

Deliberazione della Giunta Regionale 28 marzo 2012, n. 27-3628

Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalita' per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale.

A relazione dell'Assessore Monferino:

Con D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 la Giunta Regionale ha adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi 93,94,95,96,97 della legge 23 dicembre 2009 n. 191.

Con tale documento la Regione delinea gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree sanitarie e socio-sanitarie per il periodo 2010-2012 ed individua tra le varie manovre previste nel programma attuativo per la realizzazione degli obiettivi stessi, anche quelle relative alla rimodulazione delle reti assistenziali ospedaliera, emergenza, territoriale, laboratorio analisi e radiodiagnostica.

In particolare per quanto concerne la rete territoriale (punto 1.4) tra gli obiettivi individuati è stato indicato anche quello relativo al "Miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale" – punto 1.4.1 -, che prevede che la Regione individui una serie di azioni per il miglioramento della cura dell'assistito, con particolare attenzione alla corretta gestione dell'assistenza alla persona erogata nella "Catena di cura".

La necessità di migliorare la continuità assistenziale affinché non si verifichi interruzione di assistenza è un obiettivo che emerge anche dalla recente proposta di PSN 2011-2013 che, tra le azioni per lo sviluppo del SSN, al capitolo sulla centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali, individua obiettivi e definisce criteri per la continuità delle cure ed integrazione ospedale/territorio, oltre a individuare una serie di strumenti per la piena realizzazione della rete assistenziale territoriale coerente con la necessità di garantire un appropriato governo clinico.

Non solo, l'emanando Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015 individua tra gli obiettivi il miglioramento effettivo di tutte le attività necessarie per una reale presa in carico degli utenti del S.S.R., attraverso un impegno professionale, individuale e di sistema.

Quest'ultimo deve tendere a realizzare modalità organizzative che permettano il superamento della frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche attraverso un intervento integrato ed intersettoriale tra le diverse componenti professionali intra ed extraospedaliere.

Diventa, pertanto, fondamentale la definizione delle relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative che all'interno delle stesse, al fine di combinare esigenze di qualità e di efficienza operativa di ciascuna struttura operativa con le ragioni dell'efficienza allocativa del sistema.

Risulta pregiudizievole, quindi, una appropriata rilevazione dei bisogni e l'individuazione di risposte adeguate sia sotto il profilo dell'appropriatezza clinico-assistenziale che dell'appropriatezza organizzativa.

Per quest'ultimo aspetto è basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell'ambito di un'integrazione reale tra ospedale, professionisti presenti sul territorio, strutture territoriali fornendo, quindi, ai bisogni assistenziali risposte appropriate, sicure ed efficaci.

Una mancata continuità assistenziale e la relativa presa in carico del percorso impatta fortemente sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate per il trattamento di condizioni acute, che richiedono tempestività e coordinamento di interventi a operatori di diversi servizi e di varia professionalità e competenza. Tale carenza comporta rilevanti costi aggiuntivi per il paziente e per il sistema assistenziale a causa delle seguenti problematiche:

- l'efficacia sub-ottimale dei trattamenti erogati,
- il verificarsi di ricoveri evitabili e di ricoveri ripetuti non programmati,
- il ricorso improprio ai servizi (ad esempio il Pronto Soccorso o prestazioni ambulatoriali),
- l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi di ridotta efficacia per la dilatazione dei tempi di intervento. Difficoltà di comunicazione e tempi spesso disallineati tra i servizi danno infatti origine, in alcuni casi, a percorsi tortuosi che vedono il paziente passare da un servizio all'altro e per poi ritornare a volte a quello iniziale,
- la non ottimalità della sequenza e la ridondanza/non completezza delle procedure alle quali il paziente viene sottoposto in assenza di una rete assistenziale connessa e ben funzionante.

Risulta evidente, di conseguenza, che gli strumenti principali per assicurare la continuità della presa in carico e dell'assistenza sono il modello organizzativo, le reti, i processi, i ruoli e le competenze.

L'integrazione ospedale/territorio sicuramente rappresenta uno dei nodi principali da regolamentare in quanto strumento tra quelli fondamentali per affrontare quelle criticità di sistema che, come sopra indicato, troppo spesso, significano presenza di percorsi non sempre ottimali rispetto alle caratteristiche ed alle situazioni dei pazienti.

Il conseguimento della migliore integrazione dei servizi sanitari con i sociali, nonché la migliore gestione delle informazioni, rappresentano strategie adeguate per poter razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze, continuando a garantire il livello essenziale di assistenza. E' basilare, quindi, il miglioramento e la concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio, nonché delle pratiche e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti che possono influire sull'esito del percorso assistenziale.

L'altro elemento significativo per assicurare continuità assistenziale è rappresentato dalle reti di servizi sanitari e socio-assistenziali integrate, la cui presenza assicura maggiore equità e minore dispendio di risorse, limitando i fenomeni competitivi fra i singoli erogatori ed esaltandone l'integrazione e la cooperazione, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

Il modello organizzativo deve sviluppare e consolidare le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio, regolando il percorso verso le modalità assistenziali più adeguate. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale.

Premesso quanto sopra, elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori:

- il Medico di medicina generale che, svolgendo un ruolo di tutela e assistenza nei confronti dei suoi pazienti, ha la più ampia conoscenza del loro quadro sanitario e sociale.
- Le strutture di ricovero ospedaliero sia per attività in acuzie che post-acuzie.
- Le strutture specialistiche ambulatoriali.

- Le strutture che assicurano l'assistenza domiciliare e riabilitativa.
- Le strutture dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale.

In Regione Piemonte le componenti organizzative della rete a cui competono la presa in carico del paziente sono oggi le seguenti:

- nella fase dell'emergenza: i medici e l'organizzazione del 118 con una Centrale operativa già operante in cui tutti i pazienti sono registrati al momento della chiamata fino alla consegna al pronto soccorso o al termine del contatto di cura (specifico flusso informativo - EMUR);
- nella fase del ricovero ospedaliero: i medici e la Direzione sanitaria del presidio con l'accettazione del paziente nel momento del ricovero e la successiva dimissione;
- nella fase territoriale: il Distretto con i medici convenzionati (MMG/PLS) ed i servizi territoriali attraverso modalità organizzative specifiche, tra cui la Centrale Operativa per il percorso della Continuità Assistenziale.

In Regione Piemonte normativa specifica, linee guida e studi particolari di settore degli ultimi dieci anni hanno definito soluzioni organizzative per il superamento delle criticità più sopra elencate:

- D.G.R. 80-1700 dell'11.12.2000 "Art. 3, comma 1 – bis del D.Lgs 502/1992 e s.m.i. Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali";
- D.G.R. n. 41 –5952 del 7.05.2002 e s.m.i. "Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle ASL della Regione Piemonte";
- D.G.R. n. 51-11389 del 23.12.2003 "D.P.C.M. 29.11.2001, all. 1, punto 1.C, applicazione livelli essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria";
- D.G.R. n. 72-14420 del 20.12.2004, "Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente";
- D.G.R. n. 17-15226 del 31.3.2005 e s.m.i., Allegato 1 "Lo sviluppo del percorso assistenziale";
- D.G.R. n. 10-5605 del 2.04.2007 e s.m.i. "Riorganizzazione delle attività riabilitative della Regione Piemonte – Prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali";
- D.G.R. n. 38-11189 del 6.04.2009 e s.m.i. "Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze ai sensi della D.G.R. n. 17 –15226 del 20 marzo 2005. Revoca della D.G.R. n. 29-29519 del 1 marzo 2000";
- D.G.R. n. 26-13680 del 29.3.2010, "Approvazione delle linee guida sul funzionamento delle Unità multidisciplinari di valutazione della disabilità (UMVD)".

L'applicazione di tali "soluzioni" non ha sempre portato significative variazioni nell'organizzazione delle Aziende Sanitarie Regionali.

Si tratta ora, senza effettuare grandi cambiamenti organizzativi, di trovare il modo di rendere operativi gli indirizzi regionali, tracciando in modo estremamente chiaro e preciso i profili dei singoli ruoli organizzativi al fine di responsabilizzare ciascun operatore.

Con D.D. n. 425 del 9/06/2011 è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro sulla rete territoriale per l'attuazione degli obiettivi individuati dal Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011.

Il gruppo di lavoro ha operato con modalità di tipo modulare, che hanno permesso di lavorare in modo specifico per tema rispetto gli obiettivi individuati, curando di garantire contemporaneamente

una continua correlazione finalizzata ad assicurare che i contenuti dei singoli documenti risultassero tra loro omogenei e coordinati.

Per quanto concerne l'obiettivo del miglioramento dell'appropriatezza e della presa in carico territoriale, il gruppo di lavoro formato da Direttori di Distretto ASL, Direttori Sanitari di Azienda, rappresentante AGENAS e funzionari dell'Assessorato alla Sanità ha elaborato una proposta di modello organizzativo per una appropriata presa in carico territoriale, con attenzione al "miglioramento della "appropriatezza di livello" di setting.

La proposta che emerge dal documento ha come presupposto fondante che sul territorio il Distretto ricopre un ruolo fondamentale nel modello organizzativo, in quanto ha la responsabilità complessiva, per il proprio territorio, del governo della domanda di salute del cittadino (tutela) e dell'offerta di salute. A tal fine rappresenta il soggetto istituzionale che analizza il fabbisogno, gestisce la presa in carico e garantisce l'assistito lungo tutto il percorso assistenziale, attivando la rete dei servizi e delle strutture a loro volta competenti per l'erogazione di ciascun tipo di risposta.

Risulta evidente che in questo contesto il Distretto deve assicurare una puntuale funzione di monitoraggio a garanzia del perseguimento dei livelli di assistenza, nonché dell'accessibilità, dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, compresa la continuità assistenziale. A tal fine il Distretto provvederà ad individuare le modalità, gli strumenti che prevedano anche l'utilizzo di un sistema di indicatori comprendenti i seguenti:

- il numero di pazienti presi in carico rispetto al totale di pazienti dimessi da reparti per acuti e di postacuzie con l'obiettivo di raggiungere, per i pazienti valutati quali necessitanti di continuità assistenziale, il 30% di pazienti valutati dimessi da reparti per acuti e del 50% di quelli valutati dimessi da reparti di postacuzie;
- il tasso di ospedalizzazione di ricoveri ordinari non chirurgici afferenti all'allegato B del Patto della Salute (Intesa Stato -Regioni del 3.12.2009) rispetto al tasso di ospedalizzazione delle regioni bench-mark;
- il numero di ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche per persone ultra 65 anni e con degenza eguale o superiore a dodici giorni, con l'obiettivo di una riduzione del 40% rispetto al 2010;
- il numero di giornate di ricovero per patologia presso i reparti di postacuzie, per tipologia di MDC (D.G.R. n. 13- 1439 del 28.01.2011 e s.m.i.);
- il numero dei pazienti con il codice Bianco e Verdi non ospedalizzati presso il pronto soccorso dal 118.

Affinché il Distretto assuma quindi un ruolo forte, che svolga anche funzioni di coordinamento di una più complessa ed articolata rete dei servizi territoriali, nonché costituisca punto di riferimento per il cittadino e luogo "naturale" di integrazione socio-sanitaria, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale, occorre che espletati concretamente tutte le funzioni di cui alla D.G.R. n. 80-1700 dell'11/12/2000. A tal fine si rende necessario realizzare le seguenti azioni:

1. rafforzare il ruolo del Distretto individuandolo come il soggetto unico responsabile per le azioni organizzative a supporto dell'assistito e, come tale, l'interlocutore specifico del medico convenzionato da un lato e del presidio ospedaliero dall'altro;
2. creare, presso il Distretto, un unico Nucleo Distrettuale di continuità delle cure che prenda in carico tutti i pazienti del Distretto per la realizzazione dei percorsi integrati di cura, ne monitori la realizzazione attraverso modalità che permettano di conoscere in tempo reale le varie fasi del processo, e abbia sempre conoscenza dello status dei propri assistiti;

3. attivare presso ciascun presidio ospedaliero un Nucleo Ospedaliero di continuità delle cure in grado di colloquiare con la centrale operativa del 118 da un lato e con il Nucleo Distrettuale di continuità assistenziale dall'altro;

4. creare un sistema informativo a supporto del Nucleo Distrettuale di continuità assistenziale e del Nucleo Ospedaliero di continuità assistenziale che accompagni il paziente nei vari percorsi assistenziali cui accede in modo da garantire le informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete e che, quindi, permetta la tracciabilità in tempo reale dei passaggi da un setting ad un altro;

5. la definizione di una serie di protocolli tra il 118, il presidio ospedaliero e il Distretto, sulla base dei criteri precedentemente nominati. Questi protocolli saranno basati sulle linee guida internazionali, nazionali e regionali adattate alla necessità di creare una catena di cura e un'appropriatezza clinica ed organizzativa;

6. realizzare una banca dati regionale che, utilizzando i dati del sistema informativo di cui al punto 4, permetta al Distretto la conoscenza dell'intero percorso di continuità delle cure usufruito dai propri assistiti, indipendentemente dal luogo delle cure.

Considerato quanto sopra illustrato, si ritiene necessario che le Aziende Sanitarie Regionali procedano alla modifica della propria organizzazione per la realizzazione concreta della funzione di continuità assistenziale. A tal fine si propone il modello organizzativo descritto nell'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento che dovrà costituire la base di riferimento per la definizione di una proposta specifica organizzativa da parte delle singole Aziende Sanitarie. La proposta sarà oggetto di valutazione da parte regionale per la verifica di coerenza con gli indirizzi regionali in materia.

Premesso quanto sopra, il relatore propone alla Giunta Regionale di recepire il documento contenente la proposta di cui all'Allegato A al presente provvedimento, quale modello organizzativo per la presa in carico del paziente a livello territoriale da parte dell'ASL.

La Giunta Regionale, udito il relatore,

vista la D.G.R. n. 44- 1615 del 28.02.2011 e s.m.i.,

vista la D.G.R. n. 45-1981 del 29.04.2011,

vista la D.D. n. 425 del 9/06/2011,

a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

- di approvare, per un percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale, il modello organizzativo descritto nell'allegato A, corredato dai relativi allegati, al presente provvedimento del quale ne costituisce parte integrante e sostanziale;

- di stabilire che le Aziende Sanitarie Regionali predispongano specifica proposta organizzativa per la realizzazione del percorso di cui al punto precedente. La proposta dovrà essere formulata con riferimento al modello organizzativo di cui all'Allegato A al presente provvedimento del quale ne

costituisce parte integrante e sostanziale e dovrà tenere conto delle indicazioni metodologiche/operative descritte in premessa al presente provvedimento;

- di stabilire che le proposte organizzative formulate dalle singole ASR saranno oggetto di valutazione da parte regionale per la verifica di congruità con gli indirizzi regionali in materia e costituiranno successivamente oggetto di modifica dei singoli atti aziendali da parte delle ASR, secondo quanto previsto dalla D.G.R. n. 80-1700 dell'11.12.2000;

- di dare mandato alla Direzione Sanità – Settore Organizzazione dei Servizi sanitari ospedalieri e territoriali – di adottare i necessari atti, per l'attuazione del presente provvedimento e per la creazione di un sistema informativo per la gestione “on line” dei pazienti in continuità assistenziale, che accompagni il paziente nei vari percorsi assistenziali cui accede, in modo da garantire le informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ALLEGATO A

PERCORSO INTEGRATO DI CONTINUITÀ DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO ALL'INTERNO DELLA RETE DEI SERVIZI PER INTERVENTI DI TIPO SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE: MODALITÀ OPERATIVE.

