

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	ISTRUZIONE DI LAVORO	Accesso ricovero riabilitativo (DIS.IL.2094.00).doc
		Pag 1/7

Procedure di accesso al ricovero riabilitativo ex DGR 17-4167 del 7.11.2016.

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma</i>
Stesura	Dr. Giovanni Cristina	Dirigente Medico componente NCRE	27/02/2017	<i>F:to in originale</i>
Verifica	Dr.ssa Francesca Gallone	Direttore S.C. Distretto Referente NCRE	03/03/2017	<i>F:to in originale</i>
	Dr.ssa Emanuela Pastorelli	Direttore S.C. Direzione Medica di Presidio	06/03/2017	<i>F:to in originale</i>
	Dr.ssa Tiziana Ferraris	Dirigente Responsabile SS Direzione Medica Borgosesia	01/03/2017	<i>F:to in originale</i>
Autorizzazione	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC	13/03/2017	<i>F:to in originale</i>
Emissione	Dr. Francesca Gallone	Direttore SC Distretto ASL VC	15/03/2017	<i>F:to in originale</i>

Data di applicazione	Marzo 2017
REV.	00

SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Alla luce della DGR n. 17-4167 del 7 novembre 2016, il presente documento descrive la procedura distrettuale per autorizzare il ricovero di pazienti provenienti da reparti per acuti, reparti di post-acuzie, domicilio in reparti di RRF (recupero e rieducazione funzionale) di strutture private situate in ambito territoriale di competenza dell'ASL VC. Viene inoltre descritta la procedura relativa a eventuali prosecuzioni di degenza riabilitativa oltre i giorni soglia previsti dalla normative regionali per le varie tipologie di situazioni cliniche. Le strutture riabilitative private sono quelle site nel territorio ASL VC, mentre si applica ai pazienti provenienti da tutto l'ambito nazionale.

DEFINIZIONI E ACRONIMI

NCRE: Nucleo controllo ricoveri esterni

RRF: recupero e rieducazione funzionale

MODALITÀ OPERATIVE

A) Trasferimenti da strutture per acuti, di post acuzie o provenienti da domicilio in strutture di RRF

A.1) Pazienti provenienti da Presidi ospedalieri fuori ASL VC e da domicilio

1. Le strutture invianti, ovvero quelle presso le quali è ricoverato il paziente in acuzie o post-acuzie, ovvero i MMG per i pazienti provenienti da domicilio, redigono la domanda di ricovero utilizzando il modelli allegato:
 - all. a [*Domanda trasferimento in RRF (DIS.MO.2084.nn)*] domanda autorizzativa per il trasferimento di pazienti provenienti da struttura di acuzie o post-acuzie o da domicilio in RRF
2. La domanda di ricovero, o la proposta di ricovero del MMG per i pazienti provenienti da domicilio, corredata dal PPRI redatto dallo specialista, viene trasmessa dalla struttura o dal MMG inviante alla struttura accettante.
3. La struttura accettante esprime valutazione preventiva da parte dello specialista fisiatra della struttura accettante medesima, che attesti la congruità della condizione clinica ai fini del progetto riabilitativo realizzabile.
4. Le domande di ricovero, corredate dal giudizio di appropriatezza della struttura accettante, vengono inviate a cura della struttura medesima al Distretto ASL VC, al seguente indirizzo *e-mail*: ncrc@aslvc.piemonte.it almeno entro 3 giorni lavorativi dal previsto trasferimento.
5. Il Distretto esprime autorizzazione o diniego al trasferimento.

A.2) Per pazienti provenienti da Presidio Ospedaliero ASL VC

1. La Direzione Medica di Presidio inoltra sia alla S.C. Distretto VC sia alla struttura di RRF accettante la richiesta di trasferimento, allegando PPRI redatto da specialista fisiatra. Per le comunicazioni col Distretto devono essere utilizzati i seguenti moduli:
 - all. b) [*Proposta ricovero da Osp. E RRF (DIS.MO.2095.nn)*] modello per autorizzazione a trasferimento di pazienti da ASL VC
 - all. c) modello PPRI [*PPRI (RRF.MO.2096.nn)*]da inviare all'indirizzo *e-mail*: ncrc@aslvc.piemonte.it.
2. Il Distretto valuta la proposta, esprime parere di competenza e risponde sia alla Direzione Medica di Presidio sia alla struttura di RRF accettante entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta.

B) Prosecuzione di ricovero riabilitativo

1. La struttura di RRF presso cui è ricoverato il paziente inoltra al Distretto VC richiesta di autorizzazione a prosecuzione ricovero riabilitativo allegando relazione clinica sui risultati raggiunti e PPRI con previsione di durata di ulteriore programma riabilitativo almeno entro 5

2. giorni dal termine del periodo riabilitativo originariamente preventivato, utilizzando il modello allegato
 - all. d) [*Domanda prosecuzione RRF (DIS.MO.2085.nn)*] domanda per autorizzazione a prosecuzione ricovero in RRF.
3. La richiesta di prosecuzione viene valutata dal Fisiatra ASL VC.
4. Il Distretto esprime parere di competenza e risponde alla struttura di RRF.

