

Percorsi assistenziali nella
post acuzie e nella cronicità
Jesi - 30 ottobre 2009

La normativa nazionale e
regionale

Fabio Ragaini

L'organizzazione dei servizi sanitari
la competenza della Regione

Spetta allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale

In sanità **legislazione concorrente** spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato

Nei **servizi sociali** la competenza è **esclusiva** delle regioni

Legge Costituzionale n. 3-2001, *Modifiche al titolo V della Costituzione*

La legislazione nazionale e quella
regionale

I diversi livelli

- Ospedaliero
- extraospedaliero (residenziale diurno, domiciliare)

- L'intensità (intensivo - estensivo)

Livello ospedaliero

- L'acuzie
- La post acuzie
 - Riabilitazione (codice 56 - 75)
 - La lungodegenza (codice 60)

Le scelte della regione Marche per quanto riguarda la post acuzie

La normativa attuale

3,82 per mille gli acuti (5.730 posti), per un complessivo 4,5, quindi riabilitazione-lungodegenza (0,68, circa 1020 posti), riduzione quindi dell'0,32 (480 posti).

Se confermata si avrebbe complessivamente 1020 posti (510 + 510)

Una precedente atto regionale (del 163-05) ha indicato riguardo la lungodegenza come dotazione lo 0,32 per mille (487 posti)

Precedentemente: (riabilitazione-lungodegenza; obiettivo 1 x mille, circa 1.500)

Riabilitazione

Le linee guida nazionali (1998)

In relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite le stesse si distinguono in

- Attività di riabilitazione estensiva o intermedia
- Attività di riabilitazione intensiva

Attività di riabilitazione estensiva o intermedia

Caratterizzate da un moderato impegno terapeutico a fronte di un forte intervento di supporto assistenziale verso i soggetti in trattamento.

L'impegno clinico e terapeutico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa e complessivamente le attività terapeutiche sono valutabili tra una e tre ore giornaliere.

A chi sono rivolti

Gli interventi di riabilitazione estensiva o intermedia sono rivolti al trattamento di:

1. **disabilità transitorie e/o minimali** che richiedono un semplice e breve programma terapeutico-riabilitativo (...);
 2. **disabilità importanti con possibili esiti permanenti**, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel lungo termine richiedenti un "progetto riabilitativo".
- Il **progetto riabilitativo** ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi, di completamento dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro 240 giorni, fatta eccezione per: i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo (Sclerosi multipla, Distrofia muscolare, Sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Alzheimer, alcune patologie congenite su base genetica), con gravi danni cerebrali o disturbi psichici, i pluriminorati anche sensoriali, per i quali il progetto riabilitativo può estendersi anche oltre senza limitazioni;
 - i pazienti "stabilizzati" nella loro condizione di non perfetto recupero funzionale per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi anche su base annua.

Attività di riabilitazione estensiva o intermedia

Dove sono erogate

- 1) **le strutture ospedaliere di lungodegenza;**
- 2) **i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale territoriali e ospedalieri;**
- 3) **i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo;**
- 4) **i centri ambulatoriali di riabilitazione;**
- 5) **le Residenze Sanitarie Assistenziali;**
- 6) **le strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale ed i centri socio-riabilitativi, ex art. 8 della legge 104 del 5 febbraio 1992, nonché il domicilio dell'utente**

Attività di riabilitazione intensiva

Dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione quale, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapista occupazionale, l'educatore professionale e l'infermiere in quegli atti finalizzati al miglioramento delle ADL - Attività della vita quotidiana -).

Il progetto riabilitativo ed i suoi programmi attuativi definiscono i tempi di, completamente dei cicli riabilitativi, di norma contenuti entro i 120 giorni

A chi sono rivolte?

