

Distretto 2 Mirandola
Presidio Ospedaliero Mirandola-Finale E.

Riorganizzazione del percorso “DIMISSIONE PROTETTA” nel Distretto di Mirandola

OBIETTIVI

La riorganizzazione del percorso di dimissione protetta attualmente esistente nel nostro Distretto nasce dalla **necessità di migliorare ed ottimizzare l’assistenza al paziente** nel passaggio dalla fase acuta (ospedalizzazione) alla fase sub-acuta e/o cronica (domicilio, rete dei servizi socio-sanitari) in relazione ai suoi bisogni ed al tipo di patologia.

Vi è inoltre l’esigenza di:

- **ridurre i tempi di degenza** ed i relativi costi per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione permettendo un utilizzo più congruo dei posti letto evitando ospedalizzazioni protratte;
- **utilizzare** al meglio le risorse esistenti all’interno del sistema ospedale-territorio e **favorire** un più congruo utilizzo dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- **realizzare un Punto Unico di Riferimento per le Dimissioni Protette** previsto dalla riorganizzazione delle Cure Domiciliari all’interno del territorio distrettuale che sia da collegamento fra i Nuclei di Cure Primarie, le UU.OO. ospedaliere, i Servizi Sociali dei nove Comuni del Distretto, l’Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) ed il Servizio Assistenza Anziani, la rete dei servizi ;
- **permettere** una maggiore conoscenza dell’offerta di prestazioni socio-sanitarie ed un miglior utilizzo dei percorsi in relazione ai bisogni;
- **diffondere** la cultura dell’approccio “olistico” al paziente secondo il modello bio-psico-sociale e della valutazione multidimensionale;
- **promuovere** modalità di educazione alla salute nei pazienti e nei loro familiari incoraggiando un loro ruolo partecipativo anche nella erogazione dell’assistenza.

Attori coinvolti nel progetto:

- Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero di Mirandola e Finale Emilia;
- Direzione Sanitaria di Distretto;
- UU.OO. del Presidio Ospedaliero di Mirandola e Finale Emilia;
- U.O. Cure Primarie del Distretto: Servizio Infermieristico Domiciliare; U.O. Salute Anziani; Unità di Valutazione Geriatrica; Nuclei di Cure Primarie;
- Servizio Assistenza Anziani Comuni Modenesi Area Nord;
- Servizi Sociali dei nove Comuni del Distretto;
- rappresentanti medici di medicina generale;
- rappresentanti associazioni di volontariato maggiormente coinvolte.

PROCEDURE ORGANIZZATIVE

Il percorso “Dimissione Protetta individua 4 momenti fondamentali:

- 1) identificazione del caso come “difficile”;
- 2) segnalazione del caso;
- 3) valutazione dei bisogni socio-sanitari;
- 4) presa in carico/inserimento nella rete dei servizi.

1) Identificazione e “screening” del paziente a rischio

Consiste nella individuazione dei pazienti con problematiche di tipo socio-assistenziale anche in fase molto precoce soprattutto perché rappresentano quelle situazioni (es. anziano “fragile” con elevata comorbidità, paziente in labile compenso clinico, paziente affetto da patologie cronicodegenerative a tendenza invalidante ed in condizioni di solitudine e/o disagio sociale) a maggior rischio di “rientro” nella rete ospedaliera e con notevoli problemi per la dimissione.

Possiamo distinguere in questa fase un percorso di tipo “A” che si realizza già al momento dell’accesso in ospedale (e quindi al Pronto Soccorso) e un percorso di tipo “B” che si svolge a livello del reparto di destinazione del paziente.

Il **percorso di tipo “A”** permette la individuazione dei casi problematici già al momento dell’accesso in ospedale e quindi la possibilità di una segnalazione precoce al **Punto Unico di Riferimento per le Dimissioni Protette** situato nell’ambito dei Servizi Distrettuali (Servizio Assistenza Anziani- Centro Servizi- piano terra ingresso 6; il numero telefonico è : **0535-29694** oppure: **335-5990306** (infermiera case-manager) ; fax: **0535-29691**; indirizzo di posta elettronica: a.roncatti@ausl.mo.it

Fondamentale in tale fase sarà il ruolo svolto dal medico di medicina generale, soprattutto per quei casi che accedono al P.S. con richiesta del medico stesso.

Nei casi di accesso in Ospedale con richiesta del medico curante tale richiesta dovrà contenere, oltre alle indicazioni sulle problematiche sanitarie riscontrate e sulla terapia, anche informazioni sull’esistenza di eventuali problematiche assistenziali e/o sociali (compilazione da parte del medico di medicina generale della scheda di accesso ed eventuale contatto telefonico– vedi allegato 1 -).

Se il paziente viene ricoverato queste stesse informazioni saranno trasmesse al reparto di destinazione; se il paziente non viene ricoverato ma dimesso dal Pronto Soccorso sarà cura del Pronto Soccorso stesso segnalare il caso al Punto Unico di Riferimento per eventuale presa in carico previo contatto con il medico di medicina generale.

Nei casi di accesso diretto in Ospedale senza richiesta del medico curante il Pronto Soccorso potrà attivare direttamente il Punto Unico di Riferimento per le Dimissioni Protette se vengono rilevati eventuali **fattori di rischio di non autosufficienza** (come ad es. accessi ripetuti al P.S. e/o cattive condizioni igieniche) **raccolti in una apposita scheda di segnalazione** (vedi allegato 2) in dotazione a tutte le UU.OO. ospedaliere compreso il Pronto Soccorso (vedi schema di flusso A).



Il **percorso di tipo “B”** avviene a livello del reparto di destinazione del paziente.

La caposala ed il medico di reparto individuano il caso come “difficile” attraverso la compilazione di una **scheda di segnalazione** in cui sono indicati i **fattori di rischio di non autosufficienza** (vedi allegato 2) utilizzando anche le informazioni contenute nella cartella infermieristica.

Tale scheda di segnalazione va inviata (vedi procedura punto 2 – segnalazione del caso) all’assistente sanitaria alle dimissioni protette.

Il medico di reparto potrà acquisire ulteriori informazioni sulla storia clinica del paziente contattando direttamente il medico di medicina generale.

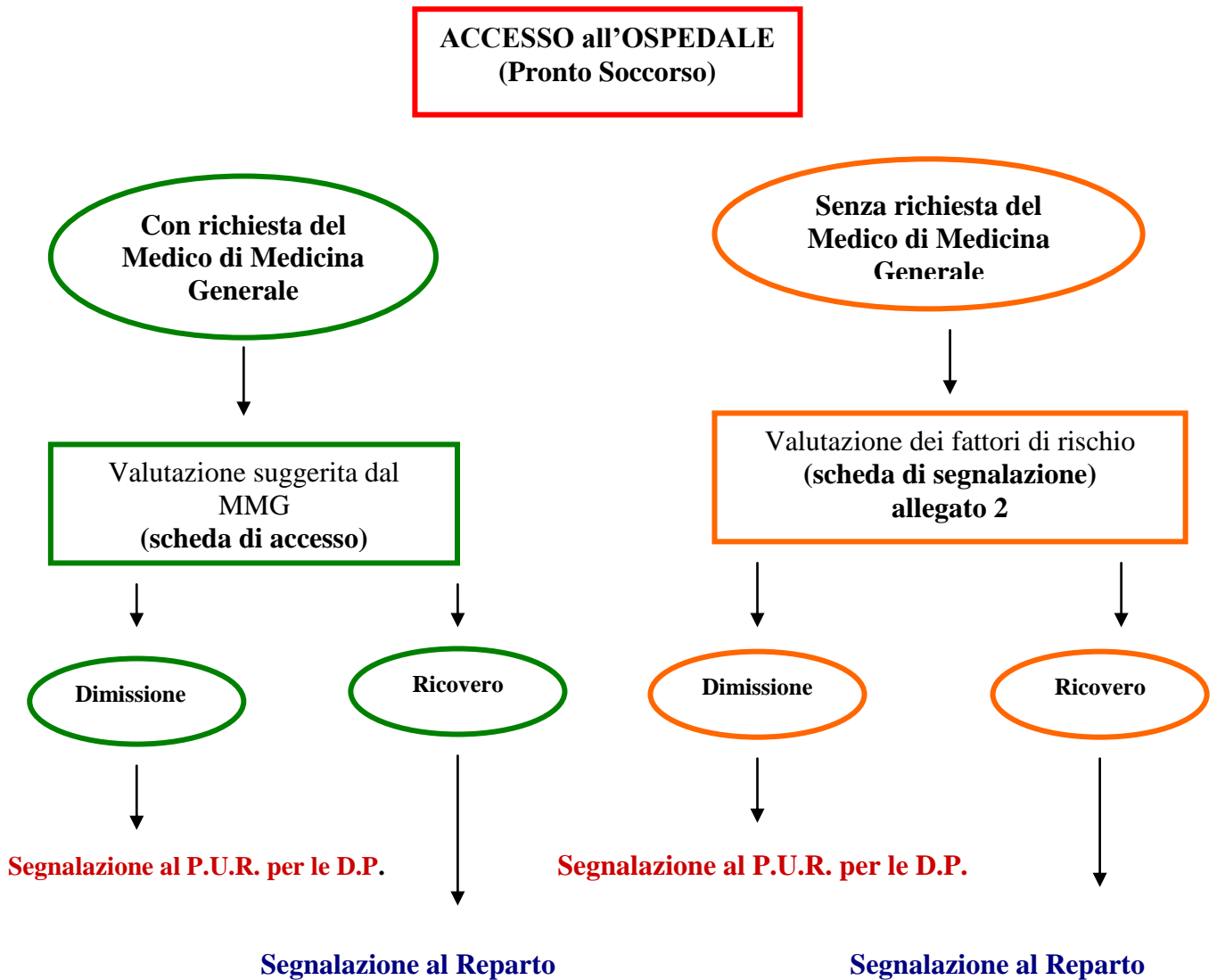
Al momento del ricovero il Reparto, attraverso la caposala, particolarmente per casi sociali complessi (come anziani che vivono soli o pazienti extracomunitari senza una rete familiare adeguata) deve acquisire documentazione idonea per l’identificazione del domicilio del paziente (per es. risultante dal permesso di soggiorno). Gli eventuali contatti con l’assistente sociale responsabile del caso del Comune di provenienza del paziente saranno tenuti dall’assistente sanitaria alle dimissioni protette che è referente dell’istruttoria del caso.

