

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 1 di 13

DIMISSIONI PROTETTE

INDICE:

1. Scopo e campo di applicazione,	Pag. 2
2. Riferimenti	Pag. 2
3. Definizioni e Abbreviazioni	Pag. 2
4. Premessa,	Pag. 3
5. Destinatari,	Pag. 3
6. Modalità Operative	Pag. 3
7. Trasferimenti di setting assistenziali	Pag. 7
8. La riconciliazione farmacologica e la scheda unica di terapia,	Pag. 12
9. Transition delle Tecnologie	Pag. 12
10 Indicatori	Pag. 12
11. Archiviazione	Pag. 13
12. Modifiche	Pag. 13
13. Allegati	Pag. 13


LISTA DI DISTRIBUZIONE:

Direttori e Coordinatori Unità Operative, Distretto n° 1
Professioni Sanitarie
Direzione Distretto Socio-Sanitario n° 1
Direzione Medica Ospedaliera Distretto Ospedaliero n° 1
Direzione Generale

Disponibile nel sito intranet: <http://intranet.ulssbl.it>

Il presente documento può essere scaricato dal sito intranet aziendale. L'aggiornamento della copia cartacea del presente documento non è garantito previa verifica con il sito intranet aziendale.

Redazione Gr. Lavoro	Responsabile Servizio Qualità	Verifica Direttore Distretto Direttore Direzione Medica	Approvazione Direttore Sanitario Direttore Servizi Sociali e Funz. Territoriale
Coordinatrice Alice Preti Giampaolo Ben Michele Reveane Stefania Sancandi Giusi Da Pra Marco Cristofolotti Luigia Sogne Giuseppe Fornasier Francesca De Biasi Silvia Funes Nova Noemi Moretti Massimiliano Mosca Gianfranco Conati Carlo Antona Massimo Boaretto Loretta Rossa (le firme del gruppo di lavoro sono conservate agli atti)	Asmara Da Ronchi	Sandro De Col Raffaele Zanella	Giovanni Maria Pittoni Gian Antonio Dei Tos

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 2 di 13

1. Scopo e campo di applicazione

Lo scopo della presente procedura è definire modalità omogenee del processo di dimissione ospedaliera del paziente fragile integrandolo con il modello di case management infermieristico. La presente procedura viene applicata nel percorso di transizione dalle Unità Operative Ospedaliere verso i servizi socio-sanitari territoriali (ADI, strutture intermedie, strutture residenziali) del Distretto di Belluno.

2. Riferimenti

- Piano di Zona dei servizi alla persona
- Atto Aziendale 2014
- L.R. 22/02 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"
- DGRV 433 del 06/04/17
- DGR 429 del 06/04/17
- L.R. 251 del 10/08/00
- L.R. 43 del 1/02/06
- PSSR 2012- 2016
- DGR 2271/2013
- DGR 2072/2015

3. Definizioni e abbreviazioni

MAP: Medico di Assistenza primaria

PLS: Pediatra di Libera Scelta

COT: Centrale Operativa Territoriale

OdC: Ospedale di Comunità

PDTA: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

UVMD: Unità Valutativa Multidisciplinare Distrettuale

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

CM: Case Manager

ADIMED: Assistenza Domiciliare Integrata Medica

RSA: Residenza Sanitaria Assistita

SAD: Servizio Assistenza Domiciliare

OSS: Operatore Socio Sanitario

PEG: Gastrostomia Endoscopica Percutanea

SNG: Sondino Naso gastrico

SQ: Servizio Qualità e Accreditamento

ICM: Infermiere Case Manager

CCPP: Cure Palliative

ACG: Adjusted Clinical Group

PAI: Piano Assistenziale Individuale

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 3 di 13

4. Premessa

Per molti pazienti il rientro al proprio domicilio dopo un ricovero ospedaliero può essere difficoltoso e fonte di gravi disagi determinati da una condizione di soggettiva fragilità sanitaria / assistenziale. Si rende pertanto necessaria un'integrazione fra Ospedale e Territorio per assicurare al paziente la continuità di cura con l'obiettivo di evitare:

- dimissioni inappropriate o non organizzate
- prolungamento dei ricoveri oltre i tempi appropriati di trattamento
- rientro in Ospedale (nuovo ricovero ospedaliero entro 30 giorni dalla dimissione)
- accesso improprio al Pronto Soccorso entro 30 giorni dalla dimissione

Per "dimissione protetta" si intende il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro (il caso più frequente è la dimissione ospedaliera per il domicilio) propria dei pazienti "fragili", prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, e spesso con insufficiente supporto della rete familiare o sociale.

