione ambientale, di esaminare il paziente, definire il piano di trattamento stabilendone gli obiettivi di verificarne il raggiungimento attraverso accessi programmati.

Le esperienze di assistenza riabilitativa

ESPERIENZE RIABILITATIVE NELLE RESIDENZE

Nelle strutture protette e RSA il Fisioterapista esplica la propria competenza in vari modi:

- effettua valutazioni e trattamenti riabilitativi individuali per i casi ove sono identificabili possibilità di recupero e valorizzazione dell'autonomia,
- analizza e valuta l'ambiente, allo scopo di valorizzarne le potenzialità terapeutiche e minimizzare gli ostacoli all'autonomia,
- partecipa alla progettualità assistenziale generale, orientando in senso riabilitativo tutte le attività e le pratiche assistenziali,
- concorre alla realizzazione del Piano Assistenziale Individuale,
- contribuisce al diffondersi di pratiche assistenziali ergonomicamente corrette, a salvaguardia della salute dei professionisti.

In alcune realtà della Regione, il Fisioterapista:

- contribuisce al controllo del rischio di lesioni da decubito orientando e supervisionando i piani per la mobilitazione degli ospiti,
- partecipa attivamente alla gestione degli ausili per l'autonomia e dei presidi per la prevenzione delle lesioni da decubito, curando la scelta, l'appropriatezza dell'assegnazione e fornendo consulenza e formazione agli altri operatori,
- sensibilizza la struttura sui rischi e le problematiche legate ai disturbi della deglutizione, e collabora con il logopedista per creare le condizioni ambientali e assistenziali atte a prevenirli
- diffonde una cultura favorente il corretto utilizzo di presidi ad effetto contenitivo.

NURSING HOMES - LONG TERM CARE SERVICES

La presenza di fisioterapisti nelle Nursing Homes e nei Long Term Care Services è comune nel mondo anglosassone.

Uno studio comparativo (Rehabilitation in Nursing Homes: a cross national comparison of recipients, Age Ageing 1997) esamina le strutture per anziani in USA, Danimarca, Islanda, Giappone e Italia.

Dallo studio emerge che in tutte le strutture prese in esame viene fornita assistenza riabilitativa da personale qualificato, con percentuali molto diverse:

Islanda:31%; Danimarca: 23%; Giappone: 30%; Italia: 14%; USA : 11%.

Il target prevalente è costituito da anziani ultraottantacinquenni clinicamente stabili, con una permanenza in struttura superiore a 90 giorni.

In tutti i paesi vengono selezionati i casi con discrete competenze cognitive e bassi livelli di autonomia nelle ADL, cioè con maggiori probabilità di ottenere modificazioni significative in seguito all'intervento riabilitativo.

Le esperienze di assistenza riabilitativa

ESPERIENZE RIABILITATIVE IN HOSPICE

I pazienti oncologici in fase avanzata di malattia devono confrontarsi con la natura progressiva della patologia e con il conseguente deterioramento delle funzioni fisiologiche. La comparsa e l'aggravarsi dei sintomi, la diminuzione e la perdita dell'autosufficienza si accompagnano a numerosi cambiamenti nello stile di vita, nelle abitudini e nelle relazioni interpersonali.

Vi sono evidenze sull'effetto positivo dell'intervento fisioterapico sulla qualità della vita delle persone assistite in Hospice

(La Rivista Italiana di Cure Palliative, numero 2 estate 2005 - Monti, Colombo, Amadori, Castellani, Hartmann: La riabilitazione del malato terminale in hospice: mito o realtà?)

La Società Italiana di Cure Palliative nel proporre i requisiti minimi per l'Hospice ha incluso nell'équipe assistenziale la figura del fisioterapista, ipotizzando uno standard di presenza.

In alcune realtà della regione il fisioterapista collabora con il personale dell'Hospice, soprattutto fornendo consulenza sulla mobilizzazione, l'uso degli ausili, l'educazione dei familiari.

HOSPICES AND PALLIATIVE CARE UNITS

Nel mondo anglosassone esistono linee guida che definiscono il ruolo del fisioterapista nel team delle cure palliative

(*Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care. Guidelines for Good Practice. Chartered Society of Physiotherapy, London, 1993*)

In esse si afferma che "è spesso possibile migliorare la qualità della vita dei pazienti, indifferentemente dalla loro prognosi, aiutandoli a raggiungere le loro potenziali abilità, favorendo la loro autonomia o alleviando i sintomi".

Le esperienze nelle Aziende USL

FISIOTERAPISTA RESPONSABILE DEL CASO NELL' APPLICAZIONE DELLA 2068/04

AUSL BOLOGNA

La DGR 2068/04 fornisce linee d'indirizzo per predisporre modelli di risposta territoriale a bisogni complessi per pazienti con grave disabilità acquisita (TCE, mieloleso, gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata) con l'obiettivo di realizzare un percorso assistenziale integrato sanitario e socio assistenziale, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

L'intera équipe multiprofessionale prende in carico la persona realizzando così un modello di risposta integrata per la personalizzazione di piani assistenziali a lungo termine modulati nel tempo in riferimento ai bisogni dell'utente, privilegiando il domicilio come sede di elezione. L'avvio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza DGR 509/06 e l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal FSR pongono in evidenza la necessità di assicurare equità di utilizzo dei fondi assegnati.

Nell'AUSL di Bologna l'applicazione della DGR ha visto la positiva sperimentazione di attribuzione della funzione di Responsabile del Caso in base al bisogno prevalente della persona.

Il professionista identificato deve essere in grado di leggere, approfondire e valutare i bisogni dell'utente, progettando e coordinando risposte soddisfacenti, in una logica di presa in carico complessiva. Nel caso della prevalenza di bisogni riabilitativi il Fisioterapista rappresenta il professionista in possesso delle competenze utili alla lettura globale dei bisogni della persona con disabilità e a coordinare gli interventi clinico-assistenziali più efficaci a darne risposta.

In questa ottica il core dell'attività del Fisioterapista responsabile del caso, in integrazione con gli altri professionisti dell'équipe è:

- ricognizione iniziale dei bisogni del paziente (assessment) con l'utilizzo degli strumenti valutativi previsti dalla DGR ed altri utili alla pianificazione degli interventi;
- valutazione del contesto abitativo (ausili ed eventuali adattamenti), valutazione e proposta di protesi ed ausili, addestramento all'uso e verifica dell'efficacia in eventuale collaborazione con Centro Regionale Ausili (CRA) e Centro per l'Adattamento Ambiente Domestico (CAAD);
- collaborazione costante con i Colleghi e i Medici Specialistici delle strutture di provenienza (es. Casa dei Risvegli, Montecatone Rehabilitation Institute) e delle strutture di II Livello (es. Centro Malattie Rare – BENE) per il passaggio "multidirezionale" delle informazioni;
- progettazione del piano assistenziale individualizzato;
- costante collegamento con il paziente e il nucleo familiare per la condivisione del percorso proposto e per l' identificazione e risoluzione di eventuali criticità;
- realizzazione di attività terapeutiche per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive;
- educazione terapeutica e supervisione dei care giver con finalità di mantenimento delle capacità raggiunte e di prevenzione secondaria;
- monitoraggio e verifica delle attività svolte rispetto al raggiungimento degli obiettivi sia della rete dei servizi aziendale che del privato accreditato;
- valutazione dei risultati raggiunti ed eventuale ridefinizione dei bisogni.

La positiva sperimentazione ha evidenziato la necessità di integrare la figura professionale del Fisioterapista nei Distretti dove ancora non era prevista.

Le esperienze nelle Aziende USL: il percorso ausili

AUSL RIMINI

Il percorso ausili prevede un'integrazione tra presidio ospedaliero e i servizi territoriali preposti all'accoglienza di pazienti in continuità assistenziale. Il progetto, inserito nei percorsi di incentivazione dell'area "innovazione di sistema", si inserisce all'interno dell'obiettivo più generale di ampliamento e sviluppo delle cure e dell'assistenza domiciliare.

Ci si propone di rispondere ai bisogni di assistenza riabilitativa delle fasce deboli e fragili della popolazione, in particolare le persone con disabilità, gli anziani affetti da patologie cronico-degenerative, le persone in terminalità di vita. L'obiettivo è raggiungere la maggiore qualità possibile in termini di tempestività e appropriatezza nel percorso dalla segnalazione del bisogno alla fornitura e adozione degli ausili. Si identificano i fisioterapisti con formazione specifica come referenti nel Dipartimento di Cure primarie del Percorso Ausili.

Le azioni principali del Servizio sono: valutazione e identificazione dei bisogni, consulenza all'utente o ai familiari/care giver, addestramento all'uso e verifica dell'idoneità del presidio scelto.

Obiettivi

1. consentire la partecipazione attiva dell'utente nel processo di scelta dell'ausilio attraverso un momento informativo (per l'identificazione dell'ausilio più adeguato), la prova dello stesso (per accertarne la rispondenza alle effettive esigenze della persona), l'eventuale apporto di modifiche o adattamenti all'ausilio stesso e l'addestramento al suo corretto uso;
2. favorire la domiciliazione riducendo i tempi di degenza ospedaliera;
3. fornire consulenza per migliorare l'accessibilità degli ambienti di vita;
4. accelerare e snellire l'iter tra la prescrizione sanitaria, l'autorizzazione e la fornitura dell'ausilio;
5. rivalutare nel tempo il permanere della necessità dell'ausilio, con conseguente diminuzione degli sprechi e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
6. disporre di una visione complessiva e unitaria dell'intero percorso in modo da monitorarne l'efficacia e perseguire la massima razionalizzazione delle risorse.

L'immagine sociale degli ausili si è profondamente modificata negli ultimi tempi: da un lato l'evoluzione culturale nel campo della riabilitazione ha dato significati nuovi a concetti quali integrazione sociale e autodeterminazione; dall'altro, un importante sviluppo tecnologico ha immesso sul mercato una grande varietà di dispositivi, impensabili solo pochi anni fa, che consentono alle persone con disabilità di scegliere il proprio stile di vita e di non rinunciare a perseguire i propri obiettivi.

Entrambi i fattori stanno spostando l'immagine degli ausili:

- da apparecchiature sanitarie a strumenti per la vita quotidiana,
- da dispositivi medici a prodotti reperibili anche in commercio,
- da oggetti di scelte guidate dagli operatori a scelte effettuate insieme all'utente,
- dalla determinazione dello status di paziente allo status di utente.

Gli ausili devono essere considerati a tutti gli effetti strumenti per l'autonomia, e dunque strumenti per la relazione. I benefici ottenibili grazie all'adozione di ausili possono essere descritti in termini di qualità di vita, autonomia, ed empowerment. Questi cambiamenti richiedono che chi attiva questo processo disponga di una professionalità adeguata, capace di coniugare conoscenze tecnologiche e merceologiche con l'attenta lettura dei bisogni della persona con disabilità e del suo contesto socio-abitativo, capace di contribuire con competenza alla definizione di un progetto di vita.

Le esperienze nelle Aziende USL: il percorso ausili

- ✓ valutare il reale bisogno di ausili e protesica,
- ✓ verificare la compliance del paziente e dei familiari verso gli ausili proposti,
- ✓ prescrivere solo ciò che è necessario e opportuno.

Differenze prescrittive:

1) per pazienti in dimissione protetta verso ADI di 3° livello o già in ADI di 3° livello: per gli ausili legati alle attività assistenziali, quali letto, materasso per la prevenzione delle lesioni cutanee, le richieste possono essere inoltrate direttamente dai coordinatori dell'ADI all'Ufficio Protesica, qualora il bisogno sia identificato nel PAI. Il materiale ordinato direttamente deve essere presente nelle scorte di magazzino. Per i pazienti in ADI di 2° e 3° livello o per gli altri ausili: il MMG richiede "Valutazione per fornitura ausili" su ricettario S.S.N. e la richiesta viene inviata allo "sportello protesica" distrettuale.

2) per i pazienti ricoverati in UO/strutture residenziali o semiresidenziali con medico prescrittore individuato: i medici prescrittori autorizzati utilizzano per la segnalazione del caso un modulo specifico e lo inviano allo "sportello protesica" del Distretto individuato. Nel caso di dimissione da CPRSA verso il domicilio: come dimissione protetta in ADI di 2° livello.

3) per i pazienti degenti in UO senza medico prescrittore individuato: il medico curante ospedaliero invia una richiesta telefonica di "valutazione per fornitura ausili" allo "sportello protesica" del distretto competente, indirizzata Case Manager almeno 5 giorni prima della dimissione. Il CM attiverà la valutazione clinica avvalendosi dei prescrittori territoriali.

5) strutture di ricovero pubbliche o accreditate extraprovinciali: il Direttore della UO di ricovero propone la prescrizione completa di piano riabilitativo ed utilizzo degli ausili che saranno valutati dal prescrittore interno di competenza territoriale.

L'ufficio protesica, seguendo le prassi ordinarie, verifica che il beneficiario sia un "avente diritto" (minore di 18 anni, invalido accertato o istante in attesa di invalidità). Se sussistono le caratteristiche di "avente diritto", l'ufficio protesica invia il modulo specifico (o la richiesta di valutazione del MMG) al case manager di riferimento distrettuale.

Il Case manager, ricevuto il modulo di richiesta, contatta l'utente.

a) Primo incontro con l'utente

E' il momento più delicato di tutto il percorso e si svolge in prevalenza al domicilio del paziente o presso le strutture di ricovero/accoglienza.

E' l'inizio della presa in carico e consiste in:

1. accoglimento del bisogno espresso dall'utente;
2. raccolta dei dati anamnestici e clinici (ed eventuale prescrizione medica);
3. valutazione funzionale delle capacità residue anche attraverso l'uso di test valutativi strutturati;
4. valutazione delle esigenze di autonomia (personale, ambientale);
5. valutazione del contesto familiare, degli ambienti di vita quotidiana e della assistenza prestata dagli helpers;
6. valutazione ambientale, per individuare eventuali elementi strutturali che possono interferire con l'autonomia personale (barriere architettoniche);
7. Compilazione della apposita scheda valutativa riportante tutti gli elementi succitati.

Il fisioterapista Case Manager, durante la prima visita, rileva anche i bisogni non espressi, che possono condizionare il risultato dell'intervento. Fin dall'inizio è fondamentale ricercare il massimo della collaborazione e condivisione del progetto di autonomia, da parte dell'utente e della famiglia, sia negli obiettivi che nel percorso. Il case manager, quindi effettua la proposta al medico prescrittore.

Per i pazienti che si recano in ambulatorio, il primo incontro è condotto congiuntamente da prescrittore e case manager.

b) Individuazione degli ausili/protesica

Il case manager (CM) e il medico prescrittore, per meglio rispondere alle richieste ed ai bisogni individuati, individuano gli ausili effettivamente necessari e, tramite la strumentazione informatica (banca dati protesica) il CM verifica la disponibilità dell'ausilio/materiale protesico nell'elenco dei prodotti nuovi o rigenerati. Il medico prescrittore compila la parte relativa alla prescrizione e individua i codici di riferimento.

c) Autorizzazione

Il CM invia la prescrizione all'Ufficio Protesica, che trasmette al Dirigente che, nell'ambito del Dipartimento delle Cure Primarie, è incaricato di autorizzare la spesa. Dopo l'autorizzazione, la documentazione è inoltrata all'Ufficio Protesica del distretto di competenza che predispone l'ordine amministrativo.

e) Consegna

La ditta fornitrice consegna a domicilio i/l'i beni e il case manager verifica che sia/no conforme/i all'ordine e lo registra sul modulo A e informa il care giver sull'uso. Nel caso di beni compresi nell'elenco 1, il medico prescrittore verifica la consegna e collauda l'ausilio. Nel caso il bene non sia disponibile nel magazzino o non sia acquistabile nel Contratto di fornitura, il case manager propone l'acquisto presso uno dei fornitori presenti nel territorio al Dirigente della UO Cure Primarie che autorizza la spesa. Il Case Manager avvisa il familiare per il ritiro della autorizzazione presso l'Ufficio protesica del Distretto per poter accedere direttamente alle aziende fornitrici.

f) Verifica

Dopo 1 e 6 mesi il case manager effettua il followup telefonico e in loco per verificare il corretto utilizzo e lo registra sulla scheda di verifica.

In caso di problemi di non compliance dei pazienti o particolari elementi di criticità, esempio condizioni particolarmente gravi del paziente, si attiverà una unità di valutazione multidimensionale comprendente il medico responsabile del caso, gli specialisti di riferimento per le patologie presenti/prevalenti, il fisiatra per le valutazioni di secondo livello.

Job description

Contenuti professionali specifici: valutazione della capacità motoria e di standing, valutazione delle possibilità di compensazione dei deficit motori e degli strumenti a ciò idonei, verifica delle capacità di utilizzo degli ausili da parte del paziente e dei familiari, presa in carico del paziente e della famiglia per l'istruzione all'uso degli ausili e materiale protesico, verifica e followup sull'uso dei materiali.

Attività: coordina tutte le attività finalizzate alla adeguata valutazione del bisogno di protesi e ausili per gli utenti a domicilio e ricoverati in ospedale, coordina la valutazione abitativa per la consegna del materiale protesico e ausili, mantiene i rapporti con le ditte fornitrici al fine di garantire che i tempi di consegna siano conformi alle esigenze dei pazienti, valuta le richieste in materia di protesica e ausili provenienti dalle strutture esterne, collabora con i Medici Specialisti Prescrittori per la protesica, coordina la formazione ai pazienti e ai familiari sull'uso degli ausili, coordina la raccolta dati di follow-up.

Requisiti professionali preferenziali: competenza professionale specifica, capacità di coordinamento, capacità di utilizzo delle strategie comunicative/relazionali e di integrazione (tirocino pratico), capacità di soluzione dei problemi, capacità educative.

Gli ambiti di valutazione individuati sono:

- 1) Il trend della spesa per gli ausili nel tempo
- 2) La spesa per ausili media procapite PC vs media procapite RER
- 3) Tempi di attesa e processazione delle pratiche
- 4) % di ausili utilizzati nel tempo.

AUSL Piacenza

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SUI PERCORSI ORGANIZZATIVI E CLINICO-ASSISTENZIALI NELL'ASSISTENZA PROTESICA, ORTESICA E FORNITURA DI AUSILI TECNOLOGICI

DGR 1599/2011

Pertanto la fornitura di un ausilio costituisce un percorso che si avvia e ruota attorno alla persona disabile basandosi anche su apporti multiprofessionali organizzati in lavoro di team interprofessionale.

In tale ambito, oltre all'attività educativa che permette il coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia nel processo terapeutico, assumono fondamentale importanza gli aspetti relativi a:

- precisa valutazione dei bisogni di vita indipendente della persona disabile,
- valutazione delle caratteristiche architettoniche dell'ambiente di vita,
- valutazione delle risorse familiari e relazionali in senso lato,
- addestramento al corretto utilizzo e manutenzione del dispositivo e verifica della sua efficacia.

DGR 1599/2011

Per le persone disabili che necessitano di **dispositivi funzionali all'autosufficienza/autonomia e per il loro inserimento nel contesto sociale** sono necessari interventi coordinati e integrati di diverse competenze secondo un approccio di lavoro in team interprofessionale. La presa in carico della persona che necessita di assistenza protesica non si esaurisce quindi, come già evidenziato, nella sola fornitura dell'ausilio ma è necessariamente anche un percorso educativo che richiede nei casi più gravi e complessi la presenza di un case manager. Tale figura svolge funzione di raccordo all'interno dell'equipe e segue nel tempo tutte le fasi del percorso riabilitativo/assistenziale che va dalla valutazione del bisogno, all'intervento, all'addestramento, alla formazione del paziente e/o care giver, all'adattamento dell'ausilio, alla consulenza/informazione ai famigliari e agli operatori del territorio. Le competenze professionali del fisioterapista e, per ausili specifici, del logopedista, rendono tali figure professionali più idonee ad assicurare una funzione di sintesi¹ (case manager) all'interno dell'equipe multiprofessionale.

DGR 1599/2011: fasi dell'assistenza protesica

- prescrizione - individuazione del bisogno di assistenza protesica, della relativa tipologia di presidio
- autorizzazione
- fornitura
- collaudo
- controlli

DGR 1599/2011: fasi dell'assistenza protesica – la prescrizione

Per la prescrizione il medico prescrittore può avvalersi della valutazione e della proposta di ausili di professionisti dell'Azienda, fisioterapisti, logopedisti, infermieri (per i dispositivi assistenziali) e di professionisti di strutture di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico di primo (CAAD) e secondo livello (CRA e CRIBA) presenti sul territorio regionale.

Il medico prescrittore agisce:

- individuando l'ausilio adeguato alle necessità cliniche funzionali del paziente anche avvalendosi della valutazione/proposta di fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali;
- verificando la congruità del dispositivo con le menomazioni/disabilità invalidanti che devono essere espressamente richiamate nel modulo di prescrizione.

DGR 1599/2011: fasi dell'assistenza protesica – il collaudo

- consiste in una valutazione clinico funzionale della corrispondenza della fornitura del dispositivo alla prescrizione e la sua idoneità allo sviluppo del progetto terapeutico/assistenziale/riabilitativo;
- deve essere effettuato da chi ha proposto la prescrizione o da altro specialista della stessa area professionale di appartenenza della stessa Azienda sanitaria o dell'Azienda sanitaria di residenza dell'assistito, che potrà avvalersi anche del fisioterapista, logopedista/terapista occupazionale qualora abbiano formulato la proposta di ausilio.

Autorizzazione | Diagnosi | Elenco Presidi | Aut. C - T | **Altri dati** | Note | Ricerca | Lista

Tutore Codice:

Ricerca Tutore

Tutore Descrizione:

Imponibile Assistito:

Importo Assistito:

Verifica

Prescrizione | **Autorizzazione**

Prescrizione

Medico:



Data:

Riferimento:

Mesi validità:

Data arrivo pratica all'ufficio:



Data Valutazione Paziente:

Data visto medico interno:

Impegnativa:

Data di consegna:

Codice esenzione:

Data prossima fornitura:

Cod. nomenclatore:

Collaudo

Richiesto:

Medico:



Data:

Esito

- Indefinito
- Favorevole
- Sfavorevole

Visualizza riferimenti contabilità

--

Ditta Fornitrice	
Codice fornitore	

Autorizzazione	
Conto NR. 41107100	FP: 411071001
CIG:	CUP:

Oggetto: Fornitura protesi e ausili - Decreto Ministeriale 332/1999

DIAGNOSI - PROGRAMMA TERAPEUTICO				

Data prescrizione		Medico specialista		CF
Firma del Medico Prescrittore				
Codice	Tipo di Ausilio		Prezzo	Q.tà
				1
Imponibile				

Quota a carico dell'assistito	Imponibile
	0,00
IVA ESCLUSA	

Totale Imponibile
Totale IVA
Totale Importo

Note di Autorizzazione:	
Cognome nome Proponente	Il funzionario responsabile

Vista la prescrizione ed il preventivo si autorizza a fornitura per l'importo complessivo di Euro
Con riserva di proprietà: **SI**

Ditta fornitrice - timbro e firma

Dichiarazione di collaudo

Si accerta la corrispondenza del presidio per quanto riguarda l'aspetto funzionale e la conformità all'ordinativo

Il Medico Specialista

data

Dichiarazione per ricevuta

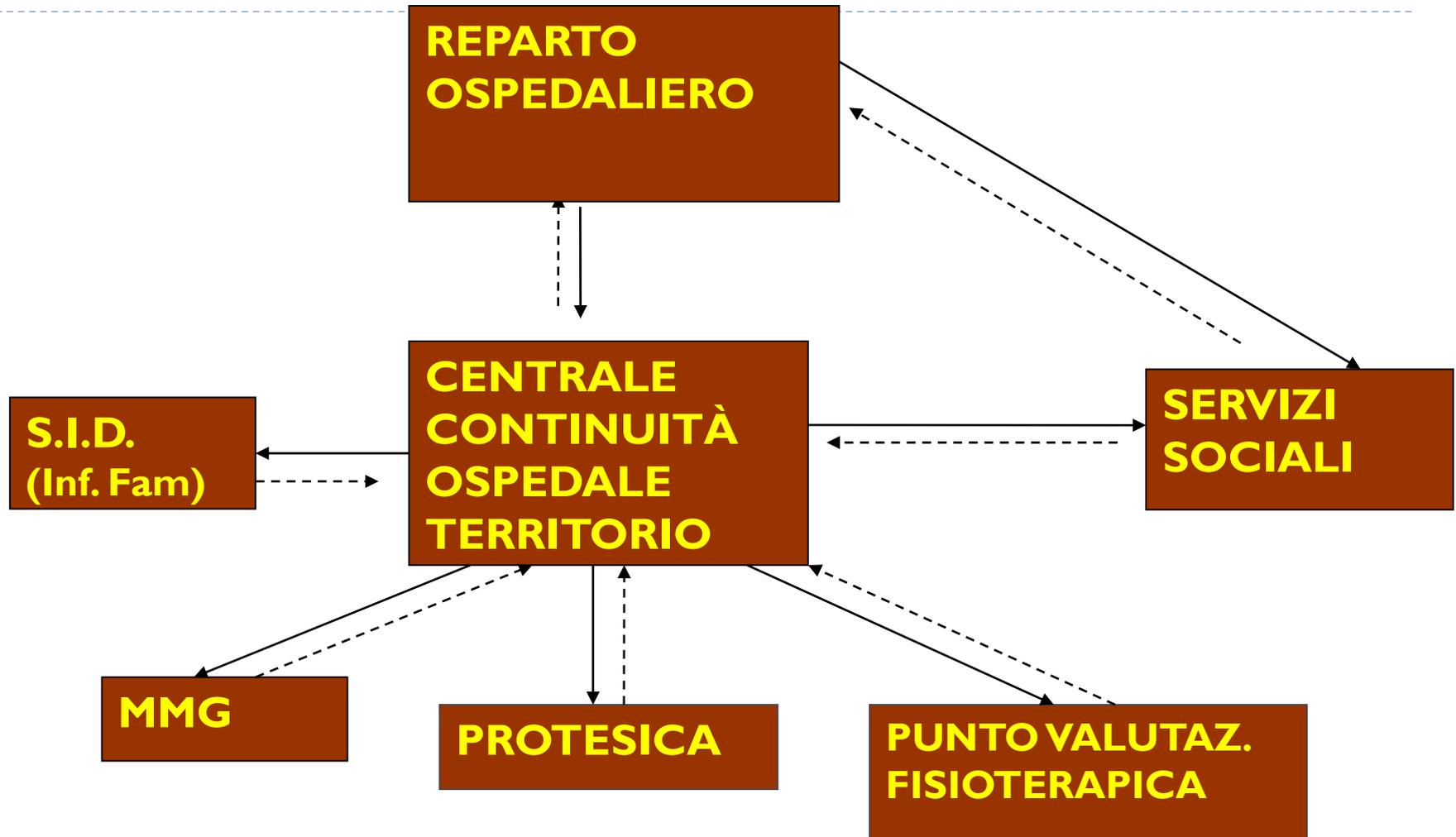
Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità

- 1) di aver ricevuto in comodato d'uso il presidio sopramenzionato EX ART. 1803 E SEG. C.C., di accettare il medesimo
 - 2) di impegnarsi a restituire il presidio qualora non sia necessario od idoneo alle proprie esigenze
- Il ricevente

