

PRESA IN CARICO IN SUAP

PROCEDURA DI AMMISSIONE IN SUAP

Il ricovero in SUAP può essere alternativo al domicilio o propedeutico a forme di domiciliarizzazione per pazienti in fase di stabilizzazione clinica, che abbiano completato i necessari protocolli riabilitativi e che non necessitano di monitoraggio intensivo tipico delle rianimazioni o delle neurochirurgie, ma:

- a) con necessità di supporto alle funzioni vitali, e/o gravissima disabilità (qualora non si prevedono modificazioni del quadro clinico funzionale da attribuire ad un intervento riabilitativo specifico) che presentino un elevato grado di complessità assistenziale o comunque confinati a letto e con dipendenza totale per l'alimentazione, il controllo degli sfinteri, l'igiene personale.
- b) in stato vegetativo e stati di minima coscienza cronici, locked in, non assistibili a domicilio, inquadrati e valutati secondo i criteri del DCA 70/2012 e DCA 21/2015.

DIMISSIONE DA REPARTO OSPEDALIERO O ALTRA STRUTTURA RESIDENZIALE EXTRAOSPEDALIERA TERRITORIALE, CURE DOMICILIARI, ALTRO

Per "Dimissione Protetta" si intende l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro. Il processo delle dimissioni protette richiede un'attenta programmazione, un coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento, in questo caso la struttura che dimette e il territorio/distretto.

Caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi familiari e il MMG/PLS, oltre che con il distretto di residenza; pertanto la dimissione protetta va preparata fin dall'atto del ricovero del paziente presso la struttura di riabilitazione o struttura ospedaliera.

Le fasi della dimissione protetta sono le seguenti:

1. Segnalazione/richiesta di ammissione in SUAP
2. Formazione ed addestramento del familiare/caregiver da parte della struttura che dimette
3. Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale
4. Redazione ed elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)
5. Fornitura di presidi, ausili, farmaci
6. Dimissione in SUAP

Il processo si completa con la redazione del piano esecutivo e con la rivalutazione periodica e straordinaria del piano esecutivo/Piano di Assistenza Individuale (PAI). Le fasi del processo non sono da intendersi come fasi che si succedono temporalmente ma anche concomitanti.

Attori della dimissione

- Direttore della struttura che dimette e/o suo delegato
- Direttore del Distretto o suo delegato
- MMG/PLS
- Referente/responsabile dell'UO Distrettuale competente per le cure domiciliari
- Medici specialisti del distretto/ASL
- Unità di Valutazione Integrata
- Familiari dell'utente – caregiver
- Assistente sociale dell'Ambito territoriale competente
- Porta Unica di Accesso (PUA)

Nel caso di dimissione da reparto ospedaliero o altra struttura residenziale extraospedaliera territoriale, il responsabile clinico del caso della struttura che dimette:

- Convoca la famiglia per condividere l'eventuale accesso in SUAP, e l'avvio della procedura di collocamento;
- Invia, non meno di 10 giorni prima del previsto accesso in SUAP, al Direttore del distretto di residenza del paziente, che attiva contestualmente la P.U.A. in accordo con la famiglia:
 - la richiesta di ammissione in SUAP;
 - la **parte 3 allegato A** della scheda di valutazione sanitaria-clinico-funzionale di cui al DCA n. 70/2012, parte integrante del presente protocollo, accompagnata da una relazione contenente la diagnosi, il consenso dei familiari, l'indicazione di ausili e protesi, trattamenti farmacologici e terapeutici;
 - il progetto riabilitativo individuale.

La medesima segnalazione/richiesta di accesso è inviata dal direttore di distretto/PUA al MMG/PLS attraverso e-mail o posta certificata.

In collaborazione ed in accordo con il direttore del distretto di residenza del paziente, la struttura che dimette predispone il trasferimento in S.U.A.P. con autolettiga attrezzata secondo necessità, i cui costi sono a carico del distretto di residenza del paziente.

