

QUI DI SEGUITO LA DELIBERA 72/2004 DELLA REGIONE PIEMONTE SULLA CONTINUITÀ DELLA PRESA IN CARICO DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI CHE SPETTA IN OGNI CASO ALL'AZIENDA SANITARIA LOCALE, ANCHE PER QUANTO RIGUARDA I TRASPORTI DA UNA STRUTTURA ALL'ALTRA. OGGI MOLTO SPESSO I FAMILIARI DEI PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI SONO OGGETTO DI PRESSIONI DA PARTE DEGLI OPERATORI DELLE STRUTTURE (OSPEDALI E CASE DI CURA) CHE "SPINGONO" PER IL RIENTRO A CASA DEL MALATO, MENTRE È L'ASL CHE DEVE PROVVEDERE ALLA CONTINUITÀ DELLE CURE: O COL TRASFERIMENTO IN RSA (RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE, 50% DELLA RETTA PAGATA DALL'ASL, 50% DALL'UTENTE/COMUNE), O CON L'ATTIVAZIONE DI CURE SOCIO-SANITARIE DOMICILIARI.

Bollettino Ufficiale n. 07 del 17 / 02 / 2005

Deliberazione della Giunta Regionale 20 dicembre 2004, n. 72-14420

Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente

(omissis)
LA GIUNTA REGIONALE
a voti unanimi ...

delibera

- di approvare il Percorso di Continuità Assistenziale, nelle sue articolazioni, per gli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente, come definito nell'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ;
 - di approvare i criteri di inclusione dei pazienti nel percorso diretto Pronto Soccorso - Territorio, come definiti nell'Allegato B parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ;
 - di approvare le schede di segnalazione, come definite nell'Allegato C, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
 - di demandare alle Direzioni Programmazione Sanitaria e Politiche Sociali il monitoraggio e la valutazione dei dati individuati nell'Allegato A alla voce "protocollo di intesa";
 - di dare atto che il presente provvedimento non comporta un onere a carico della Regione Piemonte.
- La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 65 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato A

Percorso di Continuità Assistenziale

Premesso che la presa in carico del cittadino non può essere interrotta da un sistema di rinvio alla valutazione di altri servizi, ma deve essere immediata e consequenziale, il Percorso di Continuità Assistenziale si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Una uniformità metodologica di comportamento organizzativo,
- Una diversificazione della risposta correlata al bisogno.

Il Percorso deve essere appropriato rispetto ai bisogni identificati, prevedendo il ricorso ad uno o più tipi di intervento nel tempo, fra di loro articolati, nell'ottica di ottenere il massimo del recupero possibile dopo la perdita funzionale derivante da malattia acuta, rallentare il peggioramento della disabilità o della progressione della malattia cronica, mantenere significative relazioni interpersonali per evitare isolamento ed emarginazione.

La rete attraverso la quale si sviluppa il Percorso, garantendo al paziente l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, comprende:

- Pronto Soccorso;
- Reparti ospedalieri;
- MMG;
- Strutture residenziali (Residenza Sanitaria Assistenziale in regime definitivo, Residenza Assistenziale Flessibile in regime definitivo) e semiresidenziali;
- Ospedali di Comunità;
- Alloggi supportati,
- Strutture dedicate alla riabilitazione e alla lungodegenza .
- Domicilio con rete parentale o Care Giver (anche acquisito);
- Cure Domiciliari;
- Ospedalizzazione a domicilio.

Per quanto riguarda il Percorso svolto all'interno delle strutture residenziali socio-sanitarie lo stesso deve attenersi al Modello Organizzativo Integrato, con relativa valorizzazione economica, stabilito nell'Accordo Tavolo Congiunto Regione-Territorio per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria.

