



**Azienda Sanitaria Locale
della Provincia di Lodi**



**Azienda Ospedaliera
della Provincia di Lodi**

“DIMISSIONI PROTETTE”

E

CONTINUITÀ DI CURA

**Protocollo di intesa tra
A.S.L. della Provincia di Lodi
A.O. della Provincia di Lodi
Medici di Medicina Generale
per il miglioramento continuo della qualità
dell'assistenza ai cittadini dell'A.S.L. della Provincia di Lodi**

Lodi - 22 ottobre 2007

“DIMISSIONI PROTETTE”

E

CONTINUITÀ DI CURA

Premessa

Il domicilio è considerato il luogo privilegiato ove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza. Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita permanente totale o parziale dell'autonomia le cure domiciliari rappresentano sempre un forte stimolo e sostegno al superamento della malattia ed al massimo recupero delle proprie potenzialità.

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 non è sempre una fase semplice da affrontare e, per molti, può essere 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.

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 un vuoto di intervento al domicilio.

La mancata integrazione dell'Ospedale con il Territorio potrebbe provocare:

dimissioni precoci o non organizzate

prolungamento dei ricoveri oltre i tempi appropriati di trattamento.

Si ritiene quindi necessario realizzare un collegamento tra l'Azienda Ospedaliera, i Servizi dell'ASL e i Distretti Socio Sanitari per assicurare al paziente la continuità di cura. All'interno di questo sistema il Medico di Medicina Generale (MMG) assume un ruolo centrale nella gestione del paziente soggetto della dimissione.

In un momento così delicato come quello delle dimissioni dall'Ospedale, i professionisti ed i servizi devono affiancare il cittadino ed i suoi familiari perché insieme sia possibile definire il percorso più opportuno per una buona prosecuzione delle cure ed il recupero dell'autonomia.

1. Definizione

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) che si applica ai pazienti “fragili”, prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti, al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di sorveglianza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione organizzate in un progetto di cure integrate di durata variabile ed erogate al domicilio o in una diversa struttura degenziale.

Le dimissioni protette non devono essere mai intese come “dimissioni precoci” del ricoverato rispetto ai tempi di degenza tali da completare l’iter assistenziale necessario, ma devono essere intese come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori dell’Azienda Ospedaliera, dell’ASL e degli Enti territoriali con il coinvolgimento diretto del MMG dell’assistito, al fine di garantire la continuità di cura.

2. Generalità

I soggetti affetti da patologie croniche e degenerative e/o con ridotta autonomia funzionale richiedono cure continue di durata e di intensità variabile da paziente a paziente. Il passaggio di un paziente anziano e/o "complesso", dall'ospedale al domicilio o ad un'altra struttura territoriale, è un momento critico, denso di rischi che richiede una speciale attenzione alla comunicazione, alla programmazione e al coordinamento tra i due poli del trasferimento. I rischi cui può andare incontro il paziente, che sono dipendenti da un trasferimento non coordinato e non continuo, sono ampiamente descritti in letteratura; di questi 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) Appropriatezza della dimissione
- b) Identificazione dei fattori di rischio di rientro 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, ove 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.

3. Le dimissioni ospedaliere protette

Queste possono avvenire:

1. per il rientro a domicilio con attivazione dell'ADI, attraverso il MMG

2. per il ricovero in Istituti di Riabilitazione extra-ospedalieri

3. per il ricovero di "solievo" in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

4. Procedure per la Dimissione Protetta

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

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.

Attivazione

Il Medico Ospedaliero che ha la responsabilità del caso, individuati i bisogni del paziente, verificate le condizioni di eleggibilità, ottenuto il consenso del paziente

e/o dei suoi famigliari e del MMG, compila il “Modello di Richiesta per la Continuità di Cura”, barrando il riquadro ADI oppure Cure Palliative, a seconda del caso, e lo fa pervenire al Medico Curante (anche tramite i famigliari, fax o e-mail).

Il MMG, entro un massimo di 2 giorni lavorativi, trasmette la “Scheda di valutazione medica per l’assistenza domiciliare integrata” al competente Servizio dell’ASL che, entro un massimo di 2 giorni lavorativi dal ricevimento della Scheda, attiva il servizio dandone comunicazione al Medico Ospedaliero ed al M.M.G.

Per particolari situazioni ed urgenze in cui la dimissione protetta deve avvenire in tempi più brevi rispetto a quanto sopra previsto, il Medico Ospedaliero, prima della dimissione, attiva contemporaneamente il MMG e il Medico del competente Servizio dell’ASL, in modo da garantire la continuità di cura.

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) Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica e/o riabilitativa e socio-assistenziale, con peso assistenziale moderato

d) Pazienti neuro-motulesi con perdita recente dell'autonomia, in fase post acuta di malattia, che necessitano di interventi riabilitativi, per il recupero e/o la stabilizzazione di menomazioni e disabilità, non erogabili ambulatorialmente o in D.H.

In caso di pazienti che necessitano di **Cure Palliative** i criteri di eleggibilità per la presa in carico sono i seguenti:

Criteri maggiori (presenti tutti)

a) Paziente oncologico in fase avanzata di malattia

b) Consenso del paziente e/o caregiver di riferimento

c) Consenso Medico Curante

d) Non più suscettibilità a chemioterapia di prima linea

Criteri minori (presenti almeno due):

a) Prognosi di vita presumibilmente inferiore o uguale a tre mesi

- b)Necessità di terapia del dolore e/o di altri sintomi
- c)Indice di Karnofsky inferiore o uguale a 50
- d)Non autosufficienza totale o parziale

Per un efficace progetto di rete integrata per l'assistenza ai malati oncologici, si prevede la costituzione di un raccordo funzionale e organizzativo tra i servizi già esistenti, tramite il Dipartimento Oncologico dell'Azienda Ospedaliera, secondo quanto anche previsto dalle competenze istituzionali del Dipartimento stesso. In particolare tra servizi ospedalieri e cure palliative domiciliari, erogate dal Servizio Cure Domiciliari dell'ASL attraverso i Distretti, oltre alla collaborazione operativa già in atto anche con i MMG, si pianifica un sistematico collegamento attraverso:

- la consulenza per l'assistenza domiciliare di medici specialisti ospedalieri
- l'individuazione di un percorso preferenziale per il ricovero di pazienti con urgenze non risolvibili a domicilio;

4.2 Ricovero in Istituti di Riabilitazione (IDR) extra-ospedalieri

Questa opzione contempla: l'ingresso in Riabilitazione specialistica; l'ingresso in Riabilitazione Generale e Geriatrica, l'ingresso in Riabilitazione di Mantenimento. I pazienti eleggibili sono tutti quelli che in seguito ad una patologia acuta (Ictus con emiplegia, Frattura di femore ecc.) hanno sviluppato una disabilità che richiede di essere corretta con un intervento riabilitativo in degenza, di tipo intensivo (Riabilitazione specialistica) o semi-intensivo (Riabilitazione Generale e Geriatrica) ed i pazienti che necessitano di interventi riabilitativi per il Mantenimento di abilità residue.

In caso di ricovero in IDR, il Medico ospedaliero informa il MMG dell'avvenuta richiesta di ricovero in struttura e, ove siano presenti problematiche sociali, anche il Distretto Socio Sanitario (v. punto 5) affinché informi a sua volta il servizio sociale del comune di residenza dell'assistito.

4.2.1 Riabilitazione Specialistica e Riabilitazione Generale e Geriatrica

Attivazione

Il Medico Ospedaliero predispone la documentazione sanitaria necessaria (Richiesta di ricovero su Ricettario Regionale e breve relazione clinica) che invia per fax all'Istituto prescelto. Al momento della chiamata allega alla relazione di

dimissione (medica ed infermieristica) anche la richiesta su Ricettario Regionale in originale.

4.2.2 Riabilitazione di Mantenimento

L'ASL della Provincia di Lodi individua percorsi preferenziali per l'ingresso in Riabilitazione di Mantenimento presso l>IDR per i pazienti, in dimissione dai reparti post-acuti dell'AO, che necessitano di proseguire in regime di degenza gli interventi riabilitativi con gli obiettivi di mantenimento delle abilità residue in attesa del rientro a domicilio o del trasferimento in una RSA prescelta dal paziente.

Attivazione

Il Medico Ospedaliero dei reparti post-acuti predispone la documentazione sanitaria necessaria (Richiesta di ricovero su Ricettario Regionale e breve relazione clinica) che invia per Fax all'ufficio competente dell'A.S.L. che, valutata l'appropriatezza della richiesta, programma l'inserimento prioritario in IDR, dandone comunicazione al Medico Ospedaliero. Al momento della chiamata il Medico Ospedaliero allega alla relazione di dimissione (medica, infermieristica e riabilitativa) anche la richiesta su Ricettario Regionale in originale.

4.3 Ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

I pazienti eleggibili sono quelli con problemi di non autosufficienza parziale o totale, in genere 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.

