

LA CONTINUITA' TERAPEUTICA IN RSA

I LETTI CAVS

Dott.ssa E.P. Contuzzi

Nucleo Territoriale di Continuità delle Cure

Geriatrica Territoriale

ASLTO1



RSA, CAVS?

- RSA: residenza sanitaria assistenziale; struttura non ospedaliera ma ad impronta sanitaria che ospita pazienti non autosufficienti che non possono essere assistiti a casa e necessitano di una articolata assistenza sanitaria.

CAVS: letti di continuità assistenziale a valenza sanitaria.

Nelle ASLTO1, TO2 e TO5 collocati in RSA.

LE DIRETTIVE REGIONALI

- DGR 13-1439 del 28/01/2011

Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di recupero e rieducazione funzionale di 3°, 2° e 1° livello e per le attività di lungodegenza e definizione delle funzioni extraospedaliere di continuità assistenziale

Ha approvato i criteri per la realizzazione dell'area di attività extra ospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria.

DGR 13/2011: Strutture extraospedaliere di continuità assistenziale a valenza sanitaria per i seguenti pazienti:

- Pazienti con disabilità complesse, prevalentemente motorie, di età inferiore a 65 aa, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max 30 gg+ 30*)
- Pazienti con disabilità complesse prevalentemente motorie, di età inferiore ai 65 aa, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza (max gg 30+30*)
- Pazienti ultra 65 anni con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza, che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max gg30+30*)

DGR13/2011-continua

- Pazienti ultra 65 aa con disabilità motorie di grado moderato che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max gg 30)
- Pazienti con disabilità di elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio-assistenziali (tipo ricoveri di sollievo) (max 30 gg)
- Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max gg30+30*)
- Pazienti con disabilità neuro-psichiatriche che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza (max 30gg+30*)

DGR 6-5519 del 14/03/2013

Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R n.167-14087 del 03.04.2012.

DGR 6/2013: Continuità assistenziale a valenza sanitaria: definizione tipologia di soggetti possibili fruitori della funzione e individuazione dei criteri di selezione e ammissione

- **Pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale**
- **Pazienti a moderata complessità clinico-assistenziale**

DGR 6/2013:Pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale-1

1. Pazienti portatori di PEG, pazienti in terapia parenterale, pazienti in ventilazione assistita. Provenienti da: reparti per acuzie, RRF 3°, 2° e 1° livello. Durata massima del ricovero: gg30+30*
2. Pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio-assistenziali. Provenienti da: domicilio. Durata massima del ricovero: 30 gg.

DGR 6/2013: Pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale-2

3. Pazienti con problemi prevalentemente clinici e funzionali o anziani cronici non autosufficienti con patologie ad andamento evolutivo, che non richiedono ricovero in strutture per acuti. Provenienti da: RRF di 3°, 2° e 1° livello, reparti per acuti, reparti di lungodegenza. Durata massima del ricovero: 30gg+30*

DGR 6/2013: Requisiti organizzativi essenziali per pazienti con alta complessità clinico-assistenziale

- Medici: 20 ore/sett su 7 gg, con una presenza minima di 2 ore al giorno
- Infermieri: 80 minuti per assistito su tre turni giornalieri per 7 gg
- OSS: 110 minuti per assistito su tre turni giornalieri per 7 gg
- Altre figure professionali mediche/tecniche (medici specialisti, fisioterapisti, logopedisti ecc.): 30 minuti al giorno sulla base del progetto

DGR 6/2013: Moderata complessità clinico-assistenziale

1. Pazienti con disabilità prevalentemente motorie: emiplegici, tetraplegici, paraplegici, esiti stabilizzati di traumi cranio-encefalici, altre gravi patologie neuromotorie. Provenienti da: RRF di 3°, 2° e 1° livello. Durata massima del ricovero gg 30+30*

2. Pazienti con disabilità di grado moderato che non possono essere seguiti al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari: pazienti neuropatici, pazienti ortopedici (es. con frattura femore), politraumi o fratture di bacino senza carico, pazienti con patologie di area pneumologica e cardiologica. Provenienti da: RRF 3°, 2°, 1° livello, lungodegenze, reparti di acuzie. Durata massima del ricovero gg 30+30*

DGR 6/2013: Requisiti organizzativi essenziali per pazienti con moderata complessità assistenziale

- Medici: 10 ore/sett. su 5 gg con una presenza minima di 2 ore al giorno: nei giorni di sabato e domenica dovrà essere garantita la guardia medica
- Infermieri: 60 minuti per assistito su tre turni giornalieri e per 7 giorni
- OSS: 110 min per assistito su tre turni giornalieri e per 7 giorni
- Altre figure professionali (medici specialisti, fisioterapisti, logopedisti..): 30 minuti al giorno sulla base del progetto.

