



UNIVERSITA' DI MODENA E REGGIO EMILIA
Prof. Maria Angela Becchi
Medicina di Comunità

4

I percorsi di cura e assistenza

CdL in Medicina e Chirurgia 5° anno
a.a. 2015-2016

Definizione

Un percorso di cura e assistenza è l'insieme delle Attività clinico-assistenziali-organizzative e relazionali appropriate a rispondere ai bisogni multidimensionali di salute di un paziente nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (domicilio, ambulatorio, ospedale...)

Un percorso di cura si basa su:

1. Attività globali (diagnosi, cura, riabilitazione, assistenza alla persona....) e integrate (sanitarie e sociali) nei Servizi in rete
2. Team multi-professionale-interdisciplinare: (medici, infermieri, professioni sanitarie varie, operatori socio-sanitari, assistenti sociali...)
3. Coordinamento: unificazione sul paziente delle prestazioni svolte da professionisti diversi per garantire la continuità assistenziale nello stesso setting o in setting diversi/

Esempi di Percorsi di Cura nel SSN

1. Percorsi intraospedalieri per intensità di Cura
 - Percorsi da UO per Acuti a UO per Post-acuti
2. Percorsi di Cura Integrati fra Ospedale-Servizi territoriali
 - Dimissioni Ospedaliere Protette
3. Percorsi di Cura Territoriali nelle patologie croniche
 - Scompenso cardiaco
 - Diabete
 - Malattia di Alzheimer
 - Bronco Pneumopatia Cronica (BPCO)
 - Ecc...

Denominatore comune di tutti i Percorsi di cura e assistenza (Vision della Medicina di Comunità)

1. Il Paziente viene seguito nelle diverse fasi della malattia e nei diversi setting assistenziali (domicilio, ambulatorio, ospedale...) da un **Team multiprofessionale** (MMG, MS, professioni sanitarie e sociali) di volta in volta attivato sulla base dei bisogni
2. In ogni fase e in ogni setting viene adottato **l'approccio Bio-Psico-Sociale** con i suoi metodi e strumenti
 - Rilevazione dei bisogni multidimensionali. Strumento: Check-list ICF
 - Stesura di piani assistenziali individuali. Strumento: Scheda PAI
 - Attivazione della partecipazione di paziente e famiglia. Strumento: Educazione Terapeutica
 - Erogazione di interventi globali alla persona, integrati e continui. Strumenti: Procedure/

1. Percorsi di cura intraospedalieri fra UO a diversa intensità di cura

Riorganizzazione Ospedali



DA

UO per disciplina

1. Medicina: interna, per patologie cardio-vascolari, respiratorie....
2. Chirurgia: generale, ortopedia, ginecologia.....
3. Ecc....

A

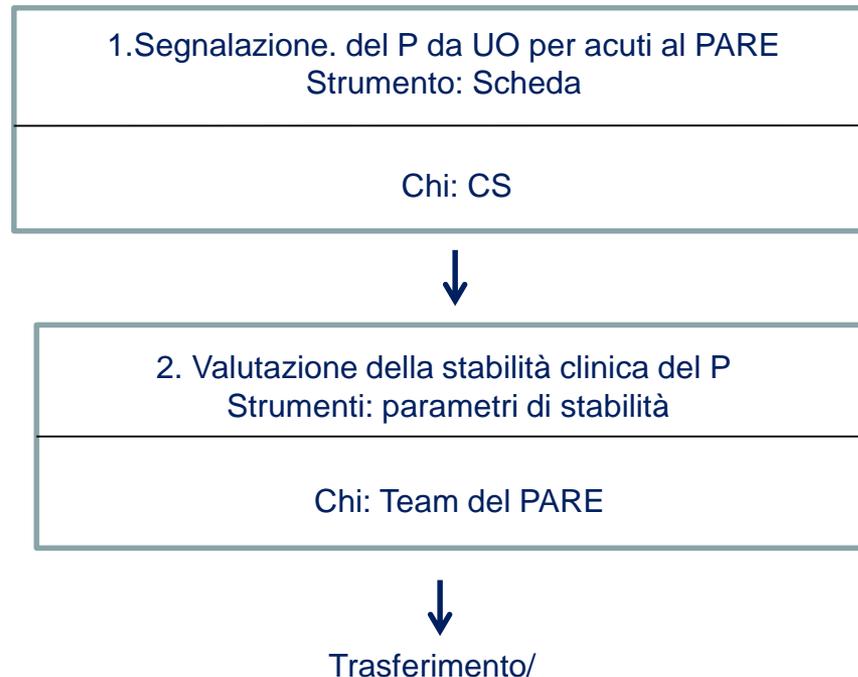
UO per intensità di cura

1. Alta intensità: degenze intensive e sub-intensive
2. Media intensità: degenze per aree funzionali (area medica, chirurgica...)
3. Bassa intensità: degenze per pazienti post-acuti/