Gli interventi di riabilitazione intensiva sono rivolti al trattamento:

1) di patologie complesse che richiedono la permanenza in ambiente riabilitativo dedicato specialistico e per l'interazione con altre discipline specialistiche;

2) delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse, nonché di quelle connesse con forme di patologia rara per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di una adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzatura particolarmente complesse, di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

Attività di riabilitazione intensiva

Dove viene erogata

- Presidi ospedalieri -plurispécialistici e monospécialistici
- Presidi di riabilitazione extraospedalieri a ciclo diurno e/o continuativo

Le attività di riabilitazione intensiva ad alta specialità sono erogate nei presidi di alta specialità

1. Unità Spinali Unipolari
2. Unità per le Gravi Cerebrolesioni acquisite e i Gravi Traumi Cranio-encefalici
3. Unità per le disabilità gravi in età evolutiva
4. Unità per la riabilitazione delle turbe neuropsicologiche acquisite

La lungodegenza nelle Marche (1)

Il Piano sanitario 2003-2006

- Alla lungodegenza post-acuzie afferiscono pazienti che, dopo una fase acuta di malattia, presentano problemi clinici ancora attivi e che richiedono una competente e continua sorveglianza medica ed un nursing non erogabile in regimi extraospedalieri.
- L'assistenza medica è garantita da personale di formazione internistica-geriatrica in integrazione funzionale con l'unità di medicina generale. Le consulenze specialistiche sono garantite dal personale del reparto specialistico da cui proviene il paziente.

La lungodegenza nelle marche (2)

- **E' riservata a:**
- Pazienti con malattia ad andamento cronico – recidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessitano di accertamenti di I livello (difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale) per il controllo periodico della malattia
- Pazienti con progressa malattia acuta e clinicamente stabilizzati, non autonomi, in cui persiste la necessità di verifica medica quotidiana per l'aggiustamento della terapia ed il recupero dell'autonomia in tempo contenuto.
- Pazienti convalescenti con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomi, con deficit funzionali emendabili.
- Pazienti destinati a trattamenti periodici ad elevata frequenza.
- Pazienti con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessitano prevalentemente di assistenza internistica oltre ad interventi riabilitativi mirati.
- **Lo standard programmatico di 0,5 posti letto per 1000 abitanti (735 posti letto per l'intera regione) deve comprendere anche i posti letto di "Hospice" (87 posti letto). La restante quota di posti letto (648) andrà realizzata in modo equilibrato nel territorio regionale scegliendo idonee localizzazioni all'interno degli ospedali di rete, nelle case di cura private o in poli ospedalieri (purché siano garantite le funzioni di medicina generale).**

La lungodegenza nelle Marche (3)

Il piano sanitario 2007-2009

Il ruolo assegnato alla lungodegenza post acuzie è quello di fornire un regime appropriato per l'assistenza a pazienti post-acute, con diagnosi definita e stabilizzati da un punto di vista clinico, che per la loro situazione non necessitano dello stesso numero di ore/personale e dello stesso potenziale tecnologico dei pazienti con patologia acuta.

Gli obiettivi principali delle lungodegenze post acuzie sono:

- accelerare il turn-over delle aree di degenza per acuti delle discipline di medicina e chirurgia generali e specialistiche. Per questo motivo devono essere più vicino possibile ai posti letto per acuti che la "alimentano".
- fornire, a costi ridotti, assistenza qualificata ai pazienti post-acute non dimissibili, prevedendo una stretta integrazione tra le lungodegenze post-acuzie e le unità operative di riabilitazione ospedaliera con la rete dei servizi residenziali e domiciliari del territorio;
- le lungodegenze post-acuzie devono costituire un sistema integrato, coerente e coordinato con i servizi distrettuali (residenziali e domiciliari), verso i quali il paziente deve avere garanzia di accesso attraverso percorsi preferenziali e facilitati.
- Lo sviluppo dell'offerta di posti letto di lungodegenza si è basato in questi ultimi anni sulla riconversione dei posti letto per acuti, spesso come posti letto inseriti nelle aree di degenza per acuti e quindi senza grossi impatti in termini di appropriatezza organizzativa (e conseguente efficienza gestionale).

