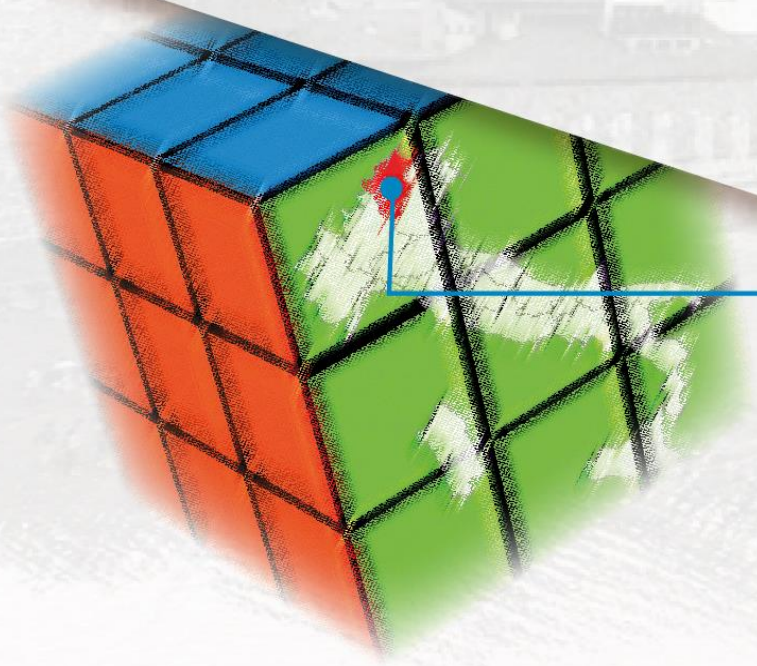
XX° CONGRESSO NAZIONALE CARD

IL DIST
LA SALUTE D

NELLA CURA, CON APPROPRIATE



«Integrazione Ospedali/Territorio:Continuità tra passato e futuro. Esperienza presso la Regione Piemonte- ASL AL»

Silvana Romano
Responsabile S.S. Percorsi Integrati Ospedali/Territorio ASL AL

LA CONTINUITA' delle CURE
E' UN PERCORSO

INTEGRAZIONE

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

PRESTAZIONI TERRITORIALI

PROGRESSIVA DEOSPEDALIZZAZIONE CON DIMISSIONI DI PAZIENTI

FRAGILI

COSA E' NECESSARIO GARANTIRE ?

UNA *PRESA IN CARICO* DEL PAZIENTE DA UN SETTING OSPEDALIERO A UN SETTING TERRITORIALE

ATTRAVERSO

- UN' *ATTENTA VALUTAZIONE* ASSISTENZIALE

- UNA *PUNTUALE PIANIFICAZIONE* DELLE OPERAZIONI NECESSARIE
  - a livello ORGANIZZATIVO: attivando i servizi territoriali
  - a livello ASSISTENZIALE: attivando i professionisti
  - a livello INFORMATIVO: orientando la persona e i famigliari

"FRAME WORK OPERATIVO"
della Continuità Assistenziale
Inteso come "un'architettura logica di supporto all'integrazione Ospedali/Territorio"…

...PROCESSO di presa in carico dei pazienti sui setting territoriali

Definendo:
- **Attori**
- **Ruoli**
- **Funzionamento generale**

"ATTORI E RUOLI"

- "Dirigente delle professioni Sanitarie" come Resp. della S.S. P.I.O.T.

-"Centrale Operativa Continuità Assistenziale: -2 Coordinatori
- 2 Infermieri
- 1 Amm.

- "Nuclei Integrati Ospedali/Territorio" : -componente sanitaria
-componente sociale

"FUNZIONAMENTO GENERALE"

- La "C.O.C.A." : funzioni di "cabina di regia" (sovrintende, guida, controlla, monitorizza, interagisce, attiva, autorizza,..)