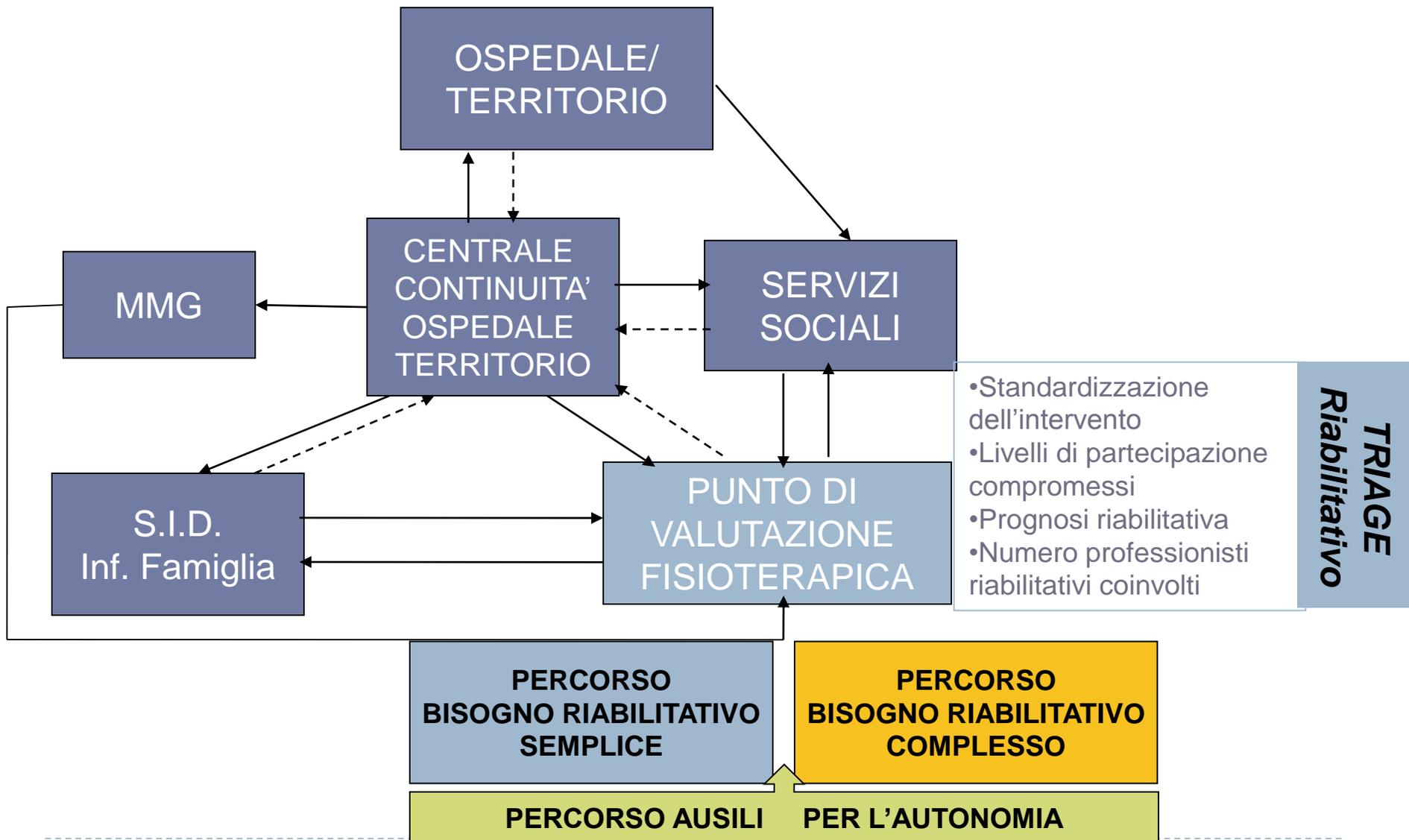
data

Integrazione ospedale - comunità

RETE SOCIO-SANITARIA



AUSL Bologna: il PVF



Punto di Valutazione Fisioterapico (PVF)

Appropriatezza

- Presa in carico
- Valutazione del bisogno riabilitativo
- Pianificazione dell'intervento

Continuità delle cure

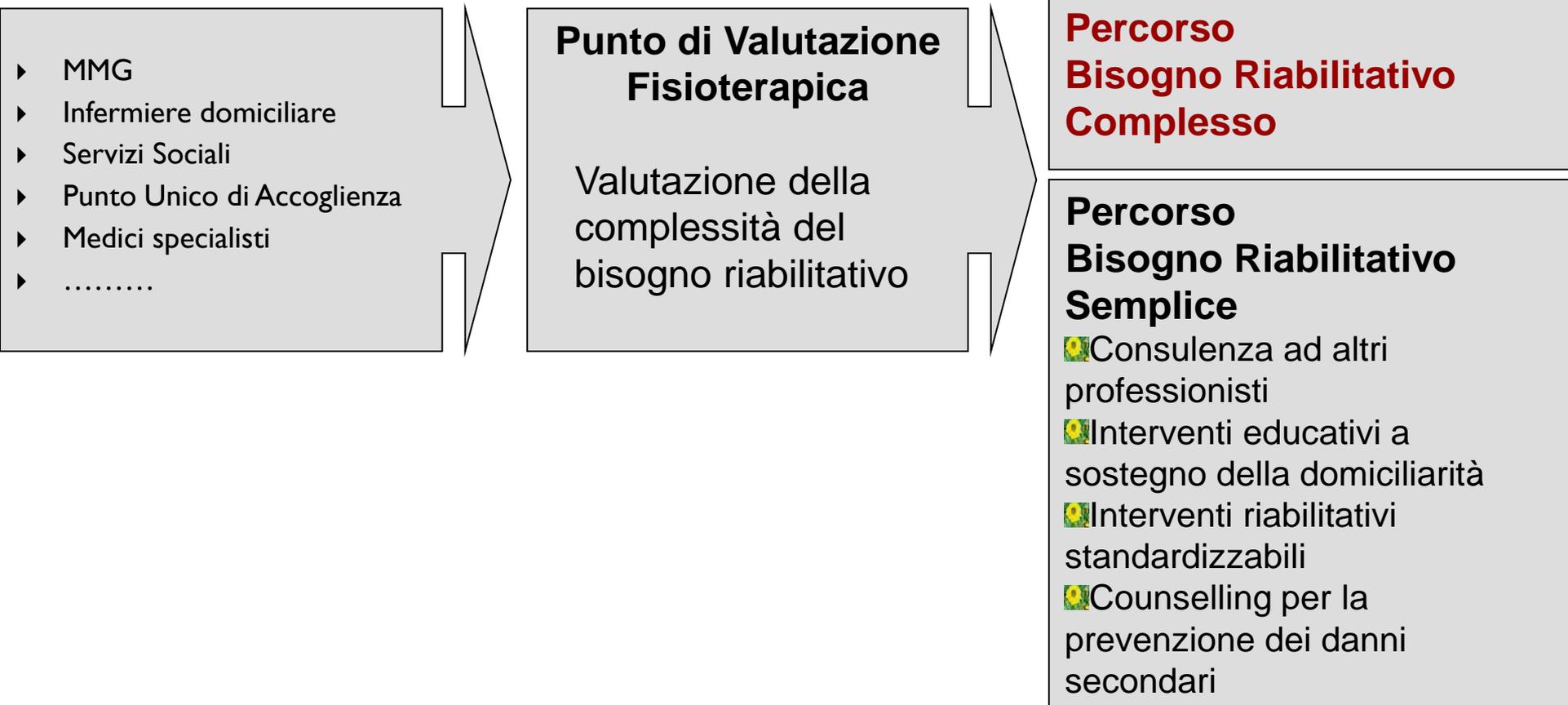
- Tempestività della risposta
- Definizione dei livelli di priorità

Logica del percorso

- Integrazione tra tutti i professionisti impegnati nel percorso di cura

Graduazione dell'intensità dell'intervento in base alla complessità del bisogno

Il Punto di Valutazione Fisioterapica



Verifica dell'efficacia del modello

Indicatori di Processo - **domicilio**

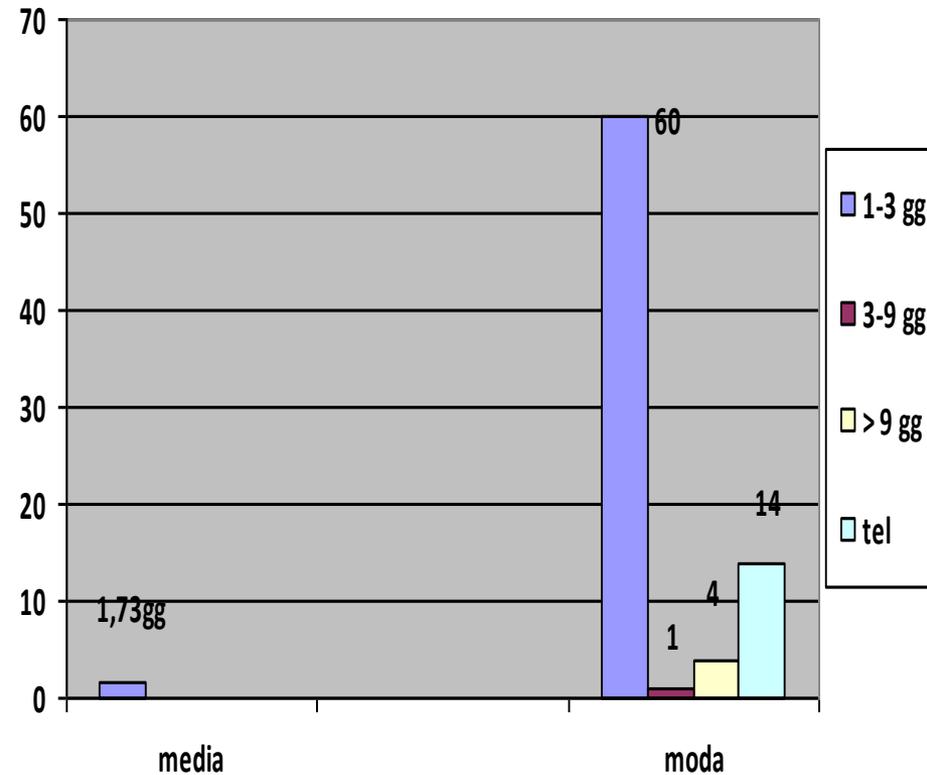
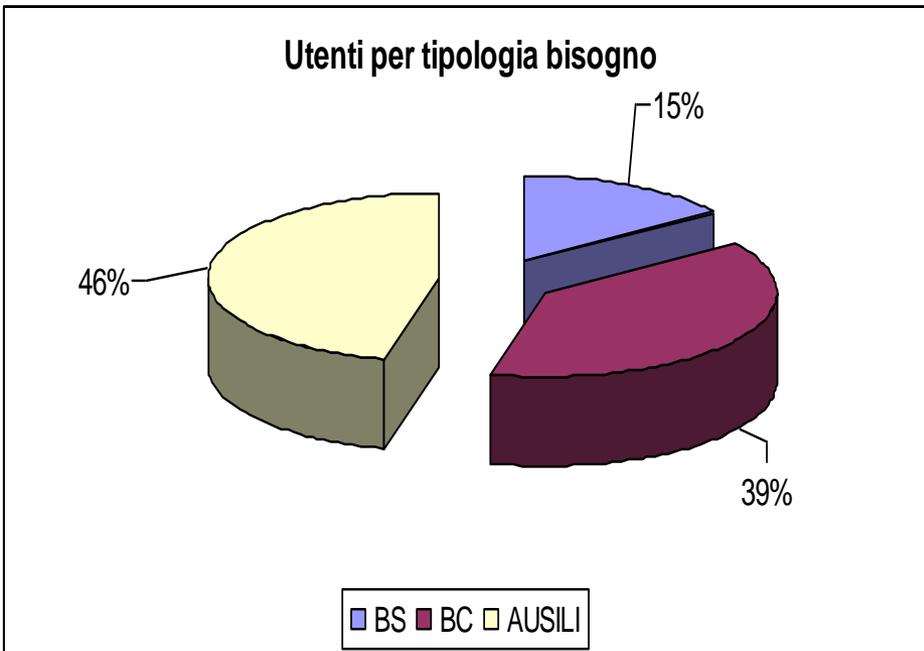
- ▶ Aumento interventi fisioterapici, diminuzione visite specialistiche
- ▶ Progressiva redistribuzione del BRC e BRS (ad oggi circa il 20-25 % dei bisogni sono riconducibili al BRC, 75-80% BRS e valutazione ausili)
- ▶ Progressiva omogeneizzazione di risposta sul territorio aziendale
- ▶ Integrazione dei fisioterapisti nel sistema Cure Primarie

Verifica dell'efficacia del modello

Indicatori di Processo – **percorso ausili**

- ▶ Aumento degli assistiti valutati al domicilio per necessità di individuazione ausilio (↑ appropriatezza prescrittiva)
- ▶ Diminuzione tempi di attesa per valutazione domiciliare per percorso ausili
- ▶ Aumento dell'utilizzo del magazzino aziendale
- ▶ Collaborazione all'identificazione dell'ausilio con i MMG
- ▶ Diminuzione della spesa pro capite aziendale per ausili (buon uso delle risorse)

Verifica dei risultati



I percorsi in area riabilitativa

Il cambiamento del bisogno: dinamiche demografiche

- ▶ Cambia la tipologia e natura del bisogno e quindi della domanda
- ▶ Verso questi bisogni l'assistenza territoriale deve dimostrare efficacia e convergenza
- ▶ Tra i Paesi UE27 Italia primato over65 e al di sotto della media con gli under14 (Liguria 26,8% >65; PA Bolzano 16,6%, Campania 16,4% di <14)

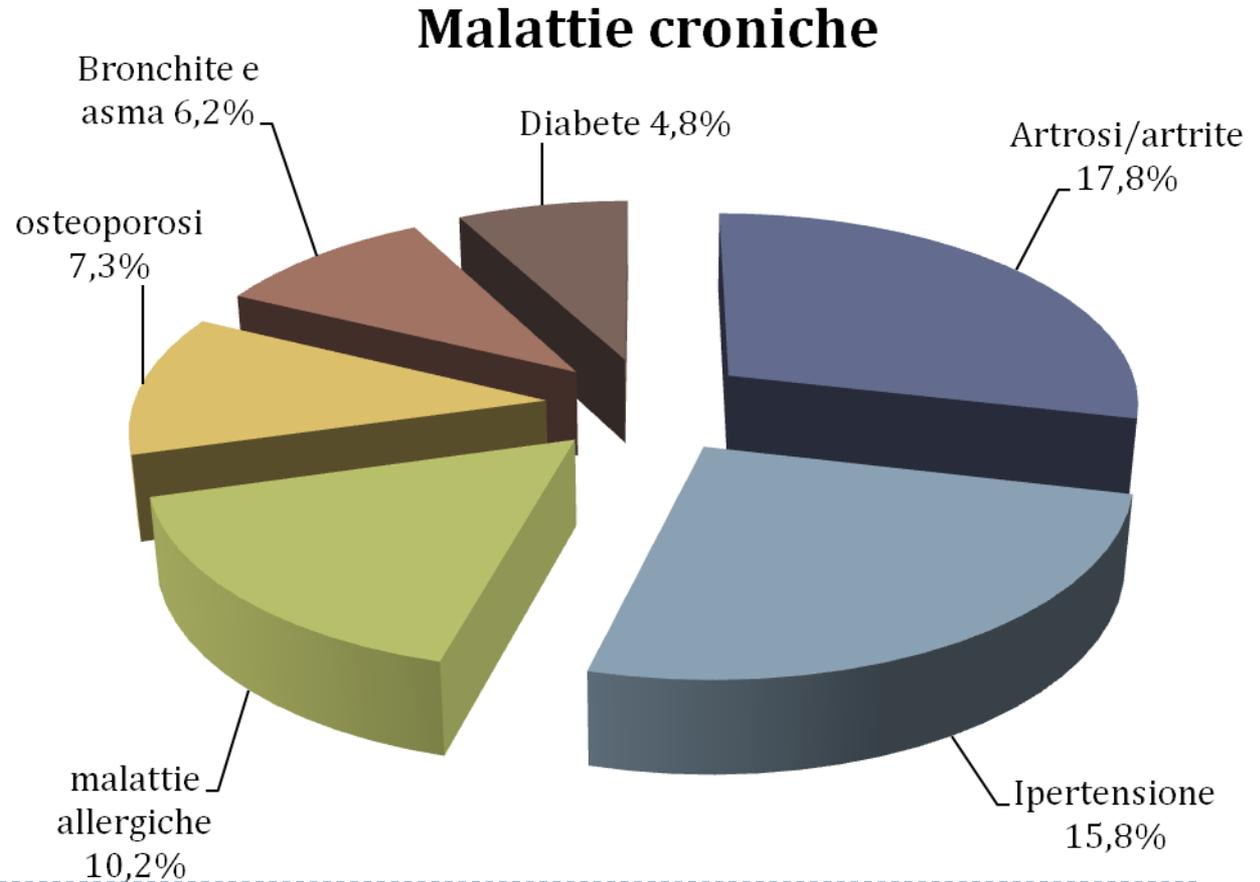
Tabella 6 - Struttura per età della popolazione al 1° gennaio - Anno 2010
(valori percentuali)

REGIONI	2010		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Piemonte	12,8	64,4	22,8
Valle d'Aosta	13,9	65,3	20,8
Lombardia	14,1	65,8	20,1
Trentino-Alto Adige	16,0	65,5	18,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,6</i>	<i>65,6</i>	<i>17,9</i>
<i>Trento</i>	<i>15,3</i>	<i>65,4</i>	<i>19,3</i>
Veneto	14,2	65,9	19,9
Friuli-Venezia Giulia	12,5	64,1	23,4
Liguria	11,4	61,7	26,8
Emilia-Romagna	13,2	64,4	22,4
Toscana	12,6	64,1	23,2
Umbria	12,8	64,0	23,1
Marche	13,3	64,3	22,4
Lazio	14,0	66,3	19,8
Abruzzo	13,0	65,7	21,3
Molise	12,6	65,5	21,9
Campania	16,5	67,5	16,0
Puglia	14,9	66,8	18,2
Basilicata	13,5	66,4	20,1
Calabria	14,4	66,9	18,7
Sicilia	15,3	66,3	18,4
Sardegna	12,3	68,6	19,1
ITALIA	14,1	65,7	20,2
Nord	13,6	65,0	21,3
<i>Nord-ovest</i>	<i>13,5</i>	<i>65,0</i>	<i>21,5</i>
<i>Nord-est</i>	<i>13,8</i>	<i>65,1</i>	<i>21,1</i>
Centro	13,4	65,2	21,5
Mezzogiorno	15,0	66,9	18,1
<i>Sud</i>	<i>15,2</i>	<i>67,0</i>	<i>17,8</i>
<i>Isole</i>	<i>14,6</i>	<i>66,9</i>	<i>18,6</i>

Il cambiamento del
bisogno:
dinamiche demografiche

Il cambiamento del bisogno: dinamiche epidemiologiche

- ▶ 38,8% degli italiani ha 1 malattia cronica
- ▶ 20,3% ha almeno 2 pat. cronico degenerative, gli over 75 ne hanno il 68,2%

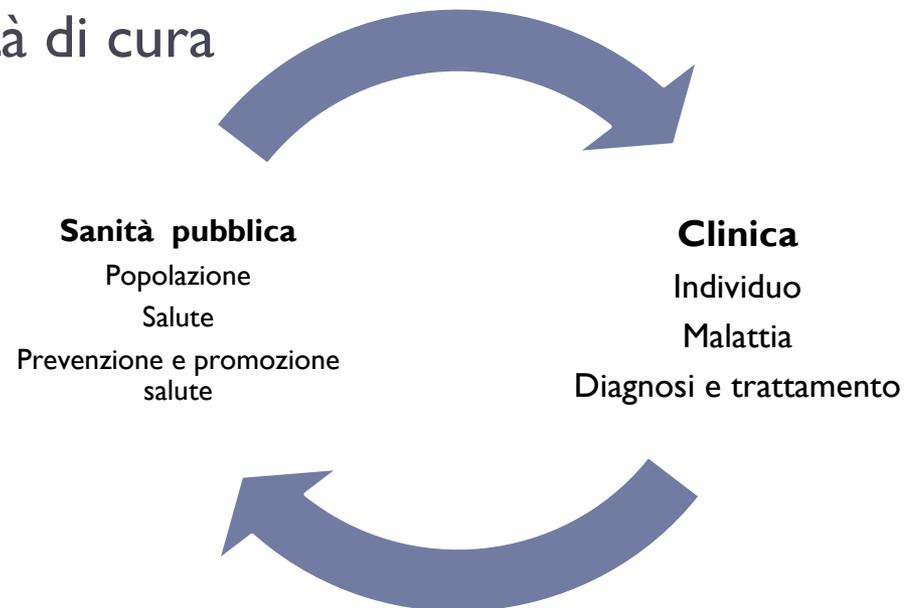


Il cambiamento del bisogno: dinamiche epidemiologiche - Le patologie croniche

- ▶ Sono malattie permanenti
- ▶ Tendono a sviluppare un tasso di disabilità variabile
- ▶ Sono causate da un'alterazione patologica non reversibile
- ▶ Richiedono formazione per il raggiungimento di una buona qualità di vita
- ▶ Necessitano di un lungo periodo di controllo, osservazione e cura

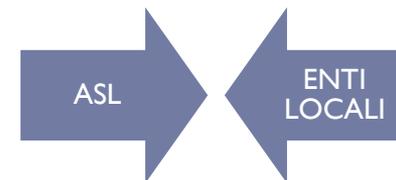
Epidemiologia nominativa: nuove prospettive

- ▶ **Benefici della tecnologia dell'informazione e della comunicazione (ICT):**
 - ▶ Aumento della Q e dell'efficienza delle cure
 - ▶ Riduzione dei costi di funzionamento del SS
 - ▶ Riduzione costi amministrativi
 - ▶ Attivazione nuove modalità di cura



La risposta al bisogno

- Frequenza periodica del contatto del cittadino-continuità di osservazione e cura, individuazione di un professionista di riferimento
- Accessibilità logistica delle strutture di offerta
- **Centralità del contenuto assistenziale più che sanitario del servizio**
- Valutazione integrata delle condizioni di
 - Salute/malattia
 - Contesto sociale
 - Stile di vita
- Informazione e consapevolezza da parte del cittadino (self management)



La risposta al bisogno

- Italia presenza di maggiore densità medica (tradizione clinica e assistenziale del dopoguerra)
- Conseguenze sulla divisione del lavoro (attività che in altre parti del mondo vengono svolte dalle professioni sanitarie in Italia vengono svolte dal medico), status sociale del medico, crisi demografica.
- Riformulare i servizi fuori dall'ospedale prevede lo sviluppo di conoscenze organizzative nuove e **il knowledge transfer tra famiglie professionali, con l'obiettivo di presidiare l'appropriatezza e la sostenibilità dell'intera rete dei servizi.**

La continuità dell'assistenza: gli strumenti



informativi

- Documentazione assistenziale
- Riunioni di team



relazionali

- Case manager
- Collaborazione multiprofessionale



organizzativi

- Percorsi clinico assistenziali

Collaborazione multiprofessionale

- ▶ Obiettivi condivisi e visione comune. Sinergie orientate sui bisogni dell'assistito
- ▶ Consapevolezza da parte dei professionisti delle loro interdipendenze e dell'importanza di gestirle (senso di appartenenza, conoscenza personale e professionale, fiducia reciproca)
- ▶ Formalizzazione – definizione chiara di azioni, ruoli, responsabilità (accordi, protocolli, procedure, sistemi informativi)
- ▶ Governance (capacità della Direzione di fornire linee di indirizzo chiare ed esplicite, leadership, supporto al cambiamento)

Percorso:

“La miglior sequenza temporale e spaziale possibile, sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un paziente/gruppo di pazienti”

G. Casati, 1999



Percorso Assistenziale

$$PA = LG + CL$$

- ▶ *In ciascuna realtà assistenziale **esistono ostacoli di varia natura** (strutturali, tecnologici, organizzativi, professionali, socio-culturali, geografico-ambientali, normativi) che impediscono l'applicazione di una o più raccomandazioni delle LG.*
- ▶ *Nella fase di costruzione di un PA **occorre identificarli e verificare la possibilità di rimuoverli.***
- ▶ ***Se questo non è possibile, la specifica raccomandazione deve essere modificata nel PA, per non aumentare il rischio clinico dei pazienti e quello medico-legale di professionisti e organizzazione sanitaria***

Gli elementi chiave in Sanità ...

- Definire **BEST PRACTICE** e **RISULTATI** misurabili
- Migliorare la **PERFORMANCE ASSISTENZIALE** e innovare **IL SISTEMA ORGANIZZATIVO**:
 - migliorare gli outcome
 - ridistribuire le risorse
 - rivedere la struttura organizzativa del sistema assistenziale
- Coinvolgere **TUTTI GLI ATTORI** del sistema assistenziale
- **GARANTIRE AI CITTADINI STANDARD DOCUMENTATI** di assistenza e di risultato

Modificato da: Noto G, Deales A, Di Stanislao F, 2004

Il processo chiave ...

**RACCOMANDAZIONI
(best practice)
INDICATORI**

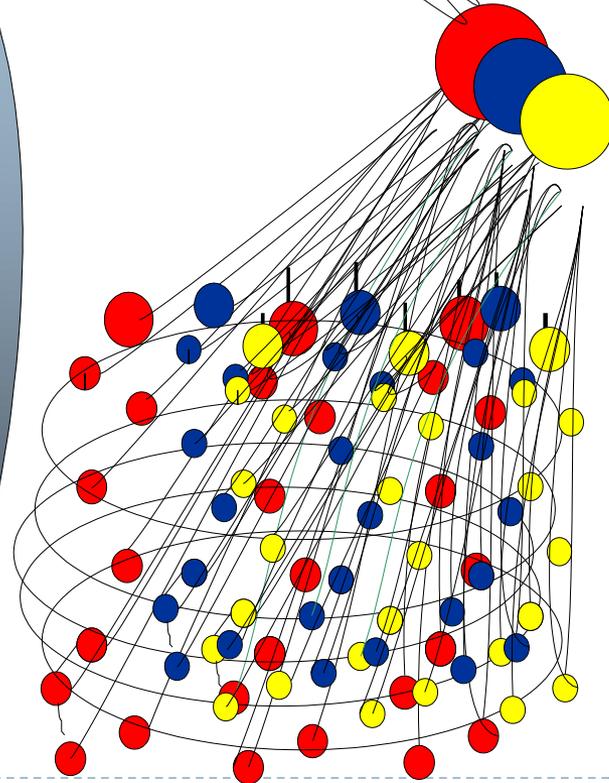


**PERCORSI
ASSISTENZIALI
SPERIMENTATI**



**PERCORSI
ASSISTENZIALI
IMPLEMENTATI**

**PANEL DI ESPERTI
(RACCOMANDAZIONI)**



**TEAM LOCALI DI PROGETTO
(PERCORSI ASSISTENZIALI)**

**BEST PRACTICE REALI
DIFFUSIONE LOCALE CON
L'IMPLEMENTAZIONE
DEI PERCORSI**

**MONITORAGGIO E
VALUAZIONE DEI RISULTATI**

La struttura organizzativa del percorso



“una metodologia per assumere decisioni comuni e organizzare i percorsi di cura per un ben definito gruppo di pazienti durante un periodo circoscritto.

La definizione delle caratteristiche specifiche dei percorsi assistenziali include:

- ✦ *una esplicita dichiarazione degli obiettivi e degli elementi chiave di cura basati sull'evidenza, le pratiche migliori e le aspettative del paziente;*
- ✦ *la facilitazione della comunicazione, il coordinamento dei ruoli e la sequenza di attività del team multidisciplinare, ai pazienti e ai familiari,*
- ✦ *la documentazione, il monitoraggio e la valutazione delle variazioni e dei risultati;*
- ✦ *l'identificazione delle risorse necessarie.*

Lo scopo dei percorsi assistenziali è accrescere la qualità di cura per migliorare i risultati di salute dei pazienti, per promuovere la loro sicurezza, incrementare la soddisfazione dell'utente e ottimizzare l'uso delle risorse.”

