

ASST DI CREMA

**PROGETTO
PER LA ATTIVAZIONE DI POSTI
SPERIMENTALI DI DEGENZA DI COMUNITA'
O POLIVALENTI AD ALTA ROTAZIONE O
SUB ACUTI**

**PRESSO LE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIE DI RSA
O CURE INTERMEDIE
DELL' AMBITO TERRITORIALE DELLA ASST DI CREMA**

Vers 01 - luglio 2018

Sommario

ELEMENTI DI CONTESTO	5
ATTIVITA' E SITUAZIONE.....	5
NECESSITA'	6
OPPORTUNITA'	6
OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO	7
ELEMENTI FAVOREVOLI DEL PROGETTO	7
MODALITA' ATTUATIVE	8
IPOTESI 1: LA DEGENZA SUB ACUTI	9
IPOTESI 2: LA DEGENZA DI COMUNITA' O I POSTI POLIVALENTI AD ALTA ROTAZIONE.....	11
REGOLAMENTAZIONE DEL SOGGIORNO DI COMUNITA'	11
REQUISITI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI TECNOLOGICI SPECIFICI DEL SOGGIORNO DI COMUNITA'	18
PERCORSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DEGENZA DI COMUNITA'.....	26
IL PROGETTO EVOLVE NELLA INTEGRAZIONE DEL SOGGIORNO DI COMUNITA' NELLA RETE DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI (PRESST E POT)	27
LA DEGENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO NELLA RSA.....	27
MONITORAGGIO DELLA DEGENZA COMUNITA'	27

ELEMENTI DI CONTESTO

Al fine di applicare i principi declinati dalla L.R. 23/2015 è stata eseguita una analisi della situazione Sanitaria, Socio-sanitaria e Sociale del Distretto, anche in relazione agli altri Distretti della ATS. Le risultanze sono di seguito rappresentate.

ATTIVITA' E SITUAZIONE

1. l'attività sanitaria della ASST è distribuita sul territorio con quattro Poliambulatori specialistici (Crema, Castelleone, Socino e Rivolta d'Adda);
2. sono presi in carico tutti i pazienti terminali (circa 300/anno) grazie alla U.O. Cure Palliative, integrata da una convenzione con la Fondazione Benefattori Cremaschi che garantisce l'hospice;
3. sono presi in carico nel territorio senza istituzionalizzazione quasi tutti i pazienti psichiatrici;
4. sono attive convenzioni tra diversi Comuni e ASST per assistenza infermieristica ad anziani con difficoltà a raggiungere i centri sanitari;
5. l'ASST svolge assistenza specialistica domiciliare per pazienti allettati, non deambulanti;
6. sono attivi in circa metà dei Comuni punti o attività di prelievo;
7. l'unità di valutazione multidimensionale UVMD ed erogatori pattanti assolvono alle necessità dei pazienti non deambulanti con servizi di assistenza domiciliare integrata e la continuità delle cure post acute Ospedale/Territorio;
8. è attiva una convenzione con Comunità Sociale Cremasca per facilitare la presa in carico integrata del soggetto fragile e della sua famiglia;
9. è stato attivato uno Sportello Welfare in collaborazione con l'associazione di volontariato AUSER per facilitare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi;
10. sono attive convenzioni con molti Comuni per attività amministrative di scelta e revoca del MMG o PLS in occasione di cessazioni o subentri;
11. sono attivati n. 22 posti letto di subacuti presso la Fondazione di Soncino a gestione integrata con il presidio Ospedaliero.
12. Per dare applicazione ai principi della L.R. 23/2015 la ASST ha implementato il nuovo modello organizzativo **per garantire la presa in carico dei pazienti cronici** con attivazione del Centro Servizi.

Si evidenzia altresì che sussistono notevoli disallineamenti di risorse tra i distretti della ATS sia nel settore sanitario che sociosanitario e sociale.

L'analisi è stata condotta attraverso:

- mappatura dell'offerta tramite incontri individuali con le dirigenze delle singole RSA al fine di rilevare le attività erogate e le attività potenziali ma non erogate per mancanza di accreditamento o contrattualizzazione;
- mappatura del bisogno tramite incontri con l'Ufficio di Piano e con i servizi sociali comunali, tramite verifiche di numerosità e tipologia di richieste di prestazioni residenziali, semiresidenziali, domiciliari e tramite confronti in ambito di percorsi di dimissioni protette
- mappatura della situazione delle dimissioni dal presidio ospedaliero per acuti che registra in casi sempre crescenti situazioni di allungamento della degenza per motivi "sociali" o di ricovero di situazioni urgenti

esclusivamente sociali in attesa della attivazione delle misure di protezione e delle soluzioni temporanee e definitive;

NECESSITA'

L'analisi ha messo in evidenza le seguenti necessità:

1. **disponibilità di posti letto territoriali per agevolare le dimissioni ospedaliere**; cronica carenza di disponibilità di posti a valle della degenza per acuti evidenziate fra l'altro dalla costante necessità di ampliamento dei posti letto per acuti durante il periodo autunnale ed invernale (DGR 7406 del 20.11.2017);
2. **presa in carico tempestiva della dimissione dall'acuto** del cittadino che dopo avere risolto le problematiche sanitarie, residuano prevalenti bisogni sociali; accede al Pronto Soccorso e poi è ricoverato presso l'Ospedale per acuti con degenza impropria in attesa della attivazione delle soluzioni temporanee o definitive che i servizi sociali organizzano in tempi non brevi;
3. **trattamento delle urgenze, siano esse sociosanitarie che sociali** per sopperire alla incapacità di molte famiglie di farvi fronte;
4. trattamento del sollievo per alleviare il peso delle famiglie provate da lunghe assistenze domiciliari;
5. necessità di trasformare posti letto di RSA/IDR generici in posti letto qualificati/specializzati (Vegetativi, SLA, Alzheimer);
6. necessità di autorizzazioni per posti letto in solvenza;
7. necessità di organizzare modelli integrati di presa in carico di pazienti cronici e/o non autosufficienti nei loro percorsi di vita;
8. necessità di potenziare i trattamenti per minori affetti da disturbi socio educativi/affettivi/comportamentali.

Il complesso delle esigenze indicate è stato fatto proprio anche dai Sindaci del Cremasco e rappresentate una Nota all'Assessore al Welfare.

OPPORTUNITA'

Si rileva la disponibilità presso le RSA/Cure Intermedie del territorio la disponibilità di Posti Letto fruibili per le necessità di cui sopra - senza necessariamente effettuare spese strutturali - la cui attivazione come **subacuti o degenza di comunità o posti polivalenti ad alta rotazione** favoriscano sia la dimissione dall'ospedale che la gestione delle urgenze sociosanitarie e/o sociali.

Il concetto di **degenza di comunità o posti polivalenti** pone una immediata necessità di definirli "sperimentali" necessitando di una analisi approfondita e specifica su come affrontare il problema di garantire i requisiti assistenziali e tariffari, atteso che questa fattispecie non è presente nel portafoglio regionale.

E' opinione condivisa che queste azioni siano l'applicazione territoriale dell'Art. 6 punto 2 della LR 23/2015 garantendo pari accessibilità dei cittadini a tutti gli erogatori pubblici e privati e garantendo altresì parità di diritti e doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROGETTO

Questo progetto si pone come una **PRIMA RISPOSTA** ad alcune delle **necessità** sopra evidenziate, ma con la peculiarità di rivolgersi a situazioni che nella pratica quotidiana **non trovano una collocazione** nei setting territoriali esistenti proponendosi anche come modalità organizzativa di tutela di situazioni particolari e di maggiore garanzia di accessibilità.

