

Società della Salute Area Pratese
ASSEMBLEA DEI SOCI



Deliberazione n. 10 del 14.3.2011

OGGETTO: Approvazione linee guida Progetto “Dopo l’ospedale meglio a casa”

Ente rappresentato	Nome e Cognome	Carica	Quote	Presenti	Assenti
AUSL 4	Bruno Cravedi	Direttore generale	33,33	X	
Comune di Prato	Dante Mondanelli	Assessore delegato	50,15	X	
Comune di Montemurlo	Nicola Ciolini	Assessore delegato	4,99	X	
Comune di Cantagallo	Elisabetta Grassulini	Assessore delegato	0,81	X	
Comune di Carmignano	Fabrizio Buricchi	Assessore delegato	3,74	X	
Comune di Poggio a C.	Antonio Castellano	Assessore delegato	2,62	X	
Comune di Vaiano	Annalisa Marchi	Sindaco	2,70	X	
Comune di Vernio	Paolo Cecconi	Sindaco	1,66		X

Allegato parte integrante: Linee Guida

Il Presidente Dr. Dante Mondanelli

Il Direttore Dott. Riccardo Poli

Ufficio proponente: **Società della Salute Area pratese**

Estensore: Vania Mariotti

Il giorno 14 marzo 2011
presso i locali della Società della Salute,
su convocazione del Presidente Dr. Dante Mondanelli,

**L'Assemblea dei Soci
della Società della Salute dell'Area Pratese**

PREMESSO che:

- con propria deliberazione n. 3 del 24 maggio 2010 veniva preso atto del finanziamento, pari ad Euro 250.000,00 della Regione Toscana (DGRT n. 1282 del 28.12.2010) del progetto presentato dalla Società della Salute Area Pratese denominato *“dopo l'ospedale è meglio a casa”* e della conseguente sottoscrizione, in data 14.1.2010, di un protocollo d'intesa tra Regione Toscana, *nella persona dell'allora assessore alla sanità Dott. Enrico Rossi*, e Società della Salute Area Pratese, *nella persona del suo Presidente Dr. Dante Mondanelli*, per l'attivazione e svolgimento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio previsti nello stesso progetto.

DATO ATTO

- che il progetto, prevedeva una sperimentazione di 12 mesi e 2 azioni:
Azione 1: attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale Territorio (SCAHT),
Azione 2: assistenza domiciliare territoriale (A.D.T.) alla dimissione ospedaliera.

DATO ATTO ANCORA

- che con delibera di Giunta Esecutiva n. 16/2010 si è provveduto a:
a) affidare all'Azienda USL 4 di Prato il reclutamento temporaneo (1 anno) dei tre operatori necessari per la realizzazione del progetto: un fisioterapista, un infermiere, un assistente sociale e l'attivazione del servizio di assistenza alla persona;
b) impegnarsi a rimborsare all'Azienda USL 4 di Prato la spesa sostenuta per quanto descritto al punto precedente per il periodo di un anno e comunque fino alla concorrenza del contributo erogato dalla Regione Toscana pari ad € 250.000,00;

RITENUTO OPPORTUNO

- adottare specifiche linee –guida che consentano una realizzazione omogenea sul territorio del progetto in questione di cui all'allegato A) al presente atto di cui forma parte integrante e sostanziale.

VISTO:

- la L.R.T. 40/2005 e smi;
- la L.R.T. 41/2005 e smi;
- il PSR 2008-2010, approvato con DCRT n. 53 del 16.7.2008;
- il PISR 2007/2010, approvato con DCRT n. 113 del 31.10.2007;
- la DGRT n. 1010 dell'1.12.2008, nella quale tra l'altro, si prevede l'integrazione delle attività svolte dai servizi socio-sanitari territoriali, con un'organizzazione funzionalmente dedicata alla continuità assistenziale ospedale-territorio, in particolare per le dimissioni ospedaliere difficili;
- la DGRT n. 1282 del 28.12.2009, con la quale è stato approvato il progetto presentato dalla SDS, approvato lo schema di protocollo d'intesa tra Regione Toscana e SDS per la sua

attivazione, autorizzato il Presidente regionale o suo delegato alla firma del medesimo, nonché assunto l'impegno, per sostenerne il costo mediante erogazione alla Società della Salute di un contributo, di € 250.000,00

