

Negrar, 5 Novembre 2016

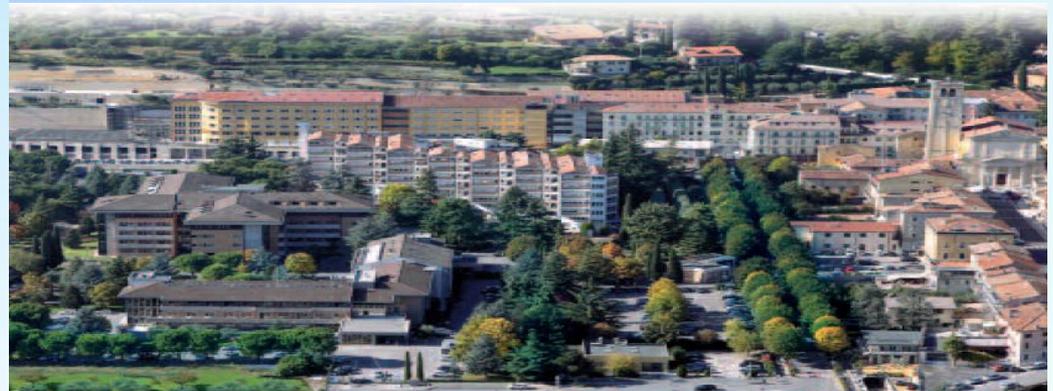
La gestione del paziente oncologico in struttura protetta



Incontri
di aggiornamento
del Dipartimento
Oncologico

Responsabile Scientifico:
Dott.ssa Stefania Gori

Dott. Marco Righi



LA STORIA DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA' NELLA ULSS 22

- **OdC di Caprino Veronese
apre nel Gennaio 2007**

Nasce come struttura territoriale atta a garantire le **cure intermedie** dedicata alla gestione di pazienti **residenti nel comune di Caprino e limitrofi**, provenienti sia dal **domicilio** che da **reparti ospedalieri**.



La gestione clinica dei pazienti viene affidata ad un gruppo di **Medici di Medicina Generale**.

Viene strutturato un modello di gestione **integrata con RSA** per un totale di 25 posti letto.

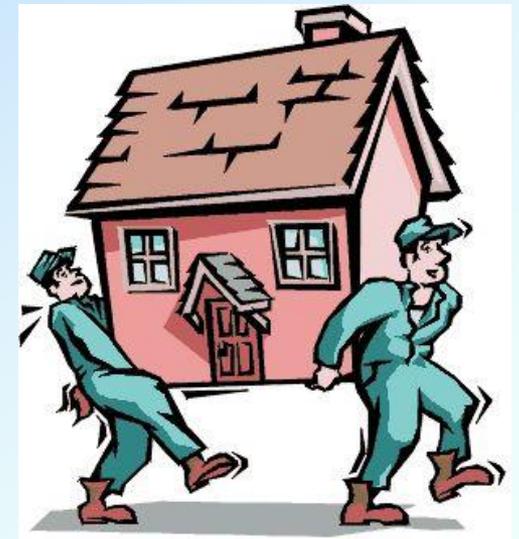
In seguito, **non essendo mai stato istituito un Hospice** nel territorio della ULSS 22, la Direzione aziendale **delega all 'Ospedale di Comunità di Caprino la gestione del paziente neoplastico in condizione di terminalità**

LA STORIA DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA' NELLA ULSS 22

- **Marzo 2015 apre OdC di Valeggio sul Mincio**

Gestito inizialmente da Medici Ospedalieri provenienti dalla Medicina, in seguito da Medico di Distretto, poi ancora da Medici Ospedalieri.

