



ASSISTENTE REGIONALE
DIREZIONE REGIONALE
15 NOV 2017

ALLEGATO 1

REGOLAMENTO ASUR CURE INTERMEDIE, PUNTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE E AMBULATORI INFERMIERISTICI

Gruppo di Lavoro ASUR: Patrizia Balzani, Fabio Gianni, Stefania Rasori, Anna Carla Frulla, Anna Maria Frascati, Anna Maria Resta, Manuela Silvestrini, Vittorio Scialè, Romeo Magnoni, Paolo Antognini, Patrizia Di Emidio, Elisa Draghi.

INTRODUZIONE.....	3
LE CURE INTERMEDIE.....	4
CONDIZIONI DI AMMISSIONE–ESCLUSIONE E MODALITA’ D’ACCESSO	5
Condizioni di inclusione	5
Condizioni di esclusione	5
Modalità di ammissione.....	6
✓ Ammissione da Unità Operativa ospedaliera	6
✓ Ammissione da Pronto Soccorso.....	6
✓ Ammissione da Cure Domiciliari Integrate.....	8
ASSISTENZA	8
Assistenza Medica	8
Profilo assistenziale.....	9
Durata del ricovero e valutazione.....	9
Letti tecnici	10
CARTELLA CLINICO-ASSISTENZIALE INTEGRATA.....	10
CONSULENZE/VISITE SPECIALISTICHE/INDAGINI STRUMENTALI	11
GESTIONE RETTE DGRM 1331/2014	11
GESTIONE ASSENZE INVOLONTARIE.....	13
GESTIONE LISTE DI ATTESA	13
TRASPORTI E MEZZI	14
FARMACI E PRESIDIO	14
PUNTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE	15
Personale del PAT.....	15
Modalità di accesso	16
Registrazione delle attività.....	16
Formazione del personale	17
AMBULATORIO INFERMIERISTICO	17
Strumenti operativi dell’ambulatorio infermieristico	18
PROSPETTIVE FUTURE.....	19
INDICATORI DI MONITORAGGIO	19
BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI	20
APPENDICI	22

INTRODUZIONE

La scelta organizzativa rappresentata dall'Ospedale di Comunità (O.d.C.), nasce e si sviluppa con l'obiettivo di rispondere con maggiore efficacia e appropriatezza all'esigenza posta dal radicale cambiamento del quadro epidemiologico, demografico e tecnologico degli ultimi decenni che impone una revisione della modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria che deve caratterizzarsi per un crescente investimento nell'assistenza a favore dei soggetti affetti da patologie cronico degenerative. Si è sempre meno concentrati sulla risposta ospedaliera e sempre più orientati al rafforzamento di quella territoriale finalizzata a dare alle Cure Primarie un'identità che possa essere di riferimento strutturale per i cittadini su tutte le problematiche di salute da trattare in ambito extraospedaliero. L'O.d.C. si colloca nel ridisegnato assetto di servizi sanitari rivolti alla persona, come anello di congiunzione fra l'offerta ospedaliera e quella territoriale, rappresentando un nuovo nodo della rete dell'assistenza socio-sanitaria sempre più orientato ad un processo di integrazione con gli altri servizi territoriali.

In questo nuovo contesto si collocano le Cure Intermedie (C.I.), un setting di risposta residenziale, che il Decreto Ministeriale (D.M.) 70/2015 individua come modello di assistenza a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio, inserendolo in contiguità con altri percorsi di presa in carico come la dimissione programmata/protetta o le Cure Domiciliari, sottolineando l'esigenza di una revisione sistematica e integrata di questi strumenti da declinarsi a livello regionale e aziendale. Le strutture residenziali di C.I. sono definite come unità di degenza post acuzie territoriali a prevalenza sanitaria, in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione che la gestione di acutizzazioni al domicilio, mediante l'attivazione di gruppi multidisciplinari coordinati con la medicina generale e gli specialisti territoriali. Viene inoltre esplicitata la possibilità di ammettere utenti sia di provenienza ospedaliera che territoriale, con l'obiettivo di far raggiungere loro la stabilizzazione clinica e il recupero funzionale-riabilitativo. Inoltre lo stesso D.M. 70/2015, esplicita alcuni riferimenti organizzativi/strutturali per l'O.d.C. definendolo come una struttura dotata di un numero di posti letto compreso tra 15 e 20, con possibilità di degenza prolungata (15-20 giorni), gestita da infermieri, nella quale l'assistenza medica è assicurata dai M.M.G. o P.L.S. o da altri medici dipendenti o convenzionati, mentre la responsabilità organizzativa e il controllo delle prestazioni è prevista in capo al Distretto Sanitario.

LE CURE INTERMEDIE

Costituiscono l'area delle cure che si trova a metà strada fra l'intensività assistenziale delle cure ospedaliere e l'estensività assistenziale per la cronicità garantita a domicilio o nelle strutture residenziali.

Si pongono come un modello organizzativo più orientato alla flessibilità, all'integrazione e al coordinamento dei servizi, costituendo una connessione tra i professionisti delle Cure Primarie e gli altri professionisti del Sistema Socio-Sanitario Regionale, promuovendo una nuova visione della presa in carico dei bisogni assistenziali della persona, virando dall'intensività all'estensività dell'assistenza.

Si presentano come posti letto extraospedalieri a vocazione internistica, al di fuori del 3,7% dei posti letto per mille abitanti per acuti attivati in seguito alla riconversione della rete dei piccoli ospedali (vedi Tabella 1).

Si riconoscono i Medici (Medicina primaria e/o Medici dipendenti) e gli Infermieri come responsabili del percorso clinico assistenziale e della presa in carico della persona per quanto di rispettiva competenza.

Si distinguono per la capacità di collegamento con le cure primarie sottolineando la caratteristica distintiva di queste rispetto alla lungodegenza in quanto le C.I. prevedono un accesso alla struttura a doppia entrata sia in dimissione da UU.OO. per acuti che da accesso diretto dal territorio.

Tabella. 1: posti letto di Cure Intermedie e di riabilitazione intensiva extraospedaliera secondo la DGRM 139/16 e posti letto attivi.

Sede OdC	N. PL Cure Intermedie DGRM 139/16	N. PL riabilitazione intensiva extraospedaliera	N. PL Cure Intermedie attivi
Cagli	35	20*	30+5 diurni
Sassocorvaro	30+20*		24 ²
Fossombrone	30+20**	10	30
Chiaravalle	24		24
Loreto	40		29 ³
Cingoli	10		10
Sassoferrato	20		20
Treia	24	16	24
Tolentino	50		0 ¹
Recanati	40		30 ³
Matelica	8	10*	8
Montegiorgio	20		20
S.Elpidio a mare	20		20
Arcevia	8		8
Offida			10 sperimentali
Castelfidardo	5		5

¹ mancata attivazione a causa di danni strutturali determinati dal sisma

² verifiche strutturali sulla staticità della struttura

³ lavori di adeguamento strutturale

* pl privati convenzionati

** pl a gestione AOMN

Tabella 2: posti letto di Cure Intermedie a gestione privato convenzionato.

Sede OdC	N. PL Cure Intermedie	N. PL Cure Intermedie attivi
Casa di Cura Marchetti	20*	20*
Casa di Cura Villa Igea	20*	20*

CONDIZIONI DI AMMISSIONE-ESCLUSIONE E MODALITA' D'ACCESSO

Condizioni di inclusione

Le tipologie di pazienti ammissibili sono:

- **post acuti o cronici** per lo più anziani con basso regime di imprevedibilità e/o instabilità clinica;
- condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero.

Si tratta prevalentemente di pazienti:

- **senza limiti di età**, caratterizzati da non autosufficienza anche temporanea, nella fase della malattia in cui **non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore** come in un ricovero per acuti;
- dimissibili dall'ospedale con **malattia diagnosticata e stabilizzata** dal punto di vista clinico, ma che non può al momento essere trattata in regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento;
- provenienti dal domicilio (o strutture residenziali di più bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non poter essere arruolati nel setting delle cure domiciliari integrate;
- **vulnerabili alle complicanze post ricovero ospedaliero**, in termini di **perdita dell'autonomia** come conseguenza della malattia acuta o **dell'inappropriato allettamento** o della prolungata inattività fisica;
- con **necessità di terapia con farmaci H**, ma stabili da un punto di vista clinico;
- fragili con esigenza di consolidamento delle condizioni fisiche, del recupero funzionale e di sostegno individuale o sociale nella prima fase del post ricovero;
- provenienti dal domicilio per i quali il MMG richiede un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

Condizioni di esclusione

Vengono esclusi i pazienti che presentano le seguenti condizioni:

- diagnosi non definitiva o con percorso terapeutico non concluso;

- stato terminale;
- diagnosi psichiatrica o di demenza con severi disturbi del comportamento non controllati da terapia;
- possibile gestione a domicilio per presenza di caregiver.

Modalità di ammissione

L'ammissione alle C.I. può avvenire dalle Unità Operative ospedaliere per acuti, dalle degenze post acuzie-riabilitazione, dalla residenzialità o dal domicilio, previa valutazione/assenso della U.V.I. di riferimento a seconda dell'organizzazione o direttamente dal Pronto Soccorso-Punto di Assistenza Territoriale (PAT) come riportato e illustrato nello specifico paragrafo.

✓ Ammissione da Unità Operativa ospedaliera

- Il medico dell'Unità Operativa ospedaliera, definita l'eleggibilità clinica del paziente per le C.I. informa il paziente/famiglia e compila in collaborazione con il Coordinatore infermieristico/Infermiere la segnalazione online nel SW-Dimissione Protetta con opzione di inserimento in cure residenziali, inviandola alla sede distrettuale a cui afferisce il paziente (residenza); qualora la sede distrettuale di residenza non coincida con la sede della struttura in cui il paziente è ricoverato sarà l'U.V.I. della sede di residenza a chiedere la collaborazione ai fini della valutazione, tramite il sistema informatico, al PUA/Segreteria organizzativa del distretto su cui insiste la struttura ospedaliera.
- L'operatore della segreteria organizzativa/PUA di riferimento, acquisisce la richiesta di dimissione protetta per il sistema residenziale e la sottopone al Coordinatore dell'U.V.I. che, in collaborazione con gli altri componenti dell'unità valutativa, esamina entro e non oltre 48h la proposta secondo criteri di multidimensionalità. Se lo si ritiene necessario si può effettuare una visita prima di attivare il percorso di inserimento del paziente per il ricovero in cure intermedie garantendo sempre e comunque la risposta entro le 48 ore.
- La segreteria organizzativa/PUA procede all'inserimento dell'esito nel SW dimissione protetta, informando l'infermiere delle C.I. dell'avvio del percorso di trasferimento.
- L'Infermiere delle C.I. in collaborazione con il collega dell'Unità Operativa ospedaliera pianifica e organizza il trasferimento del paziente e ne dà comunicazione attraverso l'aggiornamento del SW alla segreteria organizzativa/PUA inviante.

✓ Ammissione da Pronto Soccorso - PAT

Il Medico del Pronto Soccorso (PS), concluso l'iter diagnostico ed esclusa la necessità di ricovero in acuzie, qualora non sia possibile dimettere il paziente a domicilio e si presentino le condizioni cliniche di ammissibilità in C.I.:

- verifica la disponibilità di posto letto e concorda il ricovero tramite contatto telefonico con il medico dell'O.d.C. (limitatamente alle 12 ore diurne, esclusi i giorni festivi e prefestivi);
- informa il paziente/famiglia;
- compila la segnalazione online nel SW-Dimissione Protetta dalla quale si evince l'eleggibilità per le C.I.;
- L'infermiere delle C.I. in collaborazione con il collega del PS pianifica e organizza il trasferimento del paziente;

Il medico del PAT dopo aver visitato un paziente che presenta le condizioni cliniche di ammissibilità in C.I. dovrà:

- verificare la disponibilità di posto letto e concordare il ricovero tramite contatto telefonico con il medico dell'O.d.C. (limitatamente alle 12 ore diurne, esclusi i giorni festivi e prefestivi);
- informare il paziente/famiglia;
- compilare la segnalazione online nel SW-Dimissione Protetta dalla quale si evince l'eleggibilità per le C.I..

L'U.V.I., in entrambe le situazioni, dovrà verificare l'appropriatezza della presa in carico del paziente, completando la scheda informatica riferita allo stesso.

Profilo paziente ammissibile in C.I. dal PS:

- post acuto o cronico riacutizzato;
- con stabilità clinica (non necessaria presenza/assistenza medica h24);
- con diagnosi definita (non necessaria alta tecnologia);
- con percorso terapeutico definito (eventuale specifica: in terapia con farmaci H);
- con diagnosi non psichiatrica e/o escludente severi disturbi del comportamento non controllati da terapie;
- con stato non terminale;
- a rischio per *disease related* (perdita autonomie) e/o *disuse related* (inappropriato allettamento);

Tali criteri debbono avere valore non indicativo, ma selettivo e rappresentare riferimento invalicabile per gli operatori che concorrono a garantire il percorso dell'assistenza nelle fasi di dimissione dal PS.

✓ Ammissione da Cure Domiciliari Integrate

Il M.M.G./P.L.S. attiva il percorso di inserimento nelle C.I. attraverso la compilazione del modello cartaceo già in uso per gli inserimenti dal territorio in struttura residenziale, fino all'informatizzazione. Il PUA/Segreteria organizzativa, visualizzata la richiesta, la sottopone al Coordinatore dell'U.V.I. territoriale che insieme ai componenti dell'U.V.I. individuerà entro e non oltre 48h il setting assistenziale appropriato. Stabilita l'eventuale eleggibilità per le C.I., trasmetterà all'Infermiere Coordinatore delle C.I. la scheda di valutazione per pianificare con il referente clinico delle Cure Intermedie l'inserimento del paziente. Sarà cura dell'infermiere delle C.I. comunicare e organizzare il ricovero con il M.M.G./P.L.S..

ASSISTENZA

Elemento qualificante del modello delle C.I. è il lavoro multiprofessionale e multidisciplinare che coinvolge medici, professioni sanitarie e personale di supporto che garantisce la migliore risposta ai bisogni assistenziali ai pazienti affetti da polipatologie di tipo cronico. Tali modalità di lavoro possono giovare di audit clinico organizzativi, gruppi di miglioramento e tutoraggi attraverso i quali è possibile condividere protocolli, procedure e percorsi virtuosi.

