

Corso di Formazione

***DISABILITA': DIRITTI
ESIGIBILI E RIABILITAZIONE
DELLE FUNZIONI RESIDUE***

Pordenone , 29 aprile 2017

Il ruolo della riabilitazione a livello territoriale
Giorgio Sirotti

La **riabilitazione** è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative.

L'**intervento riabilitativo** ha inizio al momento stesso in cui il danno si instaura. Il termine è definito da un accurato bilancio tra la stabilizzazione degli esiti e la presenza di potenzialità di recupero

L'intervento riabilitativo è finalizzato verso quattro obiettivi:

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



Ospedale e Territorio nell' immaginario collettivo / Luoghi vs processi

Potestà concorrente delle regioni in tema di legislazione sanitaria e forte diversificazione nell'organizzazione sanitaria a livello regionale legata alla riforma del Titolo V della Costituzione – Legge Costituzionale n.3 dd 18 ottobre 2001.

Le normative nazionali e locali hanno visto in questi anni assegnare all'assistenza territoriale e ai Distretti un ruolo via via crescente nella' ambito delle strategie fondamentali di cambiamento del SSN.

Strategie di cambiamento legate:

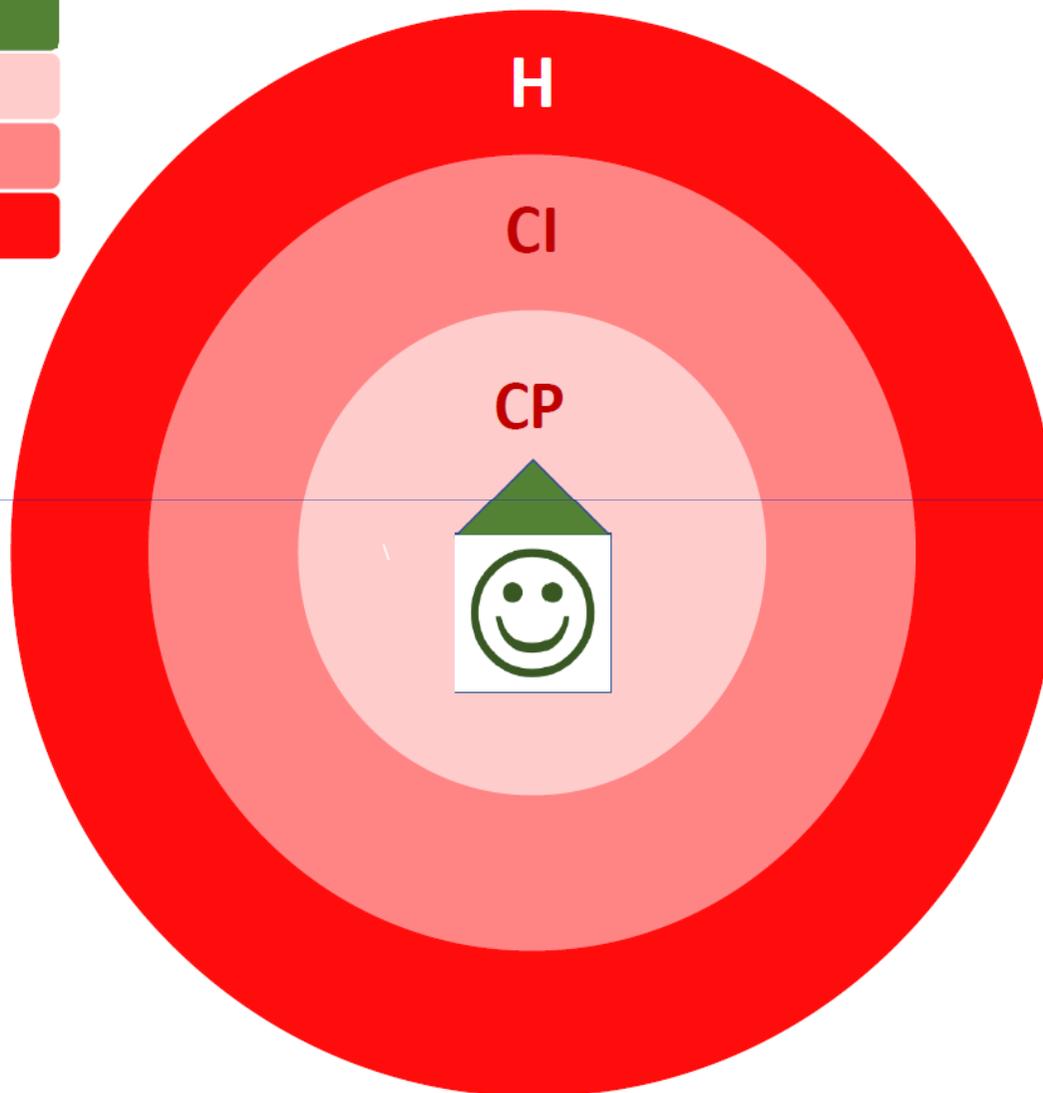
- allo sviluppo dell' **assistenza primaria** che rappresenta il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione (dichiarazione di Alma Ata 1978)
- allo sviluppo di identità e funzioni del Distretto (presente nella 833/78 ma consolidato solo con il PSN 1998-2000 con l'introduzione del principio di riequilibrio tra i livelli di assistenza e la creazione di una rete di servizi centrata sul Distretto)