Se il caso è idoneo l’unità operativa di riferimento (caposala) provvederà alla fase successiva che è la segnalazione del caso alla assistente sanitaria alle dimissioni protette. (vedi schema di flusso B).

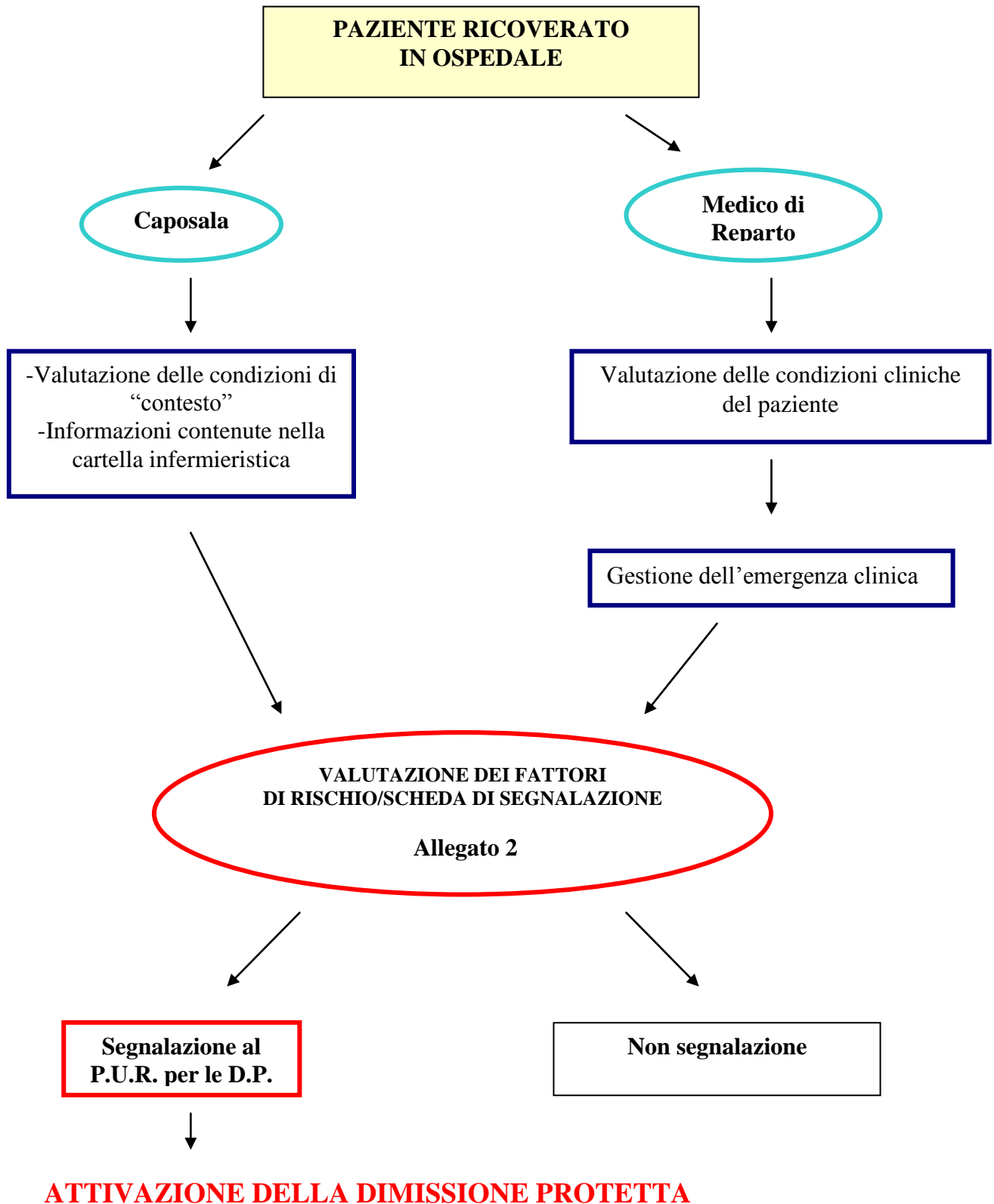
E’ indispensabile che questa fase avvenga nel più breve tempo possibile.

