

**Dipartimento della post-acuzie
S.C. Recupero e rieducazione
Funzionale - Moncalieri**



**LA RETE DELL' ICTUS COME PARADIGMA
DELLA CONTINUITÀ DELL' ASSISTENZA
LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELL' ICTUS**

Torino , 3 giugno 2013

Dott. A. Gaffuri

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.

Misure di continuità

La continuità della gestione del Paziente è misurata dalla estensione nella quale la assistenza è fornita in una sequenza corretta, nel tempo dovuto e in modo clinicamente appropriato

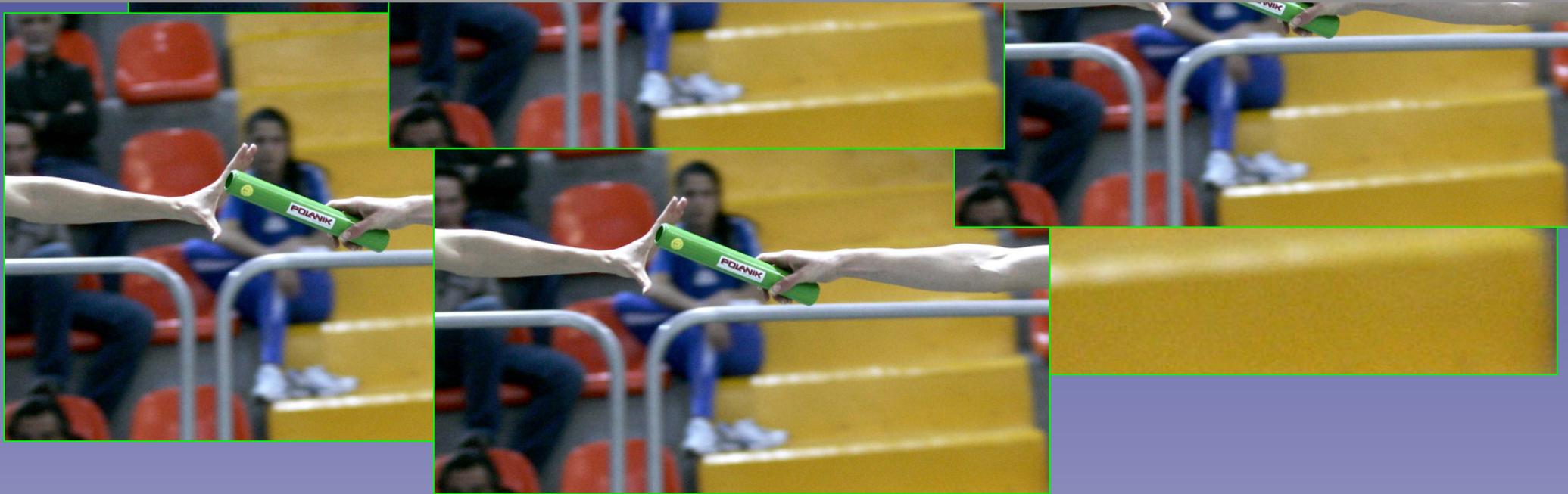
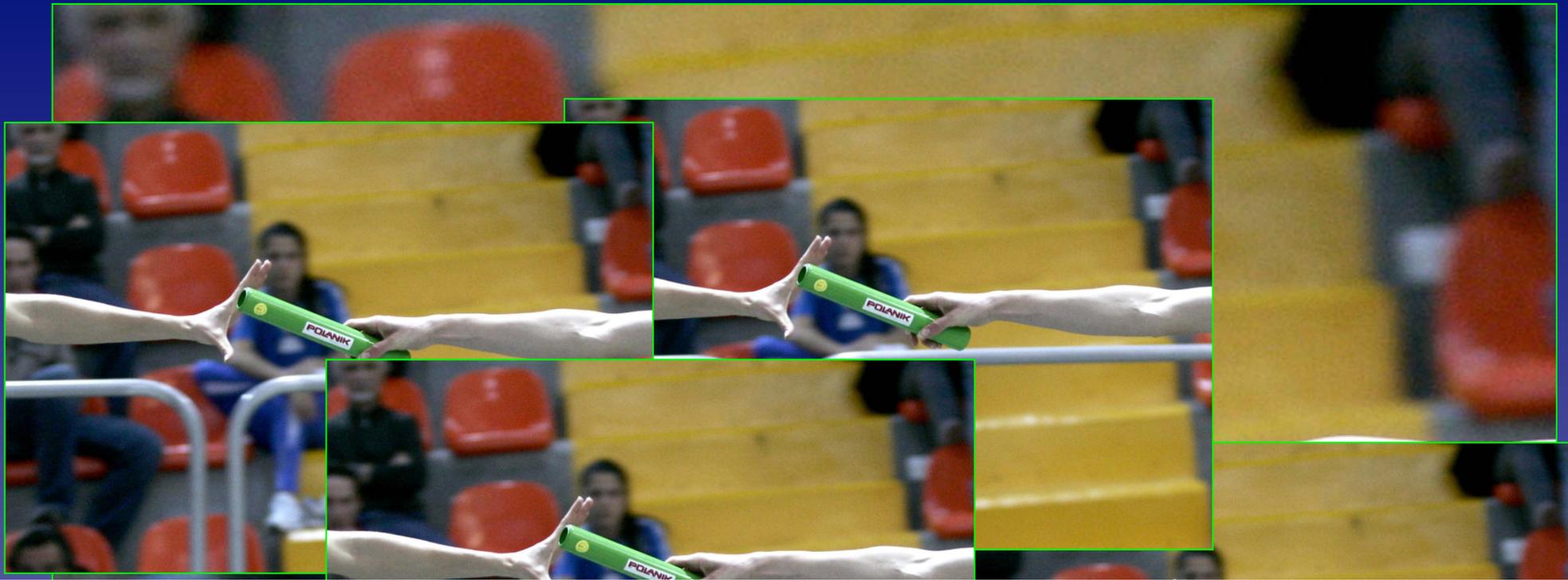
- percorsi
- follow-up

bmj.com

Continuity of care: a multidisciplinary review

Jeannie L Haggerty, Robert J Reid, George K Freeman, Barbara H Starfield, Carol E Adair and Rachael McKendry

BMJ 2003;327:1219-1221
doi:10.1136/bmj.327.7425.1219



Ictus e

S.U. = 3 – 5 gg.

DEG. NEUROLOGICA = 8 – 10 gg

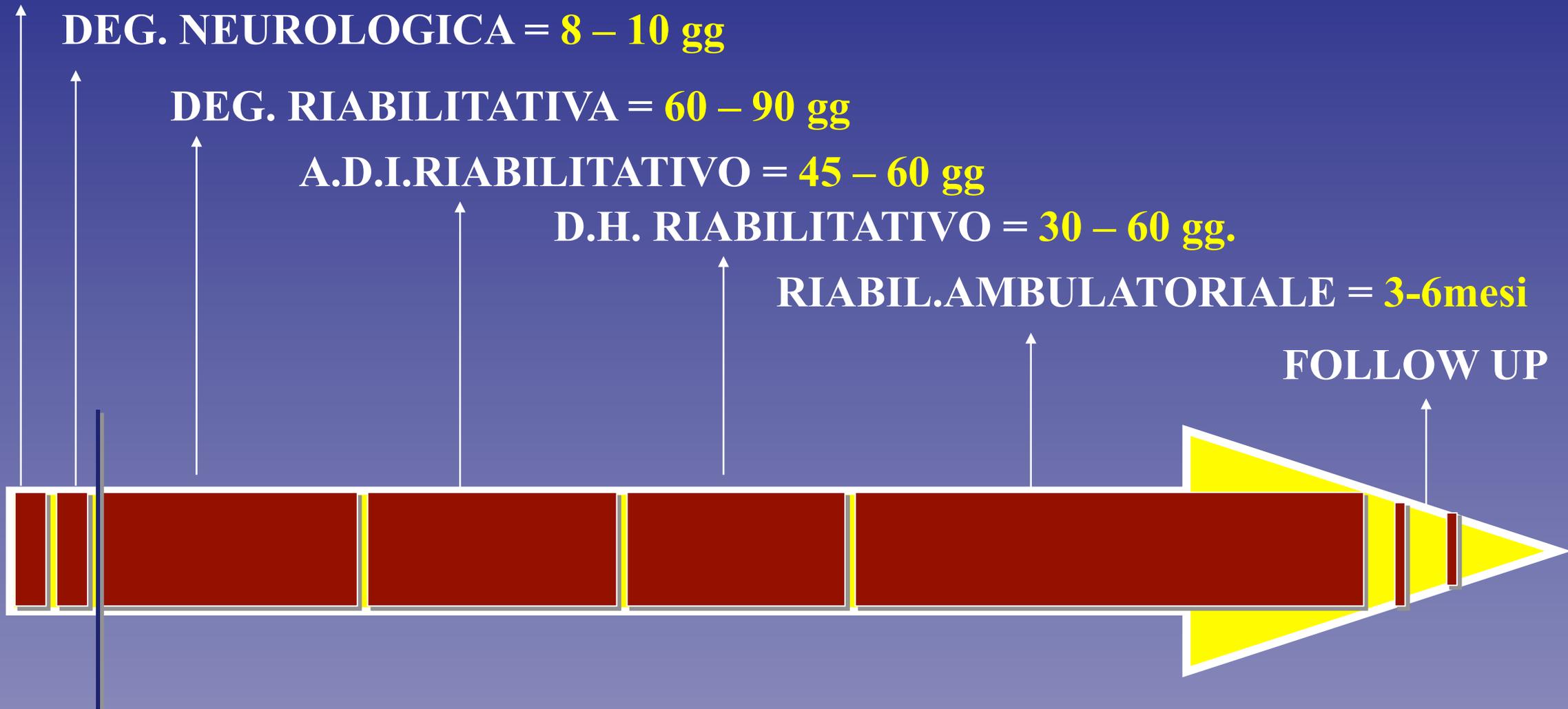
DEG. RIABILITATIVA = 60 – 90 gg

A.D.I. RIABILITATIVO = 45 – 60 gg

D.H. RIABILITATIVO = 30 – 60 gg.