European Pathway Association

**Front
Office**

**Back
Office**

**Letto del
paziente
Sala
operatoria**

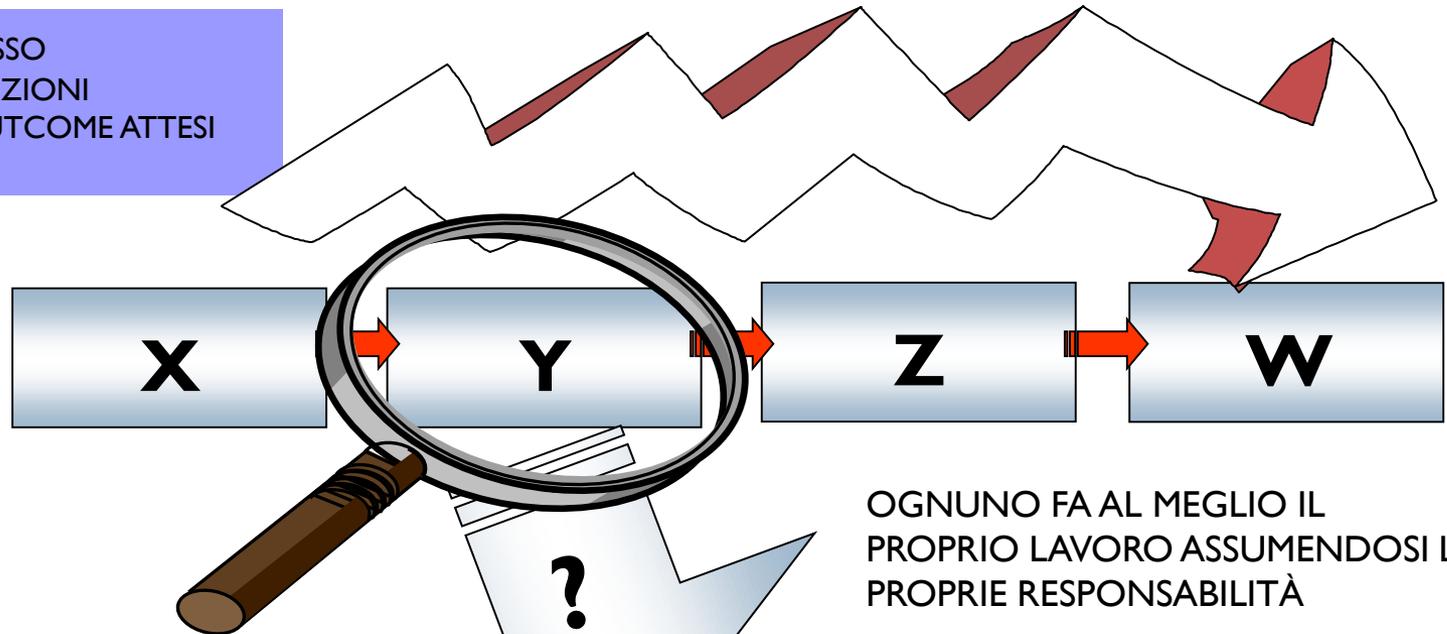
**Percorsi
assistenziali**

Organizzazione
Training
Teamwork
Coordinamento
Follow-up
EBM
Studio
Management

...

I percorsi sono più di un semplice documento

1. IL MIGLIORE PROCESSO ASSISTENZIALE, LE FUNZIONI APPROPRIATE E GLI OUTCOME ATTESI VENGONO DEFINITI

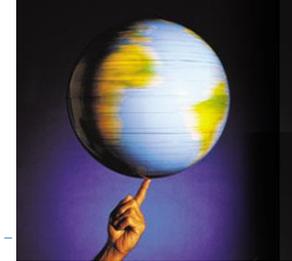


OGNUNO FA AL MEGLIO IL PROPRIO LAVORO ASSUMENDOSI LE PROPRIE RESPONSABILITÀ

2. L'APPROPRIATEZZA DI OGNI STEP DEL PROCESSO ASSISTENZIALE VIENE MONITORIZZATA CRITICAMENTE

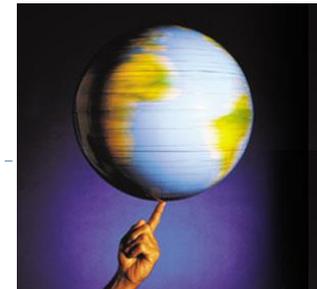
3. I RISULTATI DI OGNI STEP DEL PROCESSO ASSISTENZIALE E DEL SISTEMA DI CURE SONO MISURATI

Applicazione dei percorsi



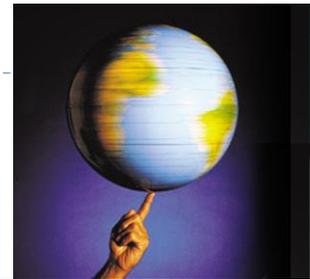
	uso attuale	uso possibile	previsione a 5 anni.
81-100%			
61-80%		(61 – 80%) Australia–Canada–Estonia–Arabia Saudita– Scozia– Inghilterra–Galles-USA	Estonia – Emirati Arabi
41- 60%		(41-60%) Austria –Belgio – Germania - Olanda - Singapore- Svizzera-Emirati Arabi	Australia – Canada – Arabia Saudita – Singapore – Galles - USA
21-40%	Estonia–Singapore-USA	Guernsey – Italia – India - Spagna	Austria – Germania – Olanda – Scozia - Slovenia – Svizzera - Inghilterra
16-20%		(1-20%)	(11-20%)
11-15%	Australia–Canada-Inghilterra	Cina–Danimarca-Nuova Zelanda - Slovenia	Belgio – Cina – Danimarca – Guernsey - Italia – Nuova Zelanda
6-10%	Austria–Arabia Saudita – Scozia - Galles		(1-10%) India - Spagna
1-5%	Belgio–Cina–Danimarca Germania– Italia – Olanda–Guernsey- Nuova Zelanda – Slovenia – Spagna -Svizzera		
0%	India – Emirati Arabi		<i>European Pathway Association</i>

Utilizzo dell'EBM ...



Utilizzo di EBM o Linee Guida	Paese
81-100%	Australia – Galles - Singapore
61-80%	Canada - Inghilterra - Scozia
41-60%	Austria - Italy – Nuova Zelanda - USA
21-40%	Arabia Saudita
11-20%	Belgio - Cina - Danimarca - Germania - Spagna
1-10%	EAU - Estonia - Olanda - Slovenia - Svizzera
Nessuno	India

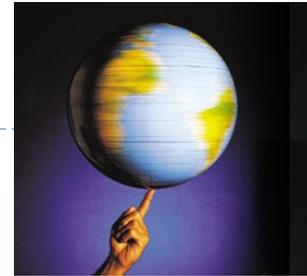
Importanza dei percorsi nella strategia delle organizzazioni ...



Meno importante			Più importante						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
India		Arabia Saudita Cina Italia Nuova Zelanda Scozia Spagna	Danimarca Galles Inghilterra		EAU Estonia USA	Austria Belgio Canada Germania Olanda Slovenia Svizzera		Australia	Singapore

Fonte: European Pathway Association, www.E-P-A.org, 2005

Conclusioni Survey E-P-A



- I percorsi assistenziali sono:
 - Una metodologia multidisciplinare per migliorare la qualità e l'efficienza dell'assistenza evidence based.
 - Sono usati come strumenti di comunicazione tra professionisti per gestire e standardizzare l'assistenza con orientamento agli outcome.
- Però:
 - Ancora poche discipline sono davvero coinvolte
 - Sono poco misurati con indicatori
 - Non sono sempre supportati dall'EBM
 - La maggior parte dei team sta usando una propria definizione e metodologia
 - Il management è generalmente poco coinvolto

Fonte: European Pathway Association, www.E-P-A.org, 2005

Il documento percorso è per il team multidisciplinare
quello che lo spartito è per l'orchestra ...



ODE TO Mr BLUE

Franck Amsalleem

Medium even-eight/ minor blues type of a thing

(use last four bars for intro)

Gmin7 Gmin7

Emin7 Gmin7

D7 D7sus4 Gmin7 (piano)

Gmin7

Il solo spartito non basta per avere della buona musica
Il documento percorso non basta a dare un'assistenza sicura ed efficiente

**IL CONTENUTO CLINICO E
L'ORGANIZZAZIONE DEVONO ESSERE
APPROPRIATE**

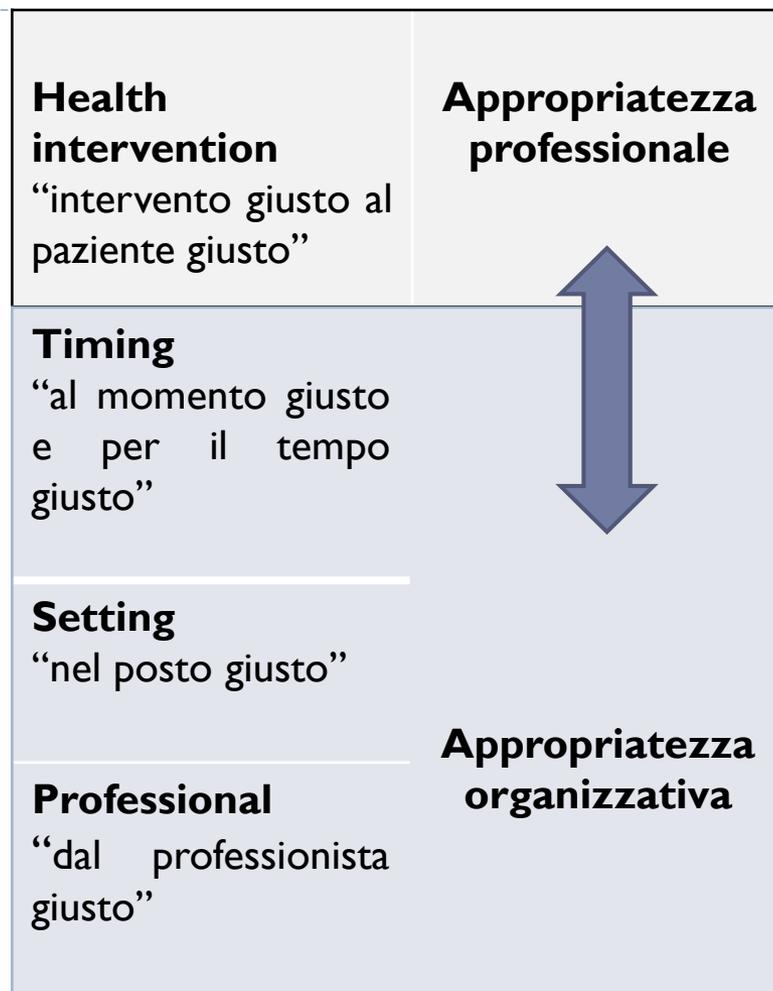
Fonte: Vanhaecht K, E-P-A Summer School 2007

appropriatezza e riabilitazione

Nonostante gli obiettivi di potenziamento dell'assistenza riabilitativa destinata a soggetti colpiti da ictus, una **marcata disomogeneità** di approccio è costante nella realtà italiana. ... una **consistente differenza sia dei parametri gestionali** (epoca di ammissione, durata della degenza, tempo di trattamento) **sia delle valenze tecniche legate al trattamento** (recupero motorio, terapia occupazionale, logoterapia e riabilitazione cognitiva) nei soggetti ammessi a ricovero per riabilitazione intensiva....

Un limite alla diffusione di un corretto approccio riabilitativo può essere dovuto alla **carenza di approcci di pratica riabilitativa basati su prove di efficacia (evidence-based practice; EBP)**.

Nonostante tale limite, è crescente l'impegno verso studi clinici controllati nella riabilitazione del soggetto colpito da ictus e sono molteplici le condotte assistenziali basate sulla **definizione di aspetti di buona pratica clinica (Good Practice Points - GPP)**.



Spread 2005

A. Cartabellotta

Riabilitazione come processo

La riabilitazione è l'attività trasversale finalizzata al recupero funzionale

- è per sua natura un processo che
 - attraversa tutti i servizi,
 - si rivolge a persone di tutte le età,
 - si occupa di esiti funzionali relativi ad una molteplicità di cause patologiche,
 - è presente in un numero rilevante di contesti istituzionali quali: l'ospedale, le strutture residenziali, il domicilio del paziente.

La riabilitazione, non è solo tecnica ma anche un processo globale all'interno del quale in vario modo e in diverse sedi si spendono professionalità e tecnici di differente estrazione e formazione, che vanno necessariamente ad integrarsi per ampliare l'orizzonte di intervento, ponendo l'attenzione anche sulle attività della vita quotidiana e sugli aspetti socio-ambientali. (v. ICF)

Applicazione dei percorsi in riabilitazione

- Costruzione di percorsi riabilitativi multidisciplinari “integrati”, realizzati attraverso l’intervento coordinato di più soggetti erogatori, pubblici e privati,
- Appropriata ed efficacia documentata, esiti misurabili
- Stretto collegamento con i servizi sociali,
 - **Percorso frattura di femore**
 - **Percorso ictus**
 - **Percorso mieloleso**
 - **Percorso LPS**
 -
- Standardizzazione degli strumenti di valutazione funzionale, delle modalità di presa in carico e di intervento riabilitativo

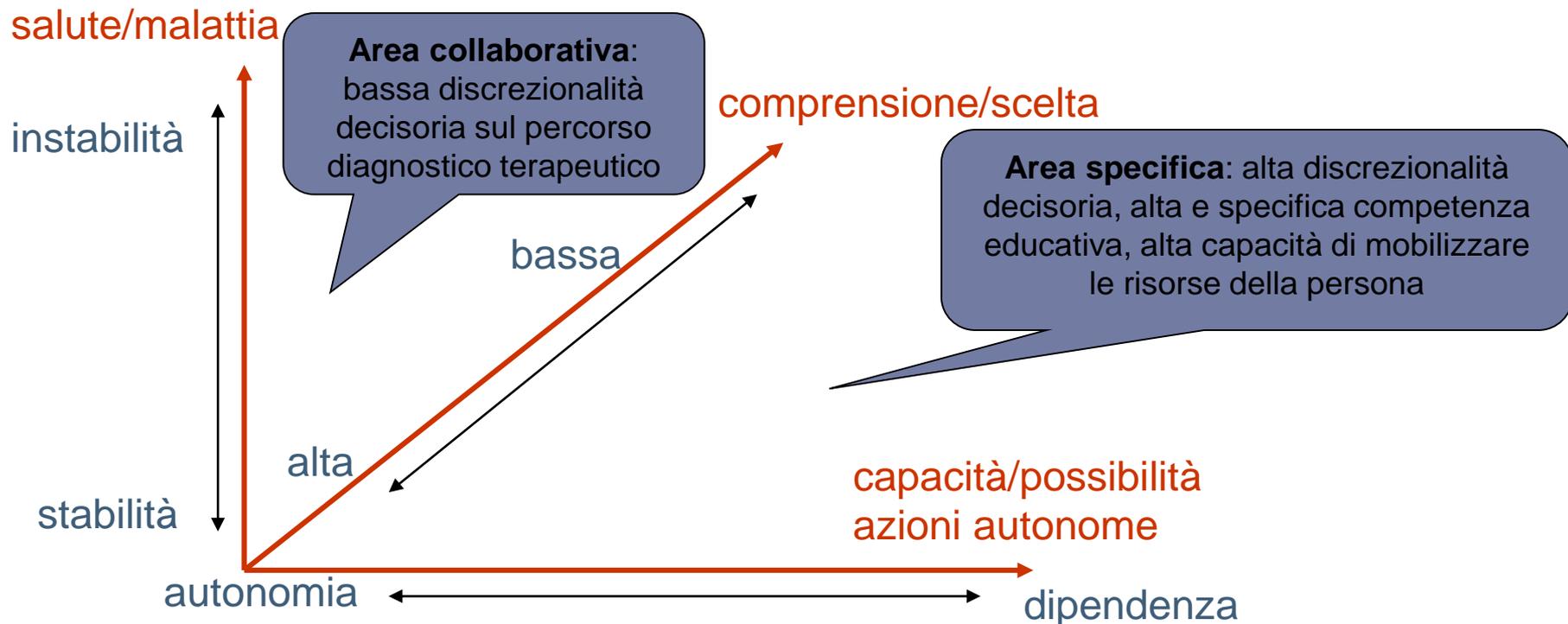
Declinazione

- Modello della complessità
- Organizzazione della risposta attraverso i PDTA



- ▶ Risposta efficace
- ▶ Uso efficiente delle risorse

Modello della complessità nell'assistenza infermieristica



Silvestro Pitacco

Il modello di analisi della complessità assistenziale

Antonella Dallari AA 2015-16

Quaderni IPASVI nov/dic 2003

Il modello della complessità

- ▶ Sintetizza un processo culturale in essere per tutte le Aree Professionali
- ▶ Le varie dimensioni
 - ~ Sociale
 - ~ Riabilitativo
 - ~ Assistenziale
 - ~ Clinico
- La combinazione dei gradi di complessità delle dimensioni determina la scelta del setting di cura e della tipologia degli interventi sanitari appropriato

Criteria di eleggibilità per l'erogazione di interventi riabilitativi ai pazienti con bisogni riabilitativi acuti, acutizzati o post-acuti

Dimensione del bisogno				Setting riabilitativi	Tipologia di offerta
Sociale	Riabilitativo	Assistenziale	Clinico		
C	C	C	C	ospedaliero	posti letto di alta specialità nell'ambito di unità operative ospedaliere di riabilitazione
C	C	C / S	S / C		posti letto di riabilitazione ospedaliera
S	C / S	C / S	C / S		funzioni ospedaliere per acuti con valutazioni e/o interventi riabilitativi forniti in regime consulenziale
S / C	S / C	C	S / C		degenza post-acuzie
S / C	S / C	C / S	S	residenziale a breve termine	RSA e altre residenze a breve termine extra-ospedaliere
S / C	S	C	S	residenziale a lungo termine	residenze a lungo termine con possibilità di attività riabilitative
S / C	S / C	C / S	S	a ciclo diurno	servizi semiresidenziali con attività riabilitative
S	S / C	S / C	S	domiciliare	attività riabilitative domiciliari
S	S / C	S / C	S	ambulatoriale	attività riabilitative ambulatoriali

Legenda: complessità del bisogno: **C** = complesso; **S** = semplice

Modificato da Piano Regionale della Riabilitazione - Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Antonella Dallari, AA 2015-16



Garanzia

Calibrare l'intervento Riabilitativo in base alla complessità del bisogno significa tutelare l'uguaglianza attraverso al diversità

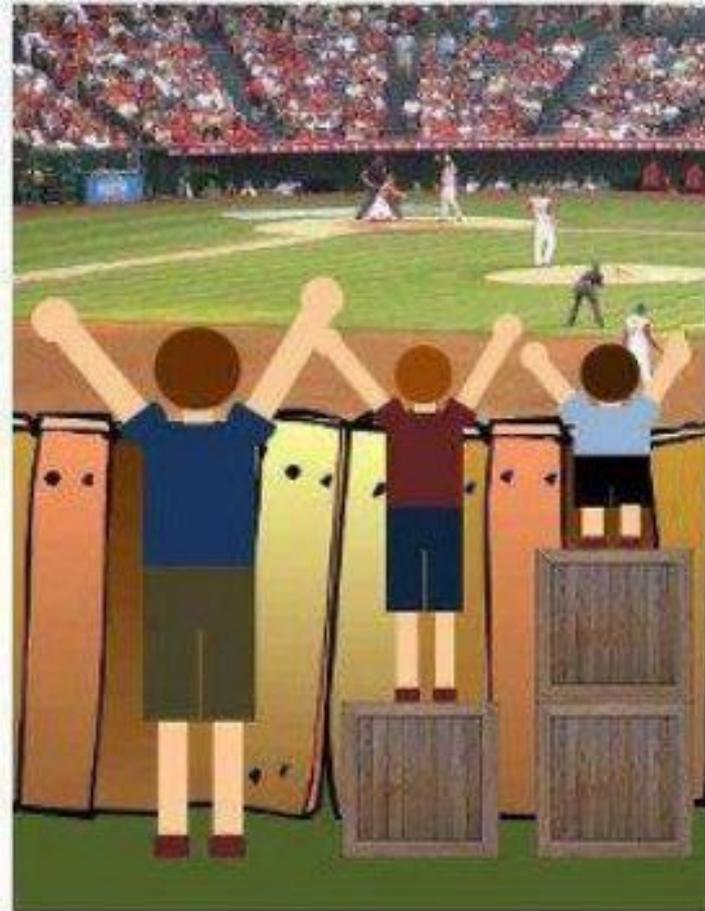
EQUITA'
ORIZZONTALE
Risposte uguali a
bisogni uguali

EQUITA'
VERTICALE
Risposte diverse
a bisogni diversi

Equality is not always Justice



This is EQUALITY



This is JUSTICE

Il Modello della Complessità

- ▶ Valutazione del Bisogno riabilitativo
- ▶ Stadiazione del bisogno riabilitativo
- ▶ Predisporre Percorsi di Risposta diversificati a seconda della complessità del bisogno riabilitativo

QUALI CRITERI?

Il modello della complessità in riabilitazione

BISOGNO RIABILITATIVO COMPLESSO

- Più livelli di partecipazione compromessi (ADL, Comunicazione, mobilità)
- Indici prognostici non sempre facilmente definibili nel breve tempo
- Grado elevato di intensità, , frequenza e durata dell'intervento riabilitativo
- Coinvolgimento di più professionisti della riabilitazione

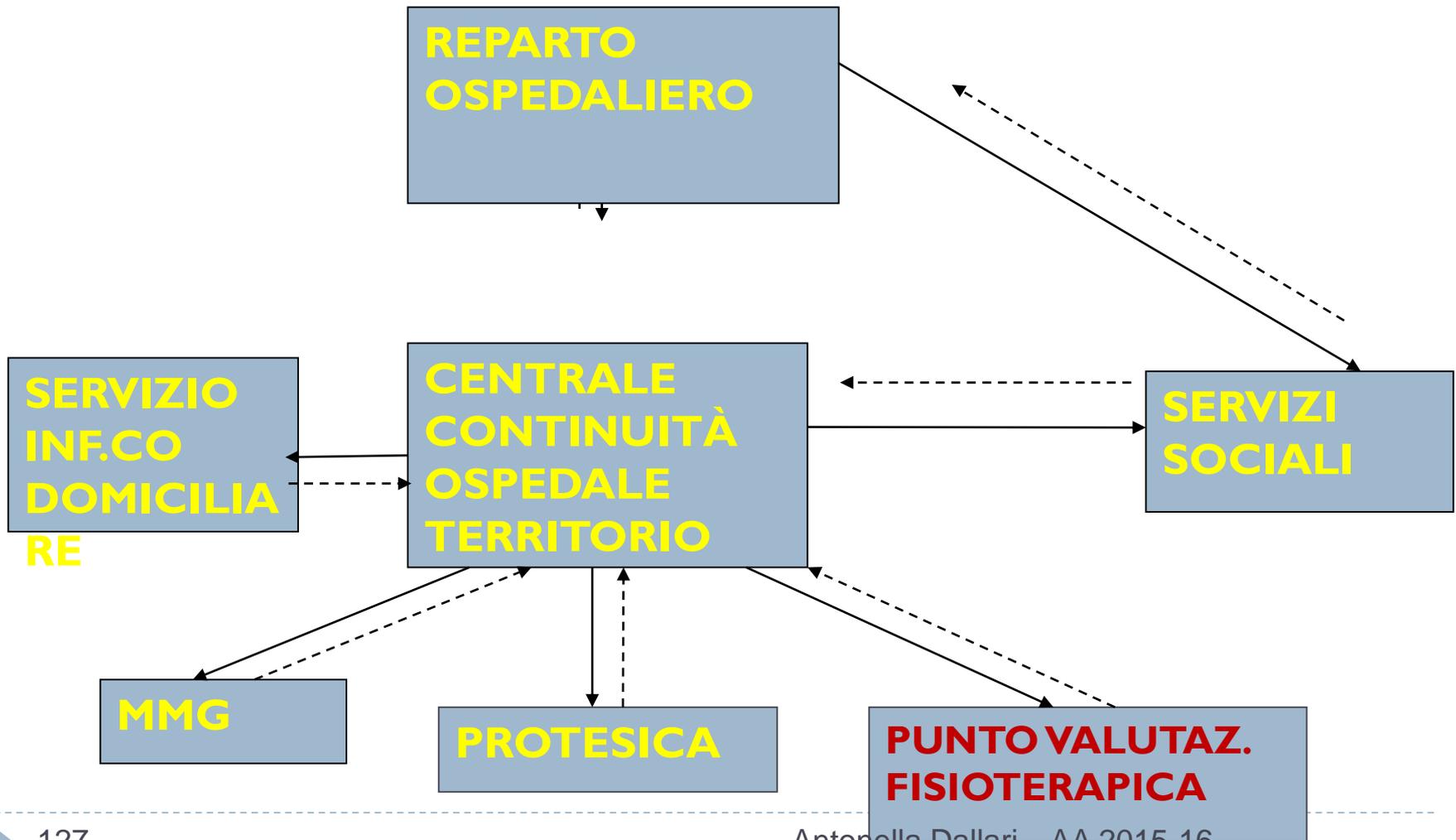
BISOGNO RIABILITATIVO SEMPLICE

- ▶ Un solo livello di partecipazione compromesso
- ▶ Indici prognostici positivi e definibili
- ▶ Interventi riabilitativi standardizzabili, programmabili e ripetitivi
- ▶ Situazione contestuale favorevole
- ▶ Coinvolgimento di un solo professionista della riabilitazione

Bisogno di assistenza protesica

Il Punto di Valutazione Fisioterapica

La rete dei Servizi Socio-sanitari



Percorso finalizzato all'appropriatezza ed omogeneità dell'intervento riabilitativo a domicilio

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Il Direttore Sanitario

Prot. n. 107178/10-02

GC/sg

Bologna, 07/08/2008

Ai Direttori di Distretto

Ai Direttori di Dipartimento

Al Direttore SATER

Al Direttore del Programma Riabilitare

Oggetto: percorso finalizzato all'appropriatezza e omogeneità dell'intervento riabilitativo domiciliare.

In allegato si trasmette il documento relativo all'obiettivo di budget 2007 "Stesura e condivisione del documento in collaborazione con i Distretti, il Dipartimento Medico e il Dipartimento di Neuroscienze e coinvolgimento del programma Riabilitare".

Il documento ha integrato e valorizzato alcune caratteristiche di percorsi già in essere nelle tre aree Aziendali, con l'obiettivo primario di utilizzare in modo appropriato le risorse e gli strumenti disponibili, nel rispetto e valorizzazione delle differenti competenze professionali.

Il documento è stato presentato all'incontro delle macrogestioni del 30/07/2008 e approvato da questa Direzione Sanitaria.

Si chiede ora alle strutture aziendali di garantire la sua implementazione consentendone poi una verifica dopo 6 mesi di applicazione. Il Direttore del Programma Riabilitare assicurerà il necessario supporto e l'azione di coordinamento necessaria per la realizzazione di tutte le fasi operative con particolare riguardo agli aspetti della formazione dei professionisti.

I Direttori di Distretto sono invitati a costituire i "Punti di valutazione fisioterapica" strettamente connessi con le Centrali di continuità assistenziale ospedale - territorio per le dimissioni protette.

Nel ringraziarVi per la collaborazione, cordiali saluti.