- **Pazienti la cui complessità è determinata da problematiche neuro-psichiatriche e clinico-assistenziali: quale setting?**

1. Pazienti con disturbi mentali e/o neurologici e/o problemi di dipendenza in attesa di inserimento in comunità o percorso idoneo che non possono essere seguiti al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari. Provenienti da: reparti per acuzie e post-acuzie. Durata massima: gg30+30*

2. Pazienti con disturbi neuropsichiatrici e comorbidità o problematiche riabilitative che non possono essere seguiti in modo appropriato in strutture residenziali. Provenienti da: reparti per acuzie e post-acuzie, strutture del territorio, domicilio. Durata massima: gg30+30*

...alcune osservazioni

- Assenti sul territorio letti CAVS per pazienti ad alta complessità (es. con PEG, tr parenterale, NIV): che risposta dare agli ospedali?
- Pazienti ortopedici senza carico per più di 60 gg : conclusa la continuità dove continuare le cure?
- Pazienti oncologici in CHT attiva con sintomi correlati alla terapia e alla patologia non assistibili al domicilio?

Modalità di selezione ed ingresso nel setting

«Le modalità di selezione ed ammissione dei pazienti alla nuova funzione dovranno seguire le procedure individuate per la presa in carico del paziente a livello territoriale e di cui alla DGR n.27-3628 del 28/03/2012»

DGR 27-3628 del 28/3/2012

Attuazione piano di rientro-DGR 44-1615 del 28/02/2011-La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale

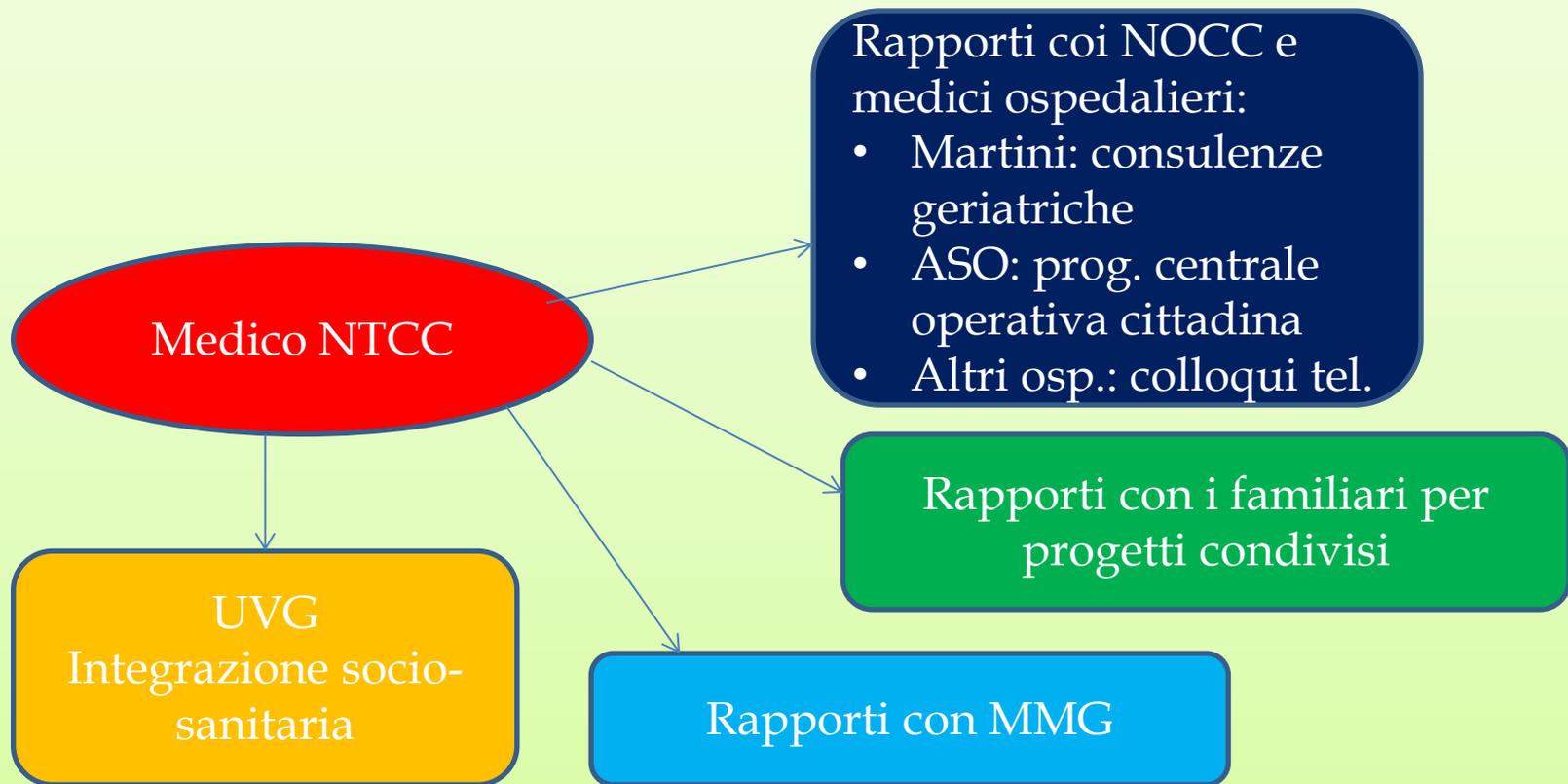
Istituzione NOCC, NDCC.

DGR 27-3628/2012

«Il modello organizzativo (della continuità assistenziale) deve sviluppare e consolidare le relazioni tra gli specialisti ospedalieri e quelli presenti sul territorio regolando il percorso verso le modalità assistenziali più adeguate. L'ambito di confronto/rapporto tra ospedale e territorio interessa vari aspetti: modalità di accesso, relazioni durante il ricovero, modalità di dimissioni, condivisione dei percorsi di continuità assistenziale»

La funzione dell'NTCC-ASLTO1

NTCC riceve segnalazione: il medico valuta la situazione clinica e collabora nelle scelte del post-ricovero sulla base delle potenzialità dei percorsi territoriali.



...alcuni problemi rilevati

- Tempistica diversa dei vari servizi coinvolti nella continuità assistenziale: quale risposta dopo i gg 30+30* previsti dalla DGR 6/2013?
- Problemi gestionali nei reparti, con richiesta di impiego di risorse altrimenti evitabile : es. s. allettamento
- Instabilità clinica dei pazienti , che impedisce la presa in carico e allunga i tempi di attesa.

DGR n.39-813 del 22/12/2014

DGR n.46-233 del 04/08/2014 e DGR n.1-600 del 19/11/2014-modifica e integrazioni in materia di continuità assistenziale a valenza sanitaria

«...emerge l'urgenza di attivare una prima parte di posti letto extra-ospedalieri...tale intervento permetterebbe: di ridurre i ricoveri impropri o piuttosto le giornate di degenza inappropriate dopo stabilizzazione della fase acuta di malattia, di contenere i tempi di degenza in ospedale, di dare risposte più adeguate ai bisogni clinico-assistenziali dell'anziano»

ASL	FABBISOGNO INDIVIDUATO DI LETTI CAVS	LETTI CAVS DA ATTIVARE DA RICONVERSIONE P.LETTO OSPEDALIERO POST-ACUTI	LETTI CAVS DA ATTIVARE DA RICONVERSIONE POSTI RSA
ASLTO1	180	-	95
ASLTO2	180	-	95
ASLTO3	120	60	-
ASLTO4	80	25	-
ASLTO5	90	-	20

