



ASL Lodi



**AZIENDA  
OSPEDALIERA  
DELLA  
PROVINCIA  
DI LODI**

# **“DIMISSIONI PROTETTE: dall’ospedale al territorio per la continuità di cura”**

**Protocollo di intesa tra  
Azienda Sanitaria Locale di Lodi  
Azienda Ospedaliera di Lodi  
Medici di Medicina Generale  
Medici IDR - Medici RSA  
per il miglioramento continuo della qualità  
dell’assistenza ai cittadini dell’A.S.L. di Lodi**

versione 2011

## INDICE

Premessa	pag.	3
1. Definizione	pag.	4
2. Generalità	pag.	4
3. Le Dimissioni Ospedaliere Protette: scopo e campo di applicazione	pag.	5
4. Procedura per la Dimissione Protetta	pag.	6
4.1 Per il domicilio con attivazione dell'ADI	pag.	6
4.2 Ricovero in IDR dell'Azienda per i servizi alla persona "Valsasino" di S. Colombano al Lambro	pag.	6
4.2.1 Area della Riabilitazione Generale e Geriatrica	pag.	7
4.2.2 Area della Riabilitazione di Mantenimento	pag.	7
4.2.3 Area Stati Vegetativi	pag.	7
4.3 Area Psichiatrica, Psicogeriatrica ed altra Psicoorganicità	pag.	8
4.4 Attivazione procedure di inserimento in lista d'attesa per RSA	pag.	8
4.5 Rientro in RSA di residente ricoverato in ospedale.	pag.	9
4.6 Dimissione per il domicilio con attivazione dell'Ospedalizzazione Domiciliare per Cure Palliative Oncologiche.	pag.	9
4.7 Trasferimento in Hospice	pag.	9
4.8 Dimissione del paziente ad elevata complessità assistenziale	pag.	10
5. Servizio di Supporto alle Dimissioni Protette	pag.	10
6. Condizioni necessarie per garantire l'efficienza e la sicurezza delle Dimissioni Protette	pag.	11
7. Elenco degli allegati	pag.	12

# **“DIMISSIONI PROTETTE: DALL’ OSPEDALE AL TERRITORIO PER LA CONTINUITÀ DI CURA”**

## **Premessa**

Il presente documento rappresenta la revisione di quello precedentemente adottato dalla ASL di Lodi e dall’A.O. della Provincia di Lodi (Delibera n° 30 del 25/2/2008).

La revisione si è resa necessaria a seguito delle variazioni organizzative che hanno interessato sia i servizi della ASL che le U.O. della A.O. e nel rispetto delle indicazioni regionali di cui all’allegato n° 17.E della DGR IX/937 del 1/12/2010 “Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2011“.La revisione è stata portata a termine dal “Tavolo tecnico interaziendale”, istituito presso la ASL di Lodi e così composto:

### **Medici di Medicina Generale (MMG)**

Dott. Natali Marcello

Dott. Oltolini Angelo

### **Medici Specialisti Ospedalieri (MO)**

Dott. Altavilla Roberto

Dott. Bernocchi Paolo

Dott. Cunietti Ettore

Dott. Fugazza Luciano

Dott. Scanzi Giorgio

### **I.D.R.**

Dott. Migliorati Giuseppe

### **R.S.A.**

Dssa Pelliccioli Irene

### **ASL Lodi**

Dssa Alboni Olivia

Dssa Borgese Annunziata

Dott. Monticelli Giuseppe

Dssa Mori Patrizia

Dssa Opezzo Cristina

Dott. Sportelli Giancarlo

Il domicilio è considerato il luogo privilegiato dove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l’autosufficienza, superata la fase di acuzie e post-acuzie della malattia e l’eventuale periodo di intervento intensivo o estensivo in area riabilitativa. Anche nei casi in cui la malattia cronicizza e determina la perdita permanente, totale o parziale dell’autonomia, l’ambiente domestico costituisce sempre un forte stimolo ad affrontare la malattia ed al massimo recupero di funzionalità.