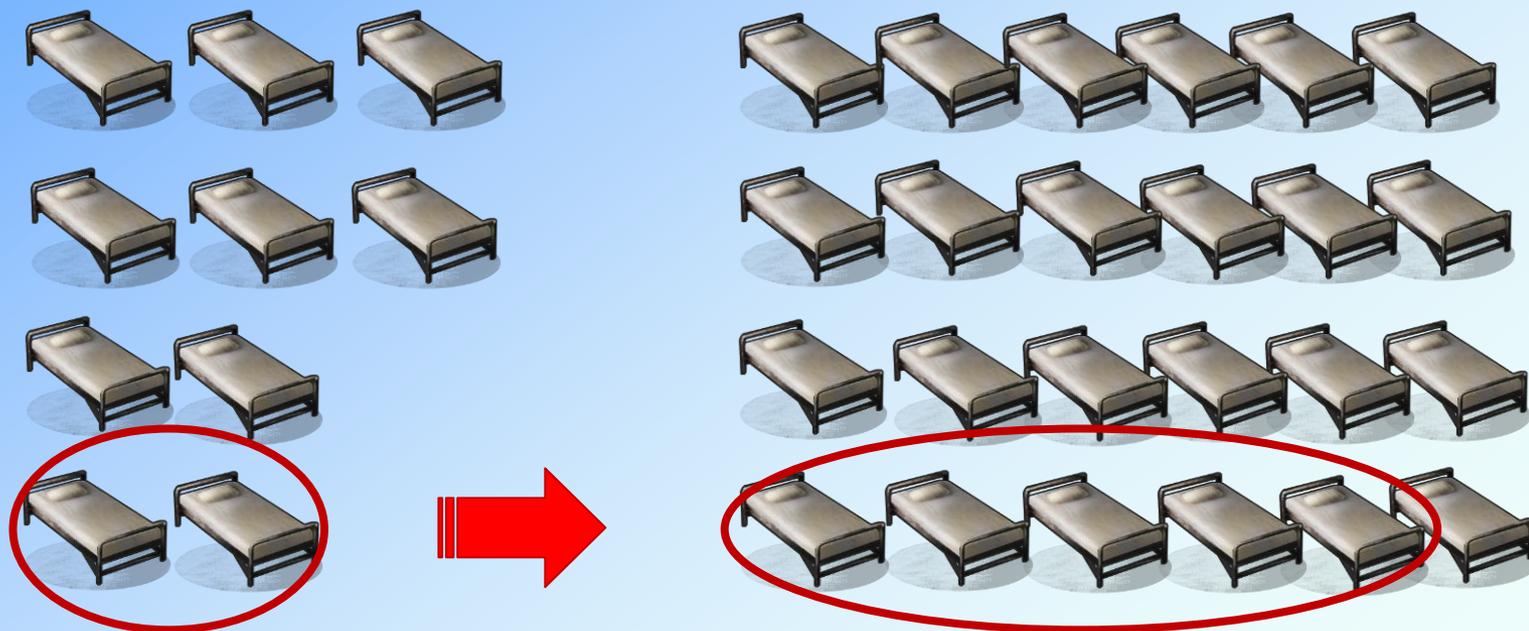
- **Agosto 2015 OdC di Valeggio viene
trasferito presso l'Ospedale di Villafranca**



LA STORIA DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA' NELLA ULSS 22L

- **Giugno 2016 chiude OdC di Caprino**

Pazienti e personale Medico vengono trasferiti presso l' **Ospedale di Villafranca disponendo di 10 posti letto**, in attesa di autorizzazione di **24 posti letto a Valeggio**. Viene elaborato un regolamento che prevede che indicativamente il 20% dei posti letto siano riservati a pazienti afferenti all' U.O. Cure Palliative.



DEFINIZIONE E FINALITA'

(ex DGR 2718 del 24 Dicembre 2012)

E' una struttura atta a garantire le **cure intermedie**, cioè le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono **troppo complessi per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico**. L' intervento assistenziale si risolve solitamente in un periodo limitato di tempo (indicativamente entro le **quattro settimane**).

Si tratta di pazienti post-acuti o cronici riacutizzati con basso regime di imprevedibilità e/o instabilità clinica e necessità variabili di cure sanitarie. **Sono esclusi** da questa forma assistenziale i pazienti con **demenza e disturbi comportamentali non bene controllati dalla terapia**.

La principale finalità dell' Ospedale di Comunità è il **reintegro al domicilio** dei pazienti nella maggioranza dei casi, anche pianificando una dimissione ed una domiciliarità protette con l'erogazione di tutti i servizi sociali e sanitari disponibili.

ORGANIZZAZIONE E RESPONSABILITA'

Gli Ospedali di Comunità della ULSS 22 sono **strutture distrettuali inquadrare nell' U.O.C. Di Cure Primarie**, la cui Direzione ne assume pertanto la **responsabilità sanitaria**.

Per quanto riguarda la **responsabilità clinico-assistenziale**, l'Azienda ULSS 22 ritiene che il modello più idoneo, a garanzia della continuità e della prossimità delle cure, sia l'assistenza medica garantita da un **gruppo di Medici di Medicina Generale**, preferibilmente appartenenti all' AFT nel cui territorio insiste la struttura.

Sulla base di quanto esposto si identificano:

Responsabile Sanitario



Responsabile Clinico



Responsabile Sanitario



E' un Dirigente Medico appartenente all' U.O.C. Cure Primarie, appositamente individuato per questo ruolo ed ha i seguenti compiti:

Organizzazione del personale Medico

Raccordo funzionale con il coordinatore delle professioni sanitarie

Applicazione delle misure igienico-sanitarie, farmaci, presidi, documentazione clinica, gestione del rischio clinico.