Persona

Rete Cure Primarie

Rete Cure Intermedie

Rete Ospedaliera



La LR 17/2014 - Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria

Sezione II Organizzazione dell'assistenza primaria

Art. 19
(*Distretto*)

.....

2. Il distretto è l'articolazione dell'Azienda per l'assistenza sanitaria preposto ad assicurare una risposta unitaria, coordinata e continua ai bisogni della comunità. A tal fine persegue l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, sociosanitari nonché con i Servizi sociali dei Comuni, così come disciplinati dalla legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 (Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).
3. Il distretto coordina le attività aziendali svolte per la popolazione di riferimento. Tale funzione viene esercitata attraverso l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali cui partecipano tutti i servizi aziendali di riferimento. L'ufficio fa capo al direttore di distretto.

.....

5. Con riferimento ai compiti e settori di intervento il distretto svolge le seguenti funzioni:

- a) di committenza;
- b) di produzione;
- c) di integrazione.

6. La funzione di committenza del distretto consiste nella definizione, congiuntamente con il livello ospedaliero e degli enti locali, dei servizi necessari per rispondere ai bisogni dei cittadini utenti e viene svolta attraverso un processo programmatico che prevede:

- a) una fase di valutazione dei bisogni della popolazione di riferimento;
- b) una fase di individuazione delle modalità di risposta in termini di offerta integrata dei servizi;
- c) una fase attuativa di monitoraggio del livello di efficacia e di efficienza dei servizi;
- d) una fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla programmazione, nonché di controllo quali-quantitativo degli erogatori interni ed esterni.

Ulteriori riferimenti

Il Patto per la Salute 2014-2016 pone con forza: “...che è importante una ridefinizione dei ruoli, delle competenze, e delle relazioni professionali con una visione che assegna ad ogni professionista responsabilità individuali e di equipe su compiti, funzioni e obiettivi, abbandonando una logica gerarchica per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo” (art. 5 punto 15).

Il Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025 elaborato dal Gruppo Italiano di Medicina Basata sulle Evidenze - GIMBE ha rilevato tra le principali fonti di spreco il sovra utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati (26%), il sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (12%), l’inadeguato coordinamento dell’assistenza (10%), le complessità amministrative (12%) (GIMBE, 2016).

Art. 3

Aree di attività dell'assistenza distrettuale

1. Il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:
 - a) assistenza sanitaria di base
 - b) emergenza sanitaria territoriale
 - c) assistenza farmaceutica
 - d) assistenza integrativa
 - e) assistenza specialistica ambulatoriale
 - f) assistenza protesica
 - g) assistenza termale
 - h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
 - i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

Art. 4
Assistenza sanitaria di base

1. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute.

2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in particolare le seguenti attività e prestazioni:

c) l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;

d) l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita in collaborazione con le strutture consultoriali ed

ospedaliere, e dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il consulto con lo specialista e la continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e della dimissione;

f) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

j) l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilità a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale;

Art. 27

Assistenza socio sanitaria alle persone con disabilità

1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con disabilità complesse, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico e riabilitativo individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:
 - a) valutazione diagnostica multidisciplinare;
 - b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia;
 - c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
 - d) colloqui psicologico-clinici;
 - e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
 - f) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;
 - g) abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita;
 - h) interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;
 - i) gruppi di sostegno;
 - j) interventi sulla rete sociale formale e informale;
 - k) consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
 - l) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
 - m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni;
 - n) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.
2. L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.



Elenco attività svolte ed erogatori

L'offerta riabilitativa nell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n° 5 "Friuli Occidentale" è certamente tra le più consistenti ed articolate, anche considerando i vari setting all'interno dei quali questa tipologia di intervento è erogata e garantita:

- **Degenza riabilitativa e ordinaria (Medicina Riabilitativa e Reparti)**
- **Ambulatori (ospedalieri e distrettuali)**
- **Residenze intermedie (RSA, SIP, Ospedale di Prossimità, Hospice)**
- **Domicilio**
- **Case di riposo**
- **Area Materno Infantile e della Salute Mentale**
- **Centri diurni per disabili**

A completare questo quadro concorrono anche gli erogatori esterni (specialistica ambulatoriale e strutture ex art 26) configurando due modalità di erogazione (diretta e indiretta)



Riabilitativa ex art. 26 Legge 833/1978		
DGR 623/2015 - Ricognizione delle Strutture sanitarie private di Riabilitazione Funzionale per le disabilità fisiche, psichiche e sensoriali		
Setting ambulatoriale	Verifica requisiti ex DGR 623/15	Tetti spesa sanità
FONDAZIONE BAMBINI E AUTISMO	04/05/2015 positivo	€ 591.279
FRIULI RIABILITAZIONE	24/11/2015 positivo	€ 376.791
BUSETTO & Pontel srl	26/08/2015 positivo	€ 122.000
UILDM	25/05/2015 positivo	
Setting residenziale		
PROGETTO SPILIMBERGO	09/04/2015 positivo	€ 500.000
Setting ambulatoriale e residenziale		
Ass. La Nostra Famiglia - San Vito SANITA'	28/05/2015 positivo	€ 3.870.000
Ass. La Nostra Famiglia - San Vito Coordinamento SocioSanitario	28/05/2015 positivo	€ 97.790
		€ 5.557.860

In AAS 5

	OSPEDALE	DISTRETTI/NPI	DSM	DIP PREV	CSS	
Fisioterapista	54	48	-	-	-	102
Logopedista	4	13	-	-	-	17
Psicomotricista	-	4	-	-	-	4
Ortottista	3	3	-	-	-	6
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	-	-	1	-	-	1
Educatore professionale	-	-	1	5	1	7
	61	68	2	5	1	137

Sull' attività ambulatoriale

PSSR 2006-2008 DGR 2843 dd 24/11/2006

Pag 23 Il confine tra ospedale e territorio

La crescita del ruolo del distretto e del territorio in generale pone interrogativi sul concetto di ospedale per quanto riguarda le funzioni che hanno un forte riferimento in ambito locale.

....

Il modello da sperimentare nel triennio prevede lo sviluppo di forme di collaborazione per trasferire alcune attività ospedaliere a forte impatto territoriale (es. funzioni di base come i prelievi per persone non ricoverate, ambulatori non interventistici di oculistica, odontostomatologia, ginecologia, **riabilitazione e fisioterapia, cardiologia, pneumologia, dermatologia) sotto la diretta responsabilità delle Aziende territoriali con gestione distrettuale o sovradistrettuale.**

Questo dovrebbe consentire al Distretto di gestire ed erogare la maggior parte delle prestazioni per rispondere ai bisogni dei suoi residenti orientando ulteriormente l'assistenza ospedaliera alla risposta alle fasi acute della malattia per la parte che non può essere erogata nell'ambito dei servizi distrettuali (domicilio, ambulatorio, strutture intermedie, ecc.).





**DGR 606 24/03/2005 – PIANO REGIONALE DELLA
RIABILITAZIONE (PER UNA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLE FASI DI
ACUZIE, POST-ACUZIE E CRONICITÀ)**

- **La riabilitazione come processo**
- **Il bisogno come cardine del Piano**
- **La rete dei servizi**
- **Il tema della continuità**

Confronto dei “paradigmi” dell’ICIDH ’80 e l’ICF 2001 nel Piano regionale della Riabilitazione

	Vecchio paradigma	Nuovo paradigma
DEFINIZION DI “DISABILITÀ”	Un problema personale derivato da limitazioni funzionali indotte da menomazioni fisiche e psichiche	Le conseguenze di salute derivate dai fattori multidimensionali che limitano le abilità, l’autonomia e la partecipazione
STRATEGIE DI INTERVENTO	Contenere o eliminare il deficit funzionale attraverso interventi individuali	Rimuovere barriere, facilitare gli accessi, promuovere la qualità della vita con la persona interessata
METODOLOGIA DI INTERVENTO	Prevedere servizi medici, riabilitativi, per l’inserimento lavorativo e il sostegno psicologico	Superare una visione settoriale dei bisogni e supportare le persone e le famiglie attraverso una pluralità di strumenti e servizi, favorendo contestualmente processi di cambiamento socio-ambientale
SOGGETTI COINVOLTI	Medici e altri professionisti della riabilitazione e dell’intervento sociale	L’utente, la sua famiglia e la comunità, i professionisti già coinvolti, altre persone con disabilità, altri tecnici per consulenza e informazione.
GIUSTIFICAZIONE DELL’INTERVENTO	Compensazione proporzionale alla gravità della menomazione	Interventi e benefici sono necessaria condizione per la piena fruizione dei diritti soggettivi della persona
RUOLO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ	Oggetto di interventi, paziente, beneficiario, oggetto di ricerca	Soggetto responsabile ed attivo nella formulazione del progetto di vita personalizzato e nei processi di ricerca

4.1.2 Modalità operative per soddisfare il bisogno del soggetto con disabilità temporanea o permanente

Per il soddisfacimento del bisogno riabilitativo complesso, sia durante la degenza ospedaliera che in ambito distrettuale, la diagnosi, la prescrizione e la stesura del piano di trattamento, nonché la verifica del raggiungimento degli obiettivi riabilitativi competono, in genere, all'équipe riabilitativa coordinata dal fisiatra o, in caso di disabilità che richiedono riabilitazione ad orientamento specialistico, dal medico specialista di riferimento (cardiologo o pneumologo).

Quando il soddisfacimento del bisogno riabilitativo si inserisce nel contesto di complesse problematiche bio-psico-sociali, è necessario adottare il modello assistenziale olistico, che prevede la valutazione multidimensionale e la pianificazione integrata degli interventi nell'ambito del *progetto di vita personalizzato*. L'applicazione di questo modello spetta all'équipe valutativa di competenza (unità di valutazione distrettuale, équipe multidisciplinare per l'handicap, ecc.).

L'ottimizzazione del percorso è assicurata dalla regia del distretto-ambito, garante della salute del cittadino che deve assicurare ad ogni soggetto un suo *progetto di vita personalizzato*.

Distinzione bisogno riabilitativo semplice e complesso , prevedendo forme di accesso semplificato per le patologie in continuità delle cure

Problematiche emergenti e nuovi modelli organizzativi

- Quali risposte alla cronicità
- Passare da una medicina di attesa a una medicina di iniziativa
- Lavorare sulla responsabilizzazione di pazienti e care giver nei percorsi di cura



Somma di N° prestazioni a residenti			
ASS erogante	Struttura Erogante	2013	2014
060106 - FRIULI OCCIDENTALE	060611 - ASSOCIAZ.'LA NOSTRA FAMIGLIA'	1.711	1.603
	216710 - AMB. DISTR. CORDENONS	66	92
	222810 - AMB. DISTR. MANIAGO	6.012	8.367
	24A210 - AMB. DISTR. AZZANO X	1.157	936
	259510 - AMB. DISTR. SACILE	18.247	18.846
	910010 - POLIAMB. C.C. 'SAN GIORGIO'	13.068	14.182
	060106 - FRIULI OCCIDENTALE Totale		40.261
060912 - A.O. S.MARIA DEGLI ANGELI	000001 - OSPEDALE DI PORDENONE	49.456	30.188
	000002 - OSPEDALE DI SACILE CARDIOLOGIA	12.679	12.663
	000003 - POLIAMB. OSP. SAN VITO A T'	14.059	12.629
	000004 - POLIAMB. OSP. SPILIMBERGO	10.188	9.804
	060912 - A.O. S.MARIA DEGLI ANGELI Totale		86.382

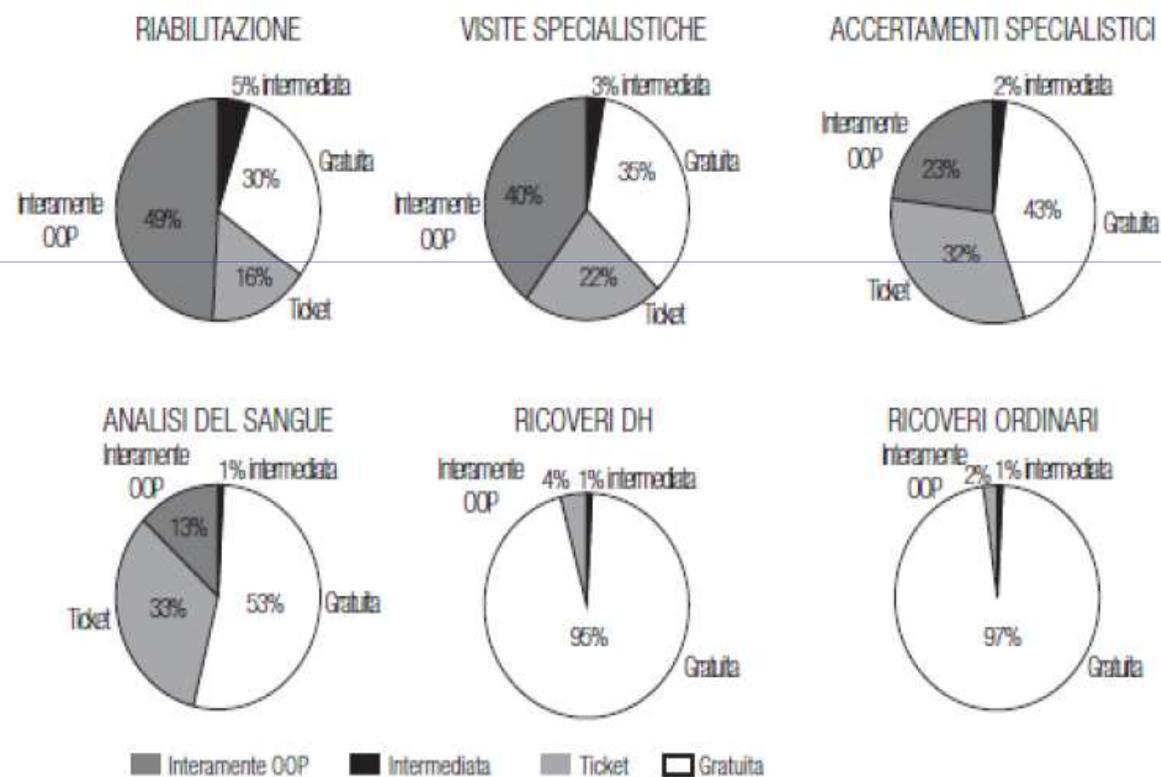
Servizio Riabilitativo Domiciliare (SRD)									
Utenti trattati a domicilio con processi riabilitativi e AAS di erogazione									
Azienda	2014		2015 * dato provvisorio		Differenza		Copertura assistenziale (%) >64 anni		
	Utenti	Accessi	Utenti	Accessi	Utenti	Accessi	2014	2015	
	AAS 1 Triestina	2.604	11.483	2.642	11.482	1,5%	0,0%	3,1	3,2
AAS 2 Bassa Friulana-Isontina	2.414	8.216	2.410	7.923	-0,2%	-3,6%	3,4	3,5	
AAS 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	2.249	10.679	2.146	10.153	-4,6%	-4,9%	4,6	4,5	
AAS 4 Friuli Centrale	2.700	10.501	2.818	9.618	4,4%	-8,4%	3,9	4,2	
AAS 5 Friuli Occidentale	2.951	9.615	3.152	10.402	6,8%	8,2%	3,8	4,1	
Totale FVG	12.918	50.494	13.168	49.578	1,9%	-1,8%	3,7	3,9	

Azienda	Anno	Accessi per utente	Accessi per numero di accessi				Accessi per numero di accessi	
			1 accesso	2-5 accessi	6-10 accessi	11-20 accessi	21-30 accessi	>30 accessi
AAS 1 Triestina	2014	4,4	41,4	38,4	10,4	6,4	2,0	1,5
	2015	4,3	43,0	36,9	9,6	7,1	2,1	1,3
AAS 2 Bassa Friulana-Isontina	2014	3,4	58,1	27,8	7,1	4,8	1,2	0,9
	2015	3,3	61,6	25,7	6,7	3,8	1,0	1,2
AAS 3 Alto Friuli - Collinare - Medio Friuli	2014	4,7	40,0	41,3	8,7	5,6	2,1	2,4
	2015	4,7	42,7	38,2	8,5	6,4	1,9	2,3
AAS 4 Friuli Centrale	2014	3,9	46,4	34,3	9,0	8,8	1,1	0,4
	2015	3,4	44,5	40,2	8,6	5,6	0,6	0,5
AAS 5 Friuli Occidentale	2014	3,3	50,5	35,6	8,1	4,0	1,0	0,8
	2015	3,3	47,5	38,5	7,8	4,7	0,7	0,8
Totale FVG	2014	3,9	47,4	35,4	8,7	5,9	1,4	1,2
	2015	3,8	47,7	5,5	36,1	1,2	1,2	8,3

% di utenti per numero di accessi nell'anno

RAPPORTO OASI 2015

Figura 3 - Modalità di pagamento relative alle principali prestazioni sanitarie, % sul totale della popolazione italiana



Fonte: Rapporto OCPS 2015

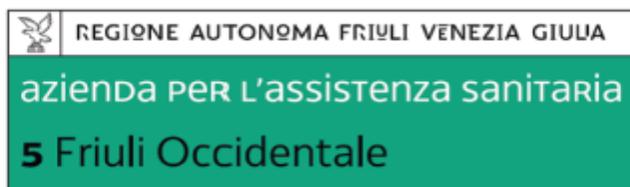


**Value = patients outcomes
costs**

**Gli sprechi sono generati da attività che
consumano risorse senza generare *value***

Taiichi Ohno , Toyota

Temi aperti : la creazione di una rete , il progetto di vita personalizzato, come gestire il ruolo di committenza , l'analisi dei dati , imparare dall' errore e dai casi controversi, capacità di ascolto (rapporti con le associazioni trasformare i reclami in informazioni utili) , il comitato di partecipazione.



**DECRETO
DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 632 DEL 23/11/2016

OGGETTO

**COSTITUZIONE E REGOLAMENTO DEL COMITATO AZIENDALE
DI PARTECIPAZIONE, INFORMAZIONE E COINVOLGIMENTO DEI
CITTADINI NEI PERCORSI DI CURA**

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giorgio Simon
nominato con D.G.R. 779 del 04.05.2016,



GRAZIE PER L'ATTENZIONE