

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 26 **del mese di** Luglio
dell' anno 2010 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Saliera Simonetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Bortolazzi Donatella	Assessore
5) Freda Sabrina	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Lusenti Carlo	Assessore
8) Marzocchi Teresa	Assessore
9) Melucci Maurizio	Assessore
10) Mezzetti Massimo	Assessore
11) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
12) Rabboni Tiberio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE DI GERIATRIA OSPEDALIERA
PER ACUTI

Cod.documento GPG/2010/829

Num. Reg. Proposta: GPG/2010/829

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamata la legge regionale n. 34 del 12 ottobre 1998, recante "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, in attuazione del DPR 14 gennaio 1997" e successive modificazioni, e richiamato in particolare l'art. 8, che demanda alla Giunta regionale, sentita la competente Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali, il compito di determinare i requisiti ulteriori per l'accreditamento di cui al comma 4 dell'art. 2 del DPR 14 gennaio 1997, uniformi per le strutture pubbliche e private, con riferimento alle funzioni sanitarie individuate dalla programmazione regionale per garantire i livelli di assistenza sanitaria previsti dal Piano Sanitario Nazionale;

Considerato:

- che con propria deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, recante "Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti" si è provveduto, al punto 2.6 del dispositivo ad approvare l'allegato n.3, nel quale sono definiti, ai sensi di quanto disposto dal comma 1 dell'art. 8 della sopracitata legge regionale, requisiti generali e specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie e dei professionisti dell'Emilia-Romagna;

- che con il richiamato provvedimento, si è previsto, altresì, al punto 2.9 del dispositivo come compito della l'Agenzia sanitaria regionale, la predisposizione delle proposte per l'integrazione ed il periodico aggiornamento dei requisiti per l'accreditamento;

Preso atto che l'Agenzia sanitaria regionale, in esecuzione di quanto disposto al punto 2.9 della citata deliberazione 327/04, ha elaborato il documento allegato al presente atto, che definisce i requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Geriatria ospedaliera per acuti;

Dato atto della necessità di integrare la propria delibera n. 327/04 con i requisiti specifici per

l'accreditamento delle Strutture di Geriatria ospedaliera per acuti;

Dato atto del parere allegato;

Acquisito il parere della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali espresso nella seduta del 20 luglio 2010;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

Delibera

1) di approvare, ad integrazione dell'allegato n.3 della deliberazione n. 327 del 23 febbraio 2004, i requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Geriatria ospedaliera per acuti, come definite nell' Allegato n.1 quale parte integrante del presente provvedimento;

2) di pubblicare il presente provvedimento ed il relativo allegato nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

**Requisiti specifici per l'accreditamento
delle
Strutture di Geriatria ospedaliera per acuti**

Ottobre 2009

N.B. E' auspicabile una revisione dei requisiti contenuti nel presente documento entro due anni

Per quel che riguarda la dotazione di personale individuata nelle varie articolazioni in cui si configura il servizio, questa deve essere rapportata ad una lettura complessiva delle dotazioni e dell'organizzazione della struttura oggetto dell'applicazione dei requisiti.

Premessa

La Geriatria è competente nella presa in carico del paziente anziano complesso, con patologia acuta post acuta o cronica riacutizzata. Ciò può avvenire in diversi setting (reparto per acuti, post acuti, rete dei servizi).

La cura dell'anziano guidata dall'applicazione esperta della valutazione multidimensionale (VMD) riduce la mortalità, previene lo sviluppo di disabilità od il suo aggravamento dopo un evento acuto, riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale ed i costi economici e sociali, migliora le condizioni psico-fisiche ed aumenta il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari (SIGG - SIGOs).

La flessibilità funzionale che trova nel team una cultura ed expertise polivalente tali da rendere possibile la presa in carico di pazienti che potrebbero afferire ad altre discipline ma che diventano di competenza della geriatria per l'età anagrafica e/o biologica, multimorbilità, complessità e per il rischio di disabilità.

Le malattie acute e croniche impongono alla popolazione anziana, alle famiglie e alla società, un peso elevato in termini di salute, di economia, di tempo e di qualità della vita.

In un'ottica moderna, che fa della prevenzione il cardine della tutela della salute, la geriatria si trova ad avere molti punti di contatto con campi di applicazione propri della sociologia e della psicologia sociale.

Il presente documento definisce i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti ai fini dell'accreditamento istituzionale per le strutture ospedaliere di Geriatria per acuti.

MISSION

La struttura ospedaliera di Geriatria per acuti ha come obiettivo principale la risoluzione della patologia acuta coniugata al mantenimento del più alto livello possibile di salute, autosufficienza e qualità di vita del soggetto anziano, nel rispetto delle sue specificità fisiologiche, patologiche ed ambientali. Si avvale di un processo di Valutazione Multi Dimensionale (VMD) geriatrica, dal quale scaturisce un piano individuale di assistenza, finalizzato al mantenimento e/o al recupero delle autonomie. Agisce in stretta collaborazione con le strutture di interfaccia ed è fortemente integrata con la rete dei servizi territoriali.