Prevede:

1. la attivazione di posti di **degenza di comunità o posti polivalenti ad alta rotazione o in subordine subacuti** che favoriscano sia la dimissione dall'ospedale che la gestione di alcune situazioni critiche sociosanitarie e sociali consentendo:
 - in via prioritaria la presa in carico tempestiva di soggetti che, degenti presso l'ospedale per acuti, appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti spesso da patologie croniche che non necessitano di alta intensità di cure o di diagnostica ad elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura **clinica che sociale**, essere ancora adeguatamente trattati a domicilio; necessitano di un setting di assistenza a minore intensità che non trova soluzione nei setting esistenti rimanendo ricoverato presso l'Ospedale per acuti con degenza impropria in attesa della attivazione delle soluzioni temporanee o definitive che i servizi sociali organizzano in tempi non brevi;
 - la presa in carico tempestiva della dimissione dall'ospedale per acuti del cittadino che dopo avere risolto le problematiche sanitarie, residuano prevalenti bisogni socio-sanitari e sociali; spesso è in attesa di inserimento in RSA a fronte di una valutazione multidimensionale già effettuata dalla UVMD e con punteggio superiore ad un limite definito;
 - **trattamento delle urgenze, siano esse sociosanitarie che sociali**, che pervengono all'Ospedale, con opportune valutazioni e definizione di criteri e valutazione della UVMD, per sopperire alla incapacità di molte famiglie di farvi fronte;

ELEMENTI FAVOREVOLI DEL PROGETTO

1. Disponibilità di posti letto presso le strutture RSA e Cure Intermedie del territorio;

MODALITA' ATTUATIVE

Possono essere attuati posti di Sub Acute o Degenza di Comunità/posti polivalenti.

Si fa riferimento alle disposizioni attuative contenute nella **DGR 7406 del 20.11.2017** che può essere utilizzata quale documento principale di riferimento.

La scelta di optare per una soluzione sperimentale di attivare **posti letto di degenza di comunità posti polivalenti anziché di Cure Sub Acute** sarebbe dettata dai seguenti elementi:

- a) orientamento ad un target di minore complessità assistenziale rispetto alle sub acute e più coerente con gli standard assistenziali delle strutture socio assistenziali del territorio (richiede minori risorse organizzative per la gestione);
- b) maggiore coerenza al target di popolazione con caratteristiche anche di tipo sociale;
- c) minore costo (tariffa intermedia fra retta RSA e tariffa SubAcuti);

Attuazione

1. **Convenzione** con strutture sanitarie e unità d'offerta **sociosanitarie di RSA o cure intermedie** che mettono a disposizione ulteriori posti in **degenze di comunità o per subacuti**;
2. La ATS verifica con la ASST la presenza sul proprio territorio di strutture sanitarie di ricovero e di unità di offerta sociosanitarie (RSA e cure intermedie) accreditate disponibili ad attivare i posti letto di degenza per subacuti o di comunità e provvedono a individuare le strutture idonee tenendo conto della prossimità territoriale e della tipologia di prestazioni richieste;
3. Sulla base dei dati storici la ASST con la ATS definisce l'entità dei posti letto di degenza subacuta o di comunità: il numero dei posti letto necessari, la data di attivazione, il periodo di attivazione, l'unità d'offerta sociosanitaria;
4. La ATS sottoscrive, con le unità d'offerta individuate e la ASST che gestisce l'utilizzo dei posti letto, un protocollo negoziale in cui sono indicati i posti letto messi a disposizione, il periodo o periodi di attivazione delle degenze, il numero massimo di pazienti accoglibili e le modalità di rendicontazione. Il Protocollo negoziale può essere sottoscritto con la sola ASST che si fa carico di gestire l'utilizzo dei posti letto e conseguentemente la ripartizione del budget per competenza di afferimento (sanitario, sociosanitario, sociale);
5. In fase attuativa, la ATS, cui compete l'attività di vigilanza e controllo è costantemente aggiornata sull'utilizzo dei posti.
6. Con la sottoscrizione del protocollo, la ASST si impegna per tutto il periodo di attivazione dei posti di degenza per subacuti ad utilizzare prioritariamente tali posti per i pazienti eligibili provenienti dal PS o da altri reparti, collaborando nella gestione della presa in carico dei pazienti e facendosi carico degli eventuali rientri in ospedale che si dovessero rendere necessari per ragioni cliniche o al termine del periodo attuazione della soluzione organizzativa;

Modalità di rendicontazione e remunerazione

Le modalità di rendicontazione devono essere definite all'interno del protocollo negoziale sottoscritto tra le parti, secondo le indicazioni tecniche fornite da ATS.

IPOTESI 1: LA DEGENZA SUB ACUTI

Requisiti e criteri di accesso per i posti letto di degenza per subacuti

Le strutture sanitarie e le unità d'offerta sociosanitarie (RSA e cure intermedie) devono garantire sui posti accreditati temporaneamente destinati a degenze per subacuti, il rispetto dei seguenti requisiti:

- i requisiti minimi previsti dalla DGR n. 1479/11 allegato A, precisando che qualora i posti letto siano contigui o interni ad un reparto di degenza per acuti o di RSA/cure intermedie, i requisiti organizzativi generali e i requisiti strutturali possono essere assolti estendendo e condividendo le soluzioni tecniche e organizzative e i protocolli già presenti, purché adeguati alla diversa tipologia di utenza;

- per i posti letto di degenza per subacuti effettivamente attivati e occupati dovrà essere inoltre garantita:

1. assistenza medica giornaliera ai degenti;
2. guardia medica attiva h24;
3. effettuazione presso la struttura di degenza degli esami ematochimici di base;
4. effettuazione degli ulteriori esami diagnostici necessari presso la ASST del PS/DEA/EAS inviante.

Pazienti presi in carico

- soggetti che, degenti presso l'ospedale per acuti, appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti spesso da patologie croniche che non necessitano di alta intensità di cure o di diagnostica ad elevata tecnologia e che necessitano di un periodo di preparazione alla dimissione al domicilio e che non possono, per motivi sia di natura **clinica che sociale**, essere ancora adeguatamente trattati a domicilio; necessitano di un setting di assistenza a minore intensità che non trova soluzione nei setting esistenti rimanendo ricoverato presso l'Ospedale per acuti con degenza impropria in attesa della attivazione delle soluzioni temporanee o definitive che i servizi sociali organizzano in tempi non brevi;
- pazienti dimessi dall'ospedale per acuti che dopo avere risolto le problematiche sanitarie, residua prevalenti bisogni sociali; spesso è in attesa di inserimento in RSA a fronte di una valutazione multidimensionale già effettuata dalla UVMD e con punteggio superiore ad un limite definito;
- la presa in carico tempestiva della dimissione dall'ospedale per acuti del cittadino che dopo avere risolto le problematiche sanitarie, residuano prevalenti bisogni socio-sanitari e sociali;
- **trattamento delle urgenze, siano esse sociosanitarie che sociali**, che pervengono all'Ospedale, con opportune valutazioni e definizione di criteri e valutazione della UVMD, per sopperire alla incapacità di molte famiglie di farvi fronte; questo percorso integra il percorso dei "ricoveri d'urgenza" in condizioni di fragilità sociosanitaria e assistenziale già previsto dagli accordi territoriali(*);

(*) situazioni eccezionali relative a soggetti di norma ultrasessantacinquenni, in condizioni di dipendenza totale, con compromissioni sanitarie croniche non necessitanti di ricovero ospedaliero, che improvvisamente si trovino prive del necessario sostegno assistenziale e/o in un contesto abitativo altamente inidoneo. (es. assenza totale o mancanza improvvisa del caregiver; danni irreparabili all'abitazione in assenza di rete familiare di supporto).

Fatta salva la possibilità di accordi tra le strutture interessate che possano ampliare i criteri di accesso, fornendo adeguate garanzie rispetto all'assistenza erogata, l'invio dei pazienti alle degenze per subacuti temporaneamente attivate presso strutture sanitarie e sociosanitarie è possibile solo nei casi in cui siano rispettati tutti i seguenti criteri:

- diagnosi accertata;
- prognosi definita;
- necessità di assicurare, attraverso dimissioni protette, la continuità assistenziale a pazienti presi in carico presso il pronto soccorso o altri reparti ospedalieri purché sufficientemente stabilizzati;
- per le degenze attivate presso unità d'offerta sociosanitarie, età > 64 anni
- consenso informato del paziente.