RIABIL. AMBULATORIALE = 3-6 mesi

FOLLOW UP



LE INDICAZIONI



**PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE
2012-2015**

5.2.3 La Funzione della continuità assistenziale

- La **manca**za di **continuità assistenziale** tra ospedale, professionisti e strutture territoriali ai fini di una tempestiva ed efficace presa in carico dell'assistito, **impatta** fortemente **sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate per il trattamento di condizioni acute**, che richiedono tempestività e coordinamento di interventi a operatori di diversi servizi e di varia professionalità e competenza.
- Tale carenza comporta **rilevanti costi aggiuntivi** per il paziente e per il sistema assistenziale a causa delle seguenti problematiche:
 - **l'efficacia sub-ottimale** dei trattamenti erogati;
 - il verificarsi di **ricoveri evitabili e di ricoveri ripetuti** non programmati;
 - il **ricorso improprio ai servizi** (ad esempio il Pronto Soccorso o prestazioni ambulatoriali);
 - l'adozione di **percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi di ridotta efficacia** per la dilatazione dei tempi di intervento;
 - **criticità della sequenza e la ridondanza/non completezza delle procedure**, alle quali il paziente viene sottoposto in assenza di una rete assistenziale connessa e ben funzionante.

5.2.3 La Funzione della continuità assistenziale

- Per superare queste carenze, gli strumenti principali per assicurare la continuità della presa in carico e dell'assistenza tra ospedale e territorio sono il modello organizzativo, le reti, i processi, i ruoli e le competenze
- Risulta quindi basilare il miglioramento e la concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio, nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale, che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.
- L'altro elemento significativo per assicurare continuità assistenziale è rappresentato dalle reti di servizi sanitari e socio-assistenziali integrate, la cui presenza assicura maggiore equità e minore dispendio di risorse, limitando i fenomeni competitivi fra i singoli erogatori ed esaltandone l'integrazione e la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.
- L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

5.2.3 La Funzione della continuità assistenziale

- Questo processo vede, quindi, **coinvolti**:
 - il **Medico di medicina generale** che, svolgendo un ruolo di tutela e assistenza nei confronti dei suoi pazienti, ha la più ampia conoscenza del loro quadro socio-sanitario.
 - Le **strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie e post-acuzie**.
 - Le **strutture specialistiche ambulatoriali**.
 - Le **strutture che assicurano l'assistenza domiciliare e riabilitativa**.
 - Le **strutture dell'assistenza socio-sanitaria distrettuale**.
- A questo scopo si individuano le seguenti **azioni prioritarie** per la garanzia di un'efficace continuità ospedale-territorio:
 1. **rafforzamento del ruolo del Distretto**, soggetto unico responsabile per le azioni organizzative a supporto dell'assistito e come tale l'interlocutore specifico del medico convenzionato da un lato e del presidio ospedaliero dall'altro;
 2. creazione del **nucleo distrettuale di continuità delle cure**, per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura, il successivo

5.2.3 La Funzione della continuità assistenziale

3. attivazione presso i presidi ospedalieri del **nucleo ospedaliero di continuità delle cure**, in grado di colloquiare con il nucleo distrettuale di continuità assistenziale;
4. creazione di un **sistema informativo a supporto** del nucleo distrettuale di continuità assistenziale e del nucleo ospedaliero di continuità assistenziale a garanzia della completezza e della tempestività della trasmissione delle informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete,
5. definizione di **protocolli tra il Pronto Soccorso, il presidio ospedaliero e il Distretto**. Questi protocolli saranno basati sulle linee guida internazionali, nazionali e regionali adattate alla necessità di creare una catena di cura e un'appropriatezza clinica ed organizzativa;
6. attivazione di una **banca dati regionale** che, utilizzando i dati del sistema informativo, permetta al Distretto la conoscenza dell'intero percorso di continuità delle cure usufruito dai propri assistiti indipendentemente dal luogo delle cure prescelto.

3.1 La rete delle malattie cerebrovascolari

- L'epidemiologia dell'ictus e del TIA, rilevata, sia pure in misura incompleta, tramite le schede di dimissione ospedaliera, negli anni 2000-2009, riporta 15.000-16.000 ricoveri/anno, con tendenza ad una lenta flessione (da 16.957 ricoveri nel 2000 a 14.489 nel 2009).
- Le classi di età rispecchiano l'andamento degli altri paesi occidentali, con un tasso che raddoppia ogni circa 10 anni (il 35% degli ictus in Piemonte si verifica in persone tra gli 80 e i 90 anni).
- I decessi nel corso del ricovero per ictus nel 2009 pari al 14% del totale. Le ischemie rappresentano l'82 % dei ricoveri per ictus, le emorragie il restante 18 %. I ricoveri, quasi esclusivamente in neurochirurgia, per emorragia subaracnoidea, sono circa 200 all'anno, con mortalità ospedaliera del 23%.
- Il reparto in cui preferenzialmente sono ricoverati i casi di ictus è la neurologia in misura crescente col passare degli anni: nell'anno 2000 il 45 % era ricoverato in Neurologia, il 42 % in Medicina, il 13 % in altri reparti; nel 2009 i rapporti sono cambiati: 68% in Neurologia, 25% in Medicina, 7 % in altri reparti.
- La dimissione avviene al domicilio nel 55% dei casi di ictus e nell'82 % dei TIA; l'invio in strutture riabilitative avviene per il 12 % degli ictus
- La rete per l'ictus si avvale di PDTA con integrazione ospedale territorio.



Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari

Ente strumentale della Regione Piemonte istituito con L.R. n. 10 del 16.03.1998

IL PERCORSO DI CURE PER L'ICTUS IN PIEMONTE

4.3 Postacuzie e riabilitazione

- L'impatto che le **patologie cronicodegenerative**, l'**invecchiamento** della popolazione e l'evoluzione tecnologica stanno determinando sulla domanda di salute mette a rischio anche la sostenibilità economica di tutto il sistema salute.
- La **programmazione secondo il concetto di "rete"** è una logica di organizzazione che garantisce, attraverso una rete di servizi, una completa presa in carico nelle varie fasi da quella ospedaliera a quelle territoriali, assicurando continuità nelle cure.
- L'attuazione ed il funzionamento in **rete ha come presupposto principale la collaborazione tra i servizi** che costituiscono la rete, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento attribuiti ai medesimi **attraverso una precisa ridefinizione dei criteri**.

4.3 Postacuzie e riabilitazione

- Le criticità oggi particolarmente evidenti sono rilevabili nel passaggio dalla fase acuta a quella subacuta e/o cronica .
- L'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune attuali forti criticità:
 - la necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluri-patologie, di conseguente disabilità e fragilità, insito ad esempio nell'invecchiamento e nel reinserimento al domicilio soprattutto nelle aree metropolitane ed in quelle rurali o montane. I pazienti fragili “non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie”, sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica e impegnano impropriamente risorse altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggiore intensità e specificità di interventi
 - la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale nel ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriatezza delle loro funzioni;
 - l'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente.

