



Roma, 06/10/09

Prot.110/09

BOZZA PROGETTO PRESA IN CARICO PAZIENTE CRONICO - PTP PRESSO CTO ROMA

PREMESSO CHE

lo scrivente sindacato ha sempre fornito progetti atti a migliorare la qualità dell'assistenza attraverso il decentramento della proposta sanitaria rispetto alle strutture ospedaliere;

nell'ottica di fornire risposte appropriate ad una sempre maggiore esigenza di salute da parte della popolazione in generale ed in particolare dal parte della popolazione fragile e/o a rischio derivante dalla situazione di pazienti con pluripatologia e /o con patologie croniche, e nell'ottica di ottimizzare le funzioni proprie del Pronto Soccorso, limitando il numero di ospedalizzazioni di soggetti non bisognosi di trattamento per acuzie (non in situazione emodinamiche e/o respiratorie critiche) ma non ancora stabilizzati e che necessitano di un ulteriore monitoraggio intermedio ma strutturato delle condizioni di salute, e per implementare la logica della **PRESA in Carico del paziente CRONICO** da parte della medicina generale (setting abituale della cura e trattamento di tale tipologia di pazienti) e delle altre figure professionali territoriali (infermiere, specialista etc) ;

CONSIDERATA

l'esigenza espressa dalla bozza di Piano Sanitario Regionale , di sperimentare modelli intermedi di assistenza (alternativi al tradizionale ricovero ospedaliero) che vedano una forte integrazione della Medicina generale (Assistenza Primaria- Continuità Assistenziale- Medicina dei servizi) con le altre professionalità del territorio stesso, nell'ambito della dimensione del Distretto sanitario ed in collaborazione con le Strutture organizzate della Assistenza Primaria di cui alla Preintesa della AIR della medicina generale al momento in fase di definizione;

l'esigenza di fronteggiare la possibile pandemia influenzale che potrebbe portare ad un aggravio critico della già difficile gestione di pazienti cronici e o con pluripatologie;

l'urgenza legata ai provvedimenti del piano di rientro dal deficit della Regione Lazio che hanno comportato la riduzione significativa del numero di posti letto per acuti nella nostra regione;

VISTO

la necessità di implementare la metodologia della presa in carico complessiva del paziente cronico, nell'ottica del "Chronic Care Model" che individua nel territorio la potenzialità maggiore per la soluzione efficace e appropriata al problema della cronicità;

SI CONCORDA

di procedere ad una sperimentazione della durata di anni di gestione coordinata ospedale- medicina generale da attuarsi presso i locali appositamente indicati dalla Azienda ASL RMC, dislocati presso l'ospedale CTO Roma (piano etc) e dotati di Numero 2- 4 ... posti letto dedicati alla gestione del paziente cronico appositamente individuato sulla base del seguente protocollo:



Protocollo di gestione e PRESA IN CARICO PAZIENTE CRONICO - PTP PRESSO CTO ROMA:

Criteri di Ammissibilità dei pazienti al progetto:

1 - Pazienti individuati dal Servizio di Breve osservazione del PS CTO in possesso delle seguenti caratteristiche:

A - pazienti non in fase acuta e con parametri vitali stabilizzati (saturazione di O₂; non sindromi coronariche in atto; diagnosi clinica certa e definitiva; non politraumatizzati né urgenze mediche o chirurgiche da definirsi ulteriormente anche sulla base di criteri e scale internazionali tipo KARNOSKY, linee guida scompenso, BPCO etc) ma che necessitano di un periodo ulteriore (fino ad un massimo di due settimane) di stabilizzazione del quadro clinico e /o di controllo di diagnostica e/o di laboratorio e di monitoraggio clinico-terapeutico specialistico e infermieristico;

2- Pazienti afferenti dalla medicina generale del territorio con le seguenti tipologie:

- pazienti già in assistenza CAD presso il distretto per i quali il medico di Assistenza Primaria individui la necessità di una ospedalizzazione intermedia che garantisca la assistenza infermieristica giornaliera e il monitoraggio diagnostico, di laboratorio e/o specialistico per la risoluzione di una fase di iniziale scompenso del quadro clinico di base (iniziale riacutizzazione di un paziente cronico);
- pazienti afferenti dalla medicina generale dei distretti adiacenti (oppure indicare.....) , sempre sulla base dei criteri di cui al punto 2., anche se non ancora in assistenza CAD;
- Pazienti per i quali il MMG del distretto..... Abbia già attivato una richiesta di Assistenza Programmata Domiciliare

3- pazienti in dimissione dai reparti di per i quali si ravveda la necessità di una dimissione assistita per la ulteriore stabilizzazione del quadro clinico.

I criteri di cui sopra sono ulteriormente codificati in allegato al presente atto (concordare nello specifico e nel dettaglio i criteri di ammissione identificando le scale di riferimento che devono costituire **GRIGLIA CLINICA DI AMMISSIBILITA'**)

I posti letto appositamente dedicati dalla Azienda ASL RMC devono prevedere apposito sistema di assistenza logistica e di degenza e pulizia e fornitura pasti e dispensazione messa a disposizione dalla azienda ASL RMC che ne cura la logistica;



**La struttura deve prevedere la seguente
ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO:**

Assistenza medica h 24 fornita da medici di Continuità Assistenziale e/o AP o medicina dei servizi, nel rispetto delle norme di cui all' AANN e all' AIR vigente, ed a completamento orario a 38 ore per i colleghi di Continuità Assistenziale, nominati dall' Azienda medesima, sentito il Comitato Aziendale, nel rispetto delle compatibilità di cui all' AANN e all' AIR Lazio.

Indennità di presa in carico paziente cronica (nella misura di €200 a paziente) che comprende la valutazione effettuata dal medico di Medicina Generale, la compilazione della apposita cartella clinica con Griglia di accessibilità e il monitoraggio complessivo dello stato di salute del paziente , in accordo con il :

Coordinatore del PTP in questione (capo distretto o designato tra dirigenza medica e Medicina generale del distretto con apposito curriculum ed esperienza) che vaglia le richieste afferenti dalla ospedalità e dalla medicina generale;

Accessi giornalieri del Medico di medicina generale nella misura di € 45 /accesso /die. Indispensabile almeno un accesso al giorno per il monitoraggio dello state di salute del paziente;

Presenza infermieristica aziendale dedicata h 24 in funzione di case manager;

Disponibilità garantita da apposito protocollo per la consulenza specialistica entro le 24-48 ore max (cardiologica e pneumologia);

Disponibilità alla diagnostica di primo livello (radiologia ecografia e diagnostica di laboratorio) da garantirsi con apposito protocollo interno;

Disponibilità al trasporto immediato in PS in caso di acuzie (presidio di ambulanza e/o protocollo di invio immediato).

La durata della degenza max è stabilita in giorni (14-21) da programmare all' atto della Ammissione in PTP del paziente Critico e da rivalutare dopo 48 ore di degenza;

GARANZIE E COSTI

L' Aziende provvede a stipulare idonea copertura assicurativa per il personale sanitario convenzionato che vi opera (comprensiva di colpa grave e di rischio amministrativo).

I costi di tale accordo sono sostenuti dalla Azienda ASL RMC.

EFFICACIA/APPROPRIATEZZA

L' intero progetto può essere legato alla valutazione di una serie di **indicatori di efficacia:**

- Numero di posti occupati e giornate medie di degenza;
- Riduzione numero di accessi impropri in PS;
- Riduzione numero di ospedalizzazioni per i pazienti cronici individuati;



Sindacato dei Medici Italiani

Regione Lazio

- Gradimento popolazione afferente;
- Indice di soddisfazione della medicina generale ;

CRITICITA'

- Rischio di invio diretto (o mediato dal PS o dall' ospedale) di codici Gialli critici e/o Rossi;
- Rischio di conflittualità tra competenze di un PS e competenze della medicina del Territorio;
- Rischio che il PTP venga identificato dall' utenza e dall' Azienda medesima come un PS di serie B o come un reparto ospedaliero (definire una Carta dei Servizi)