Attivazione

Il Medico Specialista Ospedaliero, verificata la necessità e l'eleggibilità del paziente, con il consenso dei famigliari e sentito il Medico Curante, segnala il caso al Distretto Socio Sanitario e farà pervenire allo stesso la documentazione sanitaria prevista. Poiché la chiamata per l'ingresso in RSA avviene su posto letto resosi disponibile ed è di competenza esclusiva delle RSA stesse, l'ASL informerà il Medico Ospedaliero, sull'avvenuto inserimento in lista di attesa. L'ASL informerà inoltre anche il MMG ed il servizio sociale del comune di residenza, previo consenso dell'interessato o dei suoi famigliari.

4.4 Ricovero di “sollevio” in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

Questa opzione è limitata ai soli pazienti degenti nelle unità operative per post-acuti dell’A.O. della Provincia di Lodi per i quali è stata evidenziata l’impossibilità del rientro, anche temporaneo, al proprio domicilio per la presenza di una condizione di dipendenza grave e/o per l’assenza/inadeguatezza del supporto familiare rispetto al quadro clinico. Per questi pazienti l’ASL riserva un percorso preferenziale per l’ingresso temporaneo in RSA di “sollevio” in modo da evitare che, alla conclusione del programma di stabilizzazione clinica e di recupero funzionale da parte dell’U.O. post-acuta, la degenza debba protrarsi impropriamente in ospedale in attesa della chiamata nella RSA prescelta.

Attivazione

Il Medico Ospedaliero che opera in U.O. dell’area postacuzie predispone la documentazione sanitaria necessaria, ed inoltra la domanda al competente Servizio dell’ASL.

Il Servizio dell’ASL, valutata l’appropriatezza della richiesta, programma l’inserimento prioritario nel posto di sollevio, dandone comunicazione al Medico Ospedaliero. L’ASL informerà inoltre anche il MMG ed il servizio sociale del comune di residenza, previo consenso dell’interessato o dei suoi familiari.

Attualmente i posti di “sollevio” sono in totale 11, presenti nelle elencate strutture, e sono prioritariamente riservati alle dimissioni protette:

Residenza sanitaria Assistenziale	N° di letti
-RSA S. Chiara (Lodi)	3
-RSA S.F. Cabrini (S. Angelo Lodigiano)	1
-RSA Zoncada (Borghetto Lodigiano)	1
-RSA O.P. Riunite (Codogno)	4
-RSA Vittadini- Terzaghi (Casalpusterlengo)	2

Il numero di posti di sollevio potrà essere ampliato e/o ridistribuito sul territorio da parte dell’ASL, a seguito di documentata necessità segnalata dalle U.O. Ospedaliere. La degenza in tali posti di sollevio è, nella norma, di 30 giorni.

5. Integrazione tra Ospedale e Territorio

Per facilitare il collegamento tra Ospedale e Territorio e favorire l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, l'ASL ha attivato, tramite i Distretti (Assistenti Sociali), delle forme di collaborazione e di collegamento con i Responsabili di Unità Operativa dell'Azienda Ospedaliera.

Tale attività ha lo scopo di agevolare la risposta territoriale alle necessità sociali derivanti dalle dimissioni dei pazienti "fragili".

Destinatari dell'intervento sono i pazienti residenti nel territorio dell'ASL della Provincia di Lodi ricoverati presso le seguenti Unità Operative dell'A.O., concordate dai Direttori di Distretto con la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera:

a) Presidio Ospedaliero di Lodi.

Sono state individuate, come "reparti pilota" le seguenti UU.OO: Medicina Generale, Oncologia, Neurologia, Ortopedia.

b) Presidio Ospedaliero di S.Angelo: tutte le UU.OO.

c) Presidio Ospedaliero di Casalpusterlengo e Presidio Ospedaliero di Codogno: tutte le UU.OO.

Le competenze del Distretto Socio Sanitario si riferiscono a tutti i pazienti dell'ASL ricoverati nel presidio/i ospedaliero/i situato/i nel territorio distrettuale di competenza, indipendentemente dalla residenza anagrafica.

Le modalità operative di attivazione vengono definite dai Responsabili di Distretto, in accordo con le Unità Operative Ospedaliere.

Inoltre, per favorire l'integrazione tra Ospedale e Territorio nella gestione della dimissione di pazienti che presentano problematiche prevalentemente sociali (es. inagibilità del domicilio, perdita del care-giver principale ecc.) le U.O. Ospedaliere segnaleranno i casi al MMG e al Distretto Socio Sanitario di riferimento dell' ASL, che inoltrerà la richiesta ai Servizi Sociali dei Comuni o agli Uffici di Piano (punto 7).

