



AZIENDA USL PESCARA
UFFICIO DI
COORDINAMENTO A.D.I. E CURE DOMILIARI. COORDINAMENTO
GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Dirigente Medico Responsabile: Dr.ssa Mirella Scimia
Tel. 085 4253025 Fax 085 4253041 E. mail mirella.scimia@virgilio.it

LINEE GUIDA PER LA DIMISSIONE IN SICUREZZA DEL PAZIENTE: LA DIMISSIONE PROTETTA

Premessa

La gestione del paziente in dimissione è un nodo cruciale per la buona riuscita di ogni percorso ospedale territorio nella necessità di garantire una appropriata prosecuzione dell'assistenza al paziente in fase post-acuta.

Primo obiettivo è quello di identificare i bisogni del paziente alla dimissione e verificare le garanzie per il loro soddisfacimento attraverso il censimento delle risorse a disposizione.

La dimissione protetta viene attuata quando nel corso della degenza ospedaliera emergono problematiche di natura socio-sanitarie tali da rendere difficile l'ordinaria dimissione a domicilio. I percorsi assistenziali, attivati allo scopo, consentono di soddisfare i bisogni della persona che necessita di prestazioni sanitarie ed eventualmente prestazioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura sanitarie quelle socio-assistenziali – alberghiere.

Il momento della dimissione ospedaliera va quindi gestito dal punto di vista organizzativo garantendo il coordinamento tra l'equipe ospedaliera che segue il paziente in fase di ricovero (dirigente medico, caposala) e l'equipe territoriale (dirigente medico, MMG/PLS, infermiere, assistente sociale).

La scelta di un appropriato regime assistenziale quale prosecuzione della fase post-acuta ed un efficace coordinamento delle attività sanitarie e socio-assistenziali dopo la dimissione permetteranno la riduzione di inappropriati prolungamenti della degenza ospedaliera nonché di ricoveri ripetuti. Nel contempo la dimissione protetta non deve essere assolutamente intesa come una dimissione "precoce" del ricoverato rispetto ai tempi richiesti da una degenza ospedaliera che completi l'iter assistenziale necessario, bensì deve appunto essere concepita come l'organizzazione di un sistema di comunicazione e di integrazione ospedale-territorio al fine di garantire la continuità assistenziale del paziente

Un ulteriore obiettivo nella scelta del percorso sarà quello di privilegiare un rientro "protetto" al proprio domicilio od in alternativa in case di riposo, cercando nel contempo di ridurre gli inserimenti in altre strutture sanitarie. Favorire il mantenimento dei soggetti fragili presso il proprio domicilio attraverso lo sviluppo e la diffusione dei servizi domiciliari in forma integrata, contrastando il ricorso alla istituzionalizzazione è un indubbio vantaggio per la qualità della vita e un tentativo di rispondere in modo più appropriato al ridotto equilibrio clinico del paziente nel periodo immediatamente successivo al ricovero.

La famiglia e gli amici hanno una grande importanza nella cura della persona ammalata, in quanto fonte di affetto, comprensione e solidarietà: l'assistenza domiciliare può essere realizzata efficacemente solo con l'aiuto e la collaborazione consapevole del contesto affettivo-sociale del paziente. L'ambiente di vita ed i volti consueti, la presenza di persone legate affettivamente,

un'adeguata dimora, sono presupposti fondamentali nell'organizzazione delle cure e quindi per la buona riuscita delle stesse. La famiglia, infatti, oltre a rivestire questo essenziale ruolo affettivo, interviene anche nella pratica quotidiana dell'assistenza al paziente ponendosi in un atteggiamento di collaborazione costante con gli operatori sanitari.

In considerazione della tendenza sempre maggiore ad erogare cure a domicilio ed a garantire, quindi, un'assistenza idonea nell'ambiente di vita del soggetto, figura importante delle unità valutative è il medico di medicina generale. Egli, infatti, riprende in cura il paziente dopo l'evento acuto e ne sorveglia il ritorno in ambiente domestico.

Obiettivi della dimissione protetta

- dare impulso all'attività territoriale elevandone al contempo la complessità
- sviluppare alternative terapeutiche efficienti nell'ambito dell'economia aziendale
- ridurre la durata della fase di ricovero ospedaliero
- contenere i ricoveri incongrui e/o ripetuti
- creare una stretta interrelazione tra la fase ospedaliera e la fase di reinserimento nel territorio, rendendo le due funzioni più flessibili ed integrate
- promuovere attività congiunte tra il personale ospedaliero e del territorio.