5. Destinatari

Pazienti che, concluso l'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero abbiano perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia e che richiedano interventi di carattere sanitario e/o sociale effettuabili a domicilio o nelle strutture territoriali in quanto manifestano persistenti

- Bisogni sanitari: patologie cronico-degenerative, patologie acute temporaneamente invalidanti, patologie oncologiche in fase avanzata, trattamenti in nutrizione artificiale;
- Bisogni socio assistenziali: mancanza di rete familiare adeguata

Le dimissioni ospedaliere protette e l'accesso ai servizi del Territorio possono infatti avvenire secondo le seguenti modalità in un percorso di continuità assistenziale :

1. rientro a domicilio

2. rientro a domicilio con attivazione dell'ADIMED;

3. rientro a domicilio con attivazione dell'ADIMED e il servizio di Cure Palliative (CCPP)

4. rientro a domicilio con attivazione del servizio di Cure Palliative

5. rientro a domicilio con attivazione di un accesso infermieristico o medico entro 48h dalla dimissione.

6. ricovero nelle Strutture Intermedie Territoriali: Istituti di Riabilitazione extra-ospedalieri , Ospedale di Comunità, Hospice.

7. ricovero definitivo o temporaneo in una Struttura Residenziale per non autosufficienti;

8. rientro in Struttura Residenziale di provenienza

6. MODALITA' OPERATIVE

a) Ammissione Protetta: quotidianamente i Servizi del Territorio individuano attraverso il software Atl@nte, i pazienti fragili noti per essere già assistiti in ADI, in ossigenoterapia domiciliare, affetti da scompenso cardiaco e già seguiti dal Progetto ACG, ricoverati in Ospedale nelle 24 ore precedenti, e compilano per gli stessi una Comunicazione di Fragilità che viene inoltrata al reparto

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 4 di 13

e a tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza del paziente per avvisare dell'avvenuto ricovero (Allegato 1).

b) A seguito del ricovero, per i pazienti suddetti e per tutti coloro che hanno compiuto 75 anni o per i casi più gravi, viene compilata la "Scheda di Brass Index Ospedaliera" (Allegato 2), strumento predittivo per la dimissione difficile.

La Scheda deve essere inoltrata dai reparti via mail alla COT entro 48h dal ricovero e che, secondo una scala predefinita di 3 gradi (grado 1: basso, grado 2 : medio, grado 3: alto rischio di dimissione difficile), provvede a segnalare i casi ai Case Manager attivi nelle sedi ospedaliere; tali professionisti si occuperanno di definire un progetto di dimissione il più possibile completa e protetta raccogliendo tutte le informazioni utili allo scopo attraverso un'indagine condotta attraverso colloqui diretti con il paziente e con i familiari, contatti con il medico ospedaliero curante, il MAP e gli incaricati all'assistenza, compilando una Valutazione di Case Management (Allegato 3).

Il Case Manager, con il medico di reparto e il MAP/ PLS, valuteranno la possibilità della famiglia ad accogliere la persona a domicilio o altro percorso assistenziale adatto.

Qualora lo ritenesse necessario può inoltre richiedere l'intervento dell'Assistente Sociale e/o dello Psicologo Ospedaliero.

La corretta identificazione del paziente si rende necessaria in tutte le fasi della proposta/definizione del percorso assistenziale, facendo riferimento alla IOA 11.

c) Una volta definito il percorso assistenziale post ricovero l'infermiere referente, o il coordinatore infermieristico del reparto, compila la "Segnalazione Unica" (Allegato 4) con indicazione precisa della proposta del percorso di Dimissione Protetta, e se è necessario l'intervento dell'Assistente Sociale e/o dello Psicologo (vedi relativi paragrafi seguenti).

d) La Segnalazione, con la proposta del percorso di dimissione, deve essere inviata alla COT possibilmente 5 giorni e non meno di tre giorni lavorativi in anticipo rispetto alla prevista data di dimissione, anticipo necessario per dare il tempo di attivare tutti gli strumenti e gli attori che saranno coinvolti nell'intervento di continuità assistenziale. La proposta deve essere presentata da un medico (tranne per la segnalazione di rientro a domicilio o la comunicazione di decesso che può essere compilata direttamente dall'infermiere di reparto).

e) L'avviso di dimissione (segnalato nel Modulo di Segnalazione Unica, Allegato 4) con la data di dimissione effettiva, deve essere inviato per mail alla COT almeno 48H prima della stessa. Tale avviso può presentare anche solo la firma di un Infermiere del reparto. Salvo specifici casi concordati la dimissione non dovrà avvenire in giorni festivi o prefestivi. Il medico di reparto o il Coordinatore Infermieristico informeranno tempestivamente la Centrale Operativa Territoriale della motivazione di eventuali cambiamenti della data di dimissione comunicata.

La Centrale Operativa Territoriale inoltra la variazione del PAI a chi di competenza.

INTERVENTO DELL'ASSISTENTE SOCIALE

L'intervento dell'Assistente Sociale distrettuale nella procedura della dimissione protetta può essere richiesto dal reparto di degenza, dall'infermiere Case Manager attraverso la compilazione della scheda di valutazione CM (allegato 3), o direttamente dal paziente e dai suoi familiari, o dai Servizi Sociali che hanno in carico il paziente.

L'Assistente Sociale distrettuale incaricata delle dimissioni protette effettua la propria valutazione, e si raccorda con gli altri professionisti coinvolti nel progetto di assistenza.

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 5 di 13

A seconda dei casi l'Assistente Sociale distrettuale può limitare il proprio intervento ad una consulenza al reparto, volto ad informare, orientare, favorire il malato e la sua famiglia nell'accesso a benefici e servizi, oppure ad invio ai Servizi Sociali di competenza.

Qualora il progetto richieda una valutazione finalizzata alla residenzialità extra ospedaliera, definitiva o temporanea, l'Assistente Sociale del Territorio di competenza è tenuta a partecipare all'UVMD intraospedaliera.

INTERVENTO DELLO PSICOLOGO OSPEDALIERO

L'intervento dello Psicologo afferente all'UOSD di Psicologia Ospedaliera può essere richiesto sia dal reparto di degenza, sia dall'infermiere Case Manager attraverso la scheda di valutazione CM, o segnalato attraverso la scheda di Brass Index.

Qualora con un degente o con la sua famiglia si presenti una situazione problematica riguardante la sfera psicologica (difficoltà relative al ricovero e/o alla malattia o problemi premorbosi comportanti la mancata compliance del paziente alla cura o difficoltà in fase diagnostica, conflittualità con l'equipe, difficile elaborazione di malattia etc.), il servizio può aiutare a definire il problema e, a seconda che il disagio risulti risolvibile nel corso del ricovero o meno, effettuare una presa in carico diretta oppure inviare il paziente, previo contatto, ai servizi territoriali competenti.

Lo Psicologo effettua la propria valutazione, e si raccorda con gli altri professionisti coinvolti nel progetto di aiuto.

Qualora sia ritenuto necessario per il progetto di continuità di cura territoriale, lo Psicologo può essere coinvolto nell'UVMD.

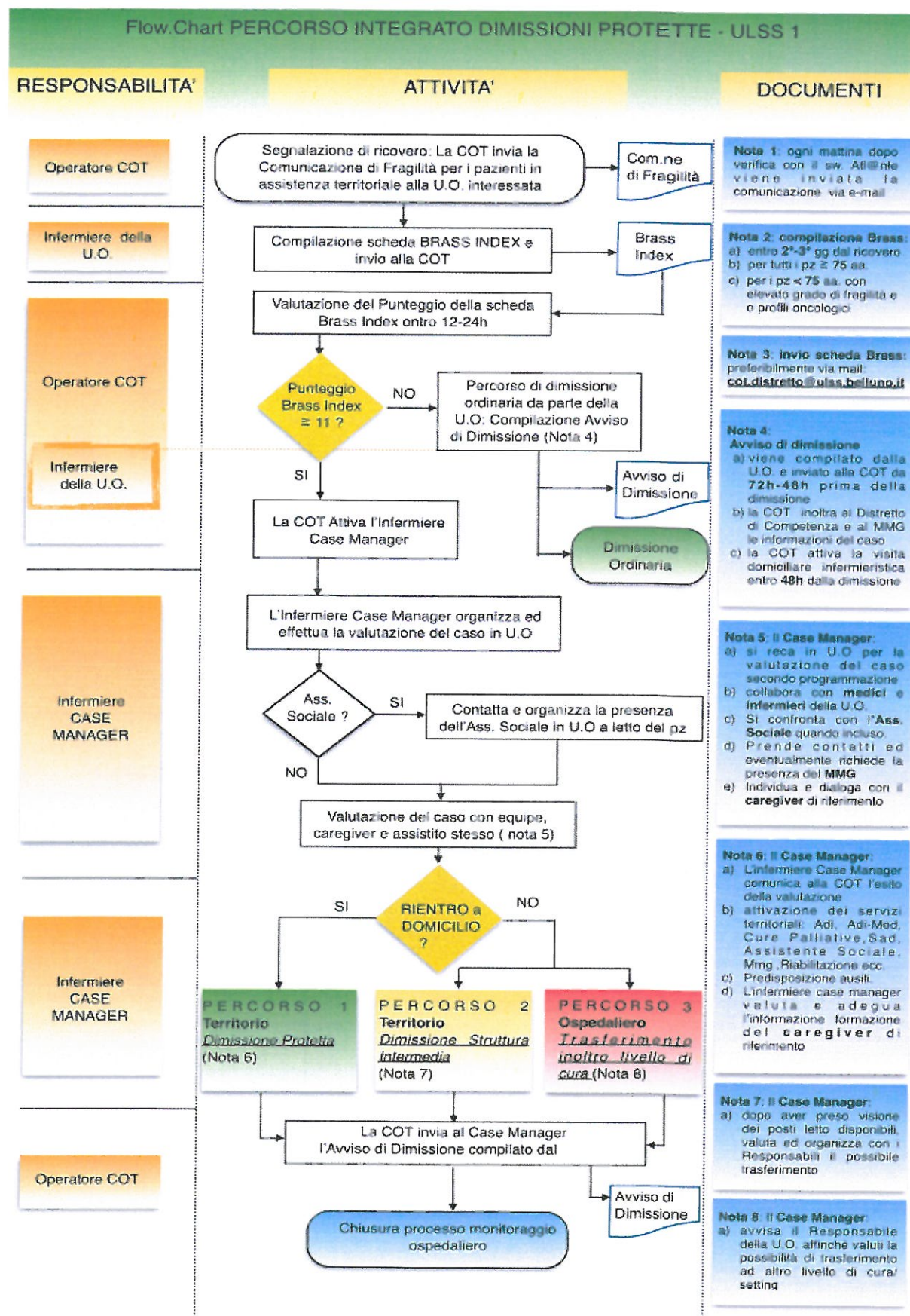
I PUNTI CRITICI E GLI ELEMENTI QUALIFICANTI DI UNA DIMISSIONE PROTETTA SONO:


- Appropriatezza della dimissione
- Identificazione dei fattori di rischio di possibile rientro in Ospedale
- Comunicazione bidirezionale (che può essere cartacea, telefonica o elettronica) tra i due poli per quanto attiene: la descrizione delle condizioni cliniche, dello stato funzionale e cognitivo, il piano di cure e assistenza, l'elenco dei problemi aperti, degli obiettivi, delle preferenze del paziente, delle terapie farmacologiche in atto, la prescrizione dei presidi e/o ausili, le certificazioni necessarie ai fini di ottenere l'esenzione per patologia dalla partecipazione alla spesa (ticket), eventuale certificazione medica per invalidità civile.
- Il consenso e la preparazione del paziente e della sua famiglia al trasferimento
- L'informazione e l'accordo del MAP.

Da quanto sopra emerge che una caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi familiari, la Centrale Operativa Territoriale, il reparto ospedaliero di degenza, il Case Manager, il MAP e il Distretto.

REGIONE DEL VENETO  ULSS 1 DOLOMITI	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 6 di 13

Flow Chart PERCORSO INTEGRATO DIMISSIONI PROTETTE ULSS 1 DISTRETTO DI BELLUNO



	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 7 di 13

7. TRASFERIMENTI DI SETTING ASSISTENZIALI:

7.1. Rientro a domicilio senza necessità di avviare un percorso di continuità assistenziale

7.2. Rientro a domicilio con attivazione dell'ADIMED (ASSISTENZA DOMICILIARE A CARATTERE SANITARIO E INTEGRATA CON IL SERVIZIO SOCIALE)

L'Adimed è una forma di assistenza domiciliare complessa che prevede interventi di varie figure professionali, riservata ai pazienti con patologie di particolare gravità, che richiedono un elevato impegno medico e una pronta reperibilità, garantita da personale medico e infermieristico e dal medico curante.

Per i pazienti per i quali viene predisposto un piano assistenziale a domicilio con attivazione dell'ADIMED, viene organizzata la UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale), a cui partecipano il Direttore del Distretto o un suo delegato, il MAP/PLS, l'Assistente Sociale territorialmente competente, il Case Manager di riferimento, e altre figure sanitarie o sociali (infermiere, fisioterapista, medico specialista, Psicologo, infermiere della Centrale Operativa Territoriale). Ricevuta la segnalazione, un operatore della Centrale Operativa Territoriale contatta i partecipanti e convoca l'UVMD per predisporre il Piano Assistenziale Individuale. La Responsabilità dell'UVMD è del Direttore del Distretto o del suo delegato.

Per l'eleggibilità clinica del paziente per l'Assistenza Domiciliare nelle forme indicate nel riquadro seguente, si riporta alla Procedura "Attivazione specifica dell'assistenza domiciliare ADI) della quale di seguito si riportano alcune specifiche:

1- ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE (PROFILO B)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ È un servizio che eroga assistenza infermieristica a domicilio dalle ore 7.00 alle ore 14.00 dal lunedì al venerdì. ▪ L'assistenza è assicurata da infermieri in ambito domiciliare.
A CHI È RIVOLTO?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A tutti i cittadini senza limiti di età, non deambulabili, non trasportabili, che necessitano di interventi socio sanitari. ▪ Il servizio si rivolge a persone non autosufficienti con patologie croniche o patologie acute temporaneamente invalidanti.
QUALI SONO LE PRESTAZIONI CHE SI EROGANO?
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prelievo venoso ▪ Misurazione pressione ▪ Educazione sanitaria per gestione patologie complesse ▪ Medicazioni decubiti, ulcere trofiche, ferite chirurgiche, tracheostomie ▪ Gestione del catetere vescicale, urostomia, colon/ileostomia, clistere evacuativo) ▪ Gestione della nutrizione enterale (Sng, Peg) ▪ Gestione del catetere venoso centrale, port-a cath, terapia infusiva periferica, iniezioni
OBIETTIVI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ si propone di favorire la permanenza nel proprio ambito familiare dell'utente, migliorandone la qualità della vita e coinvolgendo nell'assistenza tutte le risorse disponibili. ▪ L'erogazione dell'assistenza è basata su criteri di efficacia, efficienza, rapidità nella risposta e <u>personalizzazione</u>. La valutazione dei bisogni, il dialogo, l'educazione sanitaria dell'utente e della famiglia e l'assistenza secondo linee guida, sono i punti qualificanti. ▪ Le prestazioni non sono soggette a pagamento.

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 8 di 13

2. ASSISTENZA MEDICA PROGRAMMATA (ADI PROFILO C)

È l'assistenza fornita dal MAP e dal PLS a favore di assistiti non deambulanti o non autosufficienti, attraverso visite programmate periodicamente (a cadenza settimanale, quindicinale o mensile) a domicilio del paziente.

3. ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE (PROFILO A)

È l'assistenza fornita dai fisioterapisti (di una ditta convenzionata) a favore di assistiti non deambulanti o non autosufficienti su prescrizione di uno specialista fisiatra.

ASSISTENZA PROTESICA E FORNITURA DI PROTESI E AUSILI

È l'assistenza che assicura agli utenti la fornitura di ausili (esempio: traverse e pannoloni), protesi e presidi (esempio: letti, materassi antidecubito, carrozzine).

MODALITÀ DI ACCESSO

La prescrizione specialistica della protesi o dell'ausilio necessario, corredata dalla certificazione dell'invalidità civile (o dalla domanda di richiesta di invalidità civile) viene consegnata all'ufficio protesi dell'ambito distrettuale di residenza per l'autorizzazione, da parte del Direttore del Distretto.

E' presente a Belluno un Ufficio Informazioni e Consulenza su Accessibilità ed Ausili (UICAA) con un numero verde attivo: 800231622

PRESIDI PER L'INCONTINENZA: È presente ogni martedì dalle 8.00 alle 10.00, presso la sede del Distretto di Belluno e presso la sede del Distretto del Cadore, personale infermieristico (di una ditta convenzionata) addetto alla fornitura. Ad Agordo il servizio riceve l'utenza il lunedì dalle 8,00 alle 12,30 mentre dal martedì al venerdì dalle 8,00 alle 11,00

SAD: SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

- Il S.A.D. è un servizio gestito direttamente dal Comune o delegato ad altro Ente Pubblico (Comunità Montana - ULSS).
- E' un modulo assistenziale che attraverso l'intervento dell' Assistente Sociale (A.S.) e dell'Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) realizza a domicilio un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo, come sostegno alla rete familiare.
- Tipologia di prestazioni: aiuti volti alla cura della persona, aiuto nel governo dell'alloggio, interventi di accompagnamento, consegna pasti a domicilio
- Servizio a pagamento secondo reddito

La Centrale Operativa Territoriale inoltra la variazione del PAI a chi di competenza.

7.3. Rientro a domicilio con attivazione dell'ADIMED e il servizio di Cure Palliative attraverso l'attivazione della UOSD di Cure Palliative.

Per i pazienti per i quali viene predisposto un piano assistenziale a domicilio con attivazione dell'ADIMED e delle cure palliative viene organizzata la UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale), a cui partecipano il medico di medicina generale, il case manager di riferimento, l'assistente sociale territorialmente competente, il direttore del distretto o un suo delegato, e altre figure sanitarie o sociali (ad esempio il personale di CCPP), il medico Palliativista, (infermiere, fisioterapista, medico specialista, psicologo, personale della Centrale Operativa

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 9 di 13

Territoriale). L'organizzazione dell'UVMD viene gestita da un operatore della Centrale Operativa Territoriale, che contatta i partecipanti.

La Responsabilità dell'UVMD è del medico referente UVMD.

L'eleggibilità clinica del paziente che necessita di Cure Palliative viene riassunto nei seguenti parametri:

- una prognosi di vita minore/uguale ad un anno
- Karnosky inferiore a 50 (All.6 PGA 45 Rev.1 Scala di Karnofsky)

Per le Cure Palliative (CCPP) domiciliari vengono definiti 2 livelli di assistenza:

Interventi di base: svolti dall'Equipe di base che garantisce un approccio palliativo attraverso un ottimale controllo dei sintomi e un'adeguata comunicazione con malato e famiglia. Sono erogati a pazienti che presentano patologie con progressione verso la terminalità, oncologiche e non, senza criticità specifiche o sintomatologia complessa, ma che necessitano di continuità assistenziale. Questa viene fornita da operatori sanitari (MAP e Infermieri di assistenza domiciliare), con buona conoscenza di base delle CP, che possono avvalersi della consulenza dell'equipe specialistica (UOCP).

Interventi di Equipe con competenza specialistica, svolti dalla UOCP e rivolti a pazienti che presentano elevata complessità e criticità specifiche. L'UOCP si pone a garanzia del percorso di cura e ne diviene referente; il MAP diviene parte integrante dell'equipe specialistica. Il livello di complessità assistenziale erogata dall'Equipe specialistica prevede un'assistenza h24 in regime di ADIMED in collaborazione con l'ente gestore dell'assistenza domiciliare.

7.4. Rientro a domicilio con attivazione del servizio di Cure Palliative

Per i pazienti individuati dal case manager, o dallo specialista, viene proposta l'organizzazione dell'UVMD per attivare l'UOSD di cure palliative. Ricevuta la segnalazione, un operatore della Centrale Operativa Territoriale contatta i partecipanti e convoca l'UVMD per predisporre il Piano Assistenziale Individuale. La Responsabilità dell'UVMD è del medico referente UVMD (Direttore del Distretto o suo delegato). Viene organizzata la UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale), a cui partecipano il medico di medicina generale, il case manager di riferimento, l'assistente sociale territorialmente competente se necessaria, il direttore del distretto o un suo delegato, e altre figure sanitarie o sociali (infermiere, fisioterapista, medico specialista, psicologo, infermiere della Centrale Operativa Territoriale), il personale delle CCPP, il medico Palliativista.

Viene attivata l'UOSD di cure palliative con conseguente redazione di cartella domiciliare.

In sede di Uvmd vengono evidenziati i bisogni del paziente e della sua famiglia e quindi predisposto un piano assistenziale individualizzato.

7.5. Rientro a domicilio con attivazione di un accesso infermieristico o medico entro 48h dalla dimissione.

I pazienti ultra75enni ricoverati, ed in ogni caso i pazienti segnalati come "fragili" alla COT perché presentano uno score della scheda di Brass inferiore a 10, previa valutazione del Case Manager e qualora non sia prevista la successiva attivazione di ADI, vengono segnalati per l'attivazione di un accesso infermieristico (profilo B) o del MAP (profilo C) entro 48H dalla dimissione.

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 10 di 13

Se l'accesso viene effettuato dall' infermiere, egli compilerà una Scheda di Brass Territoriale (allegato 5) ed una Scheda di Valutazione Infermieristica Globale (Allegato 6). Le schede devono essere inviate alla COT che le trasferisce al Case Manager per la rivalutazione e il monitoraggio del percorso, e che comunicherà al MAP del paziente le sue osservazioni.

Per le specifiche interazioni tra COT, Distretto e MAP si fa riferimento alla Procedura PG 02 "Accesso entro 48h dalla Dimissione per pazienti over 75 anni" e Allegati.

7.6. Ricovero nelle Strutture Intermedie Territoriali: Istituti di Riabilitazione extra-ospedalieri, Ospedale di Comunità, Hospice.

La Segnalazione con la proposta di accoglienza in Struttura Intermedia deve essere inviata alla COT in congruo anticipo rispetto alla data di presunta dimissione per consentire un'adeguata preparazione e organizzazione del ricovero. La proposta deve essere presentata dal medico curante, MAP o ospedaliero, che ha in cura il paziente.

La COT si attiva inoltrando la domanda alla Struttura di riferimento ed avvisando il Case Manager di competenza.

Per i criteri di accoglienza della struttura si fa riferimento alle Procedure specifiche (Ospedale di Comunità, Hospice)

- Domanda di inserimento in Ospedale di Comunità

In caso di impossibilità di dimissione a domicilio per complessità clinica e assistenziale, per necessità di stabilizzazione clinica e/o di recupero funzionale si può inoltrare la domanda di inserimento in Ospedale di Comunità. La richiesta va inoltrata alla Centrale Operativa Territoriale (vedi allegato 4) che la invia al Direttore di Distretto o suo delegato per l'autorizzazione e una volta autorizzata la invia al Responsabile medico dell'Ospedale di Comunità, che deciderà l'ingresso sulla base dell'organizzazione del reparto. Inoltre la richiesta viene inoltrata al Case Manager per la valutazione del paziente e all'Assistente Sociale territorialmente competente per la compilazione della scheda SVAMA sociale.

Presso questa struttura sono ammessi pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di cure ospedaliere (specie dopo un periodo di ricovero in strutture per malati in fase acuta), pazienti da sottoporre a controllo sanitario protratto e/o a terapie mediche e riabilitative estensive, pazienti affetti da aggravamento dello stato generale di salute senza adeguato supporto familiare o ambientale.

- Domanda di valutazione per l'Hospice:

Per pazienti affetti da una malattia inguaribile che necessitano di cure palliative e/o in condizioni di terminalità, vi è la possibilità di ricovero in Hospice ("Casa Tua Due") di Belluno, struttura residenziale dedicata alla protezione, cura e assistenza continua di questa tipologia di malati. Si tratta di una realtà molto simile ad una casa, che unisce alla sicurezza di una struttura sanitaria moderna la possibilità di condurre una vita normale assieme ai propri familiari. E' inserita nell'area ospedaliera, costituita da 8 alloggi indipendenti e che rendono possibile l'accoglienza anche di un familiare / accompagnatore.

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 11 di 13

I criteri di accoglimento in Hospice sono:

- assenza o non idoneità della famiglia;
- inadeguatezza della casa a trattamenti domiciliari;
- impossibilità di controllo adeguato dei sintomi al domicilio;
- necessità di un periodo di “solievo” per la famiglia;
- stato di “emergenza”, in attesa di altro piano assistenziale adeguato.

Le finalità dell'Hospice sono:

- Realizzare un programma di Cure Palliative personalizzato ed orientato a migliorare la qualità della vita residua, attraverso una risposta globale ai bisogni (fisici, psico-emozionali, sociali e spirituali) del paziente affetto da una malattia inguaribile, in condizioni di terminalità, e della sua famiglia.
 - Realizzare una valida alternativa al domicilio del malato quando questo non è, temporaneamente o definitivamente, idoneo ad accoglierlo.
 - Costituire una pronta offerta assistenziale che permetta di evitare il ricorso a ricoveri “impropri”, in Ospedale.
 - Offrire un luogo di degenza come supporto alle famiglie per alleviarle (formula “solievo”) dalla cura del proprio congiunto.
 - Valutazione e monitoraggio delle Cure Palliative inefficaci in regime domiciliare.
 - Accompagnare alla morte, preparare e sostenere i familiari nel lutto.
 - Offrire occasioni di formazione e preparazione pratica del personale (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, assistenti spirituali, volontari, ecc.).
 - Promuovere il rinnovamento della pratica medica in termini umanistici e “patient-centered”.

La domanda di valutazione per ricovero in Hospice viene inviata alla COT che la inoltra al medico responsabile del Servizio, il quale verifica l'appropriatezza della richiesta con la visita al paziente. Successivamente alla sua approvazione viene organizzata una UVMD, di cui sono componenti obbligatori il Direttore di Distretto o suo delegato, il medico responsabile e l'assistente sociale dell'Hospice, che verbalizzerà l'atto del ricovero e l'atto di dimissione dall'Hospice.

7.7. Ricovero definitivo o temporaneo in una Struttura Residenziale per non autosufficienti: assistenza nelle altre strutture della rete dei servizi socio sanitari territoriali previa attivazione dell' UVMD

Nei casi di:

- temporanea o permanente impossibilità della famiglia ad accogliere a domicilio il paziente o in assenza di familiari di riferimento.
- prevalenti bisogni di tipo socio-assistenziali
- elevata complessità ed intensità sanitaria ed assistenziale non gestibile con le cure domiciliari

un familiare, il medico curante, l' Assistente Sociale di riferimento, o altro conoscente richiedono una valutazione per l'inserimento in struttura residenziale per non autosufficienti.: si fa riferimento alla specifica procedura di ricovero in struttura residenziale.

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale	PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno	Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette	Pag. 12 di 13

7.8. Rientro in Struttura Residenziale di provenienza:

Il rientro è definito come una ordinaria dimissione. Verranno eventualmente valutati i casi di persone residenti in struttura a ridotta intensità assistenziale le cui condizioni sanitarie alla dimissione dall'ospedale richiedano il passaggio in struttura a media intensità: si rinvia alla procedura specifica di ricovero in struttura residenziale.

8. La riconciliazione farmacologica e scheda unica di terapia:

La COT mediante il modulo segnalazione unica verifica la presa visione del medico curante per la riconciliazione farmacologica con riferimento alla procedura PGA 59

9. Transition delle tecnologie:

La COT monitora e informa il Suem 118 circa i pazienti fragili che utilizzano CPAP (Continuous Positive Airway Pressure), ventilatore, ossigenoterapia ect) secondo la IO 05 COT

10. Indicatori

Indicatore	esito	processo	struttura	Resp. raccolta dati	Frequenza	Resp. rielaboraz. dati	Modalità raccolta	Standard ottimali
Tempi attivazione Dimissione protetta		X		Referente Qualità Unità (RMCQ)	mensile	Referente Qualità Unità (RMCQ)	Estrazione da programma	72 h
Controlli di qualità		X		Personale infermieristico	quadrim.	Referente Qualità Unità (RMCQ)	Modulistica predisposta	Concordanza diagnostica
Indagine soddisfazione utenza	X			Referente Qualità Unità (RMCQ)	triennale	Referente Qualità Unità (RMCQ)	questionari	N° utenti contattati/ n° utenti aderito 80% utenti soddisfatti
N° mensile di dimissioni protette su numero di dimissioni totali (in percentuale)			X	Referente Qualità Unità (RMCQ)	annuale	Referente Qualità Unità (RMCQ)	Estrazione da programma	90%: ottimo; 70%: buono; 50%: sufficiente)
N° di UVMD mensili attivate da COT su numero totale (in percentuale)		X		Referente Qualità Unità (RMCQ)	mensile	Referente Qualità Unità (RMCQ)	Estrazione da programma	80%: ottimo; 60%: buono; 40%: sufficiente

	SISTEMA di GESTIONE PER LA QUALITÀ Procedura Gestionale Aziendale		PGA 45
	Azienda ULSS n.1 Dolomiti Distretto di Belluno		Rev. 1 del 14/05/18
	Dimissioni Protette		Pag. 13 di 13

11. Archiviazione

Di seguito si riporta l'iter gestionale dei documenti di registrazione considerati nella presente procedura:

DOCUMENTO	EMESSO	APPROVATO	AGGIORNATO ARCHIVIATO DA	CONSERV.	LUOGO
PGA45 "Dimissioni protette"	Si veda frontespizio	Si veda frontespizio	Archiviato da :SQ Aggiornato da: Coordinatore COT	3 anni	SQ
All.1 Comunicazione di fragilità	Si veda frontespizio	Si veda frontespizio	Archiviato da :SQ	3 anni	SQ+Distretto
All.2 cheda di Brass Index Ospedaliera	Si veda frontespizio	Si veda frontespizio	Aggiornato da: Coordinatore COT	3 anni	SQ+Distretto
All.3 Valutazione di Case Management	Si veda frontespizio	Si veda frontespizio	Archiviato da :SQ	3 anni	SQ+Distretto
All.4 Modulo Segnalazione Unica	Si veda frontespizio	Si veda frontespizio	Aggiornato da: Coordinatore COT	3 anni	SQ+Distretto
All.5 Scheda di Brass Index Territoriale	Si veda frontespizio	Si veda frontespizio	Archiviato da :SQ	3 anni	SQ+Distretto
All.6 Scala di Karnofsky	Si veda frontespizio	Si veda frontespizio	Aggiornato da: Coordinatore COT	3 anni	SQ+Distretto

12. Sintesi delle modifiche

Rev.	Data	Descrizione modifiche
0	24/11/14	1A Emissione
1	14/05/2018	Inserito nuovo format aziendale Modalità della Dimissione protetta, modifica dei partecipanti e degli allegati, Descrizione dell'attività del Case Manager Aggiornamenti punti 8,9

13. Allegati:

- All.1 PGA 45 Rev.1: Comunicazione di fragilità
- All.2 PGA 45 Rev.1: Scheda di Brass Index Ospedaliera
- All.3 PGA 45 Rev.1: Valutazione di Case Management
- All.4 PGA 45 Rev.1: Modulo Segnalazione Unica
- All.5 PGA 45 Rev.1: Scheda di Brass Index Territoriale e
- All.6 PGA 45 Rev.1: Scheda di valutazione Infermieristica Globale
- All.7 PGA 45 Rev.1: Scheda Scala di Karnofsky