Al Percorso si accede attraverso:

a) il Pronto Soccorso

Il medico che si trova in presenza di un paziente le cui caratteristiche rientrano nei Criteri di cui all'Allegato B:

- verifica la disponibilità di un posto letto di pronta accoglienza per l'erogazione delle prestazioni necessarie presso Residenze Sanitarie Assistenziali o Ospedali di Comunità, nei quali precedentemente sono stati individuati posti letto all'uopo dedicati, aggiuntivi rispetto a quelli destinati alla residenzialità per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, e attiva l'immediato trasferimento. La permanenza in tali posti letto non può superare i 7 giorni;
- compila la Scheda di sintesi clinica del caso (Allegato C). Tale scheda viene trasmessa per via informatica o a mezzo Telefax alla Centrale Operativa dell'Azienda Sanitaria di appartenenza del paziente:

b) Reparto ospedaliero

In presenza di un paziente che necessita di continuità assistenziale successiva al ricovero, il medico di reparto compila la Scheda di sintesi clinica del caso (Allegato C). Tale scheda trasmessa per via informatica o a mezzo Telefax alla Centrale Operativa dell'Azienda Sanitaria di appartenenza. E' opportuno che ciò avvenga almeno tre giorni lavorativi prima della dimissione.

Il Percorso può essere sviluppato:

- * in strutture dedicate alla riabilitazione o alla lungo degenza;
- * in struttura residenziale (Residenza Sanitaria Assistenziale in regime definitivo, Residenza Assistenziale Flessibile in regime definitivo, Ospedali di Comunità, Alloggi supportati);
- * al domicilio attraverso le Cure Domiciliari o l'Ospedalizzazione a Domicilio.

Il Percorso deve comprendere il progetto riabilitativo, clinico ed assistenziale, tempo di durata e criteri di verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Il Percorso deve essere monitorato nei tempi e secondo le modalità nello stesso predefiniti, affinché venga sempre garantito un appropriato dimensionamento del servizio offerto rispetto all'evoluzione del bisogno della persona. Di conseguenza, qualora nel corso del progetto individuale si verifichi un miglioramento delle condizioni sanitarie, potranno essere attivati, anticipatamente rispetto alla durata prevista, i percorsi socio-sanitari successivi.

Il Percorso può avere una durata massima di 60 gg. ed in questo lasso di tempo è a carico del S.S.R.

Se, nel piano di intervento definito, è previsto che il paziente debba essere trasportato in autoambulanza i costi derivanti sono a carico del S.S.R.; a conclusione del percorso socio-sanitario effettuato, l'eventuale trasporto per il rientro al domicilio è a carico del cittadino.

Il Percorso, al termine della durata prevista, ove necessari, potrà trovare continuità attraverso l'utilizzo di altre risposte socio-sanitarie appropriate e disponibili quali:

- * Cure Domiciliari in Lungassistenza,
- * Interventi economici a sostegno della domiciliarità,
- * Semiresidenzialità,
- * Residenzialità.

Compiti e organizzazione della Centrale Operativa

Punto fondamentale del Percorso è l'individuazione di una Centrale Operativa, che nel rispetto dell'autonomia delle Aziende Sanitarie Locali, potrebbe coincidere con quella delle Cure Domiciliari, definita dalla delibera 41-5952 del 7 maggio 2002 "Linee guida per l'attivazione del servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte", oppure altra struttura aziendale.

I compiti sono:

- * recepire direttamente le richieste e/o le segnalazioni sia dal Pronto Soccorso, per la categoria di soggetti descritta nell'Allegato B, sia dai reparti ospedalieri, dando riscontro di ricezione;
- * attivare l'Unità di Valutazione Geriatrica per valutare le condizioni dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e definire entro 7 giorni (da considerarsi compresi nei 60 giorni di presa in carico massima del SSR), l'eventuale successivo percorso;
- * attivare l'Unità di Valutazione Geriatrica per effettuare le valutazioni, entro tre giorni lavorativi dalla segnalazione, al fine di individuare congiuntamente con i medici ospedalieri ed il MMG il percorso da attuare per garantire la continuità assistenziale ai pazienti ricoverati;
- * gestire il rapporto con i soggetti erogatori territoriali (servizio cure domiciliari, comuni/ enti gestori, associazioni di volontariato...), M.M.G. e l'ospedale in modo proattivo e collaborativi;
- * gestire il sistema informativo ed informatico, al fine di permettere all'Azienda Sanitaria di effettuare un controllo di efficacia e di efficienza rispetto al progetto individuato;
- * garantire un orario minimo da lunedì a venerdì dalle ore 8.00 alle 17.00.