Ogni richiesta da inoltrare al Distretto VC deve essere inviata alla casella e-mail ncrc@aslvc.piemonte.it.

La ASL VC si impegna a valutare e validare o respingere la richiesta entro i termini necessari per il trasferimento o la prosecuzione del ricovero.

Si precisa inoltre che non potranno essere evase le richieste in cui non sia chiaramente identificabile (timbro e firma leggibile) il fisiatra della struttura accettante

RIFERIMENTI

DGR n. 17-4167 del 7 novembre 2016: Disposizioni per la revisione delle procedure di accesso, degli strumenti operativi e delle procedure di verifica dell'attività di post acuzie. Modifica delle DD.G.R. n. 70-1459 del 18.09.1995, n. 50-3104 del 28.05.2001 e s.m.i., n. 10-5605 del 02.04.2007 e s.m.i., n. 14-6039 del 02.07.2013, n. 55-6670 del 11.11.2013 e s.m.i., n. 24-918 del 19.01.2015.

ALLEGATI

- a) Domanda di autorizzazione a trasferimento in struttura riabilitativa [*Domanda trasferimento in RRF (DIS.MO.2084.nn)*];
- b) Modello per autorizzazione a trasferimento di pazienti da ASL VC [*Proposta ricovero da Osp. a RRF (DIS.MO.2095.nn)*];
- c) Modello PPRI [*PPRI (RRF.MO.2096.nn)*]
- d) Richiesta di prosecuzione di ricovero riabilitativo [*Domanda prosecuzione RRF (DIS.MO.2085.nn)*].

STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	15.03.2017	Prima emissione

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Domanda trasferimento.in RRF (DIS.MO.2084.00).doc
		pag4/7

ALLEGATO a)

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL
TRASFERIMENTO IN STRUTTURA RIABILITATIVA**

Alla Direzione del Distretto ASL VC

Si richiede autorizzazione al trasferimento presso

Del paziente (nome e cognome) Nato/a il.....

proveniente da.....

con diagnosi di.....

sottoposto ad intervento chirurgico diin data

per effettuazione di ricovero riabilitativo di livello.

Si allega PPRI redatto dallo specialista proponente il trattamento.

Data.....

Firma della Direttore sanitario della struttura inviante
(o MMG per paziente domiciliare)

.....

Riservato alla struttura accettante

Si ritiene appropriata la richiesta e si provvederà a redigere PRI secondo le indicazioni della DGR 17-4167 del 7 novembre 2016.

Data

Firma del fisiatra

.....

.....

Riservato al Distretto ASL VC

Visto si autorizza. non si autorizza

Data

Il Direttore di Distretto (o delegato)

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Proposta ricovero da Osp. A RRF (DIS.MO.2095.00).doc
		pag5/7

ALLEGATO b)

AUTORIZZAZIONE TRASFERIMENTO PAZIENTI ASLVC

Da compilare a cura dell’Ospedale dimettente.

P.O.: _____

PROPOSTA DI RICOVERO

REPARTO DIMETTENTE _____ **ETICHETTA**

Anagrafica

Cognome	Data di nascita
Nome	Luogo

PROPOSTA DI RICOVERO PRESSO

Unità Funzionale di riabilitazione 1° livello (DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

Unità Funzionale di riabilitazione 2° livello (DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

Unità Funzionale di riabilitazione 3° livello (DGR n. 50-3104 del 28/05/2001-DGR n. 10-5605 del 02/04/2007)

DATA/...../.....

Medico di Reparto Dimettente
(Firma e timbro)

Direttore sanitario Ospedale dimettente
(visto si autorizza)

DA COMPILARE A CURA DEL DISTRETTO su cui insiste la struttura (ove richiesto) prima del trasferimento del paziente

- Si autorizza * la richiesta di ricovero**
- Non si autorizza la richiesta di ricovero**
- Si autorizza * la richiesta di ricovero con le seguenti note:** _____

DATA/...../.....

Il Direttore Medico del Distretto

* NB L'autorizzazione da parte del Distretto non esclude eventuali valutazioni negative formulate a posteriori da parte del NCRE



ALLEGATO c)

Da compilare a cura dell'Ospedale dimettente. P.O. _____

Anagrafica	
Cognome e Nome Indirizzo e telefono	Data e Luogo di nascita C.F.
Care giver e telefono	

Attuale collocazione paziente (specificare e barrare a lato)

Sede (cod)/Reparto (cod)dal.....