IDENTIFICAZIONE E “SCREENING” DEL PAZIENTE A RISCHIO

Schema di FLUSSO A



Schema di FLUSSO B



2) Segnalazione del caso

Consiste nella attivazione del percorso “dimissione protetta” attraverso la segnalazione da parte dell’unità operativa al **Punto Unico di Riferimento per le Dimissioni Protette** situato nell’ambito dei Servizi Distrettuali.

La segnalazione a tale servizio dovrà essere effettuata entro 24 ore dalla individuazione dei fattori di rischio per non autosufficienza ed avviene **tramite invio della scheda di segnalazione per Dimissione Protetta per fax (0535-29691)**.L’invio può avvenire anche tramite e-mail all’indirizzo: a.roncatti@ausl.mo.it

Il case-manager alle dimissioni protette è reperibile telefonicamente al n° **335-5990306**.

Il case-manager delle Dimissioni Protette (che è una figura infermieristica con conoscenza della rete dei servizi) ricevuta la richiesta e raccolte le informazioni in una apposita **scheda di valutazione funzionale/analisi dei bisogni** (vedi allegato 3) svolge una vera e propria “azione di filtro” valutando il percorso più idoneo per la dimissione del paziente che prevede interventi diversi che vanno dalla semplice prescrizione di ausili necessari (richiedendo in tal caso la prescrizione da parte dello specialista coinvolto) alla attivazione dell’ADI (assistente domiciliare integrata) o del NODO e all’inserimento nella rete dei servizi.

In tutti i casi sarà compito dell’assistente sanitaria provvedere a contattare le **due figure di riferimento** presenti all’interno dei Nuclei di Cure Primarie del territorio distrettuale: il **medico di medicina generale** e l’**assistente sociale** del Comune del Distretto dove risiede il paziente.

Dai contatti intercorsi fra i professionisti interessati si deciderà se la valutazione e la stesura del piano assistenziale sarà effettuata in ospedale o a domicilio.

Per situazioni sociali particolarmente complesse (es. **pazienti extracomunitari, al di sotto dei 65 anni, con situazione socio-ambientale disagiata**) l’assistente sociale del Comune di provenienza del paziente dovrà verificare le condizioni socio-ambientali ed il contesto relazionale di riferimento formalizzando nell’ apposito progetto di sostegno i dati acquisiti al fine di individuare le modalità di intervento per la presa in carico nel periodo post-dimissione.

Se l’istruttoria esita nella individuazione delle competenze territoriali, l’assistente sociale si attiva , con il supporto dell’assistente sanitaria alle dimissioni protette per concordare tempi e modalità con i responsabili dei reparti ospedalieri della successiva dimissione.

Tali procedure saranno riassunte nell’apposita relazione che l’assistente sociale invierà al reparto per l’inserimento nella cartella clinica e per conoscenza alla Direzione Sanitaria dello Stabilimento Ospedaliero.