VISTO il parere di regolarità tecnica espresso dal Direttore;

Con le modalità previste dall'art. 8 dello Statuto;

DELIBERA

1. di approvare integralmente la narrativa che precede
2. di approvare le linee – guida per la realizzazione omogenea sul territorio del Progetto “Dopo l'Ospedale Meglio a Casa” di cui all'allegato A al presente atto di cui forma parte integrante e sostanziale;
3. di trasmettere copia del presente atto agli enti aderenti al Consorzio e al Collegio dei revisori dei Conti.
4. di dare pubblicità alla presente deliberazione mediante affissione all'Albo on line del Consorzio per la durata di giorni 10 consecutivi.

Il Direttore
Dr. Riccardo Poli

Il Presidente
Dr. Dante Mondanelli

DELIBERA ASSEMBLEA DEI SOCI
Società della Salute Area Pratese
N. 10 DEL 14.3.2011

OGGETTO: Approvazione linee guida Progetto “Dopo l’ospedale meglio a casa”

Ai sensi dell’art.49 – 1° comma del D.lgs 18.8.2000 n. 267 si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica del provvedimento in oggetto.

Prato, 14.3.2011

IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE
Dott. Riccardo Poli

Dopo l'ospedale è meglio a casa

AZIONE 1

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE TERRITORIO (SCAHT)

Lo SCAHT è un servizio la cui responsabilità afferisce all'U.F. Assistenza Primaria che **si occupa** di tutte le cosiddette “dimissioni ospedaliere difficili”, qualunque Unità Operativa dell'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato interessino ed anche delle dimissioni “difficili” dai reparti ASL di Villa Fiorita. Apposite linee guida e protocolli verranno elaborati per favorire il rapporto e le relazioni operative tra SCAHT e Unità Operative ospedaliere.

Ha come **obiettivo** quello di rendere fluida l'attivazione e lo svolgimento dei percorsi di dimissione, fornendo un reale supporto/intervento sia agli operatori ospedalieri e territoriali, che agli assistiti e ai loro familiari.

Svolge una **funzione** di facilitatore per i reparti dell'ospedale nella pianificazione della dimissione difficile, favorendo l'approccio ai servizi territoriali, sia dal punto di vista dei servizi sanitari che sociali, agevolando anche il contatto tra servizi territoriali, paziente e familiari.

L'**attività** è svolta prevalentemente attraverso una **figura infermieristica** (2 infermieri dedicati a tempo pieno), con la collaborazione di un **assistente sociale** dedicato (due unità di personale in proiezione con tempo parziale), attivabile per la valutazione socio-familiare ed ambientale, e in integrazione con il **medico di comunità**, delegato dal responsabile della UVM zonale, che garantisce lo svolgimento della valutazione multidimensionale nel caso di un bisogno complesso socio-sanitario o di un percorso assistenziale per anziano non autosufficiente.

Il servizio SCAHT, occupandosi della prima valutazione dei bisogni sociosanitari del paziente segnalato dall'Unità Operativa, svolge un'azione di filtro, indirizzando il paziente e i suoi familiari di riferimento verso il percorso assistenziale più appropriato alla sua condizione di salute e, allo stesso tempo, più funzionale ad una dimissione in tempi congrui; deve perciò conoscere a fondo sia la struttura ospedaliera e i suoi meccanismi di funzionamento che i percorsi assistenziali attivabili dalla rete dei servizi territoriali, in modo da supportare il personale del reparto:

-
- ☒ nell'identificazione dei soggetti con bisogno di continuità di cure;
 - ☒ nell'attivazione di una comunicazione tra reparto e MMG del paziente, in quanto facilitatore dell'intero percorso;
 - ☒ nel rappresentare un punto di riferimento per i familiari ed il paziente.
-

In particolare, le attività svolte dallo SCAHT sono le seguenti:

- ***Individuazione del paziente a rischio:*** il personale di reparto, entro 48-72 ore dal ricovero, una volta stabilizzate le condizioni cliniche, somministra, a tutti i pazienti ultra65enni e ai soggetti di età <65 anni per i quali si ritiene necessario un percorso di dimissione programmata, la scheda di osservazione che determina l'*Indice di BRASS* (Blaylock Risk Assessment Screening Score), strumento utile ad identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata, che necessitano di una pianificazione della dimissione. Quando l'indice di rischio è medio o alto, il medico di reparto, o la caposala delegata, contatta lo SCAHT, secondo gli orari stabiliti: dal lunedì al sabato, ore 9.00-13.00.
 - ***Contatto con il Medico di Medicina Generale del paziente:*** il medico di reparto provvede direttamente, o attraverso l'infermiere dello SCAHT, a contattare e ad avvisare il MMG del paziente dell'avvenuto ricovero e della segnalazione di attivazione del percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio.
 - ***Prima valutazione dei bisogni sociosanitari:*** l'infermiere dello SCAHT, dopo avere ricevuto la segnalazione, per fax o per contatto diretto, si reca in reparto per effettuare la valutazione dei bisogni sanitari del paziente ed una prima raccolta di elementi di rilevanza sociale, tramite la compilazione della *scheda di continuità assistenziale ospedale-territorio* raccordandosi con il medico e l'infermiere di reparto.
 - ***Contatto con i familiari*** per una migliore comprensione delle necessità/bisogni del paziente e per effettuare una ricognizione approfondita della sfera socio-relazionale con particolare riguardo a tutte le condizioni che potrebbero essere di ostacolo al rientro al proprio domicilio; gli operatori dello SCAHT, svolgeranno quindi una funzione di supporto attivo verso i familiari durante il periodo di ricovero e nella fase di passaggio della presa in carico dall'ospedale al territorio.
 - ***Individuazione del percorso da attivare alla dimissione:*** la valutazione del bisogno e delle difficoltà alla dimissione fa scaturire la definizione di un progetto personalizzato orientato secondo le diverse tipologie di risposte assistenziali: assistenza domiciliare sociale semplice (attraverso il servizio sociale del presidio di residenza), assistenza domiciliare sanitaria semplice o integrata - ADI - (attraverso il medico di comunità e l'Assistenza Infermieristica del presidio sociosanitario di residenza del paziente), assistenza sociosanitaria per non autosufficienti – RSA temporanea, Domiciliare SAD, Contributi di Cura - (attraverso la valutazione multidimensionale), Assistenza Domiciliare Territoriale – ADT, come nuova alternativa all'RSA temporanea.
-

AZIONE 2 ASSISTENZA DOMICILIARE TERRITORIALE (ADT)

Progetto sperimentale “Dopo l’ospedale meglio a casa”

Obiettivo

Attivazione di un servizio domiciliare caratterizzato dalla celerità e dalla semplificazione delle procedure e finalizzato a fornire un supporto assistenziale e/o educativo temporaneo al paziente e alla famiglia interessata dalla dimissione ospedaliera, per consentire una più efficiente presa in carico dell’anziano non autosufficiente, in attesa della valutazione multidimensionale e per valutare l’eventuale accesso alla rete dei servizi territoriali per la non autosufficienza.

Durata complessiva dell’intervento

Sperimentazione di 12 mesi (1 dicembre 2010 – 30 novembre 2011).

Si stima di seguire, in termini di sperimentazione nel corso dei 12 mesi previsti, circa 120 utenti.

Target assistiti

Il servizio è rivolto agli anziani, residenti nell’Area pratese, ricoverati presso l’Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, identificati dal servizio SCAHT come eleggibili al servizio.

I **criteri** principali di eleggibilità sono i seguenti:

1. assistito di età maggiore di 65 anni, residente nell’area pratese;
2. paziente con limitata autonomia funzionale con bisogno di assistenza alla persona e di supporto educativo, personale o familiare, per la tutela delle autonomie residue ed il parziale recupero delle capacità personali o del caregiver familiare;
3. contesto familiare presente, ma non in grado di farsi carico del bisogno o di parte di esso.

Il servizio è dedicato in via prioritaria ai pazienti con esiti di frattura, disturbi neurologici o con deficit cognitivo-comportamentali.

Modalità di attivazione

L’attivazione del servizio avviene direttamente per iniziativa e responsabilità del Servizio SCAHT che identifica l’anziano sulla base della valutazione fatta in vigenza di ricovero; lo SCAHT ratifica, assumendo le funzioni della U.V.M., il progetto assistenziale precisando il numero di accessi e le tipologie di prestazione.

Il coordinamento del servizio è affidato al medico di comunità delegato dal responsabile della UVM zonale.

Modalità di erogazione

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Territoriale (A.D.T.) è garantito attraverso una équipe di professionisti composta da un infermiere, un assistente sociale, e un terapeuta della riabilitazione (Fisioterapista) che, a seconda della tipologia, complessità e intensità del bisogno rilevato, predispongono un piano assistenziale domiciliare.

Tali figure professionali, assunte per lo specifico progetto, sono le seguenti:

Infermiere:	Letizia CRINCOLI	c/o SCAHT
Assistente Sociale:	Irene CIOLLI	c/o Giovannini
Fisioterapista:	Elena BOGANI	c/o RRF

Sede, telefono e documentazione del Progetto si trovano presso la sede dello SCAHT.

L'assistenza alla persona è realizzata attraverso una convenzione con cooperative sociali che mettono a disposizione personale OSS adeguatamente formato (prevista la possibilità di offrire 6.500 ore di OSS).

Le **prestazioni garantite** sono così riassumibili:

- Igiene della persona
- Mobilizzazione, uso ausili e protesi
- Cambio postura, prevenzione e controllo ulcere da pressione
- Monitoraggio utente.

L'**intensità dell'intervento** è così articolato in tre grandi tipologie:

1) persona con livello di autosufficienza parziale e rete familiare presente e collaborante nella gestione del carico assistenziale (es. coniuge autosufficiente e figli lavoratori conviventi):

1 solo intervento al giorno di 1h e 30' da parte dell'OSS.

2) persona con livello di autosufficienza parziale e famiglia con limitata capacità nella gestione del carico assistenziale (ad es. coniuge anziano convivente e figli lavoratori non conviventi):

2 interventi al giorno con un operatore, uno di 1h e 30' al mattino e uno di 30' al pomeriggio.

3) persona non autosufficiente con rete familiare presente e collaborante:

2 interventi al giorno, uno di 1h e 30' al mattino e uno di 1h al pomeriggio.

Azioni

In vigenza di ricovero ospedaliero:

1. l'infermiere dello SCAHT individua, su richiesta del reparto interessato, il paziente eleggibile nel progetto Dopo l'ospedale meglio a Casa, effettua la valutazione e definisce il progetto domiciliare in integrazione con l'assistente sociale SCAHT e con gli specialisti ospedalieri referenti del caso (geriatra, neurologo, fisiatra, internista ecc.); successivamente individua la tipologia delle prestazioni ed il numero di accessi domiciliari e attiva il gruppo ADT per l'avvio del progetto domiciliare.

Definito il percorso assistenziale con le modalità sopraesposte, l'infermiere dello SCAHT attiva la cooperativa sociale prescelta e contestualmente comunica alla P.O. Infermieristica Territoriale i dati contenuti nel piano assistenziale domiciliare per la registrazione dei volumi di attività e per effettuare le opportune attività di controllo e verifica. Infine l'infermiere dello SCAHT attiva i servizi per la fornitura di ausili/presidi avendo cura di garantirne l'approvvigionamento per il giorno della dimissione.

2. il Medico Coordinatore dello SCAHT comunica il nominativo dell'utente, con il relativo progetto a:

- a. Medico di medicina generale;
- b. Coordinatori Sociali e Sanitari dell'articolazione di residenza, per informare dell'avvenuta presa in carico (I° alert);
- c. PUA per raccolta dati su apposito flusso.

Avvio del progetto di ADT:

1. l'infermiere dell'ADT effettua la prima visita domiciliare entro 24/48 ore dalla dimissione, congiuntamente all'operatore sociosanitario e, quando ne ricorra il caso, assieme all'assistente sociale e al fisioterapista. Definisce quindi un piano educativo specifico per paziente e caregiver, finalizzato a supportare l'autogestione della condizione di disabilità.

Svolge un ruolo di *facilitatore* nell'attivazione dei servizi di assistenza infermieristica dei presidi territoriali e cura con particolare attenzione la fase di passaggio della presa in carico, fornendo, nei casi che lo richiedano, gli indispensabili elementi di conoscenza ai colleghi del territorio impegnati nella valutazione multidimensionale del paziente.

Garantisce infine un follow-up telefonico e/o domiciliare settimanale, fino al termine del programma di ADT (numero medio di accessi/ore mensili di 6).

2. Il fisioterapista dell'ADT si reca entro 48 ore dalla dimissione presso il domicilio dell'anziano per valutare la fattibilità del programma di attività fisica ed effettuare il training dell'anziano e del caregiver per il proseguimento autonomo di tale attività. È attivato dallo SCAHT, in presenza di pazienti con una ridotta autonomia funzionale ed una condizione di disabilità incidente correlata all'ospedalizzazione e garantisce, in questi casi, l'avvio di esercizi di attività fisica finalizzati al recupero funzionale della persona già in vigenza di ricovero e da proseguire a domicilio. Si prevede un numero medio di accessi/ore mensili di 6.

3. L'assistente sociale dell'ADT effettua visite domiciliari in integrazione con gli altri operatori ADT avendo cura di effettuare una valutazione della sfera sociale, ambientale e relazionale dell'anziano al fine di individuare eventuali potenzialità inesprese della rete familiare ed orientare, quando ne ricorrano i presupposti, l'assistito e la sua famiglia sia verso la rete dei servizi sociali istituzionali che verso la rete di prossimità presente nel territorio di residenza (volontariato, sorveglianza anziani fragili, ecc.).

Infine l'assistente sociale dell'ADT avrà cura di raccordarsi operativamente con i colleghi dei Presidi territoriali, in tutti quei casi dove ravvisi la necessità di presa in carico in continuità assistenziale, fornendo tutti gli elementi di conoscenza relativi al progetto ADT di cui era referente ai colleghi del territorio impegnati nella valutazione multidimensionale del paziente. Si prevede un numero medio di accessi/ore mensili di 6.

4. L'OSS della cooperativa agisce con la supervisione dell'infermiere dello SCHAT e garantisce il raccordo con gli operatori sociali o sanitari del distretto di residenza. Inoltre, utilizza il sistema informativo delle cure domiciliari per la registrazione delle prestazioni effettuate e le annotazioni assistenziali relative.

5. Il Medico Coordinatore dello SCAHT, a distanza di 15 giorni dall'avvio del progetto, invia un II° alert dove segnalerà al Coordinatore Sociale dell'articolazione di residenza dell'assistito l'eventuale necessità di attivare di interventi in continuità assistenziale (predisposizione di P.A.P.).