Tenuto conto che elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori, di seguito si descrive il modello organizzativo per garantire all'utente un percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale:

Fase ospedaliera:

1. Valutazione precoce, al momento del ricovero, di eventuali criticità di dimissioni del paziente. La valutazione è effettuata nei reparti ospedalieri da parte del reparto stesso, mediante la somministrazione dell'indice di Brass (Allegato A.1).

L'indice di BRASS è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile.

E' auspicabile l'utilizzo dell'indice di Brass anche in fase di Pronto Soccorso per le situazioni clinico-sociali problematiche nel caso di passaggi reiterati.

2. Attivazione immediata da parte del reparto, in caso di indice di Brass superiore a 10, del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure attraverso la compilazione di una scheda (allegato A.2) riassuntiva dei bisogni di continuità assistenziale rilevati anche a seguito della valutazione multidimensionale del paziente (valutazione aspetti clinici, riabilitativi, assistenziali e sociali).

La dimissione pianificata assicura la continuità delle cure e inizia con l'identificazione dei pazienti a rischio di incontrare i problemi dopo la dimissione. Mentre in Italia non sono molto diffusi strumenti di screening validati per identificare i bisogni dei degenti alla dimissione, nei paesi anglosassoni viene utilizzata la Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS), una scala di screening del rischio che può essere usata fin dall'inizio del ricovero, per identificare i pazienti che necessitano di un piano di dimissione.

La scala di BRASS prevede un numero limitato di caratteristiche, che si sono dimostrate predittive sulla necessità di attivare servizi a supporto della dimissione pianificata. La scala di BRASS può essere considerata uno strumento



di scrematura per aiutare gli operatori a sviluppare interventi di continuità assistenziale appropriati e in modo tempestivo.

3. Prima della dimissione: il Nucleo identifica di concerto con il Distretto di appartenenza del paziente , competente e responsabile per la definizione e attuazione del progetto individuale, il percorso di cura post-dimissione coerente con i bisogni individuati (attraverso la condivisione di cartella socio-sanitaria informatica di presa in carico, comunicazione tramite fax o comunicazione via e-mail, o contatto telefonico o incontri d'équipe dedicati). Al fine dell'identificazione del percorso, in tempo utile prima della dimissione, il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure trasmette al Distretto la fotografia completa dei bisogni del paziente utilizzando la scheda di cui al punto A.2 aggiornata. L'identificazione dei bisogni comprende anche eventuali necessità di fornitura di ausili , fornitura diretta di farmaci, presa in carico socio-assistenziale ed attivazione di cure domiciliari in tutti i setting previsti.

Il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure assicura la funzione presso ciascun Presidio ospedaliero e la relativa struttura organizzativa è composta dalla figura infermieristica e dall'assistente sociale, Il nucleo si avvale altresì dell'apporto del clinico competente in base al progetto individuale del paziente e riferisce al Direttore sanitario di Presidio .

Il suddetto Nucleo deve segnalare al Distretto anche i trasferimenti presso altre strutture ospedaliere (esempio: reparti di post-acuzie) .

Il percorso post- dimissione deve essere comunicato al paziente ed all'erogatore del servizio , nell'ambito del progetto individuale. Una volta individuato un percorso congruo in grado di dare risposte adeguate ai bisogni del paziente, lo stesso deve essere seguito a garanzia anche di un appropriato utilizzo dei vari setting di cura. Nel caso in cui il paziente non accetti di seguire il percorso identificato attraverso la valutazione multidimensionale dei suoi bisogni, questa evenienza deve essere segnalata alla Direzione Sanitaria di presidio che provvederà alla raccolta dei dati relativi per la successiva trasmissione alla Direzione Generale di ASL ed alla Regione, al fine di valutare l'eventuale introduzione di specifici indicatori.



Fase territoriale

La realtà territoriale presenta attività molteplici atte a rispondere ai bisogni sanitari e socio-sanitari degli utenti.