Massimo Annicchiarico

Responsabile del procedimento dott. Gabriele Cavazza
Documentazione obbligatoria
Direzione Sanitaria
Via Cavallotti, 28 - 40124 Bologna
Tel +39 051 6584800; fax +39 051 6584923
direzione.generale@ausl.bologna.it

Azienda USL di Bologna
Sede Legale: Via Castiglione, 20 - 40124 Bologna
Tel +39 051 6225111; fax +39 051 6584923
Codice fiscale e Partita Iva 02405911202

07/08/2008

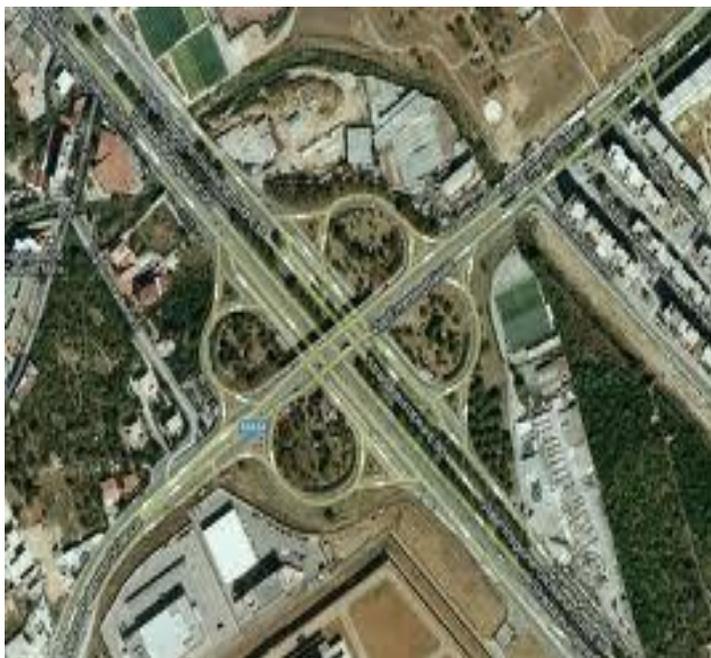
I Direttori di Distretto sono invitati a costituire i "Punti di Valutazione Fisioterapica", strettamente connessi con le **Centrali di Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio** per le Dimissioni Protette

Offerta Riabilitativa

Criticità

- Continuità assistenziale
- Tempestività presa incarico
- Appropriately erogazione
- Accesso ai trattamenti
- Sostenibilità risorse/economica

Punto di Valutazione Fisioterapica



Filtro

Snodo

Garante

Pianificazione di Percorsi :

- proposta ausili in tempo utile alla dimissione
- eventuale segnalazione paziente commissione UVM
- collaborazione con operatori sanitari e non del territorio per costruzione PAI

Punto di Valutazione Fisioterapico

Appropriatezza

- Presa in carico
- Valutazione del bisogno riabilitativo
- Pianificazione dell'intervento

Continuità delle cure

- Tempestività della risposta
- Definizione dei livelli di priorità

Logica del percorso

- Integrazione tra tutti i professionisti impegnati nel percorso di cura

Graduazione dell'intensità dell'intervento in base alla complessità del bisogno

Appropriatezza & riabilitazione domiciliare

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	MODALITA' PROCEDURALE " APPROPRIATEZZA E OMOGENEITA' DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE"	Programma Aziendale "Percorsi della Riabilitazione"
--	--	--

MODALITA' PROCEDURALE

"APPROPRIATEZZA E OMOGENEITA' DELL'INTERVENTO

RIABILITATIVO DOMICILIARE"

Indice

1. PREMESSE
2. ANALISI DEL CONTESTO ATTUALE
3. OBIETTIVO GENERALE: APPROPRIATEZZA E OMOGENEITA' DELL'INTERVENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE
4. OBIETTIVI SPECIFICI: NUOVI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA: IL PUNTO DI VALUTAZIONE FISIOTERAPICA
5. AMBITO E TEMPI DI SPERIMENTAZIONE
6. BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI:

- ALLEGATO 1. PERCORSO BISOGNO RIABILITATIVO SEMPLICE
- ALLEGATO 2. PERCORSO AUSILI
- ALLEGATO 3. PERCORSO BISOGNO RIABILITATIVO COMPLESSO
- ALLEGATO 4. PROCEDURA DI ATTIVAZIONE FISIOTERAPISTA IN CONVENZIONE
- ALLEGATO 5. CRITERI di ELEGGIBILITA' PER PERCORSO RIABILITATIVO DOMICILIARE
- ALLEGATO 6. GLOSSARIO
- ALLEGATO 7. ASPETTI E DEFINIZIONE DI COMPLESSITA'
- ALLEGATO 8. EVIDENZE DI EFFICACIA DEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO DOMICILIARE
- ALLEGATO 9. RIFERIMENTI NORMATIVI
- ALLEGATO 10. INDICATORI

▶ Presupposti

- ▶ Presenza di barriere architettoniche
- ▶ Condizione clinica a rischio di aggravamento nel trasporto ...
- ▶ Necessità di interventi volto al recupero delle AVQ al domicilio

▶ Interventi

- ▶ Interventi riabilitativi realizzabili solo al domicilio ai fini del risultato
- ▶ Istruzione ed educazione al familiare e care giver
- ▶ Identificazione ausili per il domicilio e modifiche ambientali

▶ Priorità

- ▶ Dimissioni ospedaliere
- ▶

La normativa regionale

- ▶ DGR 427/2009 – Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008/10 per l'ulteriore qualificazione delle Cure Primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali
- ▶ DGR 1599/2011 - Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici
- ▶ DGR 1133/2013 – Documento di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente anziano con frattura di femore



Valutazione quadro socio sanitario

- Fattori clinici di complicazione
- Situazione cognitiva
- Rete sociale

Definizione del profilo

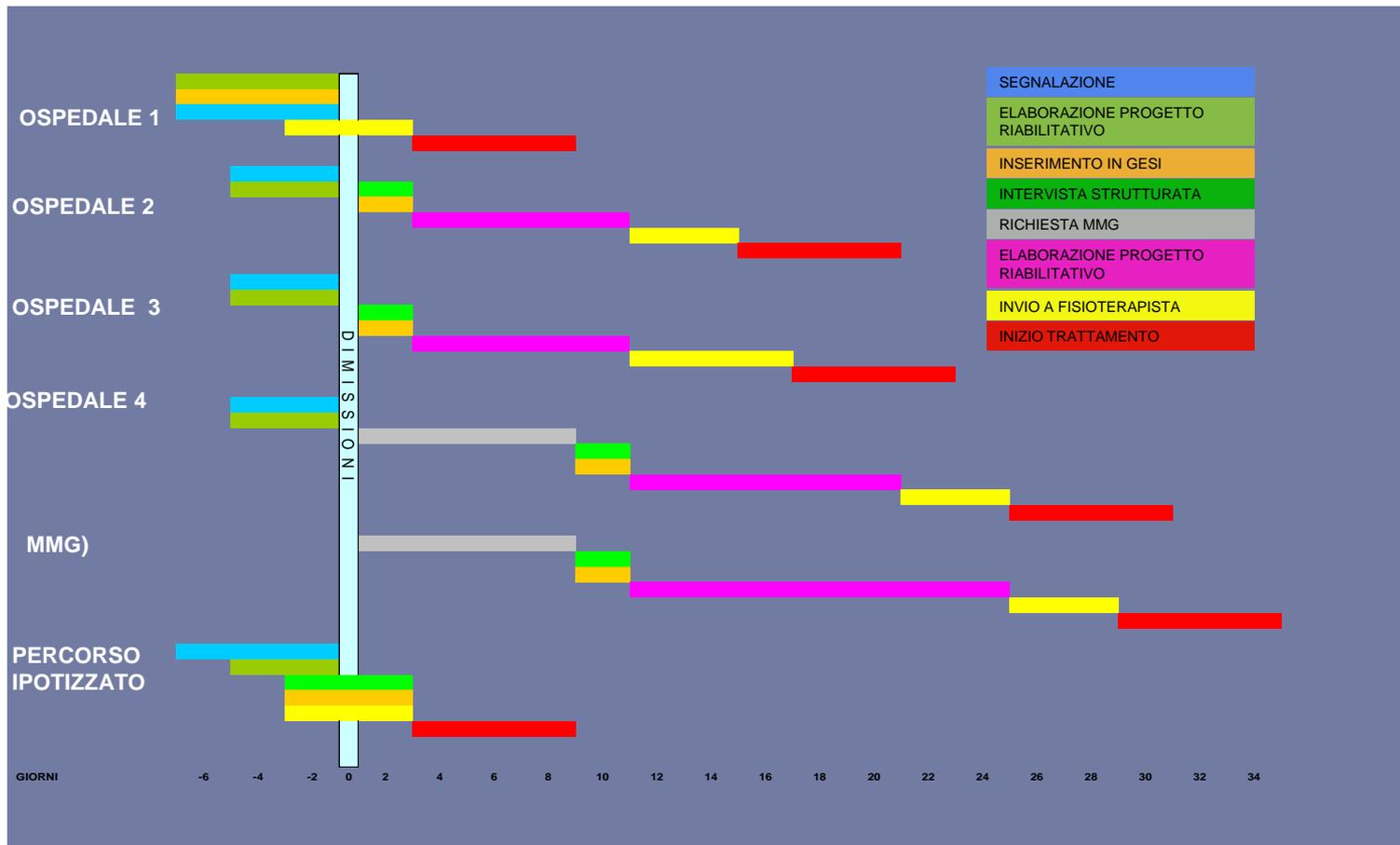
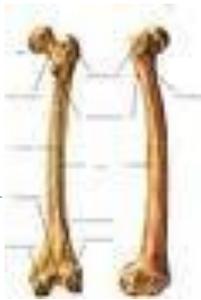
Pianificazione clinico-assistenziale

- Obb generali
- Tipologia di assistenza
- Variabili chirurgiche/cliniche

Percorso femore - criticità

- ▶ difformità fra le diverse strutture /aree
- ▶ intervento chirurgico
- ▶ intervento riabilitativo in setting di degenza
- ▶ continuità fra i setting
- ▶ intervento riabilitativo in ambito territoriale
- ▶ fornitura ausili
- ▶ Integrazione fra diversi applicativi informatici

Il percorso assistenziale/riabilitativo del paziente con frattura di femore nel 2008



Linee Guida e Letteratura Internazionale

**Intervento entro
24/48 ore dall'evento
traumatico**

- **capacità di deambulare con carico o di ritornare ai livelli di autonomia e qualità di vita preesistenti all'evento traumatico**

**Valutazione
multidisciplinare in
fase pre-chirurgica**

- **tipologia frattura, stato funzionale pre-frattura, comorbidità, patologie acute in atto, aspettativa di vita del paziente**

**Riabilitazione
Precoce**

- **migliora in modo significativo l'autonomia nei trasferimenti e nel cammino in settima giornata dopo l'intervento**

**Discharge
Planing**

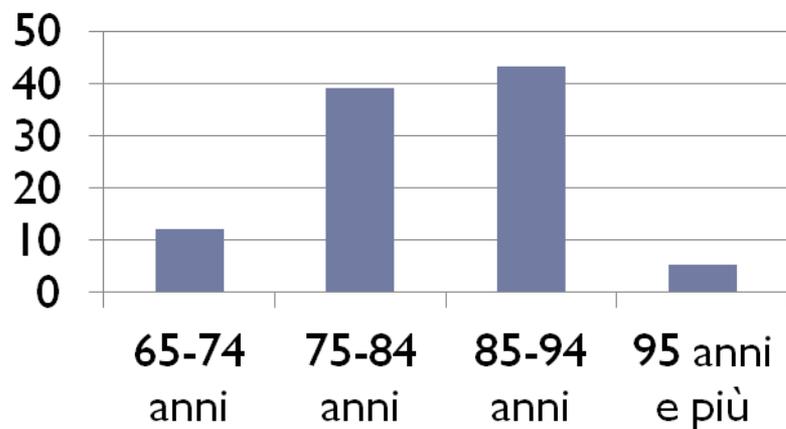
- **definizione modalità di dimissione e attivazione dei percorsi successivi a garanzia della continuità assistenziale, riducendo la durata della degenza, numero reingressi e aumentando la soddisfazione del paziente**
- **Prevenzione secondaria**

Percorso per la riabilitazione in area metropolitana del paziente con frattura di femore

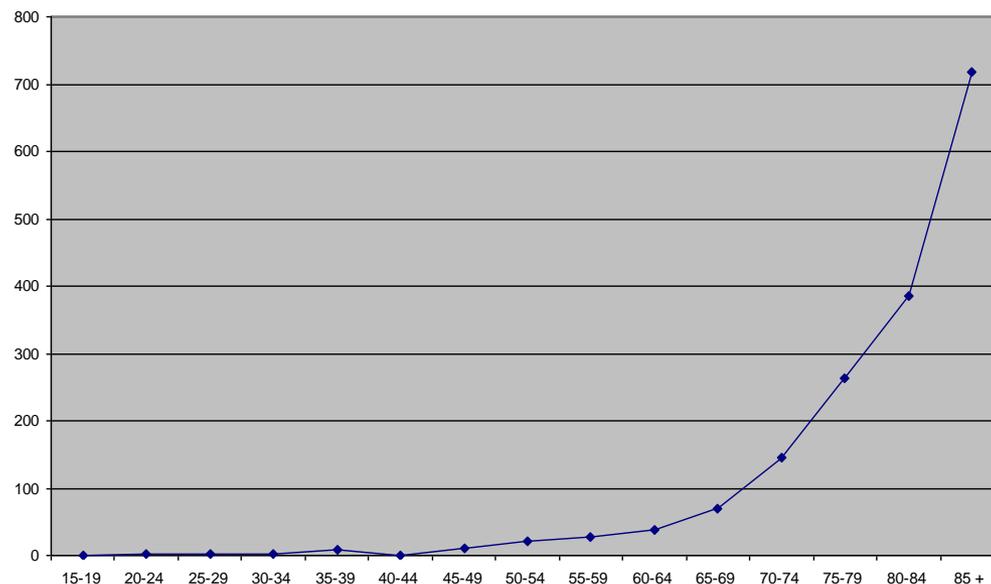
- ❑ criteri unitari di inquadramento del paziente da inviare ad un percorso riabilitativo
- ❑ profili di pazienti per la gestione complessiva del percorso
- ❑ criteri per un appropriato utilizzo dei letti codice 60 e 56 e del setting domiciliare
- ❑ utilizzo dei letti codice 60 e 56 attraverso CeMPA
- ❑ definizione responsabilità della presa in carico
- ❑ monitoraggio indicatori

Dati regionali

**% casi per classi di età –
anno 2011**

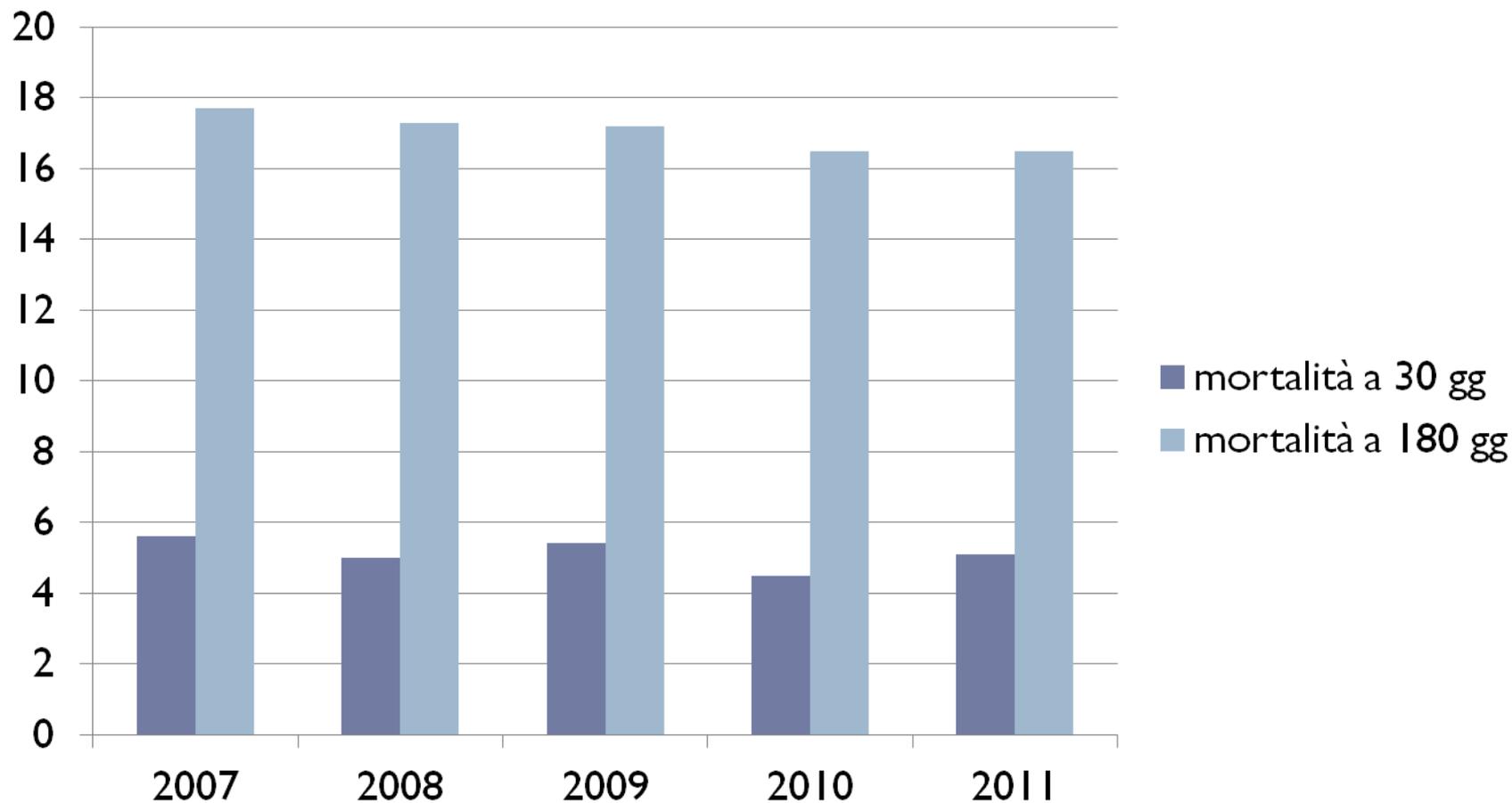


Età fratture 3 prossimale femore



sesso	N° casi	%	Età mediana
Femmine	4.796	75,3	84
Maschi	1.572	24,7	84
totale	6.368	100	84

Mortalità a 30 e 180 gg: media regionale anni 2007/2011



Elementi salienti dell'assistenza al paziente anziano con frattura di femore

Punto chiave	Obiettivo/indicatore
Trattamento chirurgico	
Timing dell'intervento	
Mobilizzazione	
Modello di assistenza integrata	
Assistenza nella fase acuta	
Dimissione	Iniziare il piano di dimissione precocemente dopo il ricovero Assicurare una continuità di cure Favorire il ritorno alla precedente situazione residenziale
Riabilitazione	Garantire un trattamento riabilitativo a tutti i pazienti inclusi quelli con deterioramento cognitivo Mantenere l'approccio multidimensionale nella fase riabilitativa Prendere in considerazione la riabilitazione domiciliare, se disponibile

Evidenze di efficacia del trattamento riabilitativo domiciliare nel paziente con FF

- ▶ **Rew. Cochrane 2007: Mobilisation strategies after hip fractures surgery in adults**
 - ▶ Confronta varie strategie di mobilizzazione precoce e intervento domiciliare
- ▶ **Clin riab 2008: Home rehabilitation after hip fractures. A RCT on balance confidence, physical function, and every day activities.**
 - ▶ Confronta trattamento riabilitativo tradizionale con trattamento domiciliare, basato su specifica analisi dei bisogni e preferenze del singolo paziente. Lo studio dimostra un miglioramento di tutte le misure di autonomia nello spostamento e nel cammino ed in alcune AVQ
- ▶ **Arch. Phys. Med. Rehab. 2006: An analysis of the feasibility of home rehabilitation among elderly people with proximal femoral fractures**
 - ▶ Studio italiano qualitativo evidenzia che circa la metà dei pazienti esprime preferenza verso un trattamento domiciliare piuttosto che in una istituzione riabilitativa
- ▶ **Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2013: Maximizing Functional Recovery Following Hip Fracture in Frail Elderly**
 - ▶ Lo studio osserva che c'è un eccesso di disabilità nella popolazione con F.F. ; un'alta percentuale non recupera il livello funzionale pre-morboso e presenta come fattori che influenzano il recupero (su cui c'è tendenza, ma non ancora evidenza): maggior intensività riabilitativa con particolare attenzione al recupero della forza e agli esercizi in stazione eretta, programmi riabilitativi domiciliari a lungo termine e programmi multimodali (ad es. esercizio fisico + apporto nutrizionale)

I profili della persona con FF

Fase acuta						
Valutazione quadro socio sanitario			Profilo	Pianificazione clinico assistenziale		
Complicanze cliniche	Situazione cognitiva	Rete sociale		Obt generali	Tip. assistenza	Variabili ch-cliniche
assenti	adeguate	buona	I	Recupero precedente autonomia	Interv. Chirurgico Riabilitativa Supporto ausili	Carico precoce Carico tardivo

Fase post acuta e stabilizzazione

Percorso assistenziale - riabilitativo

Con indicazione ortopedica di carico precoce il paziente viene dimesso ed inviato al **domicilio** con indicazione di riabilitazione ambulatoriale/domiciliare, con valutazione finale documentata sul raggiungimento degli obiettivi

Con indicazione ortopedica di carico tardivo il paziente viene inviato al **domicilio** con eventuale richiesta di **counselling riabilitativo** e successivamente indirizzato verso la riabilitazione ambulatoriale/domiciliare, con valutazione finale documentata sul raggiungimento degli obiettivi

I profili della persona con FF

Fase acuta						
Valutazione quadro socio sanitario			Profilo	Pianificazione clinico assistenziale		
Complicanze cliniche	Situazione cognitiva	Rete sociale		Obt generali	Tip. assistenza	Variabili ch-cliniche
assenti	compromessa	buona	2	Ripristino della migliore qualità di vita possibile favorendo le potenzialità residue	Interv. Chirurgico Riabilitativa Supporto ausili	Carico precoce Carico tardivo

Fase post acuta e stabilizzazione

Percorso assistenziale - riabilitativo

Con indicazione ortopedica di carico precoce il paziente viene dimesso ed inviato al **domicilio** con eventuale indicazione di **counselling riabilitativo**.

Con indicazione ortopedica di carico tardivo il si prevede un eventuale supporto temporaneo alla rete sociale attraverso ricovero temporaneo in LD, CRA, domicilio con **counselling riabilitativo**

I profili della persona con FF

Fase acuta

Valutazione quadro socio sanitario			Profilo	Pianificazione clinico assistenziale		
Complicanze cliniche	Situazione cognitiva	Rete sociale		Obt generali	Tip. assistenza	Variabili ch-cliniche
assenti	adeguate	assente	3	Recupero precedente autonomia	Interv. Chirurgico Riabilitativa Supporto ausili Integrazione con sociale	Carico precoce Carico tardivo

Fase post acuta e stabilizzazione

Percorso assistenziale - riabilitativo

Con indicazione ortopedica di carico precoce il paziente viene in RE o RI in base al PRI e poi a **domicilio** con eventuale richiesta di counselling riabilitativo

Con indicazione ortopedica di carico tardivo il paziente viene inviato ricovero in LD con successivo trasferimento in RE o RI e poi eventuale counselling riabilitativo a domicilio

I profili della persona con FF

Fase acuta

Valutazione quadro socio sanitario			Profilo	Pianificazione clinico assistenziale		
Complicanze cliniche	Situazione cognitiva	Rete sociale		Obt generali	Tip. assistenza	Variabili ch-cliniche
presenti	adeguate	buona	4	Recupero precedente autonomia	Interv. Chirurgico Riabilitativa Supporto ausili	Prevalenza altro bisogno clinico/altro bisogno riabilitativo

Fase post acuta e stabilizzazione

Percorso assistenziale - riabilitativo

Se è presente altro bisogno clinico internistico si prevede il ricovero in strutture di Lungodegenza/Post acuti con successiva riabilitazione una volta stabilizzato

Se è presente altro bisogno riabilitativo (es. esiti di ictus) si prevede ricovero in RI-RE in base al PRI con valutazione finale documentata sul raggiungimento degli obiettivi

I profili della persona con FF

Fase acuta

Valutazione quadro socio sanitario				Pianificazione clinico assistenziale		
Complicanze cliniche	Situazione cognitiva	Rete sociale	Profilo	Obt generali	Tip. assistenza	Variabili ch-cliniche
presenti	compromessa	buona	5	Stabilizzazione clinica Ripristino della migliore Q di vita possibile	Interv. Chirurgico Riabilitativa Supporto ausili	Carico precoce o carico tardivo

Fase post acuta e stabilizzazione

Percorso assistenziale - riabilitativo

si prevede ricovero in strutture di Lungodegenza (strutture in grado di garantire progetto Riabilitativo di struttura) fino a stabilizzazione poi vedi Profilo 2

I profili della persona con FF

Fase acuta

Valutazione quadro socio sanitario			Profilo	Pianificazione clinico assistenziale		
Complicanze cliniche	Situazione cognitiva	Rete sociale		Obt generali	Tip. assistenza	Variabili ch-cliniche
presenti	compromessa	assente	6	Stabilizzazione clinica Ripristino della migliore Q di vita possibile	Interv. Chirurgico Riabilitativa Supporto ausili	Carico precoce o carico tardivo

Fase post acuta e stabilizzazione

Percorso assistenziale - riabilitativo

si prevede ricovero in strutture di Lungodegenza fino a stabilizzazione. Prima del ricovero in LD il paziente deve essere sottoposto a valutazione da parte della UVM per il successivo eventuale inserimento in struttura residenziale-