4.3 Postacuzie e riabilitazione

- Tali criticità assumono delle caratteristiche peculiari quando si analizzano in particolare le tipologie di **pazienti che arrivano in Pronto Soccorso e che vengono successivamente ricoverati** soprattutto in area medica: riacutizzazioni di cronicità in pazienti sempre più anziani con elevata prevalenza di comorbidità, con disabilità e deterioramento progressivo delle condizioni funzionali e cognitive e con bisogni sociali importanti. Realtà predittiva di una epidemiologia che si sta modificando in modo significativo.
- Le criticità oggi particolarmente evidenti sono rilevabili nel passaggio dalla fase acuta. Una **appropriata gestione dei percorsi clinico assistenziali**, per rispondere ai bisogni di tali pazienti, deve rispondere ai seguenti **criteri**:
 - **coerenza tra i tempi utili all'ospedale per l'acuzie e quelli necessari per l'attivazione del setting successivo;**
 - **funzionamento di tutti i punti della "rete" dei servizi interessati**
 - **realizzazione di piani post-dimissione condivisi tra ospedale e territorio**
 - **incentivazione dell'assistenza domiciliare e residenziale**
 - **appropriatezza di ricovero in tutti i setting della rete a partire dalla fase acuta in ospedale sulla base di specifici indicatori di funzione e valori soglia di degenza.**

4.3 Postacuzie e riabilitazione

- Un adeguato inquadramento dell'intensità dei bisogni dei pazienti in relazione all'aspetto clinico-internistico, assistenziale e riabilitativo, terminata la fase acuta, permette di realizzare azioni di sistema che garantiscano al cittadino il miglior livello di cure secondo il necessario livello di graduazione
- L'ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili alle esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere insicurezza al domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria ed assistenziale.



**“Rilettura delle attività riabilitative
in Regione Piemonte”**

DGR n. 10- 5605 del 2 aprile 2007

IL PERCORSO RIABILITATIVO

Definizione delle attività riabilitative presso i reparti per acuti

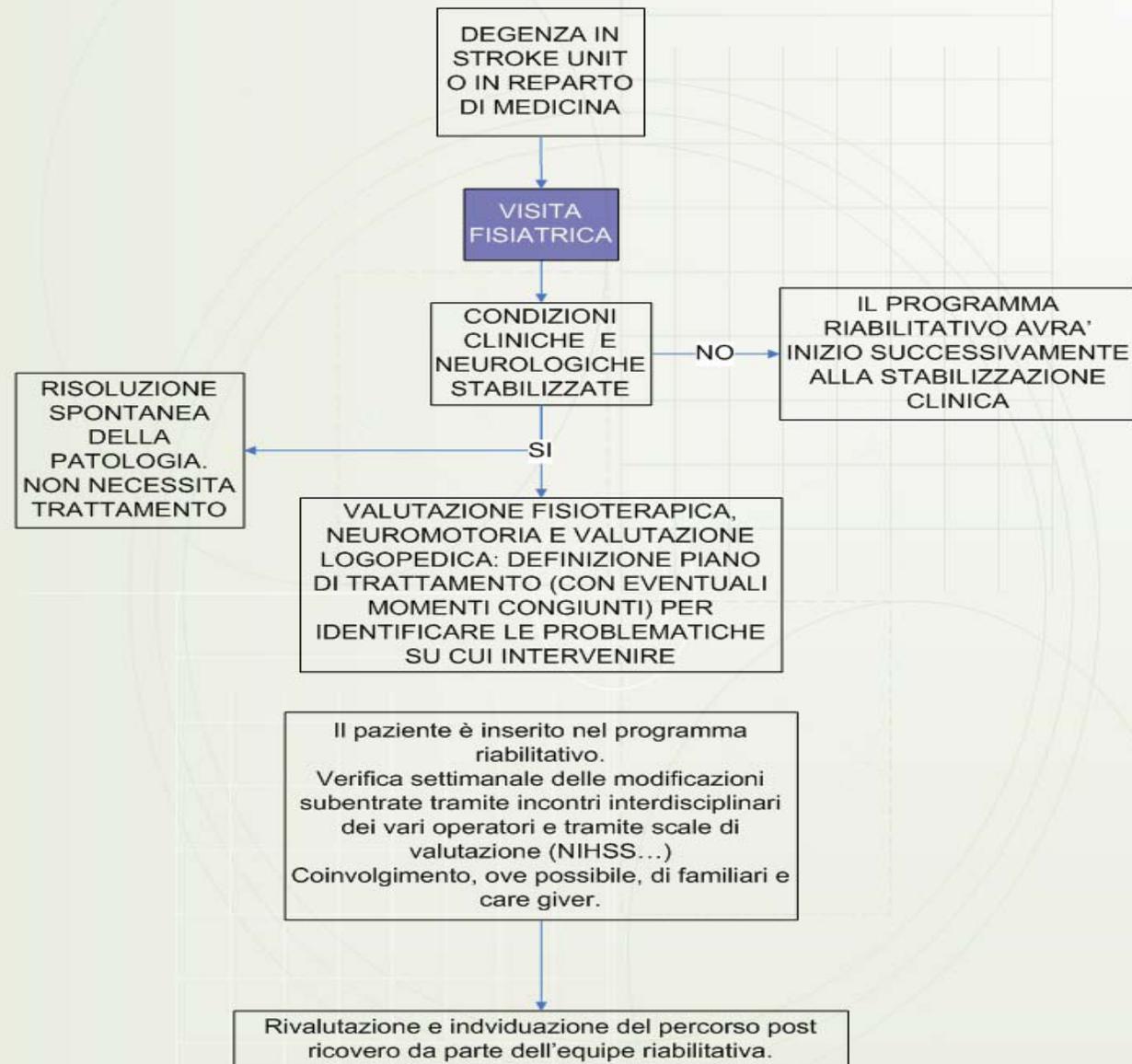
- presa in carico precoce
- valutazione dei bisogni dei Pazienti
- elaborazione del progetto riabilitativo
- attivazione del setting appropriato

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

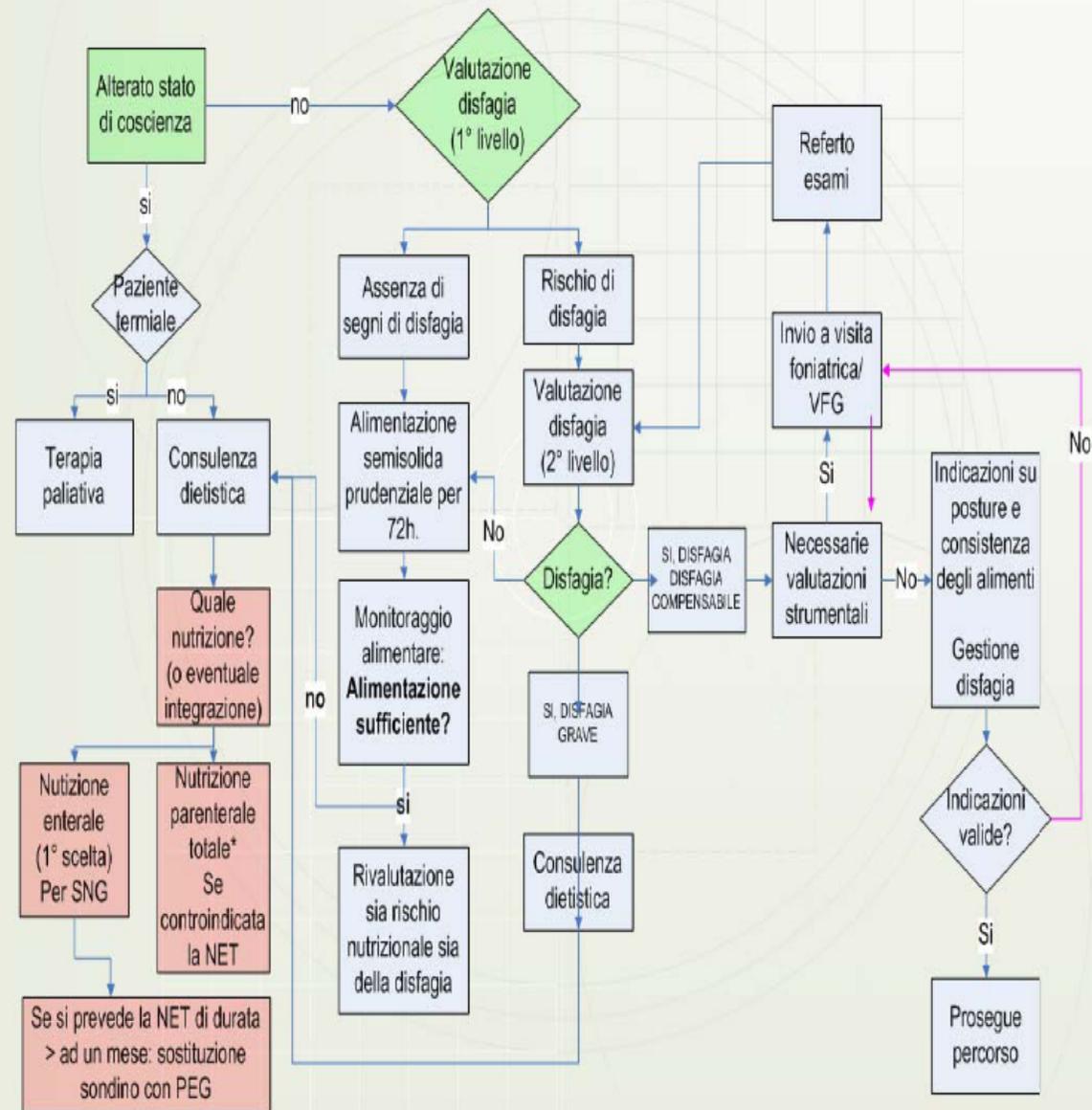
- Programmazione delle attività riabilitative **dirette ed indirette**
in unità stroke e nella successiva degenza ordinaria
- Conseguente percorso formativo orientato alla gestione della fase di disabilità
 - Individuazione delle caratteristiche dell' intervento riabilitativo (fisiatrice – fisioterapica – logopedica)
in termini **qualitativi** e **quantitativi**
- Verifica di appropriatezza del percorso previsto