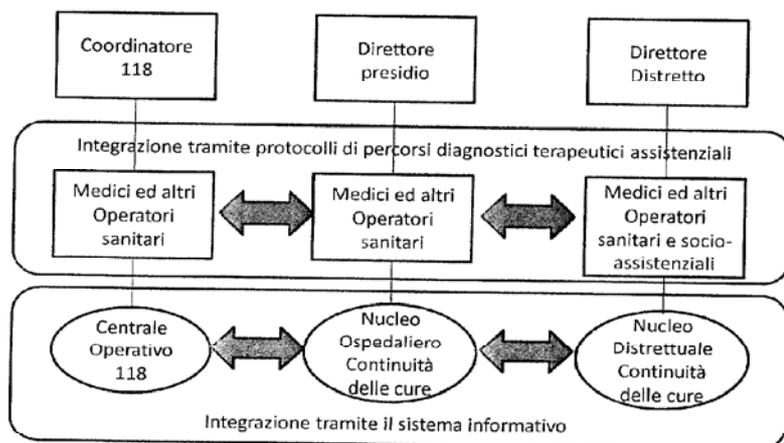
Attualmente esistono modalità diverse per l'accesso alle varie offerte territoriali e, quindi, risulta fondamentale individuare un unico momento organizzativo che utilizzi il principio della multidimensionalità - analisi e ricerca di soluzioni per tutti i problemi presenti nelle tre dimensioni clinico, funzionale e sociale dei soggetti da assistere - .

Ciascuna Direzione Generale di ASL individua ed attiva all'interno di ciascun Distretto il Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure composto da medico di distretto, infermiere, assistente sociale dell'area socio-assistenziale, integrato di volta in volta dal medico di medicina generale o PLS dell'assistito, ed eventuali servizi territoriali o specialistici.

Il Nucleo, ricevuta la segnalazione dal corrispondente Nucleo Ospedaliero con l'utilizzo della modulistica di cui all'Allegato A.2 o comunicazione informatica, identifica di concerto con il medesimo Nucleo Ospedaliero il percorso di cura post-dimissione coerente con i bisogni individuati, la tempistica e le risorse da attivare, nell'ambito del progetto individuale.

Il percorso di cura post-dimissione si realizza attraverso la rete delle risposte di tipo sanitario e socio-sanitario erogabili anche a livello domiciliare (cure domiciliari nelle varie fasi o livelli di intensità) previa l'attivazione delle unità valutative territoriali (UVG, UVMD) per le rispettive competenze.

L'organizzazione a seguito delle azioni sopra indicate potrebbe essere raffigurata nel modo seguente:



Una responsabilità organizzativa chiara utilizzando e rafforzando le funzioni già esistenti con un sistema informativo specifico. Eventuale delega per le funzioni socio-assistenziali.



Per la realizzazione di questo modello organizzativo è necessario descrivere i compiti delle singole funzioni e dei relativi responsabili.

Funzione organizzativa: Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure

Compiti della funzione a tendere:

- Interoperabilità con le altre funzioni/centrale operativa attraverso un sistema informativo che registri ogni accesso e metta in relazione la varie fasi del percorso di cura in cui è inserito il paziente, con la storicizzazione dei percorsi;
- realizzazione di un sistema informativo che registri ogni accesso, tramite PS o RO, in grado di preallertare il Distretto in tempi sufficientemente ampi da garantire la predisposizione della rete di cura territoriale.

Azioni per ottenere il cambiamento:

- Creazione di un sistema informativo/ico adeguato allo scopo (con una interoperabilità con i sistemi dell'emergenza e quelli territoriali), centrato sui percorsi e luoghi di cura, univoco e tracciabile da tutti i livelli sanitari, che risponda anche a quanto previsto dai flussi informativi ministeriali
- Formazione di tutti gli operatori interessati all'utilizzo di criteri di individuazione delle priorità in ingresso e in previsione di dimissione.
- Protocolli di azione da seguire nella fase di dimissione con accompagnamento del paziente dalla fase ospedaliera a quella territoriale, anche con la presentazione del case manager territoriale che prenderà in carico il paziente.



Funzione organizzativa: Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure

Compiti a tendere della funzione che riassume quelle esercitate dalla C.O.C.A :

- interoperabilità con le altre funzioni/centrale operativa attraverso un sistema informativo che registri ogni accesso e metta in relazione la fase del percorso di cura in cui è inserito il paziente, con la storicizzazione dei percorsi;
- realizzazione storicizzazione dei percorsi in quanto elemento cruciale per un'analisi multidimensionale non tanto e non solo della cura quanto del contesto in cui questa si colloca per verificarne l'appropriatezza. La storicizzazione dei percorsi permette una più puntuale programmazione da parte dell'ASL.

Azioni per ottenere il cambiamento:

- Creazione di un sistema informativo/ico adeguato allo scopo (con una interoperabilità con i sistemi dell'emergenza e quelli ospedalieri) centrato sui percorsi e luoghi di cura, univoco e tracciabile da tutti i livelli sanitari.
- Formazione di tutti gli operatori interessati all'utilizzo di criteri di individuazione delle priorità in previsione di accettazione dei pazienti in dimissione secondo i diversi luoghi di cura di destinazione (a partire dal solo intervento del MMG, alle cure domiciliari, alla riabilitazione, alle case di cura, ecc.) e secondo intensità delle cure previste.
- Interazione effettiva dei livelli delle cure secondo le intensità, per una appropriata destinazione delle multiproblematicità (dal livello di esclusiva assistenza sanitaria, come al punto precedente, al livello di integrazione socio sanitaria, attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale/UVG per altri tipi di interventi anche estensivi, come lungoassistenza domiciliare o semiresidenzialità o residenzialità).



Responsabile della funzione organizzativa: Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure

DIRETTORE DI DISTRETTO

Compiti della funzione a tendere:

- garante del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse ai percorsi assistenziali dei pazienti ;
- governo del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure,
- realizzazione rapporti con i vari Direttori sanitari di presidio per la stesura condivisa di percorsi assistenziali , che si svolgano in modo unitario per garantire la continuità assistenziale ospedale/ospedale e ospedale/territorio, per evitare inefficaci ed inefficienti duplicazioni di servizi e favoriscano la razionalizzazione dei servizi e la loro accessibilità;
- monitoraggio del funzionamento dei percorsi assistenziali,
- governo dei processi organizzativi di cura territoriale,
- monitoraggio della qualità e dei costi diretti e indiretti delle prestazioni dei fornitori delle cure (emergenza, ospedale, territorio) ,
- individuazione sistemi di integrazione interistituzionale ,
- negoziazione con pool di fornitori selezionati sulla base di precisi criteri funzionali ai bisogni rilevati e alla qualità attesa,
- analisi e valutazioni su percorsi e tipologia di cure per gruppi di popolazione con confronti fra i diversi territori per proporre strategie aziendali innovative,
- analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione per garantire percorsi assistenziali con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale,
- realizzazione dei programmi di attività annuali locali,
- realizzazione rapporti con gli amministratori locali, le forze sociali e le associazioni dei cittadini per la partecipazione alla verifica delle prestazioni rese.

Azioni per ottenere il cambiamento:

- revisione atto aziendale che preveda il Distretto forte inteso come soggetto che sovraordini i processi produttivi interni e rivesta il ruolo di cliente per i fornitori esterni selezionati in ordine a criteri definiti ed espliciti (fornitori che possono essere anche modificati in relazione alla soddisfazione dei criteri stessi),



- formazione ed attivazione del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure ,
- individuazione dei livelli produttivi prioritari con cui coordinare le esigenze economico organizzative con quelle cliniche; in modo particolare occorrono alcuni riferimenti chiave che convogliano nelle specifiche cliniche la produzione secondo le esigenze individuate a livello distrettuale e che siano riferimenti per la valutazione in termini di efficacia clinica ,
- gestione del budget e dei sistemi incentivanti/disincentivanti a livello locale
- attivazione e gestione di tavoli di confronto con le parti sociali per la valutazione delle prestazioni rese alla popolazione
- individuazione, ai fini programmatori, di una modalità organizzativa che preveda i direttori dei vari distretti e dei dipartimenti di riferimento clinico quale componente permanente e, in presenza di specifiche tematiche, i direttori di altri dipartimenti interessati per materia,
- stesura condivisa con i vari Direttori sanitari di presidio di percorsi assistenziali per garantire la continuità assistenziale ospedale/ospedale e ospedale/territorio.

Responsabile della funzione organizzativa: Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure

DIRETTORE DI PRESIDIO OSPEDALIERO

Compiti della funzione a tendere:

- Governo dei processi organizzativi ospedalieri in ordine alla massimizzazione dell'efficienza, dell'uso delle risorse strumentali e delle tecnologie, oltre che delle risorse umane.
- Coordinamento della dipartimentalizzazione ospedaliera per un'efficienza del sistema, parallelo all'incremento della qualità delle cure, individuando parimenti core business differenziati secondo la tipologia di ospedale .
- Governo del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure.
- Rapporti con i vari Direttori di Distretto e Direttori sanitari di presidio per la stesura condivisa di percorsi assistenziali , che si svolgano in modo unitario per garantire la continuità assistenziale ospedale/ospedale e ospedale/territorio, per evitare inefficaci ed inefficienti duplicazioni di servizi e favoriscano la razionalizzazione dei servizi e la loro accessibilità.
- Monitoraggio del funzionamento dei percorsi assistenziali.



7/

- Monitoraggio, analisi e valutazione della produzione in relazione all'efficacia e alla qualità delle cure rese per essere attrattivi nei confronti dei distretti .
- Gestione del budget ospedaliero con partecipazione alla definizione degli obiettivi dipartimentali e dei servizi non dipartimentalizzati.
- Governo dei sistemi organizzativi di comunicazione e di umanizzazione delle cure.
- Attivazione di momenti di confronto e negoziazione con i distretti in ordine alla tipologia delle prestazioni richieste.

Azioni per ottenere il cambiamento:

- formazione ed attivazione del Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure ,
- stesura condivisa con i vari Direttori sanitari di presidio di percorsi assistenziali per garantire la continuità assistenziale ospedale/ospedale e ospedale/territorio,
- individuazione dei livelli produttivi con cui coordinare le esigenze economico organizzative con quelle cliniche; in modo particolare occorrono alcuni riferimenti chiave che convogliano nelle specifiche cliniche la produzione secondo le esigenze individuate a livello distrettuale e che siano riferimenti per la valutazione in termini di efficacia clinica.



BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS)

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato

<p>Età (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56- 64 anni 2 = 65- 79 anni 3 = 80 anni e più</p> <p>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione) 0 =Vive col coniuge 1 =Vive con la famiglia 2 =Vive da solo con il sostegno della familiare 3 =Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 =Vive solo senza alcun sostegno 5 =Assistenza domiciliare/residenziale</p> <p>Stato funzionale (ogni opzione valutata) 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 = Utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p>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 5 =Comatoso</p> <p><i>*sfere: spazio, tempo, luogo e sè</i></p>	<p>Modello comportamentale (ogni opzione valutata) 0 = Appropriato 1 = Wandering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro</p> <p>Mobilità (una sola opzione) 0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula</p> <p>Deficit sensoriali (una sola opzione) 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi</p> <p>Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione) 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = Uno negli ultimi 3 mesi 2 = Due negli ultimi 3 mesi 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione) 0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici</p> <p>Numero di farmaci assunti (una sola opzione) 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci</p> <p>PUNTEGGIO TOTALE _____</p>
<p>Punteggio</p> <p>0-10 rischio basso</p> <p>11-19 rischio medio</p> <p>maggiore o uguale a 20 alto rischio</p>	<p>Indice di rischio</p> <p>Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.</p> <p>Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione.</p> <p>Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni</p>



**SCHEDA RIASSUNTIVA DEI BISOGNI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
UTILIZZATA ESCLUSIVAMENTE PER I PAZIENTI CON INDICE DI BRASS
SUPERIORE A 10**

Cognome e nome

Data e luogo di nascita

Indirizzo /Residenza / recapiti telefonici:

Domicilio (se diverso dalla residenza)

Medico di medicina generale (e recapito telefonico)

FASE 1 : i campi sono compilati a cura del reparto ospedaliero. A compilazione avvenuta la scheda è trasmessa al NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) per il suo successivo invio al Distretto per la parte di competenza.

RICOVERATO PRESSO IL REPARTO DI :

DAL :

PROVENIENTE DA : CASA - LAVORO - ALTRO OSPEDALE - RSA - ALTRA REGIONE
CON 118

APR:

APP

INDICE DI BRASS:

PROFILO DI AUTONOMIA SECONDO INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

	A Totale incapacità a compiere azioni (anche con aiuto)	B Necessità di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)	C Richiede aiuto moderato (per portare a termine il compito)	D Richiede aiuto minimo e supervisione passiva	E Totale indipendenza	Valutazione prima dell'attuale ricovero
Igiene personale	0	1	3	4	5	

Fare il bagno	0	1	3	4	5
Mangiare	0	2	5	8	10
Usare il WC	0	2	5	8	10
Fare le scale	0	2	5	8	10
Vestirsi	0	2	5	8	10
Controllo urine	0	2	5	8	10
Controllo alvo	0	2	5	8	10
Camminare	0	3	8	12	15
Trasferimenti	0	3	8	12	15
Carrozzina	0	1	3	4	5
Totale(0/100)					

*compilare solo se incapace di camminare

> La tabella seguente indica i livelli di dipendenza con i relativi carichi assistenziali

Categorie	Punteggi totali indice Barthel modificato	Livello di dipendenza
1	0-24	TOTALE
2	25-49	SEVERA
3	50-74	MODERATA
4	75-90	LIEVE
5	91-99	MINIMA

CONDIZIONI DI VITA/SUPPORTO SOCIALE

> COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE :
(indicare se sono presenti minori/persone disabili/persone con problemi comportamentali)

> PERSONA INDICATA COME CAREGIVER (che si potrà prendere cura della persona assistita al rientro a domicilio)

Figlio/a :	Tel:	per ore
Coniuge:	Tel:	per ore
Badante(già assunta)	Tel:	per ore
Altre figure	Tel:	Per ore

<p>> CONDIZIONE LAVORATIVA:</p> <p><input type="checkbox"/> In pensione</p> <p><input type="checkbox"/> Inabilità lavorativa/disoccupato</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore dipendente</p> <p><input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo</p> <p><input type="checkbox"/> Studente</p>	<p>> STATI DI DIPENDENZA DA SOSTANZE</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuna dipendenza</p> <p><input type="checkbox"/> Seguito dal SERT/CAT per :</p> <p><input type="checkbox"/> Non seguito al SERT/CAT ma in stato di dipendenza da:</p>
<p>> SITUAZIONE ABITATIVA CRITICA</p> <p><input type="checkbox"/> Soggetto senza fissa dimora/ straniero senza permesso di soggiorno</p> <p><input type="checkbox"/> Sfratto in corso</p> <p><input type="checkbox"/> Domiciato in alloggio affollatoe/o con barriere architettoniche</p>	<p>> DIRITTI PREVIDENZIALI</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità civile accertata</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità civile richiesta</p> <p><input type="checkbox"/> Invalidità civile da richiedere</p> <p><input type="checkbox"/> Unità Valutativa Multidimensionale eseguita</p> <p><input type="checkbox"/> UVM richiesta ma ancora da eseguire</p>



<input type="checkbox"/> Residente in comunità	eeguire
<input type="checkbox"/> Residente in altro comune/provincia/regione	<input type="checkbox"/> UVM mai richiesta

Prima ipotesi di Piano di dimissione da attivare durante la degenza
<input type="checkbox"/> Dimissione ordinaria
<input type="checkbox"/> Educazione-istruzione del paziente e della famiglia/badante
<input type="checkbox"/> Attivazione dell'Assistenza Domiciliare programmata o integrata
<input type="checkbox"/> Attivazione del servizio di cure palliative
<input type="checkbox"/> Attivazione del servizio sociale territoriale con segnalazione per attivazione di centro diurno, CSM, SERT, CAT.. ecc..)
<input type="checkbox"/> Richiesta di ricovero in struttura di riabilitazione e/o lungodegenza
<input type="checkbox"/> Ricovero in posti di continuità assistenziale previa richiesta di UVM

FASE 2 : i campi sono compilati a cura del Distretto. A compilazione avvenuta la scheda è restituita al NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) che provvederà a metterla a disposizione del reparto presso il quale è ricoverato il paziente.

<p>NOTIZIE DAL MMG</p> <p>Utente dimesso dal presidio ospedaliero che ritorna in DEA dopo 7-15 gg di permanenza a domicilio per</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riacutizzazione di patologia <input type="checkbox"/> Insorgenza di nuova patologia <p>Utente in fase avanzata di malattia</p> <p>NOTIZIE DAL SERVIZIO SOCIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> In carico al servizio sociale territoriale <p>UTENTE IN CARICO ALLA GERIATRIA TERRITORIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Con PAI per lungoassistenza domiciliare <input type="checkbox"/> In attesa di PAI per lungoassistenza <input type="checkbox"/> In attesa di residenzialità <p>NOTIZIE DAI SERVIZI DI CURA DOMICILIARI</p> <p>Già in carico al servizio di cure domiciliari :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> SID <input type="checkbox"/> ADI



FASE 3 : i campi sono compilati a cura del reparto presso il quale è ricoverato il paziente. A compilazione avvenuta la scheda è restituita al NOCC (Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure) che provvederà ad inviarla al Distretto – Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure -.

PROFILO DI AUTONOMIA: INDICE DI BARTHEL MODIFICATO

	A Totale incapacità a compiere azioni (anche con aiuto)	B Necessità di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)	C Richiede aiuto moderato (per portare a termine il compito)	D Richiede aiuto minimo e supervisione passiva	E Totale indipendenza	data
Igiene personale	0	1	3	4	5	
Fare il bagno	0	1	3	4	5	
Mangiare	0	2	5	8	10	
Usare il WC	0	2	5	8	10	
Fare le scale	0	2	5	8	10	
Vestirsi	0	2	5	8	10	
Controllo urine	0	2	5	8	10	
Controllo alvo	0	2	5	8	10	
Camminare	0	3	8	12	15	
Trasferimenti	0	3	8	12	15	
Carrozzina *	0	1	3	4	5	
Totale(0/100)	→	→	→	→	→	

*compilare solo se incapace di camminare

➤ La tabella seguente indica i livelli di dipendenza con i relativi carichi assistenziali

RICOVERATO PRESSO S.C. DAL

CON DIAGNOSI MEDICA

.....

SINTESI CLINICA

.....

.....

TERAPIA DA PROSEGUIRE ALLA DIMISSIONE

.....

.....

.....

Medico di riferimento tel

Data e firma

Medicazioni	ACCESSI VENOSI / elastomeri CVC tipo posizionato il CVP tipo posizionato il Elastomero:
Ausili già in uso a domicilio prima dell'attuale ricovero, presenti già a domicilio(a) da richiedere (b) Richiesti in corso di ricovero (c) <input type="checkbox"/> letto articolato <input type="checkbox"/> sponde <input type="checkbox"/> materasso antidecubito <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> solleva persone	Dolore <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Dolore episodico improvviso presente <input type="checkbox"/> Dolore episodico improvviso assente <input type="checkbox"/> Necessita <input type="checkbox"/> non necessita di terapia antidolorifica <input type="checkbox"/> VAS :

Karnosky	ECOG	Descrizione
100	0	Capace di condurre una normale attività e una normale vita di relazione, senza alcuna restrizione
90		
80	1	Capace di condurre una attività lavorativa leggera, in grado di affrontare cure ambulatoriali
70		
60	2	Incapace di compiere una attività lavorativa, capace di accudire a se stesso e di affrontare cure ambulatoriali, in riposo assoluto per meno del 50% delle ore diurne
50		
40	3	Limitato nell'accudire alla propria persona, costretto al letto per più del 50% delle ore diurne
30		
20	4	Totalmente costretto al letto, incapace di accudire a se stesso, necessita di continua assistenza.
10		

Piano di dimissione	
<input type="checkbox"/>	Dimissione ordinaria
<input type="checkbox"/>	Educazione-istruzione del paziente e della famiglia/badante
<input type="checkbox"/>	Attivazione dell'Assistenza Domiciliare programmata o integrata
<input type="checkbox"/>	Attivazione del servizio di cure palliative
<input type="checkbox"/>	Attivazione del servizio sociale territoriale con segnalazione per attivazione di centro diurno, CSM, SERT, CAT.. ecc..)
<input type="checkbox"/>	Richiesta di ricovero in struttura di riabilitazione e/o lungodegenza
<input type="checkbox"/>	Ricovero in posti di continuità assistenziale previa richiesta di UVM