Programmazione e verifica periodica delle attività sopradescritte

Valutazione pre-ingresso

Gestione e scorrimento delle **liste di attesa**

Supervisione, chiusura e disposizioni per l'archiviazione della **cartella clinica.**

Responsabile Clinico



Assicura l'**assistenza medica** routinaria.

Al momento dell'ingresso **espone il piano assistenziale al paziente e/o ai familiari**, comprensivo dei tempi di degenza.

E' disponibile a **colloqui con i familiari** in orari e modalità concordate

Contatta il Medico Curante del paziente prima della dimissione, che avviene con le modalità della cosiddetta “**dimissione protetta**”, favorendo un accesso dello stesso in struttura per concordare le modalità della dimissione e le necessità assistenziali e curando eventualmente la **prescrizione di ausili**.

Compila la cartella clinica

La copertura **notturna e festiva** viene garantita dal Servizio di Continuità Assistenziale.

CRITERI DI ACCOGLIBILITA'



- Assenza di problematiche acute in atto
- Condizione clinica relativamente stabile
- Inquadramento diagnostico definito
- Percorso assistenziale delineato

CRITERI DI ESCLUSIONE



- Presenza di problematiche acute in atto
- Instabilità clinica
- Paziente con demenza e disturbi comportamentali non ben controllati dalla terapia
- Presenza di problematiche sociali come unica motivazione all' ingresso
- Pazienti che necessitano di isolamento per patologie infettive
- Paziente in O2 terapia non ancora stabilizzata

NECESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALI

L' appropriatezza di ricovero deve essere riconducibile alle seguenti necessità clinico-assistenziali:

- Terapia parenterale di lungo termine (oltre 1 settimana)
- Titolazione di terapia medica
- Monitoraggio clinico quotidiano medico-infermieristico
- Terapia farmacologica di palliazione
- Riabilitazione estensiva di bassa intensità



PROCEDURE DI AMMISSIONE

**a) Pazienti ricoverati in
Ospedale**



**b) Pazienti provenienti
dal domicilio**



a) PROCEDURE DI AMMISSIONE

dall'Ospedale



Viene attivato il percorso cosiddetto “delle dimissioni protette”

IL MEDICO di reparto e il **COORDINATORE** delle professioni sanitarie compilano
LE SCHEDE SVAMA e IL MODULO DI RICHIESTA di inserimento in OdC

Le schede SVAMA e il modulo devono essere inviate alla **COT**
(al momento **PUNTO ADI**)

La **COT** registra le richieste e le trasmette al **Responsabile Sanitario**
che **valuta** la richiesta

Nel caso di accoglimento inserisce la
domanda
nella **lista d'attesa aziendale unica**

Nel caso di rifiuto motiva la decisione,
la invia al Reparto proponendo una
risposta piu adeguata (RSA, CdR...)

b) PROCEDURE DI AMMISSIONE

dal domicilio



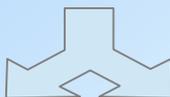
Il **Medico di Medicina Generale** compila il **modulo di richiesta** di ammissione in Ospedale di Comunità e lo invia alla sede distrettuale di competenza



Il **Medico distrettuale delle Cure Primarie** attiva l' infermiera dell' Assistenza Domiciliare per la compilazione della scheda **SVAMA** e convoca **UVMD**



Inoltra poi alla COT la domanda e la SVAMA per la registrazione e la trasmissione al **Responsabile Sanitario** che **valuta la richiesta**



Nel caso di accoglimento inserisce la domanda nella **lista d'attesa aziendale unica**

Nel caso di rifiuto motiva la decisione, la invia al Reparto proponendo una risposta più adeguata (RSA, CdR...)



RICHIESTA DI ACCOGLIMENTO IN OSPEDALE DI COMUNITA'

Medico richiedente _____ tel. _____

PERSONA PER LA QUALE VIENE RICHIESTO L'ACCOGLIMENTO

Cognome _____ Comune di residenza _____
Nome _____ Caregiver con telefono _____
nato/a il ___/___/___