Protocollo di intesa

Per la gestione di entrambi gli accessi al Percorso (da Pronto Soccorso o da Reparto Ospedaliero) è necessario che siano stipulati protocolli di intesa tra A.S.O./A.S.L. /Comune/Ente Gestore o tra A.S.L./A.S.L./Comune/ Ente Gestore.

In tali protocolli dovranno essere individuate la rete, ivi compresi i posti letto di pronta accoglienza, le caratteristiche organizzative e gestionali delle strutture riceventi, le risorse professionali ed economiche messe a disposizione del Percorso.

Nel Protocollo d'intesa devono essere altresì definiti:

- * i Criteri di inclusione del paziente per il Percorso Reparto Ospedaliero/Territorio;
- * il monitoraggio e verifica sui seguenti dati:
- * Numero casi segnalati alla Centrale Operativa Continuità Assistenziale distintamente: Pronto Soccorso e Reparti Ospedalieri;
- * Numero e tipologia di risposte attivate dalle segnalazioni del Pronto Soccorso e dai Reparti Ospedalieri;
- * Correlazione tra diagnosi clinica, tipologia e tempi della risposta attivata;
- * Numero di soggetti che nei dieci giorni successivi alla dimissione da Pronto Soccorso hanno necessitato di ricovero ospedaliero per la stessa diagnosi;
- * Gradimento da parte di utenti e familiari.

Allegato B

CRITERI DI INCLUSIONE DEI PAZIENTI NEL PERCORSO DIRETTO PRONTO SOCCORSO – TERRITORIO

Possono essere inclusi nel percorso di continuità assistenziale i pazienti anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente:

- 1) con autosufficienza compromessa in modo anche temporaneo;
- 2) che si presentano in Pronto Soccorso con un problema sanitario che potrebbe essere gestito in modo efficace ed appropriato anche in sede non ospedaliera; con esclusione assoluta di criticità clinica attuale o potenziale;
- 3) Non rinviabili al domicilio per:
 - problemi legati al paziente (es. impossibilità ad assumere correttamente la terapia);
 - problematiche socio assistenziali od ambientali (paziente che vive solo; paziente che vive con un care giver non affidabile, domicilio non adeguato ecc...);
 - cure sanitarie non immediatamente attivabili al domicilio.

Allegato C

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DAL PRONTO SOCCORSO

ALLA CENTRALE OPERATIVA
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
A.S.L.

PAZIENTE _____
(cognome) (nome)
nato il _____ a _____
residente a _____ via _____
Pervenuto al Pronto Soccorso il _____
Trasferito presso _____
In data _____
Con diagnosi _____

SINTESI CLINICA : _____

FAMILIARI DI RIFERIMENTO : SI NO (evidenziare la voce interessata)
Sig. / Sig.ra _____ tel: _____
Grado di parentela _____
Sig. / Sig.ra _____ tel: _____
Grado di parentela _____
Il Medico di Pronto Soccorso dott. _____

Data _____ firma _____
(firmato in originale)

SCHEMA DI SEGNALAZIONE DAL REPARTO OSPEDALIERO

ALLA CENTRALE OPERATIVA
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
A.S.L.
PAZIENTE

_____ (cognome) (nome)
nato il _____ a _____
residente a _____ via _____
Ricoverato presso il Reparto ospedaliero _____
In data _____
Dimissibile in data _____
Con diagnosi _____

SINTESI CLINICA : _____

FAMILIARI DI RIFERIMENTO : SI NO (evidenziare la voce interessata)
Sig. / Sig.ra _____ tel: _____
Grado di parentela _____
Sig. / Sig.ra _____ tel: _____
Grado di parentela _____
Il Medico del Reparto ospedaliero dott. _____

Data _____ firma _____
(Firmato in originale)