Assistenza Medica

Il modello organizzativo che dev'essere attuato all'interno degli O.d.C. è quello che prevede che la gestione clinica sia affidata ai Medici di Assistenza Primaria. I M.M.G. diventano così i referenti clinici entrando nel merito dell'intero percorso assistenziale dal ricovero alla dimissione.

Tale organizzazione prevede la presenza di un adeguato e definito numero di M.M.G., i quali concordano con il Distretto le fasce orarie di presenza attiva e di disponibilità idonee a garantire accessi, anche al di fuori dell'orario programmato. La presenza medica viene articolata secondo quanto previsto da DGRM 746/16 ed è finalizzata a garantire:

- la responsabilità clinica dei pazienti post acuti o cronici riacutizzati non autosufficienti con necessità di tutela sanitaria che non richiedono un elevato impegno tecnologico: trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapia ev, nutrizione enterale, trattamento lesioni cutanee, etc;
- la responsabilità dei percorsi di ammissione e dimissione degli ospiti condividendo con gli infermieri ed eventuali altri professionisti la progettazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI);
- la buona tenuta della cartella clinico assistenziale integrata.

L'attività e gli obiettivi del coordinatore di AFT o di équipe territoriale precedentemente concordata verranno periodicamente valutati dal Direttore del Distretto di riferimento.

Qualora non si verificano le condizioni tali da garantire la presenza dei M.M.G. all'interno della struttura è possibile prevedere nel rispetto degli Accordi Regionali che anche la presenza medica diurna venga garantita dai Medici della Continuità Assistenziale (C.A.).

E' possibile attuare un altro modello organizzativo che prevede la presenza di un adeguato numero di Medici dipendenti ospedalieri che a seguito dell'opzione di permanenza nella struttura verranno ricollocati all'interno della dotazione organica del territorio con inquadramento contrattuale conseguente, garantendo una presenza h 12 diurna. Un 10% dei posti letto di tali moduli possono accogliere pazienti che necessitano di un livello assistenziale superiore all'R2 che richiedono trattamenti essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio ventilazione meccanica assistita, gravi insufficienze respiratorie con basso margine di instabilità clinica, affetti da malattie neurovegetative, comi vegetativi, pazienti dializzati che provengono dal centro dialisi ad assistenza limitata (CAL) presente nella struttura, etc.

In alcune realtà si può configurare un terzo modello organizzativo che si caratterizza per la compresenza e collaborazione dei MMG e medici dipendenti che operano all'interno dell'O.d.C.

Profilo assistenziale

L'ambito organizzativo è gestito da un Infermiere Coordinatore che in un'ottica di valorizzazione del lavoro di équipe, perseguendo obiettivi di integrazione multi professionale finalizzati alla condivisione progettuale, alla globalità dell'intervento e alla verifica dei risultati per ogni ospite, sarà garante della continuità dei processi assistenziali.

L'assistenza è garantita da infermieri, figure di riferimento per la presa in carico globale del paziente presenti nella struttura in maniera continuativa nelle 24 ore, supportati per quanto di loro competenza da Operatori Socio Sanitari (OSS). La parte riabilitativa viene garantita da fisioterapisti presenti in struttura per almeno sei giorni settimanali. L'organizzazione dell'assistenza è improntata sul lavoro di équipe finalizzata alla condivisione progettuale, alla globalità dell'intervento e alla verifica dei risultati per ogni persona degente.

L'assistenza erogata è definita dal PAI, strumento di programmazione finalizzato a garantire risposte efficaci ed efficienti ai bisogni espressi dagli ospiti della struttura.

Per quanto attiene agli standard clinico-assistenziali, determinanti i volumi complessivi di assistenza agli ospiti delle strutture questi sono previsti in coerenza con i contenuti della DGRM n. 960/2014.

Si ritiene necessario a tendere, attivare il modello organizzativo assistenziale del Case Management, in coerenza con le indicazioni fornite in tal senso dalla DGRM 960/14. Sarà lo stesso Case Manager, individuato all'interno dell'équipe assistenziale per ogni modulo superiore a 20 pl, che fungerà da raccordo/referente tra il paziente e/o suoi familiari e il responsabile Medico (M.M.G., C.A., Medico dipendente) presenti in base alla organizzazione.

Durata del ricovero e valutazione

Di norma il tempo di permanenza medio è di circa 30 giorni continuativi, questo può essere prorogato su richiesta del M.M.G. o Medico dipendente, solo in presenza di condizioni eccezionali che comunque debbono essere valutate e autorizzate dall'U.V.I. di riferimento.

A seguito della rivalutazione l'U.V.I. può concedere una proroga. Questo livello di ricovero non può di norma superare i 60 giorni cumulativi nello stesso regime assistenziali nell'arco dell'anno solare. Al termine dei 60 giorni, il cittadino dovrà contribuire alle spese con una quota alberghiera. L'U.V.I. comunica al servizio amministrativo di riferimento i ricoveri, le dimissioni, le proroghe oltre i 60 gg. Al fine di consentire una corretta gestione delle attività economiche i professionisti delle strutture delle C.I. devono definire gli obiettivi da raggiungere nel periodo di permanenza e lo scadenziario delle verifiche sugli obiettivi.

All'ingresso, tramite modulo apposito, si acquisisce l'impegno di spesa a carico dell'ospite per la copertura della retta giornaliera nei casi dovuti oppure a carico dell'Amm.ne Comunale in relazione alla specifica situazione economica dell'assistito.

Pur non escludendo a priori la possibilità di ammissione in C.I. di soggetti provenienti da altre AA.VV. dell'A.S.U.R., verrà data precedenza ai residenti nel territorio di competenza distrettuale/AV ove insiste la struttura. Altresì l'eventuale ammissione di non residenti nella Regione Marche è subordinata all'acquisizione preventiva dell'autorizzazione al ricovero e relativo impegno di spesa da parte della ASL di provenienza.

A conclusione del programma clinico assistenziale personalizzato l'ospite viene dimesso dal setting delle C.I. dal Medico che è il care manager (che assicura la continuità dell'assistenza). Laddove l'obiettivo del PAI venga raggiunto in anticipo rispetto ai tempi previsti, l'ospite viene dimesso. Il passaggio a livelli assistenziali diversi eventualmente stabiliti dal piano assistenziale comporta la dimissione dal livello di provenienza.

La dimissione dell'ospite può prevedere i seguenti percorsi:

- ricovero ospedaliero per terapie particolari o interventi specialistici;
- inserimento in R.S.A. per il modificarsi del livello assistenziale di cui necessita l'ospite;
- inserimento in residenze protette per non auto-sufficienti o in casa di riposo per anziani;
- rientro al proprio domicilio con eventuale attivazione delle Cure Domiciliari.

Letti tecnici

All'interno dell'O.d.C. possono essere attivati posti letto per la "Presenza in carico del bisogno complesso" in attività diurna programmata, al fine di dare risposte agli utenti esterni per prestazioni quali emotrasfusione, terapia marziale, antibiotico terapia ev, terapia del dolore in regime ambulatoriale sulla base di protocolli, ove necessari, condivisi e formalizzati.

