



ALLEGATO A alla Dgr n. 2683 del 29 dicembre 2014

CONTENUTO ASSISTENZIALE DELLE PRESTAZIONI MEDICHE PRESSO LE STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE (OSPEDALE DI COMUNITÀ E UNITÀ RIABILITATIVA TERRITORIALE)

<p><i>Modelli assistenziali: in conformità al Patto per la Salute*</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'assistenza medica è garantita da medici specialisti, dipendenti o convenzionati, provenienti o incardinati nell'area geriatrica o internistica dell'ospedale o nell'area del territorio. 2. l'assistenza medica è garantita dai MMG di scelta del paziente, cui deve essere garantito l'accesso nella struttura. Il MMG, titolare della scelta, può seguire personalmente il proprio paziente in struttura (garantendo gli standard descritti in questo documento) 3. Il MMG può delegare l'assistenza ad un altro MMG, affidando il proprio paziente al responsabile clinico che è un MMG della forma organizzata di riferimento. 4. l'assistenza medica è garantita tramite contratti diurni con medici della continuità assistenziale. <p>Qualora il MMG titolare della scelta voglia seguire il proprio paziente in struttura deve comunicarlo tempestivamente alla centrale operativa territoriale prima dell'ammissione in struttura all'azienda e ne garantisce gli standard assistenziali (h12).</p>
<p><i>Responsabilità della gestione clinica (dei pazienti) [che può declinarsi nelle 4 tipologie sopra descritte]</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La responsabilità clinica è garantita dal medico responsabile clinico che assicura l'assistenza medica routinaria e di una reperibilità diretta telefonica h12 (o altri supporti di telecomunicazione) e l'eventuale intervento in loco quanto prima e non oltre i 45 minuti (compreso il sabato mattina e prefestivi come da ACN per i MMG e come da contratto nazionale per i medici dipendenti) attraverso una forma di medicina organizzata (medici di assistenza primaria in AFT di riferimento territoriale) o attraverso un sistema di reperibilità aziendale. • il responsabile clinico della struttura è garante della raccolta delle informazioni sanitarie per assolvere al debito informativo (tracciato record) con registrazioni di variabili in ingresso e alla dimissione in sinergia con infermiere case-manager e fisioterapista (come per la SDO e per la SVAMA).
<p><i>Responsabilità sanitaria: Direttore Medico di U.O.C. operanti nel Distretto (ad esempio Direttore U.O. Cure Primarie oppure Palliative, etc.) o Direttore di U.O. Ospedaliera</i></p>	<p>Il collegamento funzionale tra le strutture sanitarie, socio-sanitarie e di residenzialità è effettuato attraverso la Centrale Operativa territoriale. La responsabilità sanitaria si declina in queste attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizzazione della presenza/turnistica del personale medico. ▪ Raccordo funzionale con il coordinatore delle professioni sanitarie responsabile della turnistica del personale di competenza, relativamente all'organizzazione delle presenze, in coerenza con la normativa vigente e gli accordi contrattuali. ▪ Applicazione misure igienico/sanitarie, farmaci, presidi, documentazione clinica (cartelle) e documentazione professionale (linee guida, carta dei servizi) gestione del rischio clinico, responsabile della qualità sanitaria. La cartella e i dati clinici sanitari sono di proprietà del paziente e devono essere consultabili da altro personale sanitario. ▪ Programmazione e periodiche verifiche delle attività sopradescritte. ▪ Valutazione pre-ingresso (in ospedale o a domicilio) in sinergia con infermiere case-manager ed in coordinamento con la centrale operativa territoriale. L'indicazione all'ingresso in URT deve essere posta da un fisiatra dell'azienda ULSS, ospedaliero o territoriale se il paziente proviene dall'ospedale.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestione e scorrimento delle liste di attesa, della richieste di valutazione mono-professionale breve e di ingresso in struttura in sinergia con l'infermiere case manager. ▪ Garanzia che idealmente almeno il 20 % degli ingressi viene dal territorio e non dall'ospedale. ▪ Garanzia che 3 accessi ADI ad alta intensità siano pre-autorizzati ai MMg titolari della scelta che non hanno seguito i pazienti in struttura per favorire la riconsegna e la transizione del paziente. (es: 2 accessi in struttura con ev. UVMD in loco e 1 a domicilio post dimissione) documentati nella loro cartella informatizzata. ▪ La copertura assistenziale notturna e festiva (domenica, festivi e sabato pomeriggio) viene garantita dall'azienda attraverso la continuità assistenziale o attraverso personale medico dipendente aziendale la cui attivazione in caso di bisogno non superi 45 minuti. Nel pomeriggio del prefestivo, dopo l'ingresso in guardia notturna e durante il giorno festivo è facoltà dell'azienda attivare un accesso programmato del medico della continuità assistenziale a seguito di specifico accordo contrattuale.
<p><i>Attività da garantire ai paziente da parte del responsabile clinico</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio clinico periodico (almeno un'ora alla settimana per paziente), riportato in cartella, e accesso quotidiano alla struttura da parte del responsabile clinico in sinergia con l'infermiere case-manager e il comparto e gli altri professionisti. • Valutazione alla dimissione e accompagnamento al domicilio con ev. valutazione post ricovero a domicilio. • Colloqui regolari e normati con i familiari per costruire il rientro a domicilio.
<p><i>Aspetti strutturali, organizzativi e di supporto alle attività</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Va individuato correttamente il referente strutturale in base a chi e' l'ente gestore che e' responsabile della sicurezza e del rispetto dei requisiti generali. • Va individuato un responsabile organizzativo che afferisce all'ente gestore e che, in sinergia con il responsabile clinico, gestisce gli aspetti di coordinamento del personale, garantendo gli standard organizzativi e di programmazione delle attività con individuazione della <i>mission</i> e degli obiettivi assistenziali. • Arredi, strumentazione informatica, connessione a reti aziendali per le attività di raccolta dati sono da ricondurre alla responsabilità dell'ente gestore. • Gli accordi tra ente gestore e azienda, se presenti, devono esplicitare i termini della collaborazione professionale e tra enti. <p>Tutti gli aspetti sopra-ricchiamati andranno definiti in apposita Convenzione tra ULSS ed Ente gestore.</p>
<p><i>Ruolo Fisiatra</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • La presenza fisiatrica sarà assicurata dal Dipartimento/UOC di Riabilitazione che è anche incaricato di garantire la stesura di un progetto riabilitativo integrato e di monitorarne con i suoi fisiatra l'attuazione attraverso il personale (terapisti) della struttura. • Il Fisiatra, nell'ODC e URT, è un consulente che interviene su richiesta del responsabile clinico della struttura (nell'URT il responsabile clinico deve obbligatoriamente richiedere la consulenza fisiatrica) e, nel momento in cui attiva (nel caso in cui non sia già stato attivato) un progetto riabilitativo individuale o recepisce le indicazioni del fisiatra che ha segnalato la necessità del ricovero, diventa il referente di detto progetto e coordina il team che deve realizzarlo, composto da fisioterapista e/o logopedista e/o infermiere e/o terapeuta occupazionale, OSS, programmando verifiche periodiche (riunioni di team-visite di controllo) che gli permettono di monitorare l'evoluzione del progetto riabilitativo individuale e di partecipare alla programmazione della dimissione del paziente nella cui documentazione deve obbligatoriamente essere presente la relazione fisiatrica.

*Il Patto per la Salute: istituisce gli ospedali di comunità come strutture sanitarie e stabilisce (Art. 5 comma 17) che “ l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN”