



OGGETTO: Recepimento ed adozione Procedura "Linee Guida Percorso Assistenziale per le persone in Stato Vegetativo."

L'anno 2018 il giorno 11 del mese di dicembre, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale dr. Massimo Giupponi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO

- che la L.R. n. 23/2015 ricomprende tra i compiti e attività attribuiti alla ATS la funzione di governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
- che all'Art. 26 della citata L.R. al comma 2. si precisa come "la Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti", e al comma 5 puntualizza come "la Giunta Regionale promuove l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci";
- che il DPCM del 12/01/2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D. Lgs. vo n.°502/92," prevede all'Art. 21 Percorsi assistenziali integrati - comma 2 "Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza", e comma 3 "Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia";

RILEVATO che Regione Lombardia, già dal 2004, ha normato la condizione di SV, declinando il percorso assistenziale attraverso le fasi dell'acuzie, della riabilitazione post-acuta, degli esiti/lungoassistenza, definendo le scale di valutazione da utilizzare da parte degli specialisti ed i criteri diagnostici, la tipologia delle strutture di ricovero in acuto, nella riabilitazione e nella fase di lungo assistenza, l'importanza di individuare all'interno di RSA/RSD, ove possibile, di Nuclei dedicati, nonché la definizione dei minutaggi assistenziali relativi, e le modalità di vigilanza e controllo, prevedendo anche la possibilità del rientro al domicilio attraverso il supporto alla famiglia fornito dal Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);

RICHIAMATA, in particolar modo, la seguente normativa:

- Deliberazione n° IX /2124 del 4/08/2011 “Linee di indirizzo per l’assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del fondo sanitario”;
- Deliberazione n° IX /4222 del 25/10/2012 “Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l’assistenza a persone in stato vegetativo nelle unità d’offerta sociosanitarie”;
- Deliberazioni “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario” per gli esercizi 2016, 2017, 2018”;

CONSIDERATO che la UOC Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale nel 2018 ha sostenuto la costituzione di un Tavolo di lavoro integrato intraaziendale e interaziendale ATS/ASST, allo scopo di condividere un percorso chiaro, univoco, che garantisca equità della presa in carico e del monitoraggio nel tempo per tutti i pazienti residenti in ATS Brianza in condizione di SV nella fase degli esiti;

DATO ATTO che alla luce di quanto sopra esposto, l'ATS della Brianza e le ASST di Lecco, Monza e Vimercate hanno ritenuto opportuno elaborare Linee Guida condivise sul percorso assistenziale per la persona in Stato Vegetativo al fine di uniformarne su tutto il territorio i contenuti e gli aspetti metodologici, nella cornice della normativa regionale;

VISTO l'allegato documento “**Linea Guida Percorso assistenziale per le persone in stato vegetativo rev. 0 ID 04236**” e relativa modulistica, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, redatti dal Coordinatore del GdL ATS/ASST (all.1);

CONSIDERATO che le Linee Guida sono state approvate dalle Direzioni dei Dipartimenti PIPSS, PAAPS e Cure Primarie di ATS, nonché sottoposte all’approvazione delle ASST di Lecco, Monza e Vimercate;

DATO ATTO che dal presente atto deliberativo non derivano oneri a carico del Bilancio di questa ATS;

SU PROPOSTA del Direttore del Dipartimento PIPSS;

VISTA l’attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Direttore del Dipartimento PIPSS;

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di recepire ed adottare il documento contenente “**Linea Guida Percorso assistenziale per le persone in stato vegetativo rev. 0 ID 04236**” e relativa modulistica, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale (all.1);
- di dare atto che dal presente atto deliberativo non derivano oneri a carico del Bilancio di questa ATS;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell’art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall’art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;

- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente;
- di disporre l'invio della presente deliberazione ai Settori ed Uffici interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Massimo Giupponi)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dr. Paolo Giuseppe Cogliati)

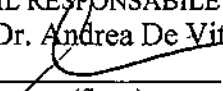
IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Salvatore/Silvano
Lopez)

IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott. Oliviero Rinaldi)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

DIPARTIMENTO PROPONENTE: Dipartimento PIPSS

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

IL RESPONSABILE
Dr. Andrea De Vitis

(firma)

SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO


Si attesta la regolarità contabile e la copertura finanziaria della spesa complessiva scaturente dal presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n. : _____ Importo : _____

IL RESPONSABILE SERVIZIO ECONOMICO-FINANZIARIO
(Dr.ssa Elena Sartori)



NOTE: _____

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARCA e MEPA

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: _____


- Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non rientrano nelle categorie trattate dalla Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure in quelle trattate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) di cui alla L.R. n. 33 del 28.12.2007 e ss.mm.ii.
- Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 11 DPR 101/2002 ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Azienda.

IL RESPONSABILE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, lì..... Il Funzionario addetto

DEL 11 DIC. 2018

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ATS Brianza	DIREZIONE SOCIO SANITARIA DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE PER L'INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE CON QUELLE SOCIALI UOS MODELLI DI PRESA IN CARICO Viale Elvezia 2, 20900 Monza – Corso Carlo Alberto 120, 23900 Lecco
---	---

LINEA GUIDA

PERCORSO ASSISTENZIALE PER LE PERSONE IN STATO VEGETATIVO

ID 04236

rev	data di approvazione	Descrizione delle modifiche	FIRMA DI REDAZIONE	FIRMA DI VERIFICA	FIRMA DI APPROVAZIONE
			NOMINATIVO (FUNZIONE)	NOMINATIVO (FUNZIONE)	NOMINATIVO (FUNZIONE)
0	16/11/2018	Prima emissione	E. Guarisco (Responsabile UOS Modelli di presa in carico - coordinatore Tavolo Interaziendale SV)	D. Lupinu (RQ Dipartimento PPSS)	A. De Vitis (Direttore Dipartimento informazione Accesso alle cure e Continuità assistenziale - DIAC -)



Sommario

1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2	DEFINIZIONI - ACRONIMI - ABBREVIAZIONI	3
2.1	Definizioni	3
2.2	Acronimi e abbreviazioni	5
3	SOGGETTI COINVOLTI	5
4	MODALITA' DI GESTIONE DELL'ATTIVITA'	6
4.1	Ruolo della ASST	7
4.1.1	Validazione documentale della certificazione di SV e idoneità al percorso assistenziale	7
4.1.2	Care Management	8
4.1.3	Percorso domiciliare	8
4.1.4	Verifica annuale	9
4.1.5	Mantenimento nel percorso assistenziale	9
4.1.6	Dimissione dal percorso assistenziale	9
4.1.7	Verifica al V° anno dalla presa in carico: rivalutazione complessiva del piano di assistenza individuale	10
4.2	Ruolo di ATS Brianza	11
4.2.1	Ricezione della comunicazione di avvenuto ingresso di persona in SV in UdO residenziale con sede sul territorio di ATS Brianza	11
4.2.2	Aggiornamento Elenco strutture sociosanitarie RSA/RSD del territorio di ATS Brianza che accolgono pazienti in SV e tenuta report pazienti SV	11
4.2.3	Prima visita di verifica (cittadino residente)	11
4.2.4	Adempimenti al V° anno dalla presa in carico	12
4.2.5	Adempimenti in caso di inserimento in RSA/RSD	12
4.2.6	Governo del percorso	12
5	RIFERIMENTI NORMATIVI	13
5.1	Riferimenti interni	13
5.2	Riferimenti esterni	13
6	SUPPORTI	14



1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente Linea Guida ha lo scopo di garantire l'uniformità del percorso assistenziale delle persone, residenti nel territorio di ATS Brianza, che versano in condizione di Stato Vegetativo (SV), così come definito dalla Consensus Conference 2005 di Verona e riprese nelle "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza" approvate dalla Conferenza Permanente Stato/Regioni del maggio 2011.

Si applicano alle Strutture/Unità Operative, afferenti alla Direzione Sociosanitaria di ATS Brianza e alla Direzione Sociosanitaria delle ASST, deputate alla validazione della condizione di SV e relativo percorso assistenziale, alla presa in carico del paziente, ed alla vigilanza/controllo delle strutture che lo accolgono.


Non si applica specificamente alle Strutture di Riabilitazione ed alle RSA/RSD/erogatori ADI che dimettono o accolgono il paziente in SV residente nel territorio di ATS Brianza; esse sono tenute alla ottemperanza delle indicazioni regionali sia nella fase di accoglienza che in quella di monitoraggio periodico del paziente. Sarà cura di ATS Brianza e delle ASST competenti per territorio di residenza del paziente fornire loro, sia che insistano o meno sul territorio di ATS Brianza, le indicazioni contenute nel presente documento, al fine della adeguata gestione del paziente.

2 DEFINIZIONI - ACRONIMI - ABBREVIAZIONI

2.1 Definizioni

Di seguito sono riportate le definizioni di alcuni termini utilizzati nel testo:

TERMINE	DEFINIZIONE
Amministratore di Sostegno (AdS)	Figura giuridica istituita per quelle persone che, per effetto di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi; agisce nel rispetto dei bisogni e delle aspirazioni del beneficiario allo scopo della migliore qualità della vita della persona. Viene nominato con un decreto del giudice tutelare.
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Servizio gratuito rivolto a tutti i cittadini in condizione di fragilità/non autosufficienza e non deambulabilità, che necessitano di assistenza al domicilio, quali i pazienti in SV nella fase degli esiti.
Caregiver	Assistente formale/professionale o informale della persona non autosufficiente
Case manager	Professionista che, all'interno della struttura erogatrice, si fa carico del percorso individuale di cura del paziente e della famiglia. Il suo ruolo è di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sul caso.
Care manager	Professionista che svolge il compito di coordinamento di natura gestionale-organizzativa delle attività assistenziali previste per tutti gli assistiti in SV in carico. Il care manager governa l'integrazione con gli altri servizi sociosanitari, con altri professionisti e individua le soluzioni più favorevoli per il paziente rispetto alle condizioni clinico assistenziali.
Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA)	Lesione cerebrale di natura traumatica, vascolare, anossica o infettiva o comunque da noxae acquisite; sono escluse le patologie congenite o ad insorgenza perinatale, involutive, degenerative.
Medico di Cure Primarie	Medico di Medicina Generale (MMG); Pediatra di Famiglia (PdF)

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ATS Brianza</p>	<p>PERCORSO ASSISTENZIALE PER LE PERSONE IN STATO VEGETATIVO</p>
--	--

Misura B1	Contributo regionale (contributo economico/voucher) a carico del Fondo per la Non Autosufficienza (FNA) erogato a persone in condizione di gravissima disabilità seguite al domicilio.
Misura B2	Buono sociale mensile, a carico del Fondo per la Non Autosufficienza (FNA), erogato a persone in condizione di non autosufficienza o di disabilità grave dagli Ambiti territoriali/Comuni.
Nucleo Stato Vegetativo	Reparto con caratteristiche organizzative, assistenziali, ambientali specifiche per i pazienti in SV, come previsto dalle norme di accreditamento.
Piano di assistenza individualizzato (PAI)	Redatto dalla U.d.O che accoglie il paziente e dettaglia le prestazioni fornite come da Progetto Individuale.
Progetto individuale (PI)	Redatto da Equipe di Valutazione Multidimensionale della ASST declina i principali elementi di assistenza del paziente.
Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	Residenza Sanitaria Assistenziale: in questo contesto rappresenta la Unità d'offerta che può accogliere pazienti in SV nella fase degli esiti.
Residenza Sanitaria Disabili (RSD)	Residenza Sanitaria Disabili: Unità d'Offerta che fornisce prestazioni ad elevato grado di integrazione sanitaria, sociosanitaria, di riabilitazione e di supporto socio-assistenziale, a persone adulte tra i 18 e i 65 anni, con grave disabilità, prive di sostegno familiare o non più assistibili a domicilio, anche in SV.
Stato Vegetativo (SV)	<p>Condizione che si verifica in conseguenza di una Grave Cerebrolesione Acquisita in cui coesistono: completa perdita della coscienza di sé e della consapevolezza dell'ambiente circostante; possibile mantenimento del ciclo sonno-veglia; conservazione più o meno completa delle funzioni. Essa è definita dal punteggio ottenuto dall'applicazione delle seguenti 3 scale:</p> <p>Glasgow Coma Scale - GCS : ≤ 10</p> <p>Coma/Near Coma –CNC : livelli 2, 3, e 4</p> <p>Disability Rating Scale – DRS: min 22, max 29</p>
Stato di Minima Coscienza (SMC)	<p>E' una condizione clinica caratterizzata da una grave compromissione della coscienza nella quale, tuttavia, possono essere individuati comportamenti finalizzati, volontari, inconsistenti ma riproducibili, a volte mantenuti sufficientemente a lungo, non configurandosi così come comportamenti riflessi. Lo stato di minima coscienza può presentarsi dopo un coma o può rappresentare l'evoluzione di un precedente stato vegetativo; relativamente alla durata, lo stato di minima coscienza può essere presente per un breve periodo o può perdurare per un tempo più o meno protratto o indefinito fino alla morte del paziente. La diagnosi di SMC deve essere effettuata da personale qualificato ed esperto e deve essere basata sull'osservazione ripetuta e circostanziata dei comportamenti prima descritti. Non esistono strumenti diagnostici in grado di supportare in modo inequivocabile la diagnosi di SMC.</p>
Struttura dimettente	Struttura riabilitativa o reparto ospedaliero/di ricovero e cura ove è ricoverato il paziente in SV nella fase riabilitativa.
Tutore	Figura giuridica istituita per la tutela della persona interdetta, che la rappresenta in tutti gli atti civili e ne amministra i beni. Viene nominato con un decreto del giudice tutelare.
Unità d'Offerta (UdO)	Strutture che costituiscono la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali presenti sul territorio.
Validazione di certificazione di SV	Atto formale di presa d'atto della certificazione di SV e di verifica della sua coerenza con la documentazione raccolta.
Valutazione Multidimensionale (VMD)	Valutazione che analizza i bisogni del paziente sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. È gestita da professionisti sanitari e sociali formati che operano anche in équipe multi professionali.



2.2 Acronimi e abbreviazioni

Di seguito sono riportati gli acronimi – abbreviazioni utilizzati nel testo:

ACRONIMO- ABBREVIAZIONE	DESCRIZIONE
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AdS	Amministratore di Sostegno
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
CNC	Coma/Near Coma Scale
DRS	Disability Rating Scale
EVM	Equipe di Valutazione Multidimensionale
GCA	Grave Cerebrolesione Acquisita
GCS	Glasgow Coma Scale
IC	Invalidità Civile
MMG	Medico di Medicina Generale
PAAPS	Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie
PAI	Piano di Assistenza Individualizzato
PdF	Pediatra di Famiglia
PI	Progetto Individuale
PIPSS	Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSD	Residenza Sanitaria Disabili
SMC	Stato di Minima Coscienza
SV	Stato Vegetativo
UdO	Unità d'Offerta
UO – UOS UOC	Unità Organizzativa - Unità Organizzativa Semplice - Unità Organizzativa Complessa
VMD	Valutazione Multi Dimensionale

3 SOGGETTI COINVOLTI

La responsabilità generale della presente Linea Guida è del Direttore Sociosanitario di ATS della Brianza.

La responsabilità operativa è di tutte le UO ed i professionisti coinvolti, ciascuno per la propria competenza.



SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILITA'
ATS Brianza	Governo, monitoraggio e sviluppo dell'applicazione del documento.
ASST Lecco, Monza, Vimercate	Applicazione del documento per le parti di competenza.

4 MODALITA' DI GESTIONE DELL'ATTIVITA'

PREMESSA

Regione Lombardia, con le deliberazioni dal 2004 sino all'ultima del 2012, ha normato la condizione di SV sottolineando in primis la necessità della corretta e precoce diagnosi, e il percorso assistenziale attraverso le fasi dell'acuzie, della riabilitazione post-acuta, degli esiti/lungoassistenza. Sono state declinate le scale di valutazione da utilizzare da parte degli specialisti ed i criteri diagnostici, la tipologia delle strutture di ricovero in acuto, nella riabilitazione e nella fase di lungo assistenza. Con particolare riferimento a quest'ultima fase, è stata sottolineata l'importanza di individuare, ove possibile, Nuclei dedicati all'interno delle RSA/RSD, nonché la definizione dei minutaggi assistenziali relativi, e le modalità di vigilanza e controllo, prevedendo anche la possibilità del rientro al domicilio attraverso il supporto alla famiglia fornito dal servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Le ultime indicazioni regionali in materia sono tuttavia antecedenti la LR 23/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della Legge Regionale 20 dicembre 2009 n. 33 (Testo Unico delle leggi Regionali in materia di sanità)" che istituisce le nuove aziende ASST e ATS. Pertanto si sono rese evidenti, anche dal confronto con altre ATS, difformità di declinazione delle competenze ASST/ATS riguardo al percorso assistenziale di presa in carico del paziente in SV.

Inoltre, sul territorio delle ex ASL MB ed ex ASL Lecco, la tematica era stata gestita diversamente attraverso due procedure operative, che si vuole con il presente documento condurre ad unicità. Pertanto ad inizio 2018 è stato costituito un Tavolo di lavoro cui hanno partecipato le tre ASST di Lecco, Monza, Vimercate, e, per ATS Brianza la UOS Vigilanza e Controllo.

La UOS Modelli di presa in carico di ATS Brianza ha svolto il ruolo di coordinamento del Tavolo, a cui sono stati invitati a dare il loro contributo anche i rappresentanti delle principali Organizzazioni che riuniscono le RSA e RSD del nostro territorio. Il Tavolo di lavoro si è prefisso lo scopo, dopo l'iniziale disamina delle attuali criticità riportate, di condividere un percorso chiaro, univoco, che garantisca equità della presa in carico e del monitoraggio nel tempo per tutti i pazienti in condizione di SV nella fase degli esiti, ed elaborare un documento di indirizzo, nella cornice della normativa regionale

GESTIONE OPERATIVA DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Il percorso assistenziale si riferisce alla gestione del paziente in SV nella fase degli esiti, ricoverato presso una Struttura riabilitativa, oppure in reparti ospedalieri/di ricovero e cura (es. neurologia, geriatria, ecc) qualora trattasi di pazienti molto anziani e con evento acuto non traumatico, e/o



pazienti per i quali non si prevedono benefici da cure riabilitative maggiori di quelle indispensabili per il mantenimento delle funzioni residue e la prevenzione di danni terziari. La durata complessiva dei percorsi riabilitativi, pur affidati al giudizio clinico degli specialisti, non può superare le soglie indicate nella DGR n. 19883/2004: fino a 180 gg per la riabilitazione specialistica, fino a 60 e 90 gg rispettivamente per la riabilitazione generale e geriatrica.

4.1 Ruolo della ASST

4.1.1 Validazione documentale della certificazione di SV e idoneità al percorso assistenziale

La validazione della certificazione di SV è la presa d'atto della certificazione di SV redatta dallo specialista della struttura dimettente e di verifica della sua coerenza con la documentazione raccolta: rappresenta pertanto un atto formale di verifica documentale.

E' a cura dell'EVM dell' ASST di competenza per residenza del paziente.

A tal fine l'EVM acquisisce dalla struttura dimettente:

- la scheda di diagnosi di persona in SV secondo la circolare Regionale n. 2/2008 e successive integrazioni (Modello "*Scheda Diagnosi Persona In Stato Vegetativo*") a firma del Medico Responsabile della struttura dimettente
- la relazione di dimissione e le certificazioni cliniche, comprensive di una "*Dichiarazione di conclusione della fase riabilitativa*" (Modello "*Dichiarazione di conclusione della fase riabilitativa per Persona in Stato Vegetativo*")
- la dichiarazione di acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali da parte di familiare di riferimento/tutore/AdS del paziente.

La tempistica di trasmissione della documentazione è definita dalla normativa e deve avvenire entro il termine massimo del ricovero riabilitativo. Entro 2 settimane dall'inizio del ricovero la struttura riabilitativa segnala il paziente all'EVM della ASST di residenza (Modello "*Segnalazione di ricovero di persona in SV*"), che inserisce il dato nell'applicativo informatico dedicato dando comunicazione dell'avvenuto inserimento alla UOS Modelli di presa in carico.

La EVM attiva quindi la propria valutazione del paziente, attraverso i colloqui con la famiglia, il coinvolgimento del Medico di Cure Primarie, la presa di contatto con gli specialisti della struttura dimettente, la verifica dell'attivazione delle procedure amministrative relativamente a Invalidità Civile (IC), esenzioni ticket, protezione giuridica, ausili e protesi, attivazione dei programmi di nutrizione artificiale e ventiloterapia, individuando, in accordo con la famiglia, il percorso assistenziale più idoneo (in base ai criteri fissati dalle Linee Guida DGR 4222/12):

- RSA/RSD con Nucleo dedicato
- RSA/RSD in posto ordinario
- rientro al domicilio con supporto ADI

In caso di inserimento in RSA/RSD la EVM supporta la famiglia nella ricerca della struttura. Nell'eventualità di non reperimento sul territorio di ATS Brianza del posto letto, la EVM, anche in collaborazione con la struttura dimettente, si attiverà per reperirlo presso altri territori contattando le ATS di riferimento secondo le procedure ivi vigenti.

L'EVM individua inoltre il Care manager del paziente per il successivo percorso assistenziale. È discrezione dell'EVM valutare direttamente il paziente qualora si ravvedano incongruenze



documentali. A tal proposito ciascuna ASST individua la modalità più efficace affinché l'EVM sia integrata con un medico specialista esperto.

Alla luce di quanto sopra la EVM valida la diagnosi di SV e l'idoneità del percorso assistenziale, redigendo apposito modello (Modello "Validazione diagnosi persona in stato vegetativo e idoneità al percorso assistenziale") a firma del Medico componente dell'EVM, che viene trasmesso alla struttura dimettente e alla UdO (residenziale o erogatore ADI) individuata per l'accoglienza del paziente, e, per conoscenza alla UOS Modelli di presa in carico di ATS Brianza. Una copia è rilasciata al familiare di riferimento/tutore/AdS del paziente che firma per ricevuta e sottoscrive di essere stato informato che i benefici previsti per le persone in stato vegetativo sono garantiti se permane la condizione ai sensi della normativa.

La EVM concorda con la struttura dimettente e la UdO di nuova accoglienza la data del trasferimento del paziente.

4.1.2 Care Management

La EVM svolge l'importante funzione di care management, individuando, tra le figure dell'équipe, il care manager per ogni singolo caso. Questa funzione consiste nel supportare la famiglia nelle scelte progettuali in relazione anche ai cambiamenti/miglioramenti dello stato clinico del paziente, nel monitoraggio delle prestazioni fornite dal caregiver sia familiare che professionale, nella informazione e supporto alle pratiche di sostegno economico in vigore, nel monitoraggio della adeguatezza di protesi ed ausili ed eventuale necessità di ri-prescrizione, nella collaborazione-integrazione con i Medici di Cure Primarie, i servizi del territorio (sia degli Enti Locali che eventualmente del terzo settore/volontariato).

Tale ruolo viene anche esplicitato nel percorso assistenziale in RSA/RSD in particolare per ciò che attiene i rapporti con la famiglia e la rete dei servizi territoriali.

In qualsiasi momento del percorso assistenziale la famiglia/tutore/AdS del paziente può richiedere una modifica del Progetto Individualizzato con la variazione del setting assistenziale: passaggio da RSA/RSD al domicilio e viceversa, passaggio da Nucleo dedicato a RSA/RSD su posto letto ordinario (da prendere in considerazione in genere dopo la rivalutazione complessiva al V° anno di ricovero), oppure richiedere il cambiamento di struttura residenziale (ad esempio per avvicinamento). La EVM avvia un nuovo percorso di valutazione integrata e supporta la famiglia/tutore/AdS del paziente fornendo le necessarie valutazioni cliniche al fine di mantenere gli adeguati standard assistenziali, e facilitando i percorsi burocratico-amministrativi. L'EVM comunica l'esito della valutazione alla nuova UdO di accoglienza del paziente seguendo l'iter sopra indicato

4.1.3 Percorso domiciliare

Attivazione ADI

La presa in carico domiciliare dal parte dell'Ente erogatore ADI individuato dalla famiglia ed il primo accesso domiciliare degli operatori secondo P.I. deve avvenire nella stessa giornata di dimissione del paziente dalla struttura riabilitativa.

Nelle more della completa attuazione della riforma dell'ADI (DGR n. 7770/18), la EVM :

- prima della dimissione del paziente attiva i programmi di nutrizione artificiale, di eventuale ventiloterapia e le prescrizione di ausili personalizzati;



- concorda la data e la modalità di dimissione con famiglia, MMG/PdF, struttura dimettente, Ente erogatore ADI;
- comunica alla UOC Accreditamento Controllo e Vigilanza Strutture Socio Sanitarie e Sociali di ATS Brianza l'ammissione del paziente al servizio ADI;
- effettua il monitoraggio periodico e/o alla scadenza del PAI dell'intervento ADI;
- comunica qualsiasi modificazione dello stato di coscienza del paziente alla UOS Modelli di Presa in Carico di ATS Brianza (per il corretto aggiornamento dei dati epidemiologici).

4.1.4 Verifica annuale

La EVM, con cadenza annuale, rivaluta il livello funzionale del paziente SV al domicilio.

A tal fine, con il coinvolgimento del Medico di Cure Primarie e di medici specialisti esperti, sono sottoposte al paziente le scale di valutazione già indicate nelle DGR n. 6220/2007 e n. 2124/2011: GCS, CNC e DRS.

La rivalutazione funzionale è completata dalla Valutazione Multidimensionale e dal nuovo PAI, che andranno ad aggiornare il fascicolo utente nell'applicativo informatico dedicato.

La documentazione è trasmessa a UOS Modelli di presa in carico di ATS Brianza, sia nel caso di mantenimento che di cambiamento dello stato funzionale del paziente.

4.1.5 Mantenimento nel percorso assistenziale

Il mantenimento nel percorso assistenziale per il persistere dello stato funzionale e neurologico di SV può implicare: un permanere del paziente nella RSA/RSD in nucleo dedicato, o su posto letto ordinario, oppure un passaggio ad un setting differente.

È cura della EVM di competenza territoriale supportare la famiglia nella scelta del setting assistenziale più appropriato.

4.1.6 Dimissione dal percorso assistenziale

Il miglioramento della responsività neurologica nel paziente SV è una eventualità possibile specie entro i primi 5 anni dall'evento determinante. È definito in particolare da un punteggio alla Glasgow Coma Scale > 10. A seguito della DGR n. 4702/15 e s.m.i., il paziente ricoverato in RSA/RSD che abbia, nel corso della degenza, lievi miglioramenti del punteggio della GCS, (comunque non superiore a 13), mantiene le medesime condizioni di ricovero e devono essere garantiti gli standard assistenziali previsti dalla normativa di riferimento senza oneri a carico dell'utente e dei familiari.

La rendicontazione e la remunerazione è quella prevista per gli stati vegetativi così come le modalità di verifica da parte della ATS. L'evoluzione clinicamente positiva verso il cosiddetto "Stato di minima coscienza" ed, eventualmente, un ulteriore miglioramento della coscienza implica l'uscita dal percorso assistenziale a totale carico del FSR. La certificazione clinica della nuova condizione è a cura del Responsabile Medico della struttura, che la inoltra alla EVM territorialmente competente e alla UOS Modelli di presa in carico di ATS Brianza.

La EVM territorialmente competente, in questa fase decisionale molto critica e complessa, supporta la famiglia, con l'ausilio dei servizi sociali territoriali, nell'individuazione del progetto assistenziale più appropriato attivando i servizi necessari (domiciliari o residenziali).

Poiché non è definita dalla normativa una tempistica dettagliata, si ritiene che l'elaborazione ed avvio del nuovo P.I. debba avvenire nel più breve tempo possibile, compatibilmente con la



necessità di attivare nuove reti con i servizi del territorio (eventuale necessità di supporto dell'Ente Locale al pagamento della retta alberghiera per RSA/RSD o attivazione Servizio Assistenza Domiciliare – SAD) , di acquisire certificazioni e documentazione per accedere alle misure di supporto alla domiciliarità (Fondo non autosufficienza per la gravissima disabilità, Misura B1).

Il Responsabile della struttura comunica la dimissione del paziente dal percorso assistenziale SV alla UOS Modelli di presa in carico di ATS Brianza, indicando la variazione nei flussi oggetto di debito informativo regionale.

Per il paziente al domicilio il miglioramento clinico è documentato come precisato nel paragrafo “ Verifica annuale”.

4.1.7 Verifica al V° anno dalla presa in carico: rivalutazione complessiva del piano di assistenza individuale

La normativa vigente prevede una rivalutazione complessiva della persona in SV al V° anno dalla presa in carico. Il rationale è rappresentato dalla necessità di mantenere sotto controllo la possibilità di miglioramenti della coscienza del paziente in SV, al fine di riprogettare il percorso assistenziale ed il PAI.

La rivalutazione complessiva dello stato clinico, neurologico e funzionale del paziente è una rivalutazione collegiale, cui partecipano:

- EVM ASST di competenza per residenza del paziente con l'eventuale ausilio di un medico specialista esperto e con il coinvolgimento, per i pazienti domiciliari, del Medico di Cure Primarie;
- Responsabile medico della RSA/RSD ove il paziente è ricoverato;
- Famiglia/tutore/AdS del paziente.

La rivalutazione collegiale deve essere effettuata sia per il paziente residente inserito in UdO del territorio dell'ATS della Brianza che in UdO del territorio di competenza di altre ATS.

Valutato un miglioramento dello stato di coscienza il care o case manager può prevedere in accordo con la famiglia, specie nei casi più incerti, un ricovero di rivalutazione in reparti di Neurologia o di riabilitazione specialistica, dove, grazie alla possibilità di utilizzo di strumentazione neuropsicologica o di neuroimaging e/o di programmi riabilitativi mirati e più intensi, è possibile pervenire ad una certezza diagnostica.

Al termine di tale percorso gli esiti possibili rispetto la responsività neurologica sono:

- la non conferma della stessa e, pertanto, la permanenza nel percorso assistenziale per pazienti SV;
- la conferma della stessa con l'uscita dal percorso assistenziale dedicato agli SV.

In entrambi i casi è redatta certificazione, a cura della EVM della ASST, di mantenimento o meno della condizione di SV (Modello “Validazione diagnosi persona in stato vegetativo e idoneità al percorso assistenziale al V° anno dalla presa in carico”) e del nuovo PAI. Tale certificazione è inviata entro 15 giorni dalla rivalutazione collegiale alla famiglia, all'Ente che ha in carico il paziente, ad ATS Brianza (UOS Modelli di presa in carico e UOC Accreditamento controllo e vigilanza strutture socio sanitarie e sociali).



4.2 Ruolo di ATS Brianza

4.2.1 Ricezione della comunicazione di avvenuto ingresso di persona in SV in UdO residenziale con sede sul territorio di ATS Brianza

La RSA/RSD, con sede sul territorio di ATS Brianza, che ha accolto il paziente in SV comunica l'avvenuto ingresso entro le successive 48 ore alla UOC Accreditamento Controllo e Vigilanza Strutture Socio Sanitarie e Sociali di ATS Brianza, sia che trattasi di cittadino residente nel territorio afferente alla ATS della Brianza che di cittadino residente in altri territori.

La comunicazione è a firma del Medico Responsabile della RSA/RSD e comprende il Modello "Scheda di diagnosi di persona in SV" e la validazione documentale della EVM della ASST di residenza del paziente.

La UOS Vigilanza e Controllo (sede di Lecco o sede di Monza), afferente alla UOC Accreditamento controllo e vigilanza strutture socio sanitarie e sociali di ATS Brianza, comunica alla UOS Modelli di presa in carico l'avvenuto ingresso del paziente residente.

4.2.2 Aggiornamento Elenco strutture sociosanitarie RSA/RSD del territorio di ATS Brianza che accolgono pazienti in SV e tenuta report pazienti SV

L'aggiornamento dell'elenco delle strutture sociosanitarie RSA/RSD del territorio di ATS Brianza che accolgono pazienti in SV con nucleo dedicato o in posti letto ordinari è in capo alla UOS Modelli di presa in carico.

La UOS Modelli di presa in carico, inoltre, compila e mantiene aggiornato un registro nominativo dei pazienti residenti in SV accolti in strutture residenziali e al domicilio, allo scopo di monitorare il rispetto delle verifiche previste dalla normativa vigente e capire i bisogni del territorio attraverso l'analisi dei dati epidemiologici.

4.2.3 Prima visita di verifica (cittadino residente)

È a cura della UOS Vigilanza e Controllo di ATS Brianza (sede di Lecco o sede di Monza) ed avviene, di norma, entro 10 giorni dall'inserimento del paziente nella UdO di accoglienza.

Prima visita di verifica presso RSA/RSD

La prima visita a cura della UOS Vigilanza e Controllo ha per oggetto la verifica di:

- accoglienza in servizi e luoghi coerenti con le indicazioni generali e con le dichiarazioni raccolte, con particolare riguardo ai criteri per l'accoglienza del paziente in RSA/RSD con nuclei dedicati o su posti letto dedicati;
- correttezza formale della documentazione e della qualità dei flussi informativi;
- avvenuta attivazione delle procedure o eventuale completamento delle procedure per la nutrizione e ventilazione artificiali, la prescrizione di protesi e ausili, la protezione giuridica, ecc.

Tale verifica esita in un verbale di sopralluogo che rimane agli atti della UOS Vigilanza e Controllo; una copia è rilasciata al Direttore Sanitario della UDO o suo delegato.

Prima visita di verifica presso il domicilio del paziente

Nella situazione di rientro del paziente al domicilio, la UOC Accreditamento controllo e vigilanza strutture socio sanitarie e sociali riceve dalla ASST comunicazione di avvenuta



dimissione del paziente e l'attivazione dell'ADI. Di norma, entro 10 giorni effettua la prima visita al domicilio che verifica la:

- qualità e quantità dei servizi attivati;
- avvenuta attivazione delle procedure o eventuale completamento per la nutrizione e ventilazione artificiali, la prescrizione di protesi e ausili, l'attivazione delle tutele e previdenze;
- correttezza formale della documentazione e della qualità dei flussi informativi;
- condivisione con la famiglia e l'EVM/erogatore ADI della coerenza fra PAI e stato clinico della persona e del contesto familiare.

Tale verifica esita in un verbale di sopralluogo che rimane agli atti della UOS Vigilanza e Controllo; una copia è rilasciata al Direttore sanitario dell'Erogatore ADI o suo delegato.

4.2.4 Adempimenti al V° anno dalla presa in carico

I competenti servizi dell'ATS della Brianza, ricevuta dalla EVM della ASST la certificazione di mantenimento della condizione di SV, corredata della documentazione (punteggi delle scale di valutazione, relazioni cliniche aggiornate, PAI):

- effettuano le verifiche sugli ospiti SV nell'ambito dei controlli di appropriatezza routinaria previsti dalla pianificazione annuale, coerente con le indicazioni regionali (UOS Vigilanza e Controllo);
- aggiornano il registro (UOS Modelli di presa in carico).

4.2.5 Adempimenti in caso di inserimento in RSA/RSD.

Laddove un cittadino residente in ATS Brianza venga collocato presso UDO extra ATS l'EVM territorialmente competente ne darà comunicazione all'UOS Modelli di presa in carico di ATS Brianza.

Si sottolinea che la remunerazione per l'inserimento di un cittadino residente in ATS Brianza in RSA/RSD a contratto che insiste su altro territorio viene effettuata dall'ATS sede della UdO stessa.

Nella fattispecie di inserimento di cittadino residente in ATS Brianza in struttura extra regione Lombardia si applicano le "Indicazioni operative per l'autorizzazione al ricovero presso strutture socio sanitarie accreditate extraregionali di cittadini residenti nel territorio dell'ATS Brianza" deliberate da ATS Brianza in data 12/03/2018 (Delibera ATS Brianza n. 160/2018).

4.2.6 Governo del percorso

La UOS Modelli di presa in carico svolge il ruolo di coordinamento intra e inter-aziendale delle istanze e dei servizi attivi.

Di seguito sono esplicitate le attività di competenza:














- 1) Riceve per conoscenza:
 - le segnalazioni di ricovero nelle strutture riabilitative di cittadini residenti in SV ivi inseriti;
 - le validazioni e l'idoneità del percorso assistenziale redatti dalle EVM delle ASST del territorio;
 - la comunicazione di avvenuto ingresso di persona in SV in UdO residenziale;



- la certificazione di mantenimento dello stato di SV successiva alla verifica collegiale al V° anno dalla presa in carico.
- 2) Aggiorna l'elenco delle strutture sociosanitarie RSA/RSD del territorio di ATS Brianza che accolgono pazienti in SV con nucleo dedicato o in posti letto ordinari.
- 3) Mantiene e aggiorna un registro nominativo dei pazienti in SV residenti ed inseriti in RSA/RSD (del territorio di ATS Brianza o extra-ATS) o al domicilio.
- 4) Imposta un sistema di allerta per ASST in prossimità della scadenza del V° anno dalla presa in carico per ciascun paziente.
- 5) Supporta le EVM nel caso di incongruenze fra dati sanitari e diagnosi di SV.
- 6) Garantisce e supervisiona la corretta applicazione del presente documento, proponendo eventuali revisioni in caso di modifiche della normativa regionale in tema di Stati Vegetativi partecipando, quale referente per ATS Brianza, ai tavoli che verranno programmati a livello regionale, relazionando sugli esiti alle UO coinvolte.

5 RIFERIMENTI NORMATIVI

5.1 Riferimenti interni

-  Codice di comportamento di ATS Brianza (ID 02744)
-  Delibera ATS Brianza n. 38/2017 "Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017-2019"
-  Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (ID 03008)
-  Regolamento aziendale sull'utilizzo delle risorse informatiche (ID 02371)
-  Documento programmatico sulla sicurezza dei dati (ex ASL Lecco e ex ASL Monza e Brianza)
-  Manuale qualità (ID 2145)
-  Procedura generale "Gestione documenti interni" (ID 02125)
-  Linee guida ATS "presa in carico della persona che necessita di ADI" (ID 02375)
-  Linee guida ATS "Valutazione Multidimensionale" (ID 03187)
-  Procedura di processo "Controllo di appropriatezza in ambito socio sanitario" (ID 02928)
-  Procedura di processo "Vigilanza in ambito socio sanitario" (ID 02930)
-  Istruzione operativa "1° verifica degli stati vegetativi presso la sede di ricovero o presso il domicilio" (ID 03265)
-  Delibera ATS Brianza n. 160/2018 "Approvazione indicazioni operative per l'autorizzazione al ricovero presso strutture socio sanitarie accreditate extraregionali di cittadini residenti nel territorio dell'ATS Brianza"

5.2 Riferimenti esterni

Normativa specifica

-  DGR n. 19883 del 16.12.2004 "Riordino della rete delle attività di riabilitazione";



- ☐ DGR n. VII/6220 del 19.12.2007 "Determinazioni in ordine alla assistenza di persone in stato vegetativo nelle strutture di competenza della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, Volontariato e Pari Opportunità – Finanziamento a carico del Fondo Sanitario"
- ☐ Circolare n. 2 del 28/01/2008;
- ☐ DGR n. VIII/10160 del 16.9.2009 "Determinazioni in merito agli interventi sperimentali per persone che si trovano in stato vegetativo e per persone affette da malattie dei motoneuroni, in particolare da sclerosi laterale amiotrofica.
- ☐ Accordo della Conferenza Permanente Stato/Regioni del 5.5.2011 (GU n. 126 del 1.6.11) "Linee di indirizzo per l'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza"
- ☐ DGR n. IX/2124 del 4.8.2011 "Linee di indirizzo per l'assistenza di persone in stato vegetativo: sperimentazione e finanziamento a carico del fondo sanitario"
- ☐ DGR n. 2633 del 6.12.2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario regionale per l'esercizio 2012";
- ☐ DGR n. IX/4222 del 25.10.2012 "Approvazione delle linee guida propedeutiche agli indirizzi per l'assistenza alle persone in stato vegetativo nelle unità d'offerta sociosanitaria"
- ☐ DGR n. IX/4334 del 26.10.2012 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario regionale per l'esercizio 2013";
- ☐ DGR n. IX/4598 del 28.12.2012 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'anno 2013 - primo provvedimento attuativo";
- ☐ DGR n. X/4702 del 29.12.2015 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario regionale per l'esercizio 2016 (di concerto con l'assessore Melazzini)
- ☐ DGR n. X/5954 del 05/12/2016 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2017 (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)
- ☐ DGR n. X/7600 del 20/12/2017 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sociosanitario per l'esercizio 2018 (di concerto con gli assessori Garavaglia e Brianza)

Normativa generale

- ☐ LR 23/2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I a Titolo II della Legge Regionale 20 dicembre 2009 n. 33 (Testo Unico delle leggi Regionali in materia di sanità);
- ☐ DGR n. X/7770 del 17/01/2018 "Interventi di programmazione in materia di Assistenza Domiciliare Integrata".

6 SUPPORTI

- ☐ Modello "Segnalazione di ricovero di persona in SV"
- ☐ Modello "Scheda Diagnosi Persona In Stato Vegetativo"
- ☐ Modello "Dichiarazione di conclusione della fase riabilitativa per persona in stato vegetativo"



(DGR n. 6220/2007, DGR n. 2124/2011, DGR n. 4222/2012)"

- ☐ Modello "Relazione clinica persona in stato vegetativo (DGR n. 6220/2007, DGR n. 2124/2011, DGR n. 4222/2012)"
- ☐ Modello "Validazione diagnosi persona in stato vegetativo e idoneità al percorso assistenziale"
- ☐ Modello "Validazione diagnosi persona in stato vegetativo e idoneità al percorso assistenziale al V° anno dalla presa in carico"

**SEGNALAZIONE DI RICOVERO di
PERSONA IN STATO VEGETATIVO**
(DGR n. 6220/2007, n. 2124/2011, n. 4222/2012)

Spett. ASST di residenza _____

Si comunica il ricovero presso la nostra struttura a far tempo dal _____ del/la Sig./Sig.ra

Cognome e Nome	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice Fiscale	
Familiare di riferimento (nominativo e recapito)	

Si allega relazione di dimissione ospedaliera.

Il Referente
(Timbro e Firma)

Luogo e data

**DICHIARAZIONE di CONCLUSIONE della FASE RIABILITATIVA
per PERSONA IN STATO VEGETATIVO
(DGR n. 6220/2007, DGR n. 2124/2011, DGR n. 4222/2012)**

(Da inviare di norma entro 60 giorni dalla data presunta di dimissione)

Speff. ASST di residenza _____

Cognome e Nome	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice Fiscale	
Legale rappresentante/AdS (nominativo e recapito)	

Si dichiara che il paziente concluderà la fase riabilitativa del percorso di cura entro il _____

Riabilitazione effettuata presso _____

dal _____

presso _____

dal _____

Il Medico Responsabile della Struttura dimettente
(Timbro e Firma)

Luogo e data

SCHEDA DIAGNOSI PERSONA IN STATO VEGETATIVO
Modulo regionale circolare n. 2 del 28/1/2008 dgr 6220/07

La compilazione di questa scheda integra la relazione di dimissione.

L'obiettivo è quello di pervenire ad una corretta diagnosi della condizione di Stato Vegetativo, in linea con quanto stabilito dalla DGR n. 6220/2007 e dalla DGR 2124/2011, anche al fine dell'ammissione presso una struttura di lungoassistenza socio sanitaria o di riabilitazione generale e geriatrica (R.S.A.; R.S.D.; Strutture di riabilitazione generale e geriatrica).

1. Dati anagrafici della persona (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Comune di residenza	
Codice Fiscale	

2. La persona è da considerarsi in condizioni di stato vegetativo coerentemente con i criteri stabiliti dalla DGR n. 6220/2007 e dalla DGR n. 2124/2011

- SI
 NO

3. L'esordio dello stato vegetativo è attribuibile ad una Grave Cerebro Lesione Acquisita?

- SI
 NO

4. Data dell'evento acuto _____

5. Natura della grave cerebro lesione

- Traumatica
 Non traumatica
 - Encefalopatia anossica
 - Evento cerebrale acuto ischemico
 - Evento cerebrale acuto emorragico
 - Altro evento _____

6. Situazione respiratoria:

- Respiro spontaneo (con o senza tracheostomia e con o senza ossigenoterapia)
 Ventilazione meccanica invasiva
 Ventilazione meccanica non invasiva

7. Lesioni da decubito

- Assenti
 Presenti

SCHEDA DIAGNOSI PERSONA IN STATO VEGETATIVO
 Modulo regionale circolare n. 2 del 28/1/2008 dgr 6220/07

8. Glasgow Coma Scale (barrare il punteggio corrispondente)

A - Apertura degli occhi	Punteggio
<i>Spontanea</i>	4
<i>Agli stimoli verbali</i>	3
<i>Al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
B - Risposta verbale	
<i>Orientata, appropriata</i>	5
<i>Confusa</i>	4
<i>Parole inappropriate</i>	3
<i>Suoni incomprensibili</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
C - Risposta motoria	
<i>Obbedisce al comando</i>	6
<i>Localizza il dolore</i>	5
<i>Retrae al dolore</i>	4
<i>Flette al dolore</i>	3
<i>Estende al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
Punteggio Totale	

N.B. La normativa regionale vigente (DGR n. 2124/2011 e DGR n. 4222/2012) stabilisce che nella formulazione di diagnosi di Stato Vegetativo è importante definire i parametri di diagnosi differenziale con le condizioni di riscontro clinico più frequenti e derivanti da una grave cerebro lesione acquisita. Risulta pertanto necessario associare alla GCS altre due scale di valutazione, la Disability Rating Scale (DRS) e la Coma/Near Coma Scale (CNC).

SCHEDA DIAGNOSI PERSONA IN STATO VEGETATIVO
 Modulo regionale circolare n. 2 del 28/1/2008 dgr 6220/07

SCALE DI VALUTAZIONE per la formulazione di diagnosi della condizione di Stato Vegetativo
 (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Cognome e Nome	
Data e luogo di nascita	

DISABILITY RATING SCALE (DRS)

Categoria di disabilità	Punteggio complessivo	Esito
Nessuna disabilità	0	
Disabilità lieve	1	
Disabilità parziale	2-3	
Disabilità moderata	4-6	
Disabilità moderatamente severa	7-11	
Disabilità severa	12-16	
Disabilità estremamente severa	17-21	
Stato vegetativo	22-24	
Stato vegetativo grave	25-29	
Morte	30	

COMA/NEAR-COMA SCALE (CNC)

Livello	Punteggio medio	Stato	Livello di coscienza/responsività	Esito
0	0.00-0.89	NON COMA	Rapida e consistente responsività ad almeno tre test di stimolazione sensoriale, più responsività consistente agli ordini elementari	
1	0.90-2.00	VICINO AL COMA	Responsività consistente agli stimoli proposti a 2 modalità sensoriali e/o risposta non consistente o parziale agli ordini elementari	
2	2.01-2.89	COMA MODERATO	Risposta inconsistente alla stimolazione di 2 o 3 modalità sensoriali ma nessuna risposta agli ordini elementari. In assenza di tracheostomia può vocalizzare (lamenti, gemiti o grugniti) ma non è in grado di esprimere parole riconoscibili.	
3	2.90-3.49	COMA MARCATO	Responsività inconsistente alla stimolazione di 1 modalità sensoriale ma nessuna risposta agli ordini elementari. Nessuna vocalizzazione.	
4	3.50-4.00	COMA ESTREMO	Nessuna responsività ad alcun test di stimolazione sensoriale, nessuna risposta ai comandi semplici. Nessuna vocalizzazione.	

Il Medico Responsabile della Struttura dimettente
 (Timbro e Firma)

Luogo e data

RELAZIONE CLINICA
PERSONA IN STATO VEGETATIVO
(DGR n. 6220/2007, n. 2124/2011, n. 4222/2012)

Cognome e Nome	
Data e luogo di nascita	
Indirizzo di residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice Fiscale	
Familiare di riferimento (nominativo e recapito)	

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

ANAMNESI FAMILIARE

(SE RILEVANTE AI FINI DELLA VALUTAZIONE DEL CASO)

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

PERCORSO DI ASSISTENZA

Data evento acuto _____

Descrizione evento acuto _____

Ricovero presso _____

PERCORSO DI STABILIZZAZIONE CLINICA

Quadro clinico stabilizzato il _____ presso _____

**RELAZIONE CLINICA
PERSONA IN STATO VEGETATIVO
(DGR n. 6220/2007, n. 2124/2011, n. 4222/2012)**

COMPLETAMENTO PRELIMINARE ALLA DIMISSIONE DEI PROCESSI DI:

1	Svezamento dai presidi non indispensabili	SI	NO
2	Stabilizzazione clinica e dello stato nutrizionale	SI	NO
3	Prescrizione di protesi e ausili personalizzati	SI	NO
4	Attivazione di programmi di nutrizione artificiale	SI	NO
5	Attivazione di programmi di ventiloterapia	SI	NO

CRITERI PER L'ACCOGLIENZA AL DOMICILIO:

1	Sussistenza delle condizioni per adeguata assistenza	SI	NO
2	Prescrizione cure domiciliari da parte di MMG/PdF	SI	NO
3	Prescrizione e collaudo protesi/ausili	SI	NO
4	Attivazione servizi preliminare alla dimissione (es. SAD Comunale)	SI	NO

CRITERI PER IL PASSAGGIO ALLA LUNGO-ASSISTENZA RESIDENZIALE:

1	Persistente necessità di monitoraggio continuo cardio-circolatorio	SI	NO
2	Insufficienza acuta di organo o multi organo	SI	NO
3	Stato settico sintomatico (non rientra il portatore asintomatico)	SI	NO
4	Segni clinici supportati da neuroimaging di ipertensione endocranica evolutiva con indicazioni di monitoraggio PIC	SI	NO
5	Elevata frequenza di episodi di aritmia	SI	NO

**RELAZIONE CLINICA
PERSONA IN STATO VEGETATIVO
(DGR n. 6220/2007, n. 2124/2011, n. 4222/2012)**

CRITERI PER L'ACCOGLIENZA IN RSA ai sensi della DGR 4222/2012:

1	Età	< 65 aa	≥ 65 aa
2	natura evento indice	traumatica	non traumatica
3	tracheostomia	SI	NO
4	ventilazione meccanica	SI	NO
5	presenza di accessi venosi centrali	SI	NO
6	lesioni da decubito	<input type="checkbox"/> singole di III –IV stadio	<input type="checkbox"/> singole di I - II stadio
		<input type="checkbox"/> plurime	<input type="checkbox"/> assenti
7	necessità monitoraggio medico infermieristico	<input type="checkbox"/> quotidiano/pluriquotidiano compatibile con livello IV Pulses Profile – pz instabile	<input type="checkbox"/> più volte al mese compatibile con livello II Pulses Profile – pz moderatamente stabile
		<input type="checkbox"/> settimanale/più volte a Settimana – compatibile con livello III Pulses Profile – pz moderatamente instabile	<input type="checkbox"/> mensile (oltre il mese) compatibile con livello I Pulses Profile – pz stabile

COMPLETAMENTO PROCEDURE AMMINISTRATIVE DI:

	SI	IN CORSO
invalidità civile		
indennità accompagnamento		
esenzione ticket sanitari		
avvio procedura amministratore di sostegno/rappresentante legale		
identificazione amministratore di sostegno/rappresentante legale		

EVENTUALI NOTE INTEGRATIVE E/O NOTE SOCIALI

RELAZIONE CLINICA
PERSONA IN STATO VEGETATIVO
(DGR n. 6220/2007, n. 2124/2011, n. 4222/2012)

(SCRIVERE IN STAMPA TELLO)

Si propone pertanto l'ammissione del paziente alla fase degli esiti realizzata presso le Unità di Offerta Socio Sanitarie ai sensi della DGR n. 4222/2012:

- Inserimento in struttura residenziale sociosanitaria (RSA o RSD) in posto letto del *Nucleo dedicato* per l'assistenza alle persone in SV.
- Inserimento in struttura residenziale sociosanitaria (RSA o RSD) in posto letto del *Nucleo dedicato* o in posto letto ordinario attrezzato per l'assistenza alle persone in SV, stante la sussistenza degli specifici requisiti previsti dalla *Linee Guida* (DGR 4222/12).
- Ammissione alla Assistenza Domiciliare Integrata.

Il Medico Specialista della Struttura dimettente
(Timbro e Firma)

Il Medico Responsabile della Struttura dimettente
(Timbro e Firma)

Luogo e data

**IN COLLABORAZIONE CON
ASST LECCO
ASST MONZA
ASST VIMERCATE**

Validazione diagnosi persona in stato vegetativo e idoneità al percorso assistenziale

Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Comune di residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice Fiscale	

L'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) ASST di _____

- Vista la *Diagnosi di persona in stato vegetativo* ai sensi delle DGR 6220/07 – 2124/11 rilasciata in data _____ dallo specialista della struttura di riabilitazione _____ e la documentazione sanitaria integrativa,
- verificato con i familiari e/o con il legale rappresentante il percorso assistenziale idoneo a garantire l'assistenza adeguata alla persona

VALIDA

La certificazione attestante la condizione di stato vegetativo ai sensi della normativa regionale citata.

ESPRIME PARERE DI IDONEITA' AL PERCORSO ASSISTENZIALE

- Inserimento in struttura residenziale sociosanitaria (RSA o RSD) in posto letto del *Nucleo dedicato* per l'assistenza alle persone in SV.
- Inserimento in struttura residenziale sociosanitaria (RSA o RSD) in posto letto del *Nucleo dedicato* o in posto letto ordinario attrezzato per l'assistenza alle persone in SV, stante la sussistenza degli specifici requisiti previsti dalla *Linee Guida* (DGR 4222/12).
- Ammissione all'assistenza domiciliare integrata.

La presente certificazione è rilasciata al Sig. _____

nato a _____ il _____ Residente a _____

in Via _____ in veste di ¹ _____

del Sig. _____

IL MEDICO EVM
(Timbro e Firma)

Luogo e data _____

Dichiaro di essere stato informato che i benefici previsti per le persone in stato vegetativo sono garantiti se permane la condizione ai sensi della normativa citata.

Firma per ricevuta _____ data _____

¹ Specificare: Tutore – AdS Amministratore di sostegno – Familiare di riferimento (solo se non ancora nominato AdS)
Modello "Validazione diagnosi persona in stato vegetativo e idoneità al percorso assistenziale"

**Validazione diagnosi persona in stato vegetativo e idoneità al percorso assistenziale
 al V° anno dalla presa in carico**

Cognome e nome	
Data e luogo di nascita	
Comune di residenza	
Domicilio (se diverso da residenza)	
Codice Fiscale	

L'Equipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) ASST di _____

- Vista la *Diagnosi di persona in stato vegetativo* ai sensi delle DGR 6220/07 – 2124/11, o di *grave alterazione dello stato di coscienza* (punteggio GCS >10 ma non > 13, ai sensi della DGR 4702/15), rilasciata in data _____ dallo specialista della RSA/RSD _____ e valutato collegialmente il paziente, ai sensi della DGR 4222/12, in data _____,
- verificato con i familiari e/o con il legale rappresentante il percorso assistenziale idoneo a garantire l'assistenza adeguata alla persona

VALIDA

La certificazione attestante il permanere della condizione di stato vegetativo ai sensi della normativa regionale citata.

ESPRIME PARERE DI IDONEITA' ALLA PROSECUZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

- In struttura residenziale sociosanitaria (RSA o RSD) in posto letto del *Nucleo dedicato* per l'assistenza alle persone in SV.
- Inserimento in struttura residenziale sociosanitaria (RSA o RSD) in posto letto del *Nucleo dedicato* o in posto letto ordinario attrezzato per l'assistenza alle persone in SV, stante la sussistenza degli specifici requisiti previsti dalla *Linee Guida* (DGR 4222/12).
- Ammissione all'assistenza domiciliare integrata.

La presente certificazione è rilasciata al Sig. _____

nato a _____ il _____ Residente a _____

 in Via _____ in veste di ¹ _____

del Sig. _____

 IL MEDICO EVM
 (Timbro e Firma)

Luogo e data _____

Dichiaro di essere stato informato che i benefici previsti per le persone in stato vegetativo sono garantiti se permane la condizione ai sensi della normativa citata.

Firma per ricevuta _____ data _____

¹ Specificare: Tutore – AdS Amministratore di sostegno – Familiare di riferimento (solo se non ancora nominato AdS)
 Modello "Validazione diagnosi persona in stato vegetativo e idoneità al percorso assistenziale al V° anno dalla presa in carico"

