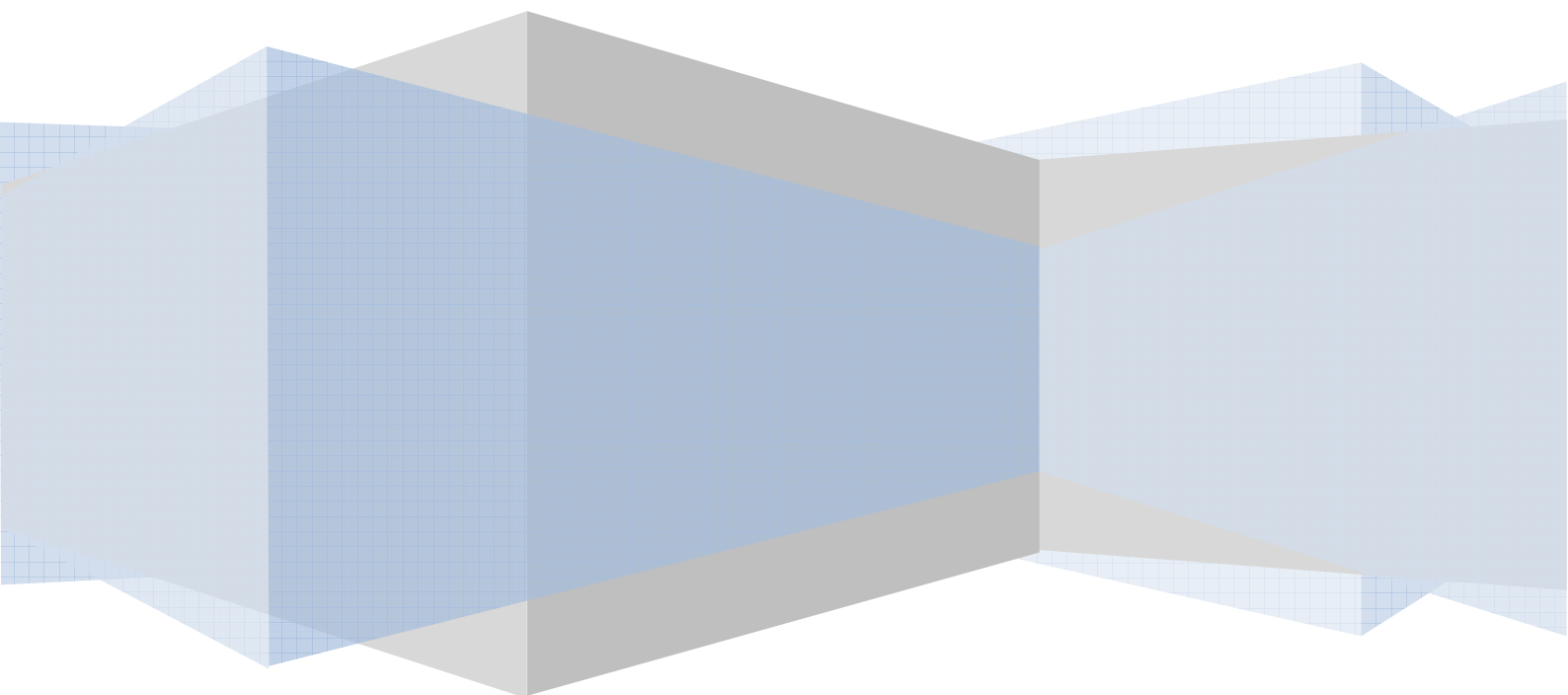


Le dimissioni protette ospedaliere nella Regione Molise



Premessa

Le dimissioni protette rappresentano lo strumento attraverso il quale è possibile garantire la continuità delle cure ai pazienti che, dimessi da un reparto di degenza, manifestano problemi di natura sanitaria o sociosanitaria e per i quali è necessario stabilire idonei interventi terapeutico-assistenziali.

Le dimissioni ospedaliere mirano a tutelare le persone fragili che vivono in condizioni cliniche precarie o in situazioni di inadeguatezza socio-economica della rete familiare, amicale e parentale e si attivano nel momento in cui il paziente, in fase immediatamente post-critica, si trasferisce dall'ospedale al territorio. La finalità di tale intervento è quella di migliorare la continuità assistenziale, evitando difficoltà ed interruzioni dei processi di cura ed assistenza nei confronti di utenti multiproblematici e non autosufficienti sotto il profilo socio-sanitario.

Le dimissioni protette favoriscono il rientro del paziente a domicilio o l'invio dello stesso presso una struttura in grado di rispondere al suo bisogno assistenziale. Esse vengono proposte in risposta alle condizioni del malato poiché si basano su un progetto assistenziale individualizzato ed integrato, con valenza sociosanitaria, costruito sul bisogno del singolo paziente.

Il domicilio è sicuramente il luogo privilegiato ove la persona può far ritorno dopo aver superato la fase di acuzie e post-acuzie della malattia. Tale rientro, comunque, deve assicurare al malato le cure successive al periodo di intervento intensivo o estensivo vissuto. Anche in casi di patologie croniche caratterizzate dalla perdita permanente di alcune funzioni, il domicilio può rappresentare il luogo privilegiato che offre al malato uno stimolo in più per affrontare la patologia.

Le dimissioni protette rappresentano una misura importante, ma non di semplice attuazione, poiché richiedono un'attenta valutazione del bisogno sociosanitario, assistenziale e delle modalità della presa in carico del paziente. Queste ultime, inoltre, devono essere concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e territoriali del paziente e il *caregiver*.

Risulta evidente, quindi, la necessità di creare un percorso condiviso tra l'Istituzione ed il cittadino, partendo dal presupposto che il sistema locale dei servizi sociosanitari della Regione Molise è destinato prioritariamente alle persone adulte ed anziane che si trovano in condizioni di emarginazione, isolamento sociale, povertà, limitazione dell'autonomia personale e disabilità.

Il buon utilizzo delle dimissioni protette permette di non sovraccaricare il territorio e l'ospedale, poiché rende valutabili i reali bisogni dell'utenza con la consapevolezza dei limiti di funzionalità e di risorse che caratterizzano l'intero sistema socio-sanitario.

Le dimissioni protette, quindi, rappresentano una modalità operativa volta ad ottenere una riduzione dei ricoveri ed una diminuzione del tasso di ri-ospedalizzazione dei pazienti che, ricevendo un adeguato livello quantitativo e qualitativo di cure e assistenza, ambiscono a recuperare, per quanto possibile, la migliore funzionalità personale sul piano fisico e psichico.

Obiettivi

Il presente documento si pone l'obiettivo di stabilire delle linee guida nell'applicazione delle dimissioni protette, allo scopo di assicurare ad ogni persona con necessità complesse, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e la possibilità di usufruire di un percorso protetto, basato su una migliore ed efficiente comunicazione nei passaggi tra i diversi livelli assistenziali.

In particolar modo si mira a favorire la collaborazione tra le Unità Operative Ospedaliere, i Medici di Medicina Generale (MMG), le équipe territoriali (per la valutazione multidimensionale) ed i servizi della rete territoriale (es. RSA, RSD, RP, Hospice, ADI, UDI, ecc.) offrendo modalità di lavoro condivise ed univoche. Standardizzando le procedure, si otterrà un'ottimizzazione delle risorse disponibili sul territorio con possibilità di rendere più appropriati gli interventi messi in atto a favore del malato.

Nel presente protocollo l'utente e la sua famiglia vengono considerati, contemporaneamente, destinatari dell'intervento e parte attiva dello stesso, poiché protagonisti del processo di cura.

Destinatari

Le dimissioni protette sono indicate nei casi di soggetti, ricoverati in Ospedale, che vengono a trovarsi in condizione di fragilità psico-socio-sanitaria, per i quali si rende necessario una continuità assistenziale post-dimissione ospedaliera. In particolare pazienti che si trovino in almeno una delle seguenti condizioni:

- compromissione dell'autosufficienza;
- necessità assistenziali complesse;
- rischio di emarginazione sociale;
- necessità di interventi terapeutico-assistenziali;
- malattie terminali.

I destinatari delle dimissioni protette sono soggetti che necessitano principalmente di:

- continuità di cure in regime assistenziale domiciliare (ADI),
- continuità di cure in regime residenziale (RSA, RSD, RP, Hospice),
- continuità di cure in regime di ricovero in Unità di Degenza Infermieristica (UDI).

In considerazioni dei bisogni del malato, possono essere adottati i seguenti percorsi assistenziali:

- **Assistenza domiciliare integrata (ADI):** con priorità d'accesso per i pazienti con patologie cronico degenerative, oncologiche in fase avanzata, acute temporaneamente invalidanti o che richiedono nutrizione artificiale;
- **Assistenza presso Unità di Degenza infermieristica (UDI):** rivolta a pazienti temporaneamente o stabilmente non autosufficienti con patologie di media gravità che necessitano di prestazioni mediche, infermieristiche e socioassistenziali per un ulteriore periodo dopo il ricovero finalizzate alla ulteriore stabilizzazione del paziente;
- **Assistenza nelle altre strutture della rete dei servizi sanitari e territoriali** come *Hospice* e Residenze Sanitarie Assistite, Residenze Protette per anziani e/o disabili, ecc.;

Percorso tipo e competenze

L'iter delle dimissioni protette inizia quando il **Medico Ospedaliero** che ha in carico il paziente potenzialmente eleggibile in dimissione protetta, valutate le condizioni cliniche dello stesso, **almeno 2 giorni lavorativi prima delle dimissioni, escludendo le giornate di Sabato, Domenica e prefestivi**, propone e comunica al Coordinatore Infermieristico Ospedaliero (C.I.O.) di riunire la c.d. "Equipe Dimettente", composta da:

- Medico Dimettente, ovvero il medico dell'U.O. del P.O. in cui è ricoverato il soggetto;
- Medico delle Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di residenza del paziente;
- Assistente Sociale del Presidio Ospedaliero dimettente (A.S.O.)
- Coordinatore degli infermieri (o suo delegato) dell'Unità Operativa in cui il paziente è ricoverato.

L'Equipe Dimettente individua il bisogno sociosanitario del paziente per assicurare una continuità assistenziale attraverso la dimissione protetta. Ha il compito di redigere e sottoscrivere la c.d. "Scheda di Dimissione Protetta" (Allegato n.1 del presente documento), contenente le informazioni socio-sanitarie ed assistenziali del paziente in carico.

Il Medico Dimettente comunica al Coordinatore Infermieristico Ospedaliero (C.I.O.) di convocare l'Equipe Dimettente e redige la scheda di Dimissione Protetta (Allegato 1) per la parte di propria competenza riguardo alle informazioni cliniche del paziente in carico.

L'Assistente Sociale Ospedaliera (A.S.O.), ricevuta la segnalazione scritta dal Coordinatore Infermieristico Ospedaliero (C.I.O.), ha il compito di raccordarsi con i familiari ed i servizi sociosanitari territoriali per la individuazione dello specifico bisogno socio-assistenziale dell'assistito. Segnala e chiede l'eventuale intervento del Servizio Sociale Comunale o dell'Ambito Territoriale Sociale di residenza del paziente, per il seguito di competenza. Inoltre, redige la scheda di dimissione protetta (Allegato 1) per la parte di propria competenza. L'A.S.O. dovrà, inoltre, raccogliere il consenso del malato e/o della sua famiglia ad effettuare le dimissioni protette verso il domicilio, verso una struttura residenziale idonea ai bisogni del soggetto, verso l'UDI o verso l'Hospice¹.

L'Assistente Sociale Ospedaliera (A.S.O.), inoltre, verifica la disponibilità della struttura residenziale ad accogliere il paziente. Si specifica che la struttura idonea alle necessità dell'assistito viene identificata dal Medico Dimettente in base alle necessità socio-sanitarie del paziente riscontrate dalla valutazione effettuata dall'equipe dimettente.

L'Assistente Sociale Ospedaliera (A.S.O.), in collaborazione con il Coordinatore Infermieristico Ospedaliero (C.I.O.) dell'Equipe Dimettente (o suo delegato), organizza il trasferimento del soggetto nella struttura designata ad accoglierlo. L'A.S.O. organizza, altresì, sempre in collaborazione con il coordinatore infermieristico (o suo delegato), in caso di dimissione protetta, il trasferimento del paziente verso il domicilio.

¹ In caso di mancato consenso, la dimissione ricade nella piena responsabilità del solo medico che la ordina.

Il Medico delle Cure Domiciliari, ha il compito di esprimere un parere in merito alla fattibilità del *setting* assistenziale proposto per il paziente ed indicato nella lettera di dimissione in base alle risorse a disposizione del Distretto Sanitario. Egli deve, inoltre, attivare il piano di intervento per il paziente e disporre il materiale sanitario di cui il soggetto avrà bisogno dopo la dimissione.

Entro 30 giorni dalle dimissioni protette, il Medico delle Cure domiciliari, attivando la PUA Back Office, provvede a convocare l'Unità di Valutazione Multidimensionale (di seguito UVM) nei tempi e nei modi ordinari indicati dalla deliberazione di Giunta regionale del Molise n. 447 del 2015 e dai conseguenti regolamenti di ASReM e degli Ambiti Territoriali Sociali.

Il Coordinatore Infermieristico Ospedaliero (C.I.O.), ricevuta la comunicazione da parte del Medico dimettente, nel rispetto della tempistica dei 2 giorni, ha il compito di:

- contattare l'Assistente Sociale Ospedaliera (A.S.O.);
- contattare il Medico delle Cure Domiciliari del Distretto di residenza del paziente in dimissione per comunicargli la tempistica della riunione dell'equipe dimettente;
- compilare i campi di sua competenza della Scheda di Dimissione (Allegato 1 del presente documento) e ne cura l'invio al medico di medicina generale (MMG), al paziente o al suo caregiver ed alla PUA Back Office competente per territorio;
- organizzare, in collaborazione con l'A.S.O. il trasporto del paziente a domicilio o verso la struttura residenziale che prenderà in carico il soggetto;
- contattare l'infermiere coordinatore dell'UDI, laddove il paziente necessita di una presa in carico in tale struttura;
- contattare l'equipe multidisciplinare delle cure palliative, laddove il paziente necessita di cure palliative domiciliari o di accoglienza in Hospice.

Il coordinatore infermieristico o l'assistente sociale ospedaliera hanno il dovere di garantire i contatti tra l'equipe dimettente e l'equipe territoriale "ricevente".

Compiti dell'Equipe Dimettente

I principali compiti della Equipe Dimettente sono:

- verificare la presenza delle condizioni cliniche, socioeconomiche, abitative e familiari di ammissibilità ad un determinato percorso di cura e assistenza per garantire l'appropriatezza della presa in carico;
- compilare e sottoscrivere la Scheda di Dimissione (secondo il modello Allegato 1 al presente documento) avendo cura di inviarne una copia all'assistito o alla sua famiglia, al MMG e alla PUA Back Office competente per territorio;
- prendere contatti, ove necessario con il coordinatore infermiere dell'UDI o con l'equipe multidisciplinare delle cure palliative, provvedendo ad inviare loro una copia della Scheda di Dimissione Ospedaliera
- organizzare il trasporto del paziente verso il domicilio o la struttura residenziale.

Si specifica che il trasporto del paziente, dimesso in forma protetta verso il domicilio, le UDI e le strutture della rete dei servizi sanitari e territoriali (Hospice, RSA, RP, ecc), è a carico del Presidio Ospedaliero dimettente.

Il Medico di Medicina Generale (MMG)

Il MMG riceve, entro 3 giorni dalla dimissione protetta del proprio paziente, la scheda di dimissione e la notizia che verrà convocato, a cura della PUA Back Office competente per territorio alla riunione dell'UVM per il suddetto paziente.

Subito dopo le dimissioni protette, per un periodo di 30 giorni, l'equipe dimettente seguirà l'iter diagnostico e prognostico del paziente assicurando anche la prescrizione di eventuali farmaci e visite specialistiche. Ciò al fine di assicurare la continuità terapeutica al paziente fino all'intervento dell'MMG. I farmaci prescritti verranno forniti dalla Farmacia Ospedaliera del PO dimettente, mentre le visite specialistiche saranno erogate dal Distretto sanitario di residenza.

La Lettera di Dimissione

La Lettera di Dimissione (Allegato 1 del presente documento) offre una sintesi dei dati del paziente al momento della dimissione protetta.

E' importante che la suddetta lettera sia compilata in ogni sua parte al fine di offrire al paziente o alla sua famiglia, al MMG ed alla PUA Back Office, le informazioni relative allo stato di salute del soggetto e ai suoi bisogni assistenziali.

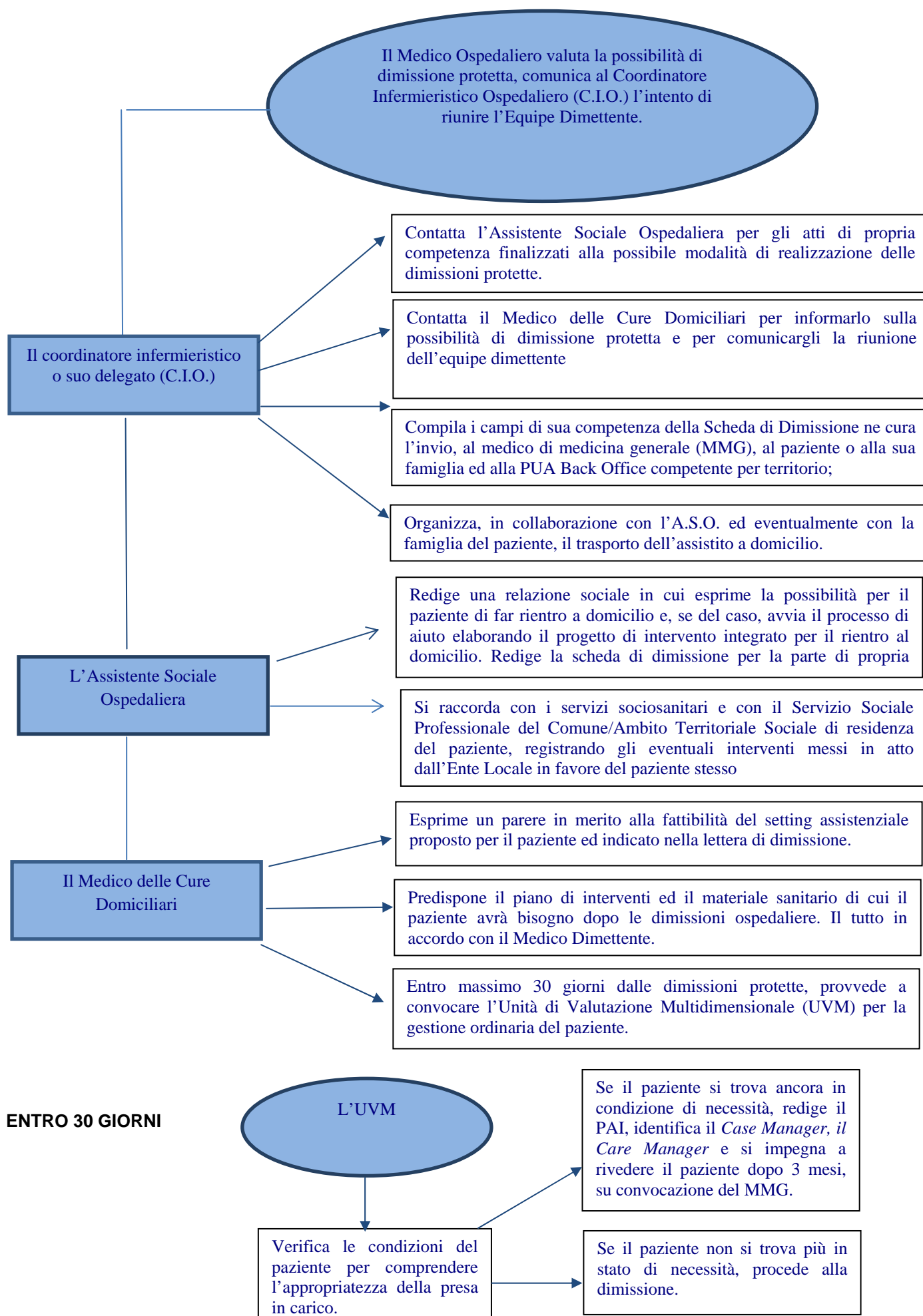
A regime, la Lettera di Dimissione sarà compilata o riportata, in caso di compilazione manuale, dal Coordinatore infermieristico (o suo delegato) nel sistema socio-sanitario ASTER ed inviata in formato digitale al MMG, alla PUA Back Office e al paziente e/o alla sua famiglia, entro 3 giorni lavorativi dopo la dimissione protetta.

Continuità ospedale – territorio

Le dimissioni protette devono basarsi su un'attenta erogazione del servizio il quale deve prevedere azioni di coordinamento ed integrazione degli interventi sociosanitari. In particolar modo, vanno garantiti i contatti e lo scambio di informazioni tra l'equipe dimettente, gli enti locali, gli Ambiti Territoriali Sociali, i medici di famiglia, la PUA, le strutture residenziali che ospitano il malato, le UDI e l'Hospice.

La continuità ospedale-territorio permette di ottenere continui feedback sulle condizioni di salute del paziente ed offre il giusto supporto e la giusta valorizzazione alla funzione della famiglia e della rete sociosanitaria.

FLOW CHART di Dimissione Protetta verso il domicilio



Inserimento del paziente in una struttura residenziale

L'iter delle dimissioni protette inizia dal Medico Ospedaliero il quale, avendo in carico il paziente, dopo aver valutato le sue condizioni cliniche, **almeno 2 giorni lavorativi prima della prevista dimissione, escludendo le giornate di Sabato, Domenica e prefestivi**, comunica al **Coordinatore Infermieristico Ospedaliero (C.I.O.) (o suo delegato)** l'intento di riunire la c.d. Equipe Dimettente, composta dal medico del P.O. dimettente, dal Medico delle Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di residenza del paziente, dall'Assistente Sociale del Presidio Ospedaliero e dal Coordinatore Infermieristico stesso.

Contatta l'Assistente Sociale ed il Medico delle Cure Domiciliari per comunicargli la tempistica della riunione dell'equipe dimettente, finalizzata alla possibile modalità di realizzazione delle dimissioni protette.

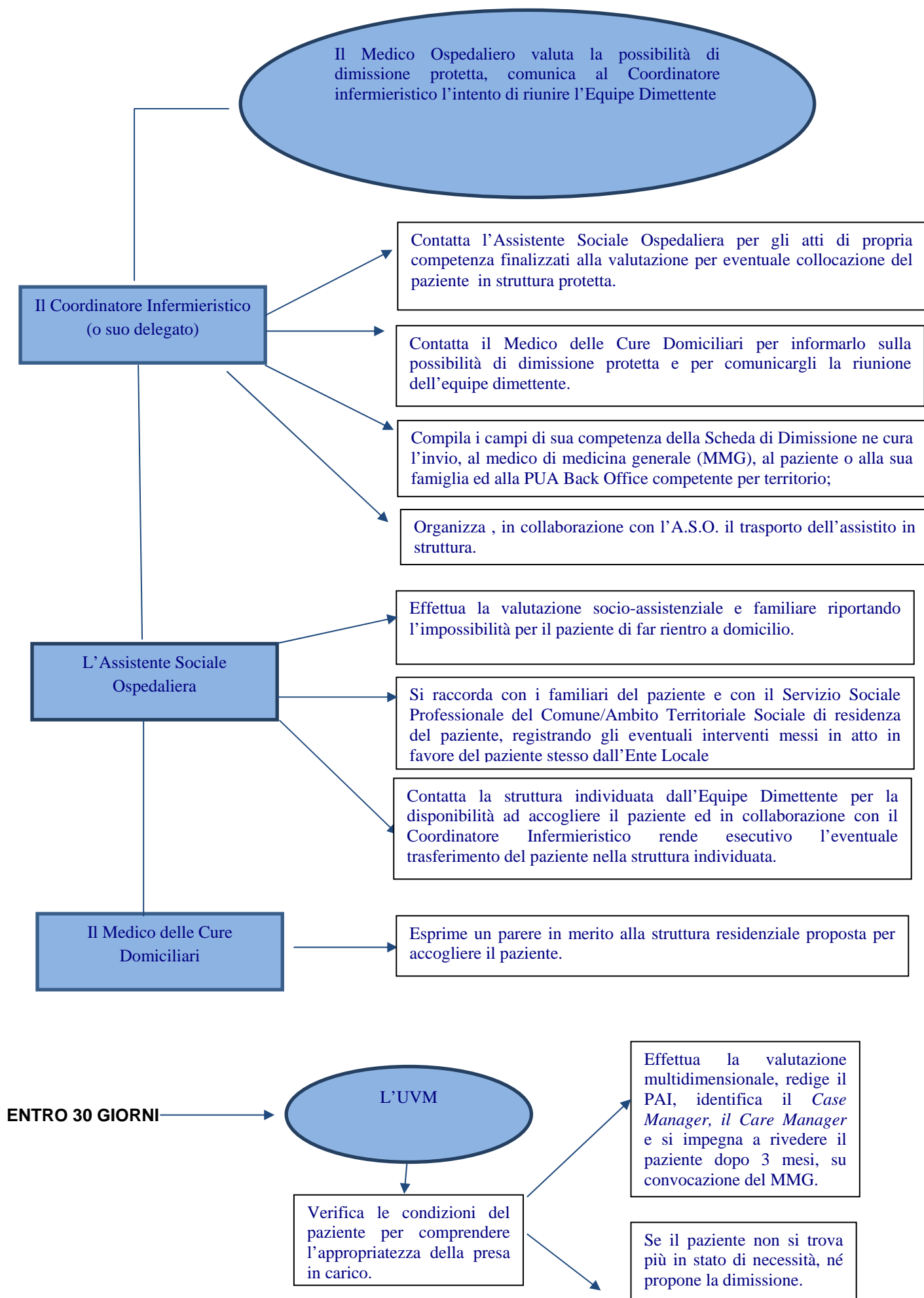
Quando l'**Assistente Sociale Ospedaliera** rileva l'eventuale assenza o impossibilità della rete parentale e/o amicale ad assistere il congiunto a domicilio, lo comunica al Medico Dimettente, il quale ipotizza la dimissione protetta verso una struttura residenziale ed individua la tipologia di struttura più consona alle esigenze del paziente. L'A.S.O. verificherà la disponibilità della struttura residenziale individuata ad accogliere il paziente, andando a valutare i posti disponibili ed ascoltando, ove possibile, le preferenze del paziente o del suo care giver. Qualora la famiglia voglia essere coinvolta nella scelta della struttura, l'A.S.O. può fornire le informazioni essenziali sulle strutture residenziali disponibili sul territorio dell'ASReM.