L'invio dei pazienti è, inoltre, subordinato ai seguenti parametri clinico-assistenziali:

- assenza di trattamento con farmaci in infusione continua;
- superamento dell'instabilità cardio-respiratoria e della necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio:
 - assenza di condizioni di rischio per crisi iper/ipotensive
 - assenza di condizioni di rischio per aritmie minacciose o che possano indurre instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive);
- respiro autonomo da più di 48 ore, anche se con ossigenoterapia, con:
 - SaO₂ > 95% (in pazienti con preesistente BPCO, SaO₂ > 90%)
 - PO₂ > 60 mmHg
 - CO₂ < 45 mmHg;
- assenza di insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete scompensato) o multiorgano;
- assenza di sepsi, definita come la presenza di:
 - infezione sospetta o accertata
 - danno d'organo acuto (insufficienza respiratoria, ipotensione, piastrinopenia, insufficienza epatica o renale, stato soporoso)
- mantenimento di adeguati parametri idroelettrici e metabolici con nutrizione enterale (per os, sondino naso-gastrico o PEG);
- assenza di disturbi psichiatrici non controllati;
- assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici;
- assenza di trattamento dialitico in corso.

Non costituisce criterio di esclusione la presenza di decadimento cognitivo purché in assenza di disturbi del comportamento non controllati.

IPOTESI 2: LA DEGENZA DI COMUNITA' O I POSTI POLIVALENTI AD ALTA ROTAZIONE

Attivazione di posti presso le strutture sociosanitarie disponibili.

Requisiti essenziali

1. Apertura h 24/ 365 gg anno
2. Standard delle RSA o Minimo 1000 Minuti di assistenza settimanale raggiungibili con mix di personale infermieristico e OSS; presenza di almeno 1 infermiere h/24; STD di RSA
3. Medico 5h/die per 6gg su 7;
4. Reperibilità medica diurna e notturna (**)
5. Attivazione della Continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva;

(**) Può essere la stessa della struttura sanitaria in cui è inserito il soggiorno di comunità se il numero di degenti è complessivamente inferiore /uguale a 50 ed è previsto l'accesso della Continuità assistenziale;

REGOLAMENTAZIONE DEL SOGGIORNO DI COMUNITA'

Sommario

1. **IL SOGGIORNO DI COMUNITA'**
2. **OBIETTIVI DEL SOGGIORNO DI COMUNITA'**
3. **SOGGETTI PRESI IN CARICO: dettaglio**
4. **CRITERI DI ESCLUSIONE DALLA DEGENZA COMUNITA'**
5. **FUNZIONI DEL SOGGIORNO DI COMUNITA'**
6. **REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITA'**
7. **MODALITA' DI ACCESSO ALLA DEGENZA DI COMUNITA'**
8. **ACCESSO DIRETTO DA REPARTO OSPEDALIERO**
9. **CRITERI DI ACCESSO ALLA DEGENZA DI COMUNITA' DALL' OSPEDALE**
10. **ACCESSO DIRETTO DA PARTE DEL MMG**
11. **CRITERI DI ACCESSO ALLA DEGENZA DI COMUNITA' DAL DOMICILIO (MMG)**
12. **PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE PRESSO LA DEGENZA DI COMUNITA'**
13. **MODALITA' DI GESTIONE DEL SOGGIORNO DI COMUNITA' IN REPARTO**
14. **DOCUMENTAZIONE SANITARIA SOGGIORNO DI COMUNITA'**
15. **GESTIONE ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA**

Allegato A – SCHEDA VALUTAZIONE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE PER INSERIMENTO IN SOGGIORNO DI COMUNITA'

Allegato B SCHEDA VALUTAZIONE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE PER INSERIMENTO IN SOGGIORNO DI COMUNITA' DAL DOMICILIO (MMG)

Allegato C INFORMATIVA PER L'ACCESSO ALL'OSPEDALE DI COMUNITA' CONSENSO INFORMATO

1. IL SOGGIORNO DI COMUNITA'

Il soggiorno-degenza di Comunità garantisce, quale elemento innovativo, l'assistenza in **regime residenziale** di natura medico-infermieristica a quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di alta intensità di cure o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

Il soggiorno-degenza di Comunità favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e valorizza il ruolo del Medico di Medicina Generale e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie e intermedie. Tale ambito assistenziale si colloca a pieno titolo nella rete dei servizi territoriali ed è da considerarsi quale **domicilio allargato**.

La tipologia di assistenza erogata possiede, pertanto, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali sub acuti (SA), domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di

forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno elemento fondamentale della rete di assistenza territoriale.

E' una struttura con un numero limitato di p.l. in cui l'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, assistenziale e la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al **Gestore della struttura nella quale è inserita** che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Possono essere previsti soggiorni diurni per esecuzione di accertamenti e/o terapie con osservazione e degenza con una media prevedibile di poche notti (di norma 1-5 gg).

In questa prima fase l'accesso avverrà dall'Ospedale per acuti. Successivamente l'accesso potrà avvenire anche dal domicilio o dalle strutture residenziali nel contesto della gestione della cronicità per gestire le riacutizzazioni,

2. OBIETTIVI DEL SOGGIORNO DI COMUNITA'

In questa prima fase concorre a gestire la dimissione dall'Ospedale per acuti:

- soggetti che, degenti presso l'ospedale per acuti, appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti spesso da patologie croniche che non necessitano di alta intensità di cure o di diagnostica ad elevata tecnologia e che necessitano di un periodo di preparazione alla dimissione al domicilio e che non possono, per motivi sia di natura **clinica che sociale**, essere ancora adeguatamente trattati a domicilio; necessitano di un setting di assistenza a minore intensità che non trova soluzione nei setting esistenti rimanendo ricoverato presso l'Ospedale per acuti con degenza impropria in attesa della attivazione delle soluzioni temporanee o definitive che i servizi sociali organizzano in tempi non brevi;
- pazienti dimessi dall'ospedale per acuti che dopo avere risolto le problematiche sanitarie, residua prevalenti bisogni sociali; spesso è in attesa di inserimento in RSA a fronte di una valutazione multidimensionale già effettuata dalla UVMD e con punteggio superiore ad un limite definito;
- la presa in carico tempestiva della dimissione dall'ospedale per acuti del cittadino che dopo avere risolto le problematiche sanitarie, residuano prevalenti bisogni socio-sanitari e sociali;
- **trattamento delle urgenze, siano esse sociosanitarie che sociali**, che pervengono all'Ospedale, con opportune valutazioni e definizione di criteri e valutazione della UVMD, per sopperire alla incapacità di molte famiglie di farvi fronte; questo percorso integra il percorso dei "ricoveri d'urgenza" in condizioni di fragilità sociosanitaria e assistenziale già previsto dagli accordi territoriali(*);

Successivamente potrà:

- Gestire le riacutizzazioni dei pazienti cronici fornendo un'alternativa di cura e assistenza, prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, riducendo il ricorso al Pronto Soccorso e quindi i tempi e/o l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri;
- Gestire cicli diurni di: terapie, pacchetti di prestazioni con osservazione infermieristica e possibilità di assistenza medica del MMG;

3. SOGGETTI PRESI IN CARICO: dettaglio

Prende in carico pazienti residenti in Regione Lombardia o, se senza fissa dimora, con ultima residenza in Regione Lombardia:

- o che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare).
- o che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa
- o che superata la fase acuta della malattia, risultano stabilizzati clinicamente, necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa NON RIENTRANTI nei criteri per Sub Acute (pz classe 1 SA)
- o dimessi da H per acuti chiaramente stabilizzati e rientranti nella classe 1 SA che devono eseguire accertamenti di controllo a brevissima distanza cronici con terapie continuative.
- o dimessi da H per acuti chiaramente stabilizzati e rientranti nella classe 1 SA che devono essere inseriti nelle RSA;
- o Paziente oncologico senza contesto familiare o con contesto familiare non in grado di assisterlo che per questi motivi non è preso in carico dalla UODCP;
- o Non costituisce criterio di esclusione la presenza di decadimento cognitivo purché in
- o assenza di disturbi del comportamento non controllati

4. CRITERI DI ESCLUSIONE DALLA DEGENZA COMUNITA'

Sono comunque esclusi, dall'accettazione in Degenza di comunità:

- o pazienti non residenti;
- o pazienti senza fissa dimora salvo pazienti con ultima dimora in regione Lombardia;
- o stranieri senza permesso di soggiorno;
- o soggetti psichiatrici e/o pazienti con patologie degenerative cerebrali che comportino un'assistenza diretta continua;
- o tutti i pazienti del Pronto Soccorso che dovranno essere prima stabilizzati nei reparti di competenza e/o nella breve osservazione da almeno 24 ore;
- o Pazienti che necessitino di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.
- o Pazienti in età pediatrica.
- o Pazienti oncologici con ciclo chemioterapico;
- o Pazienti nei quali l'indice BRASS indichi un valore superiore alla soglia stabilita;

5. FUNZIONI DEL SOGGIORNO DI COMUNITA'

- a) degenza nelle 24 ore, a gestione infermieristica (con presenza h 24) e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da Medici di medicina generale o Medici della Continuità Assistenziale;
- b) Apertura h 24/ 365 gg anno
- c) Minimo 1000 Minuti di assistenza settimanale raggiungibili con mix di personale infermieristico e OSS; presenza di almeno 1 infermiere h/24;
- d) Medico 5h/die per 6gg su 7; la domenica su pianificazione del MMG curante;
- e) Reperibilità medica diurna e notturna
- f) Attivazione della Continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva;
- g) attivazione su chiamata al n° 000000000 della Continuità Assistenziale (C.A.) del Distretto competente territorialmente (nelle ore di non presenza del Medico di turno) tutti i giorni dalle 20.00 alle ore 8.00, i prefestivi dalle ore 10.00 alle ore 20.00 e i festivi dalle ore 8.00 alle ore 20.00;
- h) consulenza specialistica garantita da Medici Specialisti ambulatoriali del POT nelle 12 ore;
- i) assistenza domiciliare integrata;
- j) attività diagnostiche di base disponibili anche per il territorio (radiologia e laboratorio/punto prelievi);

- k) assistenza farmaceutica e protesica prescritta dal MMG e fornita dall'ASL attraverso percorsi preferenziali;
- l) attivazione, ove necessario, del servizio 118 e Continuità Assistenziale da parte dell' IP nelle ore di non presenza del Medico di turno;
- m) attivazione del medico in disponibilità da parte dell'infermiere professionale di turno.

Il Gestore definisce regole per la registrazione delle presenze e degli interventi ed i flussi amministrativi.

6. REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITA'

La Regione attribuisce il Codice Presidio e Reparto e le modalità flusso.
In fase iniziale si applicano le stesse regole di registrazione delle Cure Sub Acute.

7. MODALITA' DI ACCESSO ALLA DEGENZA DI COMUNITA'

L'accesso alle strutture avviene inizialmente dalle strutture dell' ASST (reparti Ospedalieri).
La accettazione del paziente presso le strutture può avvenire in forme diverse di seguito indicate.

8. ACCESSO DIRETTO DA REPARTO OSPEDALIERO

I reparti ospedalieri possono inviare i pazienti direttamente, fermo restando il concetto di stabilità patologica del paziente, previo accordo telefonico con il Coordinatore della struttura e/o con il Medico in turno per i soggetti che presentino le necessità elencate di seguito.

9. CRITERI DI ACCESSO ALLA DEGENZA DI COMUNITA' DALL' OSPEDALE

Esempi di situazioni cliniche trattabili

- BPCO riacutizzati che abbiano già realizzato la fase acuta e che siano in trattamento terapeutico certo ai quali sia imprescindibile un iter protetto per la prosecuzione della terapia stessa.
- Pazienti ortopedici con fratture trattate ai quali sia stato già iniziato un trattamento fisioterapico e/o infusione/iniettivo da continuare in struttura protetta.
- Pazienti ortopedici con artropatie in fase infiammatoria ai quali sia stata impostata una terapia infusione/iniettiva.
- Pazienti chirurgici, già operati ed in fase di guarigione ai quali sia stato assegnato un trattamento terapeutico infusione/iniettivo comprese le medicazioni chirurgiche.
- Pazienti neurologici post ictus trattato ai quali sia stato già iniziato un trattamento fisioterapico e/o infusione/iniettivo da continuare in struttura protetta.
- Pazienti di reparti di medicina stabilizzati ai quali sia stato già iniziato un trattamento fisioterapico (FKT di prima istanza) e/o infusione/iniettivo da continuare in struttura protetta.
- Pazienti pre-cateterizzati cui necessita FKT per ginnastica vescicale.
- Pazienti sottoposti ad applicazione di pacemaker, stabilizzati e comunque dopo routine enzimatiche negative ed ECG negativi.
- Pazienti con squilibri metabolici già in trattamento e ai quali occorra il controllo della modulazione della terapia assegnata mediante analisi di laboratorio frequenti.
- Pazienti affetti da ipoalbuminemia e/o anemia ai quali sia stato assegnato un trattamento terapeutico impossibile da effettuare al domicilio del paziente.

- Pazienti ipertesi già in trattamento e ai quali occorra il controllo della modulazione della terapia mediante analisi di laboratorio frequenti e/o del controllo dei valori pressori giornalieri.

Vengono esclusi, in qualunque caso, tutti i soggetti indicati nel **Paragrafo 4.**

I soggetti non pertinenti dovranno seguire percorsi diversi al fine di provvedere, quando possibile ed in caso di necessità, alla loro sistemazione nelle RSA.

Per avviare la procedura i Responsabili dei reparti compileranno, assistiti dal Servizio Sociali Ospedaliero e dalla VMD la richiesta come segue:

- a) **Scheda SS01** (Scheda di valutazione della complessità assistenziale –**all. A-** e Indice BRASS); **Sono ammessi solo i pazienti classificati nella classe 1**
- b) la lettera di dimissione ospedaliera o il verbale di PS nella quale verrà indicata tutta la terapia assunta dal paziente e la relativa posologia e le patologie sofferte dal paziente;
- c) tutta la terapia necessaria per almeno sette giorni;
- d) eventuali materiali per medicazione avanzata;
- e) la eventuale scheda NAD (nutrizione artificiale domiciliare);
- f) l'eventuale piano terapeutico per farmaci ove necessario;
- g) l'eventuale piano terapeutico per la OTC;
- h) la documentazione clinica, comprese le copie di indagini strumentali e/o di laboratorio effettuate;

Oltre all'invio di quanto prima precisato, i Responsabili dei reparti ospedalieri indicano sulla Scheda **SS01** le proprie generalità ed il proprio recapito telefonico per eventuali richieste di ulteriori notizie cliniche.

La proposta di accesso diretto alla struttura avverrà tramite previo contatto telefonico tra i Responsabili dei reparti ospedalieri ed il Coordinatore e/o il Sanitario operante al momento nel **SdC** individuato che dovrà comunicare la disponibilità del posto letto (poi tramite FAX per la trasmissione della documentazione).

Si raccomanda, nell'interesse del paziente e per buona pratica, inviare tutta la documentazione (come da check-list- all. C). Tale invio è sotto la diretta responsabilità dell'inviante.

Il medico dell'SdC, provvede a valutare il paziente entro 6 ore dal suo ingresso.

Qualora la documentazione clinica inviata non sia conforme alla valutazione clinica diretta del paziente da parte del medico della struttura, l'inviante si rende disponibile a mettere in atto il trasferimento del paziente dal SdC al luogo di provenienza.

10. ACCESSO DIRETTO DA PARTE DEL MMG (fase 2)

Modalità attivabile successivamente: MMG possono inviare i pazienti direttamente, fermo restando il concetto di stabilità patologica del paziente, previo accordo telefonico con il Coordinatore della struttura e/o con il Medico in turno per i soggetti che presentino le necessità elencate di seguito.

11. CRITERI DI ACCESSO ALLA DEGENZA DI COMUNITA' DAL DOMICILIO (MMG)

- Pazienti scompensati per incostante assunzione della terapia precateterizzati cui necessita FKT per ginnastica vescicale.
- Terapia marziale assegnata dal MMG.
- Terapia infusione/iniettiva assegnata dal MMG per un periodo certo ma comunque non superiore ai venti giorni.
- FKT di mantenimento.
- Pazienti con flebite già in trattamento e ai quali occorra il controllo sanitario costante e diretto per un periodo certo ma comunque non superiore ai venti giorni.
- Pazienti con polmonite già in trattamento (post-acuto) e ai quali occorra il controllo radiografico e/o sanitario-infermieristico costante e diretto.

