

La riforma del territorio tra ambulatori ,diurnati, residenzialità e cure domiciliari e la presa in carico delle patologie neurologiche croniche – PAI tra sanità elettronica e teleassistenza

Vito Napoletano

Former president of the territorial neurology study group for the SIN (Italian Society of Neurology)



Presentazione

Laurea in medicina e chirurgia 1984 – specializzazione in Neurologia Univ degli Studi di Bari 1988, coautore in 20 pubblicazioni scientifiche
Ha lavorato in Ospedale Monopoli 1988 medicina , pediatria, neurologia , respons amb EEG ,
Dal 1999 sul territorio nella disabilità fisica, psichica e/o sensoriale ,Ha funzioni di UVM e Ispettore sanitario.
Ha fatto parte di diversi comitati tecnici in Sanità Regione Puglia ,
Responsabile Nazionale gruppo di studio neurologia del territorio per la Società Italiana di Neurologia (SIN) nei tre bienni dal 2015
Fondatore in Puglia dell'AINAT

Contatti

Email: vitnapoletanogmail.com

Vito.napoletano@asl.bari.it

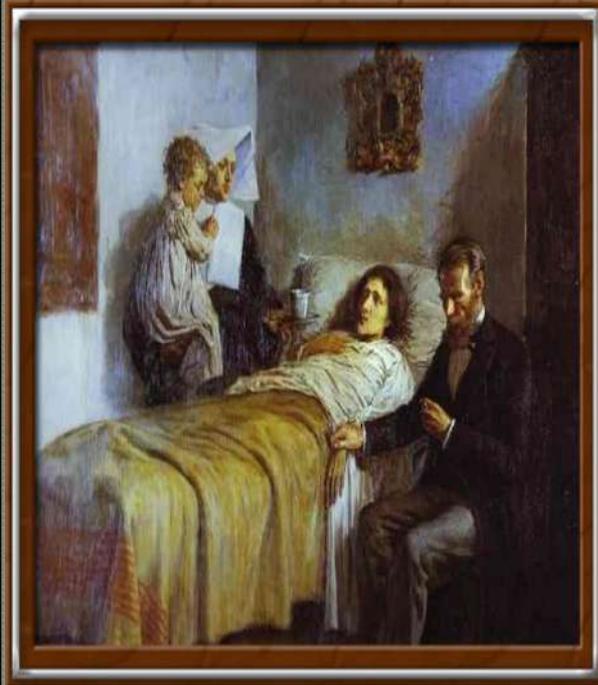
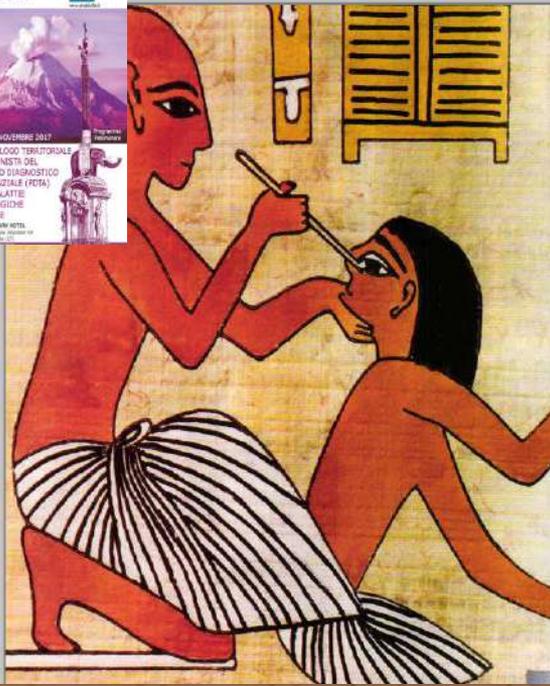
Attività lavorativa Monopoli ASL BA DSS12
viale A. Moro 102



IL CONGRESSO
AINAT SICILIA

IL NEUROLOGO TERRITORIALE
PROTAGONISTA DEL
PROGETTO DIAGNOSTICO
ASSISTENZIALE (PDA)
NELLE MALATTIE
NEUROLOGICHE
CRONICHE

FREDEMAT SAN ANTONIO
SALERNO - 18-19 NOVEMBRE 2017



1865 - "Sistema di sanità amministrativa"

Il Ministero dell'Interno, a livello centrale, e i prefetti e sindaci, a livello locale, detengono la competenza organizzativa dell'assistenza sanitaria:

- Il Ministero dell'interno emana azioni di tutela della salute, attuate dai Comuni
- **Medicina pubblica**
limitata all'assistenza ai poveri
- **Assistenza ospedaliera**
svolta da istituti caritatevoli

1888 Legge Crispi - Pagliani 22 dicembre, n. 5849

- Nasce un sistema di sanità pubblica organizzato e condotto da **personale qualificato**, nel quale la tutela della sanità pubblica spetta al Ministero dell'Interno.
- Viene istituito presso il Ministero dell'Interno il **Consiglio Superiore di Sanità**, con funzioni tecnico-consultive.
- Viene costituita nell'ambito del Ministero dell'Interno una apposita **Direzione Generale della Sanità Pubblica**
- Vengono istituiti in periferia Uffici Sanitari Provinciali (Medico e Veterinario Provinciale) alle dipendenze dei Prefetti e analoghi Uffici **presso i Comuni** (**in ogni Comune vi sarà un Medico Ufficiale Sanitario**)



1978 - Servizio Sanitario Nazionale
Legge 23.12.78, n. 833

Nascono i Presidi per la disabilità fisiche psichiche e/o sensoriali

Il SSN è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzioni di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi.

L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni ed agli Enti territoriali,

garantendo la partecipazione dei cittadini.

Progetto
Assistenza
oltre le aspettative

IMPRESA INNOVATIVA
NEI SERVIZI SOCIO ASSISTENZIALI
RIVOLTI AD ANZIANI MALATI E DISABILI

ADI e SAD

Cosa sono e come scegliere
l'assistenza domiciliare giusta per te

Global Family Assistance Soc. Coop.
Assistenza Domiciliare e Servizi per la Famiglia
www.globalfamilyassistance.it



cooperativa sociale

alfianco

ASSISTENZA ANZIANI,
DISABILI e MALATI **24h/24**

Storia dell'assistenza

- Dalla criticità ...
- S.Camillo: riformatore dell'assistenza ospedaliera. Primo *mansionario infermieristico*. I sottoposti (infermieri e serventi) sono "servi degli infermi e non di altri".
- Stabilisce la necessità di:
 - Assistenza continuativa
 - Consegna giornaliera
 - Relazione da consegnare ai medici

1992 - Il riordino della sanità

D. Lgs. 30.12, n. 502 (riforma bis)

- Riassetto organizzativo e istituzionale del SSN
- Ridare efficienza al sistema sanitario, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili
- Controllare la spesa per contenere il disavanzo

Punti cardine:

- **Livelli di assistenza** uniformi sul territorio nazionale
- **Regionalizzazione** della sanità
- **Aziendalizzazione** delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari (ASL)
- **Nuovo modello di finanziamento** (prospettico)
- **Competitività** tra pubblico e privato
- **Partecipazione del cittadino**

1999 -Il sistema integrato di interventi e servizi sociali - D. Lgs. 19.06, n. 229

INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA



Momento grazie al quale i bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, possono essere soddisfatti mediante percorsi assistenziali integrati tra dimensione sociale e dimensione sanitaria



Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale:

l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dall'apporto dei servizi sociali

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:

problemi collegati allo stato di salute possono trovare soluzione efficace con processi di inserimento e di integrazione sociale



**LE AGEVOLAZIONI FISCALI DEL
2022 SULL'ASSISTENZA ANZIANI**
Ministero Economico



Patto salute, la nuova bozza rivoluziona le cure territoriali.

- un'assistenza territoriale dove il medico di famiglia in rete sarà chiamato a coordinarsi con medici ospedalieri "prestati" a strutture che erogano
- day e week service - surgery a bassa intensità, anche sotto forma di ospedali virtuali territoriali, e sono coordinate da infermieri, come gli ospedali di comunità.

Il Patto per la Salute approvato prevede che accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti ambulatoriali e ai farmacisti ci sia “l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, **per** garantire la completa presa in carico integrata delle persone.

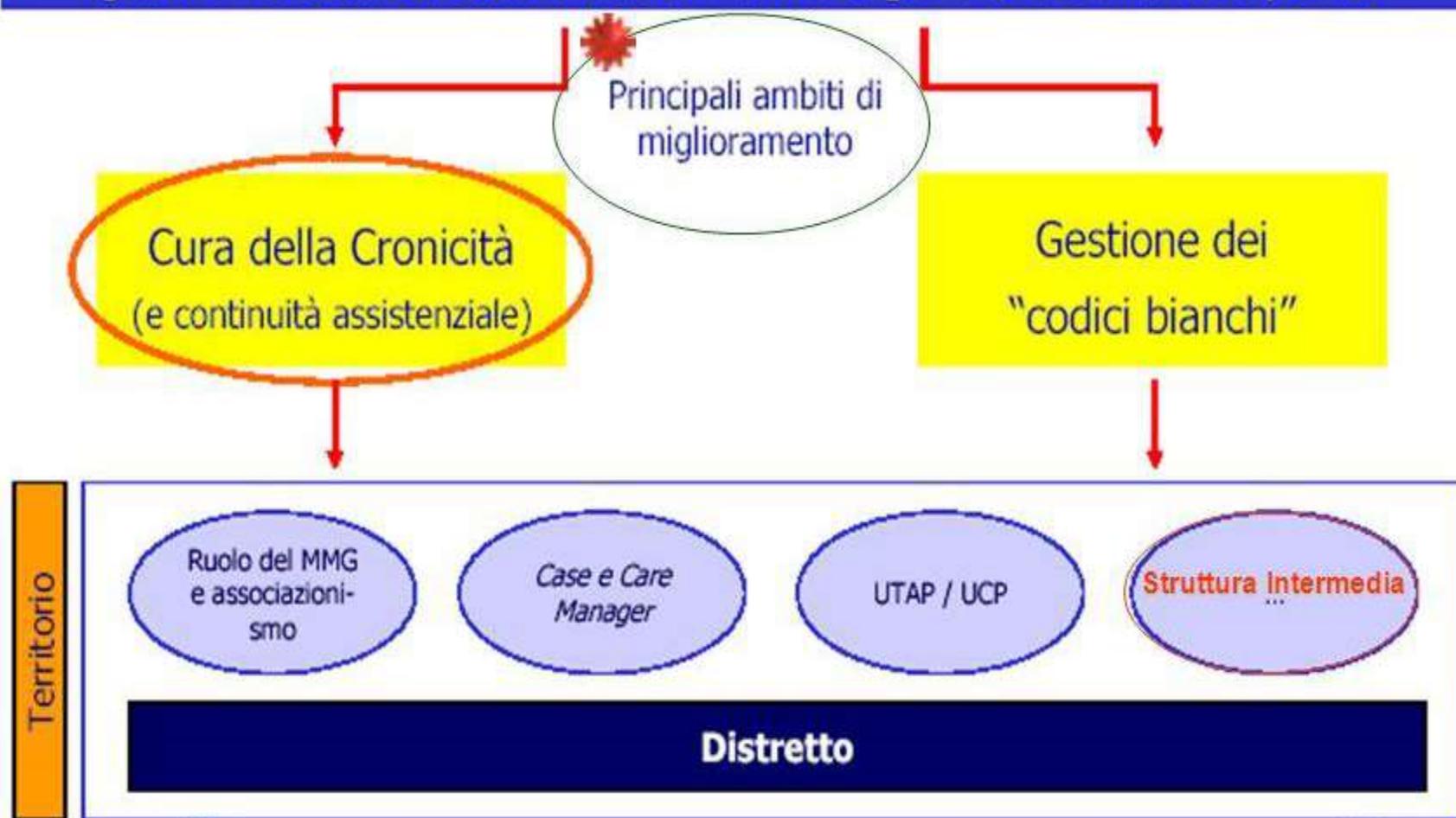


Patto salute, la nuova bozza rivoluziona le cure territoriali.

Per il territorio (articolo 10) doveva arrivare a inizio 2020 un Regolamento volto a uniformare i servizi territoriali delle singole regioni affinché nessuna resti indietro nella presa in carico delle cronicità e nella corretta gestione dei pazienti in Pronto soccorso, dove saranno riviste le norme d'accesso dei "codici bianchi". Medici di famiglia e continuità assistenziale, organizzati in aggregazioni funzionali ed Unità di cure primarie, coordineranno la presa in carico anche con medici dipendenti di reparti specialistici, che si prevede di dislocare in **ospedali virtuali territoriali e di comunità, dotati di servizi di telemedicina**, operativi pure per pazienti urgenti a minor complessità e cronici instabili. Entro 12 mesi poi dall'avvio del Patto ogni regione presenterà il suo piano di riordino delle cure territoriali.

La riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione del sistema

Un rafforzamento della componente territoriale del S.S.N. appare di assoluta importanza al fine di incrementare il generale livello di efficienza ed adeguatezza del Sistema, che deve essere in grado di intercettare e soddisfare sul territorio le esigenze socio-sanitarie dei pazienti





Nei pronto soccorso del Piemonte i “codici bianchi” affidati ai medici di famiglia. Potranno prescrivere farmaci ma niente esami e consulenze. Accordo Mmg-Regione

Si chiamerà “ambulatorio delle non urgenze”, sarà separato dai locali del pronto soccorso e gestito da un medico di medicina generale. Si farà carico dei pazienti che gli verranno inviati dal triage perché ritenuti inappropriati per la struttura di emergenza urgenza. A loro il medico potrà fornire prestazioni aggiuntive e prescrivere farmaci per terapie non differibili, ma non esami o consulenze, che saranno discrezione del medico curante. Ma se dovessero servire con urgenza, il paziente sarà rinvio al PS/Dea.



2 ANNI, 4 EPOCHE, 4 MISSION DEL SSN

Epoca	Mission	Orizzonte decisionale	Disponibilità risorse	Flessibilità organizzativa	Ruolo del management
Austerità	Contenere la spesa	Breve termine	Scarsa	Limitata	Garante del pareggio di bilancio
Emergenza epidemica	Prevenire e curare il Covid	Immediato	Rilevante: risorse correnti indistinte emergenziali	Elevatissima	Orientatore, decisore di ultima istanza, coordinatore
Verso l'endemia	Vaccinazioni, smaltire liste d'attesa	Breve termine	Rilevanti: risorse correnti finalizzate	Buona	Coordinatore, elaborazione identità org., ri-motivatore
PNRR	Pianificare gli investimenti	Lungo termine	Rilevante: in conto capitale	DA AUTO-GENERARSI	Stratega, mediatore tra stakeholder interni/est.
Nuova austerità?	Contenere la spesa, rispondendo alla sfida della cronicità/fragilità	?	Modesta in relazione alla domanda	FRUTTO FASE PNRR	Gestore della nuova identità aziendale

LOGICA DI FONDO: NUOVI SERVIZI «COPERTI» DA MAGGIORE APPROPRIATEZZA

Balance to be financed (Euro) - Year 2027	1.339.218.741,97 €
--	---------------------------

Measures to finance needs - Year 2027 -	1	Increase in the National Health Fund - FSN (15% of the 1% estimated increase)	180.000.000,00 €
	2	Reduction of hospitalizations at high risk of inappropriateness for chronic diseases	134.379.918,00 €
	3	Reduction of inappropriate access to the emergency department for white and green codes	719.294.197,29 €
	4	Reduction of pharmaceutical expenditure related to three classes of high-consumption drugs and with the risk of inappropriateness	329.000.000,00 €

Total of Sustainability Plan (Euro) - Year 2027	1.362.674.115,29 €
--	---------------------------

Surplus (Euro) - Year 2027	23.455.373,32 €
-----------------------------------	------------------------

Fonte: Schede tecniche PNRR, p.671



Riduzione del 90% dei ricoveri elettivi o ripetuti per BPCO, diabete e ipertensione; del 40% dei r. urgenti



Riduzione del 90% degli attuali codici bianchi (-2,4 mln) e del 60% dei verdi (-6,7 mln): **-40% accessi totali**



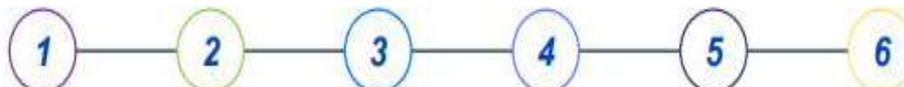
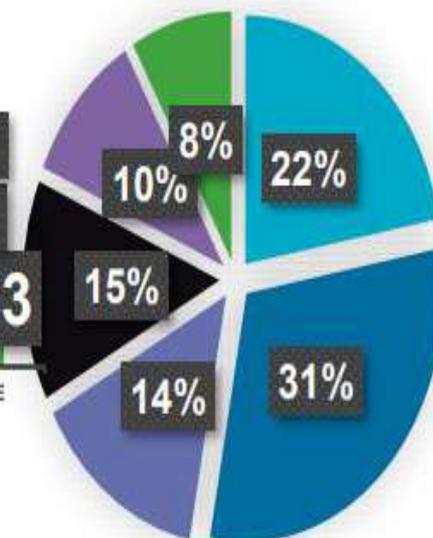
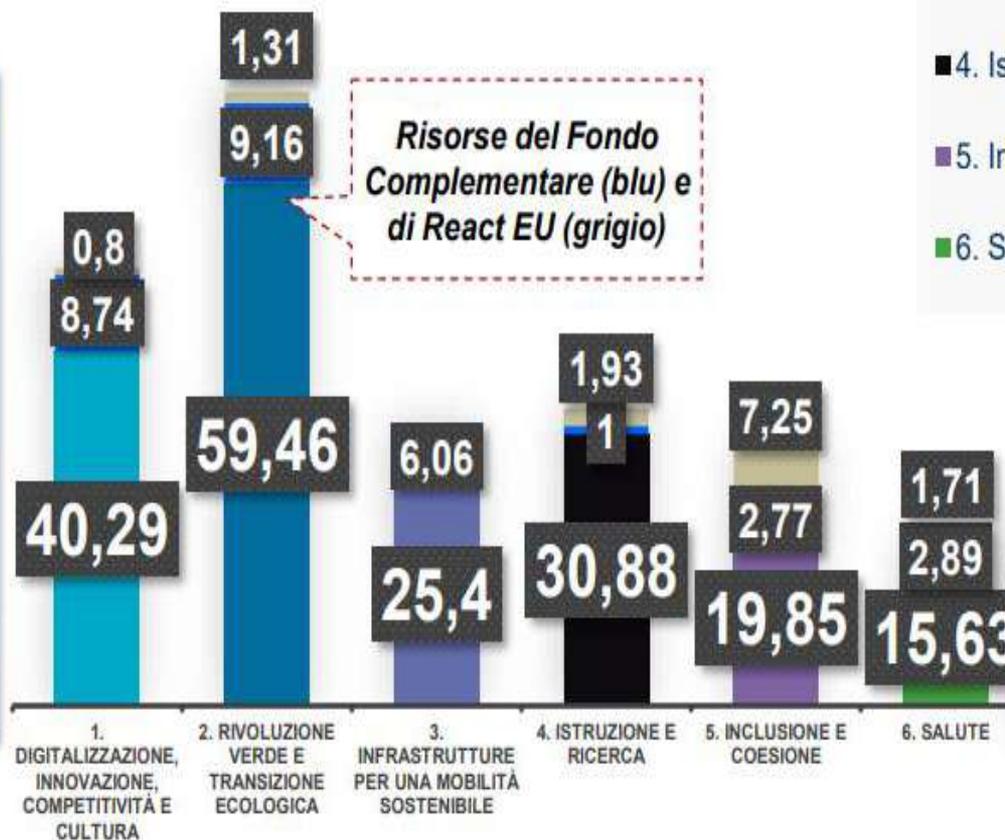
Riduzione dei consumi di farmaci cardiovascolari, gastroprotettori e antibiotici sul valore della mediana delle regioni, 2019

OBIETTIVI AMBIZIOSI MA COERENTI CON IL CONTESTO DEMOGRAFICO ED ECONOMICO

IL PNRR DESTINA CIRCA 20,3 MILIARDI € ALLA MISSIONE 6 (SALUTE)

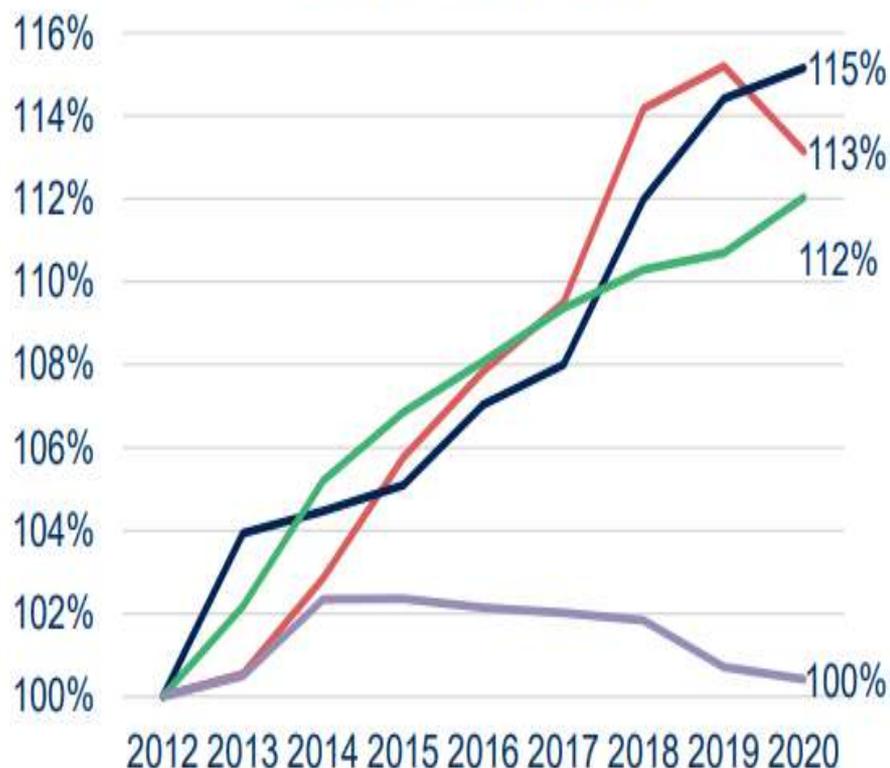
Risorse del PNRR allocate per missione, mld € e % sul totale

- 1. Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura
- 2. Rivoluzione verde e transizione ecologica
- 3. Infrastrutture per una mobilità sostenibile
- 4. Istruzione e ricerca
- 5. Inclusione e coesione
- 6. Salute



IL QUADRO DEMOGRAFICO

Trend popolazione totale, persone sole, popolazione over65, over 65 soli, Italia, n.i. 2012-2020 con 2012=100

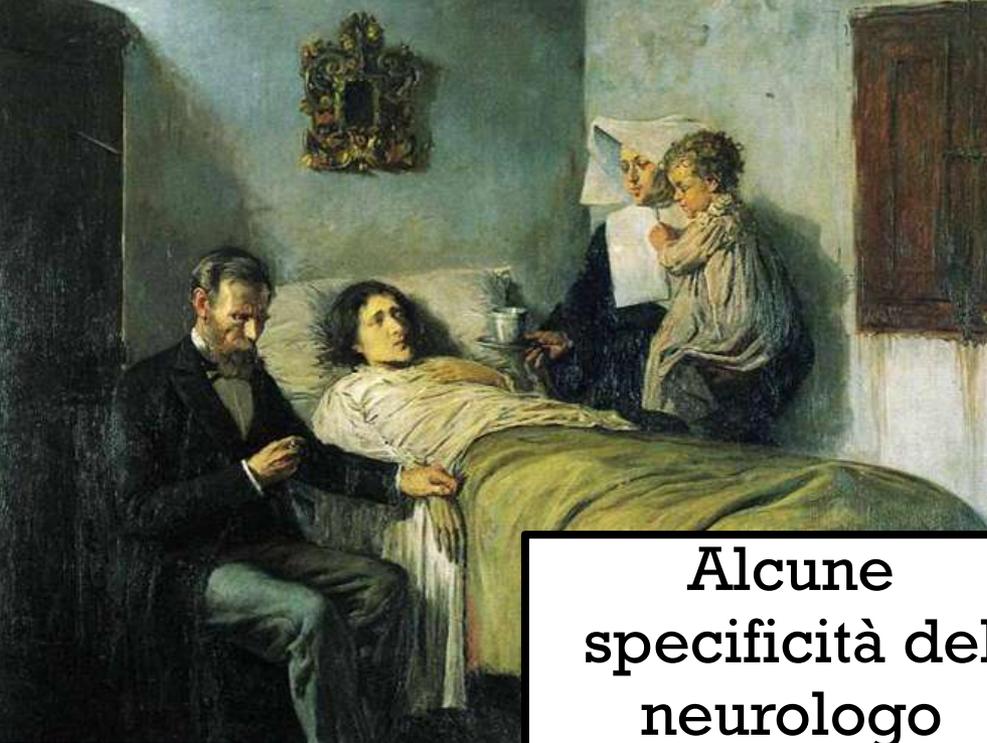


— Persone sole — Persone sole OVER 65
— Pop. OVER 65 — Popolazione totale

Categoria	Numero (mln, 2020)	% su pop. totale (2020)	Delta (mln, 2012-20)
Popolazione totale	59,6	100%	+0,2
Popolazione over 65	13,9	23%	+1,5
Persone sole	8,4	14%	+1
Persone sole over 65	4,1	7%	+0,5

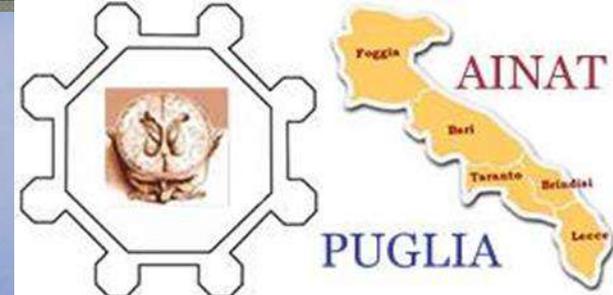
ISTAT (2021) stima che nel 2050

- **la popolazione totale diminuirà** da 59 a 54 milioni (-8%)
- **la popolazione over 65** raggiungerà i 19 milioni, pari al **35% dei residenti**
- **la popolazione 15-65 anni** diminuirà dal 64% attuale al **53% dei residenti.**



Alcune
specificità del
neurologo
territoriale





(OMS – ICF)

PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) - UVM

PDTA – PDDTA

SETTING ASSISTENZIALI

VALUTAZIONI/CERTIFICAZIONI

(Classificazione Internazionale del Funzionamento)

Dalla prospettiva sanitaria alla prospettiva bio-psico-sociale

- Nel 2001, l'Assemblea dell'OMS ha approvato la nuova **Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute**
- *(International Classification of Functioning,*



ICD-10

MINISTERO DELLA SANITÀ
DIREZIONE GENERALE PER L'ORDINAMENTO SANITARIO,
LA MEDICINA E L'ORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO

CLASSIFICAZIONE
STATISTICA
INTERNAZIONALE
DELLE MALATTIE
E DEI PROBLEMI SANITARI
CORRELATI

DECIMA REVISIONE

VOLUME 1

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ
GENEVA

MINISTERO DELLA SANITÀ
DIREZIONE GENERALE PER L'ORDINAMENTO SANITARIO,
LA MEDICINA E L'ORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO

ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health

ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health

L'ICD-10 e l'ICF

L'ICD-10 e l'ICF sono complementari e dovrebbero essere usati insieme

- Nell'ICF vengono classificati il funzionamento e la disabilità associati alla condizione di salute.
- Mentre le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni etc) vengono classificate principalmente nell'ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) che fornisce un modello di riferimento eziologico. L'ICD-10 fornisce una diagnosi delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute e questa informazione si arricchisce delle informazioni aggiuntive offerte dall'ICF relative al funzionamento.



FATTORI AMBIENTALI

I fattori ambientali devono essere codificati dal punto di vista della persona della quale si sta descrivendo la situazione

(es.: pavimentazione in rilievo per un non vedente ed una persona in carrozzina)



Regione Puglia

A.S.L. _____

UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTO N.

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità

DIAGNOSI delle attuali principali condizioni di salute

Indicare la codifica nosologica in codice ICD (o ICD X o ICD IXcm)

ICD X

ICD IXcm

1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Menomazioni delle funzioni corporee

	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9
mentali/intellettive (b110, b114, b117, b140, b144, b156, b164, b167)							
mentali/comportamentali (b130, b134, b148, b152)							
sensoriale e del dolore (b2)							
della voce e dell'eloquio (b3)							
dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico, e respiratorio (b4)							
dei sistemi digerente, metabolico ed endocrino (b5)							
genito-urinarie e riproduttive (b6)							
neuromuscoloscheletriche e corr. Al movimento (b7)							
Ogni altra funzione corporea							

Menomazioni delle strutture corporee

	Nessuna menomazione	Lieve menomazione	Media menomazione	Grave menomazione	Completa menomazione	Non specificato	Non applicabile
	0	1	2	3	4	8	9
sistema nervoso (s1)							
occhio, orecchio e strutture annesse (s2)							
legate alla voce dell'eloquio (s3)							
dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico, e respiratorio (b4)							
dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino (s5)							
correlate al sistema genito-urinario (s6)							
legate al movimento (s7)							
cute e strutture correlate (s8)							
Ogni altra struttura corporea							

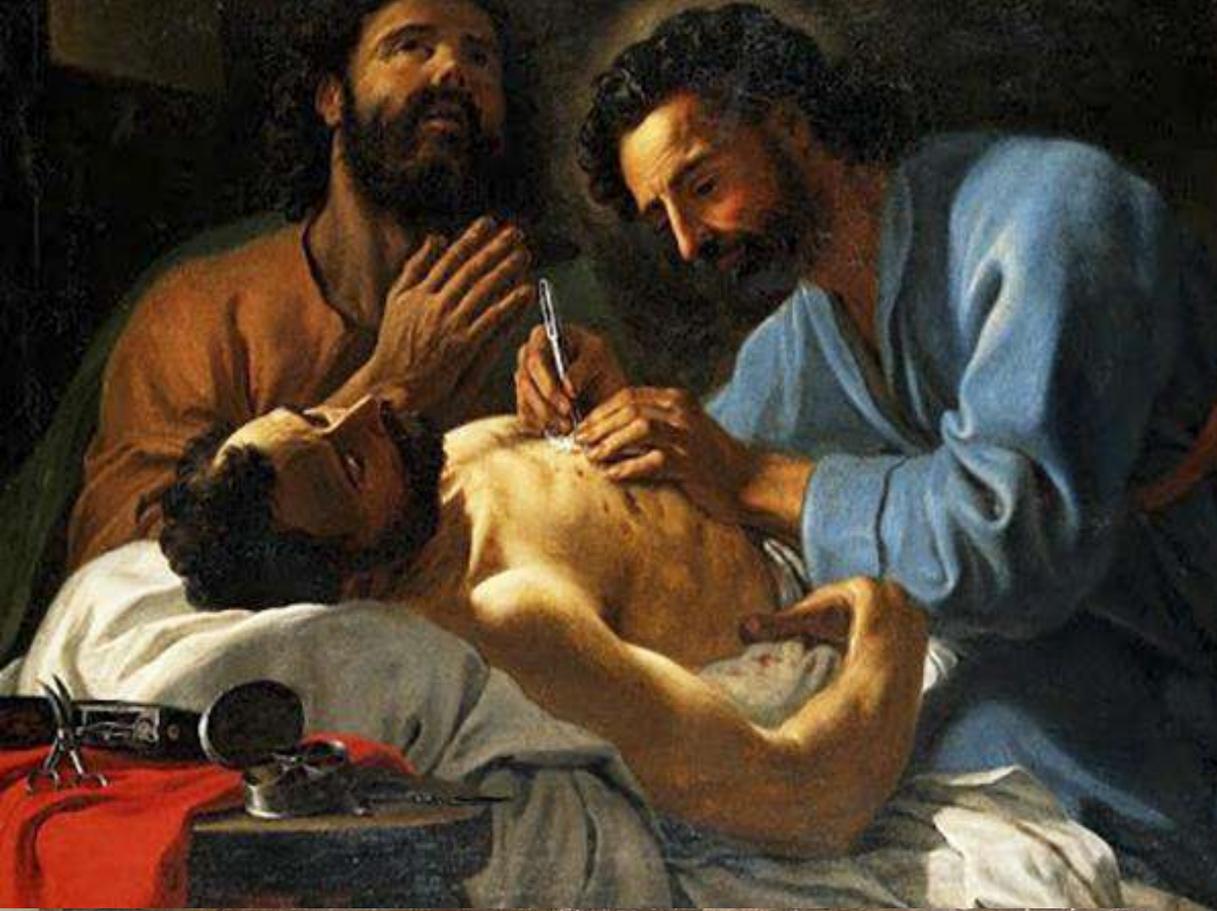
ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health

L'OMS abbandona il concetto di salute come assenza di malattia

Identificandola invece come, una tensione verso una piena armonia e un sano equilibrio fisico, psichico, spirituale e sociale
(OMS, 1948)





Ne Creditis, si mihi scilicet
 quod fructus venditoris animarum
 de fide de contagione
 accipit, sicut loquitur
 Calosura sicut et de fructu
 gleich wie der Corvus auf der Aste.
 Ah Credite, ahret nicht dars hi
 den Romis reges de Fyren.

Quo non debere esse est
 sic finis virguleto faden
 qua loquatur ab vobis et fiam
 und dicitur per consilium
 in manibus Credite abansogel
 hi in tentor in fiamatig
 Marfapian hoyt sine Hill
 und aurum hi gchelti fad

Verding in der den Tod zu Rom. Anno 1656.
 Also gahnde Doctores Medici dars hi Rom, waren sie die ander fider frantze de
 faren le fachen, sie hi curren und fragen, sich wider dem Ditt hi fuchern an langes Klad von se
 vor dem fuch hi Anfrucht et verlarot, fuden alligen halten se grosse Eyffhalne de illen velle
 Nachmen langes Schnabel wolle mit rechen die Opvaren, en de fard, molche mit hand schuhen
 fuch fuch mit rechen die Opvaren, en de fard, molche mit hand schuhen



LEGGE N. 104/92

Legge cardine nel nostro sistema di tutela dei diritti della persona con disabilità

Art. 3 **DESTINATARI**

COMMA1:COLORO CHE

PRESENTANO UNA **MINORAZIONE** FISICA PSICHICA O SENSORIALE CHE E' CAUSA **DI DIFFICOLTA'**

- DI APPRENDIMENTO,
- DI RELAZIONE
- DI INTEGRAZIONE LAVORATIVA



SVANTAGGIO SOCIALE O EMARGINAZIONE

COMMA3:COLORO CHE

PRESENTANO UNA RIDOTTA AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' IN MODO DA RENDERE NECESSARIO UN INTERVENTO ASSISTENZIALE NELLA SFERA INDIVIDUALE O IN QUELLA DI RELAZIONE

- PERMANENTE,
- CONTINUATIVO
- GLOBALE

LA SITUAZIONE ASSUME **CONNOTAZIONE DI GRAVITA'**



Educazione terapeutica, il contratto negoziato con il paziente

Le competenze che l'assistito deve essere guidato a maturare riguardano:

- la comprensione della malattia e del relativo trattamento;
- le capacità di auto-sorveglianza;
- le capacità di autocura;
- le capacità di adattamento della terapia al proprio stile di vita.
- la comprensione di sé stesso;

Per far in modo che si raggiungano queste competenze (gli obiettivi dell'educazione terapeutica), l'**approccio educativo** deve essere centrato e modulato sulle caratteristiche dello specifico assistito (e/o del caregiver) e deve essere **di tipo sistemico**, ovvero deve trattarsi di un'educazione erogata attraverso il rispetto di fasi logico-consequenziali che si susseguono in modo ordinato:

- accertamento/raccolta informazioni;
- formulazione della diagnosi educativa;
- negoziazione del contratto;
- pianificazione (contenuti, metodi, strumenti, valutazione);
- erogazione;
- valutazione (di apprendimento, di processo, di ricaduta, di gradimento);
- eventuale ulteriore raccolta di informazioni e revisione dell'intero processo.

Educazione terapeutica, il contratto negoziato con il paziente

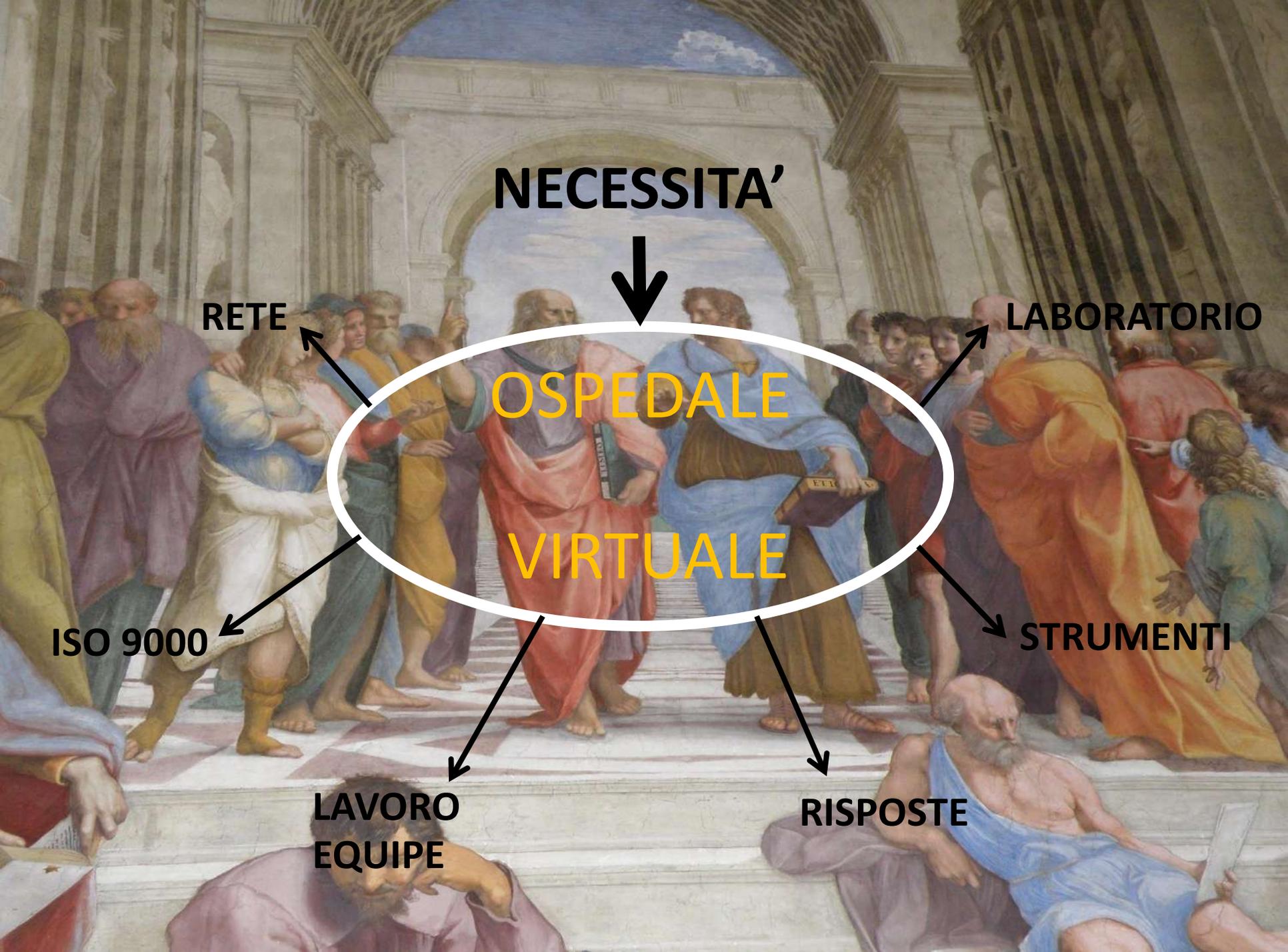
Le **competenze** che l'assistito deve essere guidato a maturare riguardano:

- la comprensione di sé stesso;
- la comprensione della malattia e del relativo trattamento;
- le capacità di auto-sorveglianza;
- le capacità di autocura;
- le capacità di adattamento della terapia al proprio stile di vita.

Per far in modo che si raggiungano queste competenze (gli obiettivi dell'educazione terapeutica), l'**approccio educativo** deve essere centrato e modulato sulle caratteristiche dello specifico assistito (e/o del caregiver) e deve essere **di tipo sistemico**, ovvero deve trattarsi di un'educazione erogata attraverso il rispetto di fasi logico-consequenziali che si susseguono in modo ordinato:

- accertamento/raccolta informazioni;
- formulazione della diagnosi educativa;
- negoziazione del contratto;
- pianificazione (contenuti, metodi, strumenti, valutazione);
- erogazione;
- valutazione (di apprendimento, di processo, di ricaduta, di gradimento);
- eventuale ulteriore raccolta di informazioni e revisione dell'intero processo.

L'educazione terapeutica, come definito dall'OMS, dovrebbe permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia.



NECESSITA'



OSPEDALE

VIRTUALE

RETE

LABORATORIO

ISO 9000

STRUMENTI

**LAVORO
EQUIPE**

RISPOSTE

Motivazioni per il cambiamento

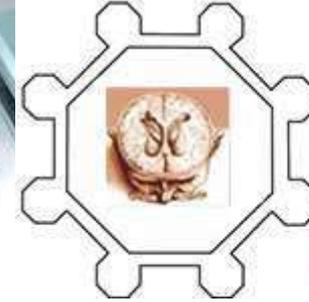
Aumento carico
di lavoro

Domanda di
salute complessa

Evoluzione quantitativa e
qualitativa della domanda

Assistenza innovativa:
personalizzata, continua
, accessibile

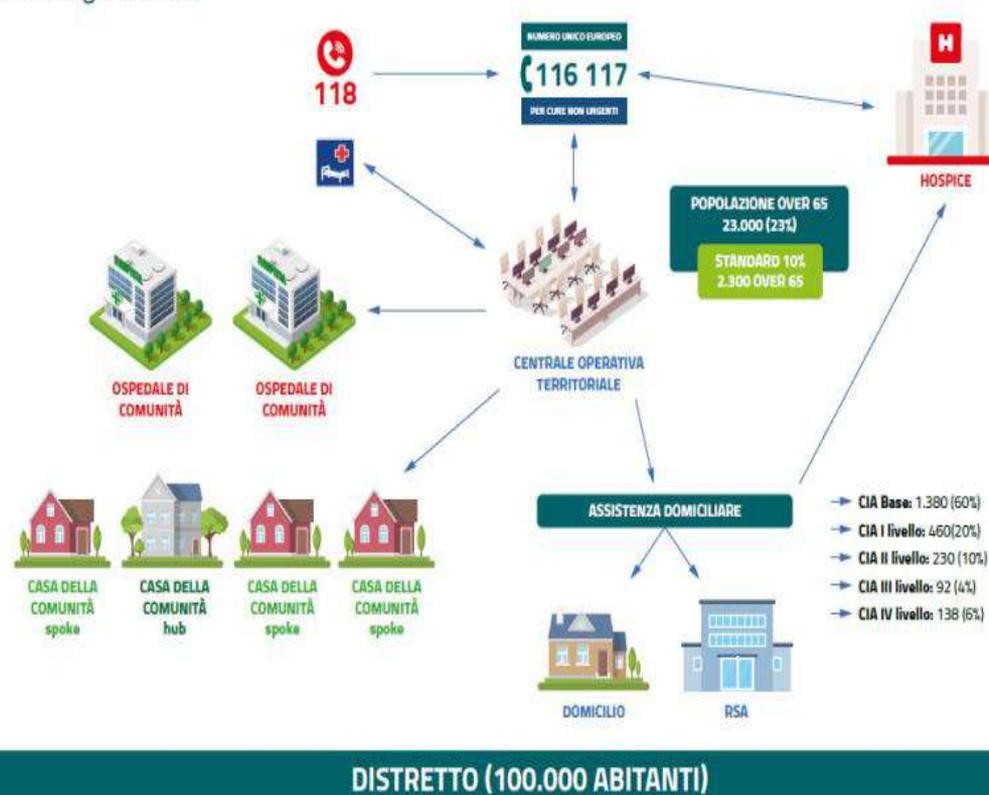
Soluzioni



- ◎ **Nuovi modelli organizzativi**
La complessità organizzativa
(Programmazione Regionale)
- ◎ **Gestione dei pazienti complessi e continuità con qualità della assistenza**
- ◎ **La complessità assistenziale**
(Programmazione ASL)



FIGURA 15
Il sistema organizzativo



Il PNRR e DM 77/2022 rappresentano strumenti di public policy e allo stesso tempo oggetti di studio di health economics & healthcare management: si rende necessario uno studio approfondito di **modelli di progettazione dei servizi, service design & service management**

NURSE

CASE

MANAGER



Disability Manager



Dotazione • 1 OdC di **20 PL** ogni **100.000 abitanti**

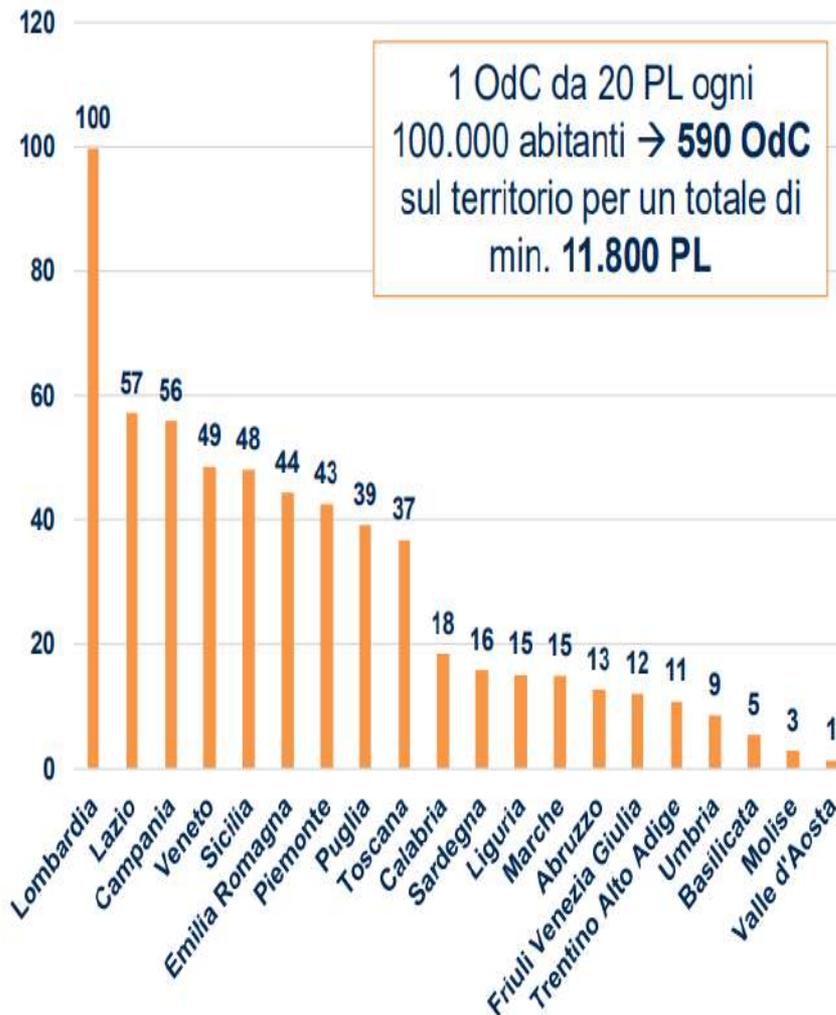
PL

- **0,2 PL ogni 1.000 abitanti**
- Per ogni OdC, 15-20 PL con possibile estensione fino a due moduli (massimo 40 posti letto)

Personale

- **7-9 infermieri** (di cui **1 coordinatore infermieristico**)
- **4-6 operatori socio-sanitari**
- 1-2 unità di altro personale sanitario con **funzioni riabilitative**
- **1 medico** per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Numero OdC per regione (ex standard DM77)





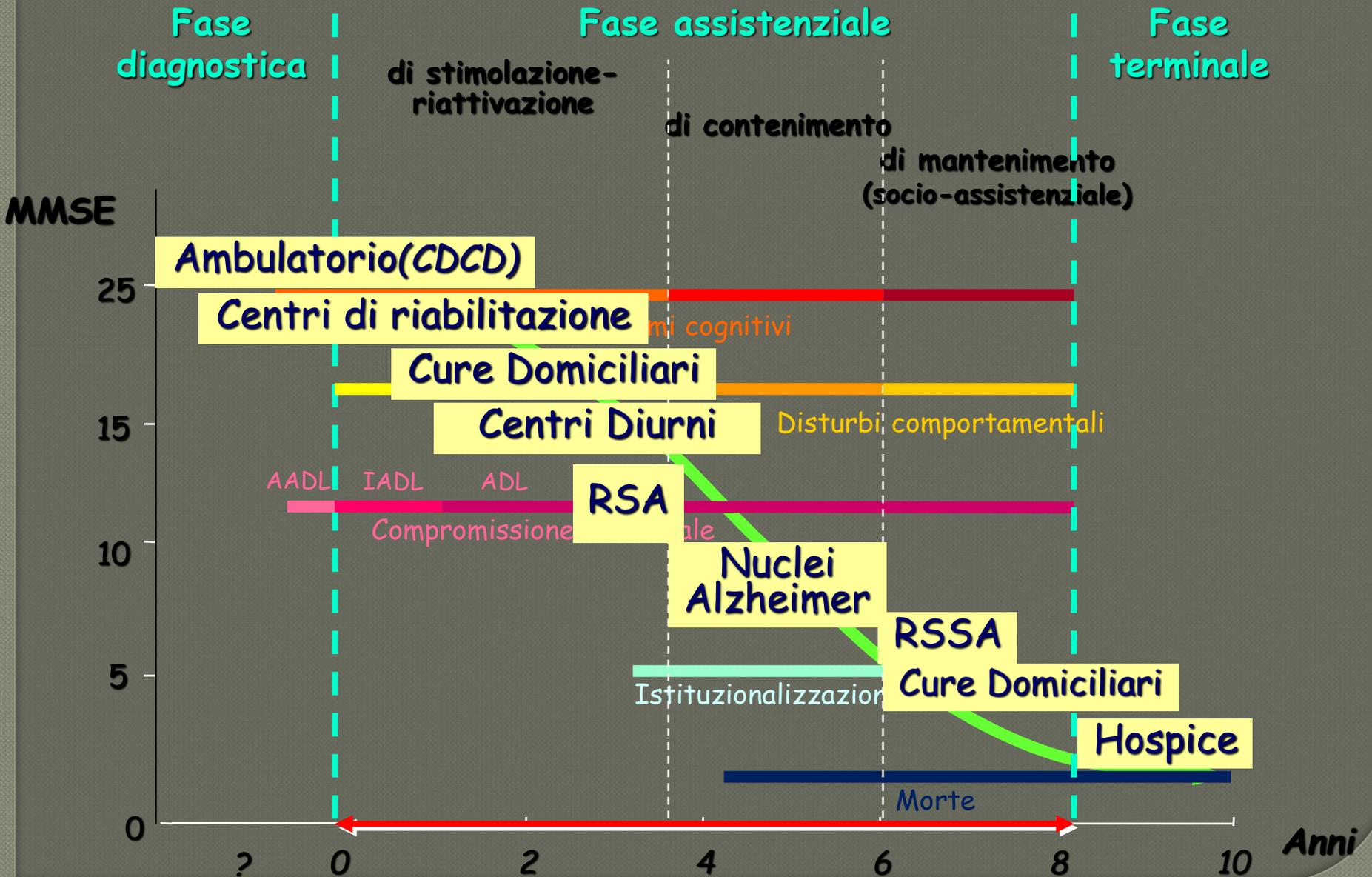
Il case manager territoriale

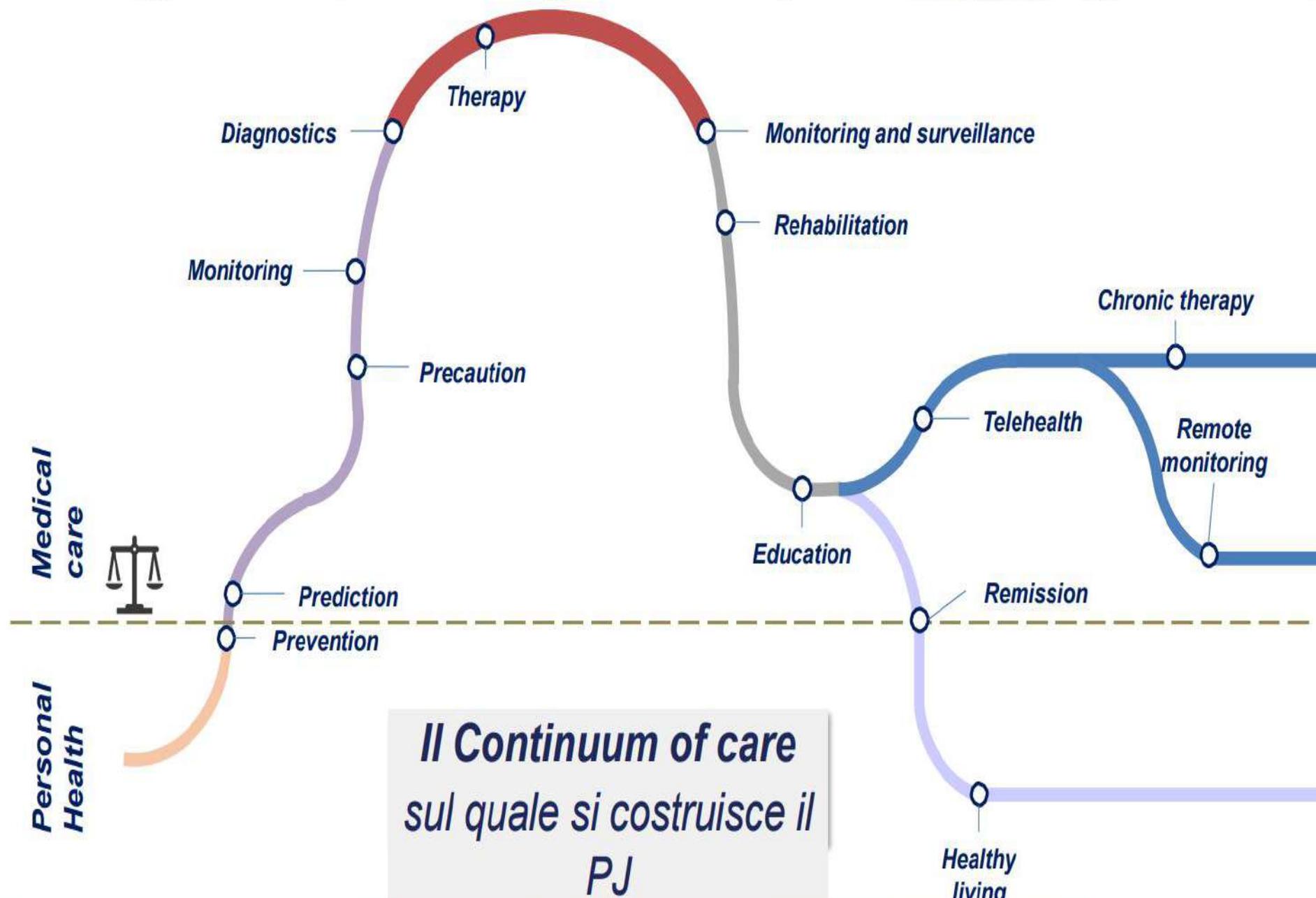
L'infermiere di famiglia



Tendere alla garanzia della continuità attraverso un buon sistema di comunicazione e trasferimento di informazioni definite essenziali

Le fasi del percorso di cura

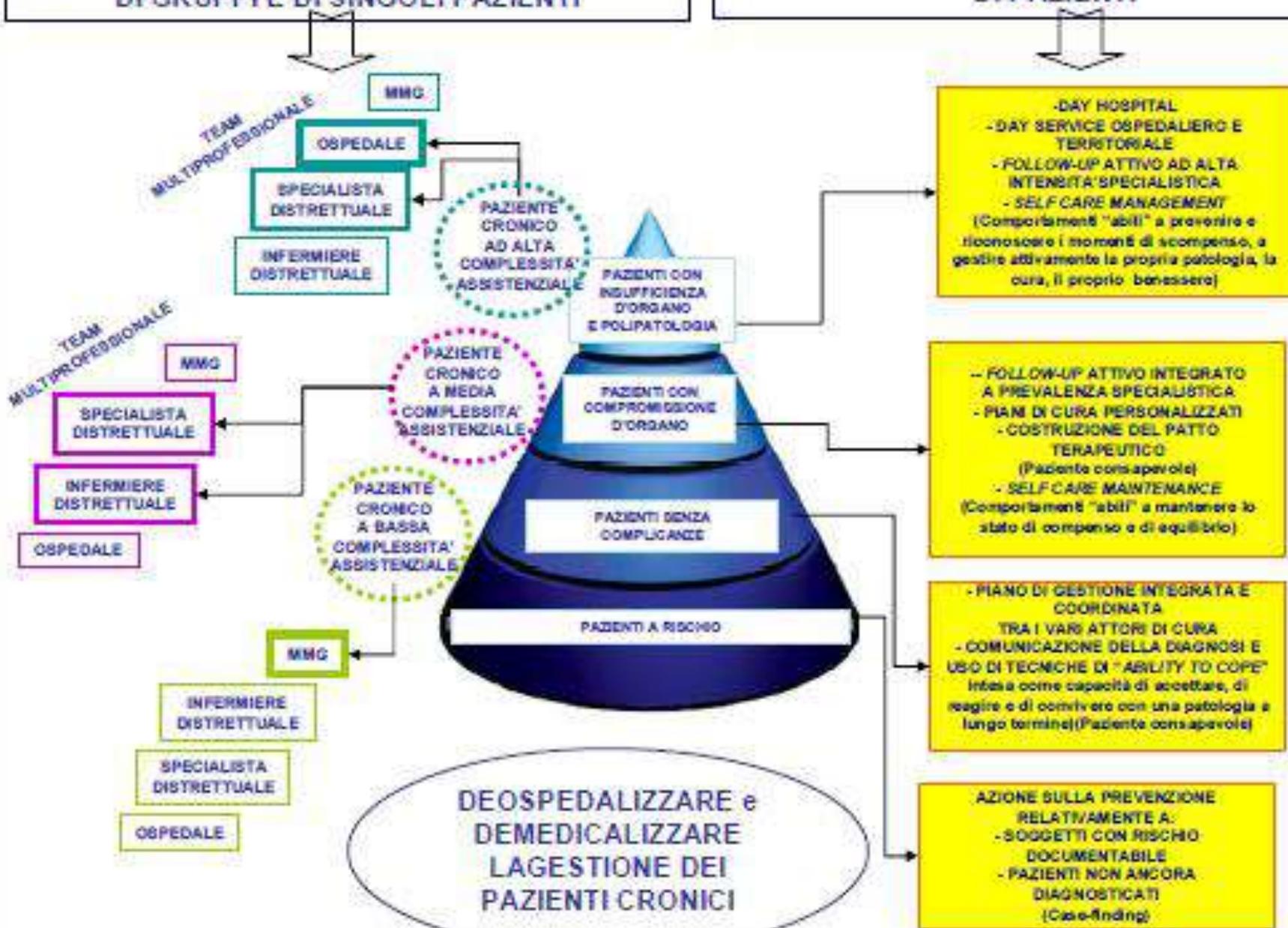




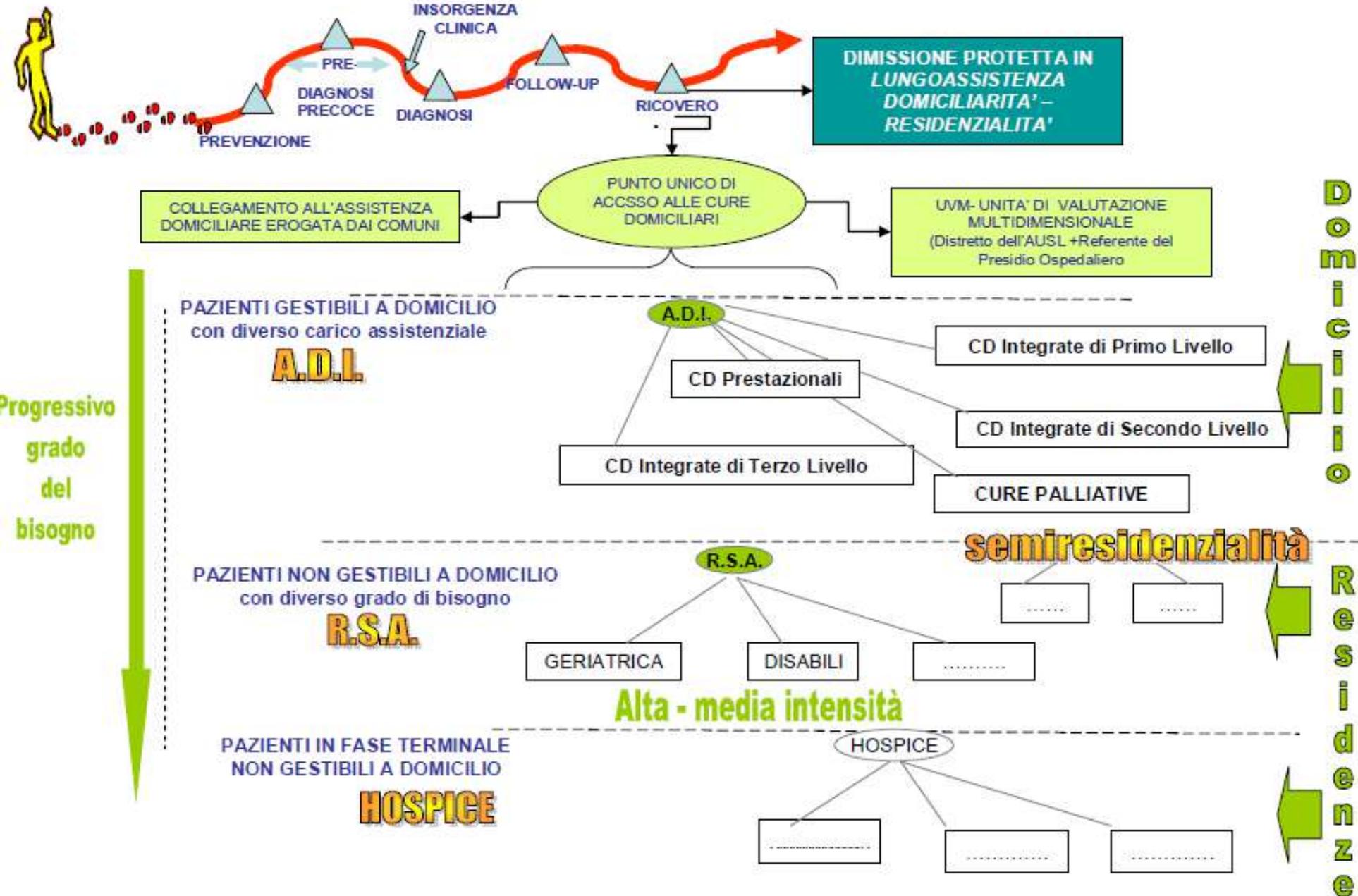
**Il Continuum of care
sul quale si costruisce il
PJ**

ORGANIZZAZIONE DEGLI ATTORI ASSISTENZIALI PER LA GESTIONE INTEGRATA DI GRUPPI E DI SINGOLI PAZIENTI

STRATEGIE E STRUMENTI DI GOVERNO CLINICO SU TARGET STRATIFICATI DI PAZIENTI



IL PIANO DI DEOSPEDALIZZAZIONE: ADI e STRUTTURE RESIDENZIALI



Il **DM 77/23 maggio 2022** indica **quattro categorie principali di pazienti eleggibili**:



Pazienti **fragili e/o cronici**, **provenienti dal domicilio**, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato

A



Pazienti, prevalentemente affetti da **multimorbilità**, **provenienti da struttura ospedaliera**, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti **assistenza infermieristica continuativa**

B



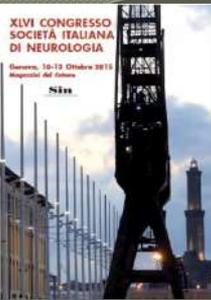
Pazienti che necessitano di **assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi**, che necessitano di interventi di affiancamento, **educazione ed addestramento del paziente e del caregiver** prima del ritorno al domicilio

C



Pazienti che necessitano di **supporto riabilitativo-rieducativo**, ad es: valutazioni per strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue; supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio

D



La Presa in Carico

- Progetto Educativo Individualizzato (PEI)
- Progetto Riabilitativo Individualizzato (PRI)
- Progetto Assistenziale individualizzato (PAI)

DPCM 14 FEBBRAIO 2001

**"ATTO di INDIRIZZO e
COORDINAMENTO in MATERIA di
PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE"**

L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.



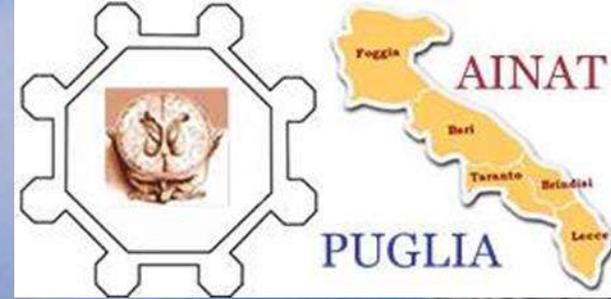
La UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale)

La persona ritorna a essere più importante della malattia e diventa co-artefice della sua cura/assistenza.

I servizi sanitarie perdono l'esclusiva sulla salute e devono coordinarsi e implementarsi con gli altri servizi attivi nella comunità.

La UVM si riunisce di norma due volte alla settimana e comunque con una periodicità che deve concludere gli adempimenti entro 20 gg.

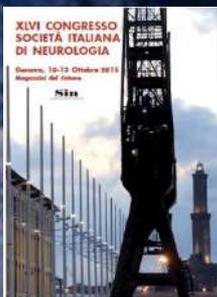
**La persona è titolare di diritti.
Il malato è portatore di bisogni.**



PUA Porta Unica di Accesso

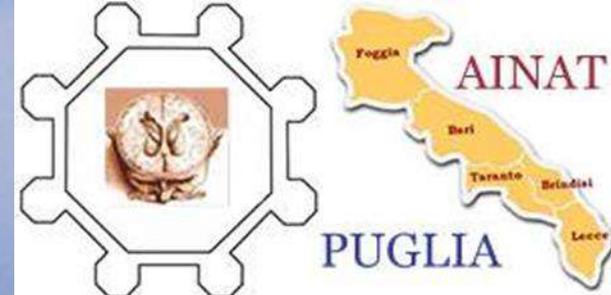
Strumento di facilitazione che mira a promuovere e sostenere l'equità nell'accesso ai Servizi e alla presa in carico (Piano Sociale Nazionale 2001-2003)

PIANO SOCIALE NAZIONALE afferma:
“occorre istituire, in ogni ambito territoriale una porta unitaria di accesso al sistema dei Servizi, tale da essere un livello informativo e di orientamento indispensabile”



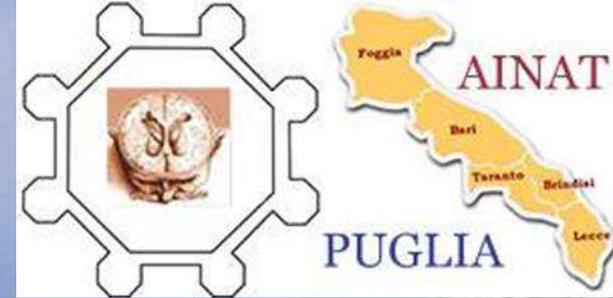
SERVIZI EROGATI PUA

Accoglienza
Informazione al Cittadino
Registrazione dell'Accesso, Raccolta di segnalazioni e prima analisi del bisogno
Orientamento e raccolta domande e documentazione per attivazione diretta per prestazioni in risposta a bisogni semplici
Segnalazione per la presa in carico e integrazione con i Servizi della rete Territoriale e Ospedaliera
Eventuale segnalazione caso complesso (bisogno sociosanitario)



ATTIVAZIONE UVM

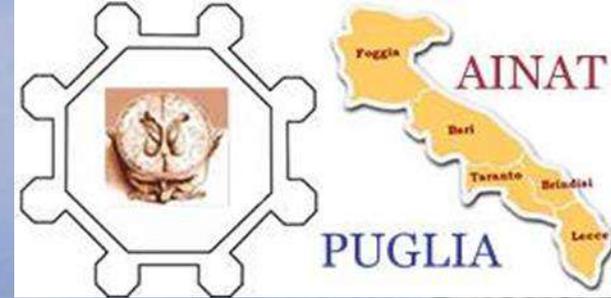
Avviene attraverso:
la “segreteria evoluta” UVM Cure Primarie-
Psichiatria-Dipendenze
Va promossa l’attivazione congiunta sanitario-
sociale come espressione del lavoro di rete
Può essere chiesta da utenti/famigliari in
particolari situazioni
Presuppone il consenso della persona/
famiglia interessata



Unità Valutative Multidisciplinari

L'accesso ai servizi a elevata integrazione sanitaria avviene per mezzo delle unità valutative multidisciplinari, che accertano lo stato di bisogno nelle 5 aree e definiscono il progetto individualizzato d'intervento

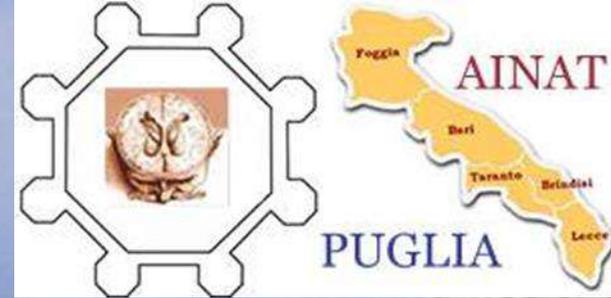
**Cognitiva,
ADL
comportamentale,
Mobilità,
Nutrizionale-
decubiti**



Composizione UVM

Richieste **competenze** multidisciplinari
e valutazione della **specificità** di ogni situazione

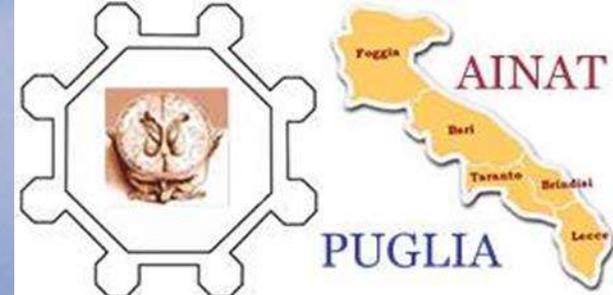
- Medico coordinatore UVM
- o Medico/i specialisti
- o Professionista sanitario (Infermiere/TeRP/Educatore)
- o Psicologo/Logopedista
- o Assistente Sociale – Ente locale
- o PLS/MMG
- o Persona interessata/Famiglia
- o Operatori di privato sociale/enti gestori/strutture in relazione al progetto
- o Altre figure coinvolte in modo significativo (es. **Biotecnologo**,
.....)



Composizione UVM

Richieste **competenze** multidisciplinari
e valutazione della **specificità** di ogni situazione

- Medico coordinatore UVM
- o Medico/i specialisti
- o Professionista sanitario (Infermiere/TeRP/Educatore)
- o Psicologo/Logopedista
- o Assistente Sociale – Ente locale
- o PLS/MMG
- o Persona interessata/Famiglia
- o Operatori di privato sociale/enti gestori/strutture in relazione al progetto
- o Altre figure coinvolte in modo significativo (es. **Biotecnologo**,
.....)



Assistenza Post-acuzie max. 60 gg
cod.56, int. Grave)

Assistenza estensiva di media
complessità (internato base o RSA)

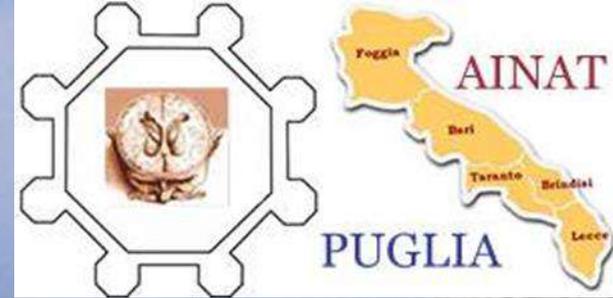
Assistenza di bassa complessità
(RSSA - Residenza Sociale
Asssienziale)

Hospice

Cure Domiciliari a lungo termine

Cure domiciliari di Complessità

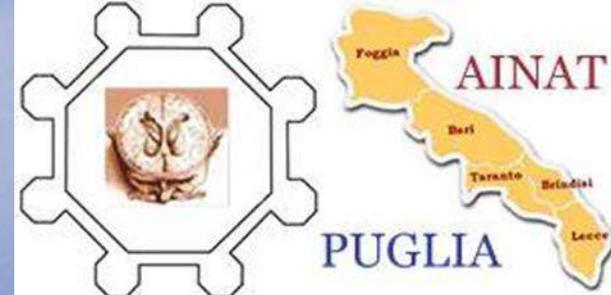
**Offerta territoriale
residenziale/H 24**



Progetto salute nel territorio:
incompresi o visionari ?!

Costruire il progetto assistenziale individualizzato
- PAI ; dentro vi deve essere tutto (strutture di
cure, care giver, assistenza h.24 , welfare formale
e informale, ecc.)

Costruire un PDTA o PDDTAR progetto/percorso
diagnostico-**digitale**-terapeutico-assistenziale-
riabilitativo e mettere enfasi sulla lettera A (fase
assistenziale dimensione poco conosciuta)



PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) (OMS – ICF)

PAI strumento di sintesi, ove è rappresentato il progetto globale sulla persona che deriva da:

- Aspetti clinico-sanitari di competenza medica;
- Valutazione dei bisogni assistenziali di competenza infermieristica
- Valutazione dei bisogni di riattivazione di competenza del fisioterapista;
- Valutazione dei bisogni personali , di relazione e socializzazione di competenza dell'operatore sociale (animatore,educatore,ass.sociale, psicologo)



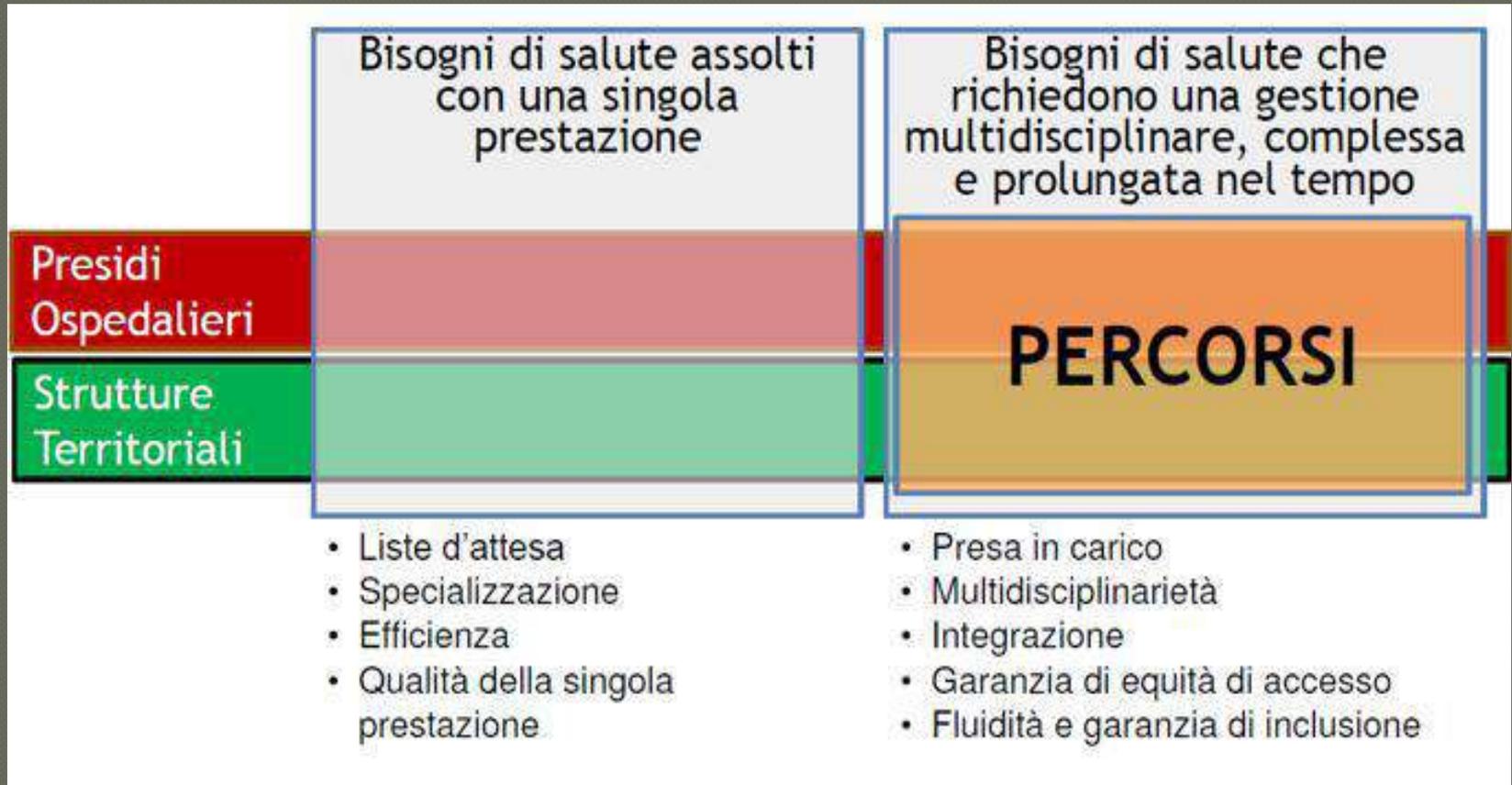
**PAI (Piano
Assistenziale
Individualizzato)
– (OMS – ICF)**

PAI è soggetto a verifica periodica ,
gli obiettivi individuati devono essere
misurabili.

L'organizzazione deve discutere il **PAI**
almeno ogni 6 mesi in condizioni di
stabilità e **tutte le volte che una
situazione critica richieda una
modifica delle necessità
assistenziali.**



Percorso Clinico Assistenziale



STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata Media	Complessità	
		(CIA= GEA/GDC) ²⁷		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
				Figure professionali previste in funzione del PAI ²⁸ e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello (già OD)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure Palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60 - 90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

²⁷ CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale; GEA= Giornata Effettiva Assistenza; GDC= Giornate Di Cura (durata PAI)

²⁸ PAI = Programma Assistenziale Individuale



Percorso Clinico Assistenziale

“Una sequenza articolata e coordinata di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, erogate a livello territoriale e/o ambulatoriale e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, oltre che del paziente stesso, in tempi e luoghi diversi, al fine di realizzare una diagnosi e fornire le terapie e l’assistenza più adeguata per una specifica situazione patologica “



Il cosiddetto PDTA

La gestione del PDTA consente il passaggio dalla cosiddetta “**medicina d’attesa**” (ospedaliera e/o territoriale che sia) al modello della “**medicina d’iniziativa**”, cosa che prevede di ripensare/riprogettare l’offerta integrata dei servizi ponendo **il cittadino/paziente al centro dell’attenzione**, individuando sulla base dell’**“Evidence Based Medicine”** l’insieme delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali per la gestione delle patologie.



ULTERIORI INTERVENTI

- Segnalazione del caso al Servizio 118 per le eventuali chiamate in urgenza ed emergenza;
- Segnalazione del caso alla Continuità Assistenziale (Guardia Medica) sede di _____ per eventuali richieste di intervento in continuità assistenziale con il medico di Medicina Generale.
- Segnalazione dell'abitazione all'ENEL per la protezione della rete elettrica in caso di interruzione di fornitura di energia a cura dell'intestatario del contratto;
- Assegno di cura
- Valutazione requisiti impiantistici finalizzata alla installazione delle apparecchiature elettromedicali
- Attivazione servizio prelievo ROT
- Altro

THE INTERNET of MEDICAL THINGS

Tele
Assistenza

DIGITAL HEALTH 4.0

TELESOCCORSO

Gestione delle **richieste di soccorso**
Operativo **H24 x 7**



TELECONTROLLO

Monitoraggio **parametri vitali**
Gestione criticità **H24 x 7**

TELECONFORTO

Servizio di **compagnia telefonica**
Crescita **senso di sicurezza**

TELEMEDICINA

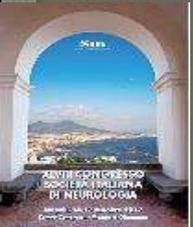
Acquisitore bluetooth per tutti i
device **domotica**



ADAMO
eCare center



TECNOLOGIE DOMICILIARI A INTEGRAZIONE DELLA GESTIONE MULTIDIMENSIONALE



*«Teleriabilitazione e continuità
assistenziale nelle malattie
neurodegenerative» Trani,
21/06/2017*



TECNOLOGIE DOMICILIARI A INTEGRAZIONE DELLA GESTIONE
MULTIDIMENSIONALE

Ing. Laura De Rocco (e-mail: laura.derocco@terin.it cell: 3400742896)

THE INTERNET of MEDICAL THINGS

Tele Cardiologia

DIGITAL HEALTH 4.0



Holter H3/H12

- 3 - 12 canali
- Memoria da 24h - 48h - 7 gg
- 28 - 125 gr di peso



Telemetro Surveyor S4

- 12 derivazioni
- Wi-Fi
- Touchscreen



WAM

- Acquisitore ECG 12 derivazioni
- Wireless
- 190 gr di peso



Ecografo SignosRT

- 400 gr
- Trasduttore da 3-5 MHz
- 120 minuti di scansione continua



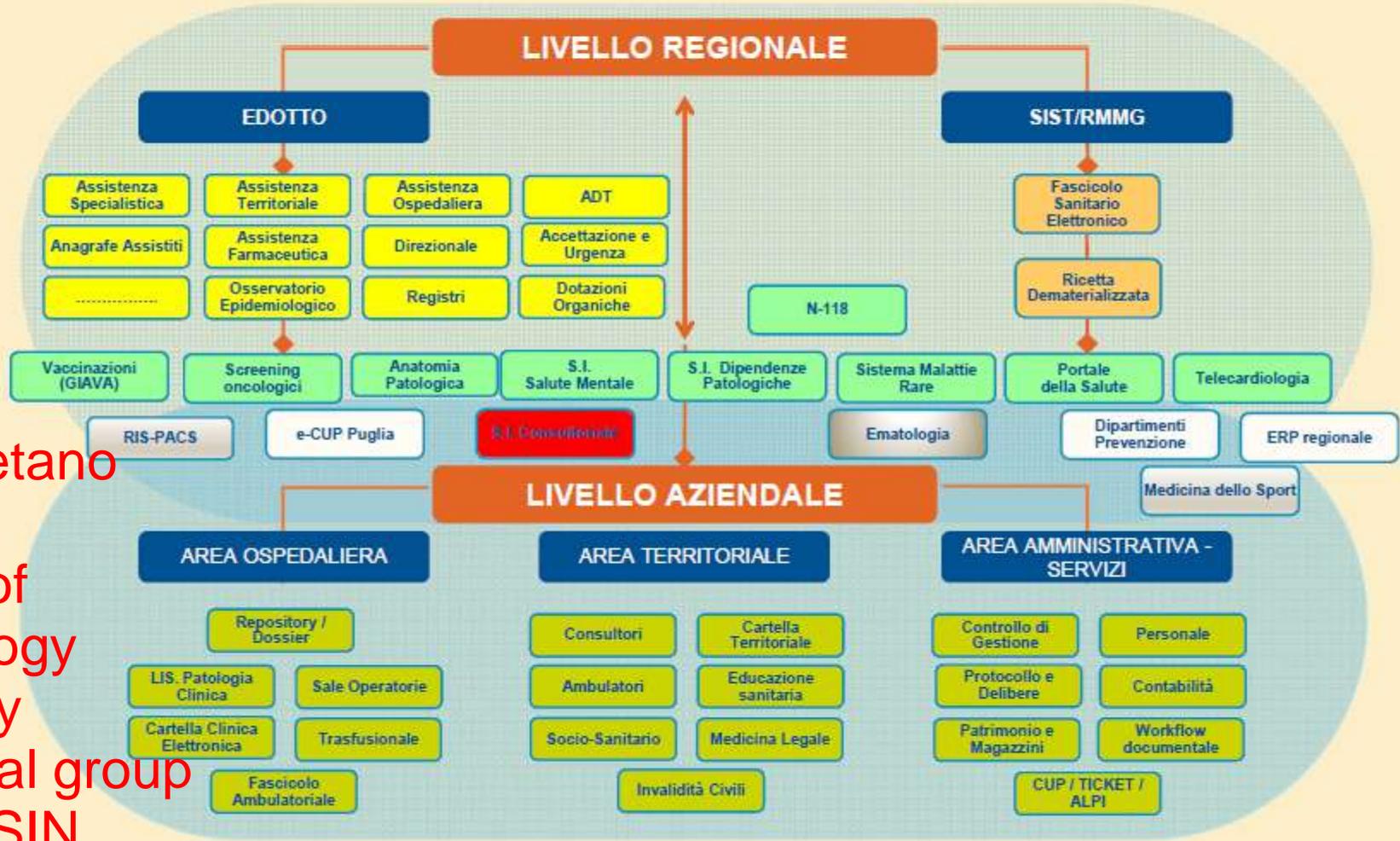
ECG ELI 10

- 12 derivazioni
- Trasmissione GSM/GPRS





Assetto e iniziative di Sanità Elettronica in Puglia



Vito
 Napoletano
 Chair of
 neurology
 territory
 National group
 of the SIN
 (Italian Society
 of Neurology)

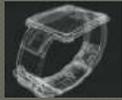
Caratteristiche dell'Intervento di cure domiciliari



Localizzazione e monitoraggio di pazienti in assistenza domiciliare



Sensori parkinson



Sensori di nuova generazione per il monitoraggio dello stile di vita



Integrazione tra Apparecchiature elettromedicali e medical device domiciliari



Applicazione controllo Medical device



Monitoraggio e sistemi di controllo lesioni da decubito



Sensori per ausili in uso a domicilio



Sensori per monitoraggio parametri chimico-clinici

Sensori / Dispositivi medicali

Piattaforma raccolta dati

(monitoraggio e controllo integrato da remoto di dispositivi, pazienti e operatori sanitari in ambito domiciliare)



Applicazione controllo prestazioni operatori domiciliari



Applicazione Alert igiene mani per operatori domiciliari



Applicazione su gestione Integrata della Cartella Clinica domiciliare



Applicazione Alert parametri vitali pazienti



Applicazione Attivazione On-demand video-foto-audio



Applicazione Pazient empowerment

Qualità della vita di chi soffre



Esistono buone procedure....
...non esistono terapie infallibili.....