Il direttore del distretto di residenza del paziente e/o suo delegato che riceve la richiesta di ammissione:

- avvisa la struttura SUAP prevedendo il coinvolgimento della famiglia/tutore e ne richiede la disponibilità, attraverso il Direttore del Distretto sul quale insiste la struttura individuata; quest'ultimo, entro 24 ore dalla ricezione della richiesta deve fornire riscontro;
- comunica alla P.U.A., attiva e convoca l'U.V.I., secondo le indicazioni già disciplinate dall'ASL, prevedendo la partecipazione del direttore e/o suo delegato della U.O. della struttura che accoglie, per condividere gli obiettivi del piano terapeutico e che in fase successiva può contribuire all'elaborazione e monitoraggio del piano esecutivo;

Il Direttore del distretto sul quale insiste la SUAP provvede agli adempimenti connessi alla garanzia dei trattamenti necessari per la presa in carico del paziente. In base alle indicazioni contenute nella richiesta del Distretto di residenza del paziente, dispone che le UU.OO. Distrettuali competenti assicurino l'eventuale fornitura di preparati per nutrizione artificiale, e dei dispositivi medici di cui agli artt. 11 (dispositivi monouso) e 17 (Assistenza protesica) del DPCM12/1/2017 recante definizione e aggiornamenti dei Lea, affinché siano disponibili all'atto dell'ammissione in S.U.A.P. e comunque per tutta la permanenza dello stesso, previa verifica della necessità della fornitura, garantendone l'erogazione continua da parte della farmacia territoriale e/o ospedaliera e dal distretto.

La fornitura dei farmaci per il primo ciclo di terapia dopo la dimissione (almeno per una settimana) deve essere garantita dalla struttura ospedaliera che dimette. Se la dimissione avviene da una struttura extraospedaliera territoriale deve essere effettuata presso la Farmacia della struttura o dalla Farmacia territoriale dell'ASL sul quale incide la struttura extraospedaliera che dimette. I farmaci devono essere compresi nel Prontuario Ospedaliero Aziendale e/o PTOR (salvo eccezioni motivate per iscritto e dovute a particolari necessità cliniche), in modo da consentirne la prosecuzione della fornitura gratuita, anche dopo il primo ciclo di terapia.

Le successive forniture dei farmaci, compresi il materiale per infusione, sono garantite dalla Farmacia Territoriale dell'ASL e/o aziendale, così come anche i prodotti per il supporto nutrizionale devono essere garantiti dal Centro NAD dell'ASL, mentre i dispositivi monouso (Art. 11, Allegato 11, Allegato 2 del DPCM12/1/2017 - LEA) e l'assistenza protesica (art. 17, Allegato 12, Allegato 5, elenchi 2A e 2B del DPCM12/1/2017) saranno garantiti dal Distretto attraverso le UU.OO. competenti distrettuali.

È compito del Direttore del distretto in cui insiste la SUAP assicurare in modo continuativo, secondo la procedura descritta successivamente in questo documento, l'approvvigionamento e la fornitura di quanto sopra indicato senza ulteriore aggravio per la famiglia e duplicazione di iter burocratico.

In caso di esigenza di ammissione in SUAP di un soggetto già in carico alle cure domiciliari, per il quale il responsabile del caso rilevi la necessità di trattamenti non erogabili a domicilio e la presenza dei requisiti di eleggibilità in SUAP, la procedura di accesso sopra indicata è attivata direttamente dall'U.O. competente

distrettuale per le cure domiciliari, nel rispetto dei ruoli dei soggetti in essa individuati. La stessa procedura è attivata in caso di esigenza di ricovero di sollievo.

Nel caso sopra descritto, la valutazione multidimensionale è attivata nelle modalità descritte nella DGRC 41/2011, ovvero con la procedura d'urgenza, al fine di garantire la continuità assistenziale.

La gestione delle liste di attesa è in carico alla SUAP. Il Direttore sanitario della SUAP le trasmetterà al Direttore del Distretto settimanalmente e ogni qualvolta dovessero subire una modifica.

DURATA/PERMANENZA NELLA SUAP

La durata del trattamento ad elevato impegno sanitario è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale con il distretto di appartenenza della struttura. Occorre prevedere la rivalutazione ad ogni modifica delle condizioni del paziente e comunque ad un mese dall'ingresso in struttura. In ogni caso, anche ai fini della corretta alimentazione dei flussi informativi la rivalutazione delle condizioni che determinano la permanenza in S.U.A.P. va effettuata in unità di valutazione e registrata mediante il flusso FAR, di norma ogni 180 giorni.

Le SUAP devono accogliere anche pazienti in ricoveri di "sollievo" programmati e di durata limitata.

 REGIONE CAMPANIA	SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI LOCKED-IN DA GRAVE CEREBRO LESIONE ACQUISITA
	<u>Allegato A</u>

PARTE 3

DATI CLINICI E VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

TAB. 1 – Dati Clinici e presenza di Protesi ed Ausili				
1.1 Parametri vitali		Temperatura Corporea:		
		PA:		
		FC:		
		SaO2: %		
		Peso: Kg		
		Altezza: cm		
1.2 Portatore di catetere	si ☐	☐ catetere venoso centrale	Sede:	
			Data posizione:	
	no ☐	☐ catetere venoso periferico	Sede:	
			Data posizione:	
1.3 Pompa di baclofene intratecale		si ☐ data impianto:	Dosaggio	µg...../die
			Data allarme	
		no ☐		
1.4 Protesi	si ☐	☐ Acustica		
		☐ Dentaria		
		☐ Artroprotesi		
		Sede		
		☐ Pacemaker data impianto.....		
	☐ Altro			
		no ☐		

1
fonte: <http://burc.regione.campania.it>

 REGIONE CAMPANIA	SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI LOCKED-IN DA GRAVE CEREBRO LESIONE ACQUISITA <u>Allegato A</u>
--	---

Tab. 2 - Respirazione		
☐ Autonoma		
☐ Ventiloterapia	☐ Tipo	
	☐ Tempo	
☐ Necessità di supplemento di ossigeno ☐ l...../min	☐ Permanenza ☐ Di notte ☐ Di giorno	
☐ Cannula tracheostomica	☐ n°	☐ fenestrata
		☐ non fenestrata
		☐ cuffiata
		☐ non cuffiata
	☐ ultimo cambio	☐ con controcannula/...../.....
Tab. 3 – Funzione vescicale		
☐ Minzione autonoma		
☐ Pz incontinente ma non cateterizzato	☐ pannolone	
	☐ urocontrol	
☐ Pz cateterizzato	☐ n°	
	☐ ultimo cambio il/...../.....	

2
fonte: <http://burc.regione.campania.it>

 REGIONE CAMPANIA	SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI LOCKED-IN DA GRAVE CEREBRO LESIONE ACQUISITA <u>Allegato A</u>
--	---

Tab. 4 - Alimentazione			
☐ Nutrizione per os	Si alimenta autonomamente: sì ☐ no ☐		
	Dieta normale ☐ dieta semisolida ☐ dieta semiliquida ☐		
☐ Presente disfagia	sì ☐ no ☐		
☐ Portatore di sondino nasogastrico	n°		
	Ultimo cambio il/...../.....		
☐ Portatore di PEG	n°		
	Ultimo cambio il/...../.....		
☐ Nutrizione parenterale			
Tab. 5 – Apparato Tegumentario			
☐ Integro			
☐ Presenza di decubiti	Sede	Stadio (secondo la scala NUAP riportata nelle istruzioni)	
	☐ Trocanterica		
	☐ Talare		
	☐ Sacrale		
	☐ Ischiatica		
	☐ Altro		

3
 fonte: <http://burc.regione.campania.it>