LETTI CAVS ATTUALI ASLTO1

RSA GRADISCA 42 POSTI

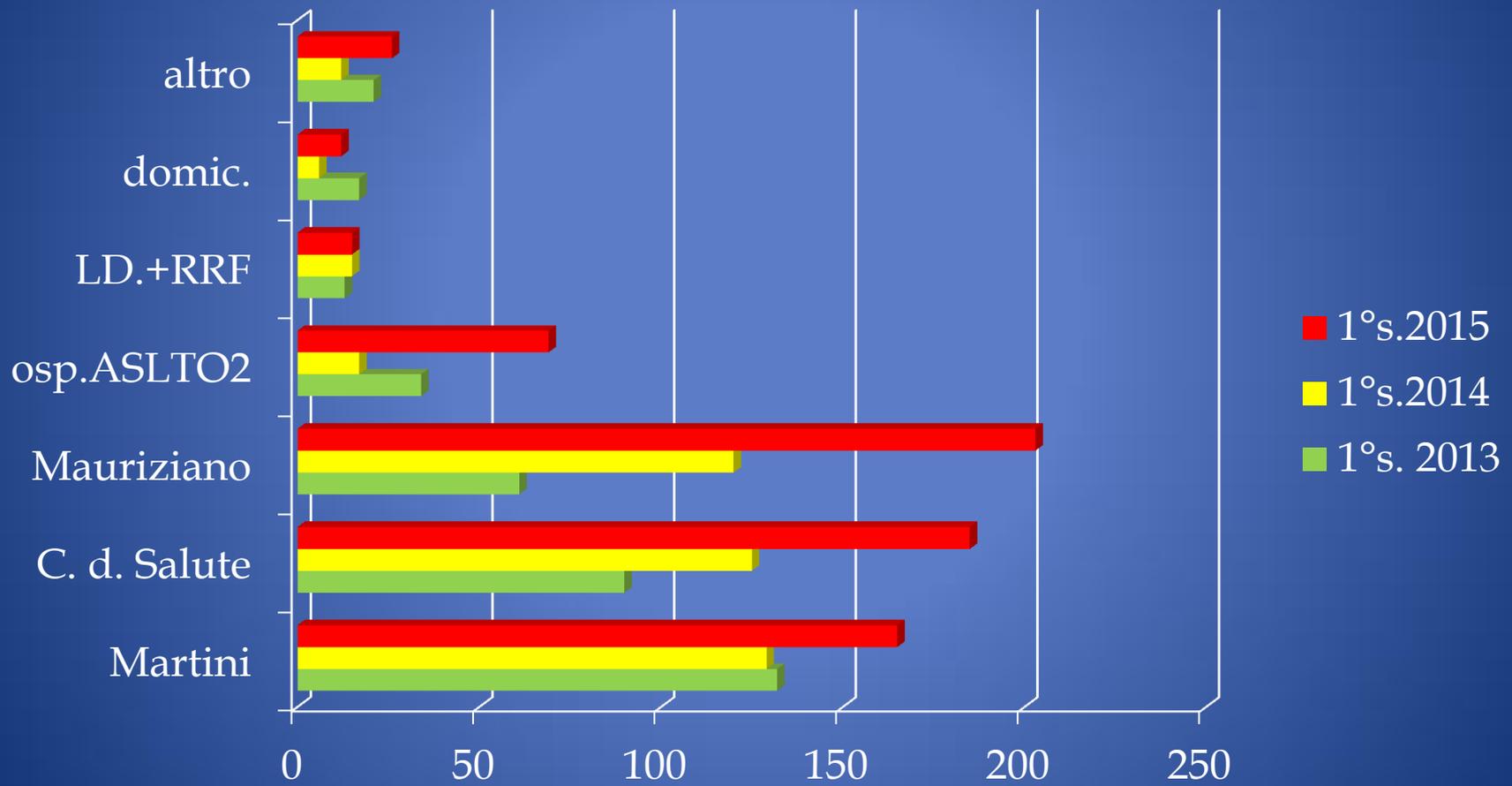
RSA VALLETTA 24 POSTI

RSA SPALATO 13 POSTI (NUCLEO
ALZHEIMER)

Richieste di letti CAVS pervenute a NTCC ASLTO1-trend in salita

Provenienza	1°semestre 2013	1°semestre 2014	1°semestre 2015
Martini	132	129	165
Città della Salute	90	125	185
Mauriziano	61	120	203
Osp.ASLTO2	34	17	69
LD+RRF	13	15	15
domicilio	17	6	12
altro	21	12	26
tot	368	424	675