VIVE solo con familiare autonomo con familiare dipendente con badante

Riquadro da compilare per i soli pazienti ospedalizzati

U.O. _____

STATO PRE-RICOVERO autonomo parzialmente autonomo dipendente

Data ricovero ___/___/___ Diagnosi di ingresso _____

DIAGNOSI PRINCIPALE (PATOLOGIA PER LA QUALE VIENE RICHIESTO IL RICOVERO IN OdC) _____

STATO ATTUALE parzialmente autonomo dipendente immobilizzato

DECORSO CLINICO lento miglioramento stabile aggravamento

NECESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALI terapia parenterale a lungo termine

titolazione terapia monitoraggio clinico quotidiano palliazione

medicazioni quotidiane riabilitazione estensiva

Data ___/___/___ Firma e timbro del Medico proponente _____

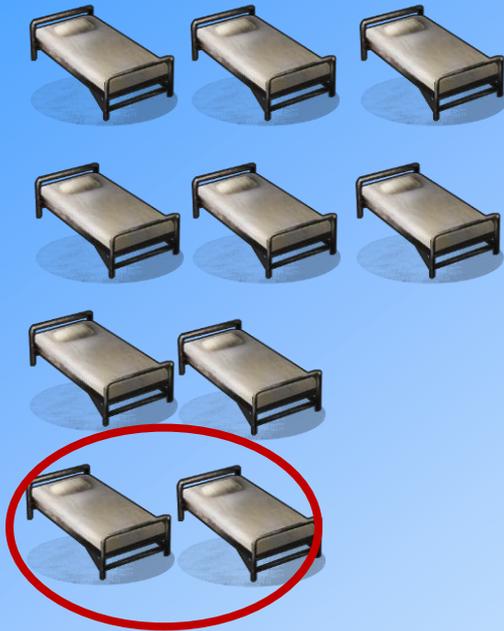
ESITO DELLA VALUTAZIONE

ACCOGLIBILE: OdC (ordinario) OdC (Cure Palliative)

NON ACCOGLIBILE. Motivazione ed eventuali indicazioni alternative _____

Data ___/___/___ Firma e timbro del Responsabile Sanitario _____

PAZIENTI DI PERTINENZA DELL' U.O. CURE PALLIATIVE



Vengono riservati ai **pazienti afferenti all' U.O. di Cure Palliative** indicativamente il **20% dei posti letto**.

Le richieste di ingresso in OdC per pazienti in **situazioni di terminalità o comunque inseriti in un programma di Cure Palliative**, sia provenienti dal territorio che dall' Ospedale, redatte con le modalità in precedenza descritte, giunte alla **COT** vengono inviate al Responsabile Sanitario.

Il Responsabile Sanitario contatta il Direttore dell' U.O. Di Cure Palliative per la valutazione di appropriatezza e l' eventuale inserimento in una **specifica LISTA DI ATTESA**

L'organizzazione descritta rimarrà operativa fino all'attivazione di un Hospice sul territorio della ULSS 22

PAZIENTI DI PERTINENZA DELL' U.O. CURE PALLIATIVE

	RICHIESTA DI ACCOGLIMENTO IN OSPEDALE DI COMUNITA'
Medico richiedente _____ tel. _____	
PERSONA PER LA QUALE VIENE RICHIESTO L'ACCOGLIMENTO	
Cognome _____	Comune di residenza _____
Nome _____	Caregiver con telefono _____
data di nascita il ____/____/____	
VIVE solo <input type="checkbox"/> con familiare autonomo <input type="checkbox"/> con familiare dipendente <input type="checkbox"/> con badante <input type="checkbox"/>	
Riquadro da compilare per i soli pazienti ospedalizzati	
U.O. _____	
STATO PRE-RICOVERO autonomo <input type="checkbox"/> parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/>	
Data ricovero ____/____/____	Diagnosi di ingresso _____

DIAGNOSI PRINCIPALE (PATOLOGIA PER LA QUALE VIENE RICHIESTO IL RICOVERO IN OSC) _____	

STATO ATTUALE parzialmente autonomo <input type="checkbox"/> dipendente <input type="checkbox"/> immobilizzato <input type="checkbox"/>	
DICORSO CLINICO lento miglioramento <input type="checkbox"/> stabile <input type="checkbox"/> aggravamento <input type="checkbox"/>	
NECESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALI terapia parenterale a lungo termine <input type="checkbox"/>	
stolazione terapia <input type="checkbox"/> monitoraggio clinico quotidiano <input type="checkbox"/> palliazione <input type="checkbox"/>	
medicazioni quotidiane <input type="checkbox"/> riabilitazione estensiva <input type="checkbox"/>	
Data ____/____/____	Firma e timbro del Medico proponente _____
ESITO DELLA VALUTAZIONE	
<input type="checkbox"/> ACCOGLIBILE: <input type="checkbox"/> Odc (ordinario) <input type="checkbox"/> Odc (Cure Palliative)	
<input type="checkbox"/> NON ACCOGLIBILE. Motivazione ed eventuali indicazioni alternative _____	

Data ____/____/____ Firma e timbro del Responsabile Sanitario _____	