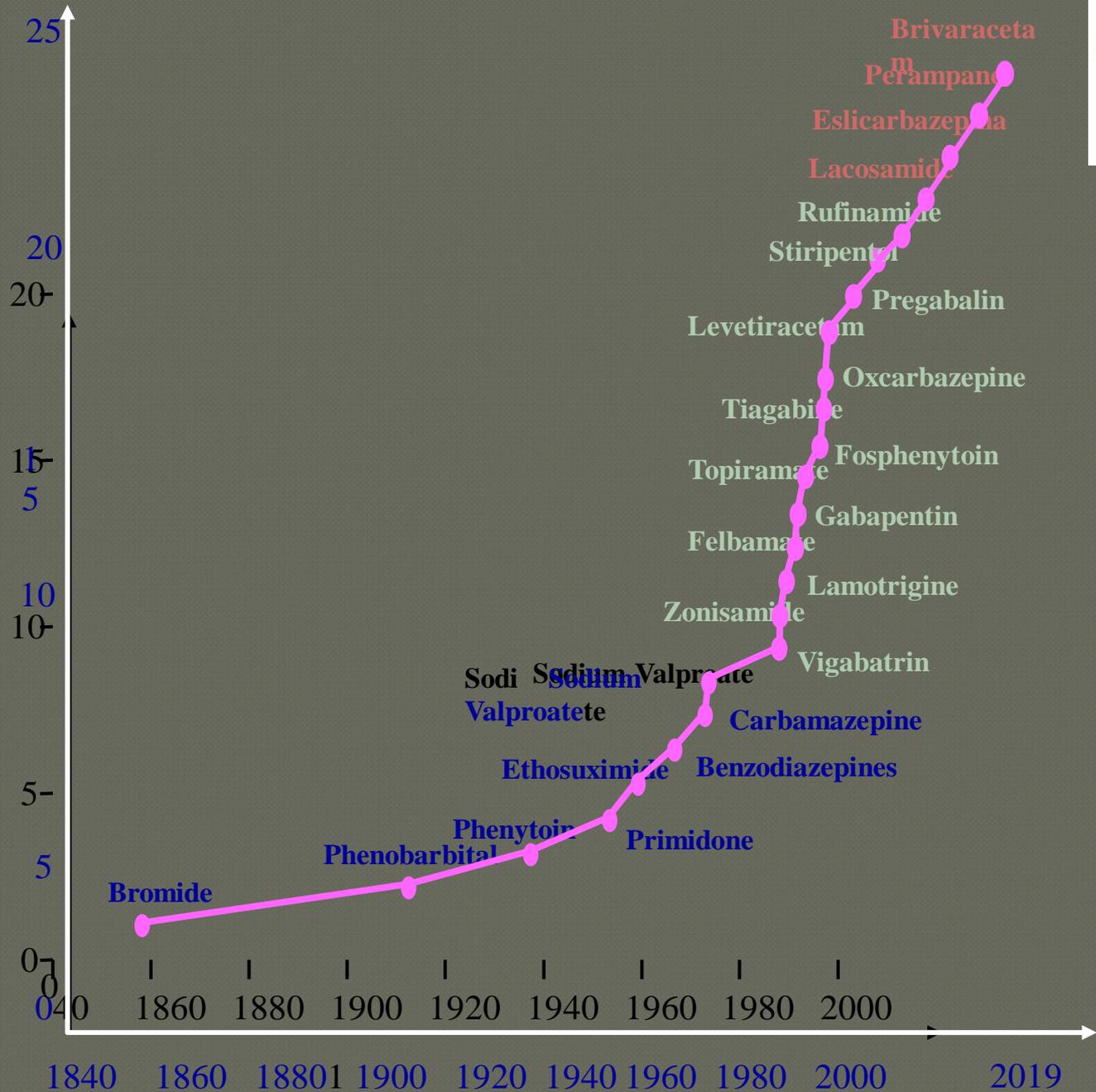
GRAZIE PER L'ATTENZIONE



vitoneuro@libero.it

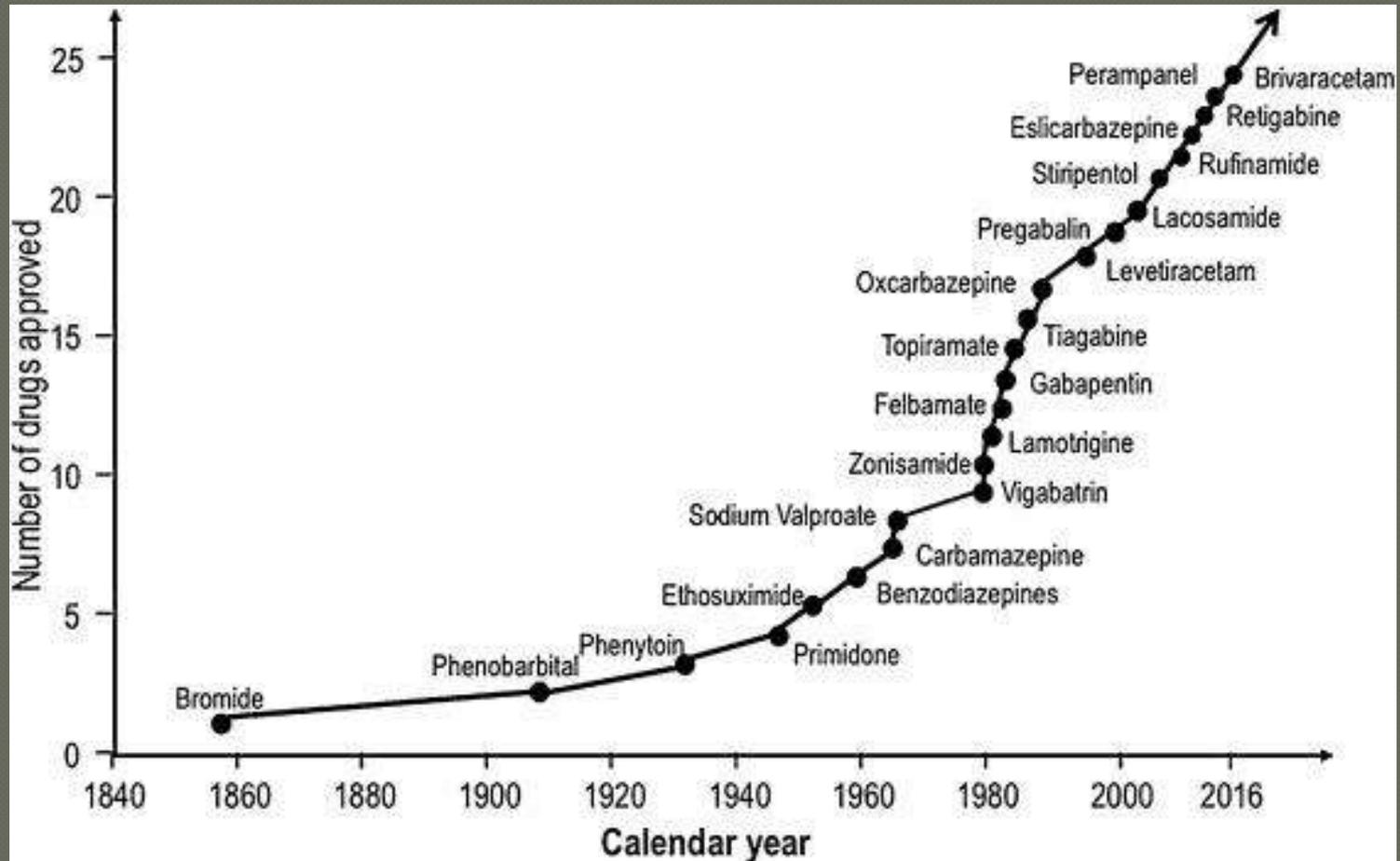


FAE



1840 1860 1880 1900 1920 1940 1960 1980 2000 2019

AEDs Chronology



- 25 AEDs

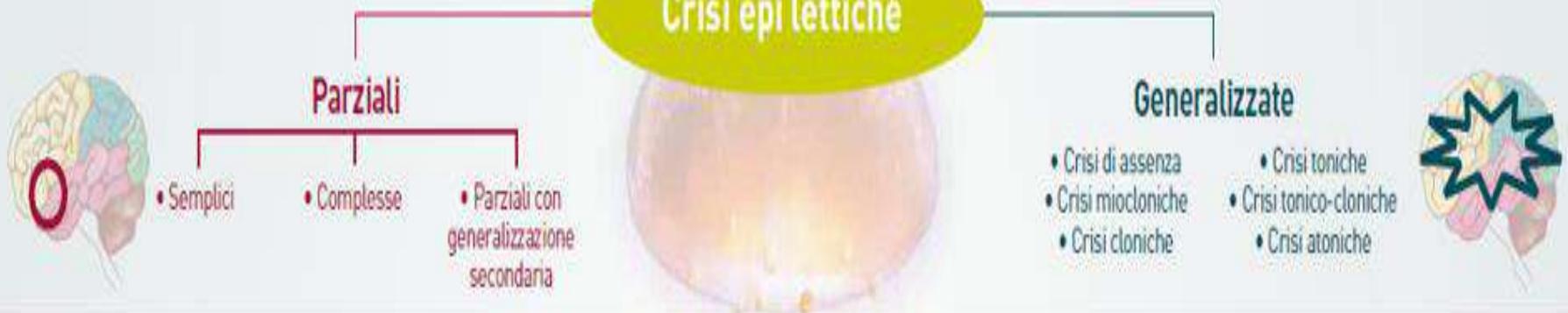
- 2 farmaci – 300 combinazioni

- 3 farmaci – 2300 combinazioni

- 4 farmaci – 12650 combinazioni



Classificazione ILAE delle crisi epilettiche, 1981¹



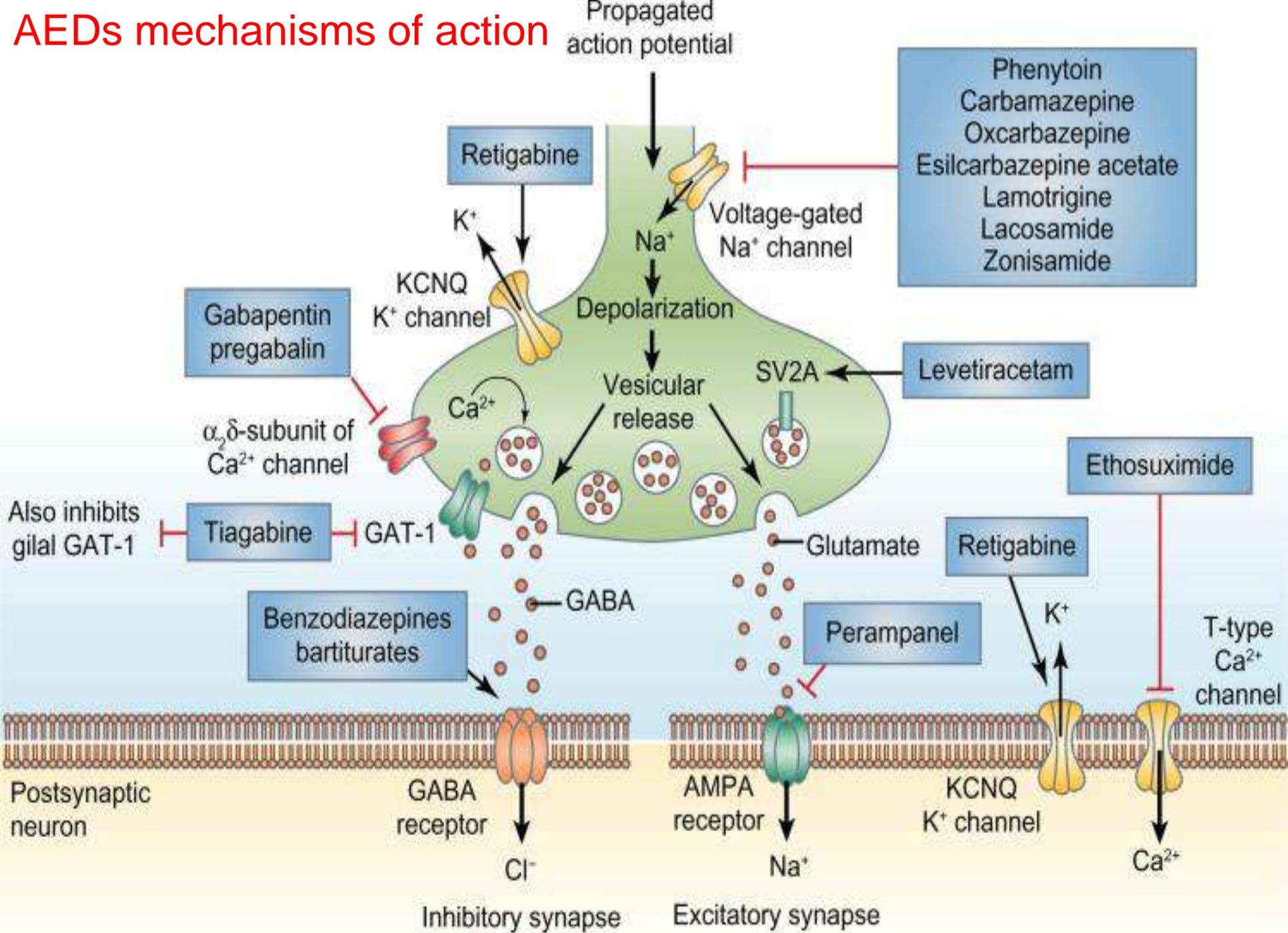
FAE A STRETTO SPETTRO

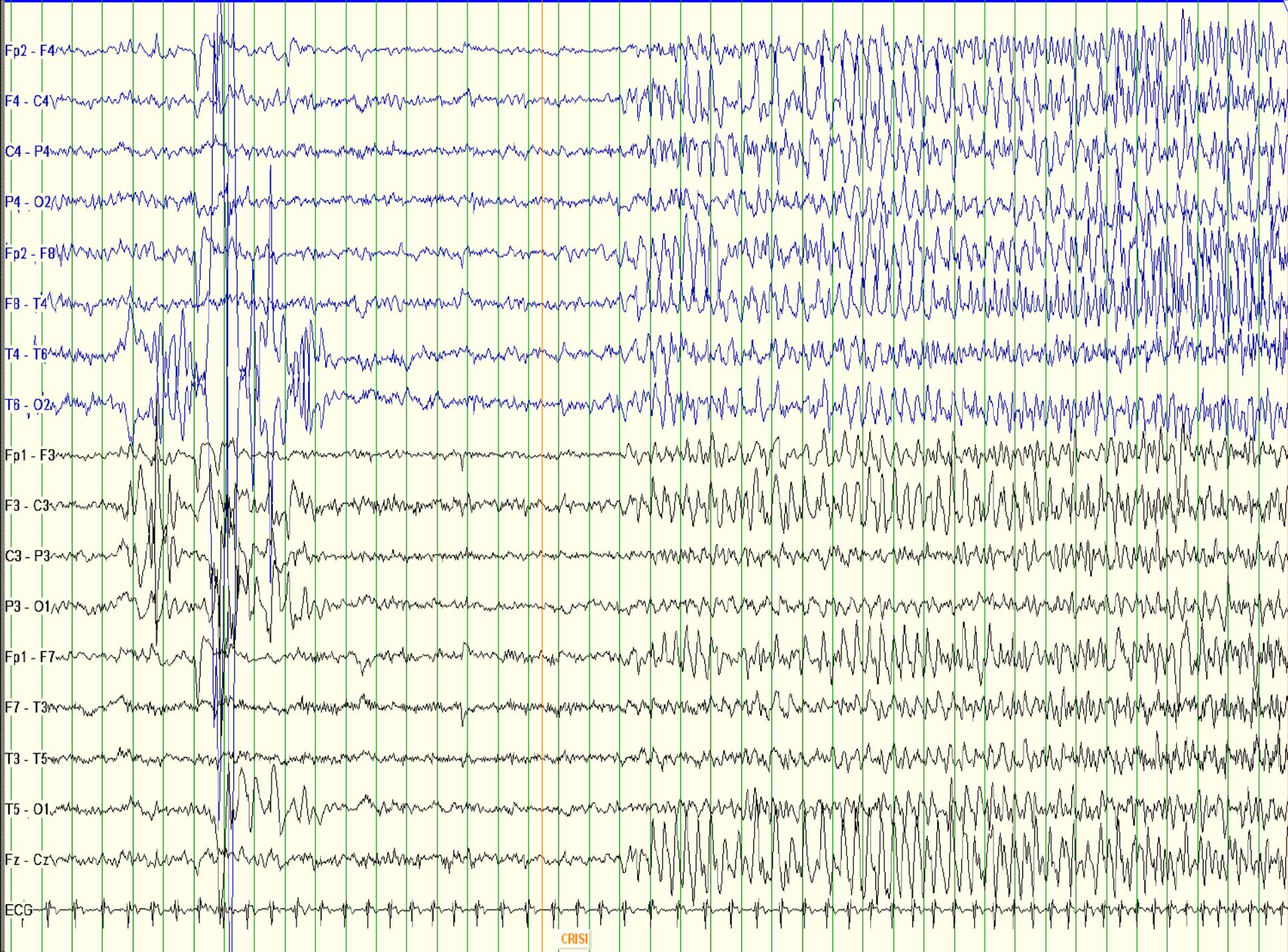
FAE A STRETTO SPETTRO

FAE AD AMPIO SPETTRO

1. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1981, 22: 489-501

AEDs mechanisms of action





- **Tre leggi fondamentali per la costruzione del diritto alla salute in Italia** che ancora oggi ne costituiscono tre architravi centrali. Messe in discussione (referendum sulla 194), a loro volta riformate o aggiornate (legge 833), oggetto di ricorrenti polemiche (tutte e tre) ma comunque punto di riferimento e consenso per la stragrande maggioranza degli italiani.

- Nell'ordine **la legge 180 del 13 maggio** che ha riformato l'assistenza psichiatrica chiudendo i manicomi e aprendo a un approccio umanistico e sociale verso la malattia e il disagio mentale;

- **la legge 194 del 22 maggio** sulla maternità responsabile e l'interruzione volontaria di gravidanza che legalizza il ricorso all'aborto inquadrandolo in una cornice inedita di attenzione al contesto sociale della maternità;

- **la legge 833 del 23 dicembre** che istituisce il Servizio sanitario nazionale chiudendo definitivamente il capitolo mutue e dando un'interpretazione ampia e universale al dettato dell'articolo 32 della nostra Costituzione.

“Egli (il medico, libero che cura i liberi) studia le malattie, e le tiene sin dal principio sotto osservazione, come vuole la natura, dando informazioni allo stesso malato e agli amici, e insieme egli impara qualcosa dagli ammalati e, per quanto possibile, ammaestra l’ammalato stesso.

Non prescrive nulla prima di averne persuaso per qualche via il paziente e allora si prova a condurlo alla perfetta guarigione, sempre preparando docile all’opera sua con il convincimento il paziente.”

(Platone, Le Leggi)



La riforma del territorio tra cure domiciliari e la presa in carico delle patologie a ambulatori ,diurnati, residenzialità e **neurologiche croniche** –PAI tra sanità elettronica e teleassistenza

IL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA (SSN) e IL SUO PROCESSO DI EVOLUZIONE

40 anni dall'art 26 L. 833/78 e la presa in carico della disabilità/fragilità

Vito Napoletano

**Chair of neurology
territory National
group of the SIN
(Italian Society of
Neurology**



Sin

DEFICIT COGNITIVI, EMOZIONI E COGNIZIONE SOCIALE

DEFICIT
COGNITIVI

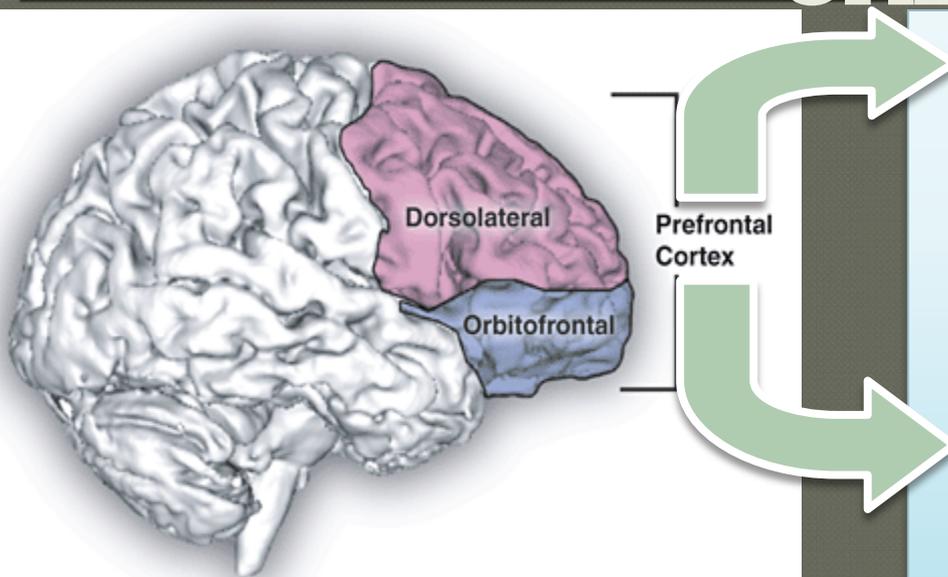
COGNIZIONE
SOCIALE

EMOZIONI

VALUTAZIONE
NEUROPSICOLOGICA

STIMOLAZIONE
COGNITIVA

FUNZIONI ESECUTIVE FREDDHE E CALDE



**Funzioni cognitive
(fredde)**

Corteccia dorsolaterale

Prefrontale

**Funzioni emotive e motivazionali
(calde)**

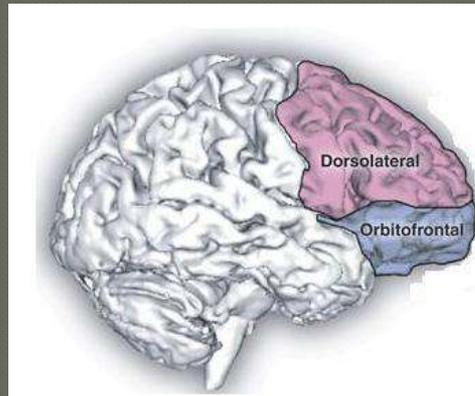
Corteccia Orbitofrontale

→ NELLA STRUTTURAZIONE DI UN INTERVENTO TERAPEUTICO, DIVENTA IMPORTANTE LAVORARE SU ENTRAMBI GLI ASPETTI, NON SOTTOVALUTANDO L'IMPORTANZE DEGLI ASPETTI METACOGNITIVI, EMOTIVI E RELAZIONALI ED IL LORO SIGNIFICATIVO

Funzioni cognitive

(fredde)

- *Corteccia dorsolaterale Prefrontale*
- Ragionamento verbale
- Problem Solving
- Comportamento strategico
- Flessibilità Cognitiva
- Trasferimento delle conoscenze apprese



Funzioni emotive e motivazionali

(calde)

- Consapevolezza
- *Corteccia Orbitofrontale*
- Teoria della mente (TOM)
- Decision Making
- Giudizio morale
- Regolazione del comportamento sociale
- Interpretazione emotiva della realtà

ARTICOLO 2 L.833/78 - GLI OBIETTIVI

IL CONSEGUIMENTO DELLE FINALITA' DI CUI AL PRECEDENTE ARTICOLO E' ASSICURATO MEDIANTE:

- 1) LA FORMAZIONE DI UNA MODERNA COSCIENZA SANITARIA SULLA BASE DI UN'ADEGUATA EDUCAZIONE SANITARIA DEL CITTADINO E DELLE COMUNITA';
- 2) LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE E DEGLI INFORTUNI IN OGNI AMBITO DI VITA E DI LAVORO;
- 3) LA DIAGNOSI E LA CURA DEGLI EVENTI MORBOSI QUALI CHE NE SIANO LE CAUSE, LA FENOMENOLOGIA E LA DURATA;
- 4) LA RIABILITAZIONE DEGLI STATI DI INVALIDITA' E DI INABILITA' SOMATICA E PSICHICA;**
- 5) LA PROMOZIONE E LA SALVAGUARDIA DELLA SALUBRITA' E DELL'IGIENE DELL'AMBIENTE NATURALE DI VITA E DI LAVORO;
- 6) L'IGIENE DEGLI ALIMENTI, DELLE BEVANDE, DEI PRODOTTI E AVANZI DI ORIGINE ANIMALE PER LE IMPLICAZIONI CHE ATTENGONO ALLA SALUTE DELL'UOMO, NONCHE' LA PREVENZIONE E LA DIFESA SANITARIA DEGLI ALLEVAMENTI ANIMALI ED IL CONTROLLO DELLA LORO ALIMENTAZIONE INTEGRATA E MEDICATA;
- 7) UNA DISCIPLINA DELLA SPERIMENTAZIONE, PRODUZIONE, IMMISSIONE IN COMMERCIO E DISTRIBUZIONE DEI FARMACI E DELLA INFORMAZIONE SCIENTIFICA SUGLI STESSI DIRETTA AD ASSICURARE L'EFFICACIA TERAPEUTICA, LA NON NOCIVITA' E LA ECONOMICITA' DEL PRODOTTO;
- 8) LA FORMAZIONE PROFESSIONALE E PERMANENTE NONCHE' L'AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO CULTURALE DEL PERSONALE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NELL'AMBITO DELLE SUE COMPETENZE PERSEGUE:

- a) IL SUPERAMENTO DEGLI SQUILIBRI TERRITORIALI NELLE CONDIZIONI SOCIO-SANITARIE DEL PAESE;
- b) LA SICUREZZA DEL LAVORO, CON LA PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI E DELLE LORO ORGANIZZAZIONI, PER PREVENIRE ED ELIMINARE CONDIZIONI PREGIUDIZIEVOLI ALLA SALUTE E PER GARANTIRE NELLE FABBRICHE E NEGLI ALTRI LUOGHI DI LAVORO GLI STRUMENTI ED I SERVIZI NECESSARI;
- c) LE SCELTE RESPONSABILI E CONSAPEVOLI DI PROCREAZIONE E LA TUTELA DELLA MATERNITA' E DELL'INFANZIA, PER ASSICURARE LA RIDUZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO CONNESSI CON LA GRAVIDANZA E CON IL PARTO, LE MIGLIORI CONDIZIONI DI SALUTE PER LA MADRE E LA RIDUZIONE DEL TASSO DI PATOLOGIA E DI MORTALITA' PERINATALE ED INFANTILE;
- d) LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELL'ETA' EVOLUTIVA, GARANTENDO L'ATTUAZIONE DEI SERVIZI MEDICO-SCOLASTICI NEGLI ISTITUTI DI ISTRUZIONE PUBBLICA E PRIVATA DI OGNI ORDINE E GRADO, A PARTIRE DALLA SCUOLA MATERNA, E FAVORENDO CON OGNI MEZZO L'INTEGRAZIONE DEI SOGGETTI HANDICAPPATI;**
- e) LA TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITA' SPORTIVE;
- f) LA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI ANZIANI, ANCHE AL FINE DI PREVENIRE E DI RIMUOVERE LE CONDIZIONI CHE POSSONO CONCORRERE ALLA LORO EMARGINAZIONE;**
- g) LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE, PRIVILEGIANDO IL MOMENTO PREVENTIVO E INSERENDO I SERVIZI PSICHIATRICI NEI SERVIZI SANITARI GENERALI IN MODO DA ELIMINARE OGNI FORMA DI DISCRIMINAZIONE E DI SEGREGAZIONE, PUR NELLA SPECIFICITA' DELLE MISURE TERAPEUTICHE, E DA FAVORIRE IL RECUPERO ED IL REINSERIMENTO SOCIALE DEI DISTURBATI PSICHICI;**

Legge 833/1978

Art. 33. Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

(...)



Evoluzione normativa

La Legge n. 833/1978, istitutiva del SSN, considera l'assistenza sanitaria un compito primario dello Stato erogata attraverso le sue strutture e con il ricorso agli erogatori privati, sulla base di apposite convenzioni, solo in via di integrazione, nel caso in cui le articolazioni e strutture pubbliche non fossero state in grado provvedervi (*art. 25, commi 2, 7, articolo 8 e articolo 26 della Legge 833/1978*).

Art. 26 della L 833/1978

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'unità sanitaria locale, 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 i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Le prestazioni riabilitative ex art. 26, legge 833 del 23 dicembre 1978 sono **prestazioni sanitarie** dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da **minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali**, dipendenti da qualunque causa, erogate nelle fasi di riabilitazione intensiva ed estensiva ed in regime di assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno, ambulatoriale e domiciliare.

**Assistenza Riabilitativa Presso Centri Accreditati (ex art. 26
Legge 833/78)**

- Possono usufruire dell'assistenza riabilitativa presso centri accreditati cittadini - **minori e adulti - con disabilità fisica, psichica, sensoriale o mista** che necessitano di **presa in carico globale da parte di un'èquipe multidisciplinare** che deve redigere un progetto ed un programma riabilitativo personalizzato **e finalizzato al recupero funzionale e sociale.**

1992 - Il riordino della sanità

D. Lgs. 30.12, n. 502 (riforma bis)

- Riassetto organizzativo e istituzionale del SSN
- Ridare efficienza al sistema sanitario, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili
- Controllare la spesa per contenere il disavanzo

Punti cardine:

- **Livelli di assistenza** uniformi sul territorio nazionale
- **Regionalizzazione** della sanità
- **Aziendalizzazione** delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari (ASL)
- **Nuovo modello di finanziamento** (prospettico)
- **Competitività** tra pubblico e privato
- **Partecipazione del cittadino**

Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998

I trattamenti sono erogati nelle fasi di:

riabilitazione intensiva; -

riabilitazione intensiva ad alta specializzazione;

riabilitazione estensiva;

ed in regime di:

assistenza ospedaliera in ricovero ordinario o diurno (Day

Hospital)/Day Service; -

assistenza extraospedaliera

a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale o diurno;

assistenza ambulatoriale;

assistenza domiciliare.

Setting più appropriati in relazione alla fase del percorso di cura

- **complessità clinica**
- Assessment e stratificazione dell'alto rischio clinico. La complessità clinica
- si correla all'insieme della complessità diagnostica, assistenziale, organizzativa e dei differenti interventi terapeutici proporzionalmente graduati per complessità e per consumo di risorse.

- **disabilità:**
- perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive
- che nella più attuale concezione bio-psico-sociale impattano con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione: essa viene usualmente misurata con scale di disabilità sia di tipo bio-sicometrico sia funzionali che indagano la possibilità di eseguire le diverse attività e che consentono il monitoraggio dell'evoluzione del quadro funzionale nel tempo.

- **multimorbilità:**
- insieme di patologie e condizioni classificate secondo scale a punteggi
- crescenti. Tali comorbilità possono rappresentare un mero elenco per una stratificazione prognostica più accurata o attivi cofattori che influenzano la clinica, il trattamento e la prognosi.

**DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 28
novembre 2003**

**Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
29 novembre 2001, recante
«Definizione dei livelli essenziali di assistenza»,
in materia di certificazioni.
(GU Serie Generale n.286 del 10-12-2003)**

Nell'allegato 2A recante

«Prestazioni totalmente escluse dai LEA»,

la lettera e) e' sostituita dalla seguente:

«e) certificazioni mediche, comprese le prestazioni diagnostiche necessarie per il loro rilascio, non rispondenti a fini di tutela della salute collettiva, anche quando richieste da disposizioni di legge...

NORMATIVE, % E BENEFICI PER GLI INVALIDI CIVILI

DISPOSIZIONI NORMATIVE	ETA'	PERCENTUALE INVALIDITA'	BENEFICI
Legge n.118/71 art. 2 D.M. Sanità 20-12-88 D. Lgs. N.124/98 art.5	0 - 18	Minori con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età.	- Indennità di frequenza - Esenzione ticket totale
Legge n.118/71 art. 2 D.M. Sanità 20-12-88	18 - 65	34 %	- Protesi ed ausili
Legge n. 68/99 D. Lgs. N. 509/88 art.7 Circ.Min. Lavoro n.3/9 Legge n.127/97 art. 3	18 - 65	46 %	- Collocamento obbligatorio
Decreto L.gsl. n.509/88 Art. 10	18 - 65	51 %	- Congedo per cure
Legge 8/90 art. 3	18 - 65	67 %	Esenzione ticket con Quota fissa per ricetta
Legge n. 118/71 art. 13 D. L.gsl.509/88 art. 8 Legge 537/93	18 - 65	74 %	- Assegno mensile - Esenzione ticket con quota fissa per ricetta
Legge n. 118/71 art. 13 D. L.gsl.509/88 art. 8 Legge 537/93	18 - 65	100 %	- Pensione inabilità - Esenzione ticket totale
Legge n. 18/80 art. 1 Legge n. 508/88 art. 1	Per tutti	Soggetti con impossibilità a deambulare con accompagnatore o con impossibilità di compiere autonomamen- te gli atti quotidiani della vita.	- Indennità di accompagnamento - Esenzione ticket totale
Decreto L.gsl.n. 124/98	Oltre 65 anni	Soggetti con difficoltà a svolgere le funzioni proprie dell'età - Lieve - Media - Grave	- Protesi ed ausili - Protesi ed ausili - Esenzione ticket con quota fissa ricetta - Protesi ed ausili

Legge 104/92 - Art. 3.

Soggetti aventi diritto

- 1. E' persona handicappata colui che presenta una **minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva**, che e' causa di difficoltà' di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.
- 2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità' complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.
- 3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età', in modo da rendere necessario un **intervento assistenziale permanente**, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume **connotazione di gravità'**. Le situazioni riconosciute di gravità' determinano **priorità'** nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.



La Diagnosi Funzionale accerta il tipo o la gravità del deficit.

La D.F. deve essere redatta entro il 30 Luglio dell'anno precedente, e/o ad ogni passaggio di ciclo.

Questa può essere sollecitata dalla famiglia o dalla scuola su esplicita richiesta di genitori.

Diagnosi Funzionale, Profilo dinamico funzionale e Piano educativo individualizzato

1. Diagnosi funzionale (compilata dal neuropsichiatra infantile):
serve per la certificazione e nel momento dell'iscrizione a scuola

Struttura:

- Curricolo sanitario e riabilitativo
- Informazioni sull'ambito socio-familiare
- Area Cognitiva (difficoltà e risorse)
- Area linguistica e della comunicazione
- Area affettivo-relazionale
- Area sensoriale
- Area Motoria-prassica
- Area dell'autonomia
- Sintesi diagnostica-funzionale

Disturbo Aspecifico dell'Apprendimento (DAA)

- Può essere causato da vari fattori:
 - **esterni** (ambiente sociale degradato, problemi familiari ecc.);
 - **interni** (scarsa motivazione, distraibilità sociale...);
- capacità cognitive al di sotto della media;
- patologie di vario tipo:
 - **sensoriali** (es. sordità o gravi difficoltà visive);
 - **neurologiche** (es. l'epilessia);
 - **genetiche** (es. sindromi genetiche);
 - **organiche** (es. l'ipotiroidismo);
 - **psicologiche** (disturbi psicopatologici primari);

Legge 104/92 - Art. 9.

Servizio di aiuto personale

1. Il servizio di aiuto personale, che puo' essere istituito dai comuni o dalle unita' sanitarie locali nei limiti delle proprie ordinarie risorse di bilancio, e' diretto ai cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare 'autosufficienza e le possibilita' di integrazione dei cittadini stessi, e comprende il servizio di interpretariato per i cittadini non udenti.
2. Il servizio di aiuto personale e' integrato con gli altri servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti sul territorio e puo' avvalersi dell'opera aggiuntiva di:
 - a) coloro che hanno ottenuto il riconoscimento dell'obiezione di coscienza ai sensi della normativa vigente, che ne facciano richiesta;
 - b) cittadini di eta' superiore ai diciotto anni che facciano richiesta di prestare attivita' volontaria;
 - c) organizzazioni di volontariato.
3. Il personale indicato alle lettere a), b), c) del comma 2 deve avere una formazione specifica.
4. Al personale di cui alla lettera b) del comma 2 si estende la disciplina dettata dall'articolo 2, comma 2, della legge 11 agosto 1991, n. 266.

I disabili hanno agevolazioni per l'inserimento lavorativo

- **La legge 68/99 promuove l'inserimento e l'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato**

Compiti della commissione

Compilazione di un verbale * da cui risulti:

Profilo socio-lavorativo del disabile

Diagnosi funzionale del disabile

- dati anamnestico-clinici
- compilazione scheda per la definizione delle capacità

Devono essere utilizzati termini quali: *capacità globale residua, capacità lavorativa, diagnosi funzionale, profilo socio-lavorativo e servizi di sostegno e di collocamento mirato*

Relazione conclusiva *

entro 4 mesi dalla prima convocazione

BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI (D. M. 27 dicembre 2012)



"Per motivi fisici, biologici, fisiologici, psicologici, sociali ..."

(Dir. Min. 27/12/2012, Cir. Min. n. 8 del 6/3/2013)



La 54^a Assemblea Mondiale della Sanità il 22 maggio 2001

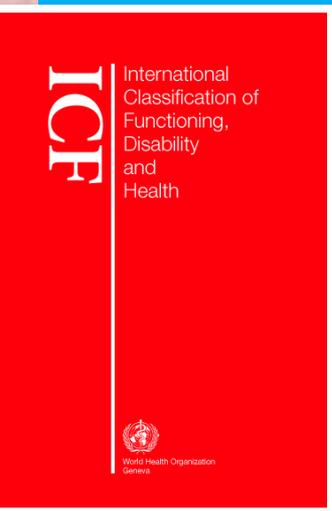


APPROVA E PUBBLICA
la seconda edizione
della Classificazione
ICIDH con il titolo di

ICF

ICF

International Classification of Functioning, Disability and Health



Si è passati da una definizione

di Handicappato (dell'ICIDH, 1980)

a Persona con disabilità (dell'ICF, 2001)

PRECEDENTI CLASSIFICAZIONI

BREVE STORIA

1972-1980: i primi
passi: ICDH

1976: pubblicazione
della prima versione
ICIDH come prova e
come supplemento
dell'ICD

1980: prima
edizione ICDH

ICIDH-2, dopo prove sul
campo, viene sottoposta al
Comitato Esecutivo
dell'OMS nel gennaio 2001

1993: inizio del
processo di
revisione (ICIDH-2)

Scopo

Lo scopo generale della classificazione ICF è quello di fornire un linguaggio standard e unificato che serve da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati.

- Confronto dati tra Paesi diversi
- **Migliorare la comunicazione in equipe multidisciplinari**
- Base scientifica per comprensione e studio salute
- Sistema di codifica per i sistemi informativi sanitari

ICD-10

MINISTERO DELLA SANITÀ
DIREZIONE PER IL COORDINAMENTO SANITARIO,
LA MEDICINA E L'ORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO

CLASSIFICAZIONE
STATISTICA
INTERNAZIONALE
DELLE MALATTIE
E DEI PROBLEMI SANITARI
CORRELATI

DECIMA REVISIONE

VOLUME 1

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ
GENOVA

MINISTERO DELLA SANITÀ
DIREZIONE PER IL COORDINAMENTO SANITARIO,
LA MEDICINA E L'ORGANIZZAZIONE DEL MINISTERO

ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health

ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health

VOLUME 1

L'ICD-10 e l'ICF

L'ICD-10 e l'ICF sono complementari e dovrebbero essere usati insieme

- Nell'ICF vengono classificati il funzionamento e la disabilità associati alla condizione di salute.
- Mentre le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni etc) vengono classificate principalmente nell'ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) che fornisce un modello di riferimento eziologico. L'ICD-10 fornisce una diagnosi delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute e questa informazione si arricchisce delle informazioni aggiuntive offerte dall'ICF relative al funzionamento.



L'ICF e l'ICD-10

La diagnosi, da sola, non è in grado da sola di predire quali siano i bisogni di servizi, i livelli di cura e di funzionamento della persona

L'aggiunta di una diagnosi funzionale ad una diagnosi medica è particolarmente utile per incoraggiare trattamenti e interventi volti al miglioramento del proprio livello funzionale anche se queste terapie non sono mirate alla sottostante condizione di salute



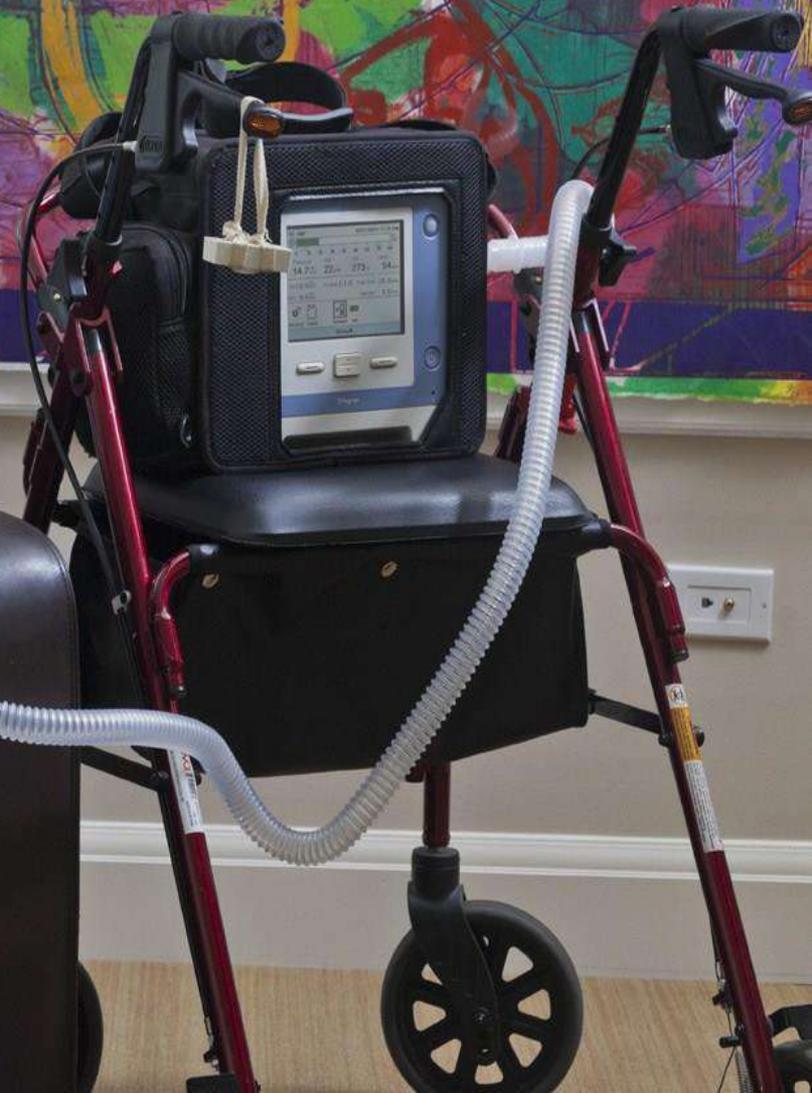


CATANIA
16-17-18 NOVEMBRE 2017

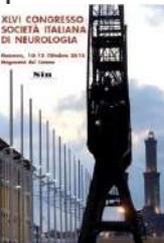
Programma
Fidelis

IL NEUROLOGO TERRITORIALE
PRATICAZIONE DEL
PROGETTO DIAGNOSTICO
ASSISTENZIALE (PDIA)
NELLE MALATTIE
NEUROLOGICHE
CRONICHE

MANAGER: PAOLA MITO
Via Carlo III - 95100 Catania (CT)
95125 - 095/2400001



STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata Media	Complessità	
		(CIA= GEA/GDC) 27		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
					Figure professionali previste in funzione del PAI 28 e tempo medio in minuti per accesso domiciliare
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello (già OD)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure Palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60 - 90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

²⁷ CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale; GEA= Giornata Effettiva Assistenza; GDC= Giornate Di Cura (durata PAI)

²⁸ PAI = Programma Assistenziale Individuale



1927 - Medicina in regime mutuo previdenziale

1927 - 21 aprile **“Carta del Lavoro”**, approvata dal gran consiglio fascista

• Discendono i principali contratti collettivi di assicurazione obbligatoria e vengono quindi istituiti:

1933 - 6 luglio - **INAIL** Istituto Nazionale contro gli infortuni sul lavoro, con regio decreto n. 1033

1935 - 4 ottobre **INPS**, Istituto Nazionale della previdenza sociale, con regio decreto n. 1825

1942 - **ENPAS** Ente nazion. di previdenza e assistenza per i dipendenti statali, con legge 19 gennaio n. 22

1943 - **INAM** Istituto nazionale di assicurazione contro le malattie, con legge 11 gennaio n. 138

- Prestazioni sanitarie condizionate al verificarsi dell'evento malattia
- Assenza di programmazione e di una rete di strutture funzionante
- Forme assistenziali profondamente diverse tra loro, incontrollabili sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni erogate sia della spesa sanitaria



1978 - Servizio Sanitario Nazionale

Legge 23.12, n. 833

Il SSN è costituito dal complesso delle **funzioni**, delle **strutture**, dei **servizi** e delle **attività** destinati alla **promozione**, al **mantenimento** ed al **recupero** della **salute fisica e psichica** di tutta la popolazione **senza distinzioni** di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi.

L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni ed agli Enti territoriali,

garantendo la partecipazione dei cittadini.



1999 -Il sistema integrato di interventi e servizi sociali - D. Lgs. 19.06, n. 229

INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

Momento grazie al quale i bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, possono essere soddisfatti mediante percorsi assistenziali integrati tra dimensione sociale e dimensione sanitaria



Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale:

l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dall'apporto dei servizi sociali

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:

problemi collegati allo stato di salute possono trovare soluzione efficace con processi di inserimento e di integrazione sociale

High Technology Access



Quale Modello di Presa in Carico

Wade D. Complexity, case-mix and rehabilitation: the importance of a holistic model of illness. *Clin Rehabil* 2011,25:386



*Assistenza e
Riabilitazione*



- ❑ *Respiratoria*
- ❑ *Cardiologica*
- ❑ *Neurologica*
- ❑ *Ortopedica*
- ❑ *Reumatologica*

*Disabilità di tipo
biomedico*



ICF

International
Classification of
Functioning,
Disability
and
Health

Short version



*Modello bio-psico
Sociale*



*Disabilità frutto
dell'interazione
complessa tra
malattia
dell'individuo e
il suo contesto
ambientale e
personale*

VERSO UNA METODOLOGIA CONDIVISA

**L'ICF POTREBBE FORSE
ESSERE IL MIGLIORE
INTERPRETE DEL
METODO DI PRESA IN
CARICO E MEDICO-
LEGALE**

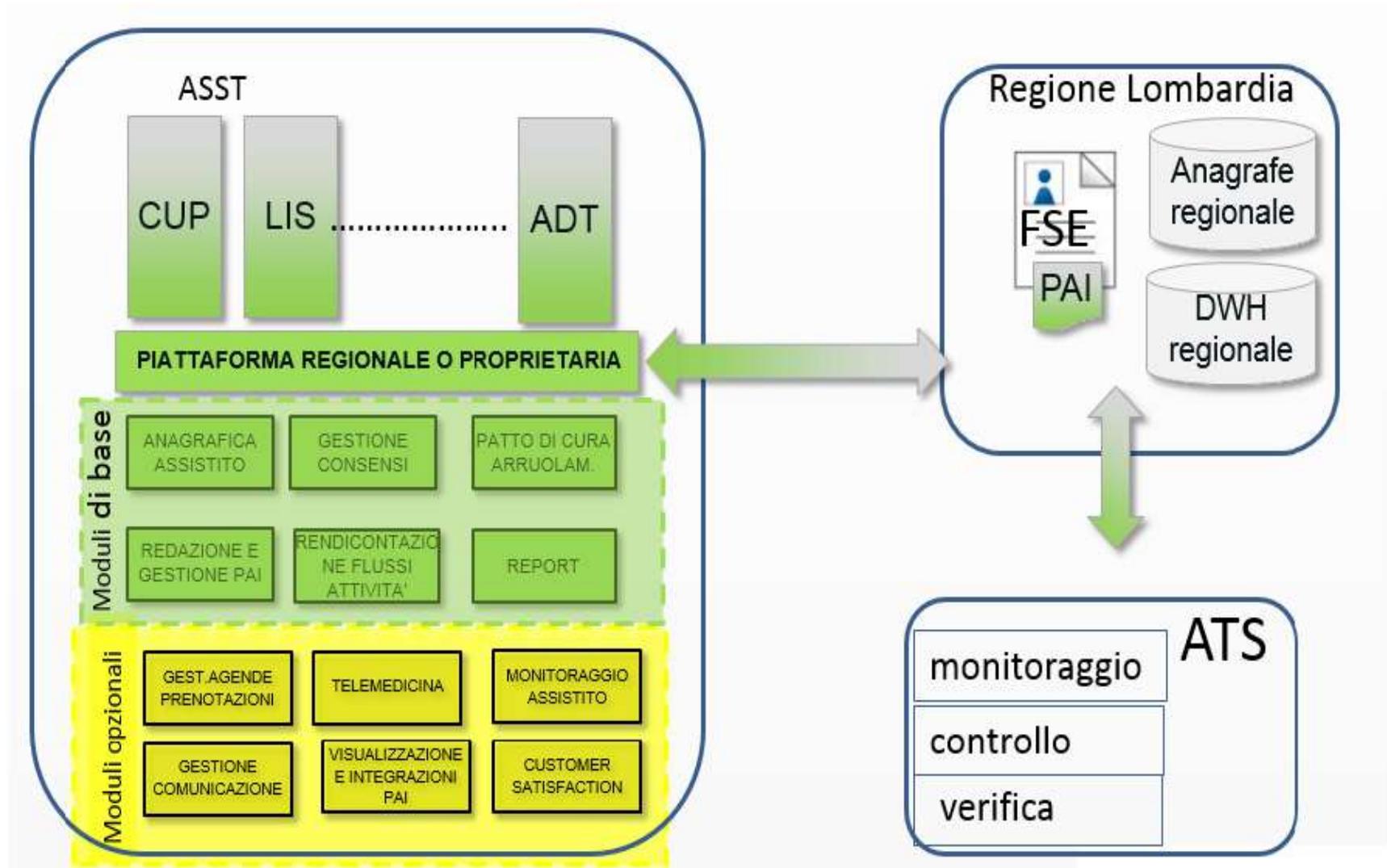
ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'
Classification Assessment Surveys & Terminology Group



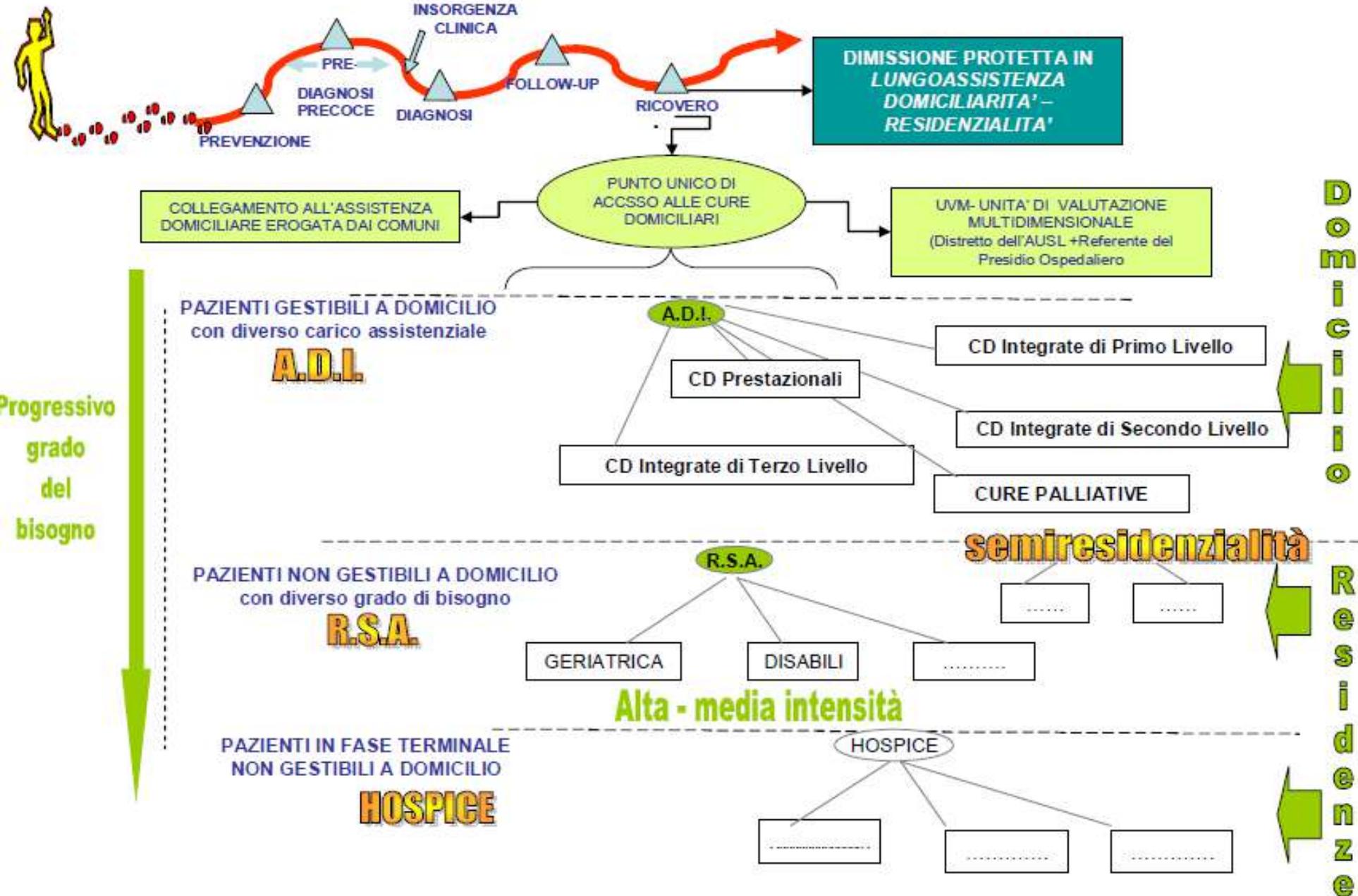
**La Classificazione Internazionale del
Funzionamento, della Disabilità e della
Salute dell'OMS**

www.who.int/classification/icf
www.icfitaly.it

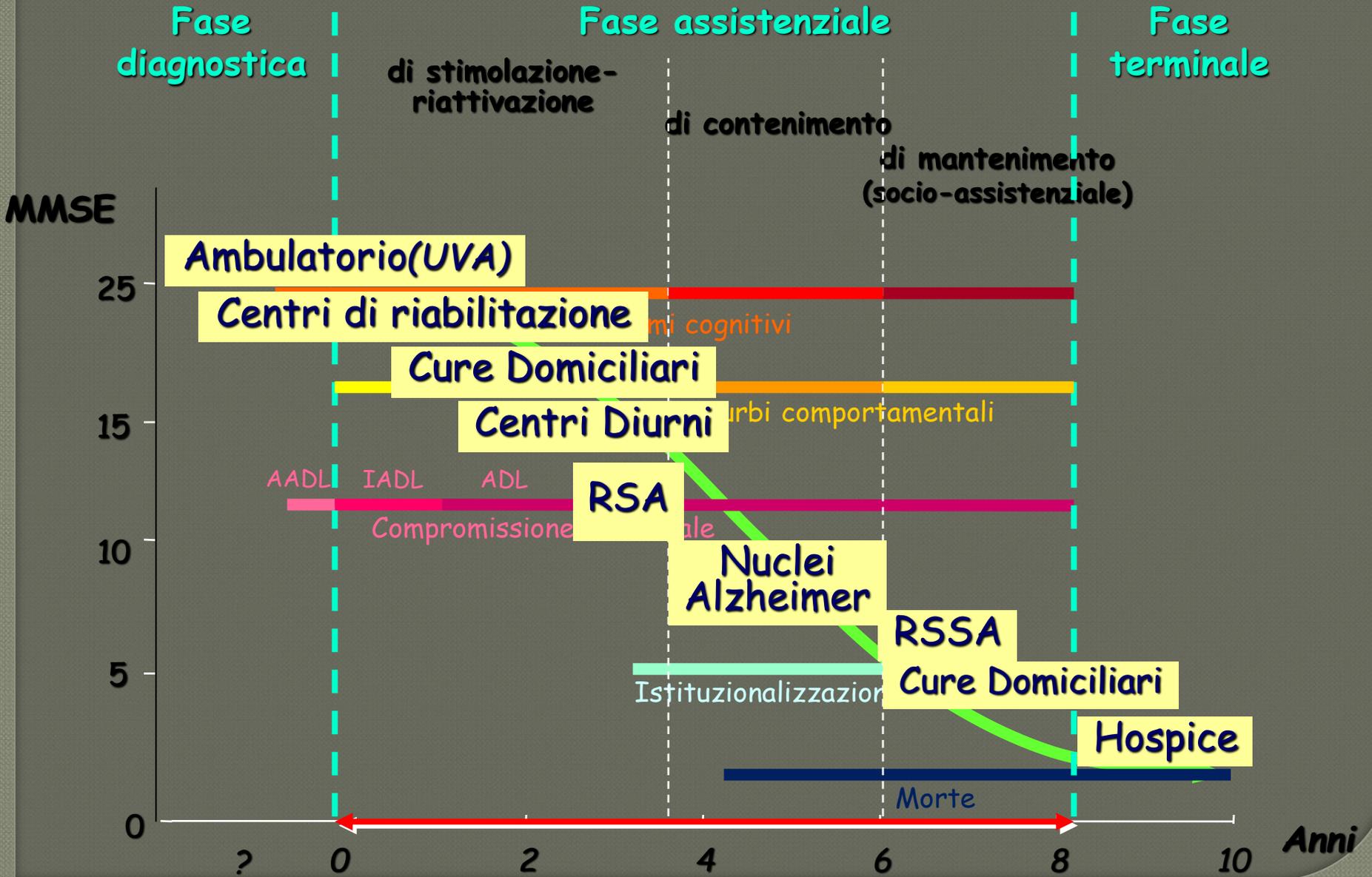
3.3 Sistema informativo a supporto



IL PIANO DI DEOSPEDALIZZAZIONE: ADI e STRUTTURE RESIDENZIALI



Le fasi del percorso di cura

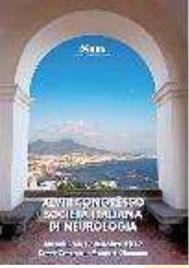


L'innovazione digitale in Sanità deve garantire l'evoluzione contemporanea dei modelli assistenziali, di quelli organizzativi.

L'innovazione digitale è «fattore abilitante e in taluni casi determinante per la loro realizzazione».

«Le tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (ICT), rappresentano solo uno strumento - il principale - attraverso il quale può essere profondamente ridisegnato un modello organizzativo di sanità pubblica»





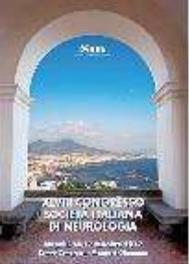
Cosa **può** contenere ?

Dati e documenti integrativi in base ai progetti regionali



- a) **prescrizioni** (specialistiche, farmaceutiche, ecc.);
- b) **prenotazioni** (specialistiche, di ricovero, ecc.);
- c) **cartelle cliniche**;
- d) bilanci di salute;
- e) **assistenza domiciliare**: scheda, programma e cartella clinico-assistenziale;
- f) **piani diagnostico-terapeutici**;
- g) assistenza residenziale e semiresidenziale: **scheda multidimensionale di valutazione**;
- h) erogazione farmaci;
- i) vaccinazioni;
- l) prestazioni di **assistenza specialistica**;
- m) prestazioni di emergenza urgenza (118 e pronto soccorso);
- n) prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero;

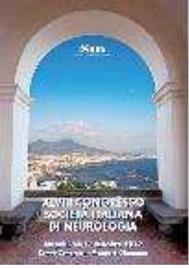




Il Fascicolo Sanitario Elettronico per il cittadino

Il grande protagonista della nuova sanità





Il **Fascicolo Sanitario Elettronico**
per il cittadino

Il grande protagonista della nuova sanità

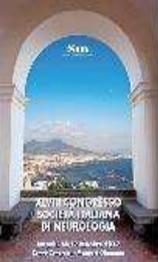
I.r. 15/07/2011, n.16 art. 2 – Istituzione Fascicolo Sanitario Elettronico di Puglia

decreto legge 18/10/2012, n.178 – Istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico

DPR 29/09/2015, n.178 Regolamento in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico

Insieme di dati e documenti di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito con l'obiettivo di:

- agevolare l'assistenza del paziente
- offrire un servizio per facilitare l'integrazione delle competenze professionali
- fornire una base informativa consistente
- migliorare le attività assistenziali e di cura lungo l'intera vita del paziente.

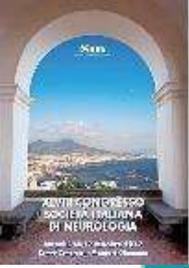


Amministrazione Digitale Telemedicina



- ✓ Migliorare efficienza e rapidità della PA
- ✓ Semplificazione iter e procedimenti
- ✓ Garantire la gestione digitale di tutte le attività, processi e procedimenti
- ✓ Garantire la salvaguardia del patrimonio informativo pubblico mediante una corretta gestione dei dati, delle informazioni, dei documenti

- ✓ Migliorare efficacia, efficienza, appropriatezza delle attività
- ✓ Migliorare qualità dell'assistenza
- ✓ Garantire la continuità delle cure
- ✓ Assicurare equità di accesso all'assistenza
- ✓ Favorire lo sviluppo dell'economia
- ✓ Contenere la spesa sanitaria
- ✓ Razionalizzare i processi socio-sanitari



TELEMEDICINA: LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI

**può avvenire tra medico e
paziente**

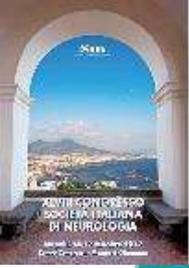
**tra medici e altri operatori
sanitari (teleconsulto)**

Cosa è ?

**una modalità di erogazione di
servizi di assistenza sanitaria**

modalità diverse con cui si
forniscono **servizi medici a
distanza** all'interno di una
specifica disciplina medica





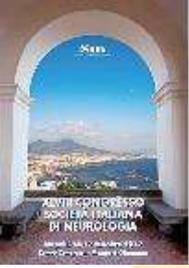
Come ?

Tramite il ricorso a **tecnologie innovative**, in particolare alle **Information and Communication Technologies (ICT)**

In che modo ?