6. Condizioni necessarie per garantire l'efficienza e la sicurezza delle "dimissioni protette"

La procedura delle dimissioni protette va applicata nel solo ed esclusivo interesse del paziente; va attivata quando il Medico Ospedaliero ravvisa la necessità di cure

ed assistenza dopo la dimissione. 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 Medico Ospedaliero dovrà contattare il Medico di Medicina Generale informandolo (tempestivamente e comunque entro 48 ore lavorative) sull'avvenuto ricovero del suo assistito.

Particolare importanza alla comunicazione tra Medici Ospedalieri e MMG va pure sottolineata nella fase di dimissione di pazienti fragili, anche quando non richiedano l'attivazione di procedure specifiche per le dimissioni protette.

La comunicazione fra il Medico Ospedaliero 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 Medico Ospedaliero al più presto e comunque entro le successive 24 ore lavorative.

Il Medico Ospedaliero 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.

*- Nel caso di presidi o ausili indispensabili per la dimissione (soprattutto quelli di reale immediata necessità quali letti ortopedici, materassi antidecubito, sedie comode sacche per stomia) in caso 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, inoltrando la prescrizione*

agli uffici protesica distrettuali dell' ASL, (tramite i famigliari o via fax), sarà possibile ricevere al domicilio o ritirare in farmacia i presidi e gli ausili necessari già al momento della dimissione.

-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 domiciliari e con rispetto delle eventuali note AIFA

-Definizione degli appuntamenti (giorno, ora, sede) per i controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital collegati al ricovero o alla continuità di cura.

-Consegna della documentazione personale al paziente.

-E' auspicabile che lo Specialista segnali al MMG i pazienti che, pur non essendo in dimissione protetta, non possono recarsi autonomamente allo studio medico.

Per monitorare l'applicazione del presente Protocollo d'Intesa, si prevede l'elaborazione e l'utilizzo di opportuni indicatori da parte di un gruppo di lavoro permanente, che ASL e Azienda Ospedaliera si impegnano ad istituire con la partecipazione anche dei MMG.

ASL e Azienda Ospedaliera dovranno inoltre provvedere, attraverso le rispettive Direzioni Sanitarie, a:

-dare informazione del presente protocollo a tutti gli operatori interessati

-renderlo operativo, attraverso le disposizioni ritenute più opportune

-raccogliere e trasmettere al gruppo di lavoro suddetto tutti i dati richiesti per il monitoraggio.

7. Criticità

Dalla valutazione della casistica ospedaliera, in particolare delle U.O. di Geriatria e Riabilitazione, è emersa la necessità di definire le procedure per far fronte alle situazioni in cui un paziente (per lo più anziano) seppur dimissibile dal punto di vista clinico, presenti problemi sociali/abitativi temporanei (abitazione non agibile, familiari momentaneamente non presenti). In questi casi il ricovero ospedaliero si prolunga, in modo inappropriato, in conseguenza della difficoltà da parte dell'Ospedale di individuare l'interlocutore competente dell'area sociale o di ritardi nell'approntamento della soluzione territoriale (come segnalato al punto 5).

Si ritiene quindi necessario un impegno da parte dei Comuni per predisporre risposte adeguate (domicilio di soccorso, posti riservati in RSA ecc.) in modo tale che, a seguito alla segnalazione del caso da parte del Medico Ospedaliero al Distretto Sanitario di riferimento , questo possa attivare in tempi brevi i Servizi Sociali Comunali competenti o gli Uffici di Piano.

8. Proposte innovative

I rappresentanti dei M.M.G. , alla luce delle opportunità previste dal contratto nazionale di categoria, si sono riservati la possibilità di attivare una esperienza innovativa con presa in carico, (medica ed infermieristica) in ambiente protetto, di pazienti che necessitano di un livello di assistenza minore rispetto alla Riabilitazione di Mantenimento , ma che non sono ancora eleggibili per il domicilio. Si tratta di pazienti che necessitano di assistenza medico-infermieristica analoga a quella erogabile al domicilio ma che, per motivazioni sociali correlate (inadeguatezza dell'abitazione, indisponibilità/incapacità temporanea del care-giver,) o cliniche (necessità di monitoraggio ripetuto nella giornata) .

I pazienti eleggibili potrebbero quindi essere:

- *pazienti a intensità di assistenza medico-infermieristica medio-bassa*
- *pazienti con bisogni assistenziali di medio-alta intensità*
- *pazienti con necessità di gestione diagnostico-terapeutica analoga a quella normalmente possibile al domicilio*

Questa sperimentazione (che si rifà tendenzialmente all'esperienza degli Ospedali di Comunità) richiede la disponibilità di un gruppo di Medici di Medicina Generale appartenenti ad un territorio omogeneo, nonché la disponibilità di una "residenza protetta " da definire coinvolgendo l' ASL, gli erogatori pubblici e privati e gli Enti Locali.