Bari 24-26 MAGGIO 2018

Centro Congressi Hotel Villa Romanazzi Carducci Via Giuseppe Capruzzi, 326

XVI CONGRESSO NAZIONALE

CARD

Confederazione Associazioni Regionali di Distretto

Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

PDTA e Cure Personalizzate

Strategia distrettuale per la lotta alle diseguaglianze

Dott.ssa LACROIX Antonella

EQUITÀ
nella gestione delle richieste in
RIABILITAZIONE
nell'Ausl Valle d'Aosta

RIABILITAZIONE TERRITORIALE

SERVIZIO DI LOGOPEDIA

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA E NEUROPSICOMOTRICITA' ETA' EVOLUTIVA

RIABILITAZIONE TERRITORIALE

Situazione di partenza

PROBLEMA:

EQUITÀ nella gestione delle richieste in RIABILITAZIONE nell'Ausl Valle d'Aosta

ANALISI DEI PROBLEMI

QUESITO

RISPOSTA

RIABILITAZIONE TERRITORIALE

ANALISI DEI PROBLEMI :

- ✓ **Richieste maggiori rispetto alle offerte**
- ✓ **A parità di situazione e richieste:**
  - **risposte disomogenee tra distretti**
  - **risposte diverse tra servizi afferenti allo stesso distretto**
- ✓ **Carichi di lavoro disomogenei tra operatori**
- ✓ **Difficoltà degli operatori ad "accettare" risposte diverse e non eque nei diversi contesti lavorativi**
- ✓ **Insoddisfazioni da parte degli utenti**

RIABILITAZIONE TERRITORIALE

QUESITO

Quali strategie adottare per rispondere in modo equo evitando diseguaglianze, settorializzazioni e referenzialità

RIABILITAZIONE TERRITORIALE

RISPOSTA

CREAZIONE DI STRUMENTI CONDIVISI
basati su riferimenti normativi, organizzativi e operativi

LISTA ACCETTAZIONE INFORMATIZZATA

Stato delle revisioni

Indice rev.	Data	Par. n°	Pag. n°	Sintesi della modifica	Redazione
1	09/12/2015	Tutti	Tutte	Modificato tutto il documento, riviste per intero tutte le patologie di riferimento, inseriti i criteri di priorità di presa in carico utenti minori e adulti per quanto riguarda la valutazione e il trattamento. Inserite le schede utilizzate per la prenotazione.Il presente documento sostituisce integralmente la PA 08 che viene abolita	A. Lacroix, A. Bordone, L. Chasseur, L. Gonrad C. Bich
0	28/07/2011			Prima emissione	M. Allonzi, L. Gonrad, E. Gaspard, A. Lacroix, C. Bich, L. Chasseur, L. Dematteis, R. Damé

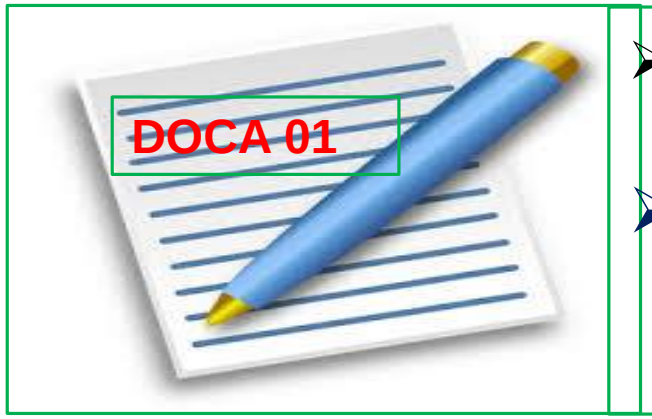
	DOC A 01 Linee di indirizzo priorità riabilitazione rev_01	Redazione	Coordinatori della riabilitazione e Logopedista DS: A. Bordone, L. Chasseur, L. Gonrad, C. Bich Resp. Uff. Coord. Riabilitazione: A. Lacroix
Data applicazione	01/01/2016	Verifica	Responsabile SSD Qualità, Risk Management, CPA: Dott. Fabio Martini
Copia	Controllata	Approvazione	Direttore di Area Territoriale: Dott. Massimo Pesenti Campagnoni

Documenti di riferimento

Gli strumenti utilizzati per la stesura delle priorità sono LGN clinico-organizzative, documenti derivanti da Consensus Conference, revisioni rapide di procedure ed interventi, documenti implementativi per la valutazione dei servizi.

Principi e L.G. per i programmi di rilevazione ed intervento precoce della sordità infantile – Trad. a cura di O. Schindler (2007)
Relazione finale Tavolo Nazionale di lavoro sull'Autismo del Ministro della salute (2007)
Programma di Governo Clinico per i disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva della Regione Piemonte
Consensus Conference "Disturbi Evolutivi Specifici di Apprendimento" Raccomandazioni per la pratica clinica definite con il metodo della Consensus Conference (Milano 2007)
Consensus Conference "Disturbi di Apprendimento" (Roma 6/7 dicembre 2010) Pubblicazione a cura dell'ISS (giugno 2011) Revisione e pubblicazione ministeriale dei lavori della Consensus Conference del 2007
Consulta Ministeriale sulle Malattie Neuromuscolari (DM 02/02/2009)
Consensus Conference sulla "Buona pratica clinica nella riabilitazione ospedaliera delle persone con Gravi Cerebrolesioni Acquisite GCLA" (Roma aprile 2011)
Percorso di continuità assistenziale dei soggetti affetti da Sclerosi Multipla Amiotrofica. Delibera della Giunta Regionale Piemonte (30/12/2009 n°27-12969)
L.G. per la pratica clinica. La raucedine (disfonia) – Trad. a cura di O. Schindler (2009)
L.G. Afasia (2010)
L.G. Paralisi Cerebrali Infantili (SINPIA – Rimini 2000)
Analisi dell'implementazione di un protocollo per il trattamento logopedico delle disfonie ed evidenze sull'efficacia di tale trattamento (Castagna-Virgili 2008)
L.G. sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatria e logopedia, Consensus Conference (Torino 2007)
La Clinica Logopedica: le L.G. e le raccomandazioni scientifiche su disfagia, D.S.A., Afasia. Implementazione e disseminazione (FLI 2009)
LG sull'autismo ISS Ott. 2011
Linee guida in Riabilitazione – Min. della Salute
Piano di indirizzo per la riabilitazione(Ministero della salute) Rep. Atti n . 30/ESR del 10 febbraio 2011
ICF- Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute.

RIABILITAZIONE TERRITORIALE



- Definizione delle classi di patologie in ordine logico consequenziale
- Definizione delle priorità di intervento e dei criteri oggettivi di erogazione dell'attività riabilitativa

OBIETTIVO

Uniformare le modalità di erogazione delle prestazioni

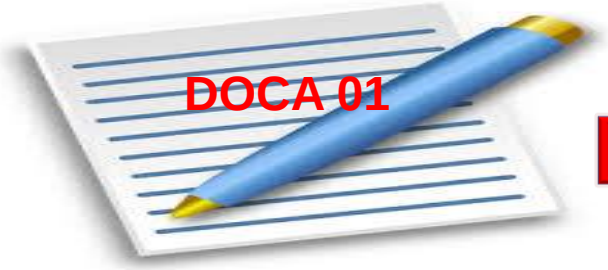
SCOPO

Ridefinire percorsi clinici, modalità e priorità di intervento (riferimento alle Linee Guida Nazionali, basate su EBM):

- utilizzo efficiente ed efficace delle risorse disponibili
- miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni

FINE

Mantenimento degli standard delle prestazioni erogate, nonché la loro adesione alle evidenze scientifiche più recenti.



Definisce (ad esempio servizio di logopedia area evolutva):

Criteri di priorità di presa in carico (es. un bambino con autismo viene preso in carico prima rispetto a un bambino con disturbo di apprendimento)

Modalità di erogazione di attività esempio:

Valutazione disturbo apprendimento: n° 3 sedute da 60 minuti
disturbo fonologico: n° 2 sedute da 45 minuti

Trattamento: es per le persone con autismo si effettua :

- dai 0/6 anni: terapia con frequenza 2/3 sedute settimanali in base al PRI

- dai 6/14:
  - diagnosi tardive: terapia con frequenza definita dal PRI
  - diagnosi in età prescolare: interventi di supporto all'inserimento scolastico e alla famiglia in base al PRI

SCHEDA DI ACCETTAZIONE

La scheda di accettazione è stata elaborata in considerazione dei seguenti principi:

- **Indice di priorità patologia** → severità del disturbo, rischio di peggioramento
- **Indice età/classe** → possibilità di recupero
- **Indicazione Medico Specialistica** → precedente accesso alle reti territoriali (attestazione/osservazione del problema da parte di altri professionisti)
- **Rapporti con la scuola** → definita dal protocollo Regionale

SCHEDA DI ACCETTAZIONE

- **Comorbidità** → indicazione di maggiore o minore gravità

- **Colloquio accettazione** → personalizzazione dell'intervento e valorizzazione della soggettività

MODALITÀ DI ACCESSO AI SERVIZI

PRENOTAZIONE TELEFONICA (orari definiti)

COMPILAZIONE SCHEDA DI ACCETTAZONE

(inserita in una cartella condivisa e accessibile a tutti gli operatori del settore e coordinatori) Comprende:

INDICE DI PRIORITÀ PATOLOGIA

INDICE ETÀ/CLASSE

INDICAZIONE SPECIALISTICA

RAPPORTI CON LA SCUOLA

COMORBIDITÀ'

COLLOQUIO ACCETTAZIONE

SCHEDA DI ACCETTAZONE

INDICE DI PRIORITÀ PATOLOGIA: viene assegnato un punteggio a seconda della problematica evidenziata :

Presa in carico immediata → disfagia

Punteggio 9 → sordità, afasia, disturbo generalizzato di sviluppo, paralisi cerebrale infantile

Punteggio 7 → ritardo cognitivo, disturbo di linguaggio, disturbo di apprendimento; disturbo specifico di apprendimento, disartria, balbuzie

Punteggio 5 → disfonia

SCHEDA DI ACCETTAZONE

INDICE ETÀ/ CLASSE: viene assegnato un punteggio a seconda dell'età e della classe frequentata (più si è piccoli più il punteggio è alto; la classe è importante per eventuali diagnosi)

- ✓ 0 - 3 anni punteggio → 7
- ✓ Infanzia punteggio → 5
- ✓ Primaria punteggio → 3
- ✓ Secondaria di I° → 1

Nelle situazioni in cui vi è la necessità di valutazioni che concorrono a diagnosi per la certificazione (DSA) o per l'accertamento d'invalidità (L.104): presa in carico immediata

SCHEDA DI ACCETTAZONE

INDICAZIONE MEDICO SPECIALISTICA:

Presente---> 1
Assente--> 0

RAPPORTI CON LA SCUOLA: il punteggio è maggiore se anche le insegnanti della scuola hanno rilevato delle problematiche:

Richiesta di collaborazione presente---> 1
Richiesta di collaborazione assente--> 0

COMORBIDITÀ': la presenza di eventuali fattori aggravanti sono da tenere in considerazione nella valutazione generale

Presente---> 1
Assente--> 0

SCHEDA DI ACCETTAZONE

COLLOQUIO ACCETTAZIONE: questo è l'unico parametro a carattere "soggettivo" poiché è il professionista, designato all' accettazione, che attribuisce un punteggio a seconda "dell'urgenza" che percepisce dal colloquio con la famiglia o la persona (punteggio 0 – 4)

SCHEDA DI ACCETTAZONE

INDICE DI PRIORITÀ DI PATOLOGIA + INDICE ETÀ/CLASSE + COLLOQUIO ACCETTAZIONE + INDICAZIONE SPECIALISTICA + RAPPORTI CON LA SCUOLA + COMORBIDITÀ + ATTESA SUPERIORE AI TRE MESI

=

PUNTEGGIO DI PRIORITÀ

ALTISSIMO (disfagia e valutazioni che concorrono a diagnosi)

ALTO (22 - 17)

MEDIO (26 - 11)

LIEVE (10 - 5)

AREA TERRITORIALE
Utenti presi in carico in base alla DOCA 01

	Utenti Servizi Logopedia	Utenti Servizi Fisioterapia	Utenti Servizi di Riabilitazione
Anno 2015	1891	4031	5922
Anno 2016	1871	3983	5854
Anno 2017	2014	4009	6023

RIABILITAZIONE TERRITORIALE

Situazione dopo 2 anni di sperimentazione

- Richieste prese in carico in modo omogenee su tutto il territorio (periodicamente monitorate dai coordinatori)

- Operatori più consapevoli dello scenario nel quale formulano la “risposta” (cioè dello scenario in cui operano)

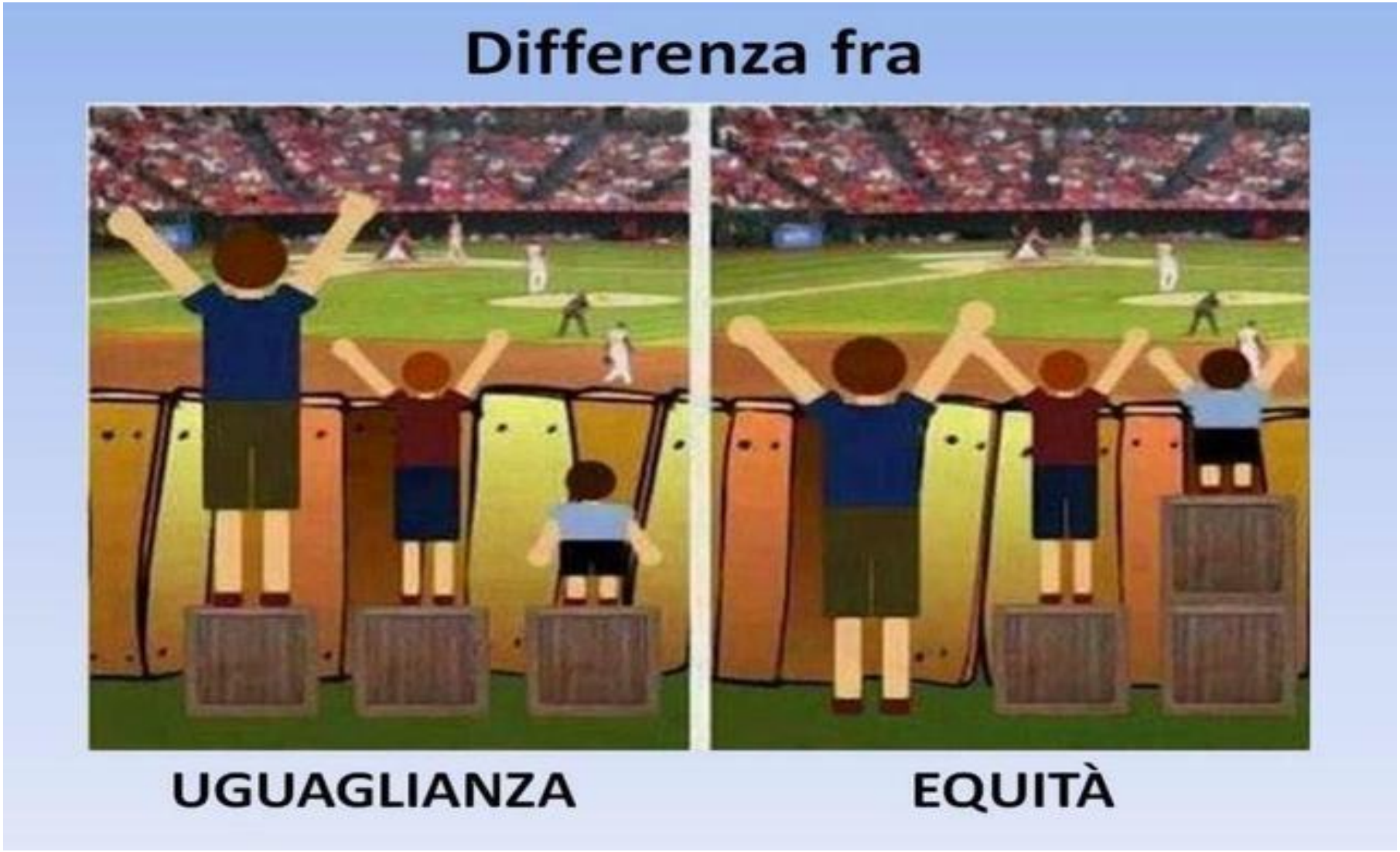
- Operatori in grado di fornire agli utenti motivazioni e tempi che definiscono le attese

- Utenti più consapevoli dello scenario in cui si colloca la “richiesta”

- Carichi di lavoro monitorati dai coordinatori mensilmente e utilizzo appropriato delle risorse

Nulla è più ingiusto che far parti uguali tra disuguali

Don Lorenzo Milani



GRAZIE PER L'ATTENZIONE