Tipologie del paziente ammissibile (P.O. post acuzie)

2.2.1 Criteri di ammissione:

- a) paziente con malattia ad andamento cronico-ricidivante, ben definita sul piano diagnostico, che necessita di accertamenti di primo livello per il controllo periodico della malattia, che siano difficilmente eseguibili in altro regime assistenziale;
- b) paziente con progressiva malattia acuta e clinicamente stabilizzato non autosufficiente nel quale persiste la necessità di verifica medica quotidiana anche per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempo contenuto;
- c) paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali emendabili;
- d) pazienti con deficit funzionale lieve e prognosi favorevole per il recupero a breve termine che necessita prevalentemente di assistenza infermieristica.

Dalla proposta di P.O. post acuzie

Esempi di diagnosi di ammissione

Problemi medici:

1. polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione;
2. scompenso cardiaco congestizio, dopo la fase di edema polmonare, complicato da infezioni, piaghe da decubito, ecc.;
3. endocardite infettiva dopo la scomparsa della febbre, a basso rischio di embolizzazione o rotture valvolari;
4. malattie neoplastiche con complicanze della chemioterapia dopo trattamento acuto;
5. cirrosi ascitogena in fase di svuotamento a basso rischio di sanguinamento di varici esofagee;
6. nefropatia stabilizzata in fase di terapia di consolidamento;
7. paziente con varie patologie, stabilizzato, in fase di convalescenza medicalizzata (recupero da malnutrizione, disidratazione, vasculopatia periferica, piede diabetico, ictus nei casi in cui non prevalga la componente assistenziale riabilitativa);
8. broncopneumopatia ostruttiva cronica con importante insufficienza ventilatoria, superata la fase acuta ipercapnica.

Problemi chirurgici:

1. fase di recupero / convalescenza dopo interventi di chirurgia generale o specialistica (in particolare ortopedica, polmonare, etc);
2. complicanze mediche di interventi chirurgici (complicanze metaboliche, infettive, circolatorie) superata la fase di acuzie.

La lungodegenza

- Non confondere riabilitazione (56) con lungodegenza (60)
- Non confondere lungodegenza con RSA anziani
- La riabilitazione all'interno delle lungodegenze
- Non confondere RSA anziani con altre RSA (disabili - psichiatria)

Standard

Le unità di personale, di assistenza diretta ai pazienti (...) sono determinate in funzione dei minuti di assistenza pro-die per paziente. Pertanto si avrà il seguente personale in organico:

Tipologia Minuti di assistenza per paziente

- A) specialità di base -120- B) specialità di media assistenza - 180 - C) specialità di elevata assistenza -300, D) intensiva -600 E) subintensiva 360 - F) riabilitazione 200 - G) lungodegenza 120.
- **specialità di base:** medicina generale, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, diabetologia e malattie del ricambio, gastroenterologia, geriatria, medicina del lavoro, oculistica, otorinolaringoiatria, odontostomatologia, urologia, reumatologia)
 - **specialità di media assistenza:** cardiocirurgia, neurochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, chirurgia plastica, ematologia, neurologia, nefrologia, neuropsichiatria infantile, oncologia e pediatria)
 - **specialità di elevata assistenza:** dialisi, DSM Dipartimento di salute mentale (CSM centro salute mentale, SPDC Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, SRR)
 - **intensiva:** UTIC, terapia intensiva neonatale, terapia intensiva post-trapianto, terapia intensiva)
 - **subintensiva:** reparti di riabilitazione ad alta specializzazione (unità di risveglio, unità di riabilitazione per cranio-mielolesi, etc.)

Posti letto per acuti

- Totale: 5.551 (pubblici 5.037, privati 514)

Degenza ordinaria: 4845

Day Hospital: 517

Day Surgery: 189

Lungodegenza (cod. 60)

- **392 posti in 27 strutture** (0,26 per mille abitanti)

- 297 pubblici

- 95 privati

Numero medio posti: **14,5 posti**

- **Pari o superiori a 15 posti in 12 strutture**

- **5 moduli: pari o inferiori a 6 posti**

- **6 moduli da 10 posti**

Riabilitazione ospedaliera (cod. 56-75)

- 322 (298) posti (0,22 per mille abitanti)