Percorso di cura di Paziente stabilizzato da UO per acuti a UO di Lungodegenza e UO di Riabilitazione Estensiva

Destinatari:

1. **UO di Lungodegenza:** pazienti che hanno superato la fase acuta, ma che hanno ancora bisogno di continuità terapeutica (es. polmonite, scompenso cardiaco, scompenso glico-metabolico)
2. **UO di Riabilitazione Estensiva:** pazienti in fase post-acuta (per ictus medio/gravi, frattura femore, traumi cranici...) e che richiedono interventi di riabilitazione estensiva



2. Dimissione Ospedaliera Protetta

Cosa è

E' la dimissione dall'Ospedale di Pazienti che hanno superato la fase critica che ha determinato il ricovero, ma che non hanno ancora esaurito lo stato di bisogno (bisogni legati alla patologia, alla non autonomia, a situazioni ambientali) e per i quali è necessario formulare prima della dimissione un **piano di interventi socio-sanitari** (PAI = Piano Assistenziale Individuale) che garantisca la **continuità assistenziale** nei **servizi territoriali domiciliari o residenziali/**

Servizi dedicati alle DOP (es. ASL MO)

Servizio di Ospedale

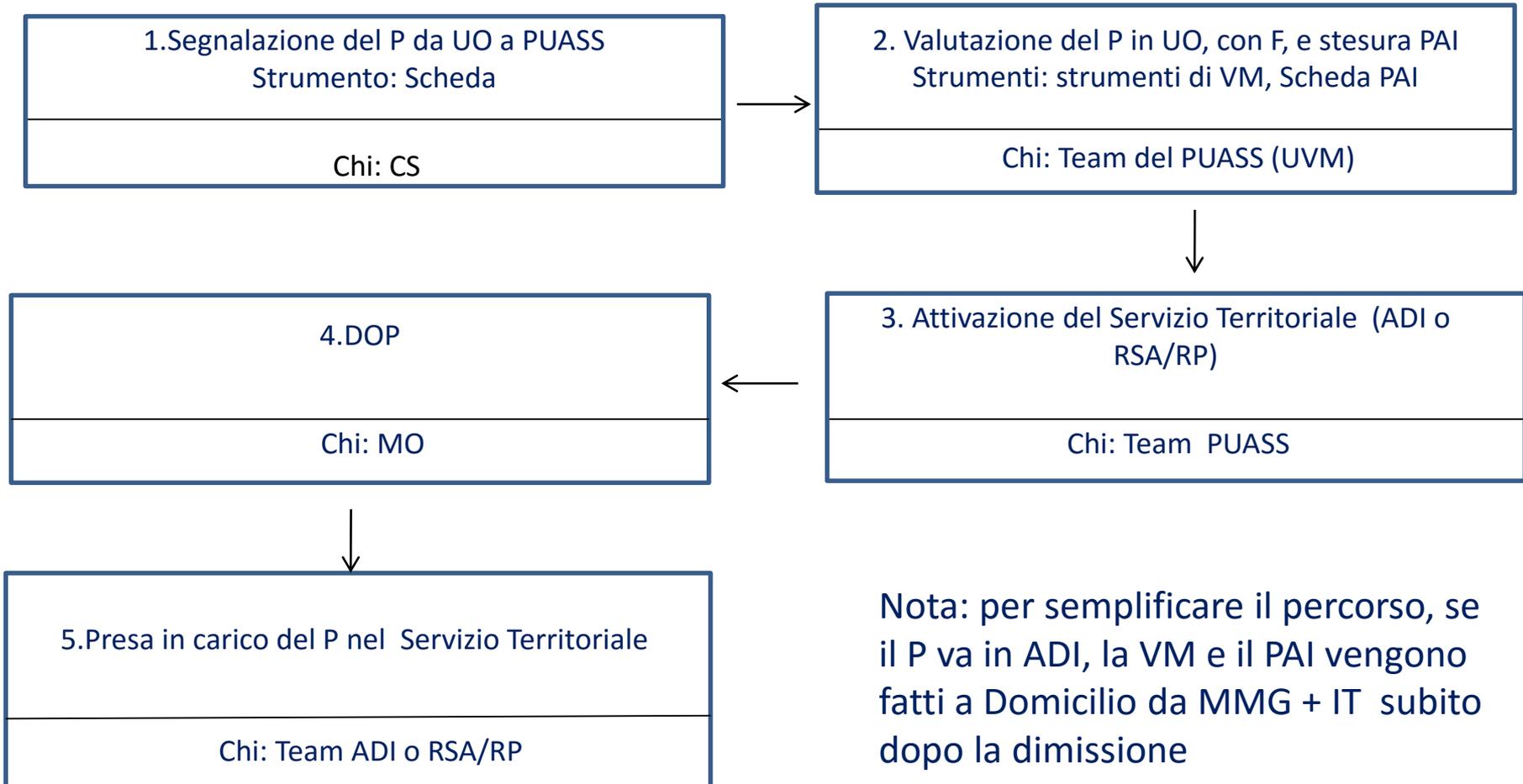
1. NOCSAE e AO Policlinico
 - PUASS di H:
Coordinatore
Infermieristico di
Distretto, AS del Comune
2. Negli ospedali provinciali:
 - Collegamento dai
Reparti con PUASS dei
Distretti