- 1) TELEMEDICINA SPECIALISTICA
 - Televisita
 - Teleconsulto
 - Telecooperazione sanitaria
- 2) TELESALUTE
- 3) TELEASSISTENZA





Televisita

Telemedicina e Amministrazione Digitale: requisiti e azioni comuni



Garantire la gestione dell'iter amministrativo connesso
(prenotazione, accettazione, pagamento, contabilità)

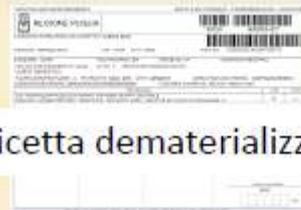
Garantire la gestione dell'identità digitale degli assistiti

Realizzare una adeguata gestione documentale

Garantire il corretto trattamento dei dati personali e sensibili

Garantire standard di sicurezza informatica

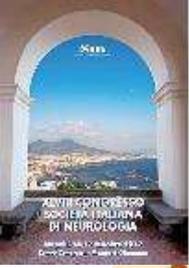
Alimentare Dossier Clinico e Fascicolo Sanitario Elettronico



Ricetta dematerializzata

spod

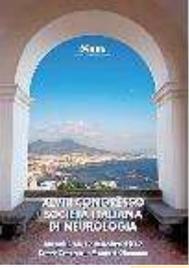




il progetto TeleParkinson

Modello organizzativo



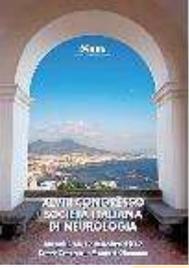


La Telemedicina nel Parkinson: un supporto al consulto domiciliare

Monitorare continuamente il paziente per valutarne lo stato di salute, il percorso degenerativo e l'efficacia delle terapie in corso nel rallentare la degenerazione



Adattare e tarare le terapie
di conseguenza



il progetto TeleParkinson – la Teleriabilitazione / Teledidattica per la riabilitazione



Utilizzare le tecnologie di TelePresence per :

- erogare corsi e sedute di **Teleriabilitazione** neurologica per il Parkinson con modalità diverse e per una molteplicità di soggetti
- **Teledidattica** per operatori sanitari e care giver



Neurologo Analogico Paziente Analogico



Neurologo Digitale Paziente Digitale

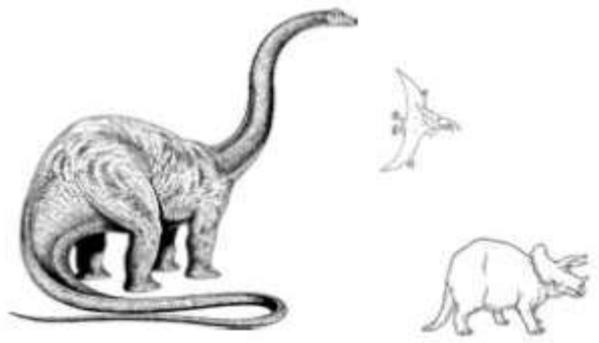
Dave deBronkart "e-Patient Dave"
As of April 27, 2014

Renal Cell Carcinoma Survivor,
Keynote Speaker, and Policy Advisor



 21.5K followers/50.1k Tweets  672 followers
 Google PageRank 5  1,906 friends

 **KLOUT** **79** Klout Score*: 79



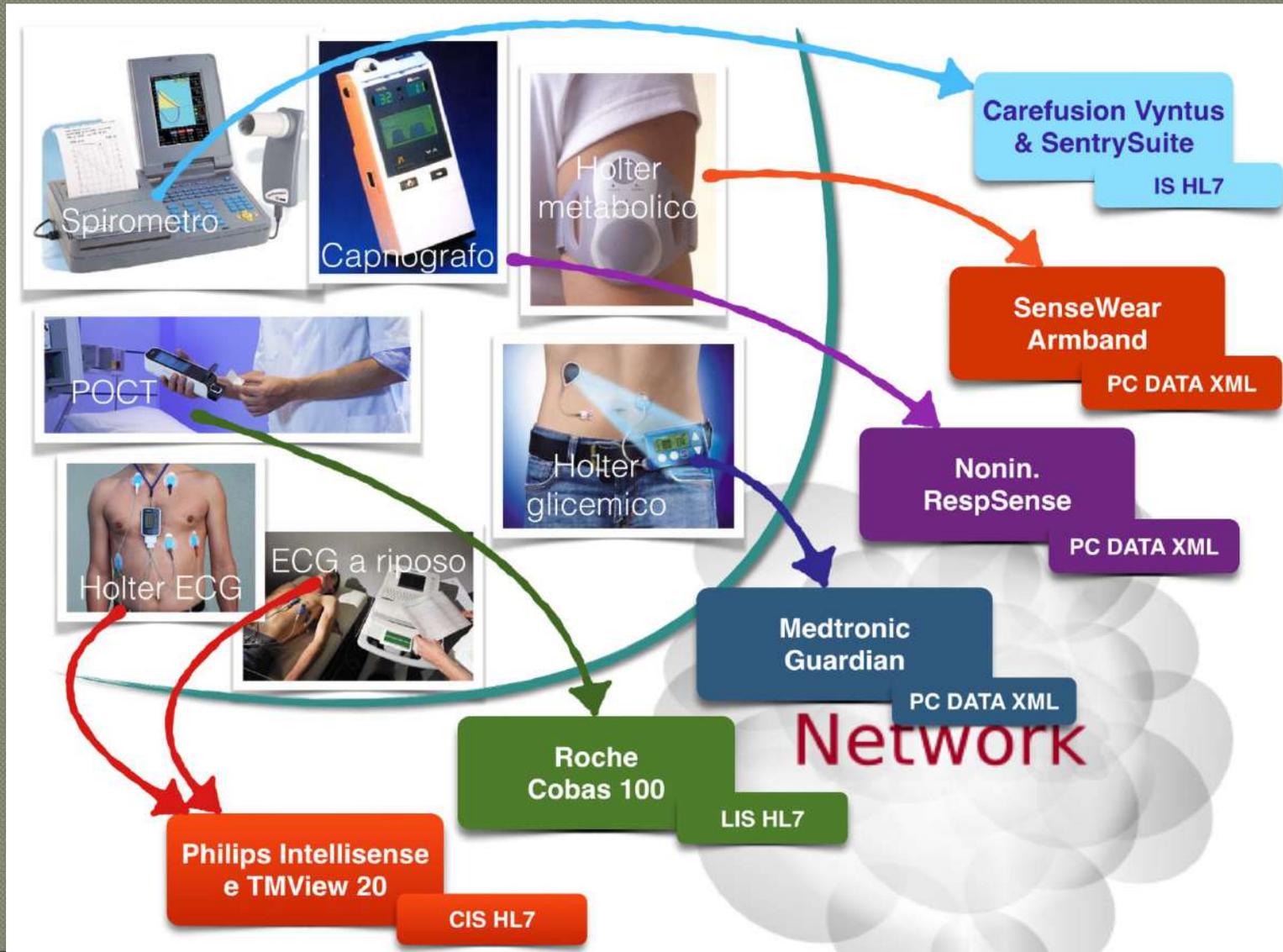
Nativi Digitali

Fine Carriera





uno studio medico innovato...



IL CONSULTO DI SALUTE OVUNQUE TU SIA



Seleziona la specialità che desideri:

Neurologia



Seleziona giorno e ora

31/03/2017



10:00

CERCA

Che cosa è il videoconsulto?

È una scelta comoda e conveniente che ti consente di **parlare con il medico** via video attraverso PC, mobile e tablet!



Raggiungi un medico **ovunque tu sia**: in ufficio, a casa o addirittura in viaggio



Allega referti e riceverai da uno specialista una seconda opinione

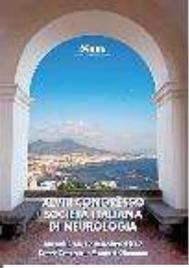


Accorcia i tempi e le distanze tra te e lo specialista



Scegli lo specialista **più adatto** alle tue esigenze

PRENOTA SUBITO



 **Dr. Shamail Tariq**
Cardiology



Length
15 min \$49



 Boston, MA



 **Dr. CHARLES TALAKKOTTUR**
Internal Medicine



 Tampa, FL, United States

Availability

Thu	Aug 11	2:15am	—	5:45am
Thu	Aug 11	1:00pm	—	5:45am
Fri	Aug 12	1:00pm	—	5:45am
Sat	Aug 13	1:00pm	—	5:45am
Sun	Aug 14	1:00pm	—	5:45am
Mon	Aug 15	1:00pm	—	5:45am

Length
15 min \$85
30 min \$99



DOC 24

Devi prenotare una visita o un esame? Lo facciamo noi per te!

[RICHIEDI MAGGIORI INFORMAZIONI](#)

[ATTIVA DOC 24](#)

[ACQUISTA DOC 24](#)

Immagina di avere un medico sempre a tua disposizione.
Ovunque tu sia.

Neurologia

Puglia

Cerca



DR. LEONARDO BARBARINI

Specialista in Neurologia

Medico Ospedaliero

🗨️ 5 risposte ✍️ 0 articoli ❤️ 3 followers

[Galatina \(LE\)](#)



DR. VITO SANSONNA

Specialista in Neurologia

Medico di Medicina Generale

🗨️ 0 risposte ✍️ 0 articoli ❤️ 1 followers

[Prov. di Bari](#)



PROF. MARINA DE TOMMASO

Specialista in Neurologia Medicina fisica e riabilitativa

Medico Ospedaliero

🗨️ 0 risposte ✍️ 0 articoli ❤️ 0 followers

[Prov. di Lecce](#)



DR. GIOVANNI CANDELIERI

Specialista in Neurologia

Medico Specialista Privato

🗨️ 0 risposte ✍️ 0 articoli ❤️ 1 followers

[Prov. di Foggia](#)



DR. PIETRO CONTE

Specialista in Pediatria Neurologia

Medico Ospedaliero

🗨️ 0 risposte ✍️ 0 articoli ❤️ 2 followers

[Prov. di Taranto](#)



DR. FERNANDO LUPO

Specialista in Neurologia Radiodiagnostica

Medico Ospedaliero

🗨️ 0 risposte ✍️ 0 articoli ❤️ 0 followers

[Prov. di Lecce](#)



DR. GIUSEPPE LEONCINI

Specialista in Neurologia Chirurgia maxillo-facciale

Medico Ospedaliero

🗨️ 0 risposte ✍️ 0 articoli ❤️ 1 followers

[Prov. di Bari](#)



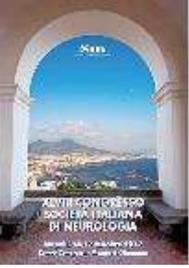
DR. MIRELLA RODRIGUEZ

Specialista in Neurologia

Medico Ospedaliero

🗨️ 0 risposte ✍️ 0 articoli ❤️ 0 followers

[Prov. di Bari](#)



★ Rate This Doctor

Ratings for Dr. Kenneth W. Holmes

5
Staff

5
Punctuality

5
Helpfulness

5
Knowledge



My husband and I both feel very comfortable with Dr Holmes. He is very personable and makes us feel so at ease. He's a great listener and very sensitive when he speaks. Really gets to know his patients. Always open to questions and you don't feel rushed at all. We left his office feeling so informed and very positive with the plan going forward. Very awesome experience every time.



L' integrazione inizia dai dati

**Diagnosi da registro
esenzioni ticket**
(ICD9)

Ricoveri ospedalieri - SDO
Diagnosi di dimissione - ICD9CM)

Specialistica
(ICD9CM)

Pronto Soccorso
(ICD9CM)

**Database salute
mentale** (ICD10)

**Riabilitazione extra
ospedaliera** (ICD 9)

Persona

**Database registro
malattie rare** (ICD 9)

Farmaceutica
(ATC)

Diagnosi da FAR e SIAD
(International Classification for Primary
Care-ICPC)

Costi (e stime di costi)
(da drg, tariffe e costo farmaci)



Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità

School of Management del Politecnico di Milano

Il paradosso della Sanità italiana: meno digitale dei medici e pazienti 04-05-2017

- il **36%** utilizza internet per cercare informazioni su problemi di salute;
- il **32%** utilizza internet per le informazioni sulle strutture sanitarie;
- l'**11%** ha pagato online le prestazioni;
- il **42%** degli internisti utilizzano **WhatsApp** per comunicare con i pazienti;
- Sempre più **Medici di Medicina Generale comunicano con i pazienti** attraverso strumenti digitali e oggi nel **53%** dei casi utilizzano **WhatsApp** per scambiare **dati, immagini e informazioni**



Vito Napolitano
 neurology territory
 National group of
 SIN (Italian Society
 Neurology)

JULY
 20

ALS Care in Italy



TIRANA
 Hotel Boutique
 Kotoni
 Rruga Donika Kas

**"AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS: INNOVATIVE CLINICAL
 APPROACHES FOR THE PRESENT AND THE FUTURE"**



**TELERIABILITAZIONE E
CONTINUITA'
ASSISTENZIALE NELLE
MALATTIE**

MERCOLEDÌ 21/06 SESSIONE I - MATTINA

ORE 8.30 –Registrazione

Saluti: Dott. Ottavio Narracci ,Direttore Generale Asl Bat

Dott. Mario Santalucia Direttore f.f. U.O.C. Sovr. Dipartimento Riabilitazione Asl Bat

Ore 8.45 Introduzione ai lavori

Dott. Mauro Palumbo-responsabile scientifico del convegno-Dirigente neurologo Asl Bat

I GIORNATA Mercoledì 21/06—Mattina

Ore 09.00—13.15 Neuroscienze, applicazioni di tecnologie biomediche.

Moderatori: Dott. Massimo Caruso (Catania) - Dott. Matteo De Luca (Taranto) Dott.ssa Maria Letizia Pacciolla (Putignano)

Ore:10.00—11.00 Nuove tecnologie per la gestione della riabilitazione domiciliare: paziente/famiglia/ caregiver

Dott.ssa Maria Teresa Angelillo (Cassano Murge)

Ore 11.00– 11.15 Break

Ore 11.15-12.15 Social Network

Prof. Giuseppe Fattori (Bologna)

Ore 12.15-14.15 Privacy e Trattamento dati

Dott. Gianni Lucatorto (Bari)

Ore 13.15-14.15 Lunch

Vito Napoletano chair of neurology territory National group of the SIN (Italian Society of Neurology)

MERCOLEDÌ 21/06 SESSIONE I - Pomeriggio

Ore 14.15-1800 Tecnologie e autonomie

Moderatori: Dott. Fabio Colonna, Dott. Vito Napoletano (Monopoli) Dott. Riccardo Pomarico (Bari)

Ore 14.15-15.15 "Tecnologie al servizio delle Autonomie"
Prof. Vitoantonio Bevilacqua (Bari)

Ore 15.15-15.45 " Tecnologie domiciliari a integrazione della gestione multidimensionale"
Ing. Laura De Rocco (Brindisi)

Ore 15.45-16.15 Robotica assistita per l'invecchiamento attivo: risultati di esperienze horizon 2020.
ing Francesco Giuliani (San Giovanni Rotondo)

Ore 16.15-16.45 Riabilitazione nelle malattie neurodegenerative, PSP e Huntington
Dott. Domenico Intiso (San Giovanni Rotondo)

Ore 16.45-17.00 Break

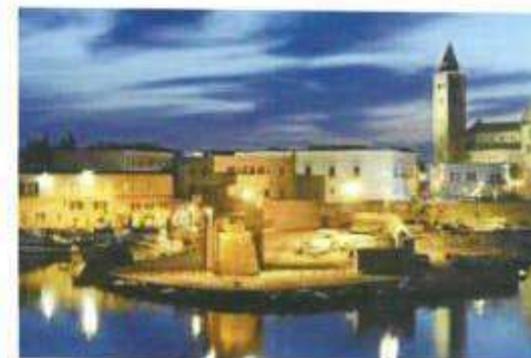
Ore 17.00-17.45 Soluzioni Digitali per la riabilitazione della voce
Dott. Francesco Girardi (Bari)

Ore 17.30-18.30 " Tecnologie per la Riabilitazione neurocognitiva nelle gravi cerebrolesioni"
Dott.ssa Maria Teresa Angelillo (Cassano Murge –BA)



Convegno accreditato ECM

Crediti formativi 16



TELERIABILITAZIONE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLE MALATTIE NEUROVEGETATIVE

Direttore del convegno
Dott. Mario Santalucia

Responsabile scientifico
Dott. Mauro Palumbo

"Università LUM" Trani
21 e 22-Giugno 2017

La Partecipazione Pubblico Privata



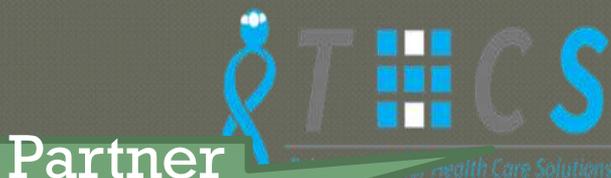
per il coordinamento,
rapporti con il territorio,
Attività infermieristica e
cure palliative



per attività di fisioterapia e
logoterapia



per la gestione personale
OSS



Partner
pubblici
CO

per la gestione Centrale
operativa, piattaforma
telematica e software e
formazione



Azienda Sanitaria Locale
della provincia di Brindisi

RTI
VERTI
CALE
Partner
privato

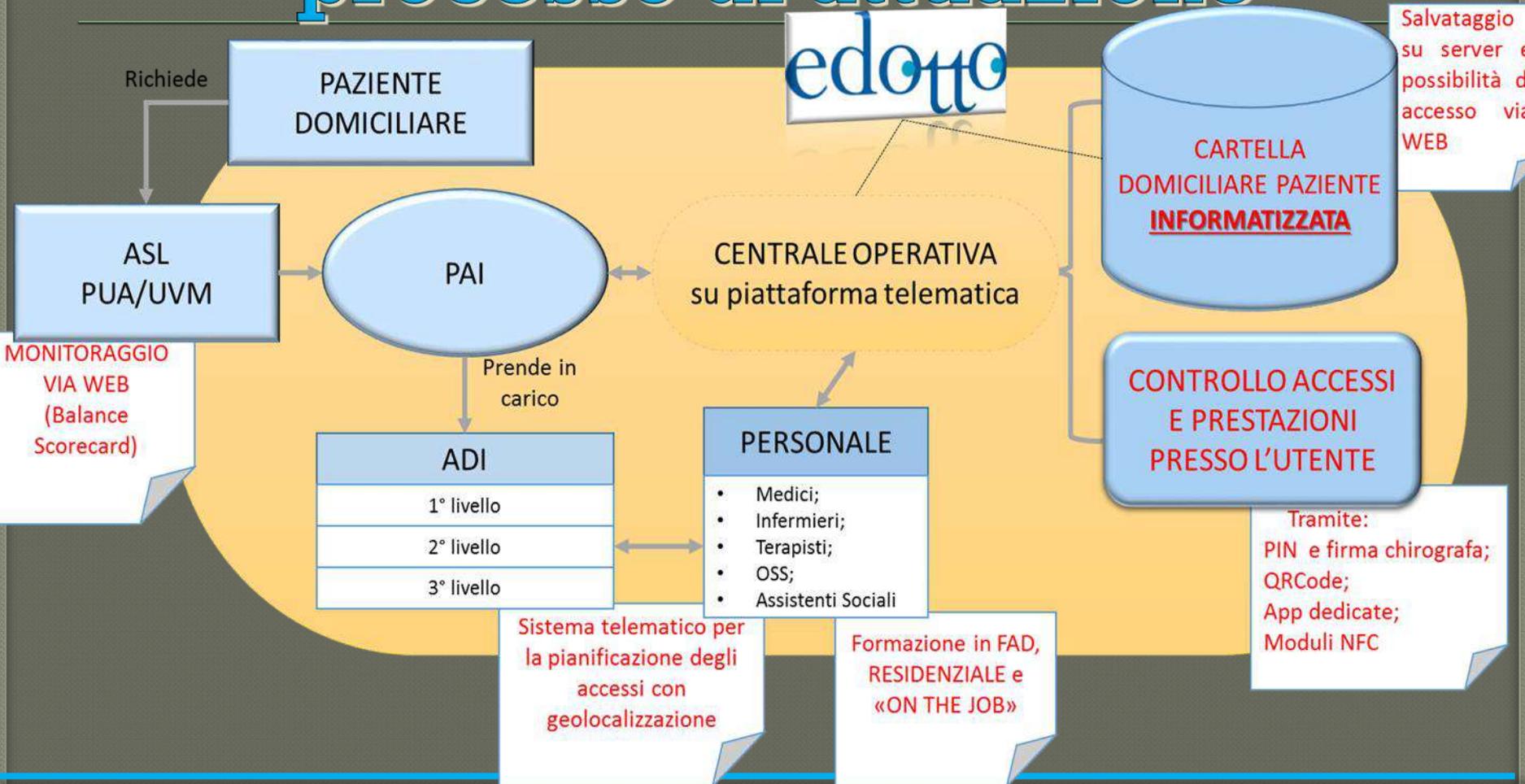


TECNOLOGIE DOMICILIARI A INTEGRAZIONE DELLA GESTIONE
MULTIDIMENSIONALE

Ing. Laura De Rocco (e-mail: laura.derocco@teriu.it cell: 3400742896)

La reingegnerizzazione del processo di attuazione

edotto



ATTORI:

- La Partecipazione Pubblico Privata;
- Organigramma del Partner Privato;
- Stakeholder e loro ruolo;
- Gli assistiti.

ORGANIZZAZIONE:

- La centrale operativa di ascolto e comunicazione;
- La reingegnerizzazione del processo di attuazione;
- I principali elementi di innovatività.

TECNOLOGIE:

- Il portale di progetto;
- Il software di gestione ADIGest;
- Telediagnostici e teleinfermazione;
- Clinica di...

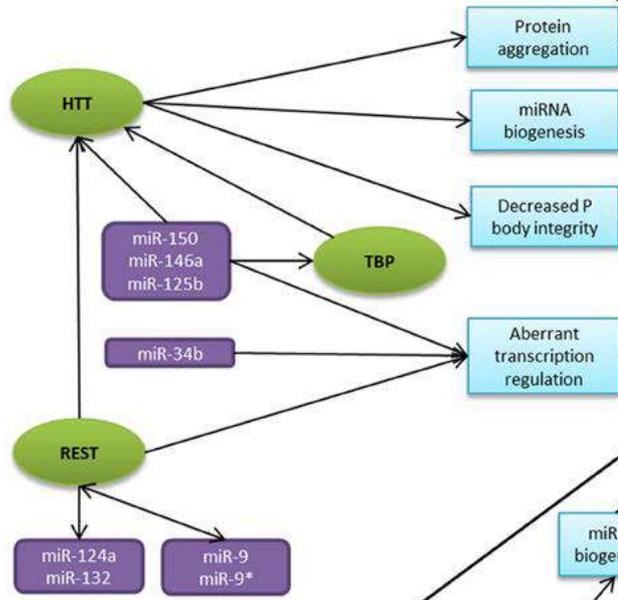
ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

DATI:

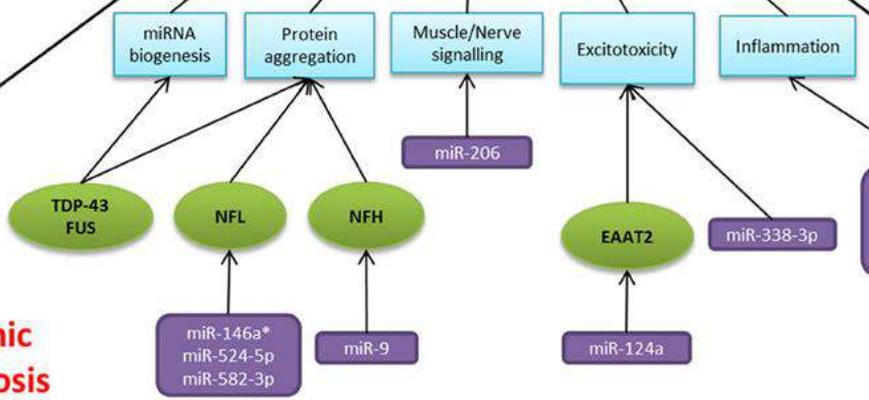
- Le persone assistite;
- Gli indici di assistenza;
- Accessi e prestazioni eseguite;
- I risultati raggiunti.



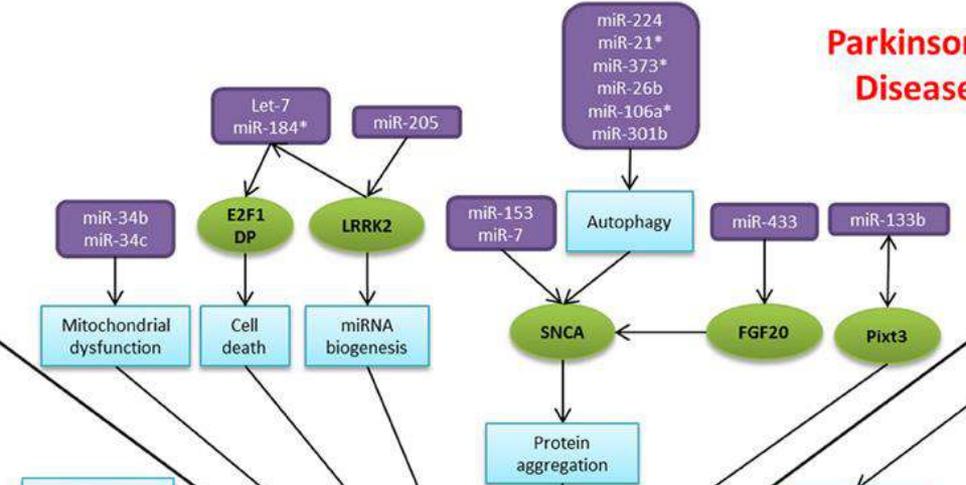
Huntington's Disease



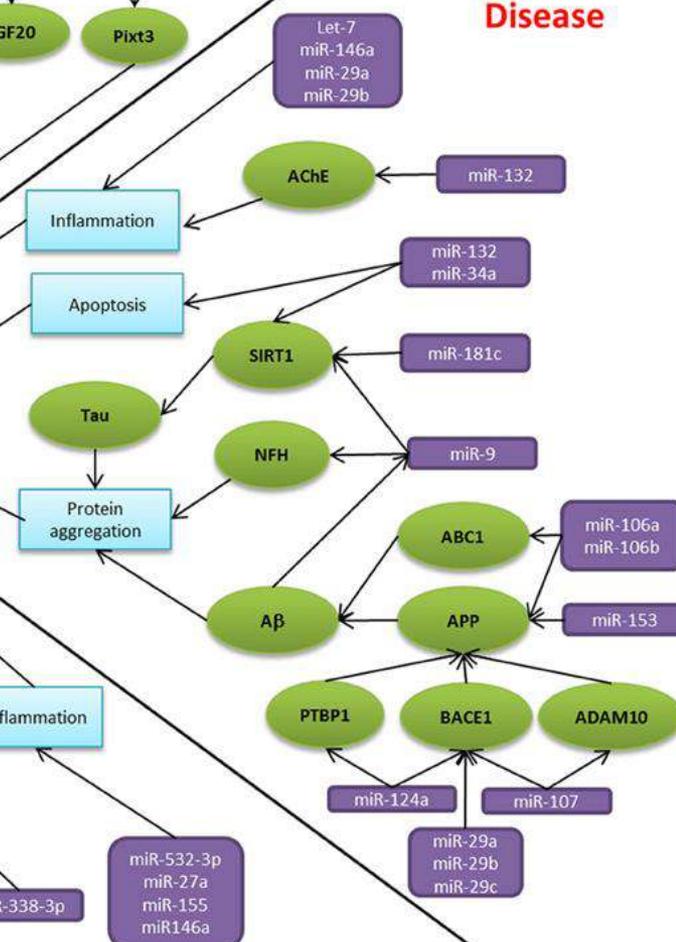
Amyotrophic lateral sclerosis



Parkinson's Disease



Alzheimer's Disease



1865 - "Sistema di sanità amministrativa"

Il Ministero dell'Interno, a livello centrale, e i prefetti e sindaci, a livello locale, detengono la competenza organizzativa dell'assistenza sanitaria:

- Il Ministero dell'interno emana azioni di tutela della salute, attuate dai Comuni

• **Medicina pubblica**

limitata all'assistenza ai poveri

• **Assistenza ospedaliera**

svolta da istituti caritatevoli

1888 Legge Crispi - Pagliani 22 dicembre, n. 5849

- Nasce un sistema di sanità pubblica organizzato e condotto da **personale qualificato** nel quale la tutela della sanità pubblica spetta al Ministero dell'Interno.
- Viene istituito presso il Ministero dell'Interno il **Consiglio Superiore di Sanità**, con funzioni tecnico-consultive.
- Viene costituita nell'ambito del Ministero dell'Interno una apposita **Direzione Generale della Sanità Pubblica**
- Vengono istituiti in periferia Uffici Sanitari Provinciali (Medico e Veterinario Provinciale) alle dipendenze dei Prefetti e analoghi Uffici **presso i Comuni (in ogni Comune vi sarà un Medico Ufficiale Sanitario)**

Legge Crispi-Pagliani - 1888



1907- «Testo Unico delle Leggi Sanitarie»

1907 – *Regio Decreto 1 agosto, n. 603*

Primo Testo Unico delle Leggi Sanitarie

1934 – *Regio Decreto 27 Luglio, n.1265*

Nuovo Testo Unico delle Leggi Sanitarie

Norme concernenti:

- Ordinamento e attribuzioni dell'amministrazione sanitaria
- Esercizio delle professioni, delle arti sanitarie e delle attività soggette a vigilanza sanitaria
- Igiene del suolo e dell'abitato
- Tutela igienica dell'alimentazione, dell'acqua potabile e degli oggetti di uso personale
- Provvedimenti contro le malattie infettive e sociali
- Polizia mortuaria, regolamenti locali di igiene e sanità e di polizia veterinaria

1927 - Medicina in regime mutuo previdenziale

1927 - 21 aprile **“Carta del Lavoro”**, approvata dal gran consiglio fascista

• Discendono i principali contratti collettivi di assicurazione obbligatoria e vengono quindi istituiti:

1933 - 6 luglio - **INAIL** Istituto Nazionale contro gli infortuni sul lavoro, con regio decreto n. 1033

1935 - 4 ottobre **INPS**, Istituto Nazionale della previdenza sociale, con regio decreto n. 1825

1942 - **ENPAS** Ente nazion. di previdenza e assistenza per i dipendenti statali, con legge 19 gennaio n. 22

1943 - **INAM** Istituto nazionale di assicurazione contro le malattie, con legge 11 gennaio n. 138

- Prestazioni sanitarie condizionate al verificarsi dell'evento malattia
- Assenza di programmazione e di una rete di strutture funzionante
- Forme assistenziali profondamente diverse tra loro, incontrollabili sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni erogate sia della spesa sanitaria

1948 - Costituzione della Repubblica

- **Art. 32:** « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.»
- **Art. 117:** «La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, semprechè le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello delle altre Regioni: -..... -beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera; -.....»
- **Art. 2:** «La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo che nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.»
- **Art. 3:** «Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del paese.»
- **Art. 38:** «Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità o vecchiaia, disoccupazione volontaria. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera.»

1958 – Ministero della Sanità

Legge 13.03, n. 296

• Ha il compito generale di provvedere a tutto quanto riguarda la

TUTELA della SALUTE PUBBLICA

coadiuvato da:

- **Consiglio Superiore di Sanità** con funzioni consultive
- **Istituto Superiore di Sanità** organo tecnico-scientifico

- **Organi periferici** del Ministero della Salute vengono istituiti:

- Ufficio del Medico Provinciale
- e del Veterinario Provinciale, coordinati dal Prefetto
- Uffici Sanitari dei Comuni e dei Consorzi Comunali
- Uffici Sanitari Speciali (di confine, porto e aeroporto)

1972 - Il trasferimento delle competenze alle Regioni

DPR 14.01.1972, n. 4

Vengono trasferiti alle Regioni:

- Uffici dei Medici Provinciali
- Uffici dei Veterinari Provinciali
- Uffici Sanitari dei Comuni
- Uffici Sanitari dei Consorzi comunali
- Consigli Provinciali di Sanità
- Consorzi Provinciali antitubercolari
- Dispensari antivenerei



Tale trasferimento di funzioni e competenze non è privo di lacune e discrasie:
non comprende il settore dell'assistenza mutualistica

1978 - Servizio Sanitario Nazionale

Legge 23.12, n. 833

Il SSN è costituito dal complesso delle **funzioni**, delle **strutture**, dei **servizi** e delle **attività** destinati alla **promozione**, al **mantenimento** ed al **recupero** della **salute fisica e psichica** di tutta la popolazione **senza distinzioni di condizioni individuali e sociali** e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi.

L'attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni ed agli Enti territoriali,

garantendo la partecipazione dei cittadini.

1992 - Il riordino della sanità

D. Lgs. 30.12, n. 502 (riforma bis)

- Riassetto organizzativo e istituzionale del SSN
- Ridare efficienza al sistema sanitario, ottimizzando l'utilizzo delle risorse disponibili
- Controllare la spesa per contenere il disavanzo

Punti cardine:

- **Livelli di assistenza** uniformi sul territorio nazionale
- **Regionalizzazione** della sanità
- **Aziendalizzazione** delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari (ASL)
- **Nuovo modello di finanziamento** (prospettico)
- **Competitività** tra pubblico e privato
- **Partecipazione del cittadino**

1995 - La carta dei Servizi Sanitari

D.P.C.M. 19.05

strumento ufficiale di tutela dei cittadini

erogazione dei servizi secondo

PRINCIPI FONDAMENTALI

- eguaglianza
 - imparzialità
 - continuità
 - diritto di scelta
 - partecipazione
 - efficienza
 - efficacia
- informazione dei cittadini ed accessibilità di dati e documenti
 - adozione di standard di qualità
 - metodologie di verifica e controllo degli obiettivi conseguiti rispetto agli impegni assunti
 - meccanismi di tutela dei diritti dei cittadini/pazienti



1999 -Il sistema integrato di interventi e servizi sociali - D. Lgs. 19.06, n. 229

INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA



Momento grazie al quale i bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, possono essere soddisfatti mediante percorsi assistenziali integrati tra dimensione sociale e dimensione sanitaria

Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale:

l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dall'apporto dei servizi sociali

Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:

problemi collegati allo stato di salute possono trovare soluzione efficace con processi di inserimento e di integrazione sociale

- Evoluzione in atto della dinamica demografica
- Modificazione dei bisogni di salute della popolazione
- Quota crescente di anziani e patologie croniche

→ **RIDISEGNO STRUTTURALE ED ORGANIZZATIVO** della assistenza sanitaria nell'ottica di spostare il fulcro dall'ospedale al territorio

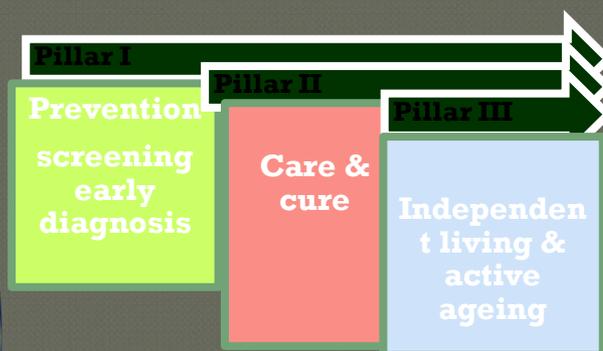
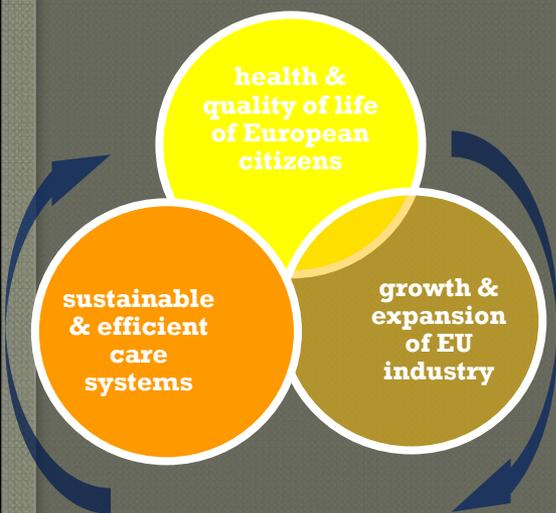


European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing



crosscutting, connecting & engaging stakeholders across sectors, from private & public sector

+2 HLY by 2020
Triple win for Europe



WHO Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020

- 4 strategie:

 - invecchiamento in buona salute

 - creare ambienti favorevoli

 - sist. sanitari/assist. idonei per

 - anziani/disa

 - rafforzare basi di conoscenza e ricerca

WHO Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020

5 interventi prioritari:

promuovere l'attività fisica

prevenzione delle cadute

vaccinazione persone anziane

prevenzione malattie infett. correlate con
ass.

sostegno pubblico ai fornitori di ass.

informal

Sviluppo di competenze gerontol person.

ass

WHO Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012-2020

3 interventi di supporto:

prevenzione dell'isolamento ed esclusione

prevenzione dei maltrattamenti agli anziani

miglioramento della qualità della assistenza agli anziani specialmente se affetti da demenza e cure palliative per soggetti irrecuperabili.

Forms of AAC

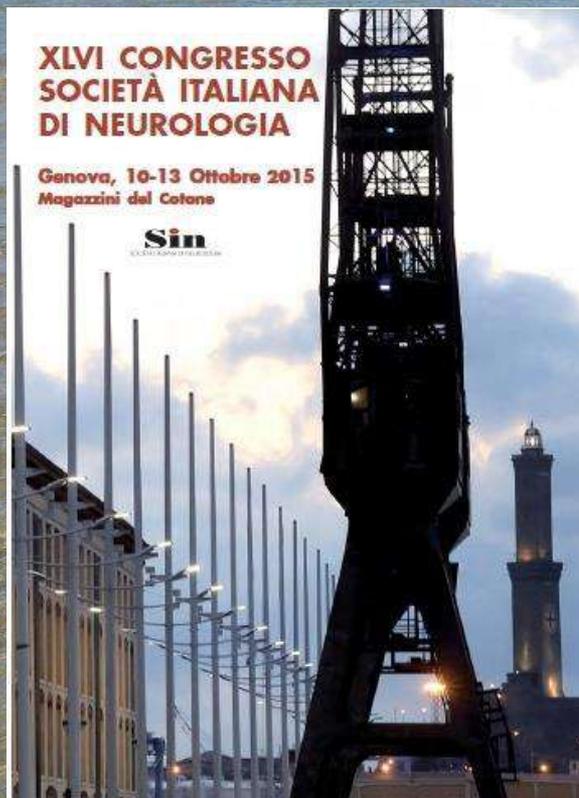
- ▶ Low Technology (communication boards)
 - ▶ High Technology (dedicated/integrated/non-dedicated speech generating devices, mobile technology)
- 



SIN
Società Italiana di Neurologia
Gruppo di studio sulla neurologia territoriale



**I modelli di organizzazione
dell'assistenza neurologica
territoriale. L'integrazione
Ospedale-territorio
Genova 10-13 ottobre 2015**



Dott. Vito Napoletano
Società Italiana di Neurologia Gruppo di Studio Nazionale
Neurologia del territorio



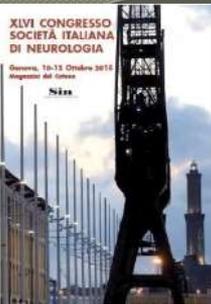
SIN
Società Italiana di Neurologia
Gruppo di studio sulla neurologia territoriale



**I Luoghi Assistenziali nella
neurologia territoriale
Venezia 22-25 ottobre 2016**



Dott. Vito Napoletano
Società Italiana di Neurologia Gruppo di Studio Nazionale
Neurologia del territorio



Il 22 maggio 2001 l'OMS pubblica uno strumento di classificazione innovativo, multidisciplinare, multiprofessionale dall'approccio universale: "La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute"

L'ICF descrive uno stato permanente di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socio-culturale di riferimento possono causare disabilità, ispirandosi in tal modo ad un **modello Bio-Psico-sociale**.

Tramite l'ICF si vuole quindi descrivere non le persone, ma le loro situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale e far emergere l'individuo -di qualsiasi età- non solo come persona avente malattie o disabilità, ma soprattutto

Disabilità = condizione di salute in ambiente sfavorevole

Regione Puglia

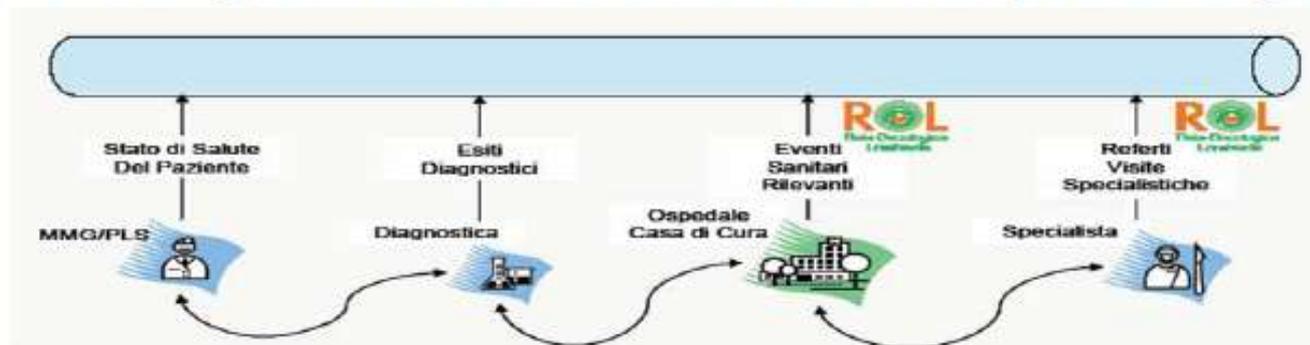
A.S.L. _____

UNITÀ VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE DISTRETTO N.

S.Va.M.Di.

Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone con disabilità

In particolare occorre aumentare l'impatto sui sistemi di gestione delle reti di patologia



La Rete di Patologia è un modello innovativo di organizzazione dell'assistenza fondato sulla **condivisione delle conoscenze e sulla collaborazione clinica**, finalizzato a **migliorare la qualità e l'appropriatezza di cura di una malattia** e l'efficienza del Sistema nell'utilizzo delle risorse, **orientando al contempo il paziente nei percorsi di cura**, con riduzione dei tempi di attesa e della mobilità.

Elementi fondanti di una Rete di Patologia:

La condivisione di dati clinici del paziente tra i medici di vari livelli di cura (non solo tra Specialisti, ma anche tra Specialista e Medico di Assistenza Primaria)

THE INTERNET of MEDICAL THINGS

Tele
Monitoraggio

DIGITAL HEALTH 4.0

NIBP

- Pressione Arteriosa Sistolica, Diastolica e media



Postura

Saturimetria



Temperatura Corporea

Frequenza cardiaca e Respiratoria



BIOTECHO



WinCard

- 67 grammi
- 30 ore di autonomia
- 4 ore di ricarica



Bluetooth

WiFi



THE INTERNET of MEDICAL THINGS

Tele
Dermatologia

DIGITAL HEALTH 4.0

SKINSAT



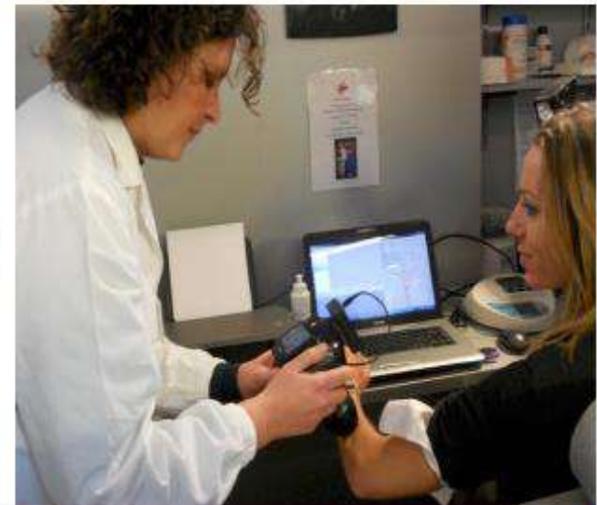
TELEDERMATOLOGIA

- Asimmetria della lesione
- Bordi irregolari, frastagliati
- Colore Policromo o nero
- Dimensioni
- Evoluzione

SKINSAT

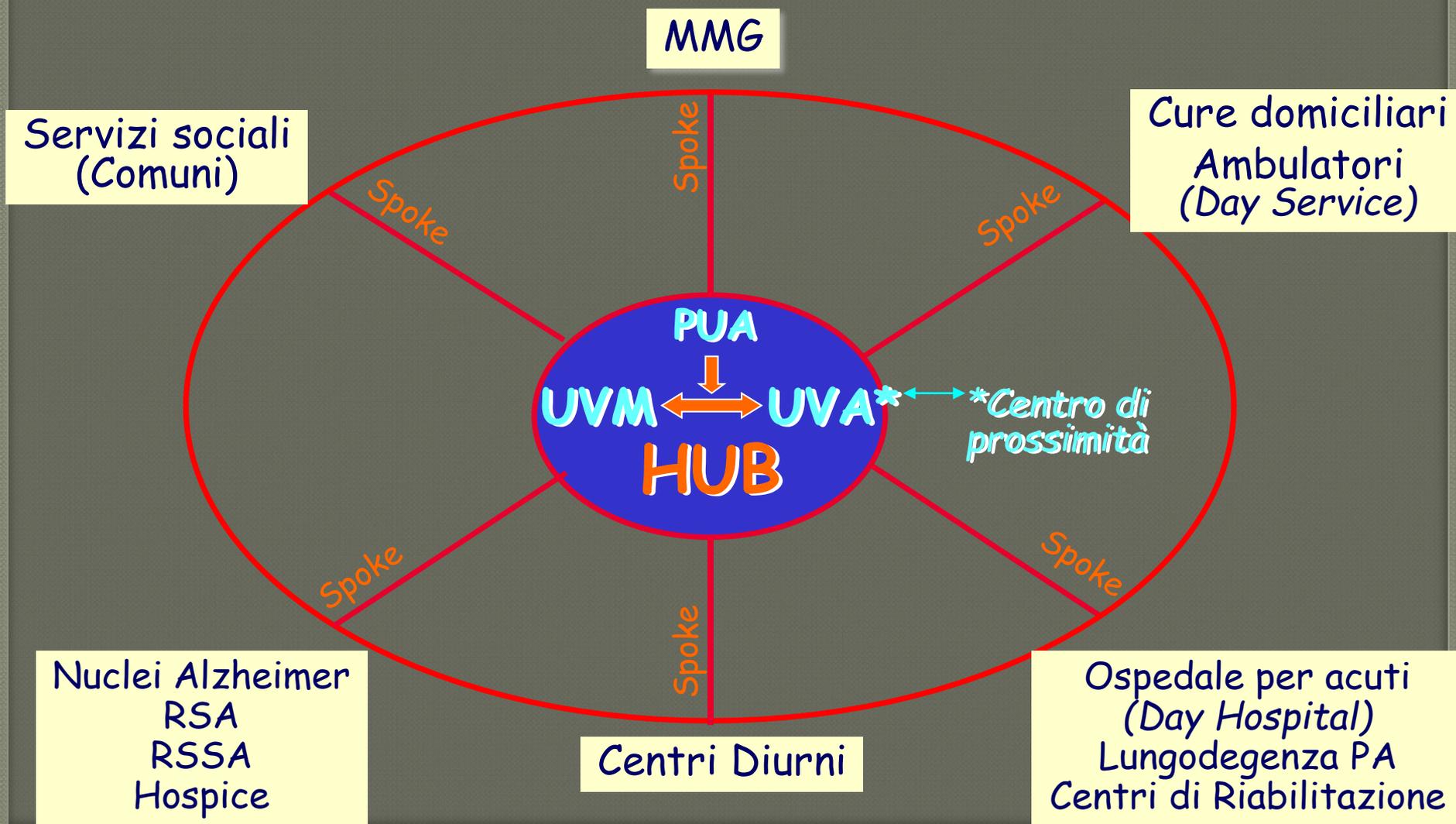


DERMASAT



MODELLO A RETE "HUB AND SPOKE"

2° Livello - Organizzazione dei servizi socio-sanitari



GESTIONE DELLA MALATTIA CRONICA

SUPPORTO DEL PAZIENTE



Hirschhorn R, Reuser AJJ. Glycogen storage disease type II: acid alpha-glucosidase (acid maltase) deficiency. *The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease*. 8th ed. New York: McGraw-Hill; 2001:3389-3420.

Bodamer O, Leonard J, Halliday D. Dietary treatment in late-onset acid maltase deficiency. *Eur J Pediatr*. 1997;156(Suppl 1):S39-42.

Cambiamento paradigma assistenziale



Distretto



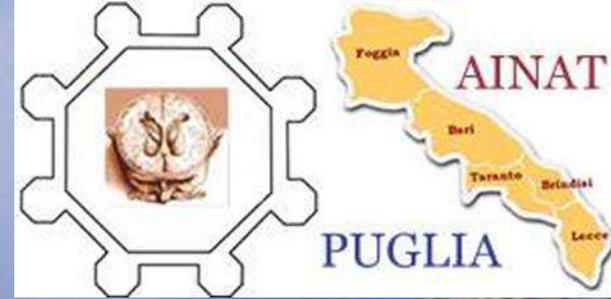
Assistenza differenziata da quella tradizionale con modalità di erogazione basata sui principi di continuità delle cure per periodi di lunga durata

CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

- **Nuove strutture territoriali di riferimento:** prossimità, accessibilità, i nodi della rete
- **Integrazione nei percorsi professionale ed organizzativa:** le maglie della rete
- **Progettazione integrata continua**

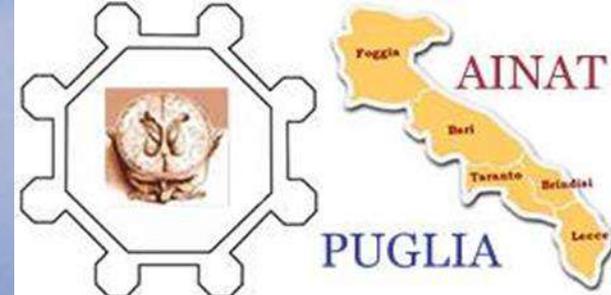
IL DISTRETTO

AMBITO DI PROGRAMMAZIONE E
GARANZIA DELL'ACCESSO



Patologie croniche e fragilità

Patologie trasferibili dall'assistenza ospedaliera episodica per acuti (regime ospedaliero intensivo ad alto costo) all'assistenza territoriale post-acuzie di medio-lungo periodo, non meno impegnativa di quella ospedaliera ma certamente a minor impatto economico



Assistenza Post-acuzie max. 60 gg
cod.56, int. Grave)

Assistenza estensiva di media
complessità (internato base o RSA)

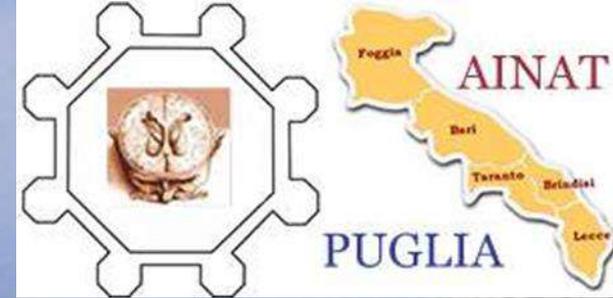
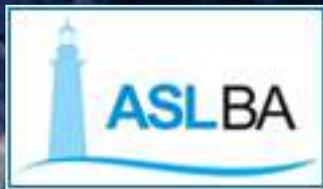
Assistenza di bassa complessità
(RSSA - Residenza Sociale
Asssienziale)

Hospice

Cure Domiciliari a lungo termine

Cure domiciliari di Complessità

**Offerta territoriale
residenziale/H 24**

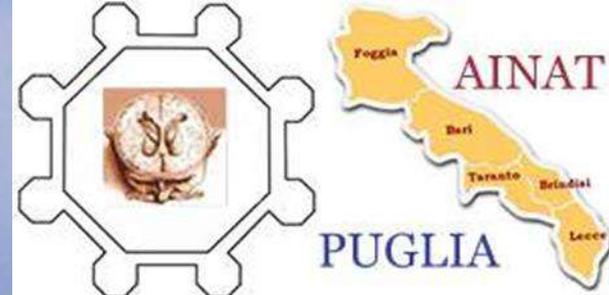
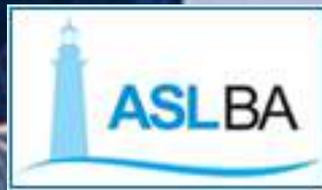
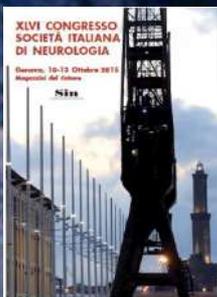


Assistenza a ciclo diurno a **media complessità** (ex seminternato grave-base)

Assistenza a ciclo diurno estensiva a **bassa complessità** (centro socio-educativo e riabilitativo art. 60 RR4/2007, art. 8 L. 104/92)

Assistenza a ciclo diurno estensiva a **bassa complessità** (centro diurno integrato per il supporto cognitivo e comportamentale dei sogg. affetti da demenza art. 60 TER , RR 4/2007, art. 8 L. 104/92)

Offerta territoriale semi-residenziale



SERVIZI EROGATI PUA

Accoglienza
Informazione al Cittadino
Registrazione dell'Accesso, Raccolta di segnalazioni e prima analisi del bisogno
Orientamento e raccolta domande e documentazione per attivazione diretta per prestazioni in risposta a bisogni semplici
Segnalazione per la presa in carico e integrazione con i Servizi della rete Territoriale e Ospedaliera
Eventuale segnalazione caso complesso (bisogno sociosanitario)



ATTIVAZIONE UVM

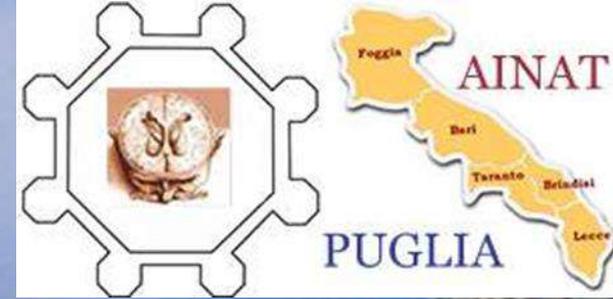
Avviene attraverso:

la “segreteria evoluta” UVM Cure Primarie-
Psichiatria-Dipendenze

Va promossa l’attivazione congiunta sanitario-
sociale come espressione del lavoro di rete

Può essere chiesta da utenti/famigliari in
particolari situazioni

Presuppone il consenso della persona/
famiglia interessata



Unità Valutative Multidisciplinari

L'accesso ai servizi a elevata integrazione sanitaria avviene per mezzo delle unità valutative multidisciplinari, che accertano lo stato di bisogno nelle 5 aree e definiscono il progetto individualizzato d'intervento

**Cognitiva,
ADL
comportamentale,
Mobilità,
Nutrizionale-
decubiti**



Composizione UVM

Richieste **competenze** multidisciplinari
e valutazione della **specificità** di ogni situazione

Medico coordinatore UVM

o Medico/i specialisti

o Professionista sanitario (Infermiere/TeRP/Educatore)

o Psicologo/Logopedista

o Assistente Sociale – Ente locale

o PLS/MMG

o Persona interessata/Famiglia

o Operatori di privato sociale/enti gestori/strutture in
relazione al progetto

o Altre figure coinvolte in modo significativo (es. **Biotecnologo,**

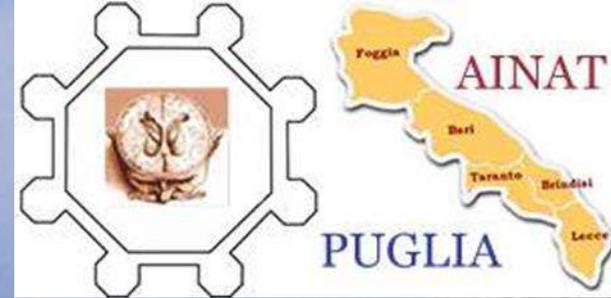
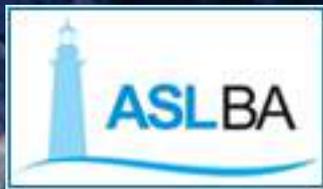
.....)



PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) (OMS – ICF)

PAI strumento di sintesi, ove è rappresentato il progetto globale sulla persona che deriva da:

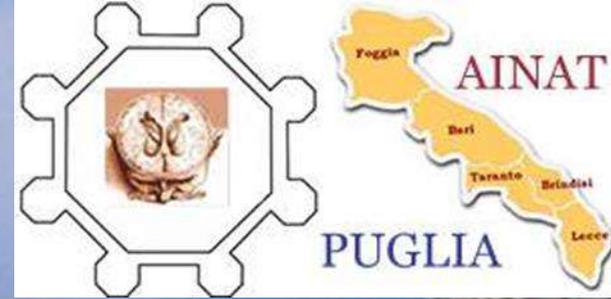
- Aspetti clinico-sanitari di competenza medica;
- Valutazione dei bisogni assistenziali di competenza infermieristica
- Valutazione dei bisogni di riattivazione di competenza del fisioterapista;
- Valutazione dei bisogni personali , di relazione e socializzazione di competenza dell'operatore sociale (animatore,educatore,ass.sociale, psicologo)



Progetto salute nel territorio:
incompresi o visionari ?!

Costruire il progetto assistenziale individualizzato
- PAI ; dentro vi deve essere tutto (strutture di
cure, care giver, assistenza h.24 , welfare formale
e informale, ecc.)

Costruire un PDTA o PDTAR progetto/percorso
diagnostico-terapeutico-assistenziale- riabilitativo
e mettere enfasi sulla lettera A (fase assistenziale
dimensione poco conosciuta)

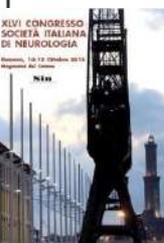


**PAI (Piano
Assistenziale
Individualizzato)
– (OMS – ICF)**

PAI è soggetto a verifica periodica ,
gli obiettivi individuati devono essere
misurabili.

L'organizzazione deve discutere il **PAI**
almeno ogni 6 mesi in condizioni di
stabilità e **tutte le volte che una
situazione critica richieda una
modifica delle necessità
assistenziali.**

STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata Media	Complessità	
		(CIA= GEA/GDC) 27		Mix delle figure professionali / impegno assistenziale	Operatività del servizio (fascia oraria 8-20)
					Figure professionali previste in funzione del PAI 28 e tempo medio in minuti per accesso domiciliare
CD Prestazionali (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico Funzionale			Infermiere (15-30') Professionisti della Riabilitazione(30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Primo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Professionisti della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD Integrate di Secondo Livello (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30-45') Professionisti della Riabilitazione(45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD Integrate di Terzo Livello (già OD)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60-90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure Palliative malati terminali (già OD CP)	Clinico Funzionale Sociale	Superiore a 0,60	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60') Operatore sociosanitario (60 - 90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die sabato e festivi Pronta disponibilità medica 24 ore

²⁷ CIA = Coefficiente Intensità Assistenziale; GEA= Giornata Effettiva Assistenza; GDC= Giornate Di Cura (durata PAI)

²⁸ PAI = Programma Assistenziale Individuale

I moduli di base che saranno forniti dalla Regione Lombardia, indispensabili per le attività del Gestore si articoleranno in:

1. **Gestione anagrafica assistito**: modulo di gestione dei dati anagrafici dell'assistito cronico,
2. **Gestione consensi**: modulo di gestione e registrazione dei consensi ai trattamenti previsti dalla Presa in Carico.
3. **Arruolamento e patto di cura**: modulo di generazione dei patti di cura per i differenti livelli di domanda e di gestione dell'arruolamento dei pazienti cronici.
4. **Redazione e gestione PAI**: modulo di redazione dei piani di assistenza individuale e relativa gestione e aggiornamento.
5. **Rendicontazione flussi di attività**: modulo di rendicontazione dei flussi delle attività di assistenza e delle prestazioni erogate al paziente cronico.
6. **Report**: modulo per la creazione di una stampa, ad uso interno degli operatori, di tutte le informazioni inserite nel PAI.

I moduli opzionali saranno:

1. **Gestione agende/prenotazioni:** modulo di gestione delle agende dei pazienti cronici e di prenotazione delle prestazioni previste dal PAI sia internamente al gestore che presso enti erogatori esterni. Tale modulo sarà di competenza del gestore.
2. **Monitoraggio assistito:** modulo di monitoraggio degli sviluppi clinici e sociali del paziente cronico e/o fragile e in particolare dell'aderenza al percorso programmato nel PAI, di competenza del gestore.
3. **Valutazione multidimensionale** modulistica che consente la valutazione multidimensionale del paziente preso in carico da parte delle diverse professionalità coinvolte secondo le indicazioni previste dalla specifica normativa.
4. **Gestione comunicazione:** modulo di gestione dei flussi comunicativi tra paziente e gestore, di competenza del gestore.
5. **Visualizzazione e integrazione PAI:** modulo di visualizzazione e integrazione dei piani di assistenza individuale, di competenza del sistema di cure primarie (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia).
6. **Customer Satisfaction:** modulo per la raccolta dei feedback degli assistiti attraverso specifici questionari.
7. **Telemedicina:** modulo di supporto a servizi di telemedicina e alla medicina diffusa, di competenza del gestore.

Regione Puglia

2012, appalto regionale tramite pre-commercial procurement nell'ambito dell'Independent Living per l'acquisizione di servizi di ricerca industriale e sviluppo sperimentale, inclusa la validazione e sperimentazione di prototipi, volti ad accrescere le funzionalità di prodotti e servizi già esistenti o di nuova realizzazione, per il miglioramento della qualità della vita indipendente delle persone non autosufficienti

CLASSIFICAZIONE DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA

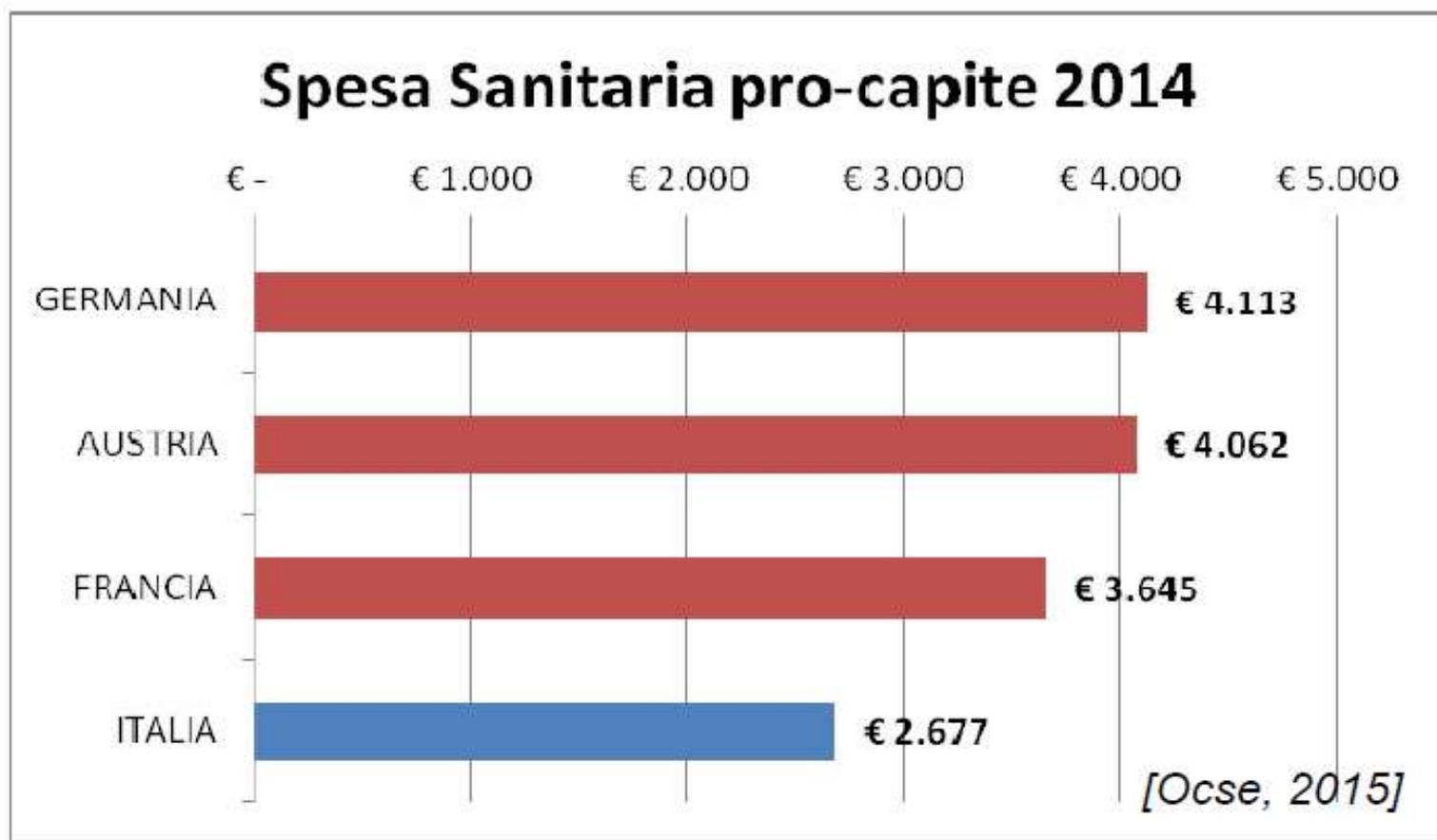


TELEMEDICINA

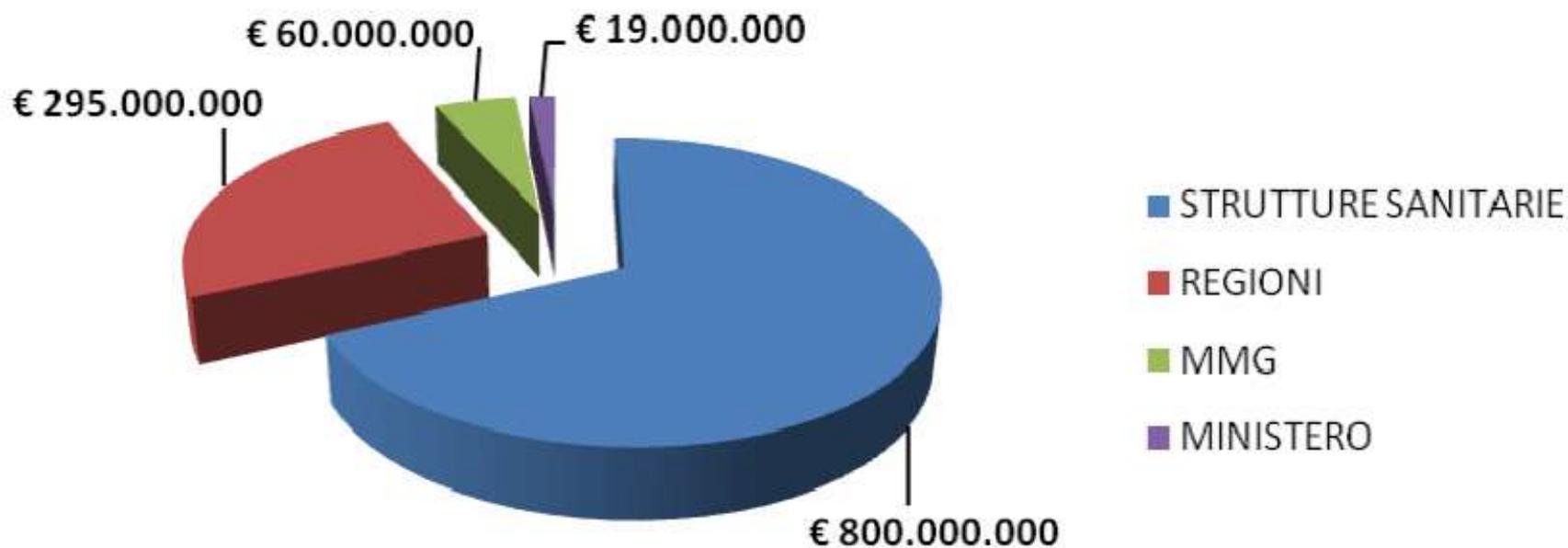
CLASSIFICAZIONE	AMBITO	PAZIENTI	
TELEMEDICINA SPECIALISTICA	sanitario	Può essere rivolta a patologie acute, croniche, a situazioni di post-acuzie	Presenza attiva del Paziente
			Assenza del Paziente
			Presenza del Paziente, <i>in tempo reale</i>
TELE SALUTE	sanitario	E' prevalentemente rivolta a patologie croniche	Presenza attiva del Paziente
TELE ASSISTENZA	socio-assistenziale	Può essere rivolta ad anziani e fragili e diversamente abili	

SCENARIO SOCIODEMOGRAFICO

Nonostante l'aspettativa di vita elevata (Italia è paese EU più "anziano" – longevità 82,3 anni), la spesa sanitaria italiana pro-capite è inferiore a quella dei paesi limitrofi:



INVESTIMENTI IN SANITA' DIGITALE



AMBITI DI INVESTIMENTO IN SANITA' DIGITALE

€ - € 20.000.000 € 40.000.000 € 60.000.000 € 80.000.000



SCENARIO ANCORA LONTANO DAL RISPONDERE A:

- quadro dei bisogni della cittadinanza
- linee programmatiche nazionali e comunitarie

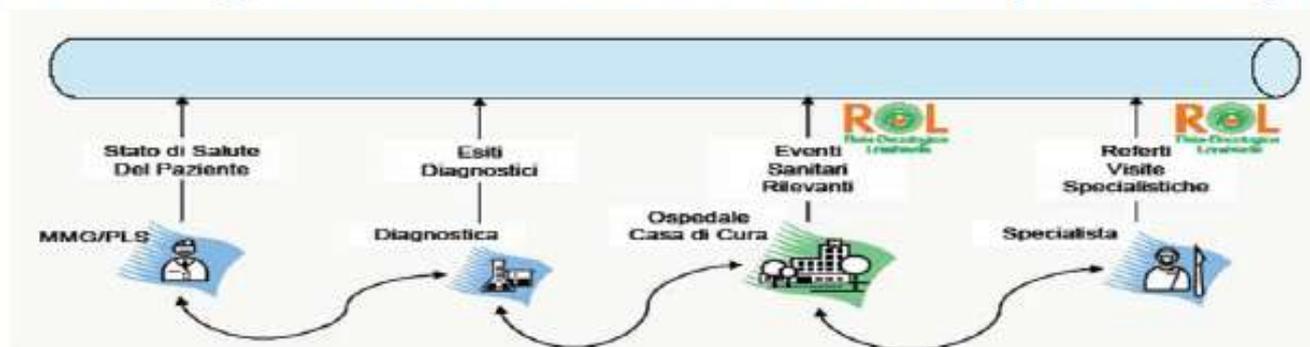
PATTO PER LA SALUTE E PATTO PER LA SANITA' DIGITALE:

*deospedalizzazione, rilevanza
strategica del rapporto
ospedale/territorio e delle cure
primarie*

LIBRO VERDE DELLA COMUNITA' EUROPEA (gen- 2015)

*Importanza di investire su mobile
health*

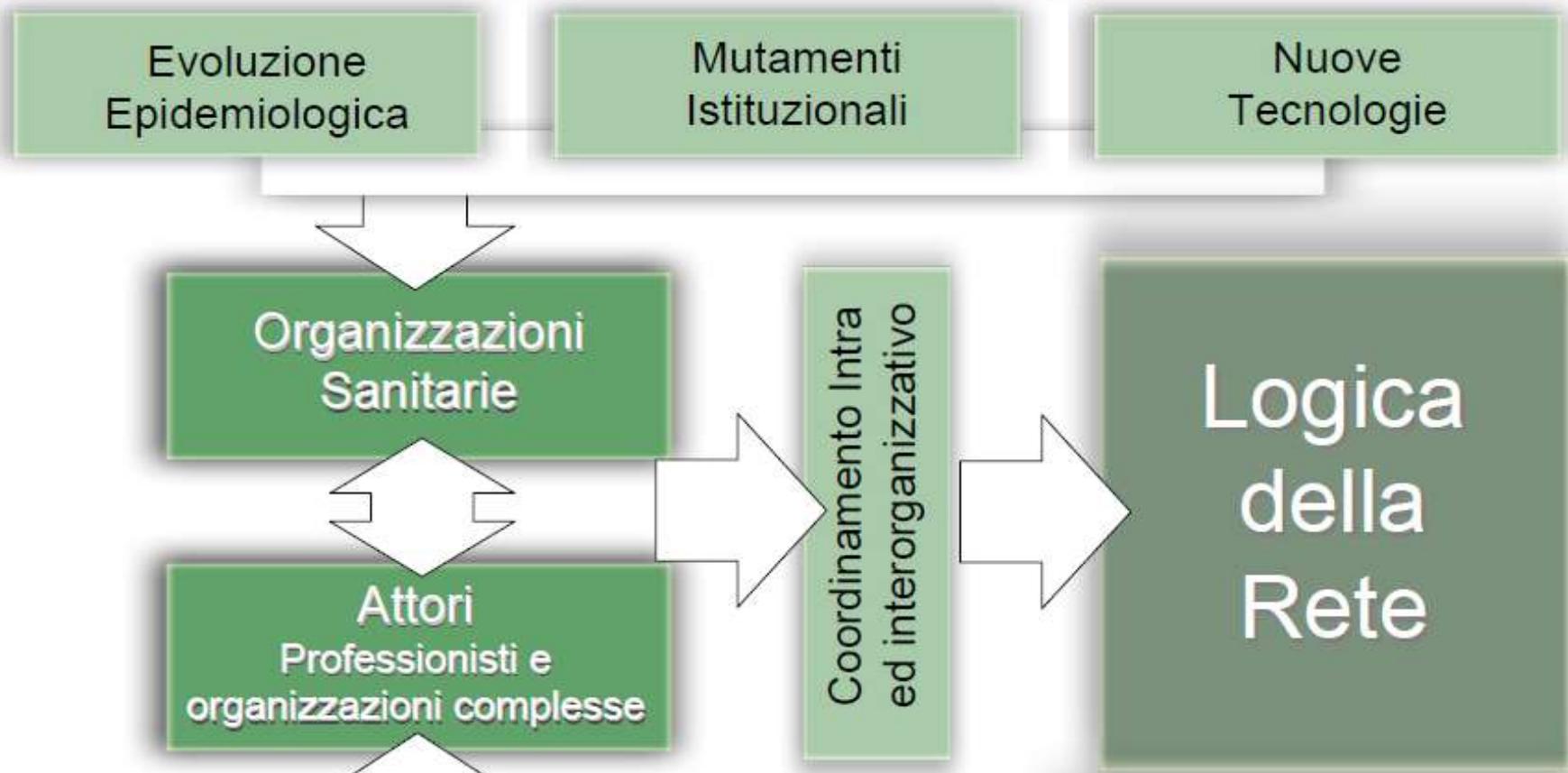
In particolare occorre aumentare l'impatto sui sistemi di gestione delle reti di patologia



La Rete di Patologia è un modello innovativo di organizzazione dell'assistenza fondato sulla **condivisione delle conoscenze e sulla collaborazione clinica**, finalizzato a **migliorare la qualità e l'appropriatezza di cura di una malattia** e l'efficienza del Sistema nell'utilizzo delle risorse, **orientando al contempo il paziente nei percorsi di cura**, con riduzione dei tempi di attesa e della mobilità.

Elementi fondanti di una Rete di Patologia:

La condivisione di dati clinici del paziente tra i medici di vari livelli di cura (non solo tra Specialisti, ma anche tra Specialista e Medico di Assistenza Primaria)



- Risponde a:
- Progressiva specializzazione
 - Esigenza di integrazione delle autonomie

Le proposte

INCENTIVO/DISINCENTIVO VERSO LA DIGITALIZZAZIONE

L'innovazione tecnologica ha bisogno di investimenti per essere realizzata. Come e dove possiamo trovare le risorse necessarie? Possono essere inserite risorse specifiche nel Patto per la Salute in cambio di maggiori informazioni condivise?



Nel Fondo Sanitario si deve prevedere una quota destinata esclusivamente al debito informativo delle Regioni verso lo Stato. Questo fondo sarà svincolato solamente quando gli Enti preposti (ministero Economia e Ministero Salute) avranno certificato il corretto invio e la qualità delle informazioni trasmesse. (Il debito informativo sarà concordato ed aggiornato annualmente tra Stato e Regioni).

Investimenti in digitalizzazione



Le aziende sanitarie che effettueranno, in forma associata (almeno 3), investimenti per l'adeguamento dei servizi dell'agenda digitale potranno derogare dal disposto dell'art. 29 del DL 118/2011 effettuando l'ammortamento in 5 anni.

Accelerazione digitalizzazione prestazioni mediche (Farmaceutiche e specialistiche)



Le azioni previste dalle norme vigenti sull'Agenda Digitale entrano nelle penalizzazioni previste per le Regioni inadempienti rispetto ai debiti informativi.

Le proposte

INCENTIVO/DISINCENTIVO VERSO LA DIGITALIZZAZIONE

Accelerazione processo dematerializzazione cartelle cliniche (DL 179/2013 -dal 1/1/2013 posso essere conservate solo in forma digitale)



Accelerazione dei pagamenti elettronici nell'ambito del SSN (ivi compresi i Servizi intramoenia, extramoenia e libero professionale)



Accelerazione del processo di centralizzazione delle procedure di gestione del bilancio e del personale a livello regionale (liberando risorse per l'innovazione dei processi di cura).



Le azioni previste dalle norme vigenti sull'Agenda Digitale entrano nelle penalizzazioni previste per le Regioni inadempienti rispetto ai debiti informativi.

Le proposte

RICERCA DELL'EFFICIENZA

Un aspetto cogente da accelerare è la misurazione dei costi effettivi di esercizio per le singole prestazioni (HRG o cost effectiveness), unica soluzione per evitare i tagli lineari ed operare per tagli selettivi.



Proposta: unitamente alla contabilità analitica devono essere rapidamente implementati tutti i costi effettivi (HRG) delle singole prestazioni sanitarie erogate nell'ambito del SSN.

Esiste una modalità per dare valore alla qualità dell'assistenza garantendo maggiore appropriatezza?



Proposta: Per tutti gli interventi sanitari le Aziende Sanitarie devono adottare formalmente dei PDTA. I PDTA stessi devono essere resi pubblici attraverso i siti delle singole Aziende Sanitarie.

Registro nazionale delle competenze individuali



Proposta: Agenas costituirà il "Registro Nazionale delle Competenze" che verrà alimentato dalle singole azienda sanitaria che dovranno indicare:

1. Competenze agite nell'ambito aziendale;
2. Numero di prestazioni effettuate ogni anno per singola competenza agita

Le proposte

Azioni di sistema

È possibile costruire un nomenclatore delle cure primarie ed una SDO territoriale?



Proposta: Agenas produce il nomenclatore clinico-assistenziale delle prestazioni e dei servizi sociali a rilevanza sanitaria e socio-sanitari.

Oggi tutti i sistemi informativi ci restituiscono esclusivamente l'output delle prestazioni, è necessario focalizzarci maggiormente sui processi (Vedi documento Fondazione Zancan)



Proposta: Per tutti gli interventi sanitari le Aziende Sanitarie devono adottare formalmente dei PDTA. I PDTA stessi devono essere resi pubblici attraverso i siti delle singole Aziende Sanitarie.

Telemedicina: è possibile realizzare uno specifico Tariffario?

(senza il quale rimarremo nell'alveo delle sperimentazioni)



Proposta: Agenas predisporre un tariffario nazionale relativo all'uso delle tecnologie per le prestazioni operate attraverso la telemedicina (il valore delle prestazioni di telemedicina sarà una percentuale del valore della prestazione a cui la stessa si riferisce. Il valore complessivo della prestazione non può superare i livelli di valorizzazione attuali delle prestazioni stesse)

Il Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale è uno strumento di gestione usato per definire, in accordo all'Evidence-Based Medicine (EBM), il migliore processo clinico-assistenziale che risponda a specifici bisogni di salute, per ridurre la variabilità non necessaria e per aumentare la qualità dell'assistenza e del servizio offerto

**Al Momento della Presa d'atto....
Sbigottimento
Incertezza
Paura**





Elevato numero di ricovero per **riacutizzazione** di patologie croniche .

Perché il **P.D.T.A.**

Cefalea e Ipertensione
Episodi confusionali e
Scompenso cardiaco
Disturbi comportamentali e
BPCO
Disturbi mnesici e Diabete
Alterazioni comportamentali e
Epatopatie
Crisi parossistiche e patologie
vascolari croniche

**Esiste il territorio?
Funziona il territorio**



PDTA "percorso diagnostico terapeutico assistenziale": la terminologia

1. Il termine "**percorso**" per definire:
 - l'iter per il paziente
 - l'iter organizzativo nella realtà aziendale
2. I termini "**diagnostico**", "**terapeutico**" e "**assistenziale**" per definire:
 - la presa in carico totale
 - gli interventi multi professionali e multidisciplinari



PDTA: perchè adottarli?

Si deve identificare uno **strumento metodologicamente standardizzato**

che migliori l'operatività di **tutte le strutture** definendo:

- **gli obiettivi singoli e quelli comuni**
- **i ruoli di ciascuno**
- **i tempi di intervento**
- **gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori**

(ARES: raccomandazioni per la costruzione di PDTA e PIC nelle Aziende sanitarie della Regione Piemonte-2007)



Esistono buone procedure.... ...non esistono terapie infallibili.....



esperienza ASL BA nella gestione domiciliare dei malati
complessi con patologie neurodegenerative - Monopoli 17





Format E-Health

Innovative Care e chronic conditions

- PROGETTO PER LA COMPLESSITA' DEI PERCORSI IN PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIE NEUROMUSCOLARI E NEURODEGENERATIVE CON MULTIMORBIDITA'

- – IL RACCORDO TRA CENTRO REGIONALE PER LE MALATTIE NEUROMUSCOLARI-NEURODEGENERATIVE ED IL GRUPPO INTEGRATO PER LE MALATTIE NEUROMUSCOLARI-NEURODEGENERATIVE

nascita del progetto:

- La necessita di garantire al paziente complesso in dimissione dai reparti ospedalieri / universitari un percorso che garantisca la presa in carico ; Il PDTA previsto dovrà e potrà prevedere una residenzialità territoriale per la fase di sub-acuzie e anche residenzialità di soccorso alle cure domiciliari di complessità (i Presidi Territoriali di Assistenza - PTA). Per la persona non allettata affetto da patologia neurodegenerativa cronica con comorbidità internistiche invalidanti (scompenso cardiaco, BPCO, Diabete, IRC, ecc.) il PDTA dovrà e potrà prevedere centri socio-sanitari diurni ; **il PAI (piano assistenziale individualizzato) dovrà garantire al paziente complesso, comorbido e fragile, l'eventuale attivazione programmata di day hospital chirurgici o day service dedicati presso le strutture ospedaliere / Universitarie.**

Contesto che ha determinato la nascita del progetto:

- La necessità di relazionarsi con i PTA (Presidi Territoriali di Assistenza) ,punto di partenza dell'integrazione tra le diverse funzioni assistenziali e dello sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in modo da conseguire tre macro obiettivi prioritari:

Contesto che ha determinato la nascita del progetto:

- la massima efficienza di erogativa (h24);
- la migliore efficacia, attraverso la “messa in comune” delle competenze e delle abilità in forma integrata e condivise dai professionisti attraverso adeguati percorsi assistenziali;
- la maggiore appropriatezza nell’uso delle risorse in quanto coordinate e orientate ad obiettivi di salute condivisi;
- la maggiore integrazione con la rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali a ciclo diurno e a carattere domiciliare.

Contesto che motiva il Progetto:

- Malattie neuro-dismetaboliche, SMA, SLA, DFT, PSP, AMS, PCI, distrofia muscolare, patologie della gabbia toracica congenite o acquisite, disturbi respiratori morfeici, ecc.;
- necessità di lavorare con più discipline mediche integrate per le comorbidità internistiche, invalidanti e progressive e con professioni sanitarie e non, esperte e dedicate;
- valorizzare la necessità di un “Progetto Vita” che tenga conto della realtà in cui vive la persona e le sue potenzialità;
- Contribuire al Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), con la raccomandazione OMS del 2001 di far riferimento alla Classificazione del Funzionamento della Salute e Disabilità (ICF), al fine di una migliore considerazione dei bisogni ed una maggiore appropriatezza delle risorse.
- Adesione a progetti con finanziamenti “Programma quadro Europeo” per la ricerca e l’innovazione Horizon 2020, IPA o altra progettualità , come già in atto e sperimentati da centri di riferimento di altre regioni
-

Obiettivi:

Garantire al paziente un percorso di cure e assistenza dalla diagnosi;

Attivare e consolidare la integrazione Ospedale-territorio finalizzata alla presa in carico che dovrà tenere presente un centro di riferimento territoriale (PTA) per gli aspetti della:

- **complessità organizzativa.** Essa, (con specialisti da consultare, attivare teleconsulto, tele monitoraggio, telelogopedia ecc., valutazione – prescrizione e monitoraggio ausili per la comunicazione, ecc.), interfacciando competenze con l'area dei servizi sociali (aspetti previdenziali - assistenziali, es. domande per benefici economici , assegno di cura, ecc.), o interfacciandosi anche con PUA per interventi di carattere sanitario in regime di residenzialità o semiresidenzialità o per integrazione programmata per interventi che necessitano “device” avanzati o prestazioni medico-chirurgiche ad elevata tecnologia in ospedale o Università, contribuisce alla risoluzione dei problemi sanitari e sociali;
- **complessità diagnostica:** nel monitoraggio di risposta alla terapia – neuroradiologia-medicina nucleare. neurofisiologia;
- **complessità assistenziale:** dall'ambulatorio al centro diurno (prevedendo centri diurni sempre più dedicati), alle cure domiciliari prestazionali (a lungo termine e di complessità).

Rapporto UVM , PTA e ambulatorio delle cronicità

● **La diagnosi e la terapia costituiscono, per esempio nel caso della SLA, due momenti di elevata specializzazione clinica.** Dai dati della letteratura internazionale risulta che almeno il 20% dei pazienti non riceve una corretta diagnosi e indicano la necessità che la fase diagnostica della malattia sia indirizzata verso strutture specializzate che devono essere in grado di interagire e comunicare con il MMG ed altri operatori. Per questo l'ambulatorio delle cronicità, al centro del percorso assistenziale e riabilitativo del paziente, con la figura del neurologo/geriatra dovrà sostenere il MMG nella fase della sospetta diagnosi della patologie e sostenere e coordinare le figure multispecialistiche e multi professionali che contribuiscono alla stesura del PAI del paziente in fase avanzata della malattia con frequenti comorbidità e complicanze

Sistemi di monitoraggio:

- controlli periodici nella fase ambulatoriale e semiresidenziale in diurnato;
- controlli periodici domiciliari;
- su richiesta: acquisizione dati in RSA, RSSA, Hospice;
- Possibile monitoraggio con sistemi di telemedicina per il trasferimento dei parametri vitali (telemetria) al MMG sia in fase ambulatoriale che domiciliare. (SaO₂, ECG, P.A., F.C., umidità e temperatura corporea e ambiente, Spirometria, peso e BMI, glicemia, presenza assenza operatore sanitario all'interno di area definita, bottone di panico, ecc.). **Tale sistema di telemetria risulterà utile per modificare il PAI**, che a revisione trimestrale potrà essere confermato o modificato sia nel setting assistenziale che nel reclutamento delle discipline e professioni sanitarie (detto servizio di telemetria non sostituisce la struttura di emergenza (118), ma avrà la funzione di permettere, in remoto ed in differita, il controllo di alcuni parametri fisiopatologici a garanzia del PAI (Progetto Assistenziale Individualizzato).

Realizzazione di un modello di servizio capace di supportare l'attività del governo clinico espresso al MMG/PLS e del medico specialista oltre che il rilevamento dei dati specialistici;

esecuzione di una serie di esami diagnostici al domicilio;

creazione e mantenimento di una cartella clinica domiciliare specifica per ogni paziente;

realizzazione di un archivio informatizzato dei pazienti e delle principali informazioni sanitarie (anagrafica, parametri fisio-respiratori, servizi ASL utilizzati, ecc,);

realizzazione di un protocollo operativo per la presa in carico del paziente con patologia neuromuscolare/neurodegenerativa;

realizzazione di una procedura semplice e standard operativa da parte di struttura tecnico-amministrativa della ASL preposta;

formazione del personale medico (MMG/PLS) e delle professioni sanitarie con corsi specifici inerente l'apprendimento del sistema informatizzato di gestione del paziente monitorato;

educazione del paziente per una maggiore aderenza alle terapie con riduzione dei ricorsi impropri alle strutture sanitarie;

educazione del care-giver e monitoraggio del Burn-out;

migliorare la qualità della vita del paziente;

consentire un accesso in tempo reale all'anamnesi completa del paziente;

garantire un'elevata qualità dell'assistenza medica;

permettere un contenimento delle spese sanitarie;

promuovere e valorizzare l'immagine della struttura sanitaria

migliorare la compliance cognitiva.

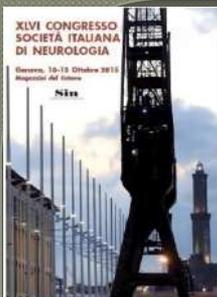
misure di valutazione dei risultati attesi :

- indici di soddisfazione care-giver;
- indice soddisfazione paziente;
- riduzione chiamate 118
- riduzione ricoveri ospedalieri
- accessi programmati in day-hospital-Service
- accessi programma nel PTA
-

PROPOSTA PER RETE REGIONALE SLA e MALATTIE NEUROMUSCOLARI

La proposta di realizzazione di una rete di patologia in Puglia per la SLA e le malattie neuromuscolari (SLA-MN) dovrebbe considerare i seguenti elementi:

- necessità di un unico centro neuromuscolare esperto quale riferimento regionale (un Hub per 2.000.000 abitanti) per la presa a carico della diagnostica (prima diagnosi), delle terapie mediche sperimentali o interventistiche ad alto costo, oltre che per un registro regionale SLA-MN. Questo centro dovrebbe essere formato da un gruppo multiprofessionale di esperti, con rappresentanti associazioni (AISLA, UILDM), a direzione di un neurologo, con case-manager dedicato, segreteria amministrativa e numero verde regionale dedicato.
- Oltre a quanto sopra il centro di coordinamento regionale dovrebbe identificare alcuni gruppi multiprofessionali (massimo uno per macroarea), distribuiti omogeneamente nel territorio e intesi come spoke, responsabili per il follow-up cronico, oltre che per le problematiche sociali e sanitarie in essere. Questi si dovranno relazionare con i distretti, i MMG-PLS, e i servizi sociali dei comuni. Il centro di coordinamento regionale (Hub), tramite il case-manager, coordinerà l'attività degli spoke, nell'ottica di mantenere il più possibile l'utente vicino al proprio domicilio.
- Il centro Hub regionale dovrebbe realizzare un percorso (PDTA) regionale per la SLA-MN che renda omogenea la assistenza in maniera equa su tutto il territorio, con particolare riferimento al **percorso in urgenza-emergenza** (problema rilevante per l'assistenza di SLA-NM da parte del personale sanitario non esperto)
- Il centro regionale dovrebbe anche assicurare il percorso per la formazione dei professionisti della rete, in collaborazione con Agenzie esperte.



Qualità della vita di chi soffre



LA FORZA DI NON ESSERE SOLI

grazie



Presidio per le disabilità fisiche,
psichiche e/o sensoriali o miste
ASL BA DSS 12 -14
'S.CAMILLO'
Monopoli



Grazie