-I "Nuclei Integrati Ospedali/Territorio": seguono tutte le fasi di Continuità Assistenziale secondo procedura organizzativa e strumenti (Scale e Schede) deliberati

-Strumenti: "Scheda di segnalazione Continuità Assistenziale" (da PP.OO. ASL AL e AO AL e MMG)
" Scheda di Valutazione Continuità Assistenziale"

I NUCLEI MULTIPROFESSIONALI per la presa in carico territoriale

presso L'ASL AL

Personale Medico
(del P.O., del Distr., del DSM, del SERD, MMG)

PAZIENTE

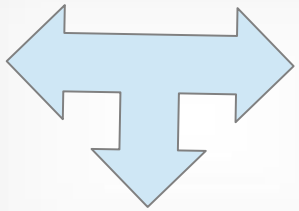
- dove
- quando
- come

Personale Infermieristico
(del P.O., del Distr., del DSM, del SERD)

Assistenti Sociali
(del P.O., degli Enti Gestori, del DSM, del SERD)

Per la presa in carico del paziente è necessaria un' èquipe multiprofessionale

Personale dell' Osped.



Personale del Distr./Terr.

INTEGRAZIONE
Ospedale/ Territorio

Presso l' ASL AL
" I NUCLEI INTEGRATI di VALUTAZIONE"
Del. ASL AL 995/2014

IMPORTANTE!

- ***I pazienti devono essere dichiarati dimissibili dai Clinici dei reparti ospedalieri***

- ***Il Nucleo Integrato Ospedale/Territorio valuta in modo organizzato e sistematico le necessità assistenziali della persona, in relazione ai bisogni attiva i servizi territoriali più idonei alla soddisfazione delle necessità.***

L'attenzione deve essere rivolta:

- Alla valutazione assistenziale
- Agli interventi erogabili dai Servizi Territoriali
- Ai tempi e ai modi di erogazione delle prestazioni assistenziali

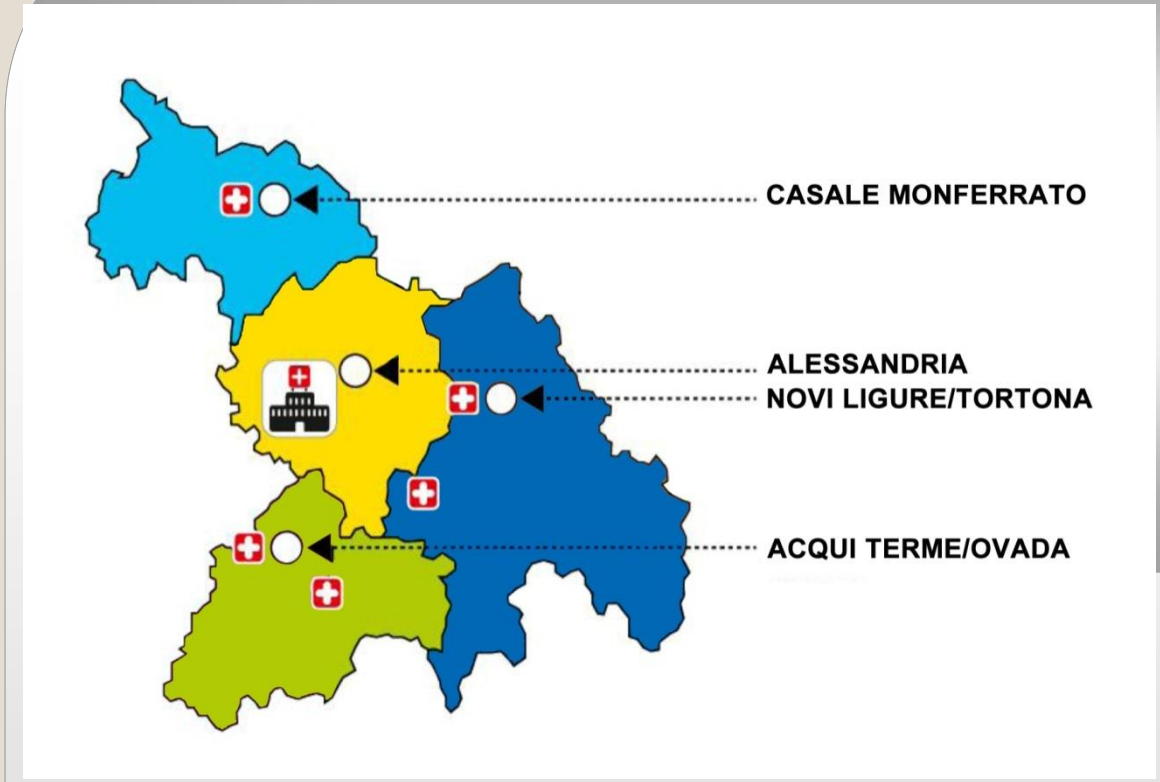
Per la presa in carico territoriale dei pazienti, i SERVIZI attivabili possono essere:

PRESTAZIONI A DOMICILIO:

- ADI/ADP
- UOCP
- In carico agli "Enti Gestori"

POSTI LETTO:

- C.A.V.S.
- HOSPICE
- Strutture



Presso l'ASL AL …..

I Presidi Ospedalieri

- Casale Monf.
- Novi Ligure
- Acqui Terme
- Tortona
- Ovada
- ASO Alessandria

I Distretti

- Alessandria-Valenza
- Acqui Terme/Ovada
- Casale Monferrato
- Novi Ligure/Tortona

I Reparti di degenza dei PP.OO. dell'ASL AL e dell' ASO di AL,i MMG, richiedono la "Continuità Assistenziale"

Inviano la segnalazione agli uffici di riferimento distrettuali

Attivazione del Nucleo Integrato di Valutazione entro 2 gg lavorativi

Quali STRUMENTI ?
(Del.ASL AL n.995/2014)

- *Scheda di Brass*
- *Scheda di segnalazione di Continuità Assistenziale*
- *Scheda di valutazione del Nucleo Integrato di valutazione*

BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS)

Età (una sola opzione)	
0	55 anni o meno
1	56 – 64 anni
2	65 – 79 anni
3	80 anni e più

Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)	
0	Vive con il / la coniuge
1	Vive con la famiglia
2	Vive solo o con sostegno familiare
3	Vive solo o con sostegno di amici / conoscenti
4	Vive solo senza alcun sostegno
5	Assistenza domiciliare integrata

Stato funzionale (ogni opzione valutata)	
0	Autonomo (indipendente 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 dei medicinali
1	Capacità di gestire il denaro
1	Fare acquisti
1	Utilizzo di mezzi di trasporto

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

**sfere: spazio, tempo, luogo e sè*

Modello comportamentale (ogni opzione valutata)	
0	Appropriato
1	Wandering (delirante)
1	Agitato
1	Confuso
1	Altro

Mobilità (una sola opzione)	
0	Deambula
1	Deambula con aiuto di ausili
2	Deambula con assistenza
3	Non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)	
0	Nessuno
1	Deficit visivi o uditivi
2	Deficit visivi e uditivi

Numero di ricoveri in DEA (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

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

Numero di farmaci assunti (una sola opzione)	
0	Meno di tre farmaci
1	Da tre a cinque farmaci
2	Più di cinque farmaci

PUNTEGGIO TOTALE _____

PUNTEGGIO	**INDICE DI RISCHIO**
0 – 10 rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione; la disabilità è molto limitata.
11 – 19 rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse, che richiedono una pianificazione della dimissione ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione.
≥ 20 rischio alto	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni.

DATA _____

FIRMA E QUALIFICA COMPILATORE _____

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Presidio Ospedaliero..... SOC/SOS.....

DATI ANAGRAFICI

Cognome..... Nome.....

Nato/a il...../...../..... a..... Cod. fiscale.....

residente a..... in via..... n.....

MMG..... care giver..... n. telef.....

grado di parentela.....

composizione del nucleo famigliare.....

SINTESI ANAMNESTICA E CLINICA

Ricoverato dal...../...../.....
….....
.....
.....

DIAGNOSI ALLA DIMISSIONE
….....
.....
.....
Dimissibile dal.....

TERAPIA SOMMINISTRATA
….....
….....
….....

Indice di attività di vita quotidiana

	Si,senza difficoltà	Si,con difficoltà	No,totalmente dipendente
LAVARSI	☐	☐	☐
VESTIRSI	☐	☐	☐
MOBILITA'	☐	☐	☐
CONTINENZA	☐	☐	☐
ALIMENTAZIONE	☐	☐	☐
DEPRESSIONE DEL TONO DELL'UMORE		☐SI	☐NO
DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE		☐SI	☐NO
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO		☐SI	☐NO

se presenti indicare quali.....

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

AUSILI E PRESIDI NECESSARI

☐ materassino ☐ letto ortopedico ☐ trapezio ☐ spondine ☐ carrozzina

☐ pannoloni ☐ deambulatore ☐ sollevatore ☐ altro.....

CATETERE VESCICALE tipo..... data ultima sostituzione...../...../.....

STOMIA tipo.....

DRENAGGI.....

ACCESSI VENOSI: ☐ CVP ☐ CVC tipo..... … data di inserimento.....

TERAPIA DEL DOLORE: ☐ pompa ☐ elastomero ☐ altro.....

NUTRIZIONE ENTERALE: ☐ SNG ☐ PEG ☐ ALTRO.....

LESIONI CUTANEE: ☐ chirurgiche ☐ vascolari ☐ UDD ☐ diabetiche ☐ altre.....

se presenti indicare le sedi.....

TRATTAMENTO RIABILITATIVO ☐ SI ☐ NO

Medico di riferimento..... n. tel.....

Coordinatore di riferimento..... n. tel.....

NOTE/ EVENTUALI OSSERVAZIONI.....

.....

.....

.....

data..... Firma del medico .....

Firma del coordinatore.....

Firma del paziente o del famigliare……

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

NUCLEO di VALUTAZIONE INTEGRATO OSPEDALE/TERRITORIO
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

*n°progr.:*_____ *Anno:*_____

COGNOME:_____ NOME:_____

Nato/a il:_____ Residente:_____

Distretto di Residenza:_____ MMG:_____

P.O.:_____ SOC/SOS:_____

Diagnosi di dimissione:

_____

_____

_____

VALUTAZIONE PER LA PRESA IN CARICO

INDICE DI BARTHEL

	A	B	C
Alimentazione	0	5	10
Abbigliamento	0	5	10
Toilette personale	0	0	5
Fare il bagno	0	0	5
Controllo defecazione	0	5	10
Controllo minzione	0	5	10
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	10	15
Montare e scendere dal WC	0	5	10
Camminare in piano	0	10	15
Salire o scendere le scale	0	5	10

Categorie	Punteggi totali indice di Barthel modificato	Livello di dipendenza
1	0 - 25	TOTALE
2	26 - 50	SEVERA
3	51 - 75	MODERATA
4	76 - 90	LIEVE
5	91 - 100	MINIMA

una sanità in salute fa bene a tutti

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Sede legale: Viale Giolitti,2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

Stato di coscienza - comportamento Comunicazione: [] orientato [] disorientato [] confuso [] soporoso [] comportamento appropriato [] comportamento agitato [] vagabondaggio [] disturbi del linguaggio [] non conoscenza della lingua italiana	**Deficit sensoriali:** [] udito [] vista **Respirazione:** [] normale [] superficiale e frequente [] presenza di secrezioni bronchiali [] problemi di saturazione [] ossigeno terapia: [] si [] no uso di ventilazione meccanica
Alimentazione: [] per via naturale [] per SNG: tipo [] per PEG posizionata il: [] NET [] NPT **1.1 Cute** UDD: [] si [] no Ferite chirurgiche da medicare [] si [] no Ulcere vascolari [] si [] no	**Ulteriori specifiche sull'eliminazione** [] controllo del retto [] continente [] occasionalmente perdita del controllo [] incontinente [] stipsi [] manovre evacuanti manuali []clisteri ogni: _____ [] lassativi: _____ [] stomie:_____ **Controllo della vescica** [] continente [] occasionale perdita del controllo [] incontinente [] catetere vescicale: tipo _____ch _____ Posizionato il _____ [] cateterismi ad intermittenza n. _____ Eseguiti da _____
1.2 Medicazioni	**1.3 ACCESSI VENOSI/ Elastomeri** CVC tipo posizionato il CVP tipo posizionato il Elastomero:
AUSILI GIA' IN USO A DOMICILIO PRIMA DELL'ATTUALE RICOVERO, PRESENTI GIA' A DOMICILIO A) da richiedere B) richiesti in corso di ricovero C) [] letto articolato [] sponde []materasso antidecubito [] deambulatore [] carrozzina [] solleva persone	**1.4 Dolore** [] assente [] presente [] dolore episodico improvviso presente [] dolore episodico improvviso assente [] necessita [] non necessita di terapia antidolorifica [] VAS:

una sanità in salute fa bene a tutti

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Sede legale: Viale Giolitti, 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

CONDIZIONI DI VITA/SUPPORTO SOCIALE

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMIGLIARE:

(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 al domicilio)

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

CONDIZIONE LAVORATIVA: [] in pensione [] inabilità lavorativa/disoccupato [] lavoratore dipendente [] lavoratore autonomo [] studente	STATI DI DIPENDENZA DA SOSTANZE: [] nessuna dipendenza [] seguito dal SERT per [] non seguito al SERT ma in stato di dipendenza da
SITUAZIONE ABITATIVA CRITICA: [] soggetto senza fissa dimora/straniero senza permesso di soggiorno [] sfratto in corso [] domiciliato in alloggio affollato e/o con barriere architettoniche [] residente in comunità [] residente in altro comune provincia regione	DIRITTI PREVIDENZIALI [] invalidità civile accertata [] invalidità civile richiesta [] invalidità civile da richiedere [] Unità Valutativa Multidimensionale eseguita [] UVM richiesta ma ancora da eseguire [] UVM mai richiesta

una sanità in salute fa bene a tutti

ASL AL
REGIONE PIEMONTE

Sede legale: Viale Giolitti, 2
15033 Casale Monferrato (AL)
Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067

PROGETTO DI PRESA IN CARICO

[] Attivazione delle Cure Domiciliari

[] Attivazione del Servizio di Cure Palliative

[] Attivazione del Servizio Territoriale (Centro diurno, SERT _____)

[] presa in carico c/o Continuità Assistenziale a valenza sanitaria
Sede di _____ a far data dal _____ per n° giorni _____

Data

Firma del Nucleo di Valutazione Ospedale/Territorio ……
……
……

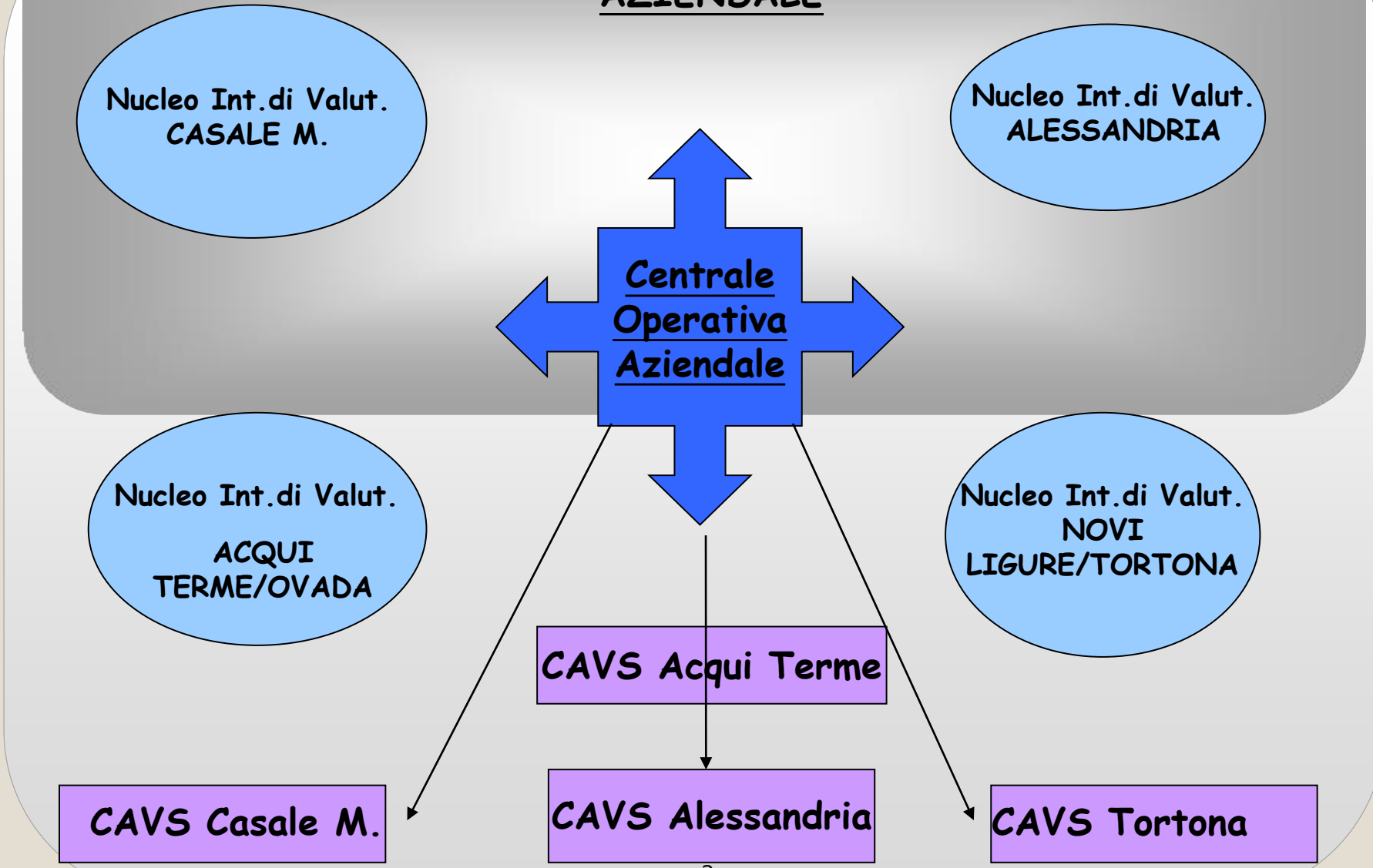
Firma dei Servizi Sociali di Riferimento Territoriale
(solo per i casi di cui al cap."Modello Organizzativo- punto3)……sede……

Firma per presa visione dell' Assistente Sociale ASO AL……..

Firma dell'interessato/del Familiare/ del tutore……

N.B.:Eventuale proroga del periodo di inserimento del paziente sarà considerata a carico dell' ASL AL, solo se autorizzata, per motivi sanitari, dal personale medico con funzioni di rivalutazione presso la struttura di Cont. Assist. ricevente il paziente. Altrimenti sarà da considerarsi a carico dell'interessato (paziente), famigliare o tutore.

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA del MODELLO ORGANIZZATIVO AZIENDALE



DATI anno 2021: Rich.Tot. 2690 (No Covid 2255-Covid 435)

- 60% Area Medica -17% Area Chirurgica -9% DEA- 6% Domicilio - 6% extra ASL - 3% non residenti

PERCORSI TERRITORIALI ATTIVATI

» 36% CAVS
» 18% Cure Domiciliari
» 27% RSA
» 12% Trasferimenti
» 2% Hospice / UOCP
» 2% Annullate / Decessi

OSSERVAZIONI

- Progressivo aumento delle richieste di Continuità Assistenziale
- L'offerta ha stimolato la domanda
- Il Modello Organizzativo Aziendale ha facilitato la presa in carico dei pazienti con percorsi più fluidi
- L'individuazione di Nuclei Integrati di Valutazione, per la gestione dei percorsi di Continuità delle Cure, ha facilitato la comunicazione tra Presidi Ospedalieri e Distretti

Questo modello organizzativo ha facilitato:

- ***la riduzione dei ricoveri ripetuti c/o i PP.OO.***
- ***la riduzione della durata della degenza***
- ***la riduzione dei costi diretti***
- ***la soddisfazione dei pazienti***

Grazie per l'attenzione.

Silvana Romano