Servizio di Distretto

In ogni Distretto: Punto Unico
di Accesso Socio-sanitario
(PUASS) con:

- Coordinatore
Infermieristico
- UVM (Medico,
Infermiere, AS)/

Modalità della DOP



Nota: per semplificare il percorso, se il P va in ADI, la VM e il PAI vengono fatti a Domicilio da MMG + IT subito dopo la dimissione

Scheda per rilevazione criticità nel NOCSAE: BRASS Index (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

Età

- 0= 55 anni o meno
- 1= 56-64 anni
- 2= 65-79
- 3= 80 e più

Condizione di vita e supporto sociale (una sola opzione)

- 0= vive con il coniuge in grado di dare supporto
- 1= vive con la famiglia/badante
- 2= vive solo con il sostegno di familiare/i
- 3= vive solo con il sostegno di amici/conoscenti
- 4= vive solo senza alcun sostegno o con coniuge non in grado
- 4= assistenza domiciliare/residenziale

Stato funzionale (ogni opzione osservata)

- 0= autonomo (indipendente in ADL e IADL)
- Dipendente in
 - 1= alimentazione/nutrizione
 - 1= igiene, abbigliamento
 - 1= andare in bagno
 - 1= spostamenti/mobilità
 - 1= incontinenza intestinale
 - 1= incontinenza urinaria
 - 1= preparazione del cibo
 - 1= responsabilità nell'uso di medicinali
 - 1= capacità di gestire il denaro
 - 1= fare acquisti
 - 1= utilizzare i mezzi di trasporto

Stato cognitivo (una sola opzione)

- 0= orientato
- 1= disorientato in alcune sfere* qualche volta
- 2= disorientato in alcune sfere* sempre
- 3= disorientato in tutte le sfere* qualche volta
- 4= disorientato in tutte le sfere* sempre (anche delirium)
- 5= comatoso

*sfere: spazio, tempo, luogo, sè

Modello comportamentale (ogni opzione osservata)

- 0= appropriato
- 1= vagabondaggio
- 1= agitato
- 1= confuso
- 1= altro

Mobilità (una sola opzione)

- 0= deambula
- 1= deambula con aiuto ausili
- 2= deambula con assistenza
- 3= non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)

- 0= nessuno
- 1= deficit visivi o uditivi non corretti
- 2= deficit visivi e uditivi non corretti

Ricoveri pregressi o accessi a PS (una sola opzione)

- 0= nessuno negli ultimi 3 mesi
- 1= 1 negli ultimi 3 mesi
- 2= 2 negli ultimi 3 mesi
- 3= più di 2 negli ultimi 3 mesi

Problemi clinici attivi (una sola opzione)

- 0= 3 problemi clinici
- 1= da 3 a 5 problemi clinici
- 2= più di 5 problemi clinici

Farmaci assunti (una sola opzione)

- 0= meno di 3 farmaci
- 1= da 3 a 5 farmaci
- 2= più di 5 farmaci

Punteggio totale

I servizi territoriali post DOP



Residenze Sanitario-Assistenziali ad elevata intensità sanitaria (RSA-IS). Pochi PL in RSA

Pazienti eleggibili: pazienti gravi (in coma, tracheostomizzati, con SLA, terminali)



Residenze Sanitario-Assistenziali di riabilitazione (RSA-R)

Pazienti eleggibili: pazienti per riabilitazione post ictus, cardiopatia ischemica, fratture



Residenze a prevalente componente assistenziale (Residenze Protette) (RP)