Anamnesi Significativa ed esame funzionale (comprensiva del grado di autonomia e del bisogno assistenziale pre evento attuale)

In trattamento riabilitativo si no	Reparto per acuti Lungodegenza Cod 75 Cod 28 Cod 56 II livello Cod 56 I livello DH Riab. Ambul. RRF Residen. socio-sanit. Domicilio
---------------------------------------	--

Analisi dei bisogni internistico-assistenziali	Descrizione del grado di autonomia																																																																
<p>Cute: (decubiti) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare)</p> <p>Respirazione: <input type="checkbox"/> Spont <input type="checkbox"/> Cannula <input type="checkbox"/> O2 <input type="checkbox"/> v.mec</p> <p>Alimentazione <input type="checkbox"/> p.os <input type="checkbox"/> Sondino <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> CVC</p> <p>Catetere vesc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare)</p> <p>Gessi, valve, FEA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (specificare)</p> <p>Carico <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parz <input type="checkbox"/> Totale</p> <p>Dialisi Disfagia</p> <p>Altro (compresi i farmaci):</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>Parz.</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cura di se</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Controllo sfinterico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Controllo del tronco</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mobilità a letto</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Mobilità nei trasferimenti</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cammino</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Comunicazione</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Collabor./partecipaz.</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Toll. Tratt. Riab</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Altro:</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Barthel Index attuale =/100</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>F.I.M. attuale =/126</td><td></td><td></td><td>Obbligatoria in deg. cod 56</td></tr> <tr><td>LCF attuale =</td><td></td><td></td><td>Obbligatoria per ricovero in cod 75</td></tr> <tr><td>ASIA attuale =</td><td></td><td></td><td>Obbligatoria per ricovero in cod 28</td></tr> <tr><td>GCS all'esordio =</td><td></td><td></td><td>Obbligatoria per ricovero in cod 75</td></tr> </tbody> </table>		SI	Parz.	NO	Cura di se				Controllo sfinterico				Controllo del tronco				Mobilità a letto				Mobilità nei trasferimenti				Cammino				Comunicazione				Collabor./partecipaz.				Toll. Tratt. Riab				Altro:				Barthel Index attuale =/100				F.I.M. attuale =/126			Obbligatoria in deg. cod 56	LCF attuale =			Obbligatoria per ricovero in cod 75	ASIA attuale =			Obbligatoria per ricovero in cod 28	GCS all'esordio =			Obbligatoria per ricovero in cod 75
	SI	Parz.	NO																																																														
Cura di se																																																																	
Controllo sfinterico																																																																	
Controllo del tronco																																																																	
Mobilità a letto																																																																	
Mobilità nei trasferimenti																																																																	
Cammino																																																																	
Comunicazione																																																																	
Collabor./partecipaz.																																																																	
Toll. Tratt. Riab																																																																	
Altro:																																																																	
Barthel Index attuale =/100																																																																	
F.I.M. attuale =/126			Obbligatoria in deg. cod 56																																																														
LCF attuale =			Obbligatoria per ricovero in cod 75																																																														
ASIA attuale =			Obbligatoria per ricovero in cod 28																																																														
GCS all'esordio =			Obbligatoria per ricovero in cod 75																																																														
Ausili (in uso): No Si (specificare)																																																																	
Problematiche sociali : No Si (specificare)																																																																	
Diagnosi Principale e Secondarie (influenzanti la disabilità ed obbligatorie solo in ricovero cod 56,75,28)																																																																	

Bisogni clinico-internistici:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti	ICD9CM
Bisogni assistenziali:	Elevati	Medi	Bassi	Assenti	ICD9CM Cod Dis 1 - 5 : ICD9CM

Sintesi del progetto riabilitativo (comprensivo di obiettivi per funzioni)

<p>Recupero funzione motoria (compreso recupero della tolleranza allo sforzo)</p> <p>Recupero funzione cardio/respiratoria</p> <p>Recupero funzione cognitiva</p> <p>Recupero funzione comunicativa</p> <p>Recupero funzione sensoriale</p> <p>Recupero funzione alimentazione</p> <p>Ausili</p> <p>Altro</p>	<p>Setting appropriato</p> <p>Reparto per acuti Lungodegenza Cod 75 Cod 28 Cod 56 II livello Cod 56 I livello DH Riab. Ambulatorio RRF Resid. socio-sanit. Cure domiciliari <u>Data prevista per il cambio di setting</u></p> <p>Non indicazione al trattamento riabilitativo</p>
---	--

Gradiente di modificabilità della disabilità (**Prognosi funzionale**): Elevato Medio Basso Da rivalutare

Tempi previsti per la realizzazione..... s.c.

Data _____ Medico proponente (firma e timbro)

 A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	MODULO	Domanda prosecuzione RRF (DIS.MO.2085.00).doc
		pag 7/7

ALLEGATO d)

**DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL
PROSEGUIMENTO DEL RICOVERO IN STRUTTURA RIABILITATIVA**

Alla Direzione del Distretto ASL VC

Si richiede autorizzazione a prosecuzione ricovero riabilitativo di livello
 per paziente
 ricoverato/a presso la ns. struttura dal
 con diagnosi di.....
 sottopost... ad intervento di in data

Durata prevista del trattamento riabilitativo ulteriore giorni

Si allegano relazione clinica e PPRI redatti dallo specialista fisiatra proponente la prosecuzione di trattamento

Data.....

Firmato: il Direttore sanitario

.....

Valutazione del fisiatra ASL VC in data

proseguimento congruo proseguimento non congruo

Note

.....

Timbro e Firma

Riservato al Distretto ASL VC

Visto si autorizza. non si autorizza

Data

Il Direttore di Distretto (o delegato)