APPROPRIATEZZA CLINICA

- **valutazione fisiatrica entro 48 h dall' evento lesionale ed individuazione obiettivi di trattamento**
- **valutazione logopedica disfagia entro 48 h dall' evento e valutazione possibilità ripresa della alimentazione**
- **valutazione fisioterapica entro 48-72 h dall' evento con ricerca attività motoria funzionale**
 - **valutazione funzionale con strumenti formalizzati (Barthel, F.I.M.)**
- **riunioni di team giornalieri e settimanali**
 - **attivazione del setting riabilitativo appropriato post-ricovero**
- **condivisione del percorso con la struttura riabilitativa territoriale e con il medico di medicina generale**



VALUTAZIONE RISCHIO NUTRIZIONALE E DISFAGIA



VALUTAZIONE DISFAGICA DI 1° LIVELLO (personale di reparto)

COGNOME e NOME _____ UNITA' OPERATIVA _____ LETTO _____

DATA _____

1 – Check list

Osservazione del paziente con sospetto di disfagia

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> il paziente è sufficiente sveglio e collaborante? | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> il paziente è in grado di mantenere la corretta posizione seduta anche con appoggio ed il controllo del capo? | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> La bocca è pulita e senza secrezioni (in caso contrario, provvedere ad igiene orale)? | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> Riesce a dare un colpo di tosse su richiesta o su imitazione? | <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |

2 – se le risposte alle domande sono tutte positive effettuare – SWALLOW TEST (test di deglutizione)

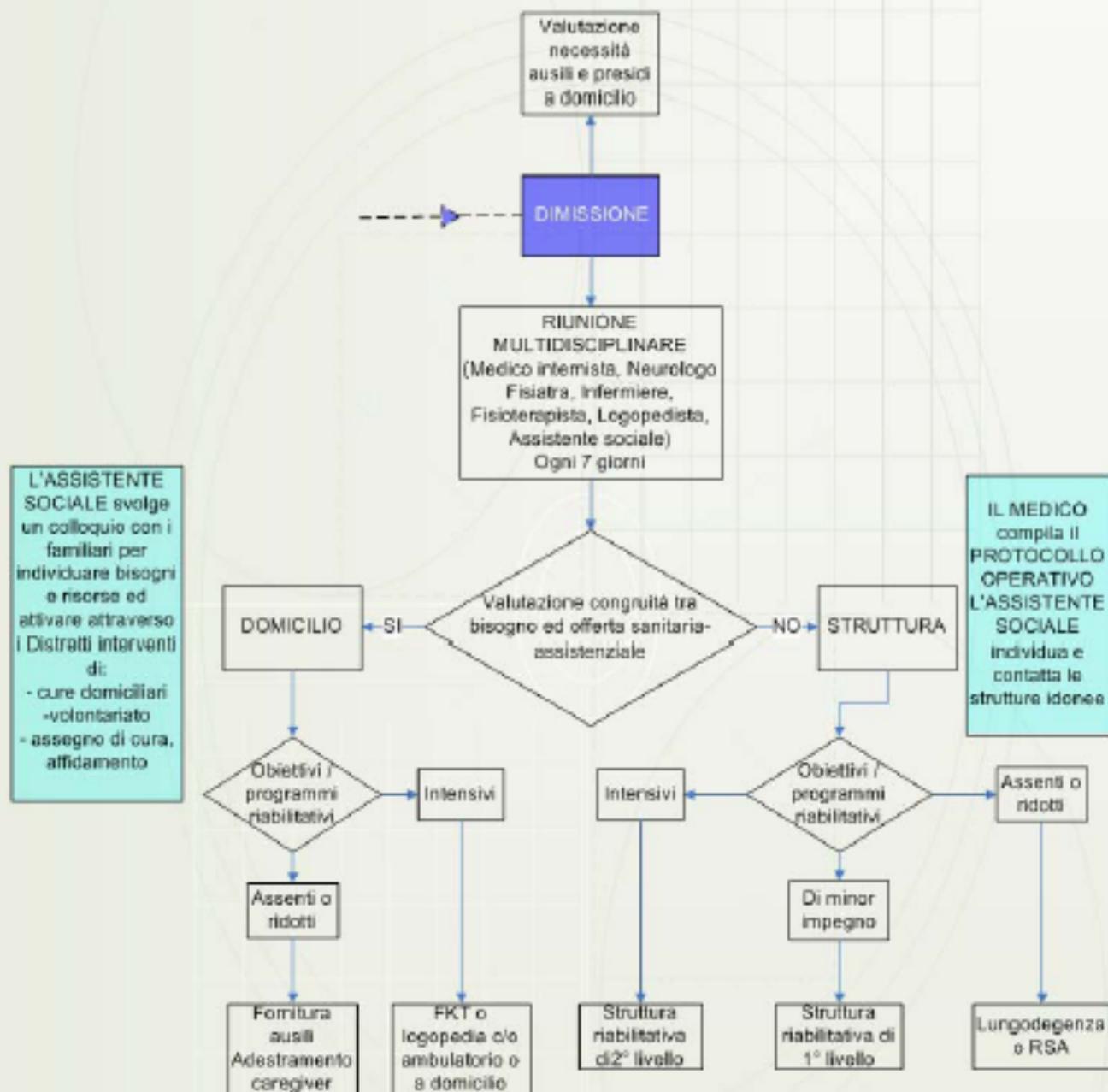
- 1 Posizionare il paziente ben seduto
- 2 Offrire al paziente un cucchiaino di acqua fredda, controllando che non estenda il capo. Porre due dita all'angolo tra sottomento e gola.
- 3 Osservare ed individuare l'eventuale presenza dei seguenti segni di rischio

Presenza di tosse (subito o entro 2-3 minuti dalla deglutizione di un sorso d'acqua)	
Presenza di voce gorgogliante (subito o entro 2-3 minuti dalla deglutizione di un sorso d'acqua)	
Fuoriuscita di liquido o cibo dal naso	
Presenza di febbre	
Aumento della salivazione	
Senso di corpo estraneo nella gola	

Qualora non siano emersi problemi, allora è possibile che il paziente si alimenti per OS con cibi **omogenei** e nel caso che sia privo di denti di tipo semisolido. Acqua solo a bocca libera da residui alimentari (fuori pasto e/o solo dopo aver deterso il cavo orale e quindi deglutito).

In caso contrario richiedere la **valutazione di secondo livello** della disfagia.

Firma Operatore _____ (leggibile)



I BISOGNI

World Health Organization

Classification Assessment Surveys & Terminology Group



ICF

*International Classification of Functioning and
Disablement*

as the

New Member in the

WHO Family of

International Classifications

www.who.int/classification/icf

“ FUNZIONE/ATTIVITA ’ ”

**PROGRAMMA
RI - ABILITATIVO**

Progetto individuale

**PROGRAMMA
RI - EDUCATIVO**

“ PARTECIPAZIONE ”

IL PERCORSO RIABILITATIVO

SPREAD

Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Ictus Cerebrale:

Linee Guida Italiane di Prevenzione e Trattamento

**“Trattamento riabilitativo e
continuità assistenziale”**

- Il progetto individualizzato deve configurare l'intero percorso riabilitativo del paziente e non soltanto il segmento di intervento aziendale.

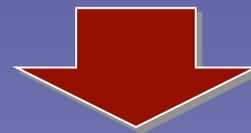
- Deve esplicitare

- gli interventi riabilitativi appropriati e indispensabili,
- le figure professionali che li gestiscono,
- le strutture e le risorse necessarie,
- i tempi previsti per le singole fasi del percorso.

- È quindi **necessario predisporre** anche

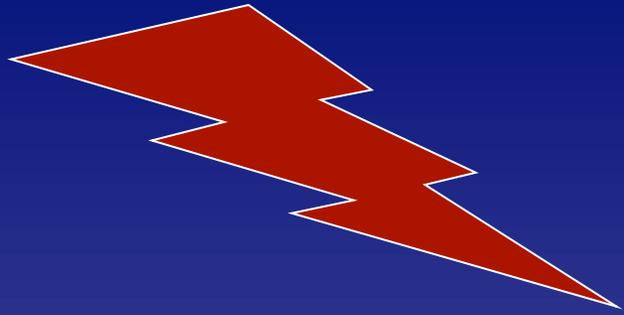
- i percorsi di prosecuzione dell'attività riabilitativa con modalità intensiva od estensiva,
- il rientro a domicilio o
- il ricovero in strutture dedicate alla cura della lungodegenza.