Il PDTA interaziendale



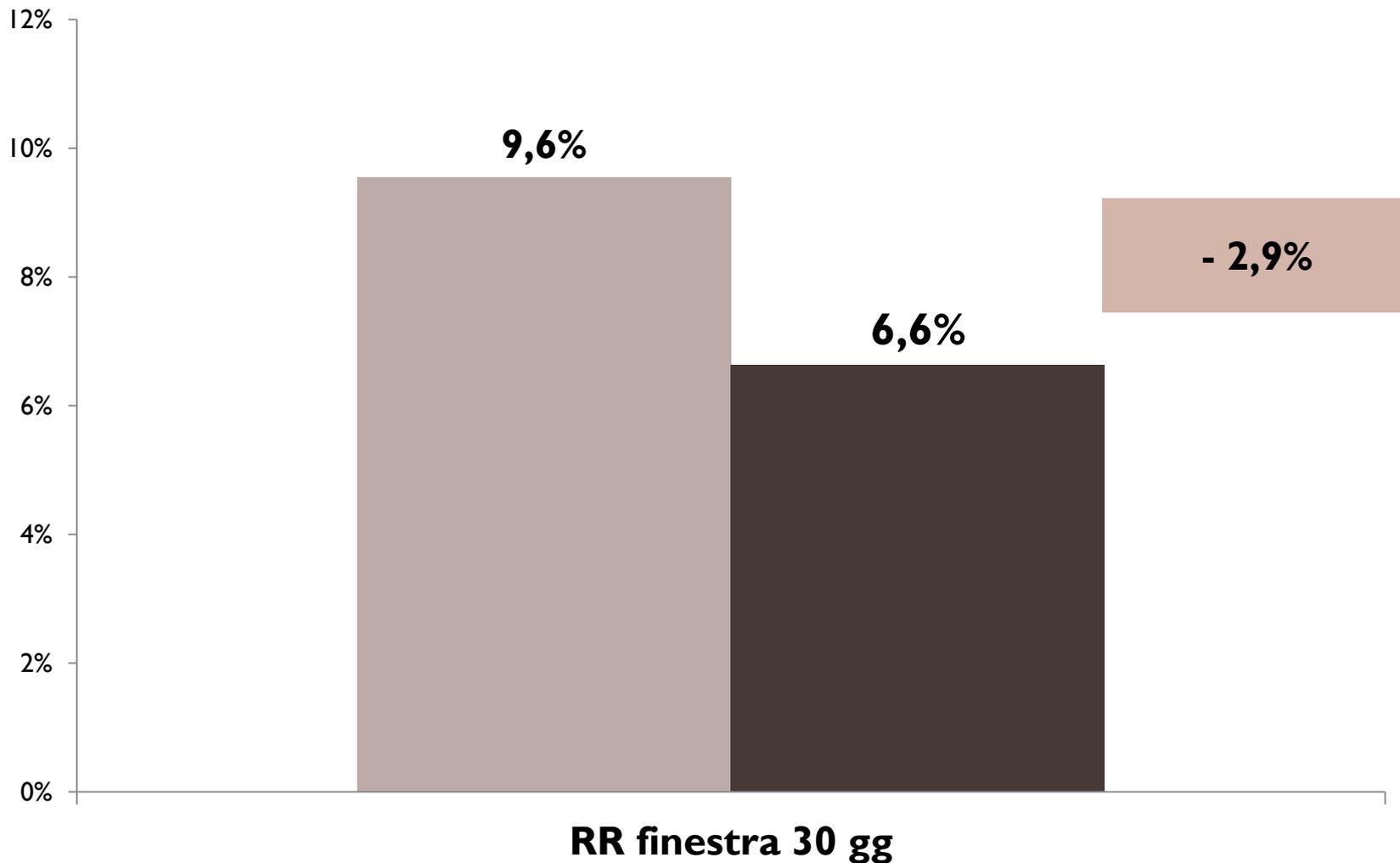
I risultati del PDTA – riduzione del rischio

- Riduzione tempi di attesa per intervento chirurgico**
(riduzione degenza preoperatoria)
- Precocità valutazione multidisciplinare**
bisogni del paziente
- Monitoraggio e controllo dolore**
in fase pre e post operatoria
- Precocità presa in carico riabilitativa**
- Appropriatezza setting**
(in relazione alla necessità di intensità assistenziale del paziente)
- Continuità assistenziale**
trasferimento post acuti attraverso il “cruscotto” CeMPA
attivazione PVF
ausiliazione
- Riduzione degenza reparto acuti e post acuti**

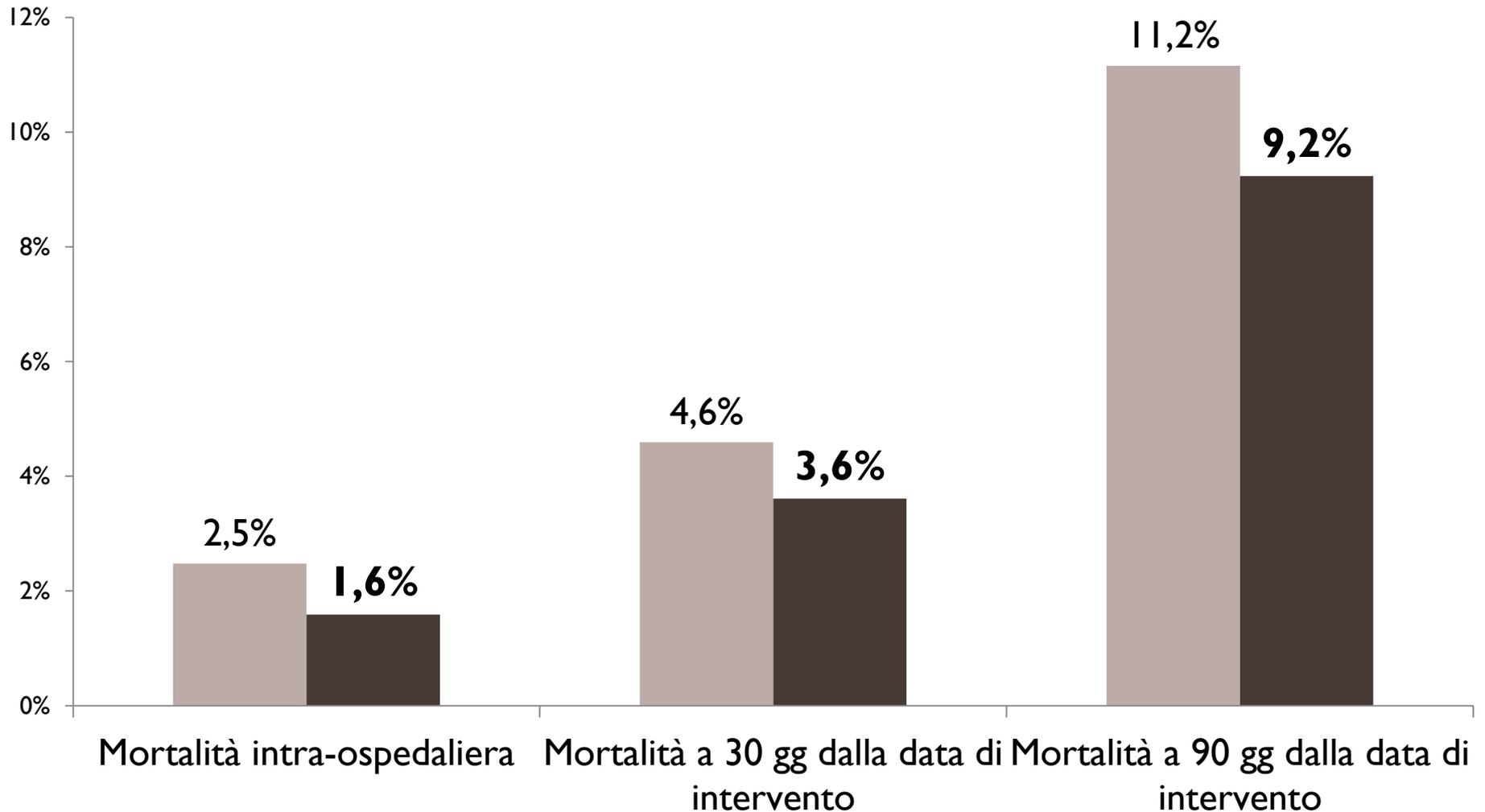
Riduzione del rischio

- Lesioni cutanee**
- Danni osteoarticolari**
- Dolore**
- Delirium**
- Infezioni**
- Complicanze polmonari**
- Complicanze cardiache**
- Mortalità intra e post ospedaliera**

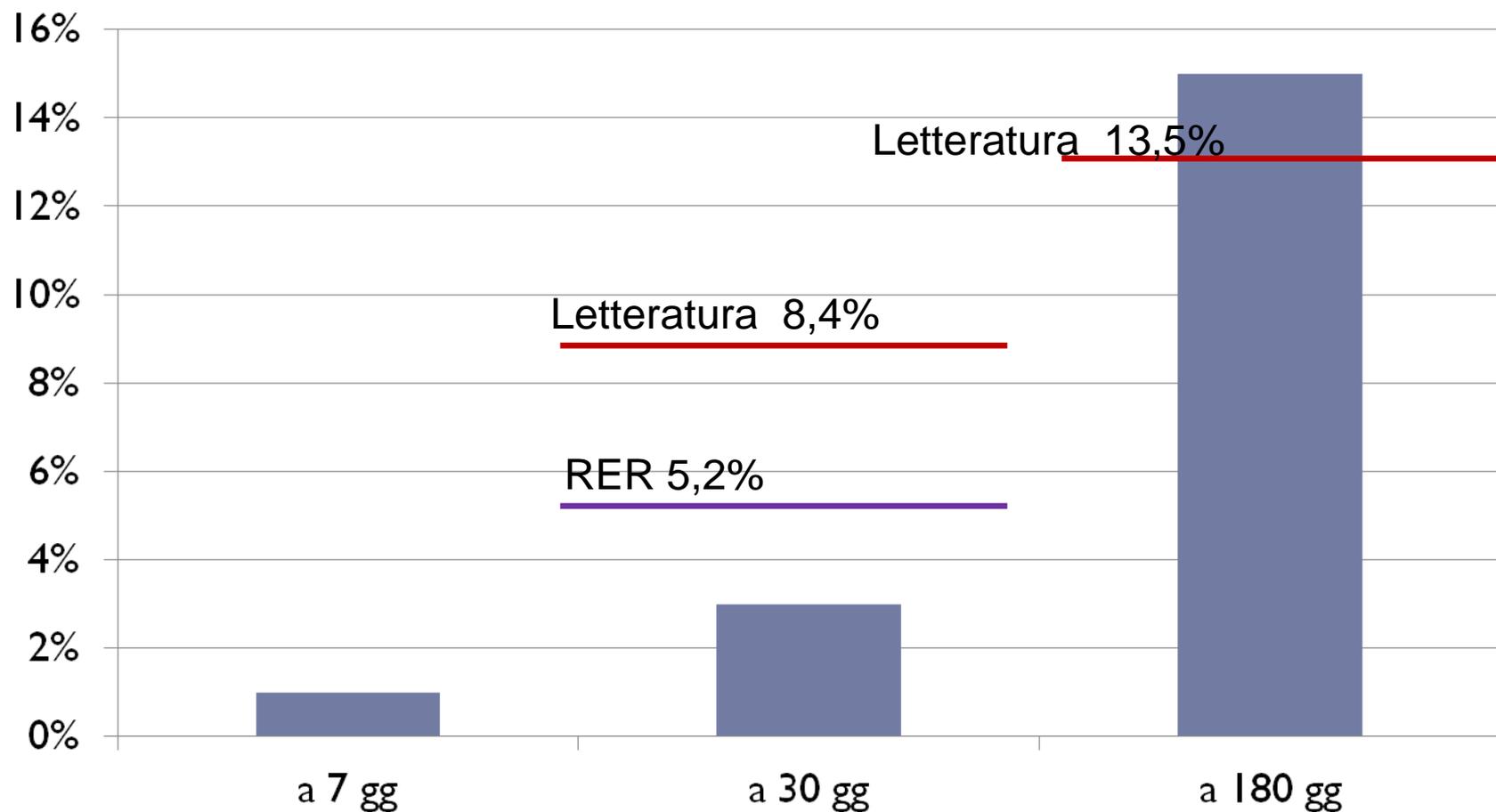
Pazienti operati: Ricoveri ripetuti finestra 30 gg



Mortalità

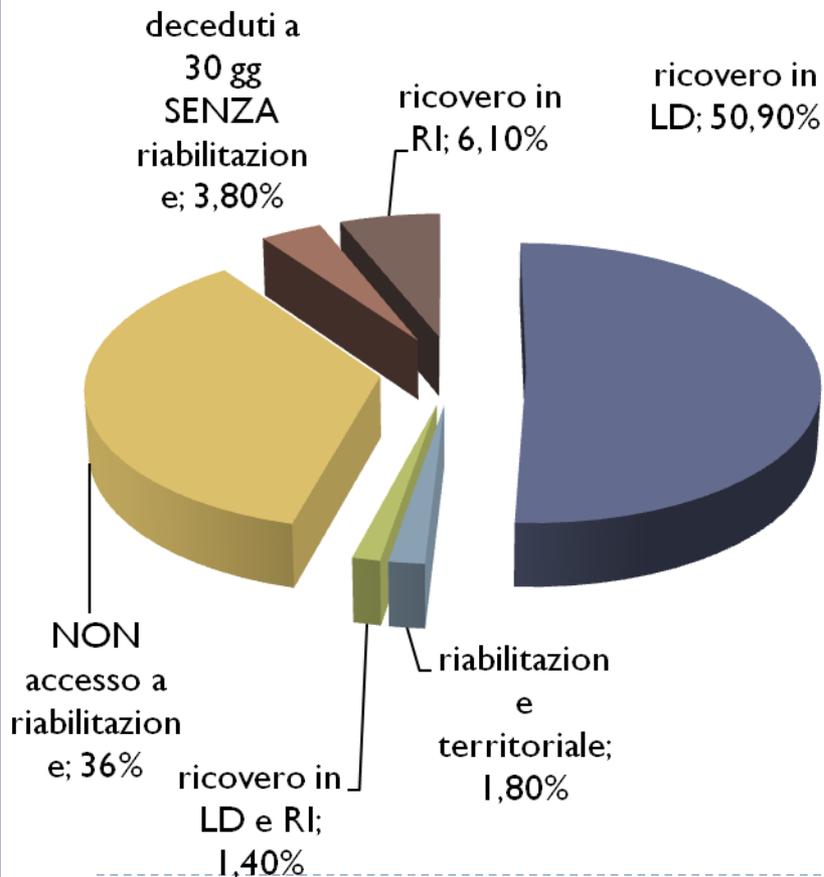


Mortalità Bologna 2012

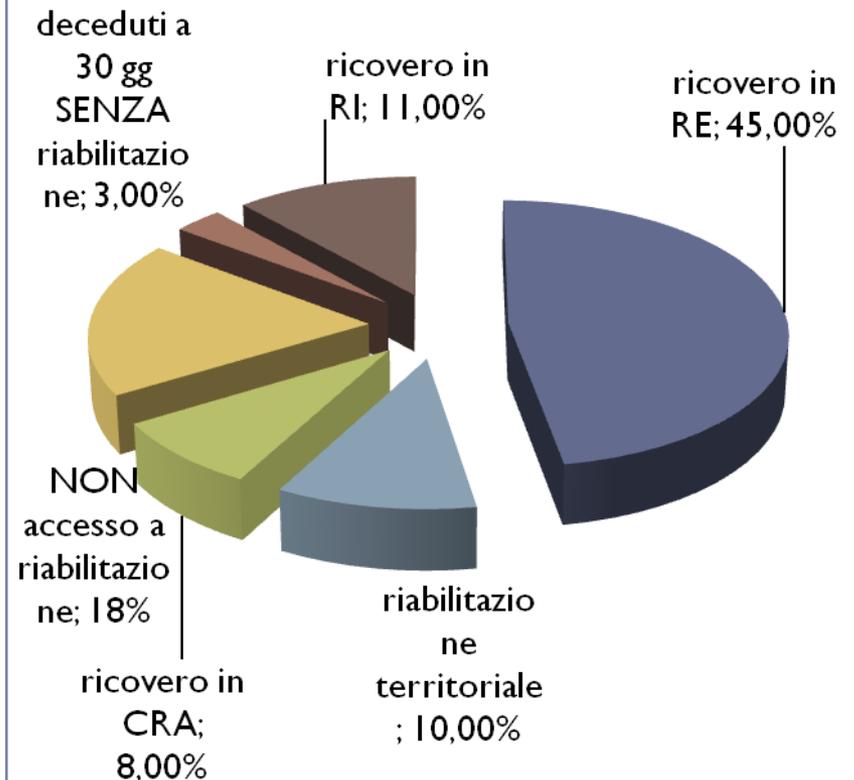


Riabilitazione entro 30 gg

RER – anno 201



Bologna – anno 2012



Verifica dell'efficacia del modello

Indicatori di Processo - **domicilio**

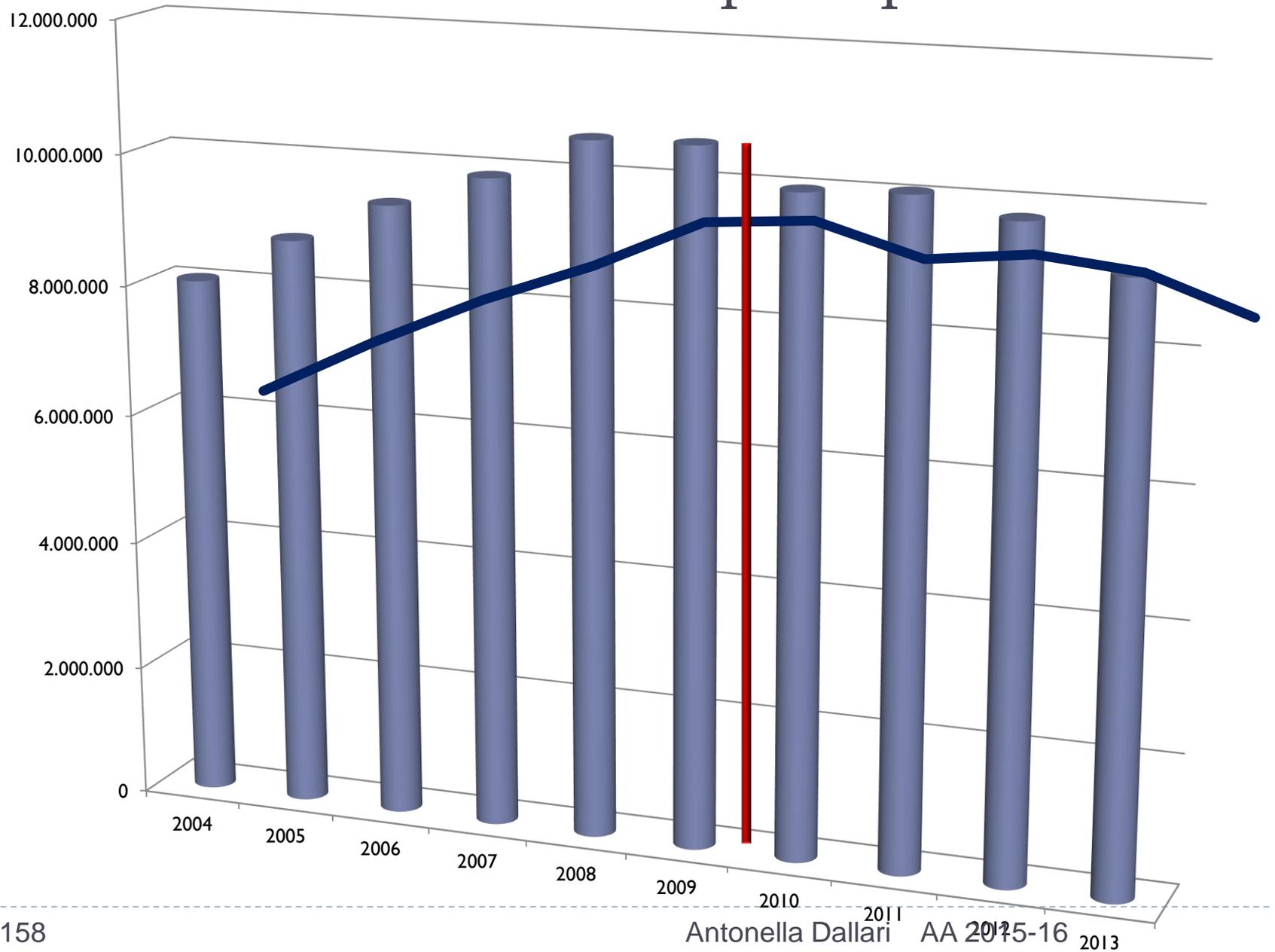
- ▶ Uso appropriato delle risorse
- ▶ Progressiva redistribuzione del BRC e BRS
- ▶ Progressiva omogeneizzazione di risposta sul territorio aziendale
- ▶ Integrazione dei fisioterapisti nel sistema Cure Primarie

Verifica dell'efficacia del modello

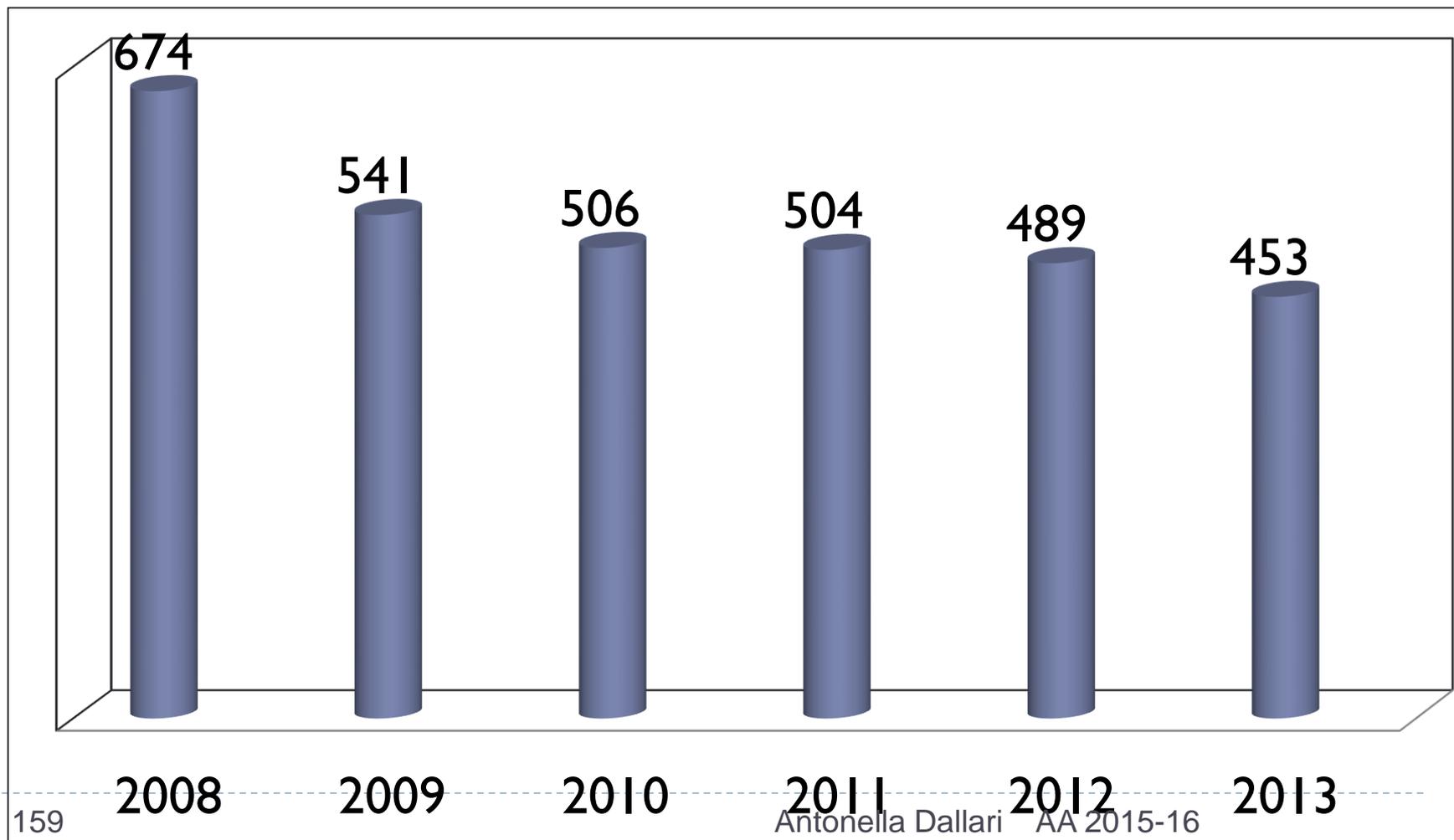
Indicatori di Processo – **percorso ausili**

- ▶ Aumento degli assistiti valutati al domicilio per necessità di individuazione ausilio (↑ appropriatezza prescrittiva)
- ▶ Diminuzione tempi di attesa per valutazione domiciliare per percorso ausili
- ▶ Aumento dell'utilizzo del magazzino aziendale
- ▶ Collaborazione all'identificazione dell'ausilio con i MMG
- ▶ Diminuzione della spesa pro capite aziendale per ausili (buon uso delle risorse)

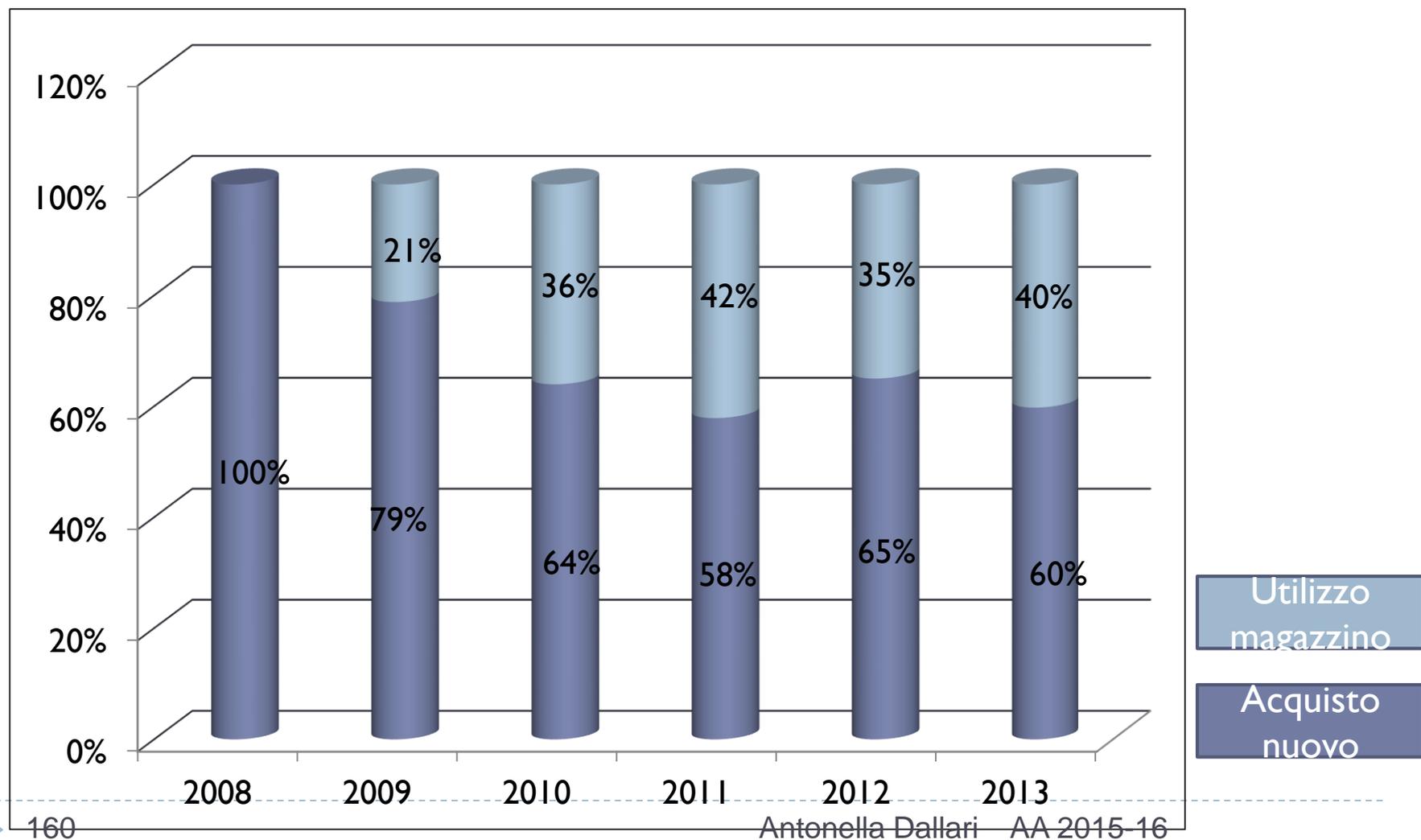
Spesa protesica



Spesa protesica per assistito



Utilizzo magazzino vs acquisto nuovo



Valutazione risultati

	2011	I sem 2013	%
Pazienti operati entro 48 h. (%)	55,4	79,7	<0,05
Degenza media Fase prechirurgica (gg)	3,1	2,2	<0,05
Degenza media Fase acuta e fase riabilitativa (gg)	34,8	33,1	<0,05
di cui Fase acuta (gg)	12,3	11,4	<0,05
di cui Fase post-acuta (gg)	22,5	21,7	0,186
Mortalità intraospedaliera (%)	2,5	1,6	0,190
Mortalità a 30 gg dall'intervento (%)	4,6	3,6	0,294
Mortalità a 90 gg dall'intervento (%)	11,2	9,2	0,178
Riammissioni in Ospedale a 30 gg sui dimessi vivi (%)	9,8	6,7	<0,05

criticità

resistenza al cambiamento da parte delle componenti professionali, che tendono a *interpretare le linee guida*, le procedure e i PDTA come un *vincolo alla propria autonomia* e responsabilità nell'espressione di un giudizio clinico o di una scelta terapeutica intaccando *“rendite di posizione professionali”* che si ritengono acquisite

facilitazioni

- ✿ Committenza decisa da parte della Direzione
- ✿ Supporto informatico
- ✿ Presenza rete servizi intesa come Relazione fra servizi/setting
- ✿ Adozione di strumenti per la gestione della documentazione

Progetto Regionale Prevenzione cadute nell'anziano – Protocollo Otago

- ▶ Il protocollo Otago è uno dei programmi di attività fisica più conosciuti per la prevenzione delle cadute nell'anziano,
- ▶ È un intervento individualizzato per la riduzione del rischio di caduta dell'anziano fragile a domicilio svolto da fisioterapisti attraverso interventi diretti di valutazione e programma personalizzato di esercizi associato a un'attività di supervisione telefonica per rinforzo dell'adesione al programma
- ▶ La Regione Emilia Romagna ha sviluppato un protocollo specifico per verificare se la riduzione del rischio di caduta, e quindi dei costi socio sanitari dovuti agli esiti, sia sufficientemente significativa da giustificare l'impegno di risorse per la prevenzione
- ▶ Un gruppo di lavoro regionale ha sviluppato un modello applicabile nel nostro contesto culturale
- ▶ Lo stesso gruppo di lavoro ha curato l'implementazione del progetto sperimentale in diverse Aziende delle regione

Otago Exercise Programme

- ▶ **Cost saving in ≥ 80 year olds living at home**
 - Robertson MC *et al. BMJ* 2001;322:697-701
- ▶ **Best value for money**
 - Davis JC *et al. Br J Sports Med* 2010;44:80-9
 - 9 cost effectiveness studies
- ▶ **Reduction in healthcare costs = 1.9 x cost of delivery**
 - Hektoen LF *et al. Scand J Pub Health* 2009;37:584-9
- ▶ **55% reduction in risk of death**
 - Thomas S *et al. Age Ageing* 2010;49:664-72
- ▶ **Significantly improves cognitive performance**
 - Liu-Ambrose T *et al. J Am Geriatr Soc* 2008;56:1821-30

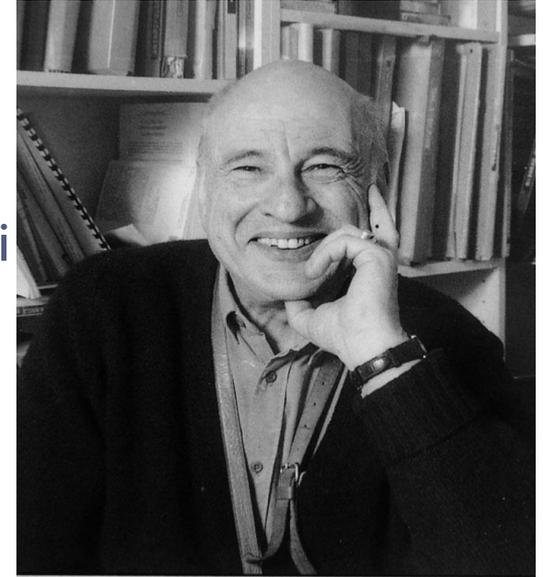


Riduzione
del 35% del
rischio di
cadute

.... si tratta di sostituire un pensiero che separa e che riduce con un pensiero che distingue e che collega.