Possono essere candidati alla dimissione protetta soggetti ospedalizzati, senza vincoli di età, affetti da patologie che superata la fase clinica critica, necessitano ancora di particolari prestazioni sanitarie, socio-assistenziali e riabilitative effettuabili al domicilio del paziente stesso.

La dimissione dalla struttura ospedaliera deve avvenire sempre e solo se vi è la certezza dell'attivazione delle cure domiciliari a seguito della richiesta del medico ospedaliero.

Procedure di attivazione

Il medico ospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente, invia al PUA del Distretto territorialmente competente, almeno 3 giorni prima la data prevista per le dimissioni, la proposta di dimissione protetta tramite l'apposito modulo (**all. A- SCHEDE DI DIMISSIONE PROTETTA**). È molto importante che la richiesta sia fatta con sufficiente anticipo per dar modo al distretto di provvedere in modo completo alle molte necessità del paziente per il rientro a casa.

La richiesta si inoltra tramite fax e deve essere accompagnata da un contatto telefonico. Nella sezione allegati di supporto del presente progetto sono disponibili i recapiti telefonici e fax dei:

- PUA dei distretti sanitari (**all. C8**)
- MMG (**all. C6**)
- PLS (**all. C7**)

Nella Dimissione protetta il Medico di famiglia è l'unico responsabile sanitario del paziente, pertanto la stessa non può essere avviata senza il suo avallo. Altro momento essenziale è l'analisi della capacità della famiglia di prendersi cura del proprio congiunto; ove questo requisito dovesse mancare (assenza del referente familiare o casegiver) l'assistenza domiciliare non può essere attivata.

Il Responsabile del caso o "case manager"

Il "Responsabile del caso" è un operatore che si assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato (è il garante del piano assistenziale individuale). È colui che ha in mano il controllo della fase operativa dell'ADI- dimissioni protette.

Rappresenta anche il primo riferimento “organizzativo” per l’assistito, la sua famiglia, gli operatori dell’equipe assistenziale. È, quindi, una figura di raccordo all’interno dell’equipe, ne garantisce l’integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

Può essere una figura sanitaria o sociale.

Il Responsabile del caso è individuato dall’UVM, partecipa alle sedute di valutazione (iniziale e di verifica), cura la comunicazione tra tutte le figure coinvolte nel processo assistenziale, compreso il paziente e i familiari.

Il case manager, essendo responsabile dell’attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale individuale, è colui che dà il “Nulla osta alla dimissione protetta” (**all. B8**) quando il PAI risulta implementato in ogni sua parte, così da garantire il rientro sicuro del paziente al proprio domicilio.

La valutazione multidimensionale (UVM)

L’unità di valutazione multidimensionale per la valutazione dei paziente candidati alla dimissione protetta è composta da:

- Responsabile di Distretto o suo delegato
- MMG/PLS
- Case manager
- Assistente sociale
- Medico specialista ospedaliero, in subordine specialista territoriale

L’UVM è attivata dal PUA ed ha il compito di stabilire il setting assistenziale del paziente.

Ove l’Unità di Valutazione decida di arruolare il paziente in dimissione protetta, la stessa provvederà a:

1. stilare il programma terapeutico completo individuando gli obiettivi dello stesso in tempi definiti (**all. B**);
2. richiedere alla farmacia ospedaliera tutti i farmaci e materiali necessari per la prima settimana di cura (**all. C4 e C9**);
3. ove necessario, richiedere, tramite l’apposita modulistica (**all. C2**), i presidi erogati dall’Ufficio di Protesica che riserverà una corsia preferenziale ai casi ADI provvedendo, quindi ad autorizzare nei tempi più brevi, la fornitura;
4. se necessita il trasporto in ambulanza per il ritorno al proprio domicilio, richiedere l’autorizzazione al trasporto presso le Direzioni Sanitarie del Presidio Ospedaliero tramite il modulo (**all. C3**);
5. se necessaria l’ossigeno terapia domiciliare, richiederne la fornitura seguendo le indicazioni dell’**all. C1**;
6. verifica programmata del progetto personalizzato e/o quando necessario.

L’orario della seduta di valutazione sarà concordata con il MMG/PLS e con lo specialista ospedaliero. Quest’ultimo opererà durante un suo normale turno di lavoro.

È molto importante che il MMG/PLS e gli specialisti ospedalieri si incontrino e dialoghino per far sì che l’ospedale si integri nel territorio e viceversa realizzando in tal modo, nel settore, la tanto ricercata integrazione e continuità terapeutica mettendo sinergicamente in comune le professionalità e le conoscenze.