113 pubblici, 209 privati (154 - codice 56, 55

- codice 75, l'alta specialità è tutta privata)

- Pesaro, Senigallia e Camerino non hanno posti di riabilitazione
- Jesi e san Benedetto hanno 4 posti

A Sassoferrato (18+19) e Treia (12 + 26) ci sono solo posti di post acuzie (riabilitazione- lungodegenza)

Offerta ospedaliera complessiva

Totale: 6265 posti

Acuti, 5551 (5547 pubblici, 818 privati)

Lungodegenza, 392; Riabilitazione, 322

Totale post acuzie: 714 (0,48 per mille abitanti)

Se l'obiettivo è il 4,5 complessivo, di cui 3,8 acuti mancano circa 400 posti di riabilitazione - lungodegenza

Riabilitazione **intensiva** extraospedaliera

Posti totali: **115** (presenti nelle prov. di An, Ps, Mc)

Sommando l'ospedaliero (codice 56 e 75) con l'extraospedaliero intensivo il totale è **437** (322 + 115)

Assimilabile alla riabilitazione ospedaliera (259 euro contro 299)

L'alta specialità extraospedaliera

Si tratta qui di 3 tipologie di offerta per complessivi 136 posti letto.

- L'Unità **speciale sordo ciechi** (Legga del Filo d'oro, Osimo) per **56 posti**;
- L'Unità **Stati comatosi persistenti** per complessivi **60 posti** (Macerata Feltria, Villa Adria, AN, Porto Potenza Picena);
- L'Unità **Gravi insufficienze respiratorie per complessivi 20 posti** (Macerata Feltria, Villa Adria, AN, Porto Potenza Picena).

L'offerta complessiva di questa tipologia di servizio è di **80 posti** tutti a gestione S. Stefano e collocata in 3 strutture.

Riabilitazione estensiva extraospedaliera

- RSR, 320 posti (S. Stefano, 232)
- RSA disabili, circa 240 posti

Hospice: Attivi: 22 posti in 3 strutture (dato che non sembra corrispondere alla realtà)

RSA Anziani: 877 posti in 35 strutture (autorizzati ma non attivi 521)

I posti letto

Quanti sono? C'è una dotazione minima da rispettare?

Quelli ospedalieri

- Per acuti
- Riabilitazione lungodegenza

Quelli extra ospedalieri

Quando si può autorizzare la realizzazione di servizi?

- Ad esempio: riabilitazione - lungodegenza
- Riabilitazione extraospedaliera (intensiva-estensiva)
- Rsa anziani, disabili ecc

Il percorso sanitario e sociosanitario

- *L.R., 20/2000, Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitari e sociosanitarie pubbliche e private*
- *D.G.R., 2090/2000, Determinazione degli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture sanitarie o socio sanitarie o di capacità produttive delle stesse*
- *D.G.R., 2200/2000, Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e sociosanitarie*
- *D.G.R., 1889/2001, Determinazione dei requisiti richiesti per l'accREDITamento e la classificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie*

La programmazione ospedaliera e il finanziamento

- La programmazione nazionale dei posti letto ospedalieri (acuti; riabilitazione-lungodegenza)
- Dotazione e finanziamento
- Remunerazione. DRG e pagamento a giornata di degenza (abbattimento della tariffa al sessantesimo giorno)
- La programmazione residenziale extraospedaliera (dotazione e finanziamento)

Art. 26 - legge 833-1978
Prestazioni di riabilitazione

"Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle Unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'USL quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi requisiti indicati dalla legge (...)"

L'intensivo e l'estensivo nelle Marche

- Il riordino nel PSR 1998-2000
- La scomposizione dei pl. Degli istituti ex art. 26
- Gli accordi con gli istituti ex art. 26/833
- Il PSR 2003-2006

Riabilitazione Extraospedaliera. Il riordino degli istituti ex art 26 nelle Marche (2009)

Rsa disabili

Standard e tariffa: **115 euro, 140 minuti assistenza giornaliera (Rapp. Op/ut 0,6-1)**
Dove: Capodarco, La buona Novella, Villaggio delle ginestre, Ist.Mancinelli ecc...

RSR estensive

Standard e tariffa: **159 euro, 140 minuti assistenza (Rapp. Op/ut 0,8-1)**
Dove: S. Stefano, Bignamini, Paolo Ricci

RSR intensive

Standard e tariffa: **259 euro, 180 minuti assistenza (Rapp. Op/ut 1-1; riab 0,3-1)**
Dove: s. stefano (P.P. Picena, Villa Adria, macerata F.) Bignamini

Riabilitazione Extraospedaliera. Il riordino degli istituti ex art 26 nelle Marche

Unità pluriminorati sensitivi

Standard e tariffa: **280 euro**, (Rapp. Op/ut 1,5-1)
Dove: Lega del Filo D'Oro

Unità coma permanente

Standard e tariffa: **280 euro**, (Rapp. Op/ut 1,5-1)
Dove: S. Stefano

Unità gravi insufficienze respiratorie

Standard e tariffa: **280 euro**,
Dove: S. Stefano (P.P. Picena, Villa Adria, Macerata F.)

Riabilitazione ospedaliera. Il riordino degli istituti ex art 26 nelle Marche

Unità di risveglio (cod. 75)

Standard e tariffa: **526 euro**, (Rapp. Op/ut 2-1)
Dove: S. Stefano (P.P. Picena)

Riabilitazione intensiva cranio-mielolesi (cod. 75)

Standard e tariffa: **463 euro**, (Rapp. Op/ut 2-1)
Dove: S. Stefano (P.P. Picena)

Riabilitazione (sistema nervoso - ortopedico)

Standard e tariffa: **299 euro** (neurologico), **270** (ortopedico)
Dove: S. Stefano (P.P. Picena, Villa Adria,)

La tariffazione in Riabilitazione e lungodegenza

- Non c'è DGR
- C'è l'abbattimento della tariffa al sessantesimo giorno (30%)
- Il codice 28 (unità spinale) e 75 (neuroriabilitazione-alta specialità) non ha abbattimento di tariffa

La riconversione da acuti in riabilitazione- lungodegenza

- Non si aumenta la riab-lungodegenza senza diminuire i posti per acuti
- Perché è più facile riconvertire in lungodegenza che in riabilitazione
- Il problema della mancata definizione delle dotazioni minime

Le prestazioni di riabilitazione nell'extraospedaliero residenziale e al domicilio

Residenziale (quali standard)

- Rsa anziani
- Rsa disabili
- Residenze protette anziani
- Case di riposo anziani

Domicilio

- Prestazioni in art. 26/833 (in art. 26 esistono prestazioni diversificate?)
- Prestazioni in ADI

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Il riferimento della normativa nazionale. Le RSA sono destinate a soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, portatori di patologie geriatriche, neurologiche e neuropsichiatriche stabilizzate. Sono da prevedere: ospitalità permanenti, di sollievo alla famiglia non superiori ai 30 giorni, di completamento di cicli riabilitativi eventualmente iniziati in altri presidi (Dal DPR 14.1.1997).

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

I riferimenti normativi regionali (DGR 3240/92, legge 36/95, DGR 2200/2000, DGR 323/2005, DGR 704/2006).

Il PSR 2003-06 affida alle RSA la gestione di pazienti non autosufficienti, non curabili a domicilio, che si trovano in una condizione stabilizzata ma che richiedono una intensità assistenziale alta a causa della presenza di patologie croniche multiproblematiche. La durata della degenza è prolungata e può essere permanente, previa valutazione periodica delle UVD.

Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

- Lo standard di assistenza compresa quella riabilitativa
- Il costo retta
- La quota sociale. La quota a carico dell'utente
- Quanti posti letto sono attivi

Residenza Protetta (RP)

E' una struttura residenziale con elevato livello di integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.

Capacità ricettiva della Residenza Protetta è di norma pari a 80 posti residenziali con una organizzazione degli spazi e delle prestazioni per nuclei fino ad un massimo di 30 ospiti ciascuno

Residenza Protetta (RP)

Tipologia di utenza

Anziani non autosufficienti di grado medio o totali bisogni di assistenza residenziale e sanitaria (anziani colpiti da sindromi ad andamento cronico degenerativo non guaribili o da eventi morbosi che richiedono attività terapeutica ed assistenziale continua ed interventi riabilitativi allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse alla immobilità ed allo scopo di limitare i ricoveri in ambiente ospedaliero).

Anziani con forme di demenza: soggetti che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi comportamentali, previa valutazione della compatibilità del singolo paziente con la struttura ospitante.

La Casa di Riposo

Per la legge 20/2002, art. 6, *"La casa di riposo di cui all'articolo 3, comma 3, lettera c), è una struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi o che per senilità, per solitudine o altro motivo, richiedono garanzie di protezione nell'arco della giornata e servizi di tipo comunitario e collettivo"*.

La Casa di Riposo

Dal Regolamento 3-2006, art. 5 comma 6

"Le strutture operanti che hanno avanzato richiesta di autorizzazione per casa di riposo di cui all'articolo 3, comma 3, lettera c), della l.r. 20/2002, possono essere autorizzate ad esercitare l'attività anche in deroga a quanto previsto al paragrafo "Tipologia di utenza" di cui all'allegato A, limitatamente agli anziani non autosufficienti ospiti della struttura alla data di entrata in vigore del presente regolamento ferma restando la verifica di compatibilità della permanenza dei predetti ospiti da parte dell'Unità valutativa distrettuale competente".

Residenzialità sociosanitaria. La situazione attuale

- Quanti posti, con quale assistenza
- Autorizzazione e standard di assistenza
- Le rette a carico degli utenti

Valutazione ed accesso

- Unità valutativa ospedaliera
- Unità valutativa distrettuale

Valutazione ed accesso sistema sociosanitario (1)

(DGR n. 1566 del 14/12/2004)

La valutazione. Fatte salve le situazioni urgenti, gli interventi di assistenza e di cura socio-sanitari vengono disposti sulla base della formulazione di una valutazione a cura dell'UVD (ora UVI). Questa si compone nella sua configurazione minima del **Medico di distretto, MMG, Infermiere professionale, Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale e generalmente il Geriatra** (P.S.R. 2003/2006 pag. 81), ognuno dei quali ha facoltà di richiedere l'intervento di specialisti delle discipline sanitarie (su richiesta del MMG) o sociali (su richiesta dell'A.S.). L'UVD si avvale di **strumenti di valutazione clinico-funzionale**; strumenti ADL e IADL; Scheda di valutazione sociale; inoltre, se necessario, di mini mental test.

Costituzione delle UVD. Le modalità organizzative dell'UVD sono quelle già indicate nelle linee guida per l'ADL ma deve essere confermata e rafforzata nel ruolo la presenza delle componenti di servizio sociale.

Valutazione e accesso (2)

- L'UVD viene attivata quando si rende necessaria una valutazione di tipo specialistico in presenza di situazioni complesse.
- **L'esito della valutazione** prodotta dalla UVD si sostanzia in:
 - **punteggio di non autosufficienza**
 - **valutazione multidimensionale** che orienta la richiesta di prestazioni ed al tempo stesso la definizione del regime (setting operativo) più idoneo alle esigenze dell'utente
 - **valutazione delle capacità assistenziali da parte del nucleo familiare** (Indice COPE o simili), al fine di verificare la consistenza della rete di supporto.

Il progetto stilato dall'UVD definisce il percorso di assistenza e di cura, le figure responsabili, i servizi che provvedono alle prestazioni, la durata del percorso stesso.

Valutazione e accesso (3)

- **Il monitoraggio dei percorsi assistenziali.** Il progetto definisce altresì i tempi e le responsabilità di monitoraggio del percorso assistenziale e le scadenze di conferma o di revisione del percorso stesso.
- **Il ventaglio dei servizi.** Individuate le necessità terapeutico-assistenziali, **l'UVD definisce**, sulla base della valutazione del profilo di autonomia individuale, di autonomia sociale e considerando le risorse effettivamente disponibili, **il più corretto regime di erogazione delle prestazioni necessarie.** Le prestazioni necessarie possono essere fornite anche da produttori diversi, spettando alla UVD la proposta e la verifica della integrazione tra i soggetti delle prestazioni assistenziali e di cura.

Il Piano sanitario 2007-09

L'UVI esercita la funzione di definire (...) il Piano assistenziale per tutti coloro che necessitano di un intervento sanitario al di fuori delle strutture ospedaliere. Grazie alla VMD si individuano i bisogni dell'utente in modo da stilare il PAI.

Il sistema delle cure domiciliari Linee guida (DGR 606-2001)

Le forme di Assistenza Domiciliare integrate, ad elevata intensità assistenziale e che impongono una modalità di lavoro integrato sono:

1 - **L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

il cui livello operativo è territoriale, distrettuale (ai sensi dell'Art.20 punto 3 della L.R.17.07.96 n.26 l'ADI costituisce una funzione/attività propria del Distretto Sanitario) e può comprendere qualsiasi forma di assistenza a domicilio sia sanitaria che socio-assistenziale, comprese le cure domiciliari oncologiche.

2 - **L'Ospedalizzazione Domiciliare (OD)**

che richiede il raccordo operativo tra il livello ospedaliero, quello distrettuale e quello dell'Ambito Territoriale (ad esempio la terapia trasfusionale domiciliare).

ADI : IL "PACCHETTO ASSISTENZIALE" MINIMO

- **Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID)**
Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà assicurare almeno i seguenti standard minimi orario:
- dal Lunedì al Venerdì: 6 ore di mattina - 3 ore di pomeriggio
- Sabato e prefestivi: 6 ore di mattina

Per casi individuati dall'Unità di Valutazione del Distretto, in particolare per i pazienti oncologici in fase critica e/o terminale, i pazienti in trattamento antalgico, i pazienti con respiratore automatico e i pazienti in condizioni assimilabili. **Il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza.**

Le necessità di intervento anche non programmate che eccedano tale pacchetto minimo, possono essere assicurate con gli strumenti della continuità assistenziale.

Dovranno essere garantite tutte le prestazioni infermieristiche.

Al paziente in ADI va garantita la facilitazione all'utilizzo di attività diagnostiche e di laboratorio, nonché alla prestazione specialistica ambulatoriale o domiciliare. Il Direttore di Distretto individua e formalizza corsie preferenziali.

Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)

Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza riabilitativa domiciliare dovrà assicurare almeno i seguente standard minimi :

- Consulenze medico-specialistiche fisiatriche a domicilio per:

- Valutazione fisiatrica delle necessità riabilitative
- Stesura del piano di trattamento riabilitativo a domicilio
- Visite di verifica dell'andamento del piano di trattamento riabilitativo
- Prescrizione di protesi ed ausili

- Prestazioni di riabilitazione e recupero funzionale a domicilio ad opera di tecnici della riabilitazione (fisioterapisti) con orario:

dal Lunedì al Venerdì: 6 ore di mattina - 3 ore di pomeriggio

Sabato e prefestivi: 6 ore di mattina

Unità valutativa distrettuale (UVD) 1

L'Unità Valutativa di ogni Distretto è costituita da:

- Medico responsabile delle cure domiciliari (coordinatore/responsabile dell'UVD);
- Medico di Medicina Generale curante dell'assistito (Responsabile clinico del paziente);
- Infermiere professionale (Responsabile delle cure infermieristiche);
- Assistente sociale referente del caso dei Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale.

Per la segreteria organizzativa, l'UVD si avvale di un operatore tecnico. L'Unità Valutativa è integrata di volta in volta da altre figure professionali, sanitarie e sociali, specialiste del settore: medici specialisti, tecnici della riabilitazione, medico ospedaliero in caso di dimissione protetta, psicologo, educatore professionale.

Per i pazienti ultra sessantacinquenni, lo specialista di riferimento è il geriatra.