- Pazienti bisognosi di assistenza infermieristica costante.
- Pazienti con squilibri metabolici già in trattamento e ai quali occorra il controllo della modulazione della terapia mediante analisi di laboratorio frequenti.
- Pazienti ipertesi già in trattamento e ai quali occorra il controllo della modulazione della terapia mediante analisi di laboratorio frequenti e/o del controllo dei valori pressori giornalieri

Per avviare la procedura il MMG compilerà:

- a) **Scheda SS02** (Scheda di valutazione della complessità assistenziale –**all. B-** e Indice BRASS)
- b) la lettera di proposta di ricovero in SdC nella quale verrà indicata tutta la terapia assunta dal paziente e la relativa posologia e le patologie sofferte dal paziente;
- c) tutta la terapia necessaria per almeno sette giorni;
- d) l'eventuale piano terapeutico per farmaci ove necessario;
- e) l'eventuale piano terapeutico per la OTC;
- f) la documentazione clinica, comprese le copie di indagini strumentali e/o di laboratorio effettuate;
- g) compila la **Scheda SS03** Consenso informato

Oltre all'invio di quanto prima precisato, i MMG avranno cura di indicare sulla **Scheda SS02** le proprie generalità ed il proprio recapito telefonico per eventuali ulteriori richieste di notizie cliniche.

Si impegnano, altresì, a comunicare al paziente che la accettazione definitiva nell'OdC avverrà solo dopo che il medico di turno lo avrà valutato clinicamente, confermando l'avvenuta accettazione.

La proposta di accesso diretto avverrà tramite contatto telefonico tra il MMG ed il Coordinatore e/o il Sanitario operante al momento nell'uno o nell'altro SdC (poi tramite FAX per la trasmissione della documentazione).

12. PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE PRESSO LA DEGENZA DI COMUNITA'

Il Medico Accettante del Reparto di Comunità e la IP compilano il **PIANO ASSISTENZIALE INTEGRATO** del paziente.

Effettua, qualora impossibilitato alla valutazione congiunta, in alternativa, alla prevalutazione del paziente, verifica la presenza della **Scheda SS03 Consenso informato** o provvede alla acquisizione se mancante, apponendo la propria firma e la data, anche ai fini della corresponsione economica dell'accesso.

Si raccomanda, nell'interesse del paziente e per buona pratica, inviare tutta la documentazione (come da check-list). Tale invio è sotto la diretta responsabilità dell'inviante.

Il medico di turno, ricevuta la documentazione, la valuterà e contatterà l'inviante per comunicargli l'accettazione o la non accettazione del paziente.

Nel caso in cui il paziente venga accettato, tramite valutazione della documentazione inviata, questo può essere trasferito negli SdC dal lunedì al sabato entro le ore 17.00.

Qualora la documentazione clinica inviata non sia conforme alla valutazione clinica diretta del paziente da parte del medico della struttura, l'inviante si rende disponibile a mettere in atto il trasferimento del paziente dall'SdC al luogo di provenienza.

13. MODALITA' DI GESTIONE DEL SOGGIORNO DI COMUNITA' IN REPARTO

Al fine di favorire l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, e per valorizzare il ruolo del Medico di Medicina Generale questo è implicato in prima persona nel verificare, durante la

permanenza in SdC che il suo paziente riceva le cure appropriate, offrendo supporto ai medici MMG di turno nell' SdC.

14. DOCUMENTAZIONE SANITARIA SOGGIORNO DI COMUNITA'

Fino a disposizione contraria, durante il Soggiorno di Comunità deve essere compilata una scheda-diario del soggiorno con gli stessi requisiti previsti per la degenza nei reparti di Cure Sub acute che consenta di documentare la permanenza presso il reparto.

Si ribadisce l' importanza della presenza di tutti gli elementi fondamentali previsti dalle regole della documentazione sanitaria previste per la degenza sub-acuti.

Il medico curante ed il personale infermieristico è responsabile della completezza e della corretta tenuta della documentazione sanitaria. Alla dimissione il Medico provvede alla chiusura della documentazione, la Coordinatrice infermieristica ne verifica la completezza e procede alla archiviazione secondo le indicazioni temporali previste per la documentazione delle cure sub acute.

15. GESTIONE ATTIVITA' DI MEDICINA NECROSCOPICA

Fino a disposizione contraria si applicano le procedure adottate per le Cure Sub Acute

Requisiti strutturali, organizzativi tecnologici specifici del soggiorno di comunità

Nella **degenza di Comunità** la responsabilità clinica del paziente è affidata al Medico di Medicina generale e/o Continuità Assistenziale in turno presso le strutture per le funzioni loro attribuite (redigere il PAI, provvedere alla attuazione del PAI, presa in carico come definiti in dettaglio).

La responsabilità del piano assistenziale è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale in tutte le fasce orarie. In questo specifico contesto assistenziale l'infermiere è chiamato quindi a svolgere una funzione di "case management".

Responsabilità:

- igienico-organizzative e gestionali: direzione sanitaria del soggetto gestore;
- assistenziali mediche: MMG, Medico Continuità, specialista
- assistenziali infermieristiche: infermiere
- altri ruoli: dei ruoli dei soggetti afferenti

Requisiti

- Apertura h 24/ 365 gg anno
- Standard RSA o Minimo 1000 Minuti di assistenza settimanale raggiungibili con mix di personale infermieristico e OSS; presenza di almeno 1 infermiere h/24;
- Medico 5h/die per 6gg su 7
- Reperibilità medica diurna e notturna (**)
- Attivazione della Continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva;

(**) Può essere la stessa della struttura sanitaria in cui è inserito il soggiorno di comunità se il numero di degenti è complessivamente inferiore /uguale a 50 ed è previsto l' accesso della Continuità assistenziale;

Tabella dei Requisiti strutturali, organizzativi, tecnologici,specifici del soggiorno di comunità

Requisiti minimi autorizzativi per le attività di SOGGIORNO DI COMUNITA'		
	Requisiti Organizzativi Specifici	Si/no
OS-SDC-XX	Esistono accordi formalizzati e procedure di raccordo con la Centrale della Continuità assistenziale del POT-PreSST o con un Centro servizi?	
OS-SDC-XX	L' assistenza medica nelle ore diurne è garantita per almeno 5 h die dal lun al sabato congruentemente con i programmi individuali di trattamento?	
OS-SDC-XX	E' garantita la reperibilità medica diurna e notturna? Può essere la stessa della struttura sanitaria in cui è inserito il soggiorno di comunità se il numero di degenti è complessivamente inferiore/uguale a 50 ed è previsto l' accesso della Continuità assistenziale	
OS-SDC-XX	Sono previsti accordi formali per l' attivazione della Continuità assistenziale notturna, prefestiva e festiva?	
OS-SDC-XX	È prevista la figura del coordinatore medico delle attività?	
OS-SDC-XX	E' nominato un Responsabile sanitario della struttura?	
OS-SDC-XX	Il personale medico è preferibilmente è in possesso di una delle specializzazioni di cui alla tabella A del DM 30 gennaio 1998 (area medica e delle specialità mediche) ad esclusione delle specializzazioni afferenti all'area materno infantile, alla psichiatria, alla neuropsichiatria infantile ed alla medicina dello sport?	
OS-SDC-XX	L' assistenza è garantita h 24 per 365 gg /anno con Minimo di 1000 Minuti di assistenza settimanale per ospite raggiungibili con mix di personale infermieristico e OSS; va garantita la presenza di almeno 1 infermiere h/24	
OS-SDC-XX	E' prevista la figura del Coordinatore infermieristico del Soggiorno di Comunità?	
OSDMB07	La dotazione organica del personale addetto è rapportato al volume delle attività?	
OS-SDC-XX	Sono previsti protocolli organizzativi per la dimissione al domicilio che prevedono l' attivazione dei servizi sociali, del CEAD e delle RSA?	

OS-SDC-XX	E' previsto per ogni ospite un Piano assistenziale redatto da parte del MMG e della IP	
-----------	--	--

	Requisiti Strutturali Specifici	Si/no
OS-SDC-XX	È presente uno spazio per il deposito del materiale sporco?	
OS-SDC-XX	È presente uno spazio per il deposito del materiale pulito?	
OS-SDC-XX	È presente uno spazio per il deposito delle attrezzature?	
OS-SDC-XX	È presente uno spazio adibito a tisaneria?	
OS-SDC-XX	Nel Soggiorno di Comunità è presente uno spazio, o almeno degli armadi per il deposito dei farmaci e del materiale sterile?	
OS-SDC-XX	È presente uno spogliatorio per il personale ?	
OS-SDC-XX	È presente un defibrillatore?	
OS-SDC-XX	È presente un carrello per la gestione delle emergenze?	
OS-SDC-XX	È presente un pallone tipo Ambu per la respirazione assistita?	
OS-SDC-XX	È presente un impianto per l'ossigeno (oppure una bombola di ossigeno) con relativo erogatore e flussometro?	
OS-SDC-XX	È dotata di impianto per il vuoto (ottenuto anche tramite aspiratore elettrico)?	
OS-SDC-XX	I letti tecnici sono ubicati in locali strutturati in modo da garantire il rispetto della privacy dell'utente ed un adeguato comfort di tipo alberghiero?	
SSDMB06	Esiste almeno un servizio igienico ogni 4 posti tecnici?	
SSDMB07	Esiste un locale per visita e medicazioni?	
SSDMB08	Esiste un locale di lavoro per il personale di assistenza diretta?	
SSDMB011	Esiste uno spazio adibito a soggiorno?	
SSDMB016	Esistono servizi igienici per il personale, distinti da quelli per gli utenti?	
SSDMB18	Esiste un bagno assistito?	
SSDMB19	Esiste un impianto di illuminazione di emergenza?	
SSDMB20	Esiste un impianto di forza motrice con almeno una presa di alimentazione normale?	
SSDMB21	Esiste un impianto di chiamata con segnalazione acustica e luminosa?	
SSDMB24	Si dispone di un carrello per la gestione terapia?	
SSDMB25	Si dispone di un carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico?	

	Requisiti organizzativi generali	Si/no
OGCOM07	Esiste una cartellonistica ed una segnaletica in grado di orientare l'utente all'interno della struttura e verso l'uscita?	
OGCOM09	Esistono documenti per l'acquisizione del consenso informato?	
OGFAR02	Nel caso in cui non esista il servizio di farmacia, la struttura è dotata di arredi e attrezzature per il deposito e la conservazione dei medicinali, dei presidi medico-chirurgici, del materiale di medicazione e degli altri materiali di competenza?	
OGPAZ01	È adottato un documento in cui sono esplicitati la missione, gli obiettivi e l'organizzazione interna della struttura?	
OGPAZ02	La Direzione definisce annualmente il piano di lavoro, costituito da: a) la tipologia ed il volume di attività previste , b) il piano organizzativo?	
OGPCG02	La Direzione definisce le modalità con cui garantisce la continuità dell'assistenza al paziente in caso di urgenze od eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici)?	
OGPRO02	Sono predisposte con gli operatori delle linee guida, dei regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza , costo), informando il personale sull'esistenza di tali documenti che devono essere facilmente accessibili?	
OGPRO03a	Ogni unità organizzativa predispone una raccolta di regolamenti interni e linee guida, aggiornati per lo svolgimento delle procedure tecniche più rilevanti (selezionate per rischio, frequenza, costo), informando il personale sull'esistenza di tali documenti che devono essere facilmente accessibili?	
OGPRO03b	Presso ogni unità organizzativa sono a disposizione protocolli organizzativi inerenti la conservazione, gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, le procedure per il richiamo dei farmaci e dei dispositivi medici e prodotti diagnostici?	
OGPRO06	Sono predisposti documenti riguardanti i criteri e le modalità di accesso dell'utente?	

OGPRO07	Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di pulizia, lavaggio, disinfezione e sterilizzazione di tutti gli strumenti ed accessori?	
OGPRO08	Sono predisposti documenti riguardanti la pulizia e sanificazione degli ambienti?	
OGPRO09	Sono predisposti documenti riguardanti le modalità di compilazione , conservazione, archiviazione dei documenti comprovanti un'attività sanitaria?	
OGPRO12 OGPROSDC O12	Sono predisposti e a disposizione di tutti gli operatori , in ogni unità operativa , protocolli organizzativi inerenti le seguenti procedure: a) la gestione delle emergenze e/o delle evenienze cliniche più frequenti e di maggior gravità; b) il prelievo, la conservazione, il trasporto dei materiali organici da sottoporre ad accertamento; c) lo smaltimento dei rifiuti; d) le istruzioni operative di disinfezione e sterilizzazione e) la gestione dei farmaci?	
OGPRO14	Presso ogni unità operativa sono a disposizione di tutti gli operatori protocolli inerenti le modalità di compilazione, di archiviazione, di conservazione e di rilascio della documentazione clinica?	
OGPVF02	Tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente?	
OGPVF03	È predisposto un piano di formazione –aggiornamento del personale, con indicazione dei responsabili?	
OGPVF04	Sono normalizzate le modalità per favorire l'inserimento operativo del personale di nuova acquisizione?	
OGPVF05	Esiste un protocollo di inserimento adottato per tutti gli operatori inseriti nella struttura nel periodo considerato?	
OGRIC06	Il personale sanitario è in possesso dei requisiti richiesti per l'assunzione presso il Servizio Sanitario Nazionale (fatte salve le posizioni acquisite alla data del presente provvedimento)?	
OGRIC17	I rapporti contrattuali tra professionisti sanitari e strutture sanitarie pubbliche o private sono improntati a criteri di appropriatezza efficacia ed efficiente utilizzo delle risorse e non determinano, neppure in via indiretta, situazioni di conflitto di interesse, con riferimento ad aspetti sia economici che di beneficio per la progressione della qualifica e della carriera?	
OGRIC18	Nelle strutture per cui la legge lo prevede, è applicato il Codice Etico Comportamentale previsto dal decreto legislativo 231/2001?	
OGRIC23	Esiste un accordo formalizzato con una struttura di ricovero e cura dotata di PS, DEA o EAS per garantire nei tempi e nei modi appropriati il trattamento di eventuali complicanze e/o urgenze (di pertinenza nei casi in cui la struttura non è dotata di PS e/o di una U.O. Anestesia e Rianimazione)?	
OGSIC04	Esiste l'atto di nomina o il controllo del medico competente?	
OGSIC05	Esiste l'atto di nomina di un numero di soggetti adeguato alle caratteristiche della struttura , incaricati della prevenzione incendi, della lotta antincendio, dell'evacuazione e del piano di addestramento all'emergenza?	
OGSIC06	Esiste l'atto di nomina dei rappresentanti designati dai lavoratori per la sicurezza?	
OGTEC02	Esiste un intervento delle apparecchiature in dotazione?	
OGTEC03	Esiste un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature biomediche, documentato per ciascuna apparecchiatura?	

	Requisiti Strutturali Generali	Si/no
SGTE01	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antisismica?	
SGTE02	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione antincendio?	
SGTE03	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione acustica?	
SGTE04	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza elettrica e continuità elettrica?	
SGTE05	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza anti-infortunistica?	
SGTE06	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di igiene dei luoghi di lavoro?	
SGTE07	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti?	

SGTE08	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di eliminazione delle barriere architettoniche?	
SGTE09	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di smaltimento dei rifiuti?	
SGTE10	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di condizioni microclimatiche?	
SGTE11	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di impianti di distribuzione dei gas?	
SGTE12	Si è in possesso dei requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di materiali esplosivi?	

Allegato A –AL REGOLAMENTO SOGGIORNO DI COMUNITA'

SCHEDA VALUTAZIONE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE PER INSERIMENTO IN SOGGIORNO DI COMUNITA'

	SCHEDA VALUTAZIONE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE PER INSERIMENTO IN SOGGIORNO DI COMUNITA'	SS01-01 REV.1 22 Settembre 2014 Pag. di
Allegato A -Regolamento per l' accesso al Soggiorno di Comunità		

ID PAZIENTE

SCHEDA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE CON SCALA DI VALUTAZIONE			
Bisogno assistenziale- Funzione Cardiocircolatoria		Bisogno assistenziale- Funzione Respiratoria	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Parametri <3 rilevazioni die	2	Difficoltà respiratoria da sforzo lieve-mod.	2
Parametri >3 rilevazione die	3	Dispnea da sforzo grave	3
Scompenso cardiaco classe NYHA 1-2	2	Dispnea a riposo	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 3	3	Secrezioni abbondanti da broncoaspirare	4
Scompenso cardiaco classe NYHA 4	4	Tosse acuta/cronica	3
Peso corporeo giornaliero o plurisettimanale	3	Parametri <3 rilevazione die	2
Quantità urine	2	Parametri >3 rilevazioni die	3
		Ossigenoterapia	3
		Necessità di ventiloterapia notturna	3
		Presenza di tracheotomia	4
		Terapia con nebulizzazioni	3
Bisogno assistenziale-Medicazioni		Bisogno assistenziale- Alimentazione ed Idratazione	
Assenza di medicazioni	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Lesione da pressione o ulcera (stadio 1-2)	2	Prescrizione dietetica	2
Lesione da pressione o ulcera (stadio 3)	3	Necessità di aiuto per azioni complesse	2
Lesione da pressione o ulcera (stadio 4 o sedi multiple)	4	Necessità di aiuto costante nell'alimentarsi	3
Ferita chirurgica non complicata	2	Presenza di disfagia lieve	3
Ferita chirurgica complicata (deiscenza, infezione)	3	Presenza di disfagia moderata severa	4
Moncone di amputazione da medicare	3	Nutrizione enterale (SNG o PEG recente)	3
Ulcera da piede diabetico: ulcera vascolare, neuropatica	3		
Stomia recente da medicare	3		
Altre medicazioni complesse o sedi multiple	4		
Bisogno assistenziale- Eliminazione		Bisogno di assistenziale-Igiene e Abbigliamento	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Monitoraggio alvo	2	Necessità aiuto solo per igiene completa (bagno e doccia)	2
Necessità di clisma	3	Necessità aiuto cura anche per cura igienica parziale/vestirsi	3
Necessità di essere accompagnato al WC	3	Totale dipendenza/assenza di collaborazione	4
Gestione della stomia	3		
Presidi assorbenti solo di notte/pappagallo	2		
Incontinenza fecale/urinaria(utilizzo di presidi assorbenti 24h/24)	3		
Cateterismo durante il ricovero/a lunga permanenza	3		
Bisogno assistenziale- Movimento		Bisogno assistenziale- Riposo e Sonno	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Utilizza in modo autonomo presidi per movimento	2	Sonno indotto con farmaci	2
Necessita aiuto costante per la deambulazione	3	Disturbi del sonno	3
Mobilizzazione in poltrona e/o cambi posizione nel letto	3	Agitazione notturna costante	4
Necessità di utilizzare sollevatore	4		
Allettamento obbligato/immobilità nel letto	4		

Bisogno assistenziale- Comunicazione		Bisogno assistenziale- Ambiente Sicuro	
Senza aiuto/sorveglianza	1	Senza aiuto/sorveglianza	1
Difficoltà in forma lieve: vista e/o udito e/o linguaggio	2	Apparecchi medicali dal domicilio	2
Difficoltà in forma grave:vista e/o udito e/o linguaggio	3	Rischio caduta medio-alto	4
Deficit cognitivo lieve	2	Uso di mezzi di prestazione	4
Deficit cognitivo moderato	3	Attivazione assistente sociale	3
Deficit cognitivo grave	4	Educazione sanitaria del care-giver	2
Stato costante di apatia/agitazione/aggressività	4	Pianificazione dimissione con altre istituzioni	3
Terapie		Altri bisogni clinici	
Assenza di terapia	1	Assenza di altri bisogni clinici	1
Terapia solo orale 1 o 2 volte al giorno	2	Monitoraggio settimanale ematochimici	2
Terapia più di 2 volte die	3	Monitoraggio plurisettimanale ematochimici	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti ecc.) 1v/die	2	Necessità di consulenze specialistiche	3
Trattamento infusivo (antibiotici/elettroliti) più vv/die	3	Necessità di follow-up strumentale	3
Antibiotico in infusione continua	3	Necessità di fisioterapia di gruppo	2
Terapia infusione continua con inotropi, vasodilatatori	4	Necessità di fisioterapia individuale	3
Nutrizione parenterale totale	3	Comorbilità lieve (CIRS-C<3)	2
		Comorbilità severa (CIRS-C ≥ 3)	3
		Necessità di educazione sanitaria del paziente	2

Indice intensità assistenziale	1	2	3	4	Indice intensità Assistenziale Complessivo attribuibile
Funzione cardiocircolatoria					
Funzione respiratoria					
Medicazioni					
Alimentazione ed idratazione					
Eliminazione					
Igiene ed abbigliamento					
Movimento					
Riposo e sonno					
Interazione nella comunicazione					
Ambiente sicuro					
Terapia					
Altri bisogni clinici					

Data	Firma del Medico	Firma Infermiere

Alcune definizioni operative

L'indice di intensità assistenziale (IIA) che si ottiene utilizzando la scheda, determina il grado di dipendenza del paziente:

Indice 1: la persona è autonoma nel soddisfacimento del bisogno. Intensità assistenziale bassa.

Indice 2: dipendenza minima della persona. Intensità assistenziale medio bassa

Indice 3: dipendenza elevata della persona. Intensità assistenziale medio alta

Indice 4: forte grado di dipendenza o dipendenza totale. Intensità assistenziale alta.

Viene assegnato il valore per ogni bisogno assistenziale ed il valore assegnato con maggiore frequenza costituisce l'indice di intensità assistenziale. Nel caso vi sia un risultato di parità tra i valori attribuiti si assegna il valore più alto.

I casi con indice 2-3-4 sono esclusi dall' accesso al soggiorno di comunità

Allegato B AL REGOLAMENTO SOGGIORNO DI COMUNITA'

SCHEDA VALUTAZIONE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE PER INSERIMENTO IN SOGGIORNO DI COMUNITA' DAL DOMICILIO (MMG)

	SCHEDA VALUTAZIONE COMPLESSITA' ASSISTENZIALE PER INSERIMENTO IN SOGGIORNO DI COMUNITA' DAL DOMICILIO (MMG)	SS02 REV.1 22 Settembre 2014
Allegato B-Regolamento per l' accesso al Soggiorno di Comunità		

Cognome:.....Nome:.....

Luogo di nascita:Data di nascita:.....

Città: Via: CAP:

CHECK LIST	SI	NO
Il paziente è stato valutato dall'Assistente Sociale?		
È socialmente debole dimissione difficile senza fissa dimora		
È straniero senza permesso di soggiorno senza parenti prossimi identificabili		
Il paziente è stabile ?		
Ha gravi disabilità con limitata autonomia della persona		
È stato compilato l'indice Brass?		
È stata scritta la lettera di proposta per l'invio in SdC?		
È stata preparata la fotocopia del documento di riconoscimento valido?		
È stata preparata la fotocopia del tesserino Regionale valido?		
È stata preparata la fotocopia dell'eventuale cartellino di esenzione valido ?		
È stato indicato il nome del medico di MMG ed il suo recapito telefonico?		
È stato indicato il numero/i ed il nome/i del parente/i di riferimento o di un conoscente?		
È stata indicata la terapia e la posologia dei farmaci assunti dal paziente?		
È stato preparato il corredo farmacologico per almeno sette giorni?		
È stata preparata la copia dell'eventuale piano terapeutico Regionale?		
È stato preparato l'eventuale piano terapeutico OTC?		
È stata preparata la copia delle ultime analisi di laboratorio effettuate?		
È stata preparata la copia del referto delle ultime indagini strumentali effettuate?		
È stata compilata la scheda VAOR (se necessario)?		
E' stata compilata la scheda Consenso informato?		
E' stata compilata la scheda Dati clinici ?		

data

Firma leggibile del IP o Medico

	INFORMATIVA PER L'ACCESSO ALL'OSPEDALE DI COMUNITA' CONSENSO INFORMATO Allegato C -Regolamento per l' accesso al Soggiorno di Comunità	SS03 REV.1 22 Settembre 2014
--	--	---

INFORMATIVA PER L'ACCESSO ALL'OSPEDALE DI COMUNITA'
CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ domiciliato/a _____ in _____
via _____ tel. _____

dichiaro di essere stato/a informato/a in termini chiari e comprensivi del progetto assistenziale e terapeutico che mi è stato proposto presso il Soggiorno di Comunità, quale soggiorno (non ricovero) medicalmente assistito.

Sono stato/a informato/a altresì sull' organizzazione del Soggiorno di Comunità, la modalità programmata delle visite mediche effettuate dal mio Medico di medicina generale e la durata di soggiorno prevista dal piano assistenziale di ___ giorni.

Pertanto _____ **accenso** / _____ **non accenso**
di aderire al progetto propostomi.

Dichiaro di aver ben compreso quanto scritto in questo documento in tutti i suoi punti.

DATA DI ADESIONE AL CONSENSO INFORMATO/...../.....

FIRMA DELL'ASSISTITO

FIRMA MEDICO

Copia del consenso viene conservata in cartella.
In caso di dissenso viene archiviato dalla struttura

PERCORSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DEGENZA DI COMUNITÀ

Sulla base dei criteri di accesso pre-definiti (es. condizioni cliniche e/o sociali e logistiche del cittadino documentate nelle schede di valutazione adottate) che richiedono necessaria una osservazione infermieristica e una valutazione medica a breve, il paziente è ricoverato in letto di comunità.

- Medico compila la scheda di ammissione alla "degenza di Comunità"
- Medico predispose il **Piano Assistenziale** nella documentazione sanitaria
- Medico richiede consulenze agli specialisti della struttura
- Infermieri compilano il Piano Assistenziale nella documentazione sanitaria (diario infermieristico)

Per i pazienti che hanno già un PAI, si procede ad una modifica dello stesso. Tutte le prestazioni erogate, di norma rientranti nel PAI, sono eseguite in regime ambulatoriale.

Per la gestione del ricovero si utilizza un gestionale di reparto al fine registrare le giornate di degenza.

Si adotta la documentazione sanitaria in uso alle Cure Sub Acute e le regole di gestione dei ricoveri con emissione di una SDO a fini statistico epidemiologici e di tracciabilità.

PERCORSO DI VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DEGENZA DI COMUNITÀ'			
ATTIVITÀ'	CHI	QUANDO	STRUMENTI
Selezione dei pazienti appropriati per l' inserimento in struttura	Medico	Durante l' ambulatorio	Criteri di arruolamento
Proposta al paziente di degenza presso il reparto di comunità, informazione sui benefici attesi del percorso acquisizione del consenso;	Medico	Durante l' ambulatorio	
Colloquio con il caregiver familiare;			
Valutazione del paziente mediante verifica dei criteri di accesso;	Coordinatore Infermieristico	All' ammissione	Check-list di accesso ai letti di comunità Scheda valutazione complessità assistenziale
Accettazione del Paziente	Infermiere	All' ammissione	Inserimento in ADT Si utilizza ADT per semplicità. Consente di richiedere esami anche altri servizi del POT;
Rivalutazione medica e previsione della durata del ricovero	Medico	Entro 6 ore dall' ingresso del paziente	Programma Terapeutico
Ri-valutazione del paziente	Medico e Infermiere Cure sub-acute	All' arrivo in reparto	Istruzione Operativa per la gestione del programma assistenziale
Valutazione multidisciplinare dei bisogni clinici e assistenziali Definizione degli obiettivi	Medico e Infermiere	Entro 12 ore dall' ingresso	Programma assistenziale individuale integrato
Consulenza specialistica	Specialista del POT	Su richiesta del MMG, entro 24 h	Refertazione
Autorizzazione al trasferimento in sicurezza	Medico	Trasferimento	Trasporto
Pianifica dimissione e organizza contattando assistente sociali e servizi territoriali	Medico e Infermiere	Durante il Ricovero	
Lettera dimissione	Medico	Dimissione	
Redazione del programma socio-sanitario finalizzato alla dimissione protetta in equipe con l'Assistente sociale dedicato - istruzione del caregiver familiare in merito alla gestione e assistenza del paziente	Medico e infermiere	Al momento della Dimissione	Programma assistenziale individuale integrato Scheda C.I.R.S.S. MMSE
Validazione cartella clinica Compilazione SDO	Medico	Entro 7 giorni dalla dimissione	
Raccolta e conservazione della documentazione sanitaria	Coordinatrice IP	Post dimissione	

Il Progetto evolve nella Integrazione del Soggiorno di Comunità nella rete dei servizi ospedalieri e territoriali (PreSST e POT)

LA DEGENZA TEMPORANEA DI SOLLIEVO NELLA RSA

Nel panorama della continuità assistenziale si identificano anche **posti di "degenza temporanea" in RSA** resi disponibili in aggiunta ai posti attivi nelle varie forme previste dalla normativa.

E' questo un ambito che potrebbe rispondere alla esigenza di gestione di soggetti socialmente deboli o senza parenti prossimi identificabili che determinano dimissioni difficili dal reparto acuti, sub acuti o dal soggiorno di comunità; questi pazienti sono esclusi dall' accesso alle cure sub acute, normalmente sono esclusi dalle degenze di comunità e rischiano di rimanere un problema non risolto.

Il percorso utilizza disponibilità strutturali esistenti nel territorio.

Questo contesto si situa nella complessa riorganizzazione dei livelli di intensità di cura dell' area socio-assistenziale e anche della adozione di strumenti omogenei di rilevazione dei bisogni, del piano assistenziale e del carico assistenziale.

Trova un rationale nella riduzione delle giornate di degenza dei setting di degenza sanitaria a maggior costo e con diverso orientamento.

La dimostrazione documentale di questo beneficio in questa fase potrebbe essere difficile, mentre potrebbero essere agevoli indicatori di processo (tempi e appropriatezza di setting)
Per quanto non previsto nel presente documento si fa riferimento alle regole regionali applicate alle RSA.

MONITORAGGIO DELLA DEGENZA COMUNITA'

TABELLA N° RAPPORTO AZIENDA OSPEDALIERA - GESTORE DEL POT PRESTAZIONI IN SPERIMENTAZIONE					
SETTING	Oggetto del finanziamento	Strumenti di registrazione	Finanziamento	Flusso	NOTE
"Soggiorno di comunità"	Giornata di soggiorno/ degenza	Gestionale di ricovero "tipo sub acuti" con creazione di "presidio" e di "reparto" (Vantaggi: <ul style="list-style-type: none"> sistema disponibile, consolidato, genera una sdo, consente di prenotare ed erogare prestazioni per degenti erogate da soggetti diversi –costituisce una base dati indispensabile a identificare i consumi di risorse del soggiorno e i flussi di finanziamento verso soggetti diversi) Svantaggi: <ul style="list-style-type: none"> Non immediata applicabilità dei codici di dimissione ed inesperienza dei MMG all' utilizzo: sperimentare classificazione sintetica; Turni dei medici e Personale di assistenza: gestionale del personale Definire come gestire le prestazioni del MMG durante il soggiorno	A giornata di degenza	riconosce al gestore retta giornaliera in tempi stabiliti Precondizioni: Fissare budget Controlli: ATS verifica rispetto criteri ammissione	Flag "SDC"
AMBULATORIA LE: "PACCHETTO" e NON	Prestazioni ambulatoriali (anche durante il soggiorno)	Prescrizione SSR secondo regole vigenti Gestionale CUP con "flag" sulle prestazioni richieste	Ogni erogatore rendiconta secondo le regole 28 San le prestazioni ricomprese nel PAI		Flag "POT"
"Soggiorno RSA"	Giornata di soggiorno/ degenza	Rendicontazione giornate di degenza e ASST	A giornata di degenza	Asst riconosce al gestore retta giornaliera in tempi stabiliti Precondizioni: Fissare budget	Flag "SRSA"