L'Assistente Sociale Ospedaliera, di norma, si avvale della collaborazione del Servizio Sociale Professionale del Comune/Ambito Territoriale Sociale di residenza del paziente, [per gli aspetti di loro competenza.](#)

Il medico delle Cure Domiciliari esprime un parere in merito alla fattibilità del setting assistenziale proposto per il paziente in dimissione protetta e sulla struttura residenziale scelta per il soggetto.

Il trasferimento del paziente dall'ospedale alla struttura residenziale sarà curato dal Coordinatore Infermieristico in collaborazione con l'A.S.O. L'ingresso del soggetto nella struttura residenziale sarà curato dalla struttura stessa.

FLOW CHART di Dimissione Protetta verso una struttura residenziale



Inserimento del paziente in Unità di Degenza Infermieristica (UDI)

In base a quanto stabilito dal DCA n.18 del 2017, l'inserimento del paziente in UDI viene previsto nei casi in cui si intende:

- favorire un'appropriata gestione del ricovero ospedaliero, fornendo un'alternativa di cura ed assistenza per pazienti post acuti o per soggetti con patologie crónico-degenerative in fase di riacutizzazione che non richiedono ricovero nel *setting* ospedaliero;
- ridurre giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie crónico-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti; prevenire le complicanze e favorire il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e residenziali;
- limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all'insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell'anziano dopo un'evenienza acuta;
- favorire l'integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche al fine di assicurare la continuità assistenziale.

Per stabilire l'eleggibilità in UDI e per quantificare il bisogno assistenziale del soggetto si procede così come stabilito dai criteri di eleggibilità riportati dal DCA n. 18 del 2017, nel paragrafo "*Criteri di eleggibilità*", in particolar modo per quanto stabilito ai punti a) b) c) d) e).