Se le cure al domicilio rappresentano un’opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante, il rientro al domicilio dopo un ricovero ospedaliero può essere, per molti, fonte di gravi disagi e difficoltà. Infatti, si passa da una

assistenza sanitaria di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto nel tempo e nella intensità, con forte carico sulla famiglia e sul Medico di Medicina Generale (MMG). Anche là dove sono disponibili servizi sanitari e sociali al domicilio, spesso i familiari devono affrontare difficoltà burocratiche, problemi organizzativi, tempi di attesa prolungati che possono provocare una soluzione di continuo fra cure ospedaliere e domiciliari. La mancata integrazione dell'Ospedale con il Territorio potrebbe provocare:

dimissioni precoci  
dimissioni non organizzate  
improprio prolungamento della degenza.

Si ritiene quindi necessario realizzare un collegamento tra l'Azienda Ospedaliera e le strutture e le risorse presenti sul territorio, i Servizi dell'ASL, i MMG e i Distretti Socio Sanitari per assicurare al paziente la continuità di cura nel passaggio ospedale – territorio. All'interno di questo sistema la comunicazione e integrazione tra il MMG e il medico Specialista Ospedaliero (MO) assume un ruolo centrale per la gestione del paziente. In un momento così delicato come quello delle dimissioni dall'Ospedale, i professionisti ed i servizi devono affiancare il cittadino ed i suoi familiari per definire insieme il percorso più idoneo a soddisfare i residui bisogni di salute e di autonomia funzionale.

## **1 - DEFINIZIONE**

Per "dimissione protetta" si intende l'insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro e che si applica ai pazienti "fragili", prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, per assicurare la continuità del percorso di cura ed assistenza. Per i pazienti in uscita dall'ospedale, può esservi la necessità di proseguire la sorveglianza medica, il nursing infermieristico e/o gli interventi riabilitativi organizzati in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate o al domicilio, o in un altro "setting" diverso dall'ospedale.

## **2 – GENERALITÀ**

Il processo delle dimissioni protette richiede un'attenta programmazione, un coordinamento efficace e una comunicazione fluida tra i due poli del trasferimento. I rischi cui può andare incontro il paziente, in conseguenza di un trasferimento non coordinato e non continuo, sono ampiamente descritti in letteratura; i più comuni sono un nuovo ricovero ospedaliero entro 30 giorni dalla dimissione e il ricorso improprio alle prestazioni di Pronto Soccorso.

I punti critici e gli elementi qualificanti di questo passaggio sono:

- a) Appropriately della dimissione
- b) Identificazione dei fattori di rischio di rientro precoce in ospedale
- c) 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 e delle allergie.
- d) Il consenso e la preparazione del paziente e della sua famiglia al trasferimento.
- e) L'informazione e, quando necessario, l'accordo del MMG.

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 famigliari e il MMG.

L'ASL, attraverso l'istituzione e l'avvio del **CeAD (Centro Assistenza Domiciliare tel. 0371- 5872402 )**, si è posta l'obiettivo, tra gli altri, di facilitare il collegamento tra Ospedale e Territorio per promuovere l'integrazione tra prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, socio assistenziali e favorire la continuità della cura dei pazienti "fragili" in dimissione protetta.

Il CeAD è stato costituito nell'Asl di Lodi con delibera n. 473 del 22.12.2009 e successivamente, con delibera n.70 del 26.02.2010, è stato sottoscritto un Protocollo d'Intesa tra L'ASL e l'Ente Capofila del Piano di Zona per l'organizzazione delle attività del CeAD stesso.

Il CeAD ha anche il compito di

- Ascoltare, raccogliere e decodificare i bisogni
- Informare ed orientare i cittadini allo scopo di rendere i singoli e le loro famiglie più consapevoli rispetto alle opportunità offerte dal territorio
- Regolare il sistema attraverso la correlazione continua tra i bisogni e le opportunità territoriali
- Orientare la scelta delle varie tipologie di offerta
- Mappare i bisogni espressi ed inespressi attraverso l'utilizzo della Banca dati Aziendale.
- Favorire la presa in carico unitaria delle persone con problemi socio-sanitari e socio-assistenziali complessi, privilegiando la definizione di piani assistenziali individualizzati ed integrati, volti ad evitare l'ospedalizzazione impropria e/o a ritardare l'istituzionalizzazione del soggetto fragile cercando di mantenerlo il più a lungo possibile nel proprio contesto di vita abituale.

L'A.O di Lodi ha sottoscritto con l'ASL una convenzione per la fornitura di prestazioni di assistenza sociale a favore dei propri presidi Ospedalieri e quindi, dal 1° agosto 2011, dispone di un Servizio Sociale in cui il ruolo dell'assistente sociale è quello di prima analisi del bisogno (socio-assistenziale, socio-sanitario) e di filtro al sistema delle istituzioni territoriali, titolari del caso, deputate a fornire una risposta al bisogno segnalato. Il Servizio Sociale avrà un "ruolo ponte" e quindi di raccordo e di collegamento con il CeAD aziendale e le altre risorse territoriali a favore del paziente degente in dimissione.

### **3 - LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE: SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**

Questo documento affronta le modalità di rientro protetto al domicilio, ma regola anche altre possibili tipologie di transizione. Infatti, per definizione, anche il passaggio da una struttura di ricovero ad un'altra è di per se una dimissione protetta in quanto il paziente, pur rimanendo comunque in un ambiente sanitario strutturato, passa ad un differente livello di intensità assistenziale .

Si sono quindi individuate le seguenti tipologie di dimissioni ospedaliere verso differenti setting di cura :

1. per il rientro a domicilio con attivazione dell'ADI attraverso il MMG
2. per il ricovero in Istituti di Riabilitazione extra-ospedalieri (IDR)
3. per ricovero in strutture riabilitative di psichiatria e psicoorganicità
4. per l'inserimento in lista d'attesa RSA
5. per il rientro in RSA dopo il ricovero in ospedale

6. per l'inserimento in Ospedalizzazione domiciliare (per pazienti oncologici)
7. per il ricovero in Hospice extraospedaliero
8. dimissione del paziente ad elevata complessità assistenziale

#### **4 - PROCEDURE PER LA DIMISSIONE PROTETTA**

Di seguito vengono descritte le caratteristiche del paziente eleggibile per ciascuna delle opzioni elencate al paragrafo precedente e gli adempimenti da espletare prima della dimissione dall'ospedale .

##### **4.1- Per il domicilio con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

L'ADI è un programma assistenziale domiciliare di tipo socio-sanitario integrato (comprensivo anche di prestazioni solo sanitarie di bassa intensità assistenziale), erogato da caregiver professionali, prioritariamente rivolto a soggetti fragili e/o anziani affetti da patologie cronico - degenerative o da disabilità. Prevede l'intervento di diverse figure professionali: MMG, infermiere, terapeuta della riabilitazione e ASA/OSS.

Criteri di eleggibilità per l'ADI:

- a) Presenza di un adeguato supporto familiare
- b) Condizioni di non autosufficienza o rischio di non autosufficienza per cause temporanee o permanenti
- c) Necessità di assistenza infermieristica e/o riabilitativa e socio-assistenziale erogabile al domicilio
- d) Presenza di neuro-motulesioni con perdita recente dell'autonomia, in fase post acuta di malattia, che necessita di interventi riabilitativi non erogabili in ambulatorio, o in Day Hospital.

Attivazione:

L'unico attivatore autorizzato per questa opzione è il MMG; pertanto, il Medico Ospedaliero, individuati i bisogni del paziente, verificate le condizioni di eleggibilità, ottenuto il consenso del paziente e/o dei suoi famigliari, propone l'accesso all'ADI tramite la compilazione dell'apposito modulo (Allegato 1) che fa pervenire al MMG ed al CeAD per conoscenza , ( via fax o con mail ) almeno quattro giorni lavorativi prima della data prevista per la dimissione. Il MMG, a sua volta, completa la parte del modulo di sua competenza ed invia il tutto al CeAD. Il CeAD attiva l'assistenza domiciliare dandone comunicazione al Medico Ospedaliero ed al M.M.G.

##### **4.2 - Ricovero in Istituto di Riabilitazione extra-ospedaliera (IDR) dell'Azienda di Servizi alla Persona Valsasino di S. Colombano al Lambro**

Gli Istituti di riabilitazione extraospedaliera accolgono

*pazienti prevalentemente provenienti da ospedali*, affetti da esiti di eventi acuti (ad esempio esiti di fratture di femore, fratture di bacino o di altri segmenti degli arti inferiori, esiti di ictus cerebrale o di recidive di eventi cerebrovascolari, parkinsonismi); o da patologie a rischio di riacutizzazione (BPCO, Scompenso Cardiaco ecc...) e bisognosi di interventi finalizzati al recupero motorio e/o funzionale; tra A.O. di Lodi ed IDR Valsasino sono concordati percorsi prioritari per il trasferimento in area generale geriatrica e di mantenimento, di pazienti provenienti dal Dipartimento Cure Intermedie, dalle UO di Medicina, Ortopedia e Neurologia *pazienti provenienti dal domicilio* con riacutizzazione di patologie croniche e compromissione dell'autonomia, che necessitano di interventi riabilitativi per il recupero motorio e/o funzionale, finalizzati al rientro in famiglia con la migliore autonomia possibile.

Nell'area della Riabilitazione Generale Geriatrica sono riservati anche letti per accogliere persone in stato vegetativo

#### **4.2.1 Area della Riabilitazione Generale e Geriatrica**

Dispone di 45 posti letto all'interno dei quali alcuni sono riservati ai pazienti in Stato Vegetativo.

Vengono definiti interventi riabilitativi generali (pazienti di età < 65 anni) e geriatrici (pazienti di età > 65 anni) quelli da effettuarsi:

- in fase di consolidamento della disabilità da pregresso evento e quando le condizioni generali del paziente e la prognosi degli esiti della menomazione controindicano un intervento riabilitativo intenso e settoriale
- in presenza di recidive dell'evento indice con ridotta probabilità di recupero funzionale
- in seguito a trasferimento da unità operativa di riabilitazione specialistica per la continuazione del progetto riabilitativo individualizzato
- in età geriatrica in concomitanza di pluripatologia a rischio di riacutizzazione (instabilità).

Attivazione : vedi punto 4.2.2

#### **4.2.2 Area Riabilitazione di Mantenimento**

Dispone di 15 posti letto.

Vengono definiti interventi riabilitativi di mantenimento quelli da effettuarsi nel periodo precedente la dimissione verso il domicilio o le RSA o altra struttura socio sanitaria. Tali interventi hanno l'obiettivo di raggiungere sia la stabilizzazione delle condizioni cliniche, sia anche "piccoli guadagni funzionali", in un contesto di ricovero riabilitativo caratterizzato da una bassa intensità assistenziale.

All'interno dell'area di mantenimento si individuano 2 ulteriori tipologie di intervento :

stabilizzazione (riabilitazione di mantenimento, effettuata su pazienti affetti da patologie acute o riacutizzate in via di risoluzione, che richieda periodi brevi di ricovero)

reinserimento (riabilitazione di mantenimento effettuata su pazienti, prevalentemente provenienti dal domicilio, RSA o RSD, affetti da pluripatologie con deterioramento progressivo delle condizioni funzionali).

Attivazione da Ospedale:

Il Medico Ospedaliero predispone la documentazione sanitaria necessaria (richiesta di ricovero su Ricettario Regionale e relazione clinica) che invia tramite fax all'Istituto e, al momento del ricovero presso l'I.D.R., allega alla lettera di dimissione la richiesta di ricovero su Ricettario Regionale in originale. Contemporaneamente informa il MMG dell'avvenuta richiesta di ricovero in IDR. Il ricovero avviene per chiamata su posto resosi libero, indirizzata dall'IDR al reparto richiedente.

Attivazione dal Domicilio:

Il MMG predispone la documentazione sanitaria necessaria (richiesta di ricovero su Ricettario Regionale e relazione clinica) che invia all'IDR. Il ricovero avviene su chiamata diretta del paziente da parte dell'IDR.

#### **4.2.3 Area Stati Vegetativi.**

Nell'area della Riabilitazione Generale Geriatrica sono riservati alcuni letti per accogliere persone in stato vegetativo la cui patogenesi è attribuibile ad una grave cerebrolesione acquisita, traumatica o non traumatica, con un punteggio della Glasgow Coma Scale inferiore a 10 (A max 4, B max 2, C max 4), che abbiano esaurito il percorso relativo alla fase acuta e abbiano completato il percorso di stabilizzazione in ambiente ospedaliero riabilitativo ( D.G.R. IX / 2124 del 4/8/2011 ).

Attivazione da Ospedale:

Il MO o il MMG predisporre la documentazione sanitaria necessaria (Compilazione Scheda Diagnosi Persona in Stato Vegetativo) (Allegato 2), richiesta di ricovero su Ricettario Regionale e relazione clinica che invia, tramite fax, all'IDR e per conoscenza al CeAD . Al momento del trasferimento allega gli originali della documentazione di cui sopra.

Dal 2011 sono disponibili anche nelle RSA alcuni posti letto per ricovero definitivo di pazienti in stato vegetativo.

L'accesso a tali posti può avvenire dall'Ospedale, dall'IDR e dal domicilio a seguito di richiesta inoltrata direttamente al CeAD cui spetta il compito di valutare l'avvenuta stabilizzazione del quadro clinico ed autorizzarne l'inserimento in RSA su posti dedicati.

#### **4.3 - Area Psichiatrica, Psicogeriatría ed altra Psicoorganicità (Centro S.Cuore di Gesù Fatebenefratelli- S. Colombano al L.)**

Le dimissioni protette possono avvenire anche direttamente verso unità operative che, pur facenti parte dell'area psichiatrica, si differenziano per le diverse competenze di trattamento:

- a)Comunità protetta ad alta assistenza e media intensità riabilitativa per Disturbi Cognitivi dell'anziano
- b)Comunità protetta ad alta assistenza e media intensità riabilitativa per Psicogeriatría
- c)Comunità protetta ad alta assistenza e media intensità riabilitativa per il trattamento di patologie e problemi alcool correlati
- d)Comunità riabilitativa ad alta assistenza e post-acuzie, ed alta intensità riabilitativa psichiatrica
- e)Comunità protetta ad alta assistenza e media intensità riabilitativa per Ritardo Mentale

Attivazione:

L'accesso alle varie U.O. avviene quando il paziente si trova in regime di ricovero, attraverso proposta di ricovero redatta dallo Specialista Psichiatra o altro Specialista di struttura pubblica o privata accreditata (Neurologo, Ortopedico, Fisiatra per le comunità a-b). Se il paziente si trova al domicilio l'attivazione compete al MMG. Per le comunità dei problemi alcool correlati è necessario l'invio da parte dei Servizi delle Dipendenze o da Reparto Ospedaliero. E' sempre necessaria la richiesta dello Psichiatra per le comunità d-e. La proposta di ricovero viene redatta su apposito modulo (Allegato 3) e deve essere completata con relazione clinica riportante la diagnosi o il sospetto diagnostico, i trattamenti in corso o effettuati, il quadro clinico attuale, i bisogni riabilitativi presenti. Tale proposta deve essere autorizzata preventivamente dall'ASL di residenza del paziente e quindi, per i residenti nell'ASL di Lodi, deve essere inoltrata alla sede Dipartimento Cure Primarie (U.S.C. Assistenza Specialistica Piazza Ospitale 10 Lodi) direttamente o via fax (0371.5874408) .

#### **4.4 – Attivazione della procedura di inserimento in lista di attesa per ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)**

I pazienti eleggibili sono quelli con problemi di non autosufficienza parziale o totale, gli anziani non assistibili al proprio domicilio in conseguenza dell'elevato carico che comporta la

loro dipendenza funzionale e/o per la assenza o insufficienza del supporto socio-familiare o abitativo.

Attivazione:

Il Medico di struttura ( A.O. – IDR – FBF ) verificata la necessità e l'eleggibilità del paziente, segnala il caso al proprio Servizio Sociale per le valutazioni e gli adempimenti di competenza . Al termine di tale valutazione e sentito il Medico di struttura responsabile del caso, il Servizio Sociale inserisce la domanda nell'apposito programma informatizzato S.I.L.A. e comunica al CeAD l'avvenuto inserimento in lista di attesa. La chiamata per l'ingresso su posto letto resosi disponibile è di competenza esclusiva dell'RSA .