La presa in carico del paziente geriatrico va oltre la problematica clinica che lo ha portato all'ospedalizzazione: il "fatto" acuto non deve assorbire tutte le risorse del team assistenziale che deve operare per prevenire l'instaurarsi di complicanze croniche e di disabilità.

Acronimi

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

CP: Casa Protetta

MMG: Medico di Medicina Generale

MMSE: Mini Mental State Examination

OSS: Operatore Socio Sanitario

PAI: Piano Assistenziale individualizzato

RSA: Residenza Sanitaria Assistita

UGA: Unità Geriatria Acuti

UVGO: Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera

UVGT: Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale

VMD: Valutazione Multi Dimensionale

Area di Degenza

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente, devono essere previsti i seguenti requisiti

A) REQUISITI STRUTTURALI

L'UGA è un reparto ospedaliero per acuti che deve rispondere alle vigenti disposizioni di legge in materia di strutture di ricovero per portatori di handicap. Caratteristiche architettoniche peculiari, da ritenersi indispensabili, sono:

- Oltre all'assenza di barriere, accorgimenti che favoriscano la sicurezza e prevenano le cadute: la presenza di sostegni e corrimano;
- accorgimenti che favoriscano l'orientamento spazio-temporale: la luminosità ambientale, i percorsi a colori diversificati, gli arredi e le attrezzature (calendari, orologi, cartelli segnaletici, ecc.);
- la disponibilità di spazi per attività di socializzazione tra degenti e familiari, la cui presenza attiva è strutturale al reparto, ed alla consumazione di pasti;
- la disponibilità di spazi dedicati ad attività riabilitative;

i locali debbono presentare caratteristiche di comfort e silenziosità e sono ben aerati.

Ogni camera di degenza è *provvista di non più di 4 posti letto*; consente la collocazione di almeno una poltrona per letto per le alzate e lo spazio disponibile permette la movimentazione di letti, barelle ed ausili. Il numero dei letti, per camera, deve pertanto essere realisticamente correlato allo spazio disponibile.

(Il 100% dei posti letto è situato in camera di degenza con servizi igienici riservati ed attrezzati per l'uso da parte dei disabili, in carenza deve esistere un piano di adeguamento e sono adottate procedure assistenziali che favoriscono il mantenimento della continenza).

- In caso di necessità, sono identificate almeno due camere utilizzabili per un singolo paziente quando clinicamente necessario, ad esempio: pazienti critici, pazienti con disturbi del comportamento o con necessità di isolamento.
- Il reparto è dotato di:
 - un locale per visita e medicazioni dotato di lavabo con rubinetteria non manuale (a gomito, a pedale o elettronico);
 - un locale utilizzabile anche per colloquio con i familiari;
 - un locale di lavoro per medici;
 - un locale di lavoro per il personale di assistenza diretta, in ogni piano di degenza;
 - un locale di lavoro per coordinatore infermieristico;
 - un locale per deposito attrezzature;
 - un locale/spazio per il deposito del materiale pulito;
 - una cucina di reparto con annesso spazio per sosta carrelli di distribuzione vitto;
 - un locale, presente in ogni piano di degenza, per il materiale sporco dotato di vuotatoio e lavapadelle o triturapadelle;
 - spazio/armadio per deposito di attrezzature di igiene ambientale;
 - servizi igienici per il personale;
 - disponibilità di servizi igienici per i visitatori (anche fuori dal reparto);

- spazio attesa visitatori;
- un locale per soggiorno;
- almeno un bagno assistito per piano di degenze anche in condivisione con altre strutture.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Gli ambienti di degenza e di visita hanno un impianto di climatizzazione.

Deve essere garantita la presenza di tutti gli ausili diretti alla garanzia di sicurezza (es.: prevenzione delle cadute) ed alla promozione della maggiore indipendenza possibile della persona anziana;

- Ausili per la deambulazione e almeno 1 deambulatore ogni 5 posti letto
- Carrozzine, disponibili almeno 1 ogni 5 Posti Letto
- Televisore, frigorifero, telefono mobile

Sono disponibili le seguenti attrezzature:

- un carrello per la gestione dell'emergenza completo di cardiomonitor con defibrillatore e unità di ventilazione manuale per piano;
- un carrello per la gestione della terapia, almeno uno per piano;
- un carrello per la gestione delle medicazioni, con eventuale strumentario chirurgico;
- almeno 1 monitor multifunzione per il monitoraggio cardio-respiratorio ogni 15 posti letto;
- disponibilità costante di almeno 1 elettrocardiografo per reparto;
- disponibilità di pompe per la terapia infusiva, almeno per il 20% dei pazienti
- disponibilità di pompe dedicate per l'alimentazione enterale, almeno per il 20% dei pazienti;
- almeno 1 apparecchio CPAP per reparto anche in disponibilità;
- erogatore di ossigenoterapia e impianto per il vuoto ogni posto letto;
- attrezzature dedicate al paziente geriatrico per la funzione ambulatoriale: ad es. lettino di visita ad altezza variabile, arredi per disabili, etc.;
- materassi ed altri presidi antidecubito per ogni paziente che ne necessiti;
- i letti di degenza devono essere ad altezza regolabile e presentare due snodi, sponde attrezzate e triangolo;
- sollevatori nella misura di 1 ogni 15 posti letto, di cui almeno uno con bilancia e sedia;
- Sono presenti tecnologie accessorie per il controllo ambientale (ad es. telecamere, ponti radio di controllo delle uscite, altri sistemi di allarme acustici e/o visivi, etc.)
- E' disponibile un sistema di targeting per il wandering del paziente (ad es. braccialetto identificativo, codici a barra)

(nota : il controllo è necessario per i pazienti critici e/o con delirio)

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

L'accesso alle strutture di Geriatria è regolato da un protocollo condiviso con i punti di invio (PS) che definisca almeno:

- cut-off di età (di norma superiore a 75 anni)
- criteri di autosufficienza pre-ricovero
- criteri di polipatologia e polifarmacologia
- criteri della continuità assistenziale (in caso di re-ricovero: privilegiare il rientro nella geriatria se da questa precedentemente dimesso).

Le caratteristiche cliniche e funzionali dei pazienti geriatrici sono tali per cui si rende indispensabile elevare ai massimi livelli di attenzione la prevenzione delle complicanze legate alla ospedalizzazione.

Devono essere disponibili protocolli per le principali patologie trattate e in particolare per scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e stroke, inoltre devono essere definite modalità strutturate, procedure/protocolli e standard di prodotto per:

- Processo di presa in carico.
- Nutrizione e idratazione in particolare la nutrizione artificiale enterale e parenterale e la valutazione dell'equilibrio idro-elettrolitico,
- Monitoraggio delle infezioni sanitarie: in particolare le Infezioni Vie Urinarie e Polmonari.
- Disturbi comportamentali: depressione, agitazione psicomotoria, delirium, disorientamento spazio-temporale, wandering e contenzione.
- Rischio di cadute.
- Mobilitazione e prevenzione delle complicanze da immobilità. In particolare:
 - monitoraggio delle lesioni da pressione
 - monitoraggio dell'uso dei presidi per la prevenzione della immobilizzazione.
 - monitoraggio Trombosi Venosa Profonda.
- Percorsi di dimissione protetta.
- Consulenze (PS, altri reparti/strutture)
- Presa in carico del paziente con frattura di femore

Le procedure clinico organizzative, devono riferirsi, laddove esistenti alle indicazioni regionali e alle evidenze scientifiche.

Deve essere previsto, per ogni singola indagine o procedura diagnostica non eseguibile al letto del paziente, uno specifico percorso di accompagnamento e di presa in carico da parte del personale di assistenza al fine di ridurre incidenti o ritardi.

Tale percorso deve prevedere obbligatoriamente l'accompagnamento di pazienti con gravi disturbi cognitivi, disturbi del comportamento, instabilità clinica, gravi disabilità fisiche e rischio di complicanze legate alla prolungata attesa in barella.

Dotazione di Personale

Requisito minimo per la sicurezza è la presenza ogni 25 pl (Indice di Occupazione $\geq 85\%$) di 4 operatori dedicati (di cui almeno 2 infermieri) in orario diurno e di 3 operatori (di cui almeno 2 infermieri) in orario notturno. Per moduli di dimensioni superiori (fino a 40 pl) si aggiunge al requisito minimo di sicurezza 1 infermiere in orario diurno ed 1 OSS in orario notturno.

Nel presente documento la dicitura “operatore” intende riferirsi alla qualifica di OSS. Il personale medico geriatra deve essere presente in reparto per l’attività ordinaria dei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20 (sabato 8-13); il rimanente orario è ricoperto dal servizio di guardia.

Ogni reparto dovrà individuare le necessità e la distribuzione del personale ulteriore in riferimento al proprio piano delle attività che tenga conto di: progetti speciali, indice di occupazione, case mix e relativo carico assistenziale, necessità di dimissione protetta, case management, funzioni di educazione e addestramento.

Requisiti Minimi di Attività

La degenza media di un reparto di geriatria per acuti è $\leq$ a 12 giornate

Modulo Ambulatorio

A) REQUISITI STRUTTURALI

L'Ambulatorio Geriatrico deve essere facilmente raggiungibile da parte dell'utente che vi accede, in assenza di barriere architettoniche.

Devono essere presenti indicazioni facilitate che guidino l'utente sul percorso da effettuare per raggiungere l'ambulatorio.

La porta di accesso deve consentire il passaggio agevole di una barella o di una carrozzina.

La superficie del locale adibito ad ambulatorio deve consentire la mobilitazione di pazienti in carrozzina, o che impiegano deambulatori o altri ausili per la deambulazione e l'effettuazione dei test funzionali. Per questi ultimi possono essere utilizzati anche ambienti contigui.

Vi devono essere spazi ed armadi per deposito materiale d'uso ed archiviazione cartacea.

L'ambulatorio deve presentare un grado di isolamento acustico tale da rispettare la privacy (in considerazione della frequenza di ipoacusia dei pazienti e della necessità di somministrare scale di valutazione)

Servizi igienici per pazienti e accompagnatori, compresi i servizi igienici attrezzati per portatori di handicap, devono essere nelle vicinanze dell'Ambulatorio.

Servizi igienici per il personale: anche in comune con altre strutture

La sala d'attesa deve essere adeguata, in termini di spazi e di arredi, alla tipologia degli utenti anche non autosufficienti.

Devono essere disponibili ausili per la mobilitazione in caso di necessità (anche in comune con altri ambulatori)

I locali devono essere climatizzati.

B) REQUISITI TECNOLOGICI

Il lettino deve essere ad altezza regolabile e con larghezza minima non inferiore a cm 85.

Disponibilità del Carrello per l'emergenza anche in condivisione con altre strutture.

Disponibilità del Saturimetro anche in condivisione con altre strutture.

Disponibilità dell'elettrocardiografo anche in condivisione con altre strutture.

Materiale per valutazioni funzionali e cognitive.

Bilancia pesapersone con misuratore di altezza.

C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Deve essere prevista una modalità di chiamata del personale per eventuali urgenze.

Deve essere prevista una modalità informativa facilitata sulle attività ambulatoriali e sulle modalità di erogazione delle stesse.

Deve essere prevista una modalità facilitata per l'espletamento delle procedure amministrative.

Deve essere prevista una modalità facilitata per la prenotazione degli accertamenti riferibili al percorso clinico individuato.

Dotazione di personale

Per l'espletamento della attività è prevista la presenza di:

- 1 medico (in possesso della specialità in geriatria ovvero con esperienza pluriennale (5 anni) nell'ambito della disciplina);
- 1 personale di supporto: qualifica minima operatore sociosanitario;

Acquisizione servizi

Devono esistere procedure per la gestione delle consulenze che prevedono preferenzialmente lo spostamento del professionista piuttosto che del paziente.

Le Unità Operative di Geriatria si interfacciano attraverso rapporti funzionali con numerosi servizi a valenza diagnostica, a supporto clinico-assistenziale e organizzativo.

I servizi diagnostici irrinunciabili sono:

1. **Laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia**
2. **Radiologia**
3. **Ecografia**
4. **Diagnostica vascolare**
5. **Medicina nucleare**
6. **Endoscopia digestiva**
7. **Endoscopia respiratoria**
8. **Anatomia, istologica e citologica**

1. **Laboratorio di Analisi Chimico - cliniche e Laboratorio di Microbiologia**

Devono essere concordati protocolli di accesso alle prestazioni nelle situazioni **ordinarie**, di **urgenza** e di **reperibilità**.

Tali protocolli devono indicare i punti e le modalità di accettazione e smistamento, i tempi di refertazione, nonché la modalità di approvvigionamento del materiale dedicato alla raccolta e al trasporto dei campioni da esaminare.

Devono esistere istruzioni operative per attribuire correttamente all'indagine: strumenti e modalità di raccolta, conservazione e modalità di invio.

Ai fini della agevolazione operativa, della appropriatezza e della efficienza deve essere attuabile un percorso semplificato per la richiesta della "routine" dedicata all' U.O. di geriatria che preveda anche gli orari di espletamento delle attività.

I profili diagnostici adottati devono essere sottoposti ai riscontri periodici per modifiche o conferma.

2. **Radiologia**
3. **Ecografia**

L'U.O. di Geriatria deve potersi avvalere del servizio di radiologia ed ecografia h 24, 7 giorni su 7.

Devono esistere protocolli concordati con i servizi di riferimento sulle modalità di accesso ordinarie, in urgenza e in emergenza.

Il protocollo di cui sopra deve contenere indicazioni per il follow up di pazienti con dimissione protetta.

4. Diagnostica vascolare non invasiva

Devono esistere protocolli concordati con il servizio di riferimento sulle modalità di accesso ordinarie, in urgenza e in emergenza.

Il protocollo di cui sopra deve contenere indicazioni per il follow up di pazienti con dimissione protetta.

5. Medicina nucleare

Devono esistere protocolli concordati con il servizio di riferimento sulle modalità di accesso ordinarie, in urgenza e in emergenza.

Il protocollo di cui sopra deve contenere indicazioni per il follow up di pazienti con dimissione protetta.

6. Endoscopia digestiva

Devono esistere protocolli concordati con il servizio di riferimento sulle modalità di accesso ordinarie, in urgenza e in emergenza.

Il protocollo di cui sopra deve contenere indicazioni per il follow up di pazienti con dimissione protetta.

7. Endoscopia respiratoria

Devono esistere protocolli concordati con il servizio di riferimento sulle modalità di accesso ordinarie, in urgenza e in emergenza.

Il protocollo di cui sopra deve contenere indicazioni per il follow up di pazienti con dimissione protetta.

8. Anatomia, Istologia e Citologia patologica

Deve essere identificata la struttura di riferimento

Devono esistere protocolli concordati con il servizio di riferimento che definisca modalità di raccolta dei campioni citologici, modalità di conservazione e di invio degli stessi, tempi di attesa per la refertazione urgente e per le attività di elezione, modalità di accesso alla banca dati.

Devono essere identificate le interfacce con la Sala Operatoria e i Servizi di endoscopia per l'invio degli esami istologici qualora si renda necessario.

I servizi a supporto clinico-assistenziale sono:

- 1. Servizio di Riabilitazione e rieducazione funzionale**
- 2. Servizio di Anestesia e Rianimazione**
- 3. Servizi per il posizionamento di CVC e altri sistemi impiantabili**
- 4. Dipartimento Cure Primarie, protesica e Distretti**
- 5. Centro trasfusionale**

- 6. Servizio Dietetico**
- 7. Ortopedia**
- 8. Chirurgia**
- 9. Urologia**
- 10. Neurologia**
- 11. Cardiologia**
- 12. U.V.G.T.–U.V.G.O.**
- 13. CP-R.S.A.**
- 14. ADI**
- 15. Post acuzie**

1. Servizio di Riabilitazione e rieducazione funzionale

Per l'U.O. di Geriatria il servizio di RRF riveste un'importanza strategica. Deve esistere un protocollo per la attivazione consulenza dei servizi di RRF. I percorsi di riabilitazione sono condivisi e contestualizzati nel più ampio progetto di riattivazione geriatrica.

2. Servizio di Anestesia e Rianimazione

Devono essere codificati con i servizi competenti i protocolli di richiesta di intervento routinario e d'urgenza.

3. Posizionamento di CVC o altri sistemi impiantabili di infusione a lunga durata

Devono essere codificati con i servizi competenti i protocolli di richiesta di intervento routinario e d'urgenza, in particolare il protocollo deve prevedere le modalità per il posizionamento di CVC e di sistemi impiantabili a lunga durata, la rintracciabilità del presidio utilizzato e le modalità di verbalizzazione e controllo dell'intervento.

Il protocollo deve prevedere un percorso “facilitato” di accesso per la sostituzione del presidio dopo la dimissione protetta dalla U.O. di Geriatria.

4. Dipartimento Cure Primarie/Distretti e Protesica.

Deve essere disponibile una procedura concordata con il dipartimento Cure Primarie che consenta l'attivazione della rete dei servizi territoriali per la popolazione anziana finalizzata a garantire la continuità assistenziale.

Tale procedura deve prevedere le modalità di acquisizione di attrezzature e presidi di aiuto e supporto alla assistenza, contestualmente alla dimissione.

5. Centro immuno – trasfusionale

Deve essere disponibile una Procedura Aziendale che definisca il percorso per l'accesso alla acquisizione del sangue e degli emoderivati.

6. Servizio Dietetico

L'U.O. di Geriatria deve poter disporre di un servizio di dietoterapia, strutturato o esterno. Deve essere evidente la modalità di acquisizione della consulenza e il percorso di trasferimento della richiesta al servizio dietetico.

7. Ortopedia

Si deve poter disporre all'interno della struttura o a livello extra-aziendale, di competenze di natura ortopedica accessibili secondo procedure concordate, sia in condizioni di elezione che in urgenza/emergenza.

8. Chirurgia

Si deve poter disporre all'interno della struttura in cui opera, o a livello extra - aziendale di competenze di natura chirurgica accessibili secondo procedure concordate, sia in condizioni di elezione che in urgenza/emergenza.

9. Urologia

Si deve poter disporre all'interno della struttura in cui opera, o a livello extra - aziendale di competenze di natura urologica accessibili secondo procedure concordate, sia in condizioni di elezione che in urgenza/emergenza.

10. Neurologia

Si deve poter disporre all'interno della struttura in cui si opera, o a livello extra - aziendale di competenze di natura neurologica accessibili secondo procedure concordate.(1° e 2° livello)

11. Cardiologia

Si deve poter disporre all'interno della struttura in cui opera, o a livello extra - aziendale di competenze di natura cardiologica accessibili secondo procedure concordate, sia in condizioni di elezione che in urgenza/emergenza. (1° e 2° livello)

12. U.V.G.T.–U.V.G.O.

Deve essere disponibile una procedura concordata circa la modalità di attivazione del servizio che preveda la valutazione da parte dell'UVG entro 3 giorni feriali dalla segnalazione e la formalizzazione del P.A.I. da parte dei servizi territoriali entro 3 giorni dall'avvenuta valutazione. Tale procedura deve esplicitare le evidenze dell'avvenuta visita di valutazione e delle decisioni assunte all'interno del P.A.I.

13. CP/RSA

Deve essere disponibile una procedura concordata che declini le modalità di selezione clinico – assistenziale dei pazienti proposti e le responsabilità inerenti il trasferimento del paziente nelle diverse tipologie socio-assistenziali. In particolare deve prevedere le modalità di comunicazione della disponibilità del posto letto alla famiglia (attivazione del contratto) e al Reparto ospedaliero che deve organizzare la dimissione.

14. ADI

Il Reparto di geriatria che dimette deve individuare i criteri di eleggibilità dei soggetti che potrebbero essere candidati all'ADI, tale valutazione deve essere effettuata nei primi giorni di ricovero.

Deve essere disponibile una procedura concordata che declini la modalità ed i tempi di attivazione del servizio e che descriva il percorso di affidamento, di presa in carico e la condizione del progetto. Il percorso deve intendersi condiviso con il MMG, quale responsabile clinico del caso, con la famiglia (caregiver) e con il team assistenziale dell'ADI.

15. POST ACUZIE

Il Reparto di geriatria che trasferisce deve individuare i criteri di eleggibilità dei soggetti che potrebbero essere candidati alla Lungodegenza; la valutazione deve essere effettuata nei primi giorni di degenza e aggiornata quando necessario. Deve essere disponibile una procedura concordata, con la struttura di lungodegenza di riferimento, che declini la modalità di accesso, la tempistica di valutazione e di accoglimento in post acuzie. Deve essere periodicamente verificata la tempistica di accoglimento.

Competence e formazione

Devono essere disponibili le competenze per

- **effettuare una valutazione globale dell'anziano**
- **adattare i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali**
- **effettuare studi pronostico/valutativi della dimissibilità**
- **esercitare il “counseling” e l’educazione/addestramento al paziente e/o alla famiglia e la necessità di descrivere i percorsi di affiancamento.**
- **esercitare la fase di presa in carico del paziente da parte del team clinico-assistenziale**

Competenza individuale

Devono essere documentati i percorsi di aggiornamento e formazione del personale sanitario, tecnico ed amministrativo.

Lo sviluppo e mantenimento delle competenze deve essere programmato secondo un piano di formazione che tenga conto dei criteri e dei requisiti della E.C.M. (per il personale del ruolo sanitario).

Per ogni operatore, in relazione ai livelli di complessità degli interventi, deve essere individuato uno dei seguenti livelli:

Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Il requisito minimo per ogni U.O. per l’accreditamento è rappresentato dalla presenza di almeno 80% in possesso dei livelli 3 e 4.

Le competenze di base del Personale Medico del reparto di geriatria per Acuti :

Ogni anno il responsabile della struttura valuta il livello di competenza del proprio personale in riferimento ai metodi e strumenti utilizzati nella struttura (es. capacità di lettura dei principali esami diagnostici, strumenti di Valutazione Multidimensionale,) e, sulla base dei bisogni formativi identificati, costruisce piani di aggiornamento individualizzati.

Per almeno il 60% è richiesto il possesso della specialità in geriatria ovvero comprovata esperienza pluriennale (5 anni) nell’ambito della disciplina (questa formazione di base e/o esperienza di base sono indispensabili per contribuire alla progettazione del piano assistenziale individuale oggetto del metodo di lavoro geriatrico).

Il personale infermieristico deve possedere le conoscenze sulle peculiarità del paziente Geriatrico, sulla valutazione multidimensionale e sul nursing Geriatrico. Al fine di assicurare tali conoscenze, deve essere effettuata una valutazione annuale delle competenze e deve essere stilato un piano di aggiornamento individuale e di equipe.

Formazione

Per i Responsabili di U.O. deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.

L'Educazione Continua in Medicina (ECM) in Geriatria deve essere programmata ed attuata in modo conforme a quanto previsto dalle normative nazionali e regionali vigenti.

Deve esistere evidenza della ricognizione periodica dei bisogni formativi, sia a livello del singolo operatore che della U.O. Tale rilevazione deve avere almeno cadenza annuale.

Deve esistere evidenza di un piano annuale della formazione, rivolto sia unitamente che separatamente al personale medico, infermieristico e di supporto

Il piano formativo deve essere coerente con l'acquisizione e/o l'aggiornamento delle competenze e conoscenze necessarie allo svolgimento delle attività specifiche della disciplina, sia per il personale medico, infermieristico o di supporto, per quanto riguarda gli aspetti attinenti al proprio ruolo.

Il piano di formazione annuale della equipe deve essere costituito per almeno il 60% da argomenti pertinenti alla specialità (vedi Allegato tecnico)

Qualificazione dei percorsi e servizi erogati
--

Sono stati identificati quali percorsi critici :

- 1) Accoglienza e presa in carico
- 2) Valutazione multidimensionale e definizione degli obiettivi
- 3) Formalizzazione al paziente ed ai principali “caregiver” degli obiettivi e del relativo piano assistenziale individuale finalizzato a raggiungere gli stessi
- 4) Prevenzione e Governo della Contenzione Fisica-Farmacologica
- 5) Prevenzione delle complicanze e della Disabilità (es.Valutazione del rischio e prevenzione delle sindromi da immobilizzazione e delle lesioni da pressione, Nursing Intensivo, mantenimento delle relazioni abituali con i caregiver, adeguato apporto nutrizionale)
- 6) Preparazione alla dimissione (dimissione protetta)

❖ **Accoglienza e presa in carico :**

1. Sono definiti i criteri d’Accesso all’Unità Operativa di Geriatria per Acuti sia per quanto concerne l’accesso da PS che per quanto concerne i trasferimenti dalle altre Unità Operative.
2. La cartella integrata medico infermieristica documenta la presa in carico complessiva.

❖ **Valutazione multidimensionale e definizione degli obiettivi:**

1. La cartella integrata prevede la possibilità di registrare le valutazioni sui seguenti domini: grado di acuzie, grado di autonomia, comorbidità, cognitività, affettività, rischio lesioni da decubito, rischio cadute, stato nutrizionale, rischio di delirium, risorse socio-assistenziali.
2. La valutazione multidimensionale è effettuata con strumenti validati a livello internazionale/indicazioni definite a livello regionale)
3. Il piano assistenziale individuale (PAI) è documentato in cartella

❖ **Formalizzazione al paziente ed ai principali “caregiver” degli obiettivi e del relativo piano assistenziale individuale finalizzato al raggiungimento degli stessi :**

1. Esiste documentazione dell’avvenuta identificazione del Caregiver di riferimento da parte del paziente o del suo tutore o dell’amministratore di sostegno.
2. Esiste documentazione della comunicazione al paziente e/o al principale caregiver degli obiettivi individuati per il paziente e del piano assistenziale individuale finalizzato al raggiungimento degli stessi.

❖ **Prevenzione e governo della contenzione fisico-farmacologica :**

1. Esistono indicazioni per la gestione ed il governo della contenzione fisica e farmacologica che contengono criteri di prescrizione, modalità di esecuzione, tempi di controllo e sorveglianza.
2. La prescrizione della contenzione e la sua presa d’atto sono documentate.

3. I caregiver ed i pazienti vengono sensibilizzati-informati all'atto dell'ingresso in UGA, attraverso documento scritto, sul rischio/beneficio dell'eventuale contenzione fisico-farmacologica nelle sue varie modalità.
4. Vi è evidenza che tutti gli operatori hanno effettuato formazione sulla problematica "contenzione".
5. Vi è evidenza di Audit effettuati su casi clinici che hanno richiesto l'utilizzo della contenzione.

❖ **Prevenzione delle complicanze e della disabilità:**

1. Esiste una politica di unità operativa per prevenire la sindrome da immobilizzazione e per favorire il mantenimento delle relazioni interpersonali abituali che prevede la predisposizione di materiale informativo, momenti di comunicazione con i caregiver e le regole del loro accesso e di quello del volontariato nei reparti.
2. Esiste evidenza di avvenuta valutazione da parte del personale di assistenza del grado di rischio per le lesioni da pressione. Esiste evidenza della predisposizione di adeguate misure di nursing in rapporto al rischio stesso.
3. Vi è evidenza che tutti gli operatori hanno effettuato formazione sulla problematica "Prevenzione della disabilità nel paziente anziano ospedalizzato"
4. Gli eventuali volontari devono avere effettuato formazione (corsi, incontri, materiale informativo) sulla prevenzione della disabilità nel paziente anziano ospedalizzato.

❖ **Preparazione alla dimissione (dimissione protetta) :**

1. Esiste documentazione dell'avvenuta analisi delle risorse socio assistenziali a disposizione del paziente effettuata durante la presa in carico al fine di garantire la continuità di cura all'atto della dimissione .
2. Esiste una organizzazione formalizzata (Strutturata o Funzionale) di Raccordo con la Rete territoriale dei Servizi per la popolazione anziana e con i Servizi Sociali territoriali.
3. E' formalizzata la presenza dell'Assistente Sociale nell'Equipe Multiprofessionale dell'UGA e/o esiste un Servizio Sociale Ospedaliero o Territoriale con cui è attivata una collaborazione formale .
4. Esiste documentazione della avvenuta pianificazione e preparazione della dimissione.

Indicatori								
DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Appropriatezza del ricovero	N° pazienti ricoverati di età maggiore di 75 sul n° totale dei pazienti ricoverati		Gli ultra settanta-cinquenni presentano un altro rischio di disabilità residue dopo eventi morbosi acuti necessitando di ricovero in ambiente geriatrico.	≥ 80%		SDO		
Appropriatezza del ricovero	N° pazienti ricoverati con ADL residue pre ricovero ≥ 4 sul totale dei ricoverati		Il ricovero appropriato contrasta l'insorgenza degli esiti invalidanti della patologia acuta che ha determinato il ricovero	≥ 50%		Cartella clinica		
Valutazione Globale del Bisogno Assistenziale	Nr° di dimissioni con valutazione globale dei bisogni /N° tot dei dimessi		Adeguatezza della presa in carico. Valutazione precoce della dimissibilità	90%		Cartella clinica Scheda di registrazione		

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Percorso di dimissione protetta ADI	Nr° di richieste di ADI/Nr° dei pazienti valutati		Valutazione della complessità dei bisogni assistenziali Valutazione del Case-Mix			Scheda di registrazione		
Percorso di dimissione protetta ADI	Nr° di proposte di attivazione di ADI entro i tempi concordati nella procedura / Nr° di proposte inviate di ADI		Indicatore di processo per l'adeguatezza della presa in carico e la continuità dell'assistenza.			Cartella clinica Scheda di registrazione		
Percorso di dimissione protetta UVG	Nr° di paz con indicazione di istituzionalizzazione/Nr° dei pazienti valutati		Valutazione della complessità dei bisogni assistenziali Valutazione del Case-Mix			Cartella clinica Scheda di registrazione		
Percorso di dimissione protetta UVG	Nr° di pazienti con indicazione di istituzionalizzazione trasferiti in lungodegenza o postacuzie / Nr° delle richieste di istituzionalizzazione		Appropriatezza del percorso post acuzie			Cartella clinica Scheda di registrazione		

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Percorso di trasferimento in Lungodegenza	Nr° di trasferimenti in Lungodegenza o postacuzie entro i tempi concordati nella procedura / Nr° di trasferimenti in Lungodegenza o postacuzie		Indicatore di processo per l'adeguatezza della presa in carico e la continuità dell'assistenza.			Cartella clinica Scheda di registrazione		
Appropriatezza diagnostica	N° dei pazienti con delirium all'ingresso nella U.O./N° tot pazienti ricoverati		Valutazione del rischio nell'ambito della valutazione globale. Rilevazione del peso del "delirium" come causa di ricovero			Cartella clinica	Audit annuale <i>(rilevato al momento della prima visita del geriatra, cioè in cartella clinica)</i>	
Valutazione dell'incidenza Appropriatezza delle pratiche clinico-assistenziali	N° di casi di comparsa di delirium a partire dalla prima giornata di ricovero/N° tot. pazienti ricoverati		Valutazione del rischio di Unità Operativa	Comparsa: Intra-ricovero: < 30%		Sistema di rilevazione registrato	Lo standard risente del case-mix e della attuabilità di "percorsi" dedicati	
Rilevazione del rischio di caduta	Nr° delle cadute anno/Nr° tot dei pazienti		Valutazione del rischio nell'ambito della valutazione globale			Registro cadute	Audit annuale su campione	

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (ulteriori indicatori)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento, viene già rilevato per altre necessità)
Valutazione della incidenza	Nr° di lesioni da pressione insorte durante la degenza / Nr°tot ricoverati		Valutazione rischio di Unità Operativa Appropriatezza delle pratiche assistenziali	≤ 5%		Sistema di rilevazione registrato	Lo standard risente del grado di autonomia del paziente ricoverato e della disponibilità dei presidi	

Indice

Premessa.....	2
Area di Degenza.....	4
A) Requisiti strutturali.....	4
B) Requisiti tecnologici.....	5
C) Requisiti organizzativi.....	6
Modulo Ambulatorio.....	8
A) Requisiti strutturali.....	8
B) Requisiti tecnologici.....	8
C) Requisiti organizzativi.....	9
Acquisizione servizi.....	10
Competence e formazione.....	15
Qualificazione dei percorsi e servizi erogati.....	17
Indicatori.....	19
Allegato tecnico Argomenti di formazione pertinenti per la specialità:.....	24

Allegato tecnico Argomenti di formazione pertinenti per la specialità:

- ✓ Biologia dell' invecchiamento; basi patologiche, epidemiologia e prevenzione, modalità di presentazione delle malattie nell'anziano; farmacologia geriatrica, relazione malattia-comorbidità-cronicità- disabilità , fragilità
- ✓ La valutazione multidimensionale : metodologia e strumenti per le principali aree da esplorare (valutazione sociale, stato funzionale, deambulazione e rischio di cadute, funzione cognitiva e affettiva, comorbidità, stato nutrizionale, rischio di decubiti)
- ✓ Malattie neurologiche di rilevanza geriatrica come Stroke, Morbo di Parkinson, Epilessia.
- ✓ Malattie cardiologiche di rilevanza geriatrica come cardiopatia ischemica, insufficienza cardiaca, ipertensione, ipotensione posturale, aritmie e sincope, malattia vascolare periferica)
- ✓ Cadute
- ✓ Malattie polmonari di rilevanza geriatrica come broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma, infezioni tra cui la tubercolosi, insufficienza respiratoria, neoplasia e malattia vascolare polmonare
- ✓ Malattie gastrointestinali di rilevanza geriatrica come ulcera peptica, GERD, neoplasie maligne, incontinenza fecale e stipsi
- ✓ Malattie genito-urinarie di rilevanza geriatrica come l'incontinenza, neoplasie prostatiche e vescicali, infezioni
- ✓ Malattie dell'apparato locomotore di rilevanza geriatrica come artrosi, artrite reumatoide, polimialgia reumatica, osteoporosi primitive e secondarie, osteomalacia , malattia di Paget
- ✓ Malattie endocrino-metaboliche di rilevanza geriatrica come il diabete, malattie della tiroide
- ✓ Malattie renali , disturbi elettrolitici e disidratazione .
- ✓ Malattie ematologiche di rilevanza geriatrica come sindromi displastiche , anemie e i disturbi linfo- e mielo - proliferativi
- ✓ Malattie di rilevanza geriatrica dell'apparato visivo, uditivo e disturbi dentali
- ✓ Demenza, delirium, gestione dei disturbi comportamentali, depressione, psicosi acute.
- ✓ Malattie della cute come ulcere da decubito e ulcere trofiche, prurito.
- ✓ Disturbi del piede
- ✓ Disturbi dell'alimentazione e stato nutrizionale .
- ✓ Problemi etici, cure palliative e di fine vita
- ✓ La contenzione fisica e farmacologica
- ✓ Discharge planning e continuità assistenziale: determinanti (assessment interdisciplinare, livelli funzionali, ausili e presidi, casa e contesto ambientale, supporti informali sociali ed economici, servizi sociali e strutture territoriali, volontariato, legislazione in materia) e modelli
- ✓ Comunicazione (con il paziente, il caregiver, i clienti interni, i vari punti della rete dei servizi per la terza età)
- ✓ Ageismo
- ✓ EBM, valutazione della letteratura scientifica e metodologia della ricerca in ambito geriatrico , narrative medicine , consensus

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Leonida Grisendi, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2010/829

data 31/05/2010

IN FEDE

Leonida Grisendi

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio

Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'