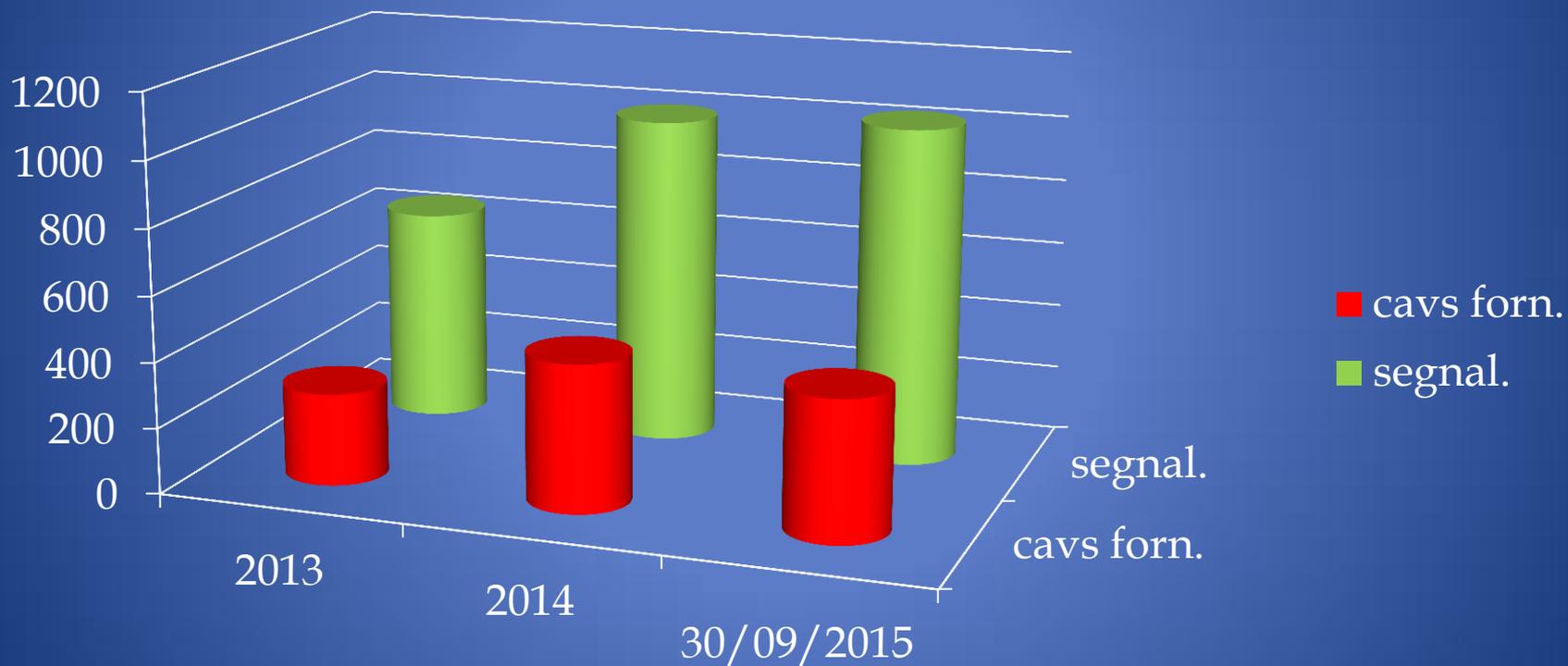
Incremento segnalazioni



Entità delle segnalazioni pervenute e letti CAVS forniti: perché questo trend in salita?

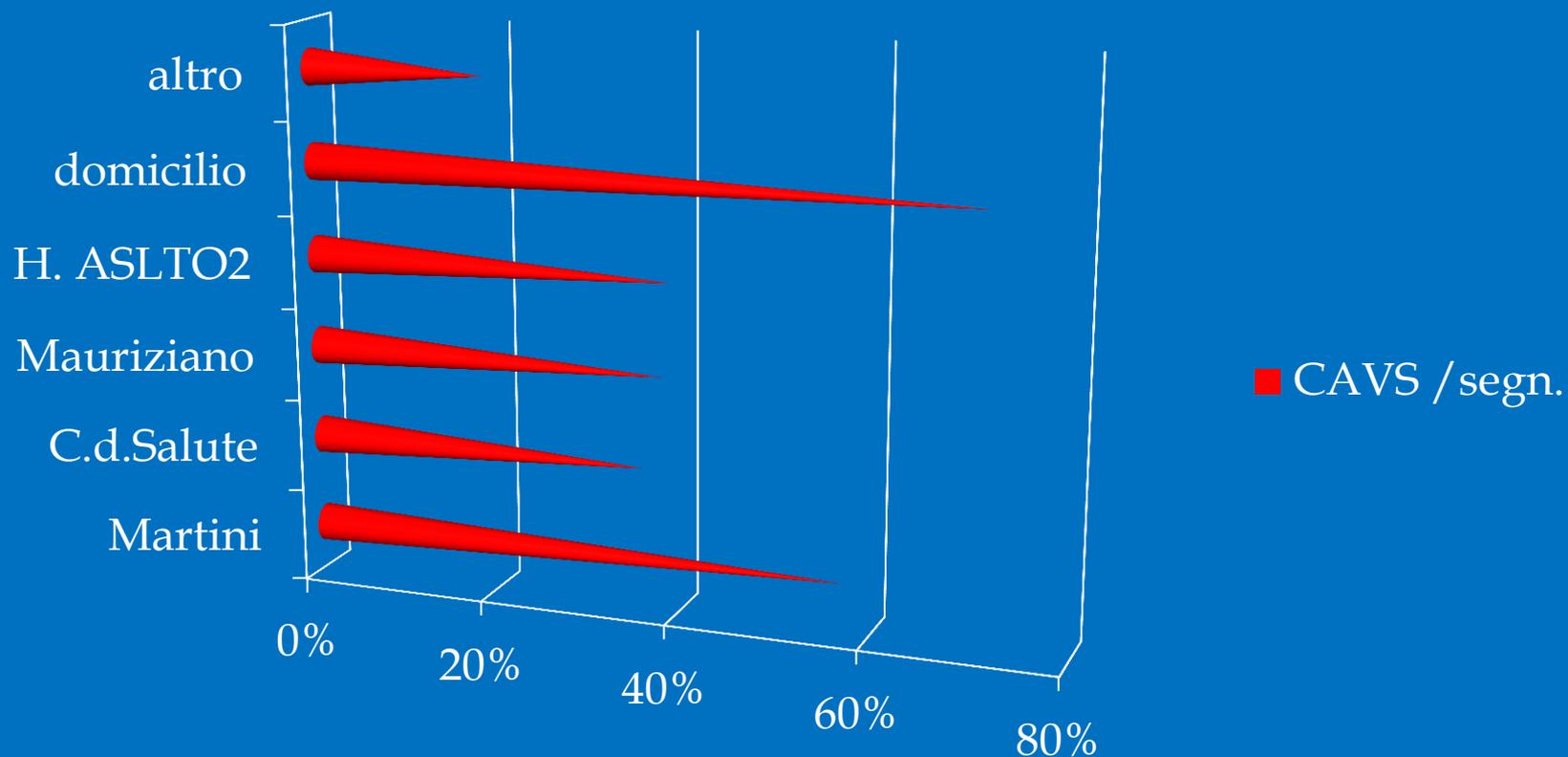
	2013	2014	2015 (30/09/2015)
Tot segnalazioni	652	1003	1033
Letti CAVS forniti	281	449	427

Segnalazioni-letti CAVS forniti

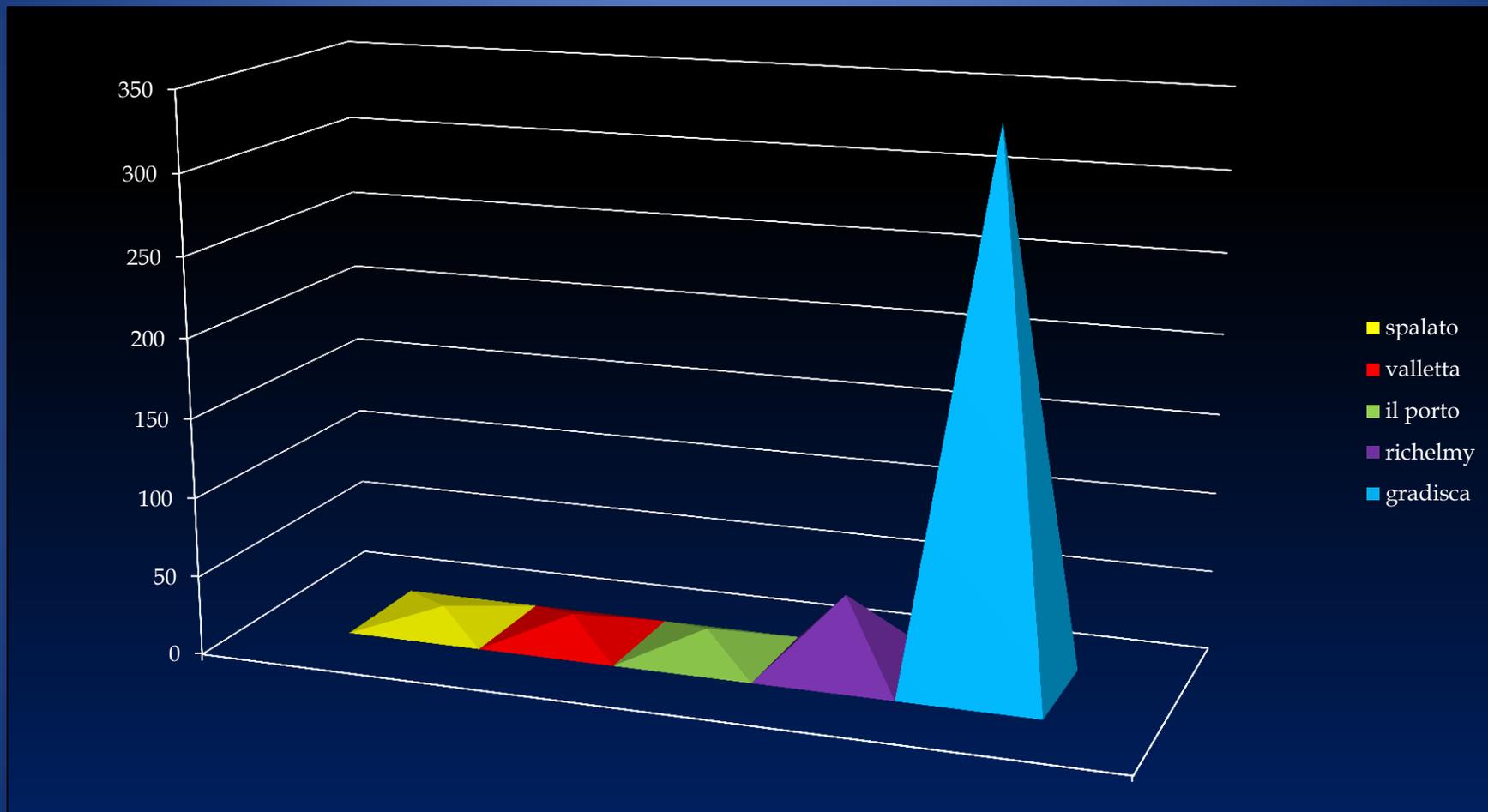


CAVS forniti / segnalazioni pervenute 2015 (al 30/09)

CAVS /segn.