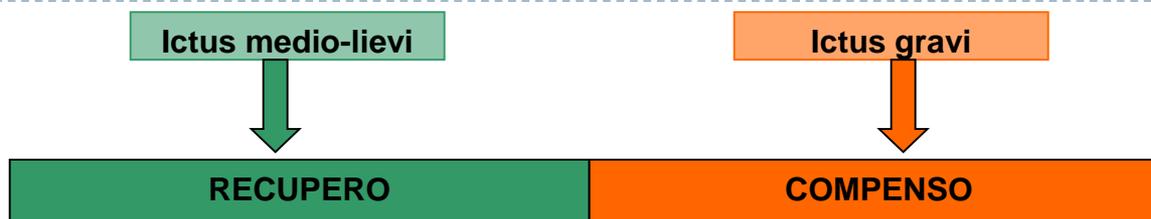
Non si tratta di abbandonare la conoscenza delle parti per la Conoscenza della totalità, né l'analisi per la sintesi: si deve coniugarle.

Vi sono sfide della complessità con le quali gli sviluppi propri della nostra era planetaria ci mettono ineluttabilmente a confronto



-Edgar Morin-

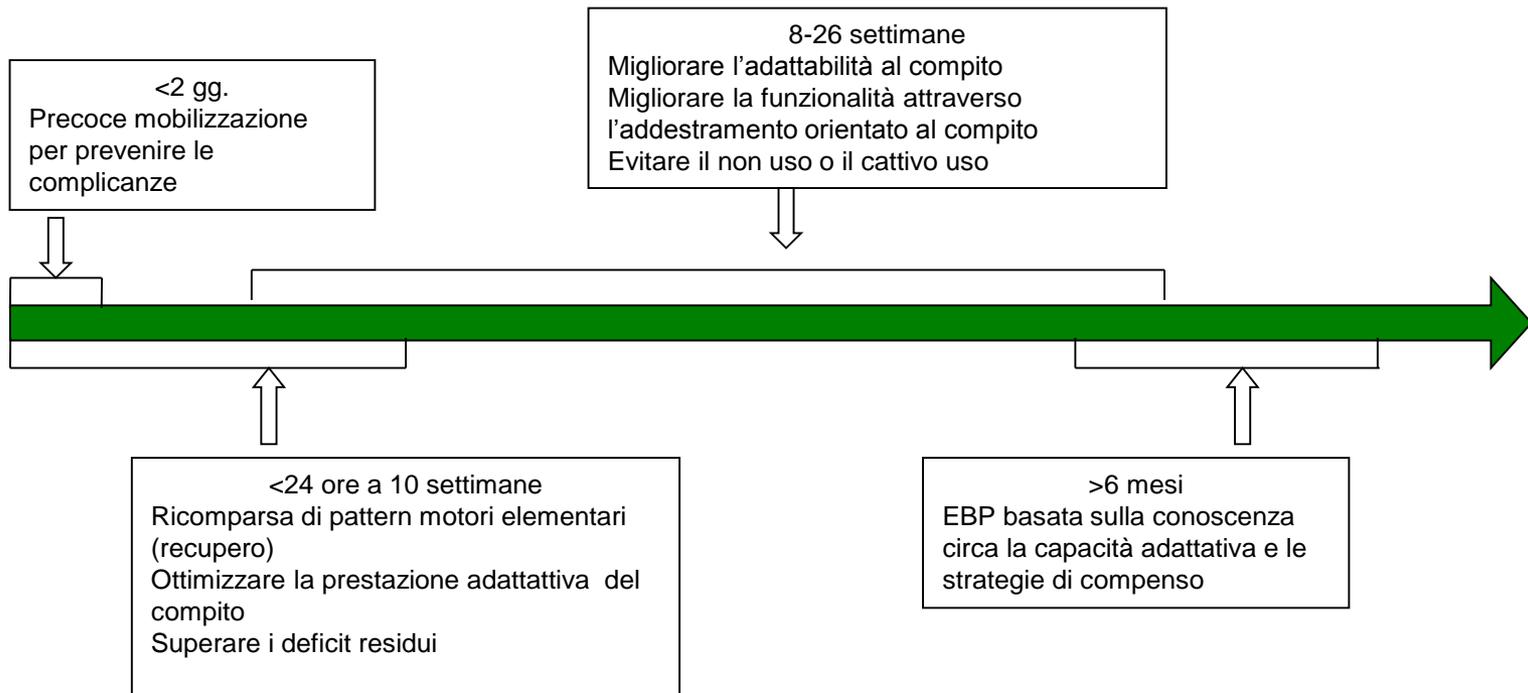
health intervention: intervento giusto al paziente giusto



livello	recupero	compenso
neuronale	<i>Ripristino della funzionalità del tessuto neuronale inizialmente perso dopo l'evento</i>	<i>Il tessuto neurale acquisisce una funzione che non aveva precedentemente all'evento</i>
corpo funzioni / strutture	<i>Ripristino dell'abilità ad eseguire un movimento nella stessa maniera in cui era eseguito precedentemente all'evento (ricomparsa dei pattern di movimento presenti prima dell'evento)</i>	<i>Esecuzione di un "vecchio" movimento in una nuova modalità (differenti gradi di libertà, alterazioni nell'attivazione e co-contrazione muscolare, ritardo nella temporizzazione, ecc)</i>
attività	<i>Realizzazione con successo del compito attraverso l'utilizzo degli arti e degli effettori distali usati normalmente dagli individui non affetti da disabilità</i>	<i>Realizzazione con successo del compito usando gli arti controlaterali o altri effettori (ad es. uso dell'altra mano, migliorare la velocità del cammino attraverso l'oscillazione o la spinta dalla gamba controlaterale, ecc)</i>

Levin, Kleim, Wolf: What do motor recovery and compensation mean in patients following stroke – Neurorehab and neural repair, 2009

timing: al momento giusto e per il tempo giusto



Kwakkel, Kollen, Lindemann: Understanding the pattern of functional recovery after stroke: Facts and theories – Restorative Neurology and Neuroscience, 2004

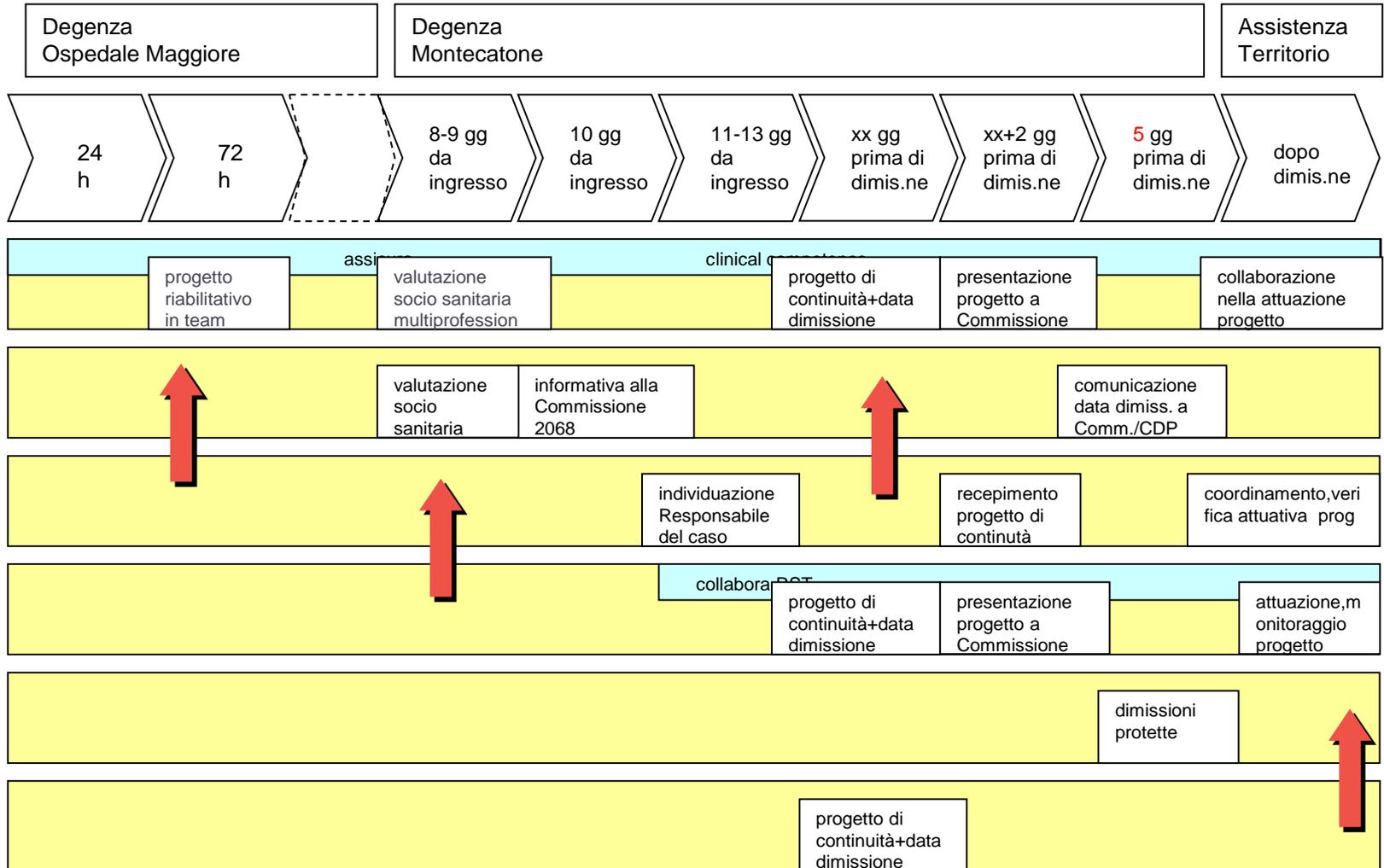
Artroprotesi d'anca



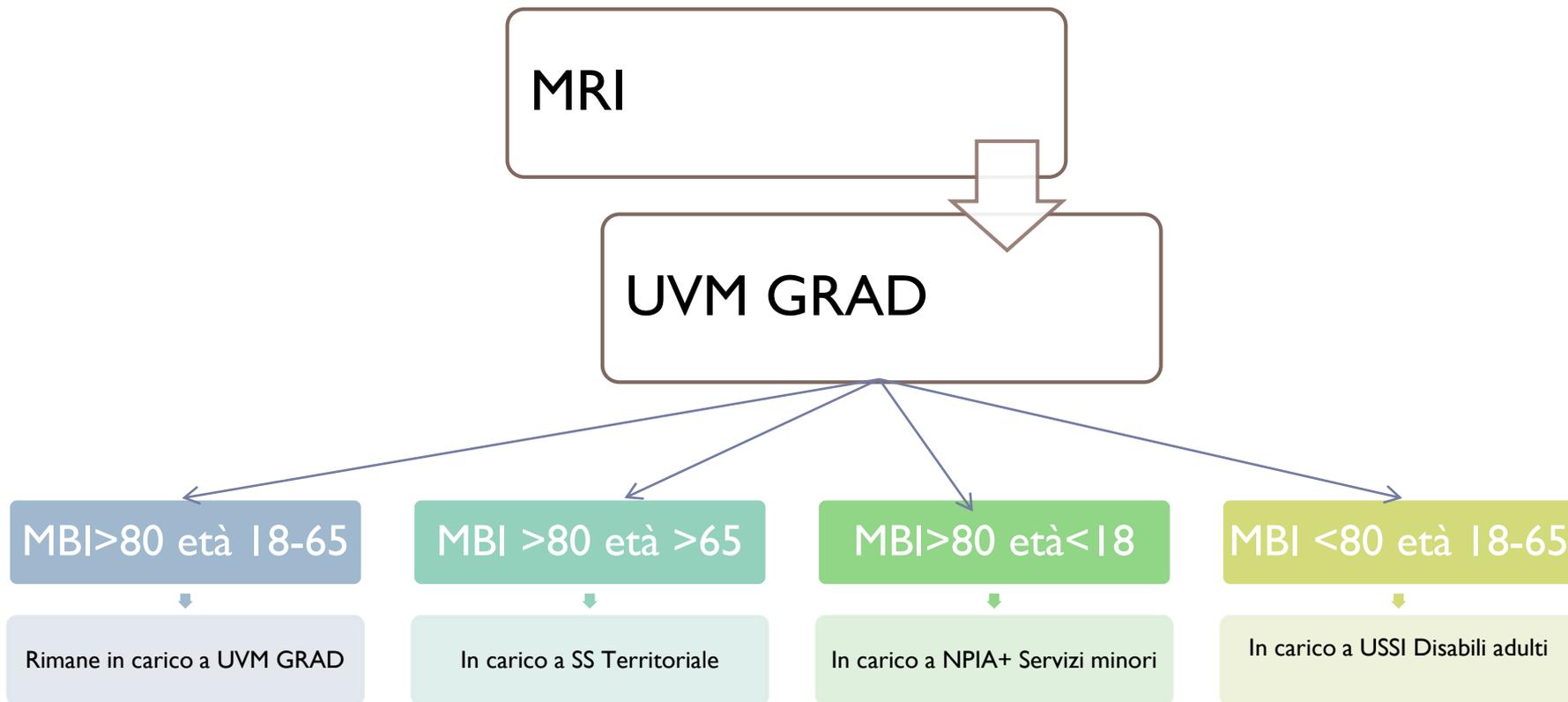
Indicators total hip replacement	Before (43 cases)	After (57 cases)	P value
Average length of stay (days)	13.07	12.81	NS
Average diagnostic accesses of the patients (No. per patient)	3.50	1.00	<0.05
Median of preoperative exams (No. per patient)	32	14	<0.05
Proportion of patients compliant with preoperative analgesic therapy	9.30%	42.11%	<0.01
Proportion of patients with preoperative administration of erythropoietin	30.23%	68.42%	<0.01
Proportion of patients with antibiotic prophylaxis consistent with current recommendations	20.93%	40.35%	<0.05
Proportion of patients with complete follow up	51.16%	100.00%	<0.01
Proportion of patients with early complications	0.00%	0.00%	NS
Proportion of patients with late complications	NA	NM	NC
Average level of residual disability at follow up (FIM scale)	NA	NM	NC

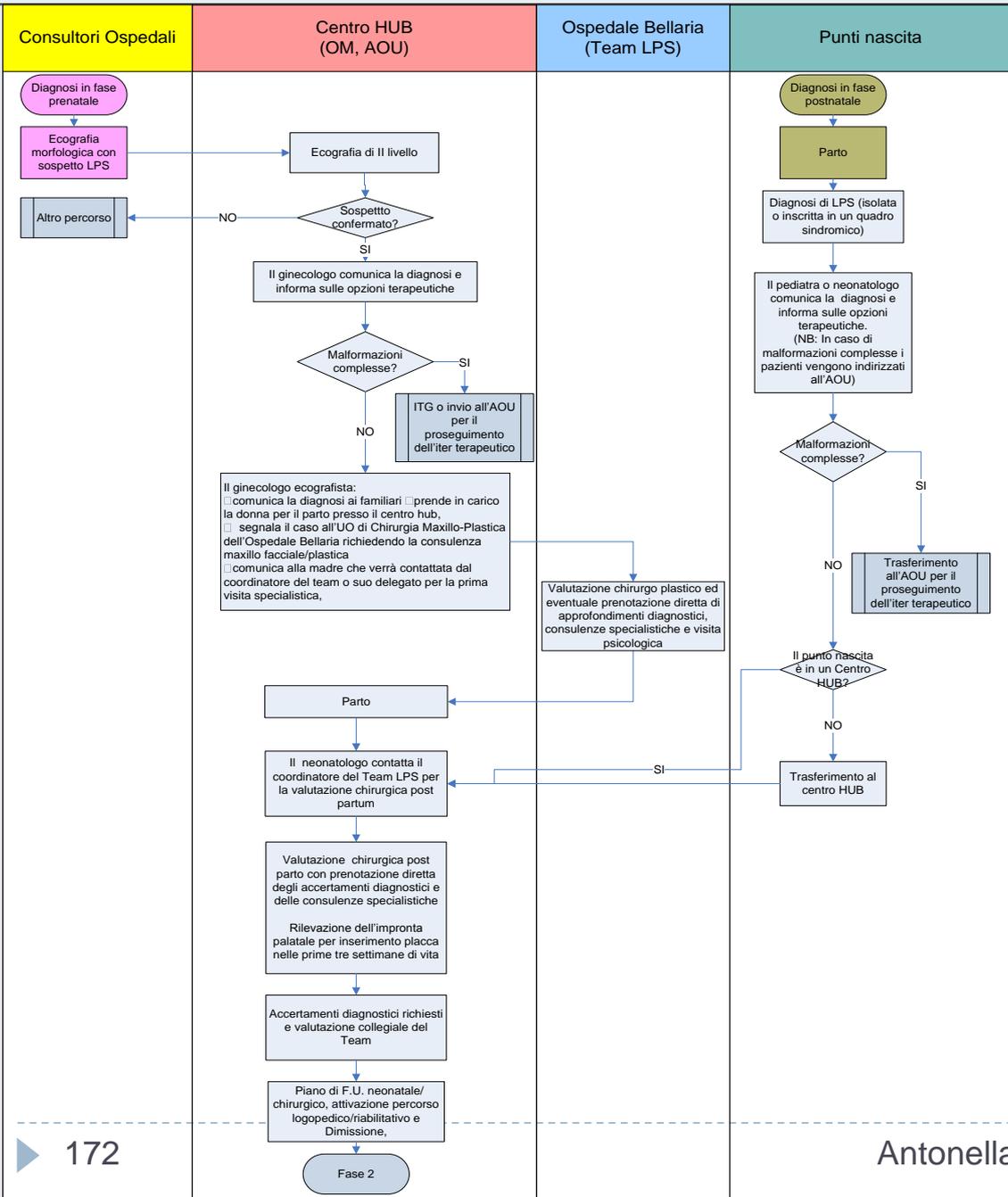
NS, not significant; NA, not available; NM, not measurable; NC, not calculable

Percorso Mieloleso



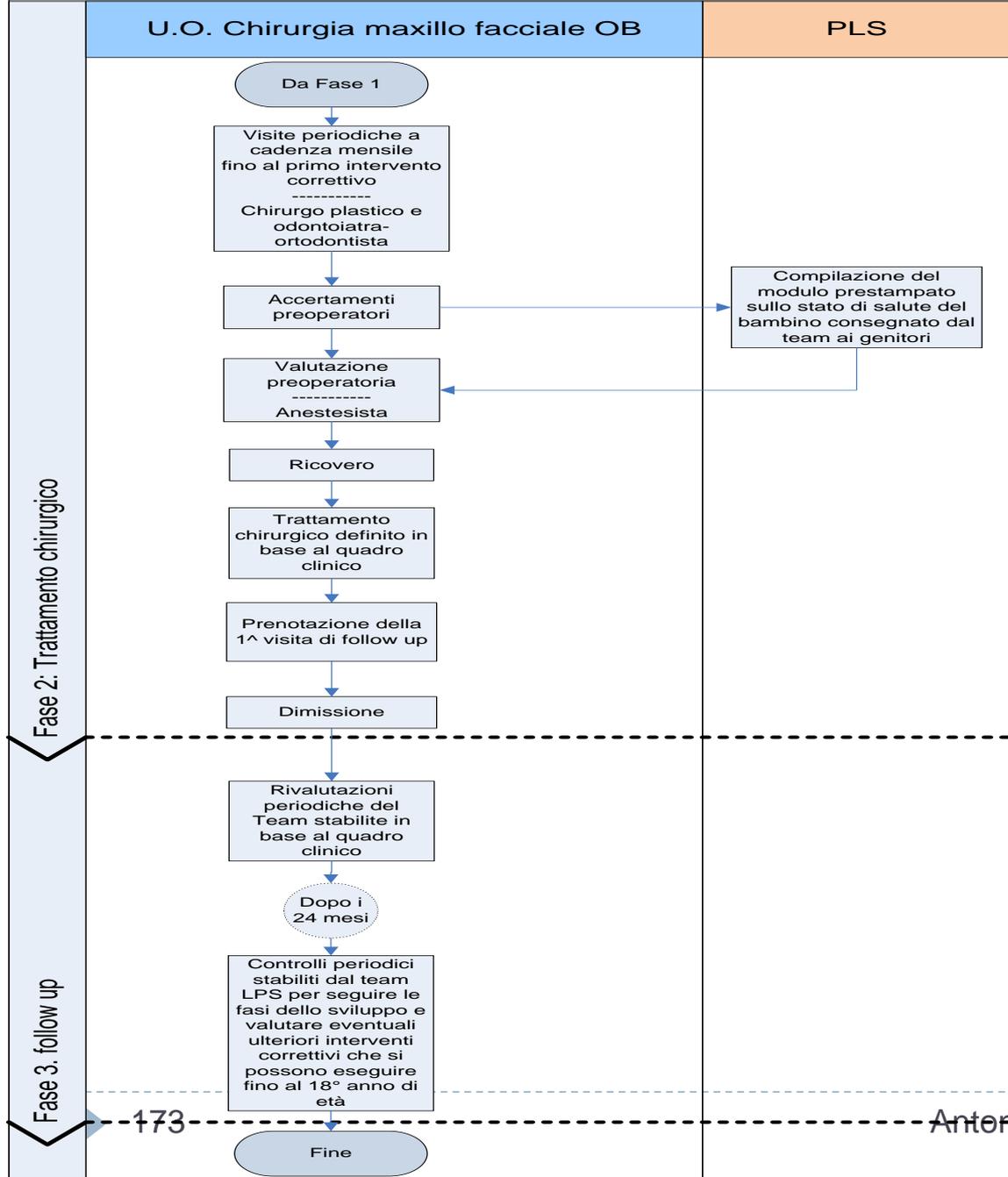
PDTA mieloleso traumatico





PDTA del Paziente affetto da Labiopalatoschisi e malformazioni del volto: Inquadramento diagnostico

PDTA Labiopalatoschisi
Fasi 2-3 : Trattamento chirurgico e follow up



PDTA
del Paziente affetto da
Labiopalatoschisi e
malformazioni del volto:
Trattamento chirurgico e
follow up

Percorso LPS: l'intervento logopedico

- ▶ Interventi educativi nella fase neonatale (neonatologi, pediatri, infermieri e fisioterapisti)
- ▶ Alla dimissione il neonatolo/pediatra definisce 2 profili:
 - ▶ **PROFILO A** – sindromi pluripatologiche che richiedono la presa in carico del Servizio di NPIA che provvederà alla stesura del Progetto di presa in carico individuale che accompagnerà il bambino nelle diverse tappe dello sviluppo.
 - ▶ **PROFILO B** – bambino con Labiopalatoschisi/ palatoschisi / labioschisi che richiedono intervento logopedico.