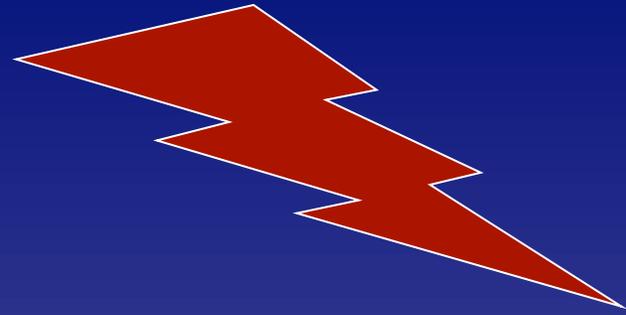




PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

LA RETE





SETTING

**BISOGNO
SANITARIO**

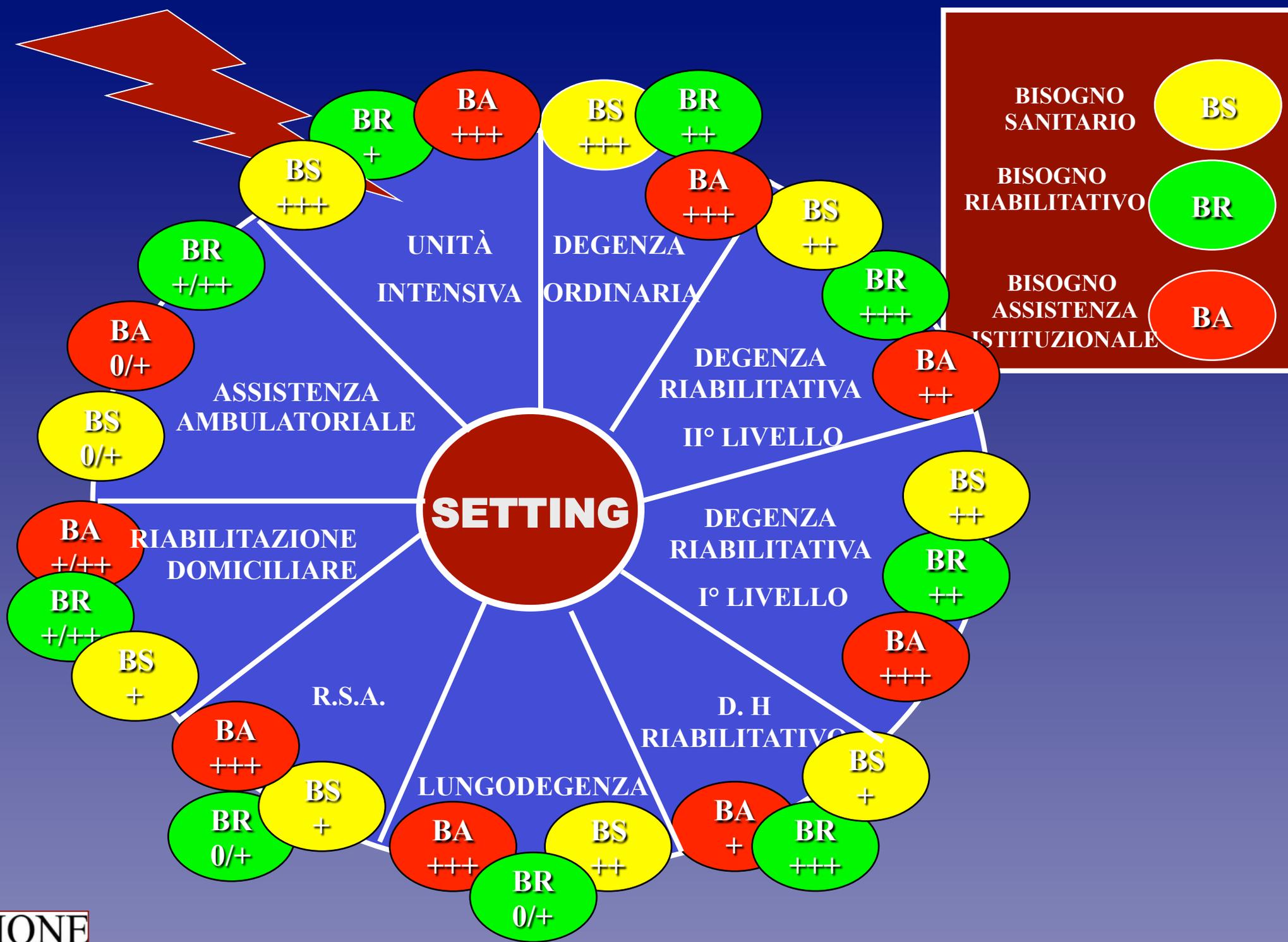
BS

**BISOGNO
RIABILITATIVO**

BR

**BISOGNO
ASSISTENZA
ISTITUZIONALE**

BA



.....quindi la “Rete” deve essere.....

- **Adeguate alla domanda dei bisogni sanitari – riabilitativi - assistenziali**
- **Completa nell’ offerta dei setting ospedalieri – residenziali – domiciliari**
- **Duttile e pronta ad adeguarsi ai cambiamenti clinici del paziente**
- **Vigilata in ogni suo snodo decisionale**
- **Verificata nella sua appropriatezza clinica e gestionale**
- **Modificabile in relazione a re-engineering del modello organizzativo**

.....la “Rete” per realizzare il percorso di presa in carico deve essere

.....definita in funzione delle interrelazioni e delle regole tra le Strutture **Pubbliche e Private accreditate che intervengono nei vari snodi della rete**

- chi fa, che cosa, con quali strumenti, per quanto tempo e con quali risultati attesi**

IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALIZZATO

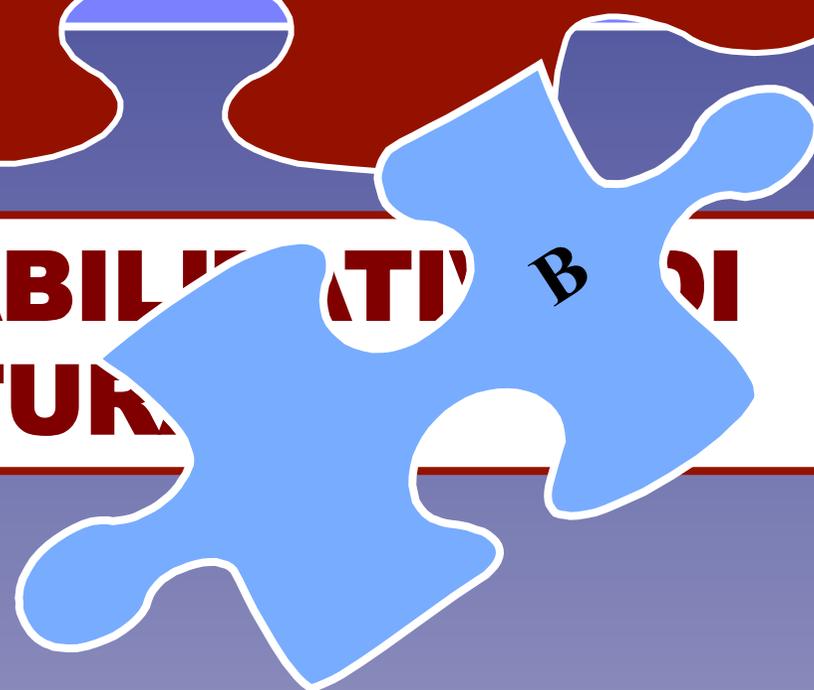
Progetto Riabilitativo
di Struttura A

Progetto Riabilitativo
Individualizzato A

IL PROGETTO RIABILITATIVO DI STRUTTURA

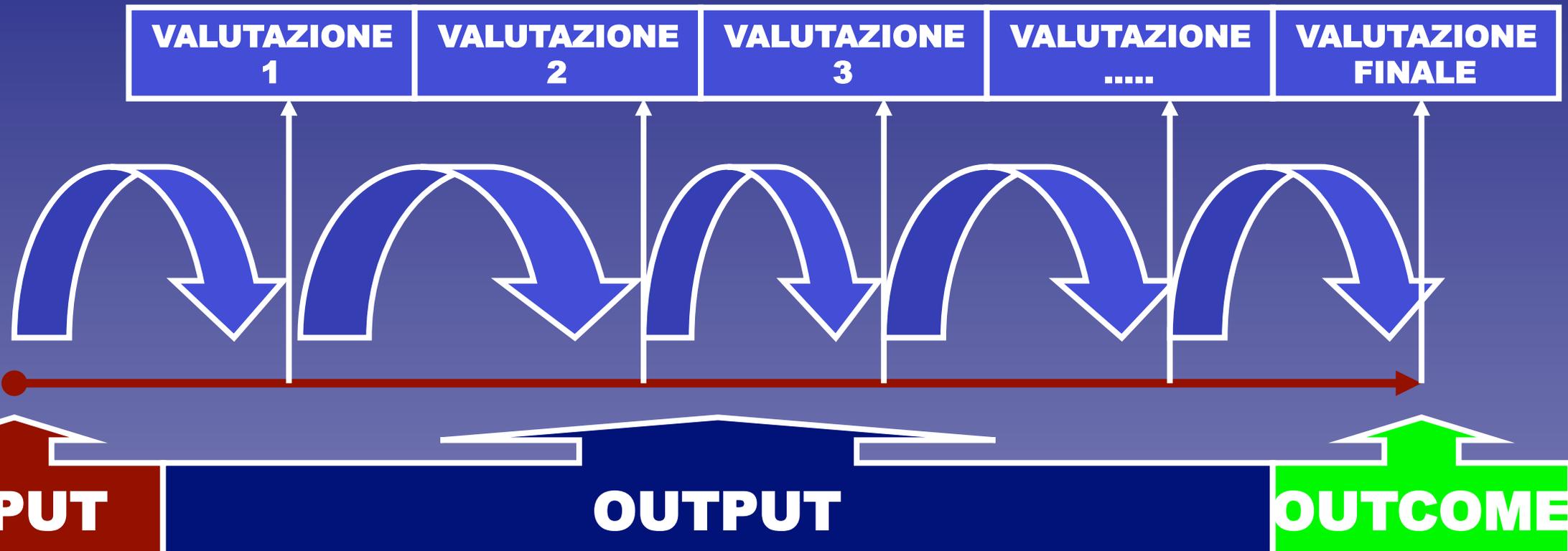


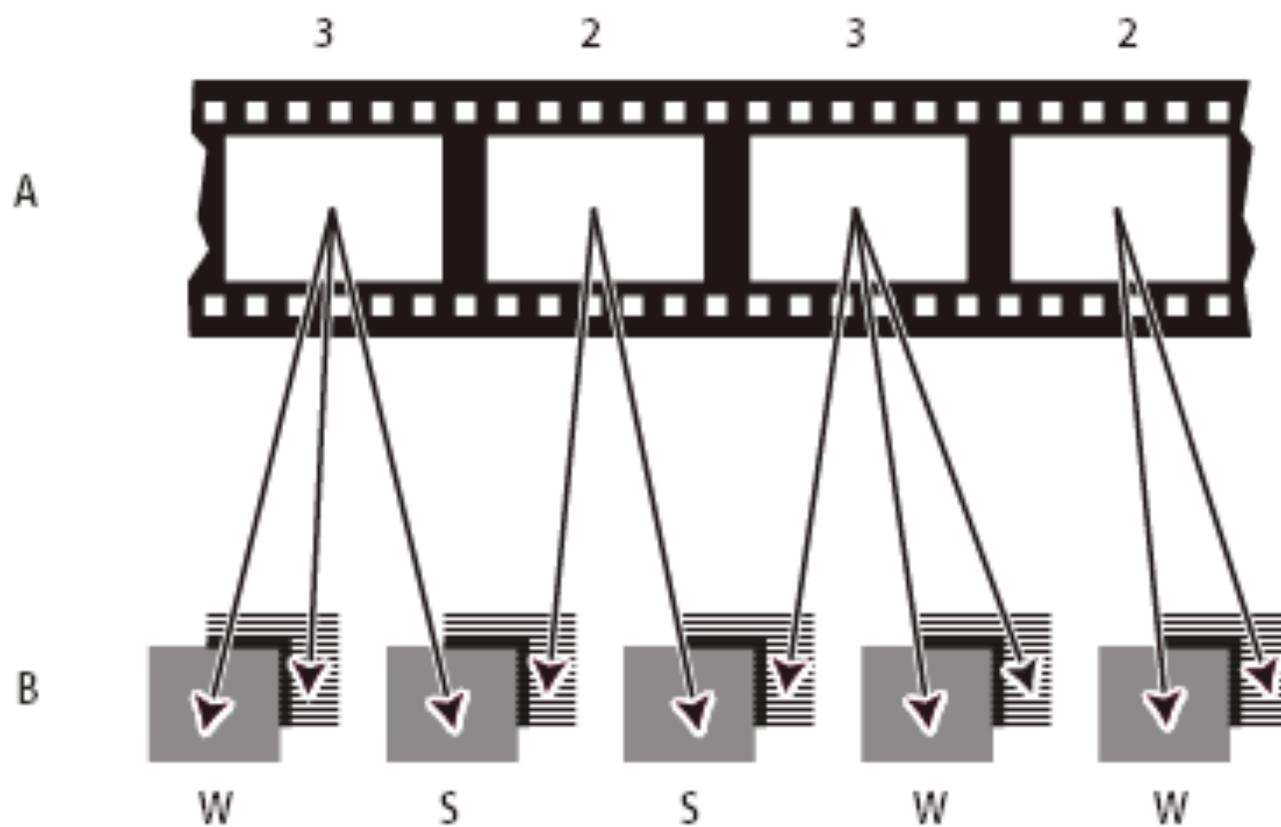
e

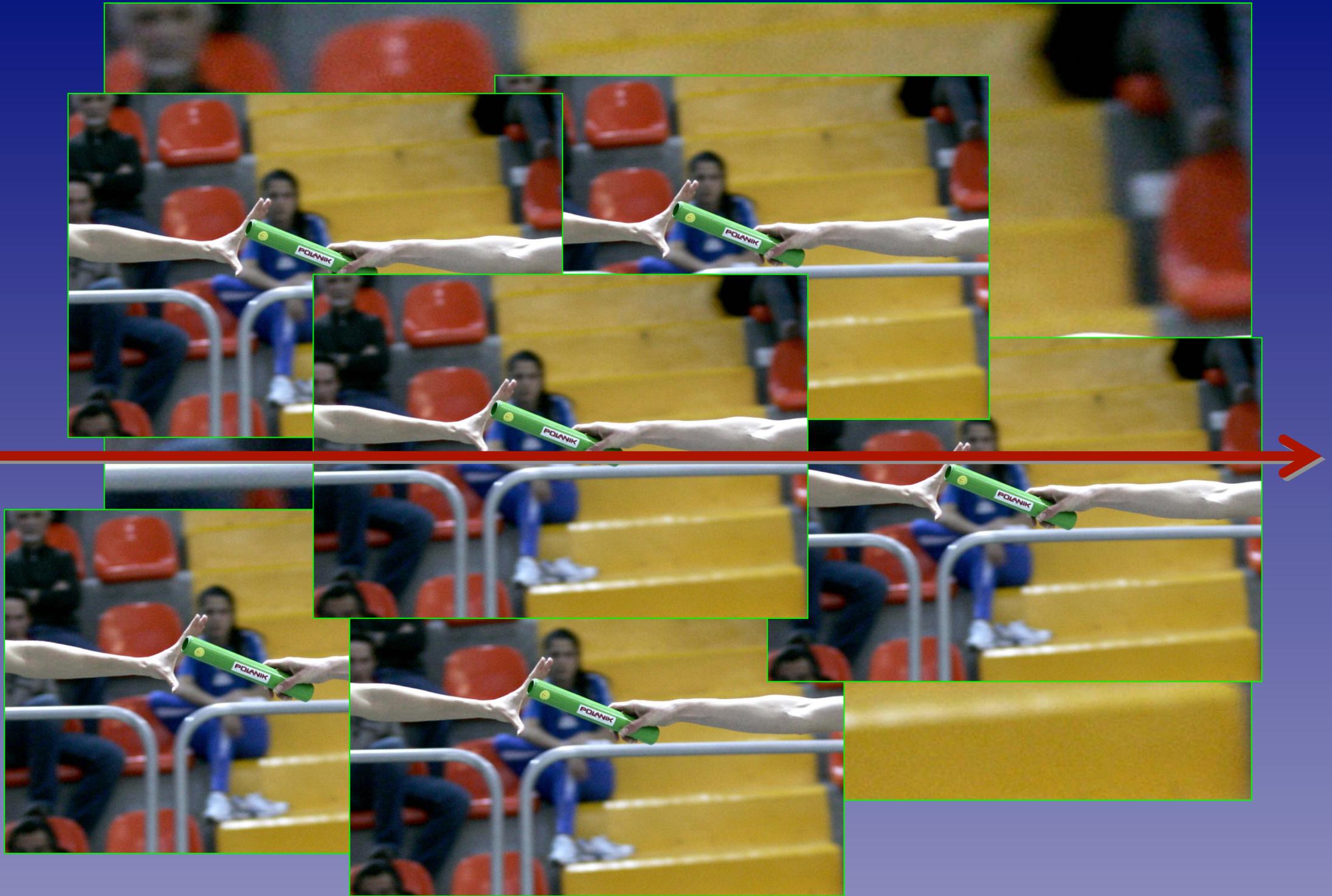


LA VERIFICA

VERIFICA DEL PERCORSO







Proposta di Percorso Riabilitativo Individuale

Cognome Nome	Data e Luogo di nascita	C.F.
Indirizzo	Telefono	
Care giver	Telefono	

Attuale collocazione paziente (specificare servizio e letto)
Sede (cod) /Reparto (cod) dal