#### **4.5- Rientro in RSA di paziente trasferito momentaneamente in ospedale**

Per i pazienti degenti in RSA, che vengono momentaneamente ricoverati in ospedale a seguito di una riacutizzazione improvvisa della loro patologia di base, ovvero per l'insorgere di nuove patologie acute, il rientro in RSA dall'ospedale deve avvenire in modo protetto, considerando la diversa intensità di cura che viene erogata nelle due tipologie di strutture, nel rispetto inderogabile delle seguenti modalità:

- 1) contatto telefonico tra il medico ospedaliero e quello della RSA per verificare la reale possibilità di gestione del paziente;
- 2) la dimissione deve avvenire di norma nei giorni feriali dal lunedì al venerdì entro la mattina, accompagnata da dettagliata relazione clinica
- 3) per i pazienti più critici la dimissione va comunque concordata nei tempi e nei modi col medico della RSA, affinché questi abbia la possibilità di approvvigionarsi dei farmaci e presidi necessari, allertare gli operatori e avviare una adeguata comunicazione con i parenti

#### **4.6 - Per il domicilio ma con attivazione di ospedalizzazione domiciliare per cure palliative oncologiche (ODCP)**

Si tratta di una continuazione del ricovero ospedaliero riservata a quei pazienti oncologici con aspettativa di vita non superiore ai 3 mesi, per i quali non sono più previsti approfondimenti diagnostici o trattamenti terapeutici attivi, ma solo interventi palliativi e per i quali sussista un supporto familiare adeguato. Trattandosi di una ospedalizzazione al domicilio il paziente rimane in carico alla struttura ospedaliera di riferimento (U.O. Oncologia della A.O. di Lodi) senza alcun intervento attivo previsto per il MMG. Per tutta la durata dell'ospedalizzazione domiciliare l' A.O. fornisce assistenza medica, infermieristica, farmaci e i presidi medici necessari.

La richiesta di inserimento in tale modalità di cura può essere attivata dal MO, dal MMG, o direttamente da parte del paziente o suoi familiari utilizzando l'apposito modulo di richiesta (Allegato 5) disponibile anche sul sito aziendale della A.O. ( [www.ao.lodi.it](http://www.ao.lodi.it) nel Link tutela e partecipazione -area Hospice-cure palliative); nel modulo sono indicate le modalità di invio .

#### **4.7- Trasferimento in Hospice di pazienti terminali**

Sul territorio dell'ASL sono attivi 2 Centri che accolgono pazienti oncologici e non oncologici, affetti da malattia evolutiva non più suscettibile di trattamento attivo e senza indicazioni all'approfondimento diagnostico, non gestibili a domicilio, ma che necessitano di una palliazione dei sintomi al fine del raggiungimento della miglior qualità di vita possibile. Il ricovero si può configurare come un accompagnamento alla fine vita o finalizzato al miglior

controllo possibile dei sintomi onde consentire una successiva dimissione protetta al domicilio.

a) Hospice “Città di Codogno” , è una struttura residenziale sanitaria, realizzata dall'ASL e gestita da Cooperativa. E' situata a Codogno, via Ugo Bassi n. 11/b. L'Hospice è in grado di accogliere fino a n. 10 ospiti in fase terminale. Svolge attività di Cure Palliative per rispondere ai bisogni assistenziali, clinici, psicologici e spirituali dell'ospite in fase avanzata e terminale e per offrire sostegno ai suoi familiari. Le richieste di ricovero devono essere inoltrate alla Direzione Sanitaria dell' Hospice da un familiare o da chi si occupa della persona malata o dal malato stesso, dal MMG, Medico Ospedaliero. Il ricovero si attiva solo con il consenso della persona malata o della sua famiglia.

b) Degenza dell' Unità Operativa Cure Palliative presso il Presidio Ospedaliero di Casalpusterlengo della A.O. di Lodi. E' in grado di accogliere fino a 12 ospiti. L'accesso avviene attraverso richiesta diretta all' U.O. utilizzando apposito modulo (Allegato 5) da parte del MO, MMG, o anche direttamente da parte del Paziente o suoi familiari. La dimissione al domicilio avviene sempre nel rispetto delle dimissioni “protette”, è programmata anticipatamente e condivisa con il paziente, i suoi familiari, il servizio di assistenza domiciliare, il MMG.

#### **4.8 - Dimissione del paziente ad elevata complessità assistenziale**

Nell'ambito della fragilità, particolare attenzione va riservata ai pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale (per es. malattie del motoneurone, in particolare SLA, Stati vegetativi, patologie assimilabili a quelle dell'età geriatrica insorte in pazienti giovani ecc.).

Per tali pazienti, al fine di garantire ed organizzare il Progetto di cura territoriale più appropriato, la segnalazione da parte del M.O. deve essere inoltrata quanto prima e, se possibile, al momento del ricovero, tramite l'inoltro di adeguata relazione clinica, al CeAD.

### **5 -SERVIZIO DI SUPPORTO ALLE DIMISSIONI PROTETTE (SSDP) PROGETTO SPERIMENTALE**

Il Dipartimento di Cure Intermedie e Riabilitazione è l'area ospedaliera che con maggiore frequenza dimette pazienti anziani fragili; inoltre, ha per la natura della sua “mission”, una naturale propensione a interloquire e a collaborare con le agenzie territoriali e la maggiore necessità di rendere spedita, semplice e soprattutto sicura la fase di transizione degli anziani che dimette. A questo scopo, il Dipartimento di Cure Intermedie dell'A.O. della Provincia di Lodi ha attivato un progetto sperimentale denominato: “Servizio di Supporto alle Dimissioni Protette (SSDP)” orientato a fornire supporto al MMG che ha ripreso in cura il suo assistito anziano in “Dimissione Protetta” da qualunque reparto della A.O. della Provincia di Lodi.

Il Servizio consiste nella possibilità di contattare telefonicamente, (**Tel. 0371251941**) tutti i giorni da lunedì al venerdì dalle 9 alle 12, il Geriatra del Dipartimento per ottenere ulteriori informazioni e chiarire dubbi che possono insorgere al MMG al momento della presa in carico del paziente dimesso (es.: relativamente alle conclusioni diagnostiche, alla terapia prescritta, ai controlli clinici da effettuare successivamente alla dimissione, alle medicazioni, ecc.). Se dal colloquio telefonico emerge la necessità, l'SSDP può programmare anche prestazioni più complesse di una semplice visita (Es.: Visite Specialistiche, Esami di laboratorio, Radiografie, ecografie, medicazioni complesse, sostituzioni difficoltose di catetere vescicale) e Day Hospital.

L'SSDP non eroga prestazioni in urgenza.

Il numero telefonico è associato ad una casella vocale che accoglie le richieste avanzate fuori orario da valutare il giorno successivo.

Tutte le prestazioni devono essere preventivamente concordate (via telefono) dal MMG con il Geriatra di turno. Non vengono prese in considerazione richieste avanzate dai famigliari o da altro personale diverso dal Medico Curante.

Per ogni prestazione erogata verrà rilasciata una breve relazione clinica, con le conclusioni diagnostiche, l'esito delle indagini effettuate, i suggerimenti per il Curante. Inoltre, alla conclusione verrà effettuato un contatto telefonico con il MMG per riportare a voce i risultati della visita. Copia della relazione verrà archiviata in SISS. Le prestazioni erogate e le eventuali terapie saranno prescritte dal Geriatra su ricettario regionale.

Questa prima fase del progetto ha la durata di 12 mesi durante i quali vengono monitorati alcuni indicatori per valutare il gradimento dell'iniziativa da parte del MMG e dei pazienti, la sua efficacia nel risolvere situazioni potenzialmente critiche e nel ridurre il ricorso al Pronto Soccorso ed i ri-ricoveri

## **6 - CONDIZIONI NECESSARIE PER GARANTIRE L'EFFICIENZA E LA SICUREZZADELLE DIMISSIONI PROTETTE AL DOMICILIO**

La procedura delle dimissioni protette va applicata nell'esclusivo interesse del paziente; va attivata quando il MO ravvisa la necessità di cure ed assistenza dopo la dimissione ed in nessun caso deve essere presa a pretesto per effettuare dimissioni precoci.

Si sottolinea in particolare l'importanza di una comunicazione tempestiva tra i Medici Ospedalieri e i MMG già nella fase di ricovero di pazienti potenzialmente "critici"; per questi pazienti il MO deve contattare il MMG informandolo tempestivamente sull'avvenuto ricovero del suo assistito.