Percorso LPS: l'intervento logopedico

- ▶ L'intervento proseguirà nell'arco di tempo in cui avviene lo sviluppo del linguaggio (0 – 5 anni) attraverso valutazioni e piani di trattamento articolati in:
 - ▶ fase indiretta (l'intervento avviene tramite i genitori)
 - ▶ eventuale fase diretta (intervento frontale)
 - ▶ fase di controlli periodici
- ▶ Oltre l'età di acquisizione del linguaggio possono essere previsti cicli di trattamento diretto (max 20 sedute) dopo trattamento chirurgico maxillo facciale su indicazione del **foniatra del team**

Percorso LPS: l'intervento logopedico

Profilo A

- Attivazione: mail di segnalazione al Responsabile di UOS e al Coordinatore di UA del territorio di residenza
- Tempi di primo contatto con la famiglia: entro 15 gg

Profilo B

- Attivazione: mail di segnalazione al team riabilitativo dedicato
- Tempi di primo contatto con la famiglia: entro 15 gg

In ogni fase e per ogni profilo è assicurata la continuità assistenziale tra team dedicato e servizi territoriali attraverso:

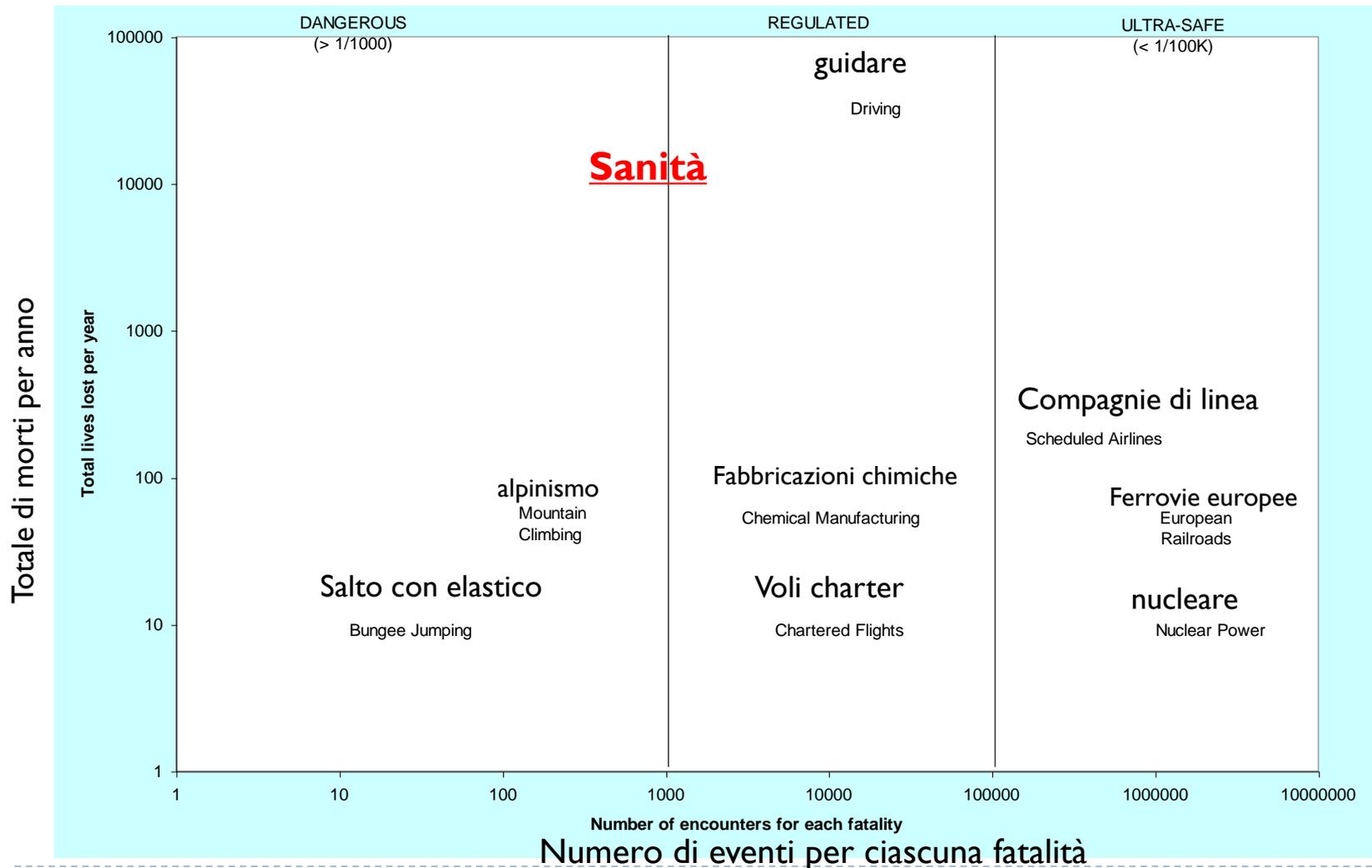
- documentazione sanitaria
- identificazione dei professionisti di riferimento.

Applicazione percorsi in riabilitazione

Clinical pathway	Level of implementation	Length of stay decrease	Core processes improvement	Residual variations rate	Outcome improvement	Costs reduction
Total hip replacement	Completed	No	Yes ¹	13.55%	No	Yes
Stroke	Interrupted	NC	NC	28.20%	NC	NC

*NC, not calculable ¹ Significant ($P < 0.05$)..
Panella, Marchisio , Di Stanislao*

C'è bisogno dei percorsi oggi?



Cosa serve per implementare i percorsi

- ▶ Individuazione di precise categorie di pazienti/assistiti
- ▶ Definizione di specifici standard clinico/assistenziali
- ▶ Sviluppo della cultura della gestione per processi
- ▶ Promozione di posizioni di responsabilità organizzative e gestionali orientate ai processi
- ▶ Progettazione e realizzazione di sistemi e strumenti di monitoraggio per la valutazione dei percorsi

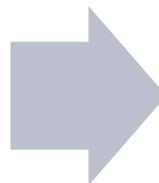
I PDTA

Da un INSIEME di parti
autocentrate e
indipendenti tra loro



A un SISTEMA che
riconosce e valorizza le
differenze, all'interno di un
comune orientamento e
di una connessione a rete

Autoreferenzialità degli
individui, dei gruppi, delle
discipline, delle professioni,
delle organizzazioni



Alla referenzialità garantita
dall'altro diverso da sé -
obiettivabile

A cosa servono i percorsi ...

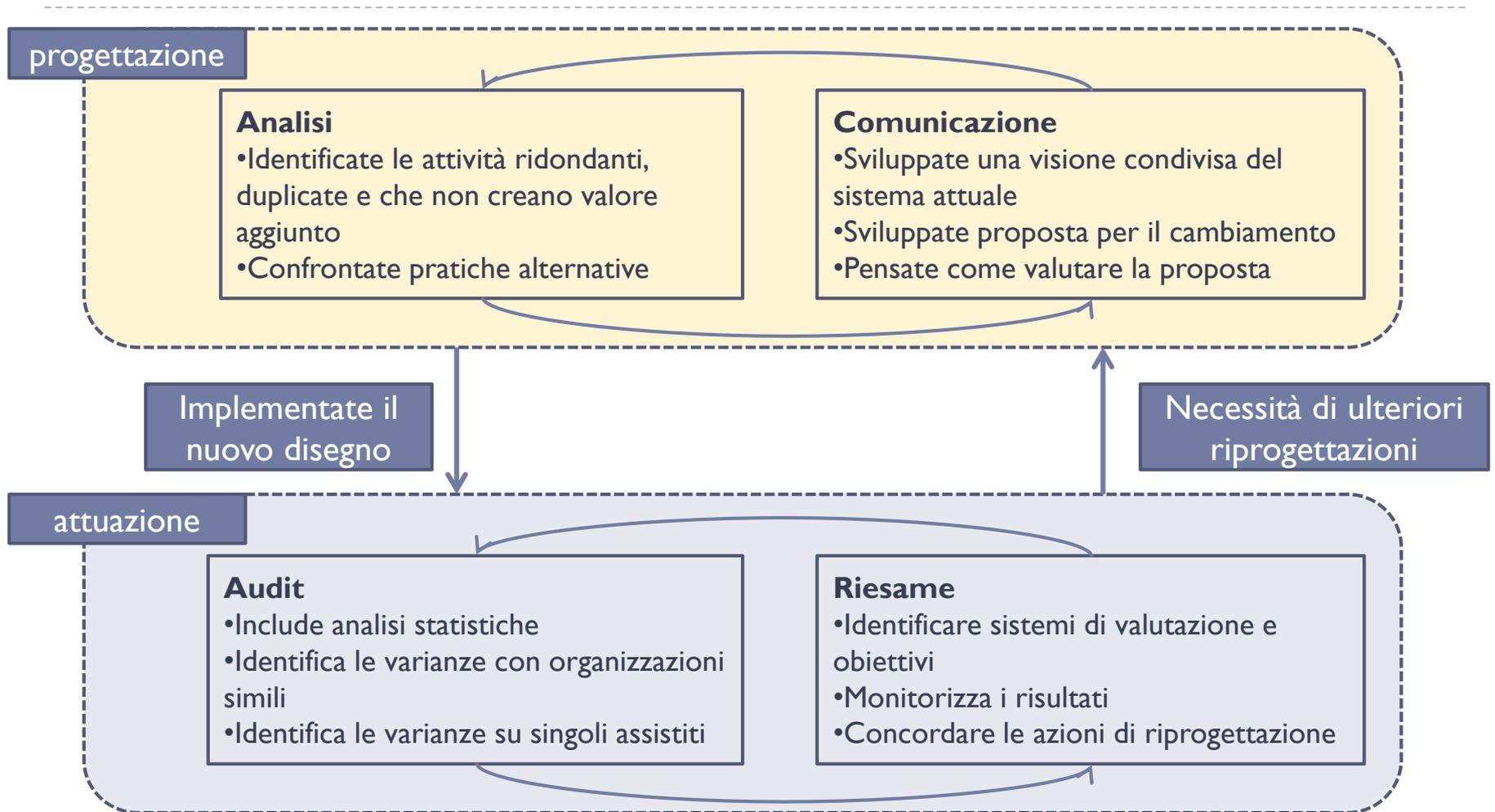


Project work

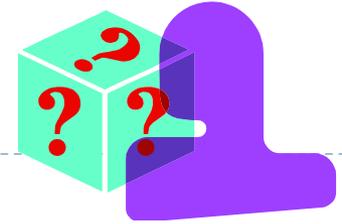
obiettivo:

- Riprogettare un processo assistenziale riabilitativo all'interno di un PDTA
(fare esplicito riferimento a LG di riferimento)
Descrivere sinteticamente il PDTA ed analiticamente il processo riabilitativo

Ciclo della progettazione di un PDTA



interrogativi



- Quale mandato in quale contesto?
- Quali problemi con quali priorità? (problemi di salute e problemi interni)
- Quale struttura? (quali risorse reali)
- Quali obiettivi specifici? (per risolvere quei problemi nell'ambito del mandato)
- Quali prestazioni?
- Quali procedure e processi? (per dare quelle prestazioni)
- Quali risultati dimostrabili?

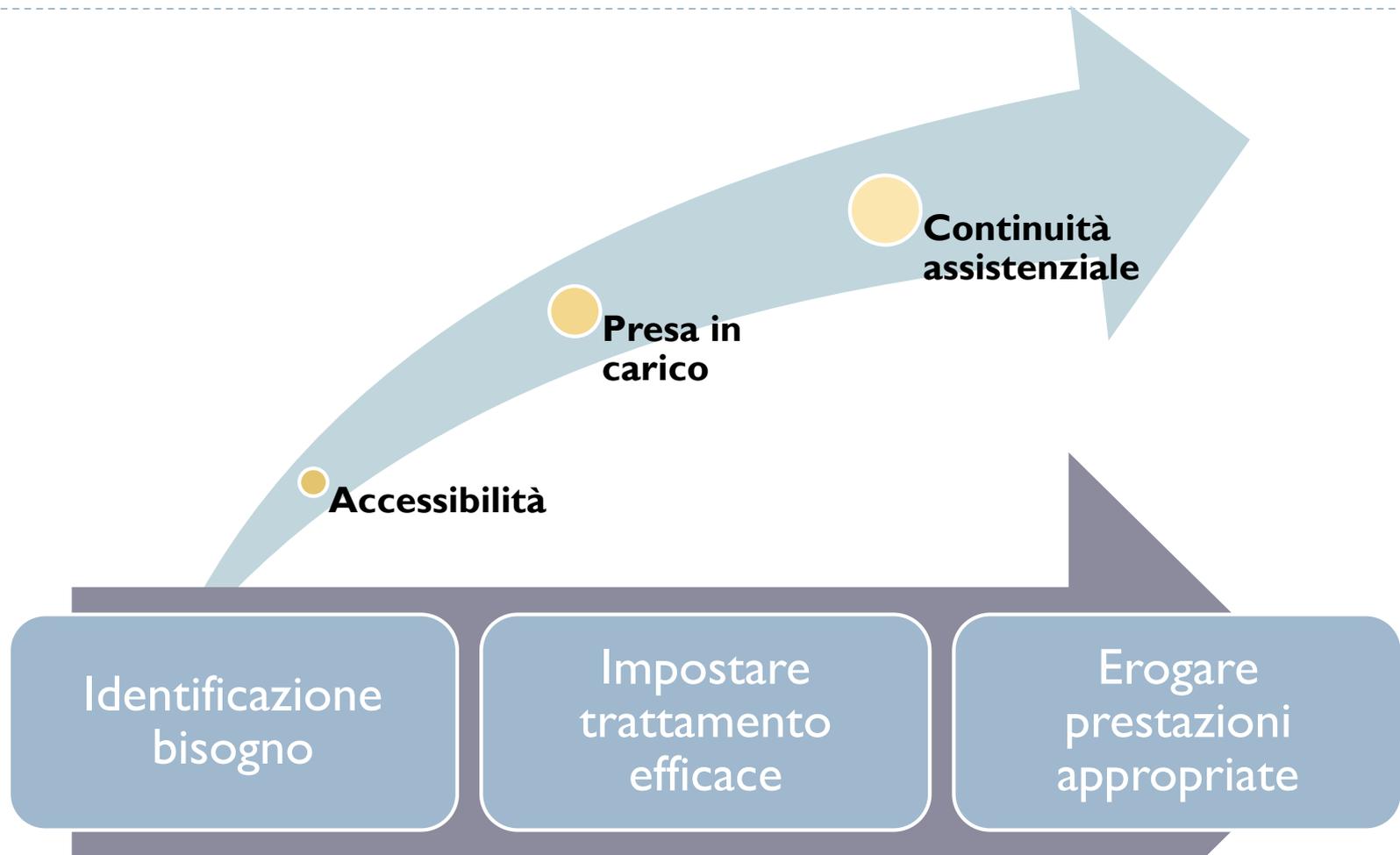
- **Quali indicatori per descrivere e valutare il tutto?**

E ricordate:

- ▶ le **LG** raccomandano quali interventi sanitari (*what*) dovrebbero essere prescritti a specifiche categorie di pazienti
- ▶ Il **PA** deve definire per ciascuna fase:
 - ▶ *Who*: i professionisti responsabili.
 - ▶ *Where*: i diversi setting in cui viene erogato.
 - ▶ *When*: le tempistiche cliniche e organizzative.
 - ▶ *How*: la descrizione delle procedure operative.

I percorsi per le patologie croniche

Superare l'approccio tradizionale



Fragilità dell'anziano: più fattori



La ricerca di modelli clinici e organizzativi capaci di coniugare personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure

di M. P. FANTINI, E. BORGONOVÌ, G. MACIOCCO, G. PIERI, F. LONGO

Da sempre, la linea editoriale di Mecosan sottolinea che la sostenibilità dei sistemi, in particolare del Servizio sanitario nazionale, dipende dalla capacità delle Unità sanitarie locali delle aziende che lo compongono, nello specifico delle aziende sanitarie territoriali, ospedaliere, ospedaliere universitarie, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, altre entità autonome. Coerentemente con le teorie aziendali e di management, confermate dalla realtà e da tutti gli studi empirici, è evidente che l'equilibrio delle aziende si ottiene prima di tutto partendo dalla individuazione dei bisogni reali e dalla capacità di anticipare la loro evoluzione. Di conseguenza, nessuna politica che abbia l'obiettivo di garantire la sostenibilità può prescindere da una riflessione approfondita sull'evoluzione dei bisogni.

In questa prospettiva va sottolineato che la nuova e maggiore sfida per i Sistemi sanitari è oggi rappresentata dall'aumento della prevalenza delle malattie croniche, che sono ormai diventate la principale causa di mortalità e morbidità in Europa e costituiscono un problema emergente anche nei Paesi a basso e medio reddito, grazie ai progressi nella riduzione e controllo della diffusione delle malattie infettive. L'ampia prevalenza della cronicità è strettamente correlata alla rilevanza delle risorse sanitarie che essa consuma. La Regione Lombardia ha calcolato che il 30% dei propri residenti sono affetti da una patologia cronica e che questi consumano il 70% delle risorse del Sistema sanitario regionale (Agnello et al., 2011).

Pertanto, i Sistemi sanitari stanno cercando di riorientare i servizi, destinandoli non soltanto alle persone in condizioni acute o di emergenza ma anche alle persone con patologie croniche, organizzando percorsi orientati alla prevenzione, diagnosi precoce e supporto per questa tipologia di pazienti.

Diversi autori hanno sottolineato la necessità di un cambiamento dell'organizzazione dell'assistenza secondo la logica del passaggio dalla medicina di «attesa», centrata sulla malattia in fase di acuzie, alla «medicina di iniziativa», centrata sul trattamento delle persone con malattie croniche (Ham, 2010).

La sfida è rappresentata dalla capacità di ricercare attivamente le fragilità, di presidiare la continuità delle cure e di attuare sinergie con tutte le risorse della comunità. In questa logica, le modalità assistenziali devono tendere a uno sviluppo integrato delle professionalità, attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali e organizzative che, partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, devono saper valorizzare il contributo dei diversi professionisti coinvolti.

Per realizzare questa riorganizzazione delle cure e dell'assistenza, garantendo, oltre all'appropriatezza clinica e organizzativa, umanità, globalità, continuità, proattività e tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti, il modello di riferimento indicato dalla

La riflessione dovrebbe concentrarsi su come fare evolvere i modelli di assistenza in relazione a epidemiologia e demografia della popolazione

Prime evidenze di recupero di efficienza e produttività e di migliore gestione del paziente fragile e/o complesso (ma serve una misurazione più robusta!)

Servizi territoriali: un'importante sfida

E' possibile fare programmazione ed impostare un modello di presa in carico efficace per

↓ **il conclamarsi della condizione di fragilità**

E' possibile conoscere

- ▶ Chi sono le persone anziane fragili
- ▶ Quali rischio

Quale risposta alla fragilità

- Prevenzione
- Approccio proattivo

- ▶ La Valutazione Multidimensionale
- ▶ La presa in carico in Team
- ▶ La continuità assistenziale

Continuità dell'assistenza

- ▶ Estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza.
- ▶ La continuità assistenziale è quindi un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso domicilio, ospedale o altra realtà.

Corretto equilibrio dei setting assistenziali

Ospedale

- ▶ Per acuti
- ▶ Alta tecnologia
- ▶ Medio/alta complessità assistenziale

Territorio

- Presa in carico precoce
- Cronicità
- Promozione della salute
- Medicina di Iniziativa

Piramide di Kaiser



Piramide di Kaiser

Interventi proattivi

Attività fisica e motoria

- ▶ Riduce i rischi di mortalità e morbidità, ruolo importante anche nella prevenzione delle cadute e della depressione
- ▶ Il 26% degli anziani riferisce di essere caduto almeno una volta nell'ultimo anno
- ▶ L'evento caduta è rilevante nella vita dell'anziano sia per le conseguenze che possono essere invalidanti sia per le ripercussioni di tipo psicologico

Funzioni del Fisioterapista nella promozione della salute

- ▶ Funzioni di valutazione e monitoraggio in programmi di Attività Fisica Adattata svolti da Laureati in Scienze Motorie
- ▶ Funzioni di interventi specifici di prevenzione al domicilio per anziani fragili

AFA in Emilia Romagna

- Per attività fisica adattata (AFA) si intendono programmi di esercizio **non sanitari** svolti in gruppo appositamente predisposti per **cittadini con malattie croniche finalizzati alla modificazione dello stile di vita e indirizzati al mantenimento delle abilità motorie residue** per la prevenzione secondaria e terziaria . Si tratta pertanto di una strategia di intervento finalizzata alla promozione di un'attività fisica regolare e non di cura della malattia.
- Sperimentazione regionale per:
 - Morbo di Parkinson (Modena, Cesena, Ravenna)
 - Esiti di impianto di artroprotesi d'anca (Modena, Cesena, Ravenna)
 - Lombalgia (Ravenna e Cesena)
 - Fibromialgia primaria (Bologna)
- Si sono definiti i limiti di inclusione ed esclusione in base a valutazioni su scale validate, si è definita la modalità d'accesso e la modalità di verifica e controllo del protocollo.
- Scopo dell'AFA è modificare lo stile di vita, promuovere attività di prevenzione, favorire il mantenimento delle abilità motorie residue e svolgere attività socializzanti.
- Attraverso il monitoraggio del fisioterapista dipendente del SSR che segue l'andamento dello stato di salute si prevede la possibilità di un rientro in programmi sanitari

Riduzione rischio cadute – Protocollo Otago

- Il protocollo Otago è uno dei programmi di attività fisica più conosciuti per la prevenzione delle cadute nell'anziano,
- È un intervento individualizzato per la riduzione del rischio di caduta dell'anziano fragile a domicilio svolto da fisioterapisti attraverso interventi diretti di valutazione e programma personalizzato di esercizi associato a un'attività di supervisione telefonica per rinforzo dell'adesione al programma
- La Regione Emilia Romagna ha sviluppato uno studio di fattibilità per verificare la realizzabilità nel nostro contesto di un programma di sperimentata efficacia nella riduzione del rischio di caduta (aderenza degli anziani e realizzabilità organizzativa).
- Un gruppo di lavoro di fisioterapisti coordinato dalla collega Alessandra Cenni ha sviluppato un modello applicabile nel nostro contesto culturale
- Lo stesso gruppo di lavoro ha curato l'implementazione del progetto sperimentale in diverse Aziende delle regione

Otago Exercise Programme

- **Cost saving in ≥ 80 year olds living at home**
 - Robertson MC *et al. BMJ* 2001;322:697-701
- **Best value for money**
 - Davis JC *et al. Br J Sports Med* 2010;44:80-9
 - 9 cost effectiveness studies
- **Reduction in healthcare costs = 1.9 x cost of delivery**
 - Hektoen LF *et al. Scand J Pub Health* 2009;37:584-9
- **55% reduction in risk of death**
 - Thomas S *et al. Age Ageing* 2010;49:664-72
- **Significantly improves cognitive performance**
 - Liu-Ambrose T *et al. J Am Geriatr Soc* 2008;56:1821-30



Riduzione
del 35% del
rischio di
cadute

I costi

Stima del costo di una caduta
al netto delle fratture di femore: **€ 2.000**

€ 13.300
costi sanitari



€ 1.400
costi sociali



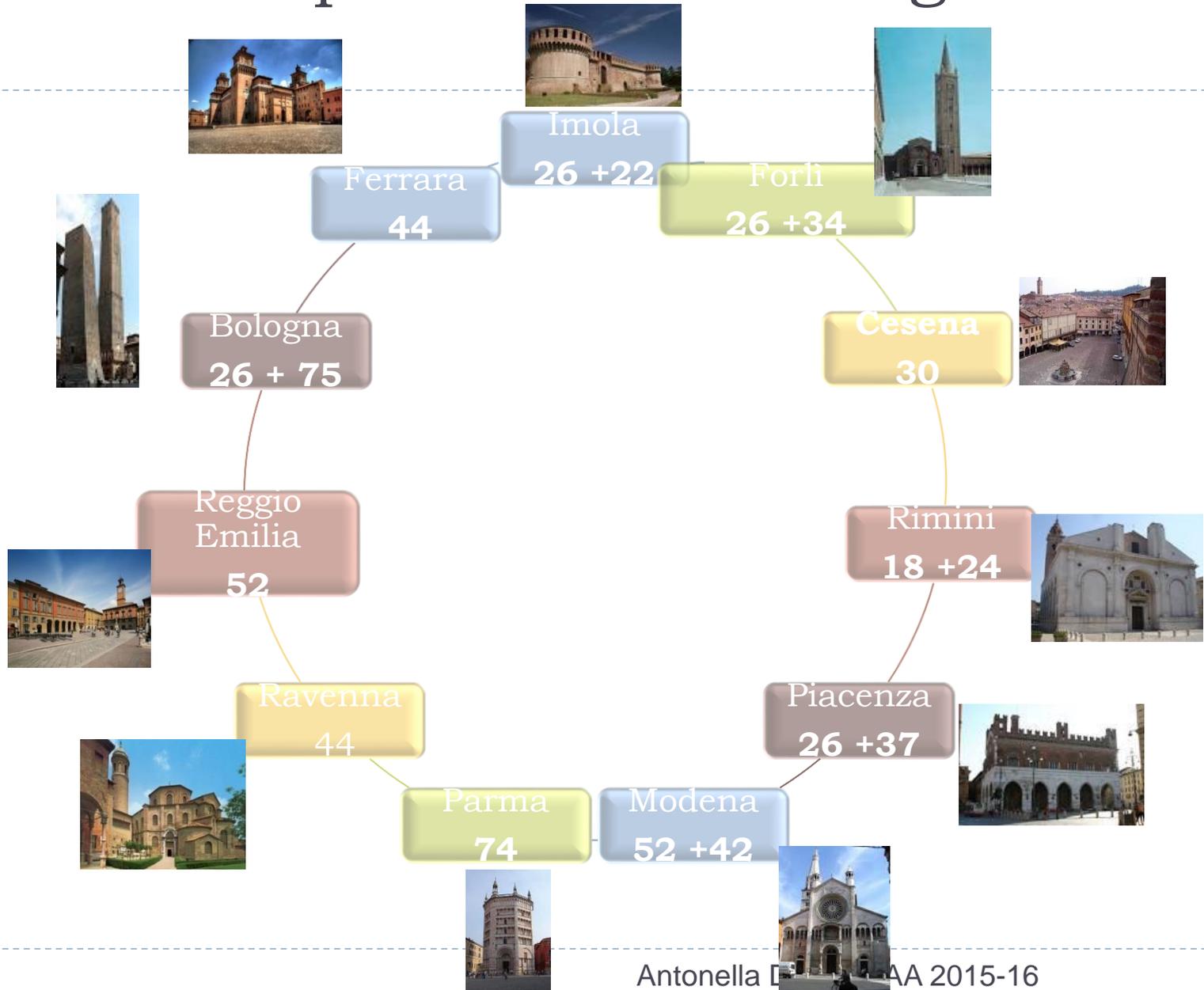
Totale
€ 14.700

Stima per ogni
caso di frattura
di femore

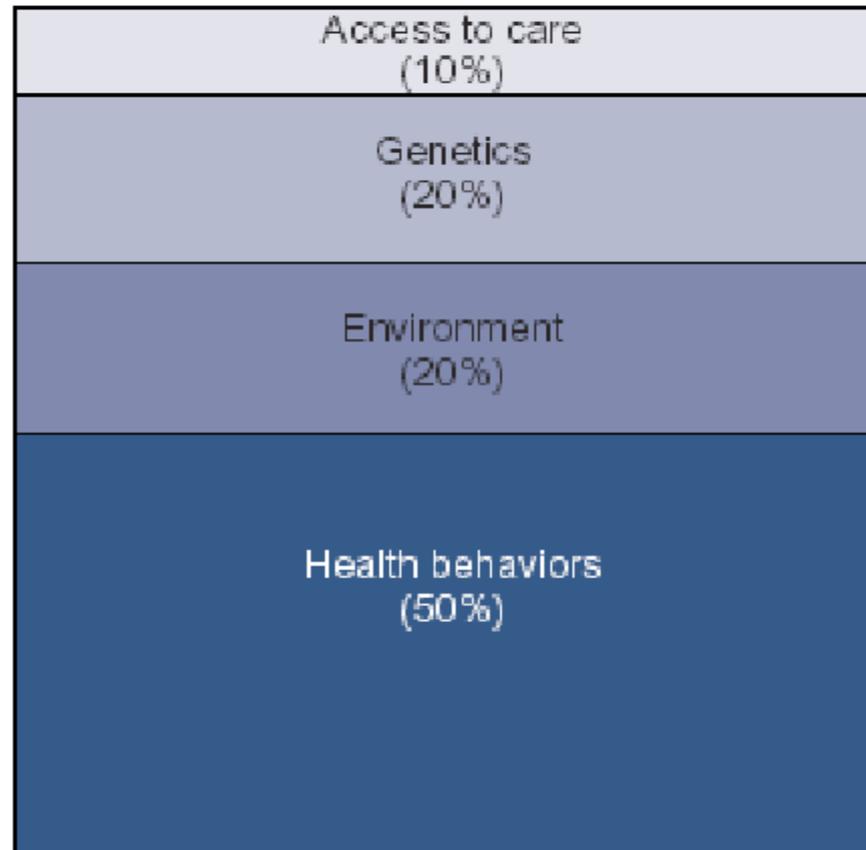
Costo teorico medio
per l'anziano inserito
nel progetto