CARTELLA CLINICO-ASSISTENZIALE INTEGRATA

Per ogni ospite deve essere adottato uno strumento di gestione clinica e di pianificazione assistenziale integrata (cartella clinico-assistenziale integrata), che disciplini, integri e renda appropriati, efficaci ed efficienti gli interventi clinico-assistenziali programmati, ad uso di tutti i professionisti e operatori che ruotano attorno all'ospite.

E' in fase di elaborazione, nell'ambito del progetto SIRTE, la cartella informatizzata da adottare in tutte le strutture residenziali socio-sanitarie territoriali della Regione Marche, compresi i nuclei di Cure Intermedie. Tale cartella integrata sarà realizzata in ottemperanza a quanto indicato dal Decreto del Dirigente del Dipartimento per la Salute e per i Servizi Sociali n. 44/DSS -Regione Marche 8 settembre 2011.

CONSULENZE/VISITE SPECIALISTICHE/INDAGINI STRUMENTALI

Nell'O.d.C. trova spazio la specialistica ambulatoriale dipendente o convenzionata extraospedaliera che nell'ambito dell'orario previsto dai rispettivi incarichi dovrà prevedere fasce orarie e giorni dedicati all'attività ambulatoriale, domiciliare e di consulenza presso le strutture residenziali del territorio.

Le richieste di consulenza erogate da specialisti dipendenti o convenzionati Asur per i pazienti ricoverati avverranno mediante l'utilizzo del modulo di richiesta interna. Nel caso in cui la stessa riguardi un paziente che risulta ricoverato oltre il 61° giorno, salvo proroghe concesse dall'UVI, dovrà avvenire mediante ricetta SSR o dematerializzata e sarà soggetta al pagamento del ticket salvo in caso di esenzione al pagamento della compartecipazione della prestazione per reddito, età, patologia etc.

Le visite specialistiche che vengono richieste verso gli altri Enti del SSR dovranno essere prescritte sulla base degli accordi interaziendali in essere.

L'esito della consulenza sarà riportato/allegato sulla cartella clinico assistenziale integrata del paziente e dovrà essere prevista una modalità uniforme per la registrazione delle richieste delle consulenze specialistiche interne.

GESTIONE RETTE DGRM 1331/2014

Applicazione normativa pagamento rette socio-sanitarie in strutture residenziali R2 (Cure Intermedie - RSA).

	CURE INTERMEDIE
PERIODO DI ESENZIONE	primi 60 giorni di ricovero
APPLICAZIONE DELLA COMPARTECIPAZIONE ALLA RETTA	dal 61^ giorno di ricovero in poi
AZZERAMENTO DELLA CONTABILIZZAZIONE DELLA COMPARTECIPAZIONE ALLA RETTA	Mai, se la degenza è senza interruzioni

N.B. Va precisato che :

1) in ottemperanza alle DGRM1011/13 e 1195/13 a recepimento della DGRM 704/06 Allegato B punto 1.2, le giornate di ricovero in C.I. (standard R2) debbono essere cumulate nell'anno solare con quelle eventualmente effettuate dallo stesso paziente in RSA;

2) fa eccezione alla regola del punto 1) la situazione nella quale il paziente viene ricoverato in C.I.

per una patologia diversa rispetto al primo ricovero (es: primo ricovero esiti di ictus, secondo ricovero frattura di femore). In questo caso la contabilizzazione si azzerà e si riparte con il conteggio dell'anno solare.

GESTIONE ASSENZE INVOLONTARIE

	MANTENIMENTO POSTO LETTO	GRATUITA' RETTA DI COMPARTECIPAZIONE	PAGAMENTO 50% RETTA DI COMPARTECIPAZIONE	PAGAMENTO 50% RETTA DI DEGENZA
R2.1 C.I.	7 GG	7 GG.	SI <i>(vedi nota 2)</i>	7 GG

Va precisato che:

- 1) le assenze indicate nella tabella sono quelle involontarie, ovvero condizionate da prestazioni sanitarie integrative/aggiuntive;
- 2) il pagamento per il paziente del 50% della retta di compartecipazione è previsto esclusivamente se già scaduti i 60 gg di gratuità nell'anno solare (si ricorda che il conteggio dei 60 gg deve comprendere tutte le degenze effettuate in residenze classificate come R2 ovvero Cure Intermedie e RSA);
- 3) il pagamento del 50% della retta di degenza da parte dell'Area Vasta competente per territorio è riconoscibile alla struttura privata convenzionata.

GESTIONE LISTE DI ATTESA

La gestione delle liste di attesa per l'accesso alle strutture residenziali socio-sanitarie pubbliche e/o private convenzionate è a carico del Distretto territorialmente competente.

Il Distretto è tenuto ad attivare (con aggiornamento in tempo reale e disponibilità di consultazione) una lista di attesa dedicata ai pazienti classificati come eleggibili per C.I.

Le liste di attesa devono essere alimentate in applicazione dei criteri di domanda e offerta sotto definiti:

Criteri di offerta

1	disponibilità di posto letto
2	appropriatezza del setting
3	struttura pubblica

L'U.V.I. è l'organo deputato alla definizione del PAI e all'individuazione del percorso di continuità dell'assistenza sia per paziente proveniente da dimissioni protette che per inserimenti dal territorio nel rispetto della tempistica prevista dalla normativa.

TRASPORTI E MEZZI

La DGRM 301 del 29/03/17 definisce i criteri per l'espletamento delle procedure di trasporto sanitario. I trasporti degli ospiti da e per i posti letto di C.I., vengono ricomprese in tale norma. La richiesta del Medico delle C.I. (M.M.G., Medici dipendenti, Continuità Assistenziale) dovrà avvenire, preventivamente all'esecuzione del trasporto, mediante la compilazione del modello RT e successiva trasmissione dello stesso alla CCT di competenza per l'autorizzazione e l'organizzazione.

I trasporti richiesti dai medici degli O.d.C. finalizzati all'attuazione del PAI sono compresi all'interno della tariffa giornaliera prevista dalla DGRM 1331/14.

FARMACI E PRESIDI

La gestione dei farmaci (ivi compreso l'ossigeno), dispositivi, presidi e ausili, avviene per gli O.d.C. con le stesse procedure adottate per le RSA a gestione diretta (file F).

Pertanto per le C.I. si possono richiedere, con le stesse modalità operative sino ad ora utilizzate, alla Farmacia competente:

- Farmaci tramite richiesta cumulativa informatizzata, se esistente, oppure cartacea, da inviare alla Farmacia nel rispetto e vincolo del PTAV (Prontuario Terapeutico di Area Vasta) concordando i giorni per l'invio della richiesta e della consegna;
- Medicinali stupefacenti tramite apposito buono di approvvigionamento che deve essere autorizzato dal Direttore del Distretto o suo delegato. I farmaci saranno gestiti secondo le modalità previste dalla normativa vigente;
- Dispositivi medici, presidi e ausili richiesta cumulativa informatizzata, se esistente, oppure cartacea, nel rispetto e vincolo di quanto già in uso. La richiesta dovrà essere inviata alla Farmacia e/o all'U.O. Acquisti logistica/economato (in funzione all'assetto organizzativo di ciascuna AV).

Relativamente all'imputazione dei costi si precisa che il centro di costo è quello specificatamente dedicato al singolo O.d.C..

Per l'ospite che accede alla struttura Cure intermedie si dovrà, in virtù della Raccomandazione 17 del Ministero della Salute, procedere alla riconciliazione della terapia farmacologica, infatti, in particolare, nei momenti cosiddetti di transizione di cura (rappresentati dal ricovero del paziente in ospedale e dalla sua dimissione, dal suo trasferimento tra reparti della stessa struttura o ad altra struttura sanitaria) gli errori in terapia, correlati a discrepanze non intenzionali, possono causare danni al paziente. L'Appendice 1 mostra la scheda con le indicazioni necessarie ad effettuare la Riconciliazione farmacologica da utilizzare fino alla completa informatizzazione della cartella. Il farmacista, per il ruolo che riveste all'interno della struttura sanitaria e per le conoscenze specifiche che gli derivano dalla professione, supporta il medico sia nella fase di Ricognizione sia in quella di

Riconciliazione; collabora inoltre alla predisposizione della Scheda di Ricognizione/Riconciliazione prevista dalla procedura.

In particolari condizioni in cui è necessario l'approvvigionamento di farmaco extra prontuario questo dovrà essere richiesto attraverso un modello specifico da inviare alla Farmacia Ospedaliera previa autorizzazione del Direttore del Distretto o suo delegato.

Tutti i M.M.G., di Continuità Assistenziale e gli specialisti dovranno essere formati/informati del PTAV (lista cartacea e/o accesso al sistema intranet aziendale).

PUNTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

Il D.M. 70/15 prevede che il Punto di Primo Intervento (PPI) sia presente negli O.d.C. solo in via temporanea in attesa della trasformazione in POTES. Tale graduale trasformazione deve avvenire gradualmente e contestualmente deve svilupparsi l'ambulatorio della continuità assistenziale ad accesso diretto, anche nelle fasce orarie diurne, nelle modalità organizzative e con le attività previste dalla L.R. 36/98 e ss.mm.ii.. Tale struttura sarà in grado di fornire le risposte assistenziali appropriate all'utenza che con il PPI nella formula prevista dal DM 70 non sarà più possibile. Pertanto a seguito di quanto premesso sopra e della riorganizzazione è stato istituito il Punto di Assistenza Territoriale presso gli O.d.C. come porta di accesso diretto al sistema dove l'utente può ricevere una risposta uniforme e tempestiva alla domanda di salute nelle 24 ore.

Personale del PAT

A tendere il personale medico che vi opera dovrà essere un medico delle Cure Primarie che garantisca all'interno le visite ad accesso diretto oltre all'attività ambulatoriale o un medico della C.A. che opera anche durante le ore diurne. Il reclutamento di questi ultimi dovrà avvenire secondo definizione di graduatorie a seguito di Avvisi specifici che prevedono l'attività di CA anche nell'orario diurno o definizione dei graduatorie e bandi dedicati.

In attesa di riorganizzare l'attività secondo quanto sopra stabilito potranno essere impiegati, con accordi specifici e uniformi definiti a livello Asur e se l'organizzazione lo permette, medici dipendenti che operano negli O.d.C. per la copertura dell'orario diurno che si integrano con i colleghi della C.A. per garantire la copertura h24.

In ultimo e solo per un periodo strettamente necessario al passaggio delle soluzioni sopra esposte, potrà essere utilizzato personale dell'equipaggio del 118, con accordi uniformi Asur. Qualora il medico del PAT coincida con quello della POTES dovrà essere prevista la modalità per garantire la copertura medica del servizio in caso di chiamata del mezzo sul territorio.

E' presente il personale infermieristico del territorio nelle 12 ore diurne nei feriali e 6 ore prefestivi che eroga:

- prestazioni su indicazione o prescrizione del medico del PAT;

- gestisce autonomamente prestazioni infermieristiche per utenze che si presentano con impegnativa dell'MMG/PLS avvalendosi, dove previsto, della copertura del medico del PAT.

Modalità di accesso

Viene garantita una risposta ad accesso diretto h 24 per le problematiche di bassa gravità (Appendice 2).

Qualora il cittadino si rivolga a tale ambulatorio:

- per prestazioni che normalmente vengono erogate dal proprio M.M.G./P.L.S. verrà accolto, gli verrà erogata la prestazione e verrà informato sul corretto utilizzo di tale percorso. Semestralmente sarà cura del Direttore del Distretto, o suo delegato, verificare il numero degli accessi inappropriati e riferire tale situazioni ai M.M.G./P.L.S. dei pazienti in causa;
- per problematiche previste da tale ambulatorio (vedi di seguito) verrà erogata gratuitamente la prestazione, gli esami ematici e se necessario il paziente verrà preso in carico; dovranno essere previsti percorsi dedicati per l'esecuzione di prestazioni di diagnostica tradizionale (RX, eco) e per l'invio diretto o entro le 72 h alla specialistica ambulatoriale accompagnata da impegnativa SSR con pagamento del ticket ove previsto compatibilmente con la DGRM 1012/14;
- con impegnativa del M.M.G./P.L.S. per erogazione di farmaci verrà inviato e preso in carico dall'ambulatorio infermieristico.

Le prestazioni minime assicurate nel PAT sono:

- visita medica e presa in carico per le patologie minori;
- medicazione ferite superficiali;
- gestione dei sanguinamenti nasali anteriori;
- trattamento traumi minori;
- prestazioni infermieristiche (flebo, iniezioni intramuscolo, endovena e medicazioni varie);
- prelievi di sangue ed esami radiologici necessari alla diagnosi, anche differibili.

Qualora il cittadino che accede presenta situazioni a carattere di urgenza o emergenza verrà preso in carico, tramite attivazione della CO 118, dal personale dell'emergenza territoriale presente nella struttura che provvederà se necessario a trasferirlo al PS/DEA di riferimento.

Registrazione delle attività

E' in corso lo sviluppo di un software Asur che permetterà la registrazione di tutta l'attività erogata

presso gli ambulatori del PAT e quelli infermieristici degli O.d.C.. Il programma prevederà anche l'informatizzazione dell'attività erogata dalla Continuità Assistenziale. Si avrà così a regime la possibilità di estrapolare tutte le attività ed elaborare i dati sia a livello locale che centrale. In attesa della disponibilità del software unico, i dati di attività verranno raccolti secondo le modalità proprie di ciascun O.d.C. e inviate mensilmente in Asur secondo le modalità di monitoraggio già in essere.

Formazione del personale

E' previsto per il personale che intende collaborare all'attività del PAT e agli Ambulatori Infermieristici delle C.I. un percorso di affiancamento e tutoraggio sul campo da gestire nelle AA.VV.

La formazione avverrà sotto forma di training individualizzato della durata minima di 3 ore con un tutor di riferimento.