In trattamento riabilitativo si no

- Reparto per acuti
- Lungodegenza
 - Cod 75
 - Cod 25
 - Cod 55 II livello
 - Cod 55 I livello
 - OH Riab.
 - Ambul. RRF
 - Residen. socio-sanit.
 - Domicilio

Anamnesi Significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale ed eventuale attuale)

Unità del bisogno (necessario-assistenziale)	Descrizione del grado di autonomia	
Cute: (decubiti) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI (specificare)	SI	NO
Respirazione: <input type="checkbox"/> Spont <input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> Ventil. meccanica		
Alimentazione <input type="checkbox"/> p.os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC		
Catetere vescicale <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI (specificare)		
Gessi, valve, FEA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI (specificare)		
Carico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parz <input type="checkbox"/> Totale		
Dialisi <input type="checkbox"/>		
Distagla <input type="checkbox"/>		
Altro (compresi i farmaci):		
	Cura di se <input type="checkbox"/>	Parz. <input type="checkbox"/>
	Controllo sfinterico <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Controllo del tronco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mobilità a letto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mobilità nei trasferimenti <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cammino <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comunicazione <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Collaborazione-partecipaz. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tolleranza trattamento riab. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altro: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Barthel Index attuale = ... /100	

Auili (in uso): NO SI (specificare)

Problematiche sociali : NO SI (specificare)

Diagnosi Principale ICD9CM
Diagnosi Secondarie ICD9CM ICD9CM
Codice Disabilità 1

Bisogni Individuati

Bisogni clinico-internistici: Elevati Medi Bassi Assenti

Bisogni assistenziali: Elevati Medi Bassi Assenti

Bisogni riabilitativi: Elevati Medi Bassi Assenti

Sintesi del progetto riabilitativo

	<input type="checkbox"/> Recupero funzione motora	Setting appropriato
	<input type="checkbox"/> Recupero funzione cardio/respiratoria	
	<input type="checkbox"/> Recupero funzione cognitiva	<input type="checkbox"/> Reparto per acuti
	<input type="checkbox"/> Recupero funzione comunicativa	<input type="checkbox"/> Lungodegenza
	<input type="checkbox"/> Recupero funzione sensoriale	<input type="checkbox"/> Cod 75
	<input type="checkbox"/> Recupero funzione alimentazione	<input type="checkbox"/> Cod 25
	<input type="checkbox"/> Altri	<input type="checkbox"/> Cod 55 II livello
		<input type="checkbox"/> Cod 55 I livello
		<input type="checkbox"/> OH Riab.
		<input type="checkbox"/> Ambulatorio RRF
		<input type="checkbox"/> Resid. socio-sanit.
		<input type="checkbox"/> Cure domiciliari
		<input type="checkbox"/> Cura domiciliari
		<input type="checkbox"/> Dedicato per il servizio di assistenza
		<input type="checkbox"/> Non indicazione al trattamento riabilitativo

Gradiente di modificabilità della disabilità (Etiologia funzionale): Elevato Medio Basso Da rivalutare

Tempi previsti per la realizzazione s.c.

Data

Firma

Telefono

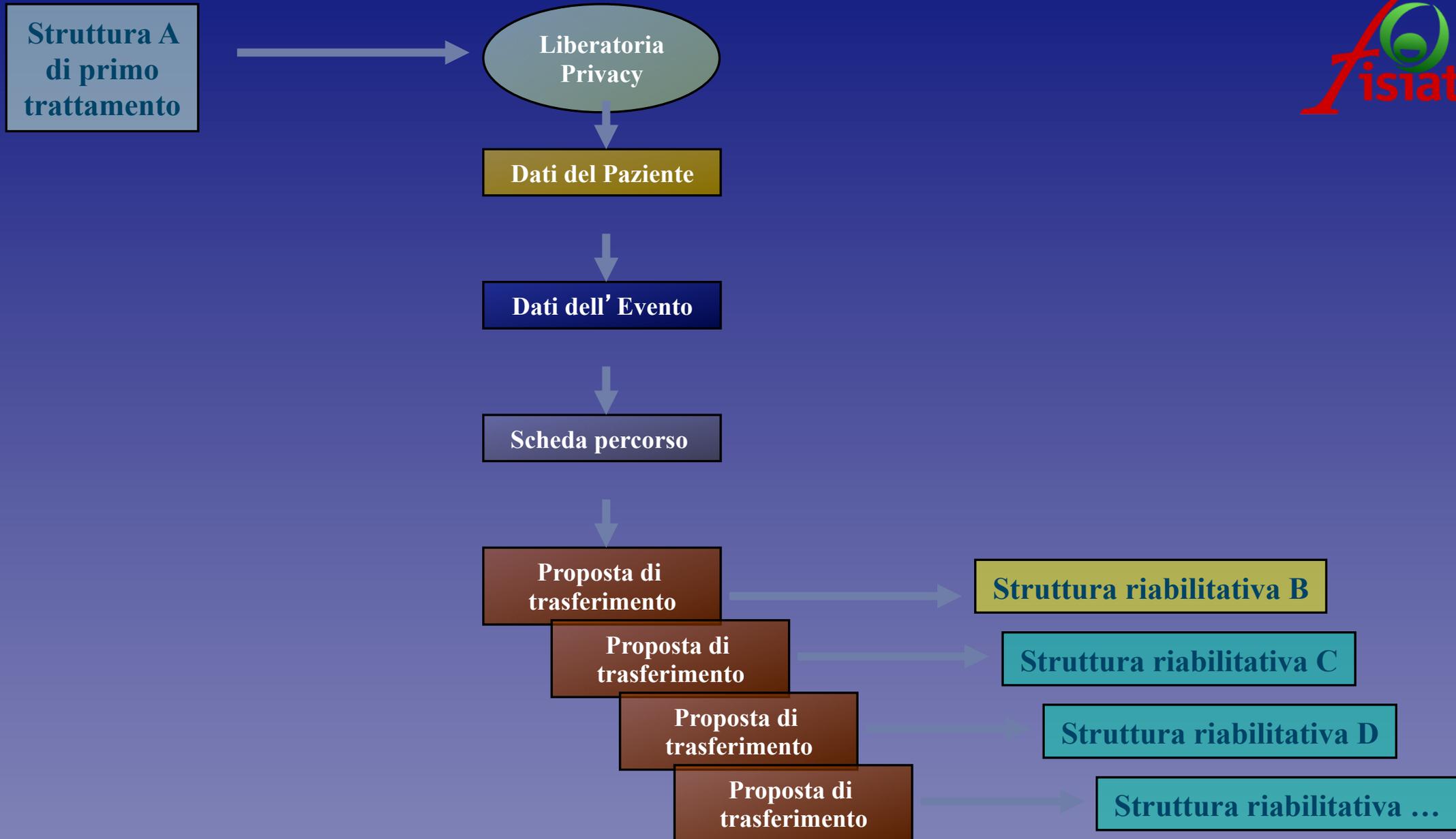
Fax

LE INFORMAZIONI

Rete Regionale di Fisiatria



Rete regionale di FISIATRIA: Schema Generale dei Dati



Continuità delle informazioni

- progetto Fisiatria.net, può rappresentare lo strumento operativo di collegamento tra i nodi della rete compresi i Nuclei di Continuità delle cure ospedaliere e distrettuali previsti dalla Regione Piemonte (DGR 27/2012) e soprattutto un modo agile per governare il sistema di Continuità delle Cure nel suo complesso.
- Consentirebbe di unificare la somma delle informazioni che oggi viaggiano su binari distinti con risparmio di risorse , passaggio di informazioni più complete e articolate e con la possibilità di analizzare i dati di appropriatezza clinica e organizzativa in un'area geografica definita (Area sovrazonale).
- In particolare comprendendo tutti gli attori coinvolti nel progetto individuale sia pubblici che privati può consentire di condividere criteri e indicatori di appropriatezza di Percorso in una dimensione effettivamente governabile.

CRITICITA'

Alcuni spunti

In relazioni ai cambiamenti in atto:

- 1. La Rete è completata ?**
- 2. Sono appropriati i rapporti fra Ospedale e Territorio?**
- 3. La post-acuzie medica è pronta ?**
- 4. E quella riabilitativa?**
- 5. E la residenzialità extraospedaliera?**

Alcune spunti

- 1. Cure domiciliari sono adeguate ?**
- 2. La fragilità della struttura parentale.... ?**
- 3. E il socio-assistenziale riesce a reggere in un contesto sociale così sofferente ?**
- 4. E il volontariato quanto può facilitare la rete ?**
- 5.E NOI : “SIAMO PRONTI AL CAMBIAMENTO DI MODELLO ASSISTENZIALE” ?**



GRAZIE

5.2.3 La Funzione della continuità assistenziale



**PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE
2012-2015**

THREE TYPES OF CONTINUITY

1. **Informational continuity**— The use of information on past events and personal circumstances to make current care appropriate for each individual
2. **Relational continuity**— An ongoing therapeutic relationship between a patient and one or more providers
3. **Management continuity**— A consistent and coherent approach to the management of a health condition that is responsive to a patient's changing needs



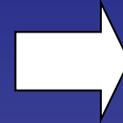
Continuity of care: a multidisciplinary review

Jeannie L Haggerty, Robert J Reid, George K Freeman, Barbara H Starfield, Carol E Adair and Rachael McKendry

BMJ 2003;327:1219-1221
doi:10.1136/bmj.327.7425.1219

Modelli culturali di cura: relazioni operatori/utenti

Da approccio tradizionale alla
cura delle malattie
(*disease centred*)



Alla “presa in carico” dei pz
affetti da m. cronica
(*patient centred*)

➤ L'operatore sanitario è l'esperto, lo specialista che sa e che sta in una *posizione decisionale rispetto al paziente.*

➤ Intervengono più operatori che si trovano sempre in mezzo a *relazioni multiple* e variegata tra diversi attori che vanno riconosciuti come soggetti attivi e propositivi, quali i *familiari*, i *caregivers*, gli operatori di altri servizi/agenzie con i quali va costruita la comunicazione, che non può essere data e certa.