Pazienti eleggibili: pazienti non autonomi, non assistibili a domicilio



Servizi domiciliari: ADI 1°, 2°, 3° livello

Pazienti eleggibili: pazienti con sostenibilità della famiglia/

Strutture di Assistenza Residenziale

Strutture	Obiettivi	Durata	Costi
Residenza Sanitaria Assistenziale <ul style="list-style-type: none"> • Riabilitazione (RSA-R) • Sollievo (RSA-S) 	Assistenza socio-sanitaria a pazienti che richiedono: <ul style="list-style-type: none"> • Riabilitazione motoria • Cura e assistenza per fornire “sollievo alle famiglie” (tempo per organizzate AD, impedimenti temporanei, sollievo da AD) 	Breve termine (1-3 mesi)	1. RSA-R: 1 mese a carico di SSR. Poi partecipazione di Famiglia 2. RSA-S: subito a carico della famiglia
Residenza Sanitaria Assistenziale ad elevata intensità sanitaria (RSA-IS)	Assistenza socio-sanitaria a pazienti complessi non assistibili a domicilio	Lungo termine (6-12 mesi) rinnovabile	1 mese a carico di SSR Poi partecipazione di Famiglia
Residenza a prevalente componente assistenziale (RP)	Assistenza socio-sanitaria a pazienti privi di supporto familiare	Medio termine (2-6 mesi) o lungo termine (6-12 mesi) prolungabile	Subito partecipazione di Famiglia

Importante!!!!

Criteria per la attivazione di Residenze	<ol style="list-style-type: none">1. Valutazione da parte di UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale: MS + IT +AS)2. Partecipazione alla spesa da parte della famiglia (salvo redditi bassi)3. Disponibilità di Posti Letto in Residenza
Tempi di attivazione	Medio-lunghi: 7-10 gg per reperire PL Se il paziente è ricoverato in H, alla sua stabilizzazione clinica si attiva la LD o DPA (per evitare degenze improprie)

ADI

Livelli ADI	Criteri di patologia	Criteri di assistenza
1° livello	Patologie croniche stabilizzate con necessità di monitoraggio sanitario (MMG, IT) o socio-sanitario (MMG, OSS) integrato	<ol style="list-style-type: none">1. Medico e IT : 1 accesso ogni 15-30 g2. OSS: 1-5 accessi a settimana (se richiesto)3. Periodo di presa in carico: lungo (> 12 mesi)
2° livello	Patologie croniche e polipatologia con rischio di riacutizzazioni	<ol style="list-style-type: none">1. Medico 1 accesso ogni 7-15 g2. IT : accessi al bisogno3. OSS: 1-5 accessi a settimana (se richiesto)4. Periodo di presa in carico: medio lungo (> 6 mesi)5. Possibilità di ricoveri-sollievo
3° livello	Patologie in fase terminale Patologie con ISM elevato, frequenti riacutizzazioni o scompensi	<ol style="list-style-type: none">1. Medico: 2 o più accessi a settimana, reperibilità diurna2. IT : accessi al bisogno, anche giornalieri3. MS: al bisogno4. OSS: 1-5 accessi a settimana (se richiesto)5. Periodo di presa in carico: breve (2-4 mesi)6. Possibilità di ricoveri-sollievo

Importante!!!!

Criteria per la attivazione di ADI	<ol style="list-style-type: none">1. Sostenibilità della famiglia (caregiver familiare o retribuito)2. Idoneità abitazione (camera da letto per paziente, impianti di riscaldamento...)3. Prescrizione da Medico ospedaliero di presidi e ausili a domicilio4. Valutazione da parte di UVM solo per pazienti oncologici
Tempi di attivazione	Brevi: 1-2 gg Se il paziente è ricoverato in H alla sua stabilizzazione clinica si comunica al PUASS la dimissibilità

Note

E' necessario che **tutti i nuovi medici** abbiano le seguenti competenze:

1. In **Ospedale** devono essere in grado di:
 - Individuare il **paziente complesso** (patologie, menomazioni, limitazioni, barriere)
 - Segnalare le **criticità** al Servizio competente (PUASS di H o di Distretto)
2. Nei **Servizi Territoriali** devono essere in grado di:
 - Fare VM in team
 - Stendere un PAI in team/

3. Percorsi di cura territoriali nelle patologie croniche

DA

A

Servizi di Assistenza Primaria



Strutture sanitarie e socio-sanitarie

1. Servizi ambulatoriali
2. Servizi residenziali
3. Ecc.....

Case della salute

Strutture sanitarie e socio-sanitarie di riferimento per i cittadini, dove i servizi di assistenza primaria si integrano con quelli specialistici, ospedalieri, della sanità pubblica, della salute mentale e con i servizi sociali

Nelle Case della Salute sono previsti gli «Ambulatori per patologie croniche»/

Fasi delle patologie croniche

1. Fase prodromica (pre-clinica, esordio): può mancare
2. Fase acuta: può mancare. Se presente si manifesta con segni e sintomi
1. Fase della diagnosi: è basata su riscontro di segni, sintomi, referti strumentali, di laboratorio....
2. Fase di stato/cronicizzazione: sono presenti segni e sintomi
3. Fase delle complicanze: sono presenti segni, sintomi
4. Fase terminale: sono presenti segni e sintomi della terminalità/

Es. Percorso di cura nello Scompenso cardiaco