AMBULATORIO INFERMIERISTICO

Per ambulatorio infermieristico s'intende la struttura o luogo fisico preposto all'erogazione di cure infermieristiche organizzate e gestite direttamente da personale infermieristico, per quei pazienti che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno. Rappresenta un nuovo modello di organizzazione e gestione dell'assistenza infermieristica in grado di rispondere con competenza alle diverse esigenze della collettività e permette alla professione infermieristica di esprimere le proprie conoscenze in maniera più autonoma e responsabile. Presso ciascun O.d.C. dovrà essere previsto un ambulatorio infermieristico attivo con fascia oraria 8-20 nei giorni feriali e 8-14 nei prefestivi.

Sono erogabili presso ciascun ambulatorio infermieristico le seguenti prestazioni programmate:

- medicazioni semplici e complesse;
- medicazione ferite difficili;
- bendaggi semplici e/o elastocompressivi;
- medicazioni accessi vascolari;
- gestione stomie;
- posizionamento e gestione di catetere vescicale;
- rimozione punti di sutura delle ferite chirurgiche, eccetto in pazienti in terapia con anticoagulanti;
- terapia iniettiva (intramuscolare, sottocutanea, endovenosa – escluso chemioterapici).

Per accedere al servizio ambulatoriale è necessario che l'utente:

- sia visitato dal medico del PAT il quale richiede una prestazione infermieristica;
- sia in possesso di una prescrizione medica (impegnativa SSR) che descriva in modo esaustivo e leggibile la prestazione da eseguire.

Il percorso di accesso è descritto nell'Appendice 3.

Le prestazioni saranno gratuite per gli esenti ticket e per quelle ritenute urgenti su richiesta del medico del PAT.

Nell'ambito dell'autonomia professionale l'infermiere attraverso l'accertamento del bisogno espresso fino ad arrivare alla valutazione del risultato può svolgere le seguenti attività complementari erogabili ad accesso diretto senza prescrizione:

- attività di educazione terapeutica (accoglienza, ascolto attivo dei bisogni);
- consulenza e informazione in materia di educazione sanitaria;
- istruzione alle tecniche di somministrazione di terapia farmacologica e nutrizionale;
- istruzione ed educazione alla prevenzione delle lesioni da pressione;
- educazione al trattamento di piccole ferite/lesioni.

Strumenti operativi dell'ambulatorio infermieristico

Ai fini del funzionamento pratico dell'ambulatorio è necessario un supporto informatico che consenta la raccolta e la registrazione delle attività. E' in via di sviluppo l'ampliamento del Sistema Informativo Sirte che prevederà una sezione dedicata alla gestione della cartella infermieristica ambulatoriale e alla registrazione delle attività infermieristiche che vengono erogate nel PAT.

Tra gli strumenti adeguati adottati per lo svolgimento delle attività ambulatoriali a gestione infermieristica rientrano le linee guida clinico-assistenziali basate sull'evidenza scientifica e i protocolli finalizzati a uniformare comportamenti e standardizzare procedure. Pertanto si auspica che ciascun ambulatorio sia dotato di almeno i seguenti protocolli/procedure:

- protocollo igiene delle mani;
- protocollo cateterismo vescicale;
- protocollo gestione accessi vascolari;
- profilo di cura gestione lesioni cutanee e medicazioni ferite difficili;
- protocollo somministrazione terapia parenterale ed emoderivati;
- protocollo per la gestione della stomia.

PROSPETTIVE FUTURE

La fase attuale di riconversione dall'ospedale al territorio interessa e coinvolge prevalentemente popolazioni fragili affette da patologie croniche. Il paziente cronico, necessita di un monitoraggio personalizzato e puntuale con metodologie operative intente alla gestione della cronicità nella sua complessità, e aventi come obiettivo non la guarigione, evento impossibile da attuare nella malattia cronica, ma il miglioramento della qualità di vita del paziente riducendo anche il peso sulla famiglia e sul contesto sociale.

Si propone di avviare Percorsi clinico assistenziali per la prevenzione primaria e secondaria per le patologie cronicodegenerative (diabete, ipertensione arteriosa, BPCO...) condivisi da un team multiprofessionale. per la prevenzione primaria e secondaria delle stesse, condivisi da un team multiprofessionale per ognuna delle quali vengono definiti gli obiettivi e gli interventi orientati alla presa in carico, alla gestione del processo globale, attraverso una puntualizzazione periodica delle attività da svolgere per i singoli casi di trattamento (follow-up).

Tali percorsi sono costruiti in base alle esigenze e bisogni del cittadino, permettendo di orientare sempre più gli interventi verso forme non ospedalizzate di assistenza e più vicine alle esigenze di umanizzazione e di rispetto della qualità della vita dell'utente.

INDICATORI DI MONITORAGGIO

Un percorso assistenziale non deve guardare solo agli aspetti clinici dell'assistenza (*to cure*) ma anche agli aspetti organizzativi (*to care*) e deve inoltre prendere in carico i bisogni globali del paziente (*caring*). Da ciò deriva che gli esiti attesi devono riguardare i risultati clinici, l'organizzazione dell'assistenza e il benessere e la qualità di vita del paziente.

Oltre agli esiti clinici bisogna considerare l'organizzazione dell'assistenza e il benessere globale del paziente. L'analisi organizzativa, effettuata localmente, può mettere in luce inefficienze, aree di assenza o di parzialità erogativa, nodi di processo e può essere pertanto molto utile in termini di miglioramento dei tempi e dell'efficienza.

Nello specifico verranno monitorati gli indicatori di attività previsti da DGRM 960/16 e i seguenti indicatori:

- tasso occupazione posti letto;
- % di pazienti re-ospedalizzati su totale dei pazienti ammessi in CI;
- % di decessi entro 7 giorni dall'ammissione in CI sul totale degli ammessi;
- % dei pazienti che supera i 30 giorni di degenza;
- % dei pazienti che supera i 60 giorni di degenza;
- N. prestazioni erogate dal PAT;
- N. di prestazioni erogate presso l'ambulatorio infermieristico;
- N. di utenti che si sono rivolti all'ambulatorio infermieristico per sottoporsi a prestazioni suddiviso tra quelli inviati dal medico del PAT e quelli che accedono con impegnativa del M.M.G..

Al fine di valutare il gradimento della struttura verrà somministrato a ciascun ospite e/o familiare un questionario (Appendice 4) i cui dati dovranno essere elaborati annualmente da parte di ciascuna struttura e inviati in Asur entro la fine del mese di febbraio dell'anno successivo.

BIBLIOGRAFIA E RIFERIMENTI NORMATIVI

- Boschetti, F. & Mutillo, G. (2005) "Modello organizzativo di ambulatorio infermieristico: esperienze a confronto tra pubblico e privato", *L'infermiere* n.4, pp. 18-23;
- D'Innocenzo, M., (2015) "Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica: ambulatorio infermieristico territoriale" *Centro scientifico Editore*, pp. 51-72;
- D.P.R. 14 Gennaio 1197 "Approvazione atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- Regione Marche: "Manuale di Accreditamento, Allegato sub.A, Sistema e requisiti per l'accreditamento delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della Regione Marche" anno 2000 pp. 80-82;
- Regione Marche: "Manuale di Autorizzazione, Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della regione Marche" anno 2000 pp. 27-35;
- DM 739/1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere";
- L. 251/2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";
- Legge 16 novembre 2001, n. 405 art.8 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria";
- DGRM 704/2006 Approvazione del "Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA - Modifiche agli allegati A, B e C della DGR n. 323/2005";
- Decreto del Dirigente P.F. Sistema Ospedaliero 207/SOP_04 del 09/10/2006 "Adozione linee guida per la corretta compilazione, gestione, custodia e archiviazione della documentazione sanitaria con particolare riferimento a cartella clinica e registro operatorio".
- DGRM 803/2009 "Linee di indirizzo per il modello organizzativo hospice della Regione Marche";
- Patto per la Salute 2014;
- DGRM 735/2013 "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012";
- DGRM 1011/2013 "Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gestionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitarie extraospedaliere e socio sanitarie nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale";
- DGRM 452/2014 "Linee guida per l'organizzazione funzionale delle Case della Salute. Approvazione";
- DGRM 960/2014 "Regolamento Cure Intermedie. Approvazione";
- DGRM 1219/2014 "Modifica della Deliberazione n. 1345 del 30/09/2013 concernente il riordino delle reti cliniche della Regione Marche e della deliberazione n. 551 del 14/4/2013 concernente la definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici del SSR";
- DGRM 1331/2014 "Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della DGR 1011/2013";
- Decreto Ministero della Salute n°70 del 2 Aprile 2015 "Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- DGRM 111/2015 "Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2014 Governo della domanda socio sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali";
- DGRM 541/2015 Recepimento Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

- Ministero della Salute Raccomandazione n. 17 - Riconciliazione della terapia farmacologica, data di pubblicazione: 23 aprile 2015 , ultimo aggiornamento 30 aprile 2015;
- DGRM 139/2016 “Adeguamento delle Case della Salute tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui al DM 70/2015. Revisione della DGR 735/2013 e DGR 920/2013 e DGR 1476/2013”;
- DGRM 746/2016 “Accordo Collettivo nazionale con i Medici di Medicina Generale e Accordo Integrativo Regionale DGR 751/07 - Approvazione "Schema di Protocollo di Intesa regionale con i medici di Medicina generale per appropriata gestione medica territoriale dei posti letto di cure intermedie degli ospedali di comunità - Sistema della Residenzialità ex art. 14 e 15 AIRE DGR 751/2007 - Schema unitario per la sottoscrizione di Accordi Aziendali in Area Vasta per la gestione dei singoli Ospedali di Comunità nel sistema della Residenzialità di cui agli art. 14 e 15 dell'AIR DGR 751/07”;
- DGRM 301/2017 “DGR n. 292/2012: "L.R. 36/1998 modificata dalla L.R. 11 aprile 2011 n. 6 - Criteri per l'espletamento delle procedure di trasporto sanitario" e DGR n. 1637/2016 relativa alla proroga delle deliberazioni DGR n. 968/13 e DGR n. 131/14. Modifica ed integrazione”.

APPENDICI

Appendice 1: scheda di Riconciliazione farmacologica

LATO A

SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

Unità Operativa: Data: .../.../.... Ora di ingresso del paziente in reparto:

Cognome e Nome del Paziente: Data di nascita: .../.../.... Peso: Kg Altezza:

Provenienza del paziente: abitazione privata P. S. altra U.O. altro Ospedale informazione non disponibile

- Il paziente assume farmaci a carattere sperimentale e/o off-label? NO SI (specificare.....)
- Il paziente assume omeopati, fitoterapici e/o integratori? NO SI (specificare.....)
- Il paziente presenta allergie o intolleranze conosciute? NO SI (specificare.....)
- Il paziente assume abitualmente alimenti in dosi elevate (pompelmo, caffè, thé, frutta, verdura, ecc.) che potrebbero interferire con la terapia? NO SI (specificare.....)
- Il paziente assume alcool e/o sostanze d'abuso? NO SI (specificare.....)
- Il paziente presenta abitudine al fumo? NO SI (specificare.....)
- Il paziente utilizza dispositivi medici medicali? NO SI (specificare.....)

Altri dati significativi:

.....
.....
.....
.....

TIMBRO E FIRMA MEDICO

LATO B

SCHEDA PER LA RICOGNIZIONE/RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA

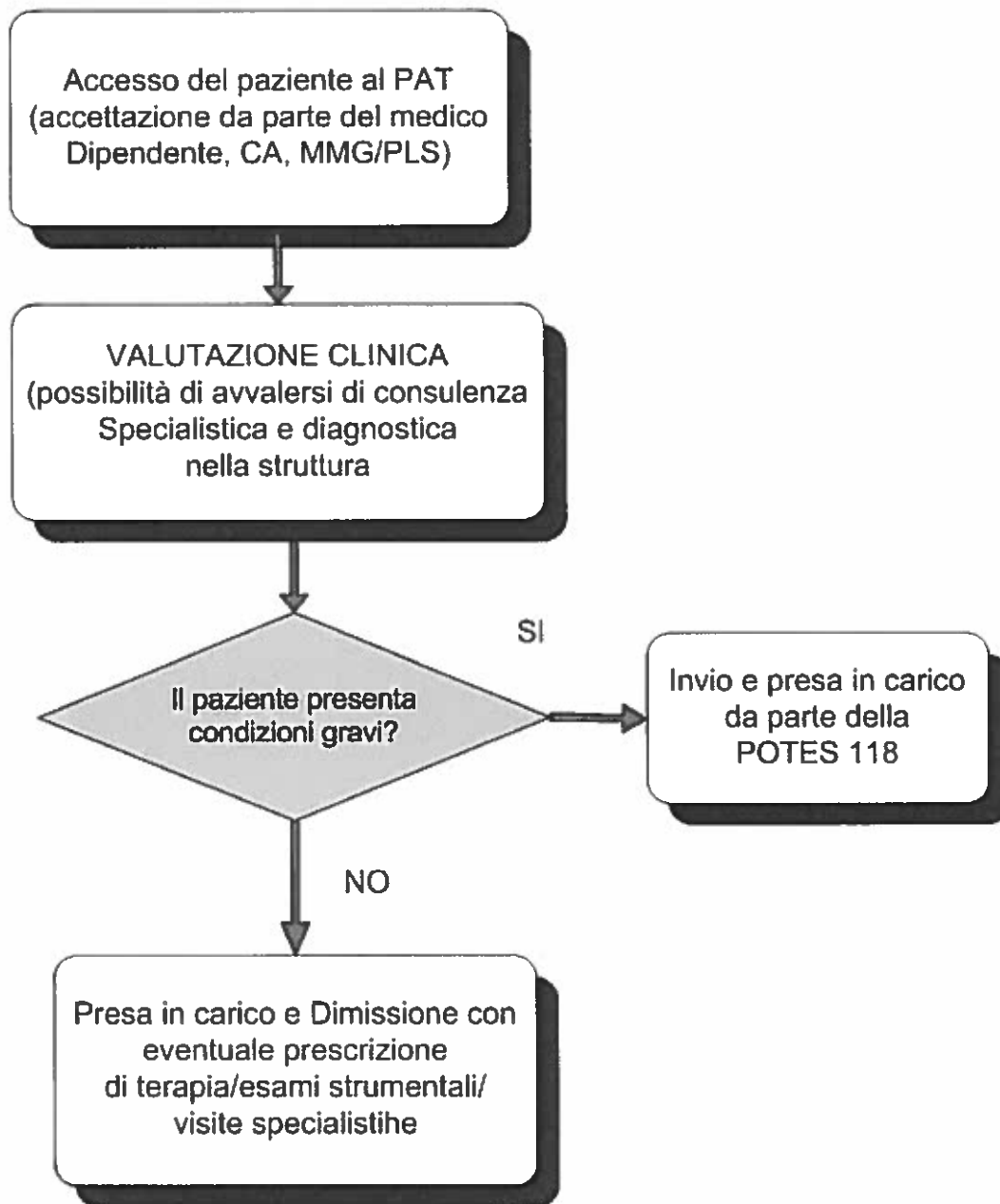
Cognome e Nome del Paziente: Unità Operativa:

RICOGNIZIONE		RICONCILIAZIONE				
Nome del farmaco (principio attivo), dosaggio e forma farmaceutica	Via di somm.	Posologia/ orari	Interrompere	Continuare	Modificare	Modifiche da effettuare/commenti
TERAPIA PRESSA						
<p>La terapia farmacologica prescritta, dopo aver correttamente effettuato le fasi di ricognizione/riconciliazione, dovrà essere riportata direttamente nel Foglio Unico Di Terapia, come già previsto da Procedura Aziendale - Rev. 02 del 28/11/2016.</p>			Note e/o commenti			
NUOVA TERAPIA						

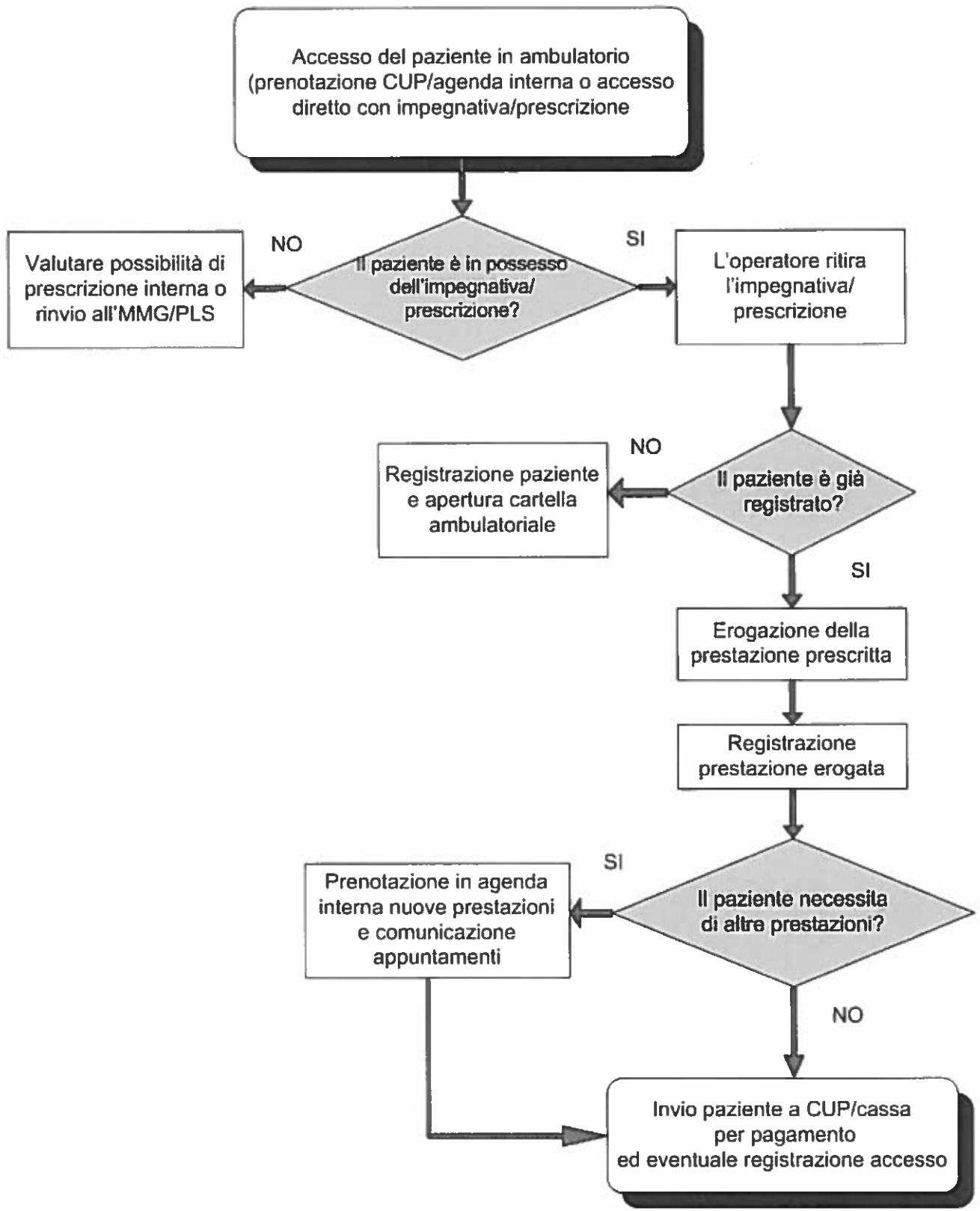
DATA

TIMBRO E FIRMA MEDICO


Appendice 2: percorso di accesso degli utenti al PAT



Appendice 3: percorso di accesso degli utenti alle prestazioni ambulatoriali infermieristiche



Appendice 4: questionario di gradimento

	Questionario di gradimento Ospedale di Comunità - CURE INTERMEDIE	Versione 0.0 Settembre 2017
---	--	--

Gentile Signora/Signore, chiediamo pochi minuti del Suo tempo prezioso perché desideriamo conoscere l'opinione dei familiari e dei nostri pazienti.

Grazie alle Sue indicazioni sarà possibile migliorare alcuni aspetti ritenuti critici o eventuali disservizi concernenti tutta l'esperienza di ricovero.

Riteniamo preziosi i tuoi suggerimenti !

IL PAZIENTE

Maschio	Femmina	Età
---------	---------	-----------

QUALITA' TECNICA

(Mettere una X nella valutazione scelta)

1. Come valuta l'assistenza medica?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

2. Come valuta la professionalità e cortesia del personale di assistenza ?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

3. Come valuta la pulizia dei locali, dei servizi igienici, degli spazi comuni?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

QUALITA' DEI RAPPORTI INTERPERSONALI

4. Come valuta l'accoglienza e le informazioni fornite dal personale dell'Ospedale di Comunità?

Insufficienti	Discrete	Buone	Ottime
---------------	----------	-------	--------

5. Come valuta il rispetto delle abitudini di vita del paziente?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

QUALITA' DEL COMFORT

6. Come valuta stanze, alloggi e locali?

Insufficienti	Discreti	Buoni	Ottimi
---------------	----------	-------	--------

7. Come valuta la qualità dei pasti?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

QUALITA' ORGANIZZATIVA

8. Come valuta complessivamente l'esperienza di degenza nelle Cure Intermedie?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

9. Ha ricevuto indicazioni sulla programmazione della dimissione?

Insufficiente	Discreta	Buona	Ottima
---------------	----------	-------	--------

Cosa suggerirebbe per migliorare il servizio?

.....
.....

Grazie per la collaborazione!