IL CONTESTO

Ictus e

1. Incidenza e prevalenza.....
2. Et .....
3. Comorbilit .....
4. Fragilit  clinica.....
5. Fragilit  sociale.....

Ictus e

1. Degenza media.....
2. Dimissioni difficili
3. Dimissioni precoci
4. Ri-ricoveri

I PRINCIPI

Tre tipologie di continuità'

1. Continuità della informazione
2. Continuità della relazione
3. Continuità della gestione

bmj.com

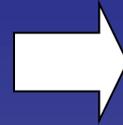
Continuity of care: a multidisciplinary review

Jeannie L Haggerty, Robert J Reid, George K Freeman, Barbara H Starfield, Carol E Adair and Rachael McKendry

BMJ 2003;327:1219-1221
doi:10.1136/bmj.327.7425.1219

Modelli culturali di cura: idee guida

Da approccio tradizionale alla
cura delle malattie
(*disease centred*)



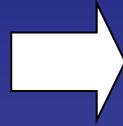
Alla "presa in carico" dei pz
affetti da m. cronica
(*patient centred*)

- Obiettivo orientato a eliminare una malattia che è al centro di ogni intervento.
- E' necessario un sapere specialistico sempre più affinato e tecniche operative sempre più sofisticate

- Obiettivo orientato a *contenere il deterioramento*, per alleviare la sofferenza, per sostenere le risorse esistenti, per rendere accettabili condizioni di vita limitate.
- Nessun intervento è certo del risultato e nessuno è definitivo

Modelli culturali di cura: comportamenti operativi

Da approccio tradizionale alla
cura delle malattie
(disease centred)



Alla “presa in carico” dei pz
affetti da m. cronica
(patient centred)

- La malattia va trattata con sequenze di azioni predefinite che si collocano lungo una linea retta:
 - Diagnosi
 - Terapia
 - Guarigione

- La situazione va gestita attraverso *interventi che vengono messi a punto via via in modo processuale*: in modo cioè che ogni prestazione sia collegata alla precedente e alla seguente e sia connessa a quelle svolte da altri con *continue verifiche di pertinenza e adeguatezza* rispetto ad obiettivi condivisi con il paziente e con coloro che condividono il suo contesto di vita.

Funzionamento organizzativo: risultati attesi

Da approccio tradizionale alla
cura delle malattie
(*disease centred*)



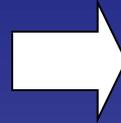
Alla “presa in carico” dei pz
affetti da m. cronica
(*patient centred*)

- Contenimento della malattia nel modo più efficace, ricorrendo alle tecnologie più avanzate e più efficienti con costante attenzione al miglioramento del rapporto costi/benefici

- Recupero e mantenimento funzionale nelle ADL
- Recupero e mantenimento di una vita di relazione e sociale adeguata
- Contenimento della dipendenza
-

Funzionamento organizzativo: destinatari/ fruitori

Da approccio tradizionale alla
cura delle malattie
(disease centred)



Alla “presa in carico” dei pz
affetti da m. cronica
(patient centred)

➤ Singoli portatori di patologia

➤ Vari soggetti: pazienti , *familiari, operatori e servizi pubblici e privati, amministratori locali, associazioni di volontariato e associazioni di familiari*

Funzionamento organizzativo: modalità di lavoro

Da approccio tradizionale alla
cura delle malattie
(disease centred)



Alla “presa in carico” dei pz
affetti da m. cronica
(patient centred)

- Divisione di compiti per specializzazioni e livelli di specifica competenza
- Procedure collaudate, controlli di “osservanza”

- Organizzazione per équipe che sostiene un lavoro per processi, con forti coordinamenti più funzionali che gerarchici

• Il **70-75% dei circa 4000** pazienti/anno che, nella nostra Regione, subiscono un ictus con residuo deficit funzionale (3000 pazienti ogni anno), alla dimissione dai reparti per acuti, devono essere inseriti in un percorso riabilitativo che preveda modalità differenti a seconda della disabilità e del quadro clinico.

• L'analisi dei dati indicano che le necessità riabilitative post-acuzie trovano risposte in percorsi riabilitativi articolati nelle seguenti proporzioni:

- degenza riabilitativa di II livello nel 50% dei casi (1500 pz.)
- degenza riabilitativa di I livello nel 30% dei casi (900 pz.)
- cure riabilitative domiciliari nel 10-15 % dei casi (300-450 pz)
- riabilitazione ambulatoriale nel 5 - 10% dei casi (150-300 pz)

Per il restante **25-30 % dei pazienti** (1100 persone all'anno in Piemonte), all'uscita dal reparto per acuti il quadro clinico non permette

- **né il ritorno a domicilio** (per l'instabilità del quadro clinico generale non gestibile in sicurezza dal solo medico di medicina generale),
- **né l'immediata realizzazione di un progetto riabilitativo in strutture dedicate** (per le condizioni cliniche instabili e per l'assenza di obiettivi funzionali, in quel momento, raggiungibili).

Per la cura di questo gruppo di persone deve essere prevista una collocazione da definirsi caso per caso in base

- **al grado di instabilità clinica,**
- **alla necessità di controlli diagnostici complessi,**
- **alla comorbidità,**
- **alla disponibilità e dislocazione delle strutture di assistenza territoriale e domiciliare.** Dovrà inoltre essere prevista una rivalutazione in itinere di tipo riabilitativo, e l'eventuale attivazione di un percorso adeguato in caso di stabilizzazione clinica del paziente.

Per tali pazienti in molti casi la collocazione più adeguata è all'interno di **“strutture ospedaliere di lungodegenza”** con possibilità di rapido accesso ai servizi diagnostici e assistenziali degli ospedali per acuti.

Attenzione particolare merita infine la possibilità di sviluppo di **attività riabilitative domiciliari.**

- Evidenze dimostrano che anziani con ictus ischemico ospedalizzati a domicilio possono avere un buon recupero funzionale, posto che il trattamento riabilitativo inizi nelle fasi precoci della malattia quando la “fragilità” di molti anziani rappresenta il principale determinante della mortalità.
- Tenendo conto che il 70% degli ictus coinvolge persone di età superiore ai 65 anni e che circa l’85% delle morti attribuite a ictus avviene in tale fascia di età, è evidente che **il ricorso a cure riabilitative domiciliari post ictus potrebbe rappresentare un approccio appropriato per un elevato numero di anziani.**

4.3 Postacuzie e riabilitazione

- In questo contesto appare **fondamentale il ruolo dei singoli Distretti delle ASL**, in quanto deputati a svolgere le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta, attraverso lo sviluppo delle reti assistenziali, dei percorsi organizzativi, dei sistemi di valutazione di outcome relativi alla popolazione generale, e di programmazione.
- Deve altresì qualificare la medesima offerta sanitaria individuando ed attivando in rete **percorsi predefiniti di continuità assistenziale – disabilità dipendenti**, assicurando la disponibilità di setting riabilitativi completi di tutte le fasi ospedaliere e territoriali a livello di ambito territoriale interaziendale (3° livello, 2° livello, 1° livello e attività domiciliare) **per la realizzazione del “progetto riabilitativo individuale”**

**ORGANIZZATIVA
-
GESTIONALE**

**D.G.R.
10-5605
2-04-07**

APPROPRIATEZZA

**CLINICO
-
RIABILITATIVA**

Le Linee Guida SPREAD definiscono il progetto riabilitativo individuale come “l’insieme delle proposizioni elaborate dall’*équipe* riabilitativa tenuto conto della disabilità della persona.

Il progetto individuale:

1)tiene conto in maniera globale dei **bisogni**, delle **preferenze** del paziente (e/o dei suoi familiari, quando è necessario), delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle **abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali e personali;**

2)definisce gli **esiti attesi**, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell’*équipe* curante;

3)definisce la **composizione dell’*équipe*** rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;

4)definisce, nelle **linee** generali, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni **necessarie al raggiungimento degli esiti attesi”**.