€ 346

La sperimentazione regionale

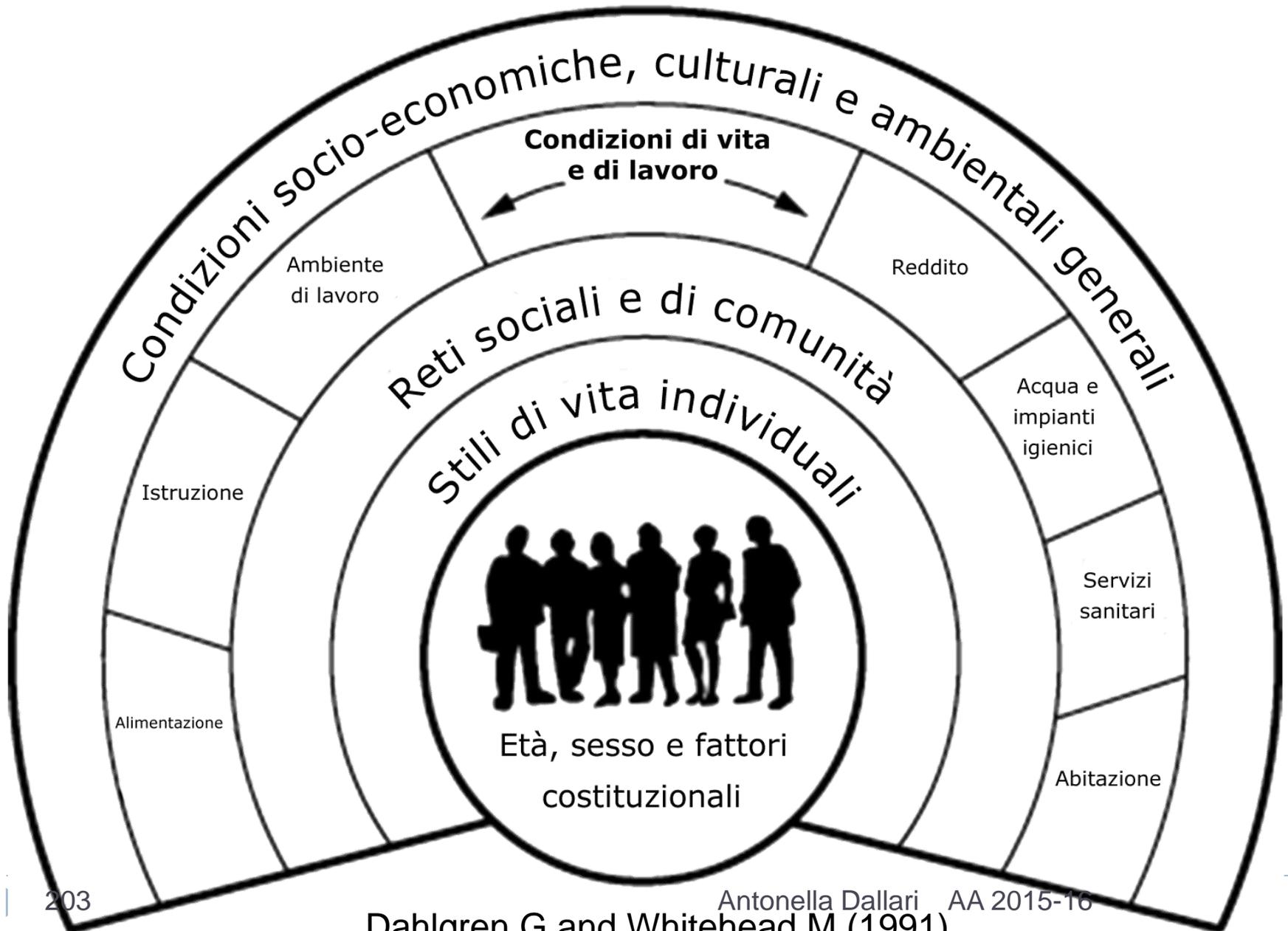


Determinants of health

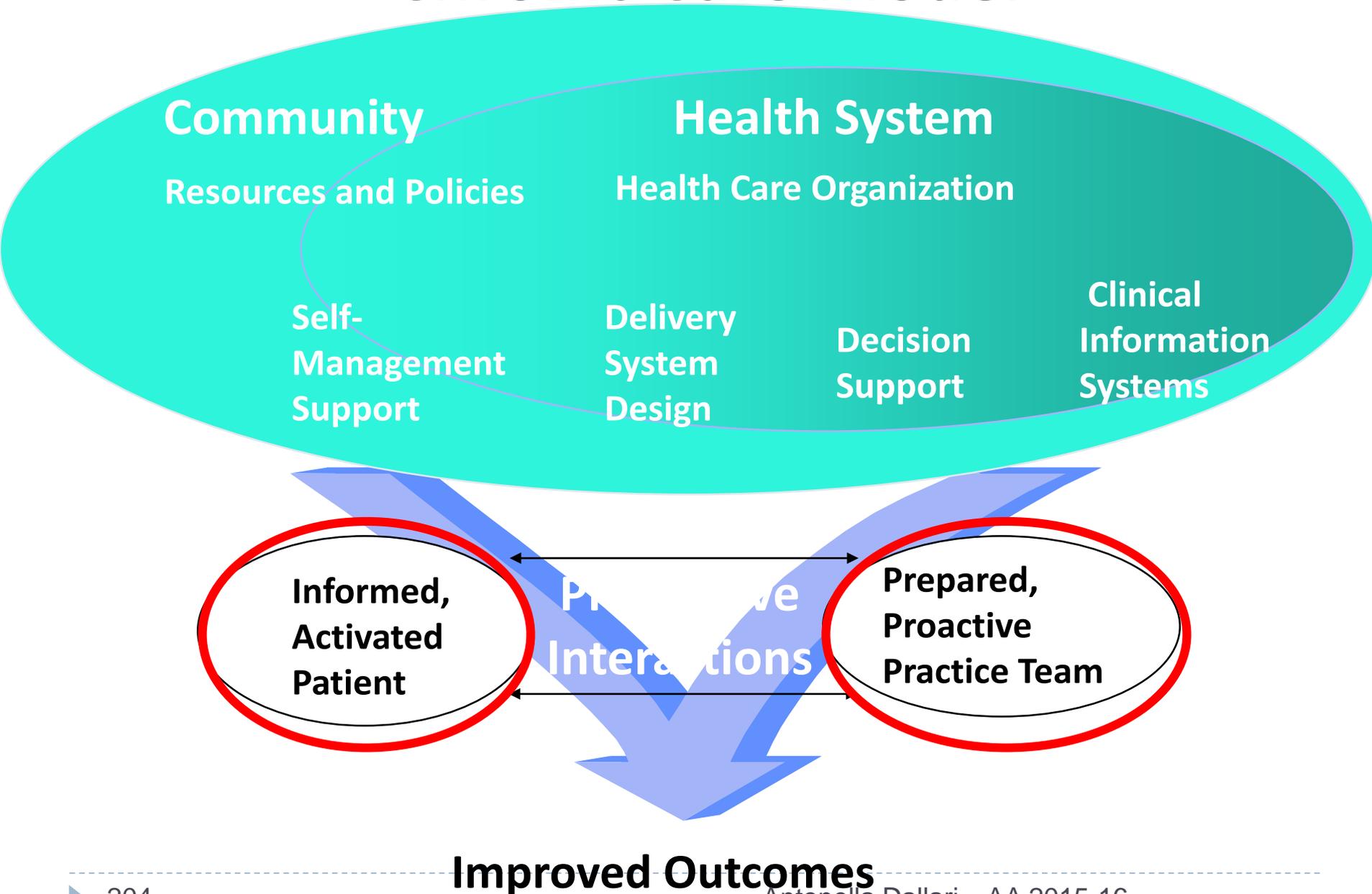


Source: IFTF; Centers for Disease Control and Prevention.

I determinanti della salute



Chronic Care Model



Acute Care

Intensività assistenziale
“Technology-intensive”

**Orientato alla produzione
di prestazioni**

**Presidia
soprattutto l'efficienza**

**Tende all'accentramento
(Economie di scala)**

Punta all'eccellenza

Primary Care

Estensività assistenziale
“Labor-intensive”

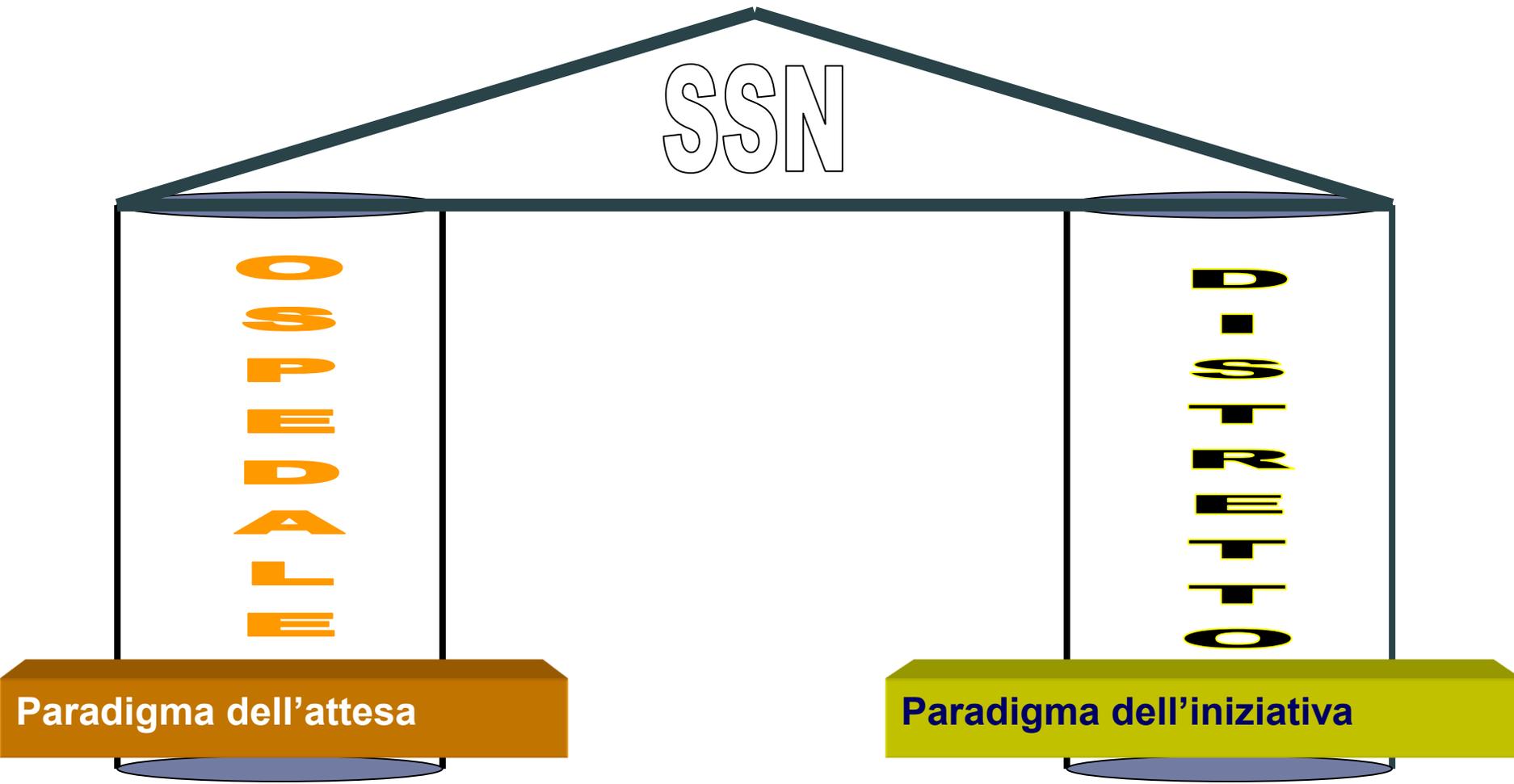
**Orientato alla gestione
di processi assistenziali**

**Presidia
soprattutto l'efficacia**

**Tende al decentramento
(Partecipazione)**

Punta all'equità

due pilastri del SSN - due diversi paradigmi



USA – Family Medicine

- ◎ **Fornire ad ogni paziente un medico personale e garantire che esso rappresenti il punto di entrata nel sistema sanitario.**
- ◎ **Erogare un set completo di servizi: valutativi, preventivi e clinici generali.**
- ◎ **Assicurare una continua responsabilità nei confronti del paziente, incluso il necessario coordinamento dell'assistenza al fine di garantire la continuità delle cure.**
- ◎ **Operare nei confronti degli individui avendo presenti i bisogni e le preoccupazioni della comunità.**
- ◎ **Fornire un'assistenza appropriata ai bisogni fisici, psicologici e sociali del paziente nel contesto della famiglia e della comunità.**

Determinanti distali e prossimali delle malattie croniche. Fonte: OMS

Cause delle malattie croniche





Pazienti con
patologie
croniche plurime
complicate e
gravi

Pazienti con
patologie
croniche
"complicate"

Pazienti con patologie
croniche "semplici"

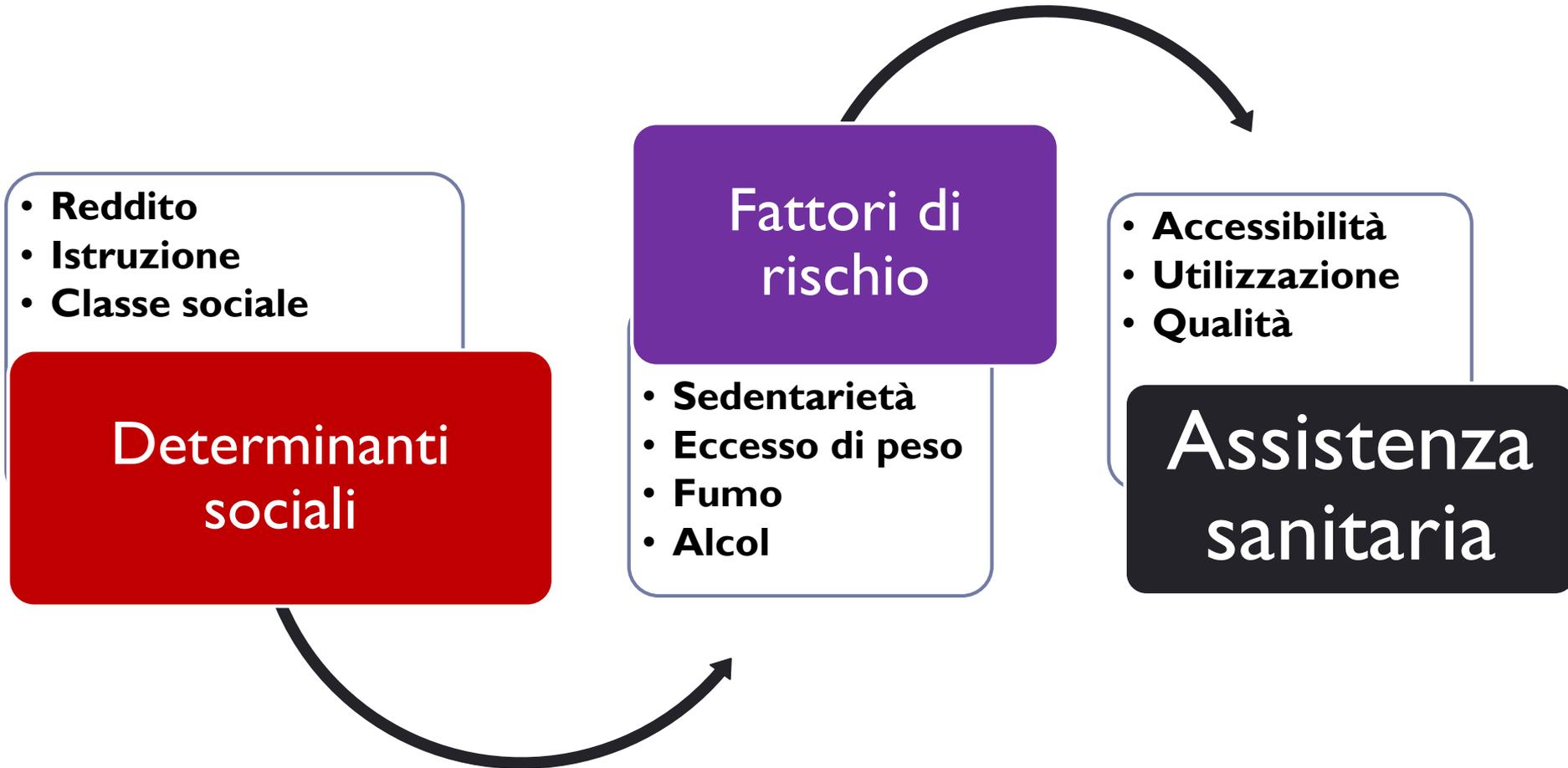
Gruppi di
popolazione esposta
a rischi

Popolazione sana

Sanità d'iniziativa

Promozione
della salute

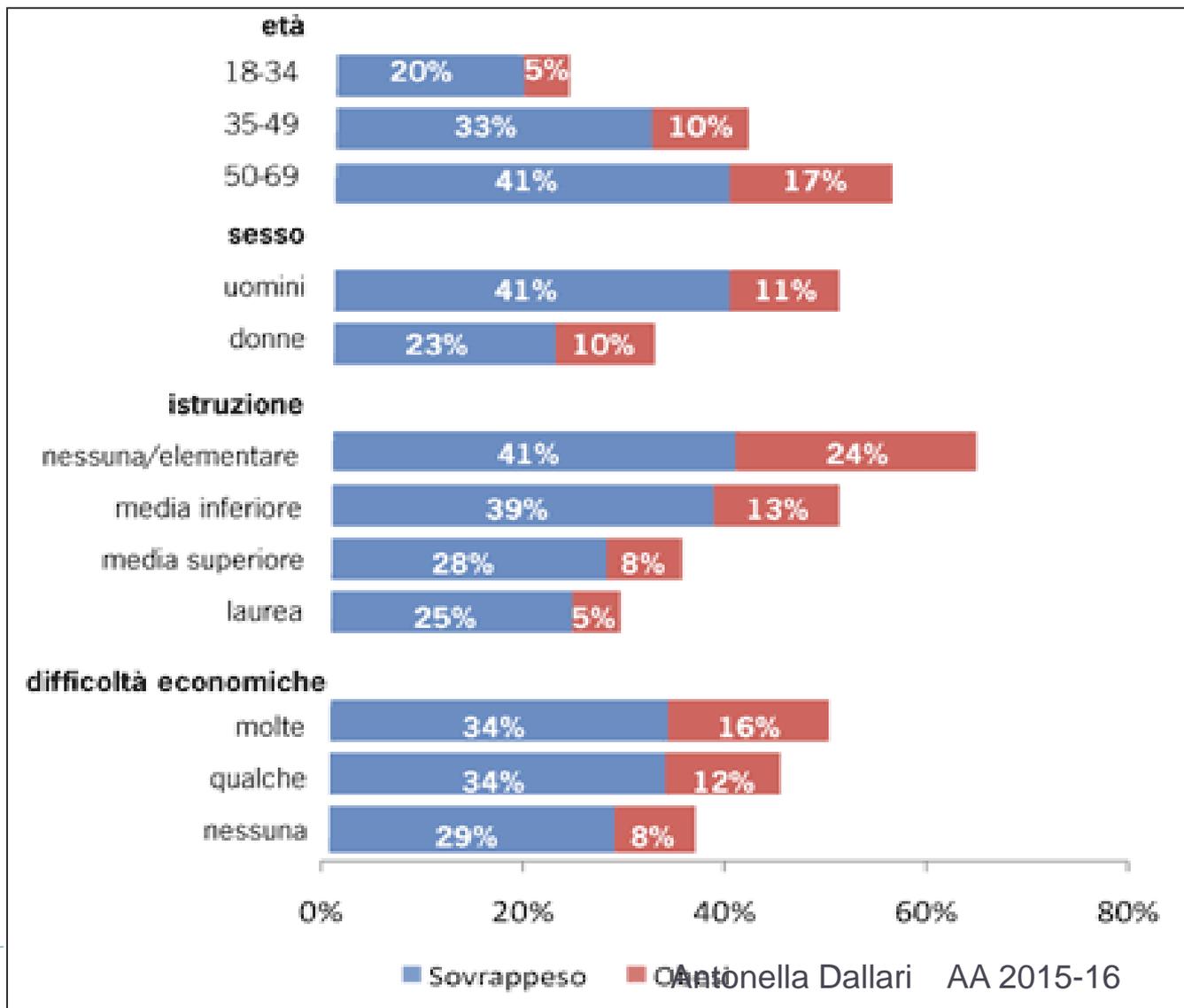
Malattie croniche. La catena delle cause



Eccesso ponderale

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche

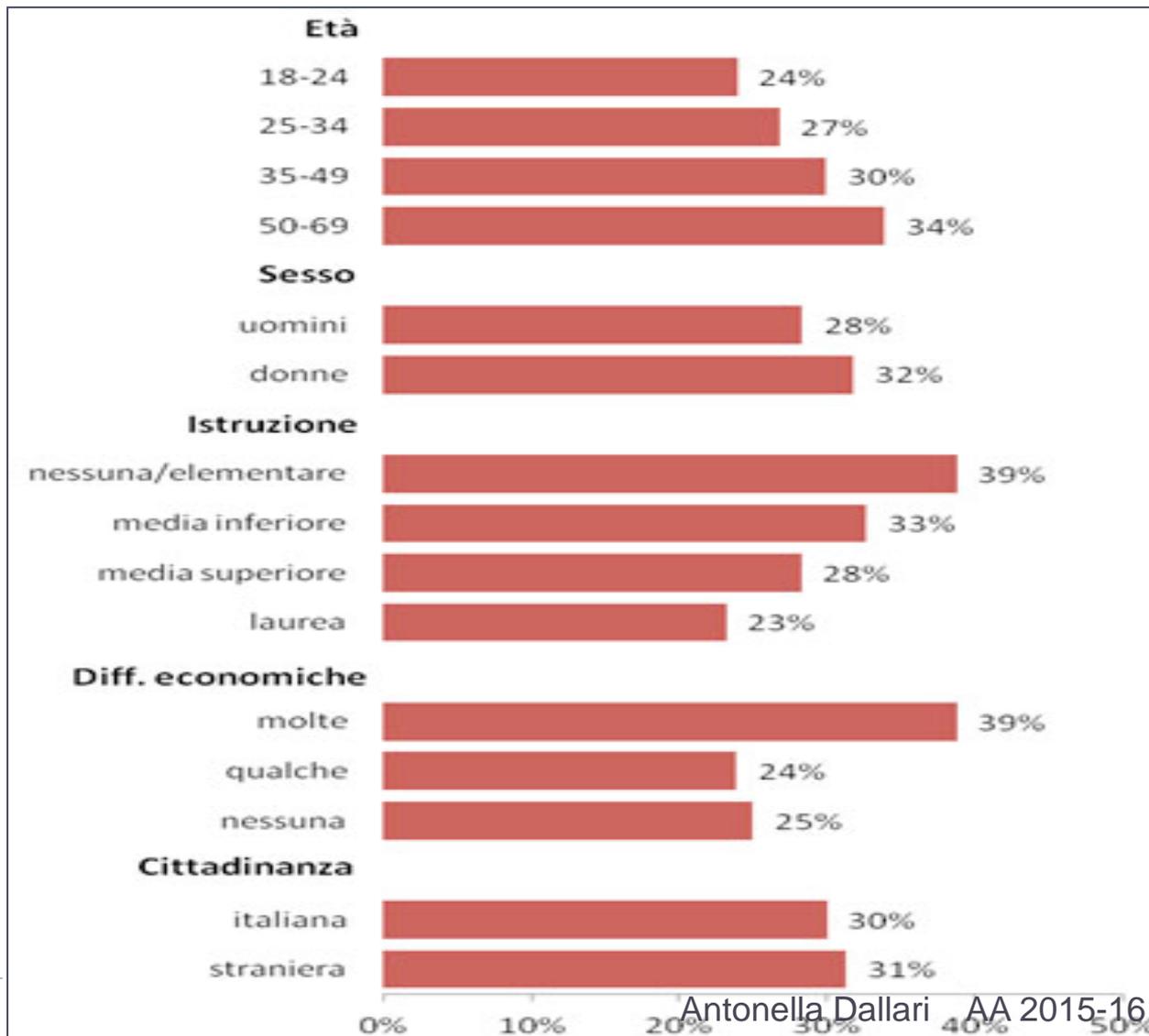
Rapporto nazionale Passi 2011



Sedentarietà

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche

Rapporto nazionale Passi 2011



Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development 1

Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process

Robert Geneau, David Stuckler, Sylvie Stachenko, Martin McKee, Shah Ebrahim, Sanjay Basu, Arun Chockalingham, Modi Mwatsama, Razmin Jamal, Ala Alwan, Robert Beaglehole

Chronic diseases, especially cardiovascular diseases, diabetes, cancer, and chronic obstructive respiratory diseases, are neglected globally despite growing awareness of the serious burden that they cause. Global and national policies have failed to stop, and in many cases have contributed to, the chronic disease pandemic. Low-cost and highly effective solutions for the prevention of chronic diseases are readily available; the failure to respond is now a political, rather than a technical issue. We seek to understand this failure and to position chronic disease centrally on the global

Le malattie croniche - specialmente le malattie cardiovascolari, il diabete, il cancro e le malattie respiratorie croniche - sono trascurate, nonostante la consapevolezza del grave carico che esse provocano

Le politiche globali e nazionali non sono riuscite a fermare – in molti casi anzi hanno contribuito a diffondere – le malattie croniche. Attualmente sono facilmente disponibili soluzioni a basso costo e di alta efficacia per la prevenzione delle malattie croniche; il fallimento nella risposta è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico

Rapporto OASI 2014

- ▶ Oggi sappiamo, perché lo abbiamo constatato nella pratica, che un anziano, un cronico, un bambino è meglio che siano curati a domicilio: costano meno, si curano più efficacemente, si genera meno spreco. Territorio significa anche sempre più infermieri e meno medici, con buona pace delle rendite di posizione.

Il banco della non autosufficienza resta il Moloch di oggi e il macigno che incombe sul futuro della sanità. Nei prossimi anni, un esercito crescente di cittadini sempre più vecchi sarà lì a presentare il conto delle scelte che devono avvenire oggi. E Oasi 2014 lo indica con chiarezza, è stato già tagliato molto, ora bisogna definire le priorità. Le massicce azioni di «razionamento» garantiscono qualche anno di sostenibilità, ma non possiamo illuderci: questi interventi non saranno risolutivi, ma un tentativo bisogna farlo per migliorare i livelli di copertura dei bisogni, attraverso una migliore definizione delle priorità e dei modelli di allocazione delle risorse.



Buon Natale e buon lavoro