Termine del progetto:

1. l'assistente sociale dell'ADT consegna il questionario di soddisfazione direttamente all'utente (familiare o assistito) nel corso dell'ultima settimana di vigenza del progetto, avendo cura di spiegarne le finalità e garantendo il cittadino rispetto all'assoluta riservatezza

dei dati raccolti. Si attiva, prima del termine del programma assistenziale, per il recupero del questionario.

2. L'infermiere dell'ADT somministra l'Indice di Barthel per valutare la condizione funzionale dell'anziano al termine della presa in carico dell'ADT.
3. Il team dell'ADT con la supervisione del Medico Coordinatore dello SCAHT verifica il raggiungimento degli obiettivi prefissati all'inizio del percorso assistenziale e si fa carico di informare sugli esiti del progetto i Coordinatori sanitari e sociali dei Presidi territoriali, inviando un breve report riepilogativo .

L'UO Supporto Amministrativo di Zona – Distretto effettua la gestione amministrativa di tutto il Progetto (competenze del personale, fatture, prestazioni cooperative sociali, rendicontazione contabile per la Regione Toscana).

I Direttori di UO (infermieri, assistenza sociale, fisioterapia) inviano le comunicazioni relative al personale all'UO Supporto Amministrativo di Zona – Distretto.

La P.O. Infermieristica Territoriale comunica l'attivazione delle ore OSS all'UO Supporto Amministrativo di Zona – Distretto per il controllo e la liquidazione delle fatture.

Durata dell'intervento

Il servizio è previsto per un massimo di 30gg, in via ordinaria, prorogabili fino ad un massimo di 45gg.

L'accesso al servizio è gratuito, indipendente dal reddito personale e familiare.

Monitoraggio

Il monitoraggio è effettuato attraverso sia le informazioni inviate al PUA dallo SCHAT al momento dell'attivazione del servizio, che mediante i report del sistema informativo integrato delle cure domiciliari.

Risultati attesi

- Riduzione della durata della degenza di ricoveri con dimissione difficile
- Aumento dei contatti tra medici ospedalieri e MMG in preparazione della dimissione
- Incremento del numero di anziani non autosufficienti presi in carico alla dimissione ospedaliera
- Diminuzione degli inserimenti urgenti alla dimissione con riduzione delle liste di attesa per l'ingresso in RSA
- Aumento degli anziani beneficiari dei servizi di prossimità attivi nell'ambito della Sorveglianza Attiva Anziani Fragili.

Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Per quanto attiene gli strumenti e gli indicatori di monitoraggio e valutazione si intende procedere nel seguente modo:

- Valutare il gradimento del servizio attraverso un questionario da somministrare ad utenti o loro familiari al termine della fase di presa in carico dell'ADT, con particolare riferimento all'organizzazione del servizio e all'introduzione di figure di riferimento per la famiglia.
- Valutare i ricoveri ospedalieri nonché gli accessi al Pronto Soccorso alla scadenza del progetto e a distanza di 3, 6 e 12 mesi successivi alla presa in carico in ADT. **Da inviare al Direttore SdS.**
- Valutare gli inserimenti in RSA degli anziani a distanza di 3, 6 e 12 mesi successivi alla presa in carico in ADT. **Da inviare al Direttore SdS.**
- Valutare il miglioramento della condizione funzionale dell'anziano al tempo a distanza di 3, 6 e 12 mesi successivi al termine della presa in carico dell'ADT.
- Effettuare, al termine del progetto, una valutazione del sistema sperimentale introdotto, attraverso focus group integrati con MMG, Medici Ospedalieri, componente infermieristica e sociale e rappresentanti delle associazioni. I risultati della sperimentazione e dei focus group saranno presentati in occasione di un evento pubblico dedicato alla fragilità e alla cronicità.
- **Periodicamente i risultati intermedi del Progetto verranno fatti oggetto di una specifica relazione per l'Assemblea della Società della Salute dell'Area Pratese.**