

Allegato D

10 NOV 2010



Regione
Lombardia

ASL Brescia

**Direzione Sociale
Dipartimento ASSI
Servizio Anziani - Cure Domiciliari**

PROTOCOLLO DI ASSISTENZA IN RR.S.AA. A PERSONE IN CONDIZIONI DI IMPORTANTI FRAGILITÀ NON RIENTRANTI NELLA CLASSIFICAZIONE PREVISTA DALLA D.G.R. N. VIII/6220 DEL 19.12.2007, CON COMPROMISSIONI DETERMINATE DA GRAVI CEREBROLESIONI ACQUISITE POST TRAUMATICHE O DA MALATTIE NEUROLOGICHE EVOLUTIVE, PER LE QUALI NON SI PONGA DIAGNOSI DI SV.

PREMESSA

La revisione del protocollo in uso per normare i n. 38 posti letto in convenzione con le RR.S.AA. per i pazienti un tempo denominati SVP, è determinata dalla necessità di ridefinire la tipologia degli ospiti che vi possono accedere ed i relativi criteri di utilizzo, ciò alla luce della adozione da parte della Regione Lombardia della D.G.R. n. VIII/6220 del 19.12.2007.

Con essa la Regione Lombardia definisce nuovi criteri di assistenza da garantire alle persone in stato vegetativo classificate secondo la Glasgow Coma Scale per le quali sono previste 4 tipologie di impegno assistenziale. Per questi pazienti viene assicurata alla famiglia la totale copertura dei costi anche alberghieri (retta RSA/RSD) a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Tali ospiti possono essere accolti in RSA, RSD, o nei posti letto di riabilitazione generale geriatrica degli ex IDR.

PAZIENTI CON COMPROMISSIONE TOTALE DELLE FUNZIONI MOTORIE

Alle persone per le quali non si ponga la diagnosi di SV e non rientranti pertanto nelle quattro classi previste, l'ASL continua a garantire la necessaria assistenza attraverso l'ammissione ai 38 posti letto convenzionati con le RR.S.AA. Infatti la D.G.R. n° VII/6220

for

del 19/02/2007, al punto 6) prevede che "per le persone accolte in RSA e RSD con fragilità importanti determinate da cerebrolesioni acquisite post-traumatiche o da malattie neurologiche evolutive, le cui condizioni non sono riconducibili a quelle di stato vegetativo; le AA.SS.LL. devono dare continuità alle specifiche convenzioni".

Per questi pazienti, la valutazione deve essere effettuata analizzando attentamente la situazione ed i bisogni relativi al singolo caso. Rientrano in questa categoria, ad esempio, persone che hanno subito lesioni cerebrali con scomparsa delle funzioni motorie, fatta salva l'eventuale conservazione della funzione respiratoria e di deglutizione (es. SMC stato di minima coscienza) e pazienti affetti da Sclerosi Multipla (SM) ad uno stadio avanzato.

OBIETTIVI DEL SERVIZIO PER PAZIENTI CON COMPROMISSIONE TOTALE DELLE FUNZIONI MOTORIE NON RICONDUCIBILI A QUELLO DI STATO VEGETATIVO

- a) garantire una soluzione dignitosa anche per i pazienti con compromissione totale delle funzioni motorie, che necessitano di assistenza particolarmente onerosa, facilitando la loro dimissione dalle Strutture per acuti, garantendo loro un'adeguata assistenza globale in RSA;
- b) mantenere il paziente nel proprio ambiente sociale;
- c) garantire uno standard più elevato di assistenza nelle Strutture della rete;
- d) garantire assistenza e supporto psico-sociale ai familiari del paziente, fin dalla fase di inserimento in RSA;
- e) razionalizzare la spesa sanitaria, attivando forme nuove ed alternative di assistenza residenziale, permettendo l'utilizzo più appropriato dei posti letto ospedalieri.

LA DIMISSIONE OSPEDALIERA ED I SERVIZI TERRITORIALI

Solitamente al momento della dimissione ospedaliera i familiari si trovano ad affrontare il problema di come continuare l'assistenza al proprio congiunto.

Per ridurre la solitudine ed offrire Servizi alternativi al ricovero e maggiormente appropriati ai bisogni dei pazienti non riconducibili a quelle di stato vegetativo, l'UCAM e/o il CeAD possono proporre più opzioni fra le quali: il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con possibilità anche di supporto economico al caregiver e, dal 1998, il Servizio di assistenza in Residenza Sanitario-Assistenziale (RSA). Quest'ultima

soluzione risulta ottimale nel caso in cui il contesto socio-familiare non sia in grado di accogliere il paziente al domicilio; vengono così soddisfatti i rilevanti bisogni assistenziali e di monitoraggio sanitario.

Il ricovero in RSA viene inteso come soluzione adeguata ai bisogni residenziali, assistenziali, sanitari, psicologici, etico-religiosi e sociali, con particolare attenzione a tutto ciò che incide sul vissuto personale, familiare e relazionale del paziente e dei suoi familiari. Risulta opportuno, quindi, ospitare il paziente in una residenza il più possibile vicina al concetto di casa, che gli consenta di mantenere il contatto con il contesto socio-familiare e geografico di appartenenza e dotata di un modulo abitativo che permetta a familiari, amici, volontari di accedervi liberamente.

Le RR.S.AA. appositamente convenzionate sono caratterizzate da alcuni requisiti specifici, definiti dal Regolamento; la convenzione norma l'utilizzo dei posti letto destinati a questo Servizio.

Tale Servizio, ormai consolidato, soddisfa la cura globale della persona ed adempie pienamente alle necessità sanitario-assistenziali dei pazienti.