Nel caso in cui il paziente complesso segnalato provenga da un altro distretto sarà cura dell’assistente sanitaria alle dimissioni protette inviare idonea documentazione (vedi fase di valutazione dei bisogni) al Distretto di appartenenza e al Comune di riferimento informando contemporaneamente la Direzione Sanitaria sull’iter avviato e sui tempi previsti per la presa in carico da parte del Comune competente o della rete dei servizi di riferimento.

3) Valutazione dei bisogni socio-sanitari e 4) Presa in carico/inserimento nella rete dei servizi

La valutazione dei bisogni socio-sanitari è la fase della valutazione multidimensionale in reparto da parte di figure professionali differenti a seconda della complessità socio-sanitaria del caso.

Il case-manager **informa sempre il medico di medicina generale del paziente e l’assistente sociale del comune di residenza dello stesso**; dallo scambio delle informazioni acquisite si deciderà il percorso più idoneo al caso.

Se il paziente è un neoplastico si provvederà ad attivare la **consulenza oncologica** (da parte del reparto ospedaliero e/o a domicilio) per verificare i criteri di ammissibilità al **NODO** (Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico).

Se il paziente è un disabile con necessità di riabilitazione al di fuori dell'ambiente ospedaliero (per i casi che necessitano di riabilitazione intensiva in unità operative per acuti e di riabilitazione estensiva in Lungodegenza esistono protocolli specifici all'interno della rete ospedaliera) si utilizzeranno i percorsi già in uso alla Fisiatria (anche in tal caso l'assistente sanitaria alle dimissioni protette provvederà ad informare il medico di medicina generale).

Nel caso in cui il paziente sia dimissibile dall'ospedale ma non può rientrare a domicilio si possono attivare, in collaborazione con l'**UVG**, eventuali percorsi di riabilitazione in Casa Protetta e/o RSA. Per casi particolari di handicap adulto può essere attivata anche l'**UVAR** (Unità di Valutazione Abilità Residue) che valuterà le necessità più opportune al caso.

In relazione alle esigenze assistenziali, connesse al quadro clinico, il team professionale potrà, avvalersi, delle **specifiche consulenze specialistiche** (pneumologo, chirurgo, ortopedico, urologo ecc.) che **collaboreranno alla stesura del progetto assistenziale, a garanzia della continuità**.

Al fine di favorire il percorso di continuità assistenziale e soprattutto per quei pazienti in labile compenso clinico e/o in condizioni di non autosufficienza suscettibili comunque di un monitoraggio continuo attraverso la **stesura di un piano assistenziale condiviso tra specialisti ospedalieri e medico di medicina generale**, si individua lo **strumento dell'A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata)** quale modalità di risposta ai bisogni assistenziali emergenti.

In particolare, al momento della dimissione lo specialista ospedaliero ed il medico di medicina generale concorderanno tempi e modalità che dal punto di vista organizzativo si rimettono agli specifici accordi per l'assistenza domiciliare integrata e dovrà essere definita la massima possibilità di comunicazione diretta fra le due figure mediche.

Per il paziente ultrasessantacinquenne con problematiche socio-sanitarie complesse verrà attivata l'**Unità di Valutazione Geriatrica (UVG)** composta da medico geriatra-assistente sociale-infermiere professionale che, sulla base della valutazione multidimensionale geriatrica, elaborerà programmi assistenziali individuali (vedi allegato 4) per accesso ai seguenti servizi:

- erogazione di assegno di cura nell'ambito di un progetto assistenziale domiciliare;
- inserimento in struttura semiresidenziale (Centro Diurno);
- inserimento in struttura residenziale (Case Protette convenzionate del Distretto 2);
- inserimento in RSA (o Nuclei di Casa Protetta ad alta intensità sanitaria).

L'UVG invierà in ogni caso il piano assistenziale integrato effettuato durante la valutazione al medico di medicina generale del paziente.

Operativamente il percorso di valutazione e gestione del caso, da parte dell'Assistente sanitaria alle Dimissioni Protette, si riassume nella seguente procedura:

- 1) invio al reparto con obbligo di inserimento in cartella clinica di **copia della scheda di rilevazione dei bisogni socio-sanitari** con indicazione del percorso prevedibile per la gestione del post-ricovero e con indicazione dei tempi necessari al percorso di dimissione protetta;



Percorso Dimissione Protetta Distretto di Mirandola: modello operativo

