



Deliberazione Giunta Esecutiva n. 44 del 19 dicembre 2012

Oggetto: Progetto di sperimentazione “Triage” di Firenze, ai sensi dell’art. 14 comma 5 della L.R. 41/05, del punto 3.3.1 "Sperimentazione di tipologie di strutture residenziali e semi residenziali” del Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 e della DGRT n. 754 del 10/08/2012

		presente	assente
Stefania Saccardi	Presidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierluigi Tosi	Membro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andrea Ceccarelli	Membro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L’Assessore Proponente:

Ufficio proponente:

Dirigente:

Direttore:

Estensore:

Parere di regolarità tecnica ex art. 49 c.1 T.U.E.L. D.lgs 267/00

Allegati p.i.

La Giunta Esecutiva della Società della Salute di Firenze

PREMESSO CHE:

con deliberazioni C.C. n.919/121 del 17 novembre 2003 e del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Firenze n.814 del 28/11/03 sono stati approvati la Convenzione e lo Statuto del Consorzio pubblico tra il Comune di Firenze e l'Azienda Sanitaria di Firenze denominato "Società della Salute di Firenze";

in data 25 luglio 2006 sono state sottoscritte, da parte degli enti consorziati, le modifiche e integrazioni alla Convenzione costitutiva del Consorzio, approvate con deliberazione del Consiglio Comunale, n. 50 del 17.07.2006, e del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Firenze, n. 542 del 19.7.2006;

VISTA la L.R. 10 novembre 2008 n. 60 "Modifiche alla L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e, segnatamente: il capo III bis "Società della Salute", art. 71 bis e ss., che disciplina il nuovo assetto organizzativo dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali territoriali tramite la costituzione delle Società della Salute;

PRESO ATTO che, con deliberazioni del Consiglio Comunale di Firenze, n. 2009/C/00046 del 20.4.2009, e dell'Azienda Sanitaria di Firenze, n. 249 del 27.3.2009, sono stati approvati i nuovi schemi di convenzione e di statuto della Società della Salute di Firenze, alla luce delle modifiche introdotte dalla L.R. 60/2008;

PRESO ATTO che, in data 8 marzo 2010, è stata stipulata dagli enti consorziati la nuova Convenzione della Società della Salute di Firenze, con allegato il nuovo Statuto del Consorzio, entrato in vigore a seguito di detta stipula;

RICHIAMATA la deliberazione dell'Assemblea dei Soci, n.15 del 13 maggio 2010 avente ad oggetto: "Insediamento dell'Assemblea dei Soci: accertamento della regolare costituzione e nomina del componente non di diritto della Giunta Esecutiva";

RICHIAMATA altresì la deliberazione della Giunta esecutiva n.10 del 13 maggio 2010 avente ad oggetto: "Insediamento della Giunta esecutiva: accertamento della regolare costituzione";

VISTA la deliberazione della Giunta SdS n. 18 del 22/12/2008: avente per oggetto "Adozione dello schema di Piano Integrato di Salute 2008-2010 e della Relazione annuale sullo stato di salute anni 2005-2007";

VISTA la deliberazione di Assemblea dei Soci n°7 del 30 giugno 2011 avente per oggetto "Proroga della validità del Piano Integrato di Salute 2008 2010 ", secondo quanto previsto dalla delibera G.R.T. 243 del 11 aprile 2011 "Approvazione disposizioni operative per il funzionamento delle Società della Salute in Toscana. Modifica alla DGRT n. 1265 del 28 dicembre 2009";

VISTA altresì la deliberazione di Assemblea dei Soci n° 10 del 30 giugno 2011 avente per oggetto "Approvazione Piano Attuativo 2011", specificamente recependo le disposizioni attuative di cui al p. B della delibera G.R.T. 243 /2011 sopracitata;

RICHIAMATO l' art. 14 comma 5 della L.R. 41/05 che prevede che "La Regione col piano sanitario e sociale integrato regionale può prevedere sperimentazioni relative a tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali";

RICHIAMATO il punto 3.3.1. del Piano Integrato sociale regionale 2007 – 2010 che prevede , in attuazione dell'articolo 14, comma 5 della l.r. 41/2005, sperimentazione di modalità per l'accoglienza di persone qualora si presenti la necessità di dare risposta a problematiche composite e diversificate sotto il profilo della non autosufficienza, della fragilità personale e sociale, della disabilità e del disagio relazionale, in particolare attraverso formule organizzative di carattere innovativo e tali da razionalizzare l'impiego delle risorse;