DESTINATARI

Vengono considerati destinatari del Servizio pazienti con compromissione totale delle funzioni motorie non riconducibili a quelle di stato vegetativo, solitamente provenienti da Strutture per acuti, nei casi in cui siano rispettate le seguenti condizioni:

- sono superati i problemi clinici acuti;
- non sono presenti necessità riabilitative di recupero funzionale;
- possono essere in atto risposte terapeutiche sostitutive (es.: alimentazione artificiale, respirazione assistita) purché stabilizzate;
- risulta impraticabile il rientro al domicilio/in famiglia.

Sono altresì destinatari, sia pure indiretti, i familiari nei confronti dei quali vengono attuati, da parte della RSA, interventi di informazione, formazione, sostegno e supporto alla cura. E' auspicabile, ove necessario, l'intervento psicologico.

REQUISITI DELLE RR.S.AA.

Possono accogliere pazienti di questa tipologia le RR.S.AA. convenzionate, tendenzialmente per un massimo di quattro posti letto. Ad esse vengono richiesti i

fd

10 NOV 2010

seguenti requisiti:

1. disponibilità di stanze singole/doppie dedicate/dedicabili al/agli ospite/i con compromissione totale delle funzioni motorie non riconducibili a quelle di stato vegetativo;
2. presenza del personale infermieristico per almeno 16 ore/giorno; sorveglianza clinica e reperibilità medica notturna;
3. garanzia del soddisfacimento, oltre che dei bisogni primari dell'ospite, anche dei bisogni psicologici, sociali e spirituali dell'assistito e dei suoi familiari/care giver;
4. garanzia di assistenza per la cura e l'igiene personale, per la prevenzione dei rischi da immobilizzazione;
5. garanzia della corretta fruizione di tutti gli ausili ed i presidi necessari;
6. garanzia di un contesto d'accoglienza residenziale in grado di fornire comfort, privacy ed adeguati stimoli sensoriali, consentendo la presenza partecipata al processo di assistenza, in primo luogo dei familiari e, ove presente, della rete amicale e di volontariato.

L'assistenza è fornita sulla base di uno specifico piano individualizzato (P.A.I.) all'interno del quale sono definiti gli obiettivi di lavoro sul singolo e sulla famiglia, gli strumenti per raggiungerli, la durata del progetto, le modalità di verifica e revisione dello stesso.

PERCORSO

Nei confronti dei pazienti con compromissione totale delle funzioni motorie non riconducibili a quelle di stato vegetativo e delle loro famiglie, il Responsabile dell'UOI Anziani-Cure Domiciliari:

- accoglie la segnalazione dell'ospedale, anche attraverso il protocollo delle dimissioni protette;
- valuta l'opportunità di intervento domiciliare o residenziale, in base al quadro generale;
- coinvolge gli operatori, nel pieno rispetto della volontà del paziente e della sua famiglia, avvalendosi, di norma, per il percorso di valutazione e presa in carico, di varie figure professionali fra le quali: infermiere referente, assistente sociale, psicologo e specialista consulente (geriatra, palliatore-anestesista);
- autorizza l'ingresso nel posto letto convenzionato di RSA, in base a disponibilità e ubicazione territoriale.



FASI DEL PERCORSO DI VALUTAZIONE E PRESA IN CARICO

1. L'Unità Operativa ospedaliera o il Servizio di provenienza, una volta verificata la stabilizzazione clinica del paziente, contatta la famiglia e, previo assenso di questa, segnala l'eventuale dimissibilità al Distretto di residenza del paziente;
2. il Responsabile dell'UOI Anziani-Cure Domiciliari, recepisce la valutazione del paziente e, in particolare, viene accertata la presenza dei criteri diagnostici dichiarati dalla struttura ospitante. Inoltre vengono rilevati gli aspetti particolari, terapie sostitutive, assistenza respiratoria, alimentazione artificiale, terapie farmacologiche, percorsi riabilitativi effettuati e necessità assistenziali presenti; se ne ravvisa la necessità, coinvolge gli operatori del CeAD sia per problematiche economiche (es. pagamento retta) sia per bisogni di altra natura, determinati dalla complessità della situazione. In quest'ultimo caso (es. paziente giovane, paziente "capofamiglia", figli in disaccordo, dinamiche familiari complesse, ecc...) è opportuno prevedere colloqui di sostegno/counseling con lo psicologo;
3. la famiglia deve essere adeguatamente informata sui servizi, anche quelli di Assistenza Domiciliare Integrata, al fine di poter scegliere l'opzione assistenziale più consona ai bisogni del paziente e della specifica situazione familiare;
4. la fornitura di presidi ed ausili, con particolare riferimento alla normativa regionale, è da richiedersi al competente riferimento Distrettuale;
5. la RSA provvede a dare tempestiva comunicazione al Dipartimento PAC, avvalendosi del Sistema flussi informatici, dell'avvenuto inserimento del paziente, di eventuali dimissioni, decessi e trasferimenti con relative date. Inoltre provvede ad inviare la rendicontazione trimestrale alla Direzione Gestionale Distrettuale di ubicazione della RSA.

COSTI

Per l'ospite in condizioni non riconducibili a quelle di stato vegetativo, con compromissioni determinate da gravi cerebrolesioni acquisite post traumatiche o da malattie neurologiche evolutive, inserito nel posto letto convenzionato, è previsto il riconoscimento della quota giornaliera pro-capite, di € 25,82, aggiuntiva rispetto alla remunerazione SOSIA; tale quota viene liquidata alle RR.S.AA. convenzionate per i giorni di effettivo utilizzo del posto letto occupato.

Rimane in questi casi a carico della famiglia il costo della retta alberghiera.

Brescia, ottobre 2010

IL DIRETTORE
DEL DIPARTIMENTO ATTIVITÀ
SOCIO SANITARIE INTEGRATE (A.S.S.I.)
D.ssa Faustina Podavito