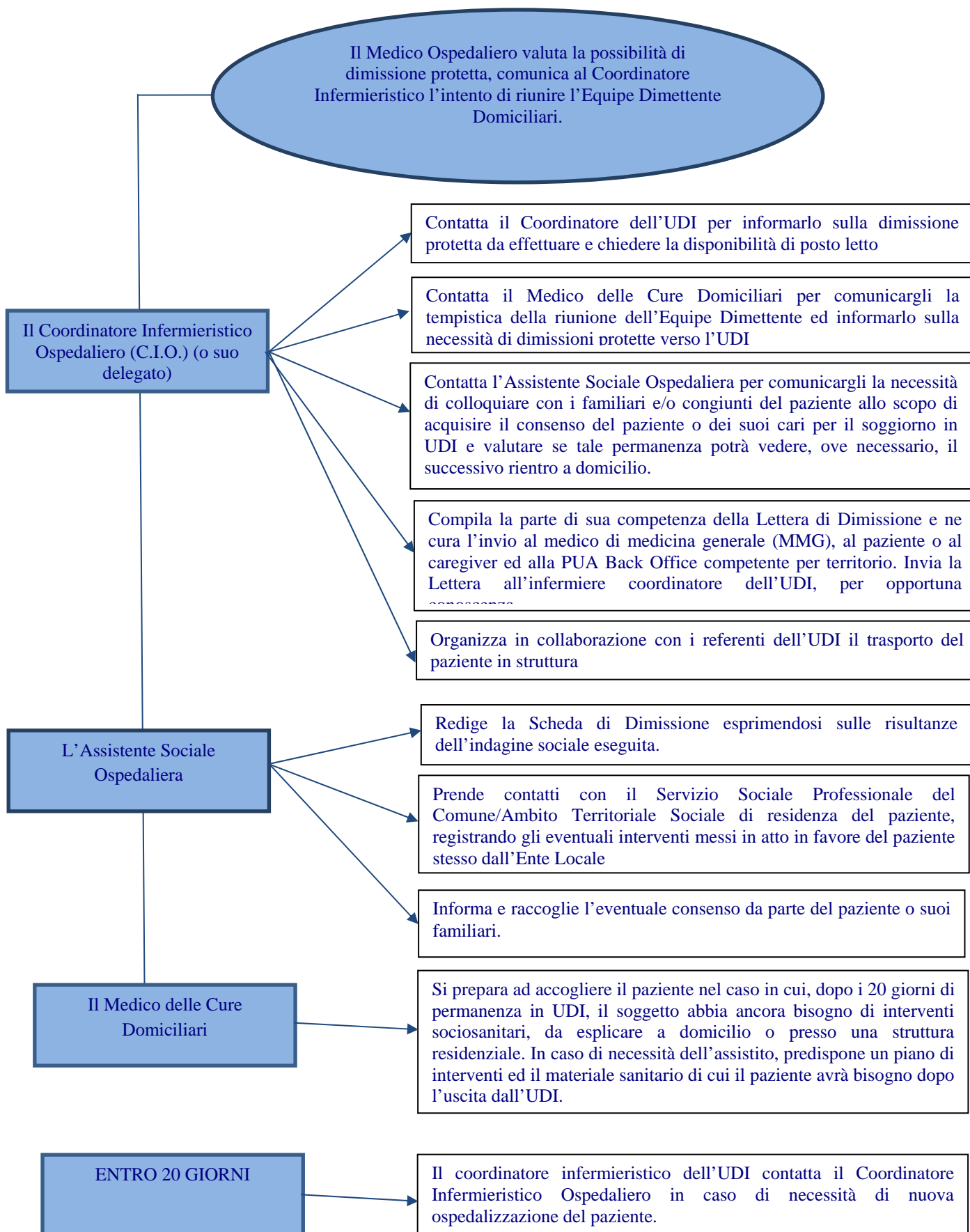
La permanenza in UDI non potrà superare i 20 giorni. Tale periodo è da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a consentire il rientro al proprio domicilio o ad inserire l'utente in un percorso di assistenza domiciliare o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali/semiresidenziali.

Per effettuare una dimissione protetta in UDI è necessario che:

- **Il Medico Dimettente** dopo aver valutato le condizioni cliniche del paziente, **almeno 2 giorni lavorativi prima delle dimissioni, escludendo le giornate di Sabato, Domenica e prefestivi**, propone di riunire la c.d. "equipe dimettente", composta dal Medico del P.O., dal Medico delle Cure Domiciliari del Distretto sanitario di residenza del paziente, dall'Assistente Sociale del Presidio Ospedaliero, dal Coordinatore Infermieristico (o suo delegato)
- **Il Medico Dimettente** propone il ricovero in UDI. Per stabilire l'effettiva eleggibilità nelle Unità di Degenza Infermieristiche e per quantificare il bisogno assistenziale del soggetto, così come stabilito dal DCA n.18 del 2017, si procede ad una valutazione con opportuni criteri di eleggibilità clinico-assistenziali attraverso un sistema di valutazione integrato medico ed infermieristico, quale ad esempