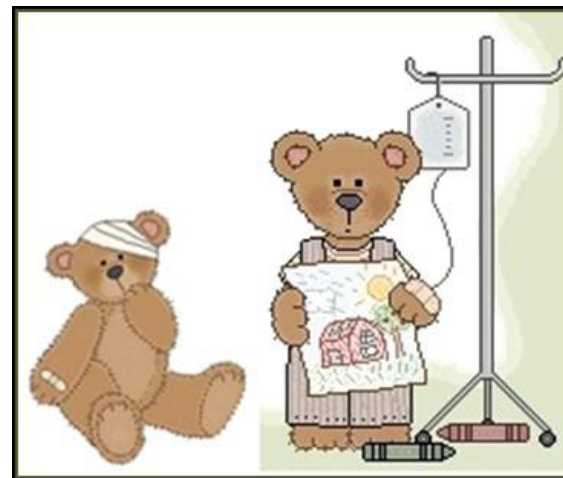


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì

L'Assistenza Domiciliare ai Disabili Gravissimi

Tedaldi Laura
Coordinatore Infermieristico
Servizio di
Assistenza Domiciliare Integrata



Grave Disabilità articolo 3 Legge 104/1992

"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."





Normativa di riferimento

- *Assistenza Domiciliare Integrata (DGR 124/99)*
- *Rete dei servizi per anziani e disabili (L.R. 5/94 e L.R. 2/3)*
- *Gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04)*



Normativa di riferimento

Legge 23 dicembre 1978 n° **833** Istituzione SSN che "assicura la salute come bene collettivo" "Adotta Piano Sanitario Nazionale" "definizione di obiettivi strategici" "concetto di prevenzione, cura e riabilitazione" "concetto della **territorializzazione**, come strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi primo livello e pronto intervento"

L'assistenza medico-generica, specialistica e infermieristica, devono essere "erogate sia in forma ambulatoriale che domiciliare" .

Prestazioni specialistiche erogate "anche a domicilio dell'utente in forme che consentano la riduzione dei ricoveri ospedalieri".



DGR 124/99 “Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari”

- Si avvia un **impegnativo e significativo progetto di riordino** e sviluppo dell’assistenza domiciliare attraverso l’integrazione di competenze professionali diverse, con la finalità di realizzare progetti unitari orientati a soddisfare i bisogni di salute di tutti i **soggetti di qualsiasi età** che necessitano di un’assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare.
- I principali fruitori sono le persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, in particolare con presenza di patologie in fase terminale, con scompenso cardiaco, con esiti di ictus cerebrale, con esiti di frattura di femore, con patologie croniche, dimessi o dimissibili da strutture sanitarie o residenziali, portatori di gravi disabilità, bambini con patologie croniche e in particolari condizioni di disagio sociale.



Tipologie di Assistenza Domiciliare

| Tipologia di Assistenza Domiciliare | MMG | INFERMIERE | ASSISTENTE SOCIALE |
|---|---|---|--|
| Assistenza Domiciliare Programmata o Residenziale | Accessi da 1 a 4 al mese | Accessi non previsti Eventuali prestazioni occasionali (prelievi, rimozione catetere, ecc) | Su segnalazione del MMG/PLS o attivazione della famiglia |
| Assistenza Domiciliare Infermieristica | Accessi non previsti | Accessi settimanali programmati da 1 a 6 | Su segnalazione del MMG/PLS, infermiere o attivazione della famiglia |
| Assistenza Domiciliare Integrata | Accessi settimanali come da contratto ADI | Accessi settimanali secondo PAI da 1 a 6 | Su segnalazione del MMG/PLS, infermiere o famiglia |



Definizione ADI

“L' assistenza domiciliare integrata consiste nell' insieme combinato di prestazioni di carattere socio - assistenziale e sanitario erogate al domicilio [...] **a sostegno dell' impegno familiare**, sulla base dei programmi assistenziali personalizzati”
(Art.21 L.R. 5/94)



ADI - Finalità

- Mantenere al domicilio le persone non autosufficienti favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e relazione
- Facilitare la dimissione ospedaliera
- Realizzare la continuità delle cure





ADI - Destinatari

L'Assistenza Domiciliare consiste nella presa in carico dei bisogni di salute dell'assistito non deambulante o difficilmente trasportabile, residente o con domicilio sanitario nell'AUSL di competenza, con presenza di caregiver e compatibilità di prestazione



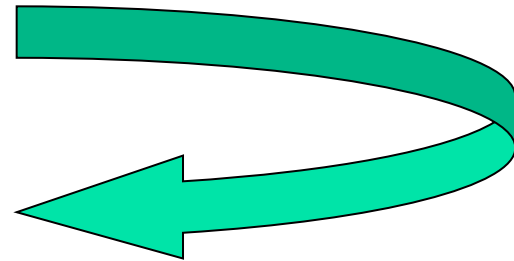
Attivazione ADI

- Segnalazione da UO (Dimissione Protetta)
- Segnalazione da Utente/Famiglia
- Segnalazione da altri Servizi

È necessaria:

- Richiesta di Prima Valutazione Domiciliare compilata dal MMG-PLS

Responsabilità Clinico-
Terapeutica al domicilio



Utenti in ADI (per età)

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|------------------|------|------|------|
| Totale pazienti | 1700 | 1665 | |
| Pazienti over 65 | 1540 | 1517 | |
| Pazienti adulti | 144 | 135 | |
| Minori | 16 | 13 | 13 |



Utenti pediatrici: Diagnosi

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------|------|------|------|
| Minori | 16 | 13 | 13 |
| Encefalopatie | 9 | 7 | 6 |
| Tumori | 2 | 0 | 1 |
| IRC | 2 | 2 | 2 |
| Patol. Rare | 3 | 4 | 4 |



Livelli di Intensità Assistenziale

| Livello 1° | Livello 2° | Livello 3° |
|---|--|--|
| <p>Caratteristiche del paz./ Condizioni</p> <p>Handicap psico-fisico Incontinenza urinaria Compromissione psico-organica cronica</p> | <p>Caratteristiche del paz./ Condizioni</p> <p>Patologie oncologiche non terminali Riacutizzazione di patologie croniche Ulcere vascolari Piaghe da decubito di grado 1 e 2 Esiti di vasculopatie cerebrali in fase di riabilitazione</p> | <p>Caratteristiche del paz./ Condizioni</p> <p>Patologie oncologiche terminali AIDS Piaghe da decubito diffuse e profonde (stadio 3 e 4) Ulcere necrotiche vascolari Gravi insufficienze e scompensi d'organo Percorsi speciali: nutrizionale, oncoematologico ecc.</p> |
| <p>Bisogno sanitario Medico: secondo P.A.I. Infermieristico: da 1/sett. a 1/mese Altro: Specialisti secondo P.A.I.</p> | <p>Bisogno sanitario Medico: secondo P.A.I. Infermieristico: da 2/sett. a 3/sett. Altro: Specialisti secondo P.A.I.</p> | <p>Bisogno sanitario Medico: > = 1 sett. Infermieristico: 1 die Altro: Specialisti secondo P.A.I.</p> |
| <p>Bisogno assistenziale Familiare di riferimento Adb 3/6 sett.</p> | <p>Bisogno assistenziale Familiare di riferimento collaborante</p> | <p>Bisogno assistenziale Capacità di supporto da parte della famiglia nell'arco delle 24 ore</p> |



La nostra esperienza: Mara

- In dimissione dalla Chirurgia Pediatrica di Rimini
- Sindrome da pseudo-ostruzione intestinale
- Gestione CVC per NPT
- Ileostomia
- PEG





La nostra esperienza: Mara

- Nucleo familiare composto da genitori e sorella di 3 anni circa
- La madre ha lasciato il lavoro per occuparsi di Mara
- Camper
- Vacanze al mare



Presca in carico

- Dimissione Protetta con PdC a Rimini
- Stesura di un Piano di presa in carico condiviso con famiglia, professionisti e service NPT
- Contatti con centro di riferimento (Rimini)
- Mediazione PdC per aspetti di integrazione



Rivalutazione piano

- In occasione del progetto di inserimento della piccola all'Asilo Nido
- Mediazione PdC e NPI
 - Coinvolgimento di Servizio Infanzia del Comune e Cooperativa (attivazione di OSS per supporto all'integrazione)
 - Formazione, tutoraggio e supervisione da parte di Infermiera ADI





La nostra esperienza: Dario

- Presa in carico al domicilio
- Gravissima encefalopatia
- Crisi convulsive
- Supporto con integratori per disfagia
 - Successivamente PEG





La nostra esperienza: Dario

- Nucleo familiare composto da genitori e sorella maggiore
- La madre si occupa totalmente di Dario
- Ricovero di sollievo





Presca in carico

- Valutazione domiciliare con supporto PdC
- Proposta di PAI alla famiglia, con accessi infermieristici settimanali
- Ricovero di sollievo un mese/anno
- Progetto con Cooperativa per inserimento di ore/Infermiere invece di OSS (aspirazione)



Rivalutazione piano

In occasione di periodo di ricovero

- Inserimento PEG

Periodo di particolare stress del Caregiver

- Riunione di tutti i professionisti coinvolti e offerta di supporto psicologico





Conclusioni

Questi casi spesso richiedono l'intervento di un numero elevato di professionisti che devono essere coordinati e "messi in contatto" tra loro per consentire una integrazione efficace della presa in carico.



Ruolo della Pediatria di Comunità

- Centri di riferimento ospedalieri
- PLS
- Servizi Sanitari Territoriali
- Servizi Sociali
- Associazioni di Volontariato
- Cooperative
- ...



Grazie