Unità valutativa distrettuale (UVD) 2

L'Unità Valutativa è " ... un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, che sia in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi 3' e con il compito di "b) rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso ideale di trattamento del paziente (Legge Regionale 34-98 - PSR 1998/2000 - paragrafo 4.2.3.3).

Costituisce in sostanza il filtro della domanda e ha il compito di identificare per ciascun soggetto la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri percorsi assistenziali. Per poter svolgere tali compiti, l'UVD si relaziona costantemente con i servizi territoriali e con gli Uffici di Promozione Sociale presenti nel distretto.

Unità valutativa distrettuale (UVD) 3

Spettano in particolare all'Unità Valutativa i seguenti compiti:

- Valutazione dell'autosufficienza dei pazienti da ammettere all'ADI;
- Valutazione Multi Dimensionale (VMD) dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (il piano assistenziale deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto)
- Ammissioni e dimissioni relative all'ADI;
- Definizione del percorso assistenziale del paziente nel sistema residenziale;
- Elaborazione del Piano Assistenziale Individuale Personalizzato comprendente: a) gli obiettivi assistenziali da raggiungere; b) le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali; c) la tipologia degli interventi; d) la frequenza degli accessi dei singoli operatori MMG, infermiere, fisioterapista, operatore socio sanitario, ecc.) e) la durata presumibile degli interventi assistenziali
- Elaborazione del Piano di Lavoro dei singoli componenti dell'équipe operativa assistenziale tempi e luoghi dell'intervento, turni, orari di accesso ecc
- Verifica dell'andamento del Piano Assistenziale
- Discussione in gruppo degli eventuali problemi emersi nel corso dell'assistenza
- Individuazione del responsabile del caso ("... La UVD al termine di una valutazione multidimensionale individua la figura professionale - responsabile del caso o case manager - che sarà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato. -L. R. 34/98 - PSR 1998/2000 - paragrafo 4.2.3.3)

Le prestazioni ambulatoriali

- **PRESIDI AMBULATORIALI DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE**
- **CENTRI AMBULATORIALI DI RIABILITAZIONE**

Presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale

Sono considerati presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale le strutture che forniscono prestazioni orientate alla prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo delle disabilità e al trattamento delle disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie. Possono essere ospedalieri o territoriali. Essi svolgono attività specialistiche ambulatoriali (di cui al D.M. 22.7.1996 e successive modifiche e integrazioni) nei confronti dei soggetti esterni, anche a domicilio.

I servizi collocati all'interno dell'ospedale assistono, altresì, individui di tutte le età, ricoverati nelle diverse Unità Operative per acuti, nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità.

Nei confronti dei pazienti in carico alle diverse Unità Operative per acuti svolgono attività di prevenzione dei danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppo di disabilità.

Si caratterizzano per:

- bassa complessità degli interventi sanitari (trattamenti che non richiedono la presa in carico globale della persona)
- durata del singolo intervento inferiore all'ora

Centri ambulatoriali di riabilitazione

I centri ambulatoriali di riabilitazione svolgono attività di recupero e rieducazione funzionale con un trattamento della condizione di menomazione e/o disabilità **che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico.**

I centri ambulatoriali di riabilitazione eseguono prestazioni finalizzate a prevenire, ritardare e ridurre le conseguenze di esiti disabilitanti.

Le prestazioni erogate da tali centri si differenziano dalle attività ambulatoriali specialistiche, di cui al D.M. 22 luglio 1996 e successive modifiche ed integrazioni, **per la presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile tramite il progetto riabilitativo individuale.**

Si caratterizzano per:

- media complessità degli interventi sanitari: trattamenti che richiedono un apporto contestuale multidisciplinare, diretti alla cura di patologie o stati morbosi con quadro clinico-funzionale di media gravità ed in cui i percorsi riabilitativi richiedono una progettualità complessa, con la definizione di un progetto riabilitativo individuale
- impegno complessivo, per seduta dell'equipe multidisciplinare, non inferiore all'ora per ogni singolo paziente