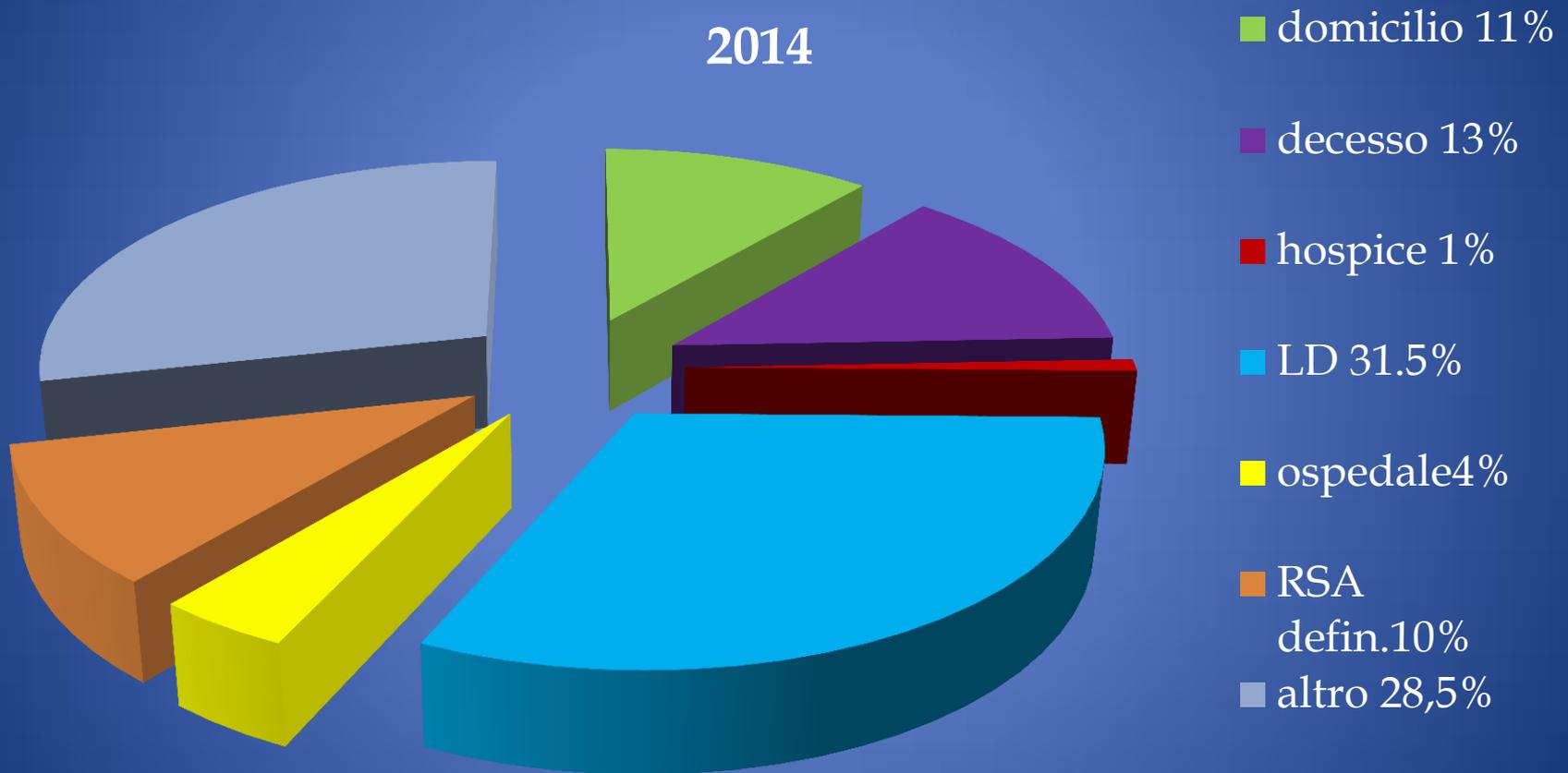


Ricoveri CAVS 2015: dove?



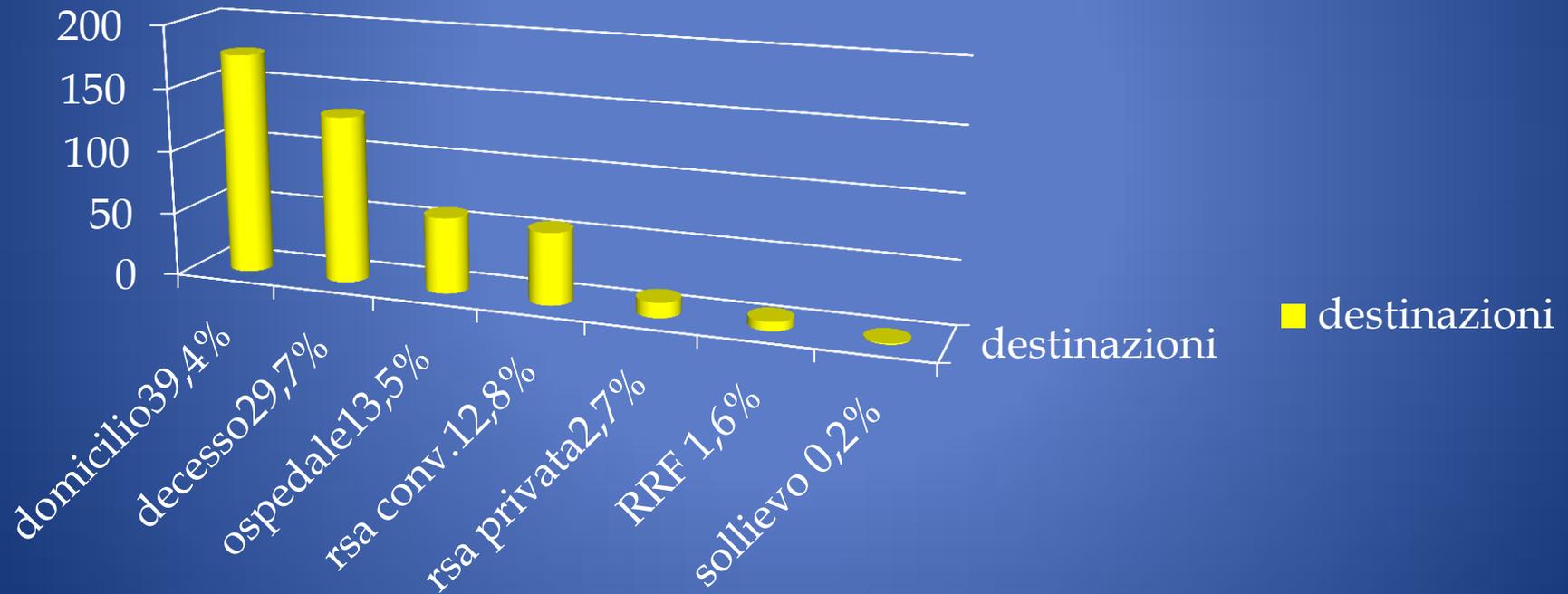
...e le persone segnalate non accolte in CAVS ?

2014



Dimissioni CAVS 2014: 444 pazienti. Degenza media 41 gg

destinazioni



DGR 27/2012

allegato A

«Elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere cure/assistenza dai vari soggetti erogatori»

Presupposto fondamentale è il dialogo tra i soggetti erogatori, con i pazienti e le loro famiglie, al fine di realizzare il miglior progetto per la persona, quale l'assistenza al domicilio con un adeguato sostegno anche economico alla famiglia o l'inserimento definitivo in RSA.

Grazie per l'attenzione