Particolare importanza alla comunicazione tra Medici Ospedalieri e MMG va pure sottolineata nella fase di dimissione di pazienti ritenuti fragili, anche quando non richiedano l'attivazione di procedure specifiche per le dimissioni protette ma, ad esempio, non siano in grado di accedere all'ambulatorio del Medico di Medicina Generale.

La comunicazione fra il MO e il MMG, già regolamentata dagli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali, deve essere sostenuta e monitorata; a tale scopo l'ASL e l'Azienda Ospedaliera provvederanno all'aggiornamento periodico di tutte le informazioni utili riportate sui rispettivi siti web.

Di norma il MMG può essere contattato telefonicamente tutti i giorni lavorativi. Il MMG, ricevuta la richiesta di comunicazione per via indiretta (es.: SISS, e-mail, fax, segreteria telefonica) contatterà il MO al più presto e comunque entro le successive 24 ore lavorative.

Il MO riporterà in dettaglio ed in modo comprensibile i suoi recapiti telefonici o elettronici sui moduli che invierà al MMG.

In previsione della dimissione il Medico Responsabile del paziente avrà cura di espletare le seguenti operazioni e verificare le seguenti condizioni al fine di garantire la continuità della cura e la sicurezza della dimissione/trasferimento:

- Informazione corretta e dettagliata del paziente e/o dei suoi familiari sui risultati conseguiti durante la degenza ospedaliera, sugli obiettivi da raggiungere attraverso il piano di cure che verrà erogato dopo la dimissione.
- Prescrizione dei presidi e /o ausili necessari al domicilio, facendo compilare dagli Specialisti (autorizzati quali prescrittori) i moduli appositi previsti dalla Regione e presenti anche sul sito web dell'ASL di Lodi ovvero con prescrizione informatizzata attraverso il programma Regionale ASSISTANT R.L. da parte degli specialisti accreditati. Nel caso di presidi o ausili indispensabili per l'assistenza al domicilio (soprattutto quelli di reale immediata necessità quali letti ortopedici, materassi antidecubito, comode, sacche per stomia, cateteri) di pazienti affetti da menomazioni "gravi e permanenti" o che necessitano di assistenza continua in quanto non più in grado di compiere gli atti quotidiani della vita,(esiti di incidenti cardiocerebrovascolari,

ecc... ), sarà possibile ricevere al domicilio o ritirare in negozio autorizzato / farmacia i presidi e gli ausili necessari al momento della dimissione, inoltrando la prescrizione agli uffici protesica distrettuali dell' ASL, (tramite i famigliari , via fax oppure tramite l'inoltro informatizzato con il programma ASSISTANT R.L. da parte degli specialisti accreditati)

- Preparazione della relazione clinica ed eventualmente riabilitativa, esaustiva ai fini del proseguimento di un'eventuale riabilitazione e/o di attestazione di invalidità, riportante timbro, firma e recapito telefonico dello specialista che dimette il paziente.
- Certificazioni necessarie ai fini di ottenere l'esenzione per patologia dalla partecipazione alla spesa (ticket).
- Relazione di dimissione infermieristica, ove necessaria, con compilazione della scheda di medicazione di decubiti/ulcere cutanee.
- Consegna delle dosi dei farmaci necessarie per completare il primo ciclo terapeutico al domicilio oppure, se non disponibili, prescrizione dei farmaci necessari alla terapia domiciliare e con rispetto delle eventuali note AIFA e farmaci generici / a brevetto scaduto.
- Prescrizione di farmaci nel rispetto del prontuario ospedaliero in vigore.
- Definizione degli appuntamenti (giorno, ora, sede) per i controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital collegati al ricovero o alla continuità di cura.
- Compilazione della prescrizione su ricettario unico per controlli programmati da effettuarsi entro 30 gg dalla dimissione.
- Consegna della documentazione personale al paziente ed eventuale informativa al MMG sul servizio post-dimissione disponibile.

## **7. - ALLEGATI**

All. 1 - dimissioni in ADI

All. 2 - scheda diagnosi stato vegetativo

All. 3 - richiesta ricoveri Fatebenefratelli S. Colombano A.L.

All. 4 - ricovero in RSA

All. 5 - ospedalizzazione domiciliare e ricovero in hospice Casalpusterlengo