

Struttura Organizzativa Riabilitazione Respiratoria	Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”	Cod. O.05.02.RR Rev. 00 del 27.07.2007
--	---	---

INDICE

1. Scopo

2. Applicabilità

3. Riferimenti

- 3.1 Documenti richiamati
- 3.2 Abbreviazioni utilizzate

4. Oggetto

- 4.1 Prenotazione
- 4.2 Congruità richiesta e gestione registro prenotazioni
- 4.3 Criteri di priorità
- 4.4 Accoglienza
- 4.5 Gestione Ricovero
- 4.6 Dimissione

ALLEGATI

- 1- Modello richiesta di ricovero MAC 01 RR
- 2- Registro prenotazione ricovero Area Degenza Ordinaria MAC 02/A RR
- 3- Registro prenotazione ricovero Area Ventilazione MAC 02/B RR
- 4- Modello Unico Richiesta Trasporti dimissione ordinaria
- 5- Modello 118 Dimissione con medico a bordo

Fasi	Funzioni	Firma	Data
Redazione	Responsabile S.O.	Nicolino Ambrosino	05.07.2007
Verifica	Amministratore Delegato	Giorgio Mariani	10.07.2007
Approvazione	Direttore Sanitario	Roberto Baldini	27.07.2007

Struttura Organizzativa Riabilitazione Respiratoria	Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”	Cod. O.05.02.RR Rev. 00 del 27.07.2007
--	---	---

1. Scopo

Lo scopo del presente documento è quello di definire le modalità di ricovero ordinario

2. Applicabilità

La presente Istruzione Operativa si applica alla SO di Riabilitazione Respiratoria.

3. Riferimenti

3.1 Documenti richiamati

- (a) PG Modalità di gestione del ricovero ordinario e day hospital cod.1.05.AA
- (b) PG Modalità di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti attività sanitaria cod.1.28.AA

3.2 Abbreviazioni utilizzate

- (1) RR= Riabilitazione Respiratoria
- (2) RSO=Responsabile Struttura Organizzativa
- (3) SO= Struttura Organizzativa
- (4) MR= Medico di Reparto
- (5) IC= Infermiere Coordinatore

4. Oggetto

4.1.Prenotazione

Alla RR accedono pazienti con insufficienza respiratoria e/o difficoltoso svezzamento dalla ventilazione assistita provenienti da Unità di Terapia Intensiva e Subintensiva e di degenza per acuti ed è organizzata in due Unità di Degenza:

A) Centro di Svezzamento offre la possibilità di una degenza riabilitativa "ad elevata intensità assistenziale" per pazienti ad alto grado di dipendenza.

Persone sottoposte a ventilazione meccanica invasiva per via tracheostomica che necessitano di programmi di svezzamento

<p>Struttura Organizzativa Riabilitazione Respiratoria</p>	<p>Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”</p>	<p>Cod. O.05.02.RR Rev. 00 del 27.07.2007</p>
---	---	---

B) Centro di Riabilitazione Respiratoria degenza ordinaria accoglie pazienti in regime di degenza riabilitativa affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, Asma Bronchiale, patologie restrittive del polmone (fibrotorace, interstiziopatie) in fase instabile e dopo riacutizzazione

- 1) Persone con Insufficienza Respiratoria secondaria a tutte le patologie respiratorie, neuromuscolari, cardiovascolari
- 2) Persone candidate ad interventi di chirurgia toracica e di chirurgia generale che a causa della presenza di patologia respiratoria associata necessitano di adeguata preparazione all'intervento o riabilitazione respiratoria post-chirurgica
- 3) Persone candidate a trapianto polmonare e cardio-polmonare ed in riabilitazione post-trapianto
- 4) Persone con disturbi respiratori durante il sonno

La prenotazione al ricovero avviene previa richiesta di un medico del reparto di provenienza o dello Specialista Curante, a mezzo prenotazione telefonica, fax o e-mail all'IC o all'RSO della SO RR.

Al medico proponente verrà inviata, da parte dell'IC o suo sostituto, la modulistica necessaria (MAC/01 RR) per la proposta di ricovero, detta documentazione dovrà essere restituita debitamente compilata a mezzo fax o e-mail.

La modulistica suddetta (MAC 01 RR) deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- 1) i dati del paziente (nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza, struttura richiedente il ricovero e suoi recapiti telefonici),
- 2) i dati clinico-anamnestici:
 - a) anamnesi patologica (comorbidità preesistenti all'evento acuto che ha determinato il ricovero)
 - b) causa del ricovero
 - c) complicanze ed eventi avversi verificatisi durante il ricovero
- 3) condizioni clinico-assistenziali al momento della richiesta di ricovero (autonomia respiratoria, presenza o meno di tracheostomia e dipendenza da ventilazione meccanica; funzioni di coscienza, stato psichico, ritmo sonno-veglia; dipendenza nell'igiene, alimentazione, mobilità, eliminazione, comunicazione; funzioni respiratorie; necessità di monitoraggio, terapia praticata e via di somministrazione, situazione socio-assistenziale; funzionalità cardio-circolatoria e vie d'accesso vascolari, funzionalità renale e presenza di catetere vescicale, modalità di alimentazione e vie d'accesso enterali, complicanze infettive ed antibiotico terapia effettuata ed in corso, lesioni da pressione).
- 4) Referti e dati recenti:
 - a) EGA in aria ambiente
 - b) ECG
 - c) Esami Ematochimici
 - d) Rx torace

<p>Struttura Organizzativa Riabilitazione Respiratoria</p>	<p>Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”</p>	<p>Cod. O.05.02.RR Rev. 00 del 27.07.2007</p>
---	---	---

4.2 Congruità della richiesta di ricovero e gestione del registro di prenotazione

Il RSO o suo delegato stabilirà, entro 24h dal ricevimento della documentazione clinica specificata al punto 4.1.1, la congruità della richiesta al ricovero, l'esistenza delle condizioni cliniche che richiedano l'inserimento del paziente nella lista di attesa per ricovero presso l'area ventilazione assistita e/o degenza riabilitativa ordinaria, e l'assenza di condizioni di inappropriatazza al ricovero.

1) Criteri di congruità al ricovero:

- (1) pazienti clinicamente stabili in ventilazione meccanica invasiva o noninvasiva con indicazione a svezzamento o trattamento cronico
- (2) pazienti che richiedano intervento di riabilitazione respiratoria intensiva per patologia respiratoria cronica

2) Condizioni di inappropriatazza al ricovero, per instabilità clinica:

- (1) IMA complicato con PM temporaneo, angina, instabilità emodinamica, edema polmonare clinicamente rilevante o aritmie ventricolari complesse
- (2) pazienti che richiedono carichi assistenziali pesanti e tempi assistenziali compresi tra 12 e 24 ore/die
- (3) pazienti con insufficienza respiratoria acuta intubati da meno di 7gg o a rischio di imminente intubazione
- (4) pazienti con necessità di monitoraggio emodinamico invasivo con cateterismo dell'arteria polmonare o dell'atrio sinistro oppure della pressione intracranica o che necessitano di uso di vasopressori
- (5) stato epilettico
- (6) Gravi cerebrolesioni acquisite con compromissione severa delle funzioni superiori
- (7) pazienti affetti da patologie terminali in cui sono state sospese o interrotte terapie aggressive e destinati alle sole terapie palliative

I dati anagrafici e clinici riassuntivi del paziente vengono poi trascritti dall'IC su apposito registro di lista d'attesa, separato per l'area ventilazione assistita (MAC/02B RR) e per l'area degenza riabilitativa ordinaria (MAC/02A RR).

Il medico proponente, l'utente o Suo delegato potranno chiedere notizie sulla prenotazione e sui tempi d'attesa, anche telefonicamente, rivolgendosi al responsabile della Struttura o all'Infermiere Coordinatore.

Le informazioni verranno fornite nel rispetto dei requisiti normativi previsti dalla Legge 196/03 sulla tutela della privacy.

<p>Struttura Organizzativa Riabilitazione Respiratoria</p>	<p>Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”</p>	<p>Cod. O.05.02.RR Rev. 00 del 27.07.2007</p>
---	---	---

4.3 Criteri di priorità al ricovero

I criteri che orientano le modalità di gestione del Registro delle prenotazioni sono:

- 1) Necessità di intervento di riabilitazione respiratoria definita in termini di indicazioni, appropriatezza e congruità sulla base delle Linee Guida nazionali ed internazionali.
- 2) Grado di disabilità residua, con priorità per gli utenti più gravi.
- 3) Priorità per gli utenti che necessitano di intervento riabilitativo in tempi codificati (persone provenienti da Unità di Terapia Intensiva, persone sottoposte a trapianto di polmone o cuore-polmoni provenienti da Divisioni di Cardiocirurgia o Chirurgia Toracica oppure provenienti da Divisioni di Chirurgia Toracica sottoposti ad interventi di resezione polmonare).

4.4 Accoglienza

L'accoglienza di un nuovo utente rappresenta il momento di inizio del percorso di conoscenza e di reciproca collaborazione essenziali per l'intero percorso riabilitativo.

Richiede attenzione, sensibilità ed impegno da parte di tutto il personale coinvolto, per facilitare l'inserimento e la partecipazione del nuovo utente nella realtà sociale ed alle molteplici attività della Struttura. L'obiettivo sarà quello di Assicurare ad utenti e familiari un primo contatto rassicurante e corretto, facilitare la comprensione dell'organizzazione della struttura ed accelerarne l'inserimento dell'utente.

Rendere ordinata la procedura, distribuendo le competenze per evitare dimenticanze e sovrapposizioni.

L'accoglienza è curata da:

- Infermiere coordinatore
- Infermiere
- Medico di Guardia

L'ingresso dei nuovi ospiti è auspicabile che avvenga in un momento della giornata in cui è possibile dedicare alla procedura un tempo sufficiente, evitando all'ospite ed ai suoi familiari inutili attese. Chi accoglie l'utente (in genere il Capo Sala o l'infermiere di turno) , illustra con chiarezza la logistica della struttura. Provvede a consegnare il Foglio di Accoglienza e successivamente lo accompagna nell'unità di degenza assegnatagli. Provvederà inoltre a sistemare gli indumenti personali ed a far conoscere all'ospite il nuovo ambiente aiutandolo a prendere confidenza con la nuova realtà.

Successivamente a queste operazioni l'operatore si offre di accompagnare l'utente in una visita di orientamento nella struttura.

Viene accertato il livello di autonomia e competenza ai fini dell'assistenza infermieristica da fornire, usando intervista ed esame obiettivo. Le attese e le necessità vengono indagate e registrate.

Il medico di turno visita l'utente e compila la cartella clinica fornendo in questo modo le informazioni cliniche necessarie per la gestione dell'ospite, prescrive le terapie mediche e fisiche, gli esami di routine ed eventuali esami strumentali e visite specialistiche che ritiene necessari. Il medico provvede a far sottoscrivere al paziente il Consenso Informato.

<p>Struttura Organizzativa Riabilitazione Respiratoria</p>	<p>Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”</p>	<p>Cod. O.05.02.RR Rev. 00 del 27.07.2007</p>
---	---	---

L'infermiere è coinvolto durante la visita medica e parteciperà alla prima valutazione.

4.5 Gestione Ricovero

Il ricovero dovrà essere documentato attraverso a mezzo di scheda informatizzata con il software fornito dalla ASL 5

4.5.1 Definizione Programma Terapeutico-Riabilitativo

L'intervento riabilitativo è strutturato per rispondere ai problemi ed alle necessità del singolo paziente ed è disegnato in modo personalizzato da un team composto da diverse figure professionali secondo una metodica di approccio interdisciplinare. Sulla base di questi concetti, nel 1999 l'American Thoracic Society ha definito la riabilitazione respiratoria come *“un programma multidisciplinare di trattamento del paziente con impairment respiratorio cronico, che viene tagliato e disegnato in modo individualizzato per ottimizzare la performance fisica e sociale del paziente”*.

Obiettivi principali del trattamento riabilitativo sono la riduzione dei sintomi, in particolare della dispnea, la diminuzione della disabilità, una maggiore partecipazione alle attività fisiche e sociali, il miglioramento della qualità globale di vita, anche in presenza di irreversibili alterazioni morfo-strutturali d'organo.

4.5.2 Gestione Programma

Questi obiettivi sono raggiunti attraverso molteplici processi che comprendono il riallenamento all'esercizio fisico, interventi educazionali sul paziente e sulla sua famiglia, interventi psicosociali e comportamentali, ottimizzazione del trattamento farmacologico, valutazioni clinico-funzionali di accesso e di outcome.

I benefici attesi dal trattamento sono nella gran parte dei casi realizzabili anche in fasi molto avanzate di malattia: nonostante gli indici funzionali generalmente utilizzati per quantificare il grado di ostruzione delle vie aeree e/o di iperinflazione polmonare non subiscano variazioni apprezzabili nel corso di un trattamento riabilitativo, si può ugualmente conseguire un miglioramento significativo della funzione respiratoria, in particolar modo dello scambio gassoso e dei valori dei gas ematici; una parte non trascurabile della disabilità non è peraltro determinata dalla malattia respiratoria di per se ma dalle sue conseguenze funzionali e da patologie associate o da essa indotte: il recupero del decondizionamento muscolare ed il miglior coordinamento dei diversi elementi che concorrono all'attività della pompa ventilatoria, hanno come risultato la possibilità per il paziente di camminare più speditamente e con un minor grado di dispnea, così come una aumentata capacità di far fronte autonomamente ad attività fisiche più o meno gravose (cura della persona, attività domestiche, attività lavorativa etc).

I dati sin qui riportati in letteratura sembrano indicare una aumentata sopravvivenza dei pazienti che utilizzano programmi strutturati di riabilitazione, anche se la significatività statistica è in genere debole ed il disegno dei pochi studi controllati disponibili presenta problemi metodologici non trascurabili. Dati più consistenti ed omogenei confermano, per contro, una significativa riduzione dei giorni di ospedalizzazione in strutture per acuti, del numero di accessi ai servizi di emergenza e dei relativi costi per ospedalizzazioni.

La riabilitazione per il paziente affetto da patologia respiratoria cronica sembra quindi rappresentare un modello di trattamento estremamente valido ed attuale, consentendo di puntare al raggiungimento di due ordini di risultati in genere assai difficili da ottenere

Struttura Organizzativa Riabilitazione Respiratoria	Istruzione Operativa “Modalità di accesso al ricovero ordinario”	Cod. O.05.02.RR Rev. 00 del 27.07.2007
--	---	---

insieme: da una parte il miglioramento del grado di disabilità e della qualità di vita del paziente e, dall'altra, un contenimento dei costi socio-sanitari determinati dalla malattia

4.6 Dimissione

Il Medico di reparto concorda con il Responsabile di struttura la dimissione del paziente e definisce il percorso assistenziale individuale.

Sono individuati i seguenti percorsi:

1. Invio al MMG con lettera di dimissione secondo le modalità descritte nella P.G. 1.28.AA : “Modalità di compilazione, conservazione ed archiviazione dei documenti comprovanti attività sanitaria” che deve contenere:

Nome e cognome del paziente

Data di dimissione

Diagnosi di dimissione

Sintesi delle indagini effettuate

Prescrizione terapia domiciliare

Prescrizione di eventualie prosecuzione di trattamento ambulatoriale

2. Trasferimento presso altre UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Volterra:

Il trasferimento viene concordato con il responsabile della U.O. in cui viene trasferito il paziente o con il medico di guardia nella struttura.

3 Trasferimento presso altra Strutture Organizzative della AVV

Il trasferimento viene concordato con il responsabile della U.O. in cui viene trasferito il paziente o con il medico di guardia nella struttura.

4. Trasferimento presso altri Presidi Ospedalieri:

Il trasferimento viene concordato con i medici dell' U.O. in cui viene trasferito il paziente.

Il medico di corsia redige la relazione clinica ed invia copia degli esami già eseguiti.

Il paziente può essere trasferito con:

- o ambulanza ordinaria utilizzando il Modello Unico Richiesta Trasporti (allegato n°4) tramite fax .
- o ambulanza con medico a bordo (In tal caso il medico di corsia contatta la Centrale del 118 ed invia la richiesta (allegato 5) tramite fax .