RICHIAMATA la Delibera della Giunta Regionale n. 754 del 10/08/2012 recante per oggetto "Azioni di indirizzo alle aziende e agli enti del SSR, attuative del D.L. 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale" che prevede la revisione dei modelli organizzativi con "Interventi

sulle RSA e altre offerte alternative” (punto 5, capo “A .Organizzazione Ospedale – Territorio” dell’allegato B) e “Interventi di riorganizzazione per RSA (coerentemente con analogo obtv scheda ospedale – territorio)” (punto 27, capo “F. Privato Accreditato” dell’allegato B);

VISTO il comma 1 dell'art. 133 della L.R. 27 dicembre 2011 n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del programma regionale di sviluppo (PRS) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal PRS 2011-2015;

RITENUTO di promuovere la sperimentazione di modalità di inserimenti sociosanitari in Struttura riabilitativo-residenziale ad alta intensità assistenziale, con le finalità e le modalità organizzative e gli standard strutturali così come indicati nell’allegato a) parte integrante delle presente deliberazione;

Preso atto del parere favorevole relativo alla regolarità tecnica del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 49, co.1, del Dlgs 267/00;

Con le modalità dell'art. 10 dello Statuto;

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa:

- 1) di approvare il progetto di sperimentazione di modalità di inserimenti sociosanitari in Struttura riabilitativo-residenziale ad alta intensità assistenziale denominata “Triage”, con le finalità e le modalità organizzative e di accoglienza così come indicati nell’allegato a) parte integrante delle presente deliberazione;
- 2) di richiedere alla Regione Toscana l’autorizzazione alla sperimentazione ai sensi dell’art. 14 comma 5 della L.R. 41/05 e del punto 3.3.1 "Sperimentazione di tipologie di strutture residenziali e semi residenziali” del Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010;
- 3) di incaricare il Direttore della SdS ad assumere tutti gli atti gestionali conseguenti alla presente deliberazione;
- 4) di dare pubblicità alla presente deliberazione mediante affissione all'Albo Pretorio del Consorzio ove vi rimarrà per dieci giorni consecutivi e mediante pubblicazione sul sito internet della Società della Salute, ove resterà accessibile a tempo indeterminato.

Il Presidente SdS

Ass. Stefania Saccardi

Il Direttore SdS

Dott. Marco Brintazzoli

PROGETTO SPERIMENTALE

“TRIAGE”

**STRUTTURA RIABILITATIVO-RESIDENZIALE
AD ALTA INTENSITA' ASSISTENZIALE**

ANNO 2012

Bozza

Pag.1/11

INDICE

PREMESSA.....	3
1. Elementi qualificanti della proposta progettuale.....	4
2. Obiettivi e finalità	7
3. La struttura individuata	7
4. Ammissione.....	8
4.1. Modalità di ammissione dei cosiddetti “codici rossi”	9
4.2. Compartecipazione alla spesa da parte degli utenti ricoverati come codici rossi	10
4.3. Modalità di ammissione per le dimissioni ospedaliere complesse.....	10
5. Valutazione e Dimissioni	11
6. Le modalità gestionali.....	11

PREMESSA

Kane (1988) definisce il paziente geriatrico (geriatric paradigm) come un soggetto non definito dall'età ma da una sindrome complessa caratterizzata da problemi multipli, simultanei e interattivi, che hanno necessità di un approccio funzionale, con una forte enfasi sul bisogno di una valutazione globale multidisciplinare e sulla riabilitazione. Ne deriva che la misura dello stato di salute non può essere ottenuta mediante un approccio esclusivamente bio-medico, poiché la semplice lista delle diagnosi non contiene alcuna informazione sulla severità delle singole malattie e sull'impatto determinato dalla loro coesistenza, che è spesso maggiore della somma dei singoli effetti.¹

Un indicatore dell'invecchiamento è contenuto nel concetto di "recupero della salute": a qualunque età un uomo può ammalarsi, provare un senso di malessere; ma si tratta di condizioni transitorie, che permangono fino a quando la "capacità di recupero" dell'organismo consente di ritornare allo stato di benessere, senza impedimenti a compiere qualsiasi attività. Nell'anziano questa capacità si riduce con l'età, il tempo di recupero dello stato di salute aumenta fino all'instaurarsi di situazioni patologiche in cui manca, del tutto o quasi, il recupero del primitivo benessere.²

Di conseguenza, la cura degli anziani non può essere disgiunta da una particolare "tensione riabilitativa" necessaria per prevenire le complicazioni e le limitazioni al recupero che una inadeguata attenzione assistenziale potrebbe generare. E' necessario quindi considerare che l'inserimento dei soggetti anziani nei Percorsi assistenziali deve essere effettuato sulla base della simultaneità di bisogni clinici, riabilitativi e sociali, più che sulla presenza di un evento precipitante (come insito nel percorso cronologico acuto-subacuto-stabilizzato).

Riabilitare significa, restituire la capacità di produrre comportamenti, cioè interazioni tra la persona e l'ambiente, graduando l'intervento sul bisogno ("centralità della persona").

La struttura organizzativa adeguata trova il suo riferimento in un "modello di percorso integrato e continuativo: sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale" in grado di accogliere ed accompagnare la persona e la famiglia lungo l'itinerario terapeutico riabilitativo e assistenziale, dall'evento acuto al reinserimento sociale con il massimo grado di autonomia.

La Giunta Regionale ha approvato con Deliberazione n. 548 del 04/07/2011 la proposta progettuale definita "Azioni di revisione della gestione del percorso anziani della Società della Salute di Firenze" riconoscendo l'assenza di adeguate "risposte intermedie (collegamento fra struttura ospedaliera e struttura

¹ Alberto Baroni, La Riabilitazione Geriatrica, Firenze 1999, pagg. 24-25

² AA.VV, Gli anziani a casa, Firenze 1993, pag.4

residenziale) per i casi di dimissione complessa o che necessitano di risposta urgente in attesa di valutazione della Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)."

1. Elementi qualificanti della proposta progettuale

Gli elementi qualificanti della proposta progettuale sono individuati:

- nella definizione di modalità di inserimento sociosanitari in struttura riabilitativo-residenziale ad alta intensità assistenziale, individuata in una struttura pubblica di riabilitazione accreditata che viene dedicata a offrire ospitalità temporanea con contestuale attivazione di un percorso **ad orientamento riabilitativo**, destinata a persone, prevalentemente anziane, inserite in via sperimentale mediante due modalità di ammissione:
 - o codici rossi
 - o dimissioni ospedaliere complesse, come di seguito specificate.

Ricoveri in regime di "Codice rosso"

Sono individuati:

- nelle persone anziane per le quali, a seguito di situazioni imprevedibili e con carattere d'urgenza (cosiddetti "codici rossi") è richiesto un inserimento tempestivo in RSA per la impossibilità da parte dell'UVM di effettuare una valutazione e predisporre il PAP nel tempo richiesto dall'eccezionalità dell'evento;
- nell'attivazione per queste persone, nel periodo temporaneo di ospitalità, di una valutazione appropriata da parte della UVM, anche a seguito dei percorsi di carattere riabilitativo finalizzati al recupero funzionale per l'assistenza a domicilio;
- nella previsione di una durata del ricovero per un massimo di 60 giorni;
- nell'attivazione per la tipologia di ricoveri "codici rossi" della compartecipazione sulla cosiddetta quota alberghiera ed applicando per queste persone un intervento economico integrativo di parte sociale, che, trattandosi di una prestazione di tipo residenziale viene pertanto erogato in analogia con i ricoveri in RSA in modo diversificato sulla base dei principi e dei criteri stabiliti dall'articolo 14, comma 2, lettere b), c), d) e) e f) della legge regionale n. 66/08 e dall'atto di indirizzo approvato con la deliberazione della Giunta Regionale n. 385/09, ai sensi dell'articolo 19 della suddetta legge;

Ricoveri in regime di "Dimissioni ospedaliere complesse"

Sono individuati:

- nelle persone prevalentemente anziane provenienti da ospedale per acuti o da struttura di low care per le quali, al termine del ricovero, si può procedere alla dimissione solo se si attivano delle misure assistenziali di supporto;
- nel prevedere per questa tipologia, trattandosi di ricoveri in fase estensiva, il totale carico del servizio sanitario ed una durata media di degenza di 30 giorni

Fra le tipologie di anziani non autosufficienti o “fragili”³, una componente non irrilevante della casistica è costituita dalle persone per le quali viene effettuato un inserimento con procedura di emergenza, in attesa di valutazione da parte dell’UVM (codice rosso) e da anziani con dimissioni ospedaliere “difficili”

Per quanto riguarda i “codici rossi”, si tratta in generale di una tipologia di persone per le quali la UVM ha le necessità di effettuare la valutazione, superata comunque la fase acuta. Per queste persone molto spesso, l’attività di valutazione accompagnata da **un intervento riabilitativo** porta a definire Piani di Assistenza Personalizzata che evitano il ricovero permanente, permettendo alle persone di tornare al proprio domicilio.

Per quanto riguarda gli anziani in dimissione ospedaliera “**complessa**”, si tratta molto spesso di una tipologia di persone per le quali risulta necessaria e sufficiente una fase di riabilitazione non intensiva **che, se non esita in un rientro al domicilio, può eventualmente essere seguita** da una valutazione da parte della UVM finalizzata a definire – anche in questi casi – dei PAP che evitino il ricovero permanente.

Sulla base di queste considerazioni, fra le azioni previste nel progetto approvate con la DGRT n. 548 del 04/07/2011, risulta anche l’ampliamento dell’offerta con un progetto da effettuarsi presso la struttura di Montedomini.

In attuazione del progetto stesso, l’Azienda USL di Firenze, il Comune di Firenze, la Società della Salute e l’ASP Montedomini hanno approvato una convenzione per la gestione di un’attività residenziale sperimentale in favore di anziani e adulti non autosufficienti denominata “Triage”.

La convenzione ha previsto la realizzazione in via sperimentale di un servizio residenziale con 37 posti letto, che ha utilizzato la struttura e l’organizzazione del centro di riabilitazione extraospedaliera.

La struttura è stata orientata ad accogliere l’utenza anziana dei “codici rossi” e delle “dimissioni ospedaliere complesse”, con una modalità di ricovero temporaneo con queste specifiche caratteristiche:

- disponibilità immediata del posto, per poter rispondere in tempi brevi a situazioni con carattere di estrema urgenza (definiti come “codici rossi”) e accoglienza delle dimissioni ospedaliere difficile
- ricovero temporaneo in una struttura di carattere assistenziale-riabilitativo, per operare una valutazione e un intervento in grado di migliorare il grado di autonomia
- valutazione della non autosufficienza da parte della UVM nel periodo di ricovero

³ Soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell’invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico.

Linee guida per la valutazione multidimensionale dell’anziano fragile, Giornale di Gerontologia 2001; 49 (suppl. 11)

Dal novembre 2011 all'ottobre 2012 nel Triage sono stati inseriti 103 utenti anziani di cui 86 in regime di "codice rosso", 22 provenienti dal domicilio e 64 da strutture residenziali (Riabilitazione, lungo degenza, RSA – RA), e 17 in regime di "dimissioni ospedaliera complessa", dal settembre 2012.

Alcuni utenti risultano ancora ricoverati.

Dei 71 utenti dimessi, l'esito del ricovero è stato il seguente:

- 63 ammessi con codice rosso, per i quali la commissione UVM ha indicato i seguenti percorsi:
 - ✓ 20 PAP di tipo domiciliare,
 - ✓ 4 PAP di ricovero in residenza assistenziale (RA),
 - ✓ 39 PAP di residenzialità,
- 4 trasferimenti in ospedale,
- 3 decessi,
- 1 dimissione volontaria.

La degenza media per questi utenti è stata di 58 giorni.

Va rilevato che per problematiche di grave scompenso socio-abitativo, in alcuni casi l'utente pur in condizioni sanitarie tali da permettere un'assistenza di tipo domiciliare, è stato avviato in altro percorso.

Ulteriori 10 utenti ricoverati in regime "sanitario" di dimissione ospedaliera complessa:

- ✓ 7 sono rientrati al domicilio,
- ✓ 2 hanno avuto un successivo ricovero in RSA,
- ✓ 1 utente è stato trasferito all'ospedale.

La degenza media per questi utenti è stata di 19 giorni.

Pur nei limiti di una numerosità del campione che non consente generalizzazioni, è di particolare significatività che nel caso dei codici rossi un terzo dei casi abbia beneficiato dell'intervento in misura tale da permettere la formulazione di un PAP di tipo domiciliare: ciò conferma la frequente reversibilità dello scompenso sociale acuto, dipendente dal miglioramento funzionale dei soggetti riconducibile direttamente all'impostazione riabilitativa della struttura. Ancora più frequente il rientro a domicilio degli anziani ricoverati in regime di dimissione ospedaliera complessa, per i quali il rientro a domicilio ha interessato oltre i 2/3 dei ricoverati.

L'esperienza maturata in questi primi mesi di attività porta a concludere sulla necessità di potenziare gli aspetti riabilitativi del Triage, con l'elaborazione di un progetto di struttura che ponga al centro della Mission una maggior attenzione al recupero funzionale, allo scopo di creare un meccanismo organizzativo che privilegi il momento dinamico, *modificazione del bisogno*, rispetto a quello assistenziale, statico, di *gestione del bisogno*.

2. Obiettivi e finalità

L'attività svolta ha evidenziato l'utilità di una struttura con queste caratteristiche. In buona sostanza si tratta della sperimentazione di una struttura che abbia al centro della mission la residenzialità di carattere temporaneo con una forte attenzione al recupero funzionale, al fine di prevedere la formulazione di percorsi assistenziali personalizzati di tipo domiciliare.

Il Progetto ha quindi l'obiettivo di rimodulare la definizione del percorso dell'utente nell'area della non autosufficienza garantendo per la formulazione di un piano di assistenza personalizzata che tenda a mantenere le abilità residue e ove possibile favorisca un ritorno alla domiciliarità e garantisca comunque l'appropriatezza della risposta.

Obiettivi specifici:⁴

- accelerare il turn-over delle aree di degenza per acuti delle discipline di medicina e chirurgia generali e specialistiche, in particolare della Geriatria;
- stabilizzare i risultati clinici ottenuti nella fase acuta della malattia;
- ripristinare in maniera ottimale le autonomie possibili dopo la fase acuta della malattia;
- ricercare, dopo attenta analisi, le soluzioni ai rapporti esistenti tra morbosità e contesto sociale;
- fornire, a costi minori rispetto ai posti letto per acuti, assistenza qualificata a pazienti post-acuti non dimissibili dall'Ospedale o a pazienti che, nel proprio domicilio o in RSA, presentano problemi di instabilità clinica o necessità di aggiustamento della terapia;
- completare un sistema integrato, coerente e coordinato anche con i Servizi distrettuali residenziali, semiresidenziali e domiciliari, ai quali il paziente deve avere garanzie di accesso attraverso percorsi preferenziali e facilitati;
- possibilità di riconversione dei posti letto ospedalieri in sovrannumero, senza importanti impatti in termini di appropriatezza organizzativa e conseguente efficienza gestionale.

3. La struttura individuata

La struttura individuata per la sperimentazione è il Presidio di Riabilitazione Montedomini

La struttura è una struttura pubblica, appartenente all'ASP Firenze Montedomini.

La struttura ha in corso l'accreditamento come Presidio riabilitativo tipologia D1.1.b

L'ASP Ente titolare delle attività oggetto della convenzione è responsabile delle procedure autorizzative e di accreditamento.

⁴ Da "Quaderni del Ministero della Salute; n. 6 novembre-dicembre 2010. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano"

L'A.S.P. e la A.S.L. si impegnano, per la parte di rispettiva competenza, al pieno rispetto delle norme contenute nelle vigenti leggi in materia, in particolare dei requisiti posseduti al rilascio del Decreto di accreditamento sanitario n°1121 del 9.Marzo 2005 valido fino al 31 Marzo 2012 e successivamente al decreto del Presidente della Giunta del 26 marzo 2008, n. 15/R e alla LR 82 del 2009.

Le gestione della struttura viene effettuata mediante un rapporto convenzionale fra ASP Firenze Montedomini, Comune di Firenze, Azienda USL 10 di Firenze e Società della Salute di Firenze.

La convenzione individuerà in particolare:

- la responsabilità della gestione della struttura e della gestione amministrativa dei ricoveri,
- la responsabilità della definizione del percorso e della gestione assistenziale degli utenti, (anche mediante proiezioni delle strutture organizzative professionali dell'ASL 10);
- la direzione sanitaria e la gestione del rischio clinico e dei rischi non clinici;
- doveri ed oneri rispettivi nella conduzione del Triage

I protocolli e le procedure assistenziali utilizzati nella struttura Triage sono concordati fra le due aziende.

Il presidio offre assistenza infermieristica, personale ed alberghiera, fisioterapia, valutazione cognitiva, valutazione sociale, assistenza medica da parte del medico di Medicina generale e consulenza specialistica geriatrica ed è idoneo alla accoglienza cura e riattivazione di soggetti in stato di fragilità sociale ed abitativa associata a fattori multipli, simultanei ed interattivi di natura fisica, funzionale o cognitiva.

4. Ammissione

Traducendo la tipologia organizzativa del Triage nella logica dei percorsi e considerato che una struttura post-acuzie è di natura territoriale, complementare a quelle ospedaliere per acuti, è necessario che il paziente trasferito abbia completato il percorso diagnostico-terapeutico, con una prognosi funzionale favorevole allo sviluppo di un programma di reinserimento abitativo e sociale.

L'intervento post-acuzie è orientato a:

- pazienti ricoverati in reparti per acuti, che non possono essere dimessi a domicilio, avendo ancora bisogno di ulteriore stabilizzazione clinica, riattivazione funzionale o consolidamento della terapia, pur avendo completato l'iter diagnostico;
- pazienti con pregressa malattia acuta, parzialmente stabilizzati, pazienti convalescenti e pazienti con indicazione ad una terapia riabilitativa a minor intensità (per i quali risulterebbe inappropriata la LR60) che non siano autonomi e nei quali persista la necessità di assistenza quotidiana fino alla stabilizzazione completa e recupero dell'autonomia, contenuti entro i tempi previsti;

Possibile successiva estensione a:

- pazienti a domicilio o istituzionalizzati affetti da malattie cronico-degenerative ad andamento recidivante, ben definite sul piano diagnostico, che necessitano tuttavia di accertamenti di I livello per il controllo periodico della malattia, difficilmente eseguibile in regime assistenziale domiciliare e ambulatoriale;
- pazienti destinati a trattamenti terapeutici periodici che devono essere eseguiti sotto continuo controllo medico ma non richiedono monitoraggio strumentale e laboratoristico subcontinuo;

L'ammissione avviene con modalità differenziate, a seconda della tipologia di utenti di cui si tratta.

4.1. Modalità di ammissione dei cosiddetti “codici rossi”

L'ammissione dei codici rossi avviene con le modalità di cui al “Regolamento per l'ospitalità di persone anziane o adulte con disabilità presso residenze sanitarie assistenziali o residenze assistite” (Delibera Assemblea dei Soci della SdS di Firenze n. 6 del 1 giugno 2011, n. 13 del 2 agosto 2011 e n. 4 del 30 luglio 2012), art. 3, punto 2, prima linea:

“- rispondere a situazioni imprevedibili e con carattere d'urgenza (cosiddetti “codici rossi”) che richiedono un inserimento tempestivo in RSA, per le quali l'UVM non ha la possibilità di effettuare una valutazione e predisporre il PAP nel tempo richiesto dall'eccezionalità dell'evento;”

Il ricovero avviene seguito di richiesta presentata dai servizi sociosanitari territoriali e validata da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) per casi che necessitano di inserimento tempestivo in RSA e per i quali l'UVM non ha la possibilità di effettuare una valutazione e predisporre il PAP nel tempo necessario.

Il ricovero è autorizzato dal Direttore della SdS o da suo delegato ed ha una durata massima di 60 gg., rinnovabile in casi eccezionali dalla UVM, qualora permangano le motivazioni che hanno determinato il ricovero e non sia stato ancora possibile procedere alla predisposizione di un PAP appropriato.

Per la gestione del ricovero viene utilizzato lo specifico software del sistema informativo sociosanitario territoriale, che gestisce anche, laddove previsto, il flusso per eventi previsto dai flussi RFC 115 e 118.

L'Ufficio Unico Integrato, a seguito dell'ingresso in Struttura dell'utente, comunica alla direzione della struttura e all'utente o a chi lo rappresenta legalmente l'importo della quota giornaliera di compartecipazione, di cui al successivo articolo 11 a carico dell'utente stesso. Al momento dell'inserimento della persona, l'ASP deve immediatamente comunicare all'Ufficio Unico Integrato l'avvenuto ricovero a mezzo e-mail, aggiornando il giorno stesso dell'inserimento l'apposito programma informatico messo a disposizione (GRS). L'ASP al momento del nuovo inserimento, può chiedere, a propria garanzia, e/o ai loro familiari e/o a chi ne esercita la tutela giuridica e/o a terzi la sottoscrizione di una lettera contratto con la quale questi si impegnano al pagamento della quota posta a loro

carico, secondo accordi di natura privatistica. L' ASP ha facoltà di richiedere agli utenti inseriti in struttura apposita delega irrevocabile di pagamento, anche tramite RID bancario, con addebito mensile automatico sul proprio conto corrente, per la copertura della retta di parte posta totalmente o parzialmente a loro carico.

4.2. Compartecipazione alla spesa da parte degli utenti ricoverati come codici rossi

Per gli utenti ricoverati come “codice rosso”, in considerazione del fatto che il ricovero avviene per esigenze di carattere straordinario in attesa della valutazione della UVM ed è a tutti gli effetti alternativo al ricovero in RSA si prevede una quota di compartecipazione. La suddetta quota è riferita alla partecipazione sulla quota alberghiera, e viene determinata, applicando, per analogia, il “Regolamento per l'ospitalità di persone anziane o adulte con disabilità presso residenze sanitarie assistenziali o residenze assistite”, ed in riferimento alla DCR n° 41 del 17.2.1999 punto 3.2.2

La quota a carico degli utenti è versata da questi ultimi direttamente all'ASP.

Il valore economico della quota alberghiera è fissato annualmente dalla Giunta Esecutiva della SdS ed è individuato con criteri analoghi al valore della quota sociale in RSA.

4.3. Modalità di ammissione per le dimissioni ospedaliere complesse

Le ammissioni di persone anziane per dimissione ospedaliera complessa sono gestite con la procedura aziendale di “Un solo paziente”.

Il percorso inizia in ospedale per acuti (presidi ospedalieri dell'ASF, AOUC o reparti per acuti delle Case di Cura convenzionate) o in una struttura di low care (riabilitazione, lungodegenza o cure intermedie) qualora si preveda una dimissione complessa.

Per dimissione complessa si intende la condizione in cui al termine del ricovero il paziente può essere dimesso solo se si attivano delle misure assistenziali di supporto, da quelle di maggiore intensità (es. lungodegenza o riabilitazione in regime ospedaliero) a quelle di minore intensità (es. attivazione di assistenza domiciliare anche di tipo monoprofessionale, infermieristica, sociale o riabilitativa).

Il ricovero è gestito con lo specifico software del sistema informativo sociosanitario territoriale, sulla base delle schede di valutazione concordate nel protocollo operativo della procedura di “Un solo paziente”.

La durata del ricovero è prevista mediamente in giorni 30; eventualmente rinnovabili per un periodo di 15 gg.

Trattandosi di ricoveri in fase estensiva, per questa tipologia il ricovero è a totale carico del servizio sanitario.

Se nella fase di ricovero emergono elementi che richiedono la segnalazione del caso per la presa in carico da parte della UVM, la valutazione e la eventuale

predisposizione di un Progetto Assistenziale Personalizzato, la struttura segnala il caso attraverso il PUA, che attiva il servizio sociale per la valutazione. La valutazione infermieristica viene effettuata dal servizio infermieristico aziendale che ha in gestione la struttura, sulla base della scheda clinica predisposta o dal medico di medicina generale dell'utente o dai medici dell'ASL, afferenti alla struttura o alla UVM.

5. Valutazione e Dimissioni

La dimissione dal TRIAGE avviene, su proposta dell'equipe del TRIAGE, al termine di un accurato percorso valutativo e di assistenza riabilitativa estensiva di circa due mesi, accolta da parte dell'UVM che elabora un PAP che definisce:

- 1 l'individuazione dell'indice di isogravit  del utente;
- 2 la definizione del PAP, con indicazioni relative alle prestazioni socio-sanitarie appropriate domiciliari, semiresidenziali e residenziali con riferimento all' eventuale modulo in cui deve essere inserito l'utente;
- 3 la definizione dei modi e dei tempi delle rivalutazioni a breve e medio termine.

6. Le modalit  gestionali.

Sui principi richiamati al § 3, le modalit  di gestione congiunta Asp Montedomini ed Asl 10 sono regolate dalla convenzione citata in premessa e successive integrazioni e modificazioni, che individua le responsabilit , i ruoli, i servizi offerti e le interazioni fra i soggetti coinvolti, nel rispetto dei requisiti di accreditamento.