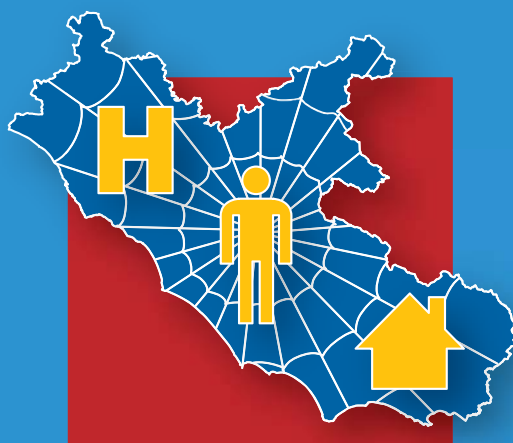




LAZIOSANITÀ
AGENZIA DI SANITÀ PUBBLICA



Il Presidio Territoriale di Prossimità Un modello da sperimentare

Linee di indirizzo

Indice

▪ Introduzione	pag. 5
▪ Obiettivi	pag. 7
▪ Funzioni	pag. 8
▪ Aspetti strutturali, tecnologici, organizzativi	pag. 9
- Dirigente medico di distretto	pag. 9
- Dirigente Infermieristico di Distretto	pag. 10
- Infermiere coordinatore	pag. 11
- Medico (MMG o altro medico come da protocollo ASL)	pag. 11
- Dotazione Organica dell'Unità di Degenza a gestione Infermieristica	pag. 12
▪ Il ricovero	pag. 13
- Prestazioni	pag. 13
▪ Criteri di eleggibilità, di priorità, modalità di ammissione e dimissione	pag. 14
- Criteri di eleggibilità	pag. 14
- Modalità di ammissione	pag. 15
- Criteri di priorità	pag. 16
- Modalità di dimissione	pag. 16
▪ Strumenti e modalità di valutazione del carico assistenziale e per la definizione del PAI	pag. 18
- Strumenti per la raccolta dati e sistema informativo	pag. 18

Introduzione

Negli ultimi decenni il progressivo aumento della speranza di vita della popolazione, e il contemporaneo incremento delle patologie cronico-degenerative, hanno portato come conseguenza l'aumento di bisogni assistenziali "a lungo termine", con implicazioni importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza a questo tipo di pazienti.

In questa situazione, la necessità di fornire risposte appropriate alla domanda di salute, espressa soprattutto dagli anziani, implica l'attivazione di nuove forme assistenziali, rispetto a quelle offerte tradizionalmente dagli ospedali per acuti. Appare quindi strategico programmare la realizzazione di strutture in grado di fornire risposte socio-sanitarie non basate soltanto sull'alta tecnologia ma che risultino appropriate ai bisogni del paziente e dei suoi familiari.

Per rendere i servizi territoriali in grado di svolgere tale ruolo, è necessaria una trasformazione importante del quadro attuale, con modifiche organizzative e culturali impostate sulla centralità della persona e non della patologia, basate sull'integrazione dell'assistenza primaria e intermedia e di queste con quella ospedaliera, con la creazione di percorsi incentrati sulla continuità assistenziale, e che prevedono un maggiore coinvolgimento di figure professionali e delle istituzioni che sono più vicine al paziente, in termini di accesso territoriale, sociale e culturale.

La Regione Lazio propone l'introduzione di un nuovo ambito assistenziale a livello distrettuale, i Presidi territoriali di prossimità (PTP), strutture a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale (con particolare valorizzazione della figura dell'infermiere-case manager) destinate a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Il PTP garantisce, quale elemento innovativo, attraverso le Unità Operative di Degenza Infermieristica (UODI), l'assistenza in regime residenziale di natura medico-infermieristica di quei soggetti che, spesso appartenenti alle fasce più deboli della popolazione (anziani, fragili), sono affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio. Il PTP, 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 dalle UODI possiede, pertanto, caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali domiciliari (ADI) o residenziali (RSA), alle quali non si pone in alternativa, ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete di assistenza territoriale. All'interno dei PTP dovrebbero dunque svolgersi, in forma integrata anche con il sociale, le attività di assistenza domiciliare, le cure intermedie, le funzioni specialistiche territoriali e le attività di promozione della salute/prevenzione.

Obiettivi

1. Ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati fornendo un'alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione.
2. Ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali.
3. Limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta.
4. Favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche.

Funzioni

- direzione sanitaria esercitata da un dirigente medico di Distretto ad essa preposto;
- degenza nelle 24 ore, a gestione infermieristica (con presenza h 24) e assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialisti e medici della continuità assistenziale (reperibilità h24);
- medicina di gruppo o altre forme di aggregazione dei MMG e PLS
- ambulatorio infermieristico
- punto unico di accesso integrato con i servizi sociali dell'Ente Locale;
- specialistica ambulatoriale, con la presenza e reperibilità di medici ospedalieri e/o specialisti ambulatoriali nelle 12 ore, con particolare riferimento alle branche di cardiologia, pneumologia, diabetologia, neurologia/geriatria (finalizzate all'attivazione di specifici percorsi di cura);
- assistenza domiciliare integrata;
- centro diurno per anziani fragili;
- attività diagnostiche di base disponibili anche per il territorio (radiologia e laboratorio/punto prelievi);
- distribuzione di farmaci, collegata al servizio farmaceutico aziendale;
- postazione 118 (o collegamento funzionale) e continuità assistenziale.

Inoltre all'interno del PTP potranno essere attivati, in funzione del bisogno espresso dalla popolazione di riferimento nuclei di RSA e/o Hospice.

Potranno essere inoltre previste altre attività, nel rispetto delle opportune garanzie assistenziali e di sicurezza dei pazienti, quali ad esempio funzioni di day hospital e day surgery, nonché day service ambulatoriale.

Aspetti strutturali, tecnologici, organizzativi

Il PTP dovrà rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla DGR n° 424/2006 per l'ospedale di Comunità e per ogni altra tipologia di servizi attivata e quelli ulteriori previsti dal processo di accreditamento.

Il PTP è parte integrante della rete dei servizi territoriali ed è posto sotto la responsabilità del Direttore di distretto. Le funzioni di direzione sanitaria sono svolte da un medico dirigente del distretto, che opera in stretta collaborazione con un dirigente infermieristico. L'Unità di Degenza a gestione infermieristica al pari degli altri servizi risponde al dirigente di distretto assumendo una specifica particolarità sulla gestione del paziente. Infatti, la responsabilità clinica del paziente è affidata al medico, preferibilmente al medico di medicina generale, mentre 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 a svolgere una funzione di "case management", strategica per l'impianto del PTP e, quindi, particolarmente importante per la pianificazione e la gestione degli ambiti territoriali che fanno riferimento al PTP stesso.

Di seguito sono descritti in dettaglio ruolo, responsabilità e inquadramento organizzativo delle figure professionali coinvolte nella gestione dei PTP, con particolare riferimento all'Unità operativa a gestione infermieristica.

Dirigente medico di distretto

È responsabile della struttura per gli aspetti igienico-sanitari e, in collaborazione con l'infermiere coordinatore, per quelli organizzativi e gestionali;

- a. cura l'applicazione del regolamento interno (previsto dalla DGR 424/2006) sull'ordinamento e sul funzionamento dell'attività di ricovero;
- b. vigila sulla regolare compilazione e tenuta dell'archivio clinico e del registro delle presenze dei pazienti e delle liste di attesa;
- c. organizza con l'infermiere dirigente di distretto la rete delle figure professionali necessaria alla realizzazione del PAI;

- d. esercita la funzione di responsabilità del personale assegnato (dipendente, a convenzione e aderente ad associazioni di volontariato);
- e. insieme al dirigente infermieristico ed al coordinatore infermieristico della degenza firma la scheda di dimissione;
- f. rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'Amministrazione, copia delle cartelle cliniche;
- g. vigila, secondo la normativa vigente, sulla corretta detenzione e somministrazione delle sostanze stupefacenti o psicotropiche;
- h. vigila sulla gestione del servizio farmaceutico e sulle scorte dei medicinali e degli altri presidi terapeutici;
- i. cura l'osservanza delle disposizioni concernenti la polizia mortuaria;
- j. è responsabile del debito informativo.

Dirigente Infermieristico di Distretto

È responsabile della definizione dei carichi di lavoro individuando il fabbisogno di personale e le competenze specifiche;

- a. individua metodi e criteri per il reclutamento e la selezione del personale;
- b. definisce in collaborazione con il coordinatore del PTP il piano di lavoro;
- c. assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione e implementazione di linee guida e protocolli, secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM);
- d. attiva sistemi per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi alla erogazione delle prestazioni assistenziali;
- e. in sinergia con il medico dirigente di distretto definisce:
 - il profilo della dotazione tecnologica e strumentale del presidio;
 - gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività di degenza territoriale;
 - la continuità dei percorsi assistenziali nell'ambito distrettuale;
 - la flessibilità nell'uso delle risorse tecnologiche;
 - l'elaborazione di strumenti di misurazione dei costi delle attività svolte nel PTP;
- a. insieme al direttore sanitario ed al coordinatore infermieristico firma la scheda di dimissione;
- b. è responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale del comparto .

Infermiere coordinatore

- a. È responsabile sotto il profilo organizzativo e gestionale di tutto il personale infermieristico e tecnico assegnato funzionalmente alla struttura;
- b. organizza e coordina le consulenze specialistiche e gli interventi di diagnostica strumentale;
- c. attiva, al bisogno, il servizio di emergenza-urgenza territoriale (tramite la centrale operativa del 118) delegando, in sua assenza, il personale infermieristico;
- d. attiva per le situazioni di urgenza il Medico di Medicina Generale o il servizio di continuità assistenziale, secondo quanto previsto dal ACN per la Medicina Generale e, in sua assenza, delega altro dipendente infermieristico;
- e. è responsabile del Piano Assistenziale Individuale, che redige in collaborazione con il Medico di Medicina Generale coinvolgendo il personale infermieristico, tecnico e altre figure professionali o del volontariato per gli eventuali e specifici impegni di competenza;
- f. provvede alla verifica e valutazione periodica dell'attuazione e dell'efficacia del Piano Assistenziale Individuale, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale proponendo eventuali modifiche e correttivi;
- g. concorda con l'infermiere "gestore del caso" la dimissibilità del paziente;
- h. insieme al direttore sanitario ed al dirigente infermieristico firma la scheda di dimissione;
- i. è responsabile dell'approvvigionamento di tutto il materiale necessario per il corretto funzionamento del PTP;
- j. è responsabile della corretta conservazione e gestione dei farmaci;
- k. è responsabile della tenuta del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotropiche in conformità a quanto disposto dalla normativa;
- l. è responsabile della tenuta dell'archivio delle cartelle cliniche ed infermieristiche, nonché della lista di attesa;
- m. controlla le operazioni di sanificazione degli ambienti;
- n. partecipa alle riunioni periodiche stabilite dal dirigente medico di distretto ed indice, quando ne rilevi la necessità, riunioni con il personale infermieristico e tecnico;
- o. promuove e partecipa all'organizzazione dei programmi di aggiornamento del personale infermieristico e tecnico.

Medico (MMG o altro medico come da protocollo ASL)

- a. È responsabile degli aspetti clinici del paziente degente nella UODI, in conformità con l'ACN per la Medicina Generale;

- b. assicura gli accessi programmati in conformità a quanto previsto dal PAI; gli accessi dovranno essere effettuati in stabilite fasce orarie che garantiscano la presenza medica sia al mattino che al pomeriggio dal lunedì al sabato mattina compreso;
- c. richiede le consulenze specialistiche e le attività di diagnostica strumentale ritenute opportune;
- d. predispone per la parte clinica il Piano Assistenziale Individuale e provvede alla verifica e valutazione periodiche della sua attuazione ed efficacia in collaborazione con l'infermiere coordinatore;
- e. autorizza il personale infermieristico, preferibilmente via fax o telefonicamente con la registrazione della chiamata, a somministrare ai propri pazienti, in situazioni di urgenza, e sulla base di specifici protocolli validati dalla direzione sanitaria aziendale, la seguente tipologia di farmaci: antiallergici, antibiotici, antidolorifici, antipiretici, antispastici, cortisonici, diuretici; il Medico di Medicina Generale trascrive, nell'accesso successivo, sulla cartella clinica la prescrizione terapeutica di cui sopra; tale modalità viene concordata per iscritto con il Dirigente medico di distretto da parte di tutti i Medici di Medicina Generale che utilizzano la struttura;
- f. concorda con l'infermiere coordinatore le modalità di monitoraggio del decorso clinico del paziente;
- g. valuta, con l'infermiere coordinatore, le condizioni di eleggibilità dei pazienti al momento dell'ammissione e i requisiti per la dimissione, ciascuno per i propri ambiti di competenza.

L'eventuale regolamentazione operativa di questi aspetti dovrà essere comunque definita attraverso la concertazione locale tra ASL e le Associazioni di categoria.

La continuità dell'assistenza viene garantita attraverso il coinvolgimento dei medici della continuità assistenziale (guardia medica), con la presa in carico dalle 20.00 alle 8.00 di tutti i giorni, dalle ore 10.00 del sabato alle ore 8.00 del lunedì e dei giorni prefestivi e festivi.

Nel caso in cui il PTP sia attivato all'interno di un Presidio ospedaliero, gli interventi in urgenza sono garantiti dai medici ospedalieri. Negli altri casi, il collegamento con il sistema dell'emergenza-urgenza 118 permetterà di trasferire il paziente critico al pronto soccorso più vicino.

Dotazione Organica dell'Unità di Degenza a gestione Infermieristica

Per un modulo di 15 letti, dovranno essere garantite le seguenti figure professionali:

- 1 infermiere coordinatore
- 5 unità Infermieri (organico base)
- 7 O.S.S. (organico base)
- 1 Tecnico della riabilitazione (in condivisione con altri servizi)
- 1 Assistente sociale (in condivisione con altri servizi)
- Medici specialisti a consulenza.

Il ricovero

La persona accolta nella struttura deve essere dimessa entro il 15° giorno, salvo casi motivati in cui la degenza può protrarsi fino a 20 giorni. Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata e a risolvere i problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo il rientro al proprio domicilio, inserendo il paziente in un percorso ADI, o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali.

Non è comunque consentita la permanenza nella struttura oltre il ventesimo giorno.

Prestazioni

Le prestazioni garantite nella degenza del PTP, oltre alle visite del medico di medicina generale (o altro medico ASL) e alle prestazioni di natura infermieristica, sono assimilabili a quelle usufruibili a livello di specialistica ambulatoriale attraverso gli ambulatori specialistici del distretto.

Per i farmaci necessari alle terapie individuali il medico di medicina generale utilizza la prescrizione in analogia alle modalità previste per l'assistenza a domicilio.

Sono messi a disposizione dal distretto i farmaci ad erogazione diretta, le trasfusioni e gli emoderivati, i farmaci per terapie di particolare impegno (fuori prontuario), i farmaci e gli ausili NAD. Sono messi inoltre a disposizione e a carico della struttura i farmaci salvavita (definiti in un apposito elenco).

Nell'ambito della commissione del Prontuario terapeutico ospedaliero, sarà istituito un apposito nucleo per la definizione del prontuario terapeutico regionale relativo ai PTP.

I farmaci in fascia C inseriti nel prontuario terapeutico saranno erogati gratuitamente. Per i farmaci ad esclusiva distribuzione ospedaliera, in particolare i principi attivi rientranti nella categoria H1, si prevede l'erogazione tramite apposita prescrizione dello specialista ospedaliero, mentre per il gruppo H2 verranno applicate delle procedure di continuità tra ospedale e territorio.

Criteria di eleggibilità, di priorità, modalità di ammissione e dimissione

L'ammissione alla struttura dovrà essere riservata a persone anagraficamente residenti in Comuni - Municipi della ASL di riferimento.

I soggetti per i quali sarà formulata la proposta di ricovero saranno valutati, tramite appositi strumenti, sia sotto il profilo dell'eleggibilità (secondo i criteri di seguito specificati), che riguardo al potenziale carico assistenziale, quest'ultimo distinto in tre classi: basso, medio e elevato.

La suddivisione del carico assistenziale in classi di peso differente consentirà, oltre che una più fine valutazione delle attività della degenza, anche la formulazione di tariffe differenziate.

Criteria di eleggibilità

Da un punto di vista generale la popolazione target della degenza in PTP è rappresentata da soggetti affetti da patologie cronico-degenerative in fase post-acuta e in progressiva stabilizzazione o in fase di parziale riacutizzazione, caratterizzati da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto domiciliare).

L'ammissione alla degenza in PTP è riservata alle seguenti tipologie di pazienti:

- pazienti senza limiti di età con inquadramento diagnostico definito, terapia impostata e in condizioni di relativa stabilità clinica in dimissione dai reparti ospedalieri, per i quali è necessario prevedere un ulteriore, anche se temporaneo, periodo di residenzialità poiché necessitanti di un'assistenza sanitaria di intensità medio-alta;
- pazienti senza limiti di età con inquadramento diagnostico definito, temporaneamente non assistibili a domicilio, a causa della mancanza di un adeguato supporto di tipo sociale, in relazione alla complessità clinico-assistenziale richiesta, e/o necessitanti di un approfondimento diagnostico residuale;
- pazienti senza limiti di età in carico ai servizi territoriali in assistenza domiciliare che necessitano temporaneamente di un'assistenza di intensità medio-alta non gestibile a domicilio per un aggravamento delle condizioni sanitarie;
- pazienti senza limiti di età in carico ai servizi territoriali in assistenza domiciliare nei quali l'aumento di intensità assistenziale non possa essere temporaneamente garantito a domicilio per ragioni di tipo familiare e sociale;

- Nel caso di pazienti in età pediatrica sarà prevista un ambiente di degenza riservato ad essi ed ad eventuali famigliari.

Sono di seguito elencate alcune condizioni esemplificative, ma non esaustive, di un appropriato ricorso al ricovero in PTP:

- pazienti affetti da patologie croniche (cardiovascolari, respiratorie, altro) in fase di riacutizzazione comportante una temporanea non autosufficienza;
- pazienti con patologie che necessitino di controlli ravvicinati in relazione al quadro clinico e hanno grave difficoltà di accesso alla diagnostica ambulatoriale (es. insufficienza cardiaca di grado avanzato, insufficienza respiratoria con limitazione funzionale, arteriopatie obliteranti degli arti inferiori, artropatie degli arti inferiori con limitazione funzionale, malattie neurologiche che non necessitano di ausili per il mantenimento delle funzioni vitali);
- pazienti con gravi limitazioni della mobilità che necessitano di controlli e di interventi assistenziali complessi;
- pazienti non autosufficienti per malattie acute temporaneamente invalidanti (es. forme respiratorie).

Sono esclusi dal ricovero in PTP pazienti affetti da patologie acute che necessitino di cure intensive o che richiedano un elevato impegno specialistico e/o tecnologico.

Non sono presi in considerazione problemi di natura psichiatrica o oncologica in fase terminale, in quanto di pertinenza di strutture specifiche già attive nel territorio (Hospice, strutture psichiatriche).

Modalità di ammissione

Sono previste le seguenti modalità di ammissione e valutazione del paziente:

- a. il ricovero in degenza PTP è sempre programmato e finalizzato alla risoluzione di un problema sanitario attraverso la predisposizione di interventi di carattere clinico-assistenziale;
- b. il trasferimento in degenza PTP viene richiesto dal Medico di medicina generale se il paziente si trova al proprio domicilio in assistenza domiciliare (assistenza programmata o integrata), oppure dal medico ospedaliero, previa informazione del medico di medicina generale, qualora il paziente sia ricoverato presso un ospedale per acuti;
- c. per stabilire l'effettiva eleggibilità e per quantificare il bisogno assistenziale del soggetto si procede ad una valutazione multidimensionale con opportuni strumenti che tengano in considerazione i già menzionati requisiti necessari all'ammissione. Nel caso che il paziente si trovi al proprio domicilio la valutazione viene svolta dall'infermiere coordinatore del PTP e dal medico del CAD sentito il parere del medico curante. Nel caso di trasferimento da ospedale per acuti, la valutazione, eseguita nel reparto di provenienza, viene effettuata dall'infermiere coordinatore del PTP e dal medico ospedaliero sentito il parere del medico curante;

d. in seguito alla valutazione si provvede, da parte dell'Infermiere coordinatore e del medico di medicina generale, alla formulazione del Piano di assistenza individuale (PAI), sulla base delle necessità assistenziali e delle condizioni cliniche del paziente, stabilendo gli obiettivi del ricovero secondo il programma di assistenza.

L'infermiere, attraverso il governo dell'assistenza, deve svolgere una funzione di garanzia di qualità e dell'appropriato utilizzo della degenza di prossimità, agevolando i percorsi assistenziali intra ed extra PTP del paziente.

Il paziente e i suoi familiari sono messi a conoscenza del piano di assistenza e dei trattamenti previsti tramite un apposito modulo di consenso informato, che deve essere firmato dall'interessato o, nel caso di impossibilità, da un tutore o da un suo delegato.

Criteri di priorità

Al fine di gestire eventuali liste di attesa, si stabiliscono i seguenti criteri di priorità per l'accesso alla degenza in PTP, basati sulla valutazione di variabili individuali, ognuna delle quali è associata ad un punteggio.

La somma dei punteggi rilevati determina la graduatoria di accesso. A parità di punteggio si terrà conto della data della richiesta di ricovero.

Variabili individuali	Punteggio
Provenienza da ospedale per acuti	5
Provenienza da assistenza domiciliare	3
Necessità assistenziali (scala ADL)*	0 – 5
Assenza di supporto familiare	2

* intervallo derivante dall'applicazione della scala ADL (CA InterRai®)

Modalità di dimissione

Il paziente ricoverato presso la degenza PTP verrà dimesso a seguito del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano assistenziale individuale, oppure trasferito ad altro ambito assistenziale, qualora questo risulti più adeguato. La dimissione sarà concordata tra l'infermiere coordinatore e il medico di medicina generale. Il medico di medicina generale stabilisce la compatibilità clinica delle condizioni del paziente e l'infermiere quella con il setting assistenziale di destinazione (esempio domicilio, ADI, RSA). Il medico di medicina generale consegna al paziente ricoverato una relazione sintetica contenente informazioni sul programma eseguito durante la degenza

e la terapia in atto alla dimissione; l'infermiere cura la parte di relazione relativa al programma eseguito durante la degenza, comprensivo di valutazione del peso assistenziale all'ingresso ed alla dimissione, a cui aggiungere eventuali suggerimenti necessari al proseguimento del programma a domicilio o presso altra struttura.

Strumenti e modalità di valutazione del carico assistenziale e per la definizione del PAI

Si ritiene opportuno la sperimentazione di strumenti di valutazione orientati al carico assistenziale, al fine di suddividere i bisogni assistenziali in:

- bisogni di assistenza infermieristica che comprende l'insieme delle variabili cliniche, tecniche ed organizzative;
- bisogni di assistenza alla persona che fanno riferimento tanto all'autonomia del paziente quanto alla sua sfera cognitivo – relazionale.

La rilevazione del peso assistenziale classifica così i pazienti in relazione all'intensità del bisogno, a cui viene assegnato un diverso valore teorico che permette di specificare, oltre al peso complessivo del paziente, anche l'ambito e la funzione espressione del bisogno.

Strumenti per la raccolta dati e sistema informativo

Per quanto attiene alle attività dell'UODI, gli strumenti previsti per la raccolta dei dati amministrativi e clinico - assistenziali della degenza in PTP sono di seguito elencati:

- Scheda di valutazione multidimensionale per la verifica dei criteri di eleggibilità e la stima del carico assistenziale.
- Cartella clinica e infermieristica integrata, riportante la diagnosi di ingresso, di dimissione e comprensiva di strumento per la rilevazione del bisogno assistenziale e scheda amministrativa.
- Piano assistenziale individuale, contenente gli obiettivi assistenziali con il relativo programma di intervento.
- Modulo di consenso informato.
- Scheda di dimissione, contenente le informazioni amministrative, assistenziali e cliniche finalizzate ad alimentare lo specifico flusso informativo.

Attualmente è in sperimentazione uno specifico sistema informativo presso l'UODI di un PTP; sulla base dei risultati di tale sperimentazione, Laziosanità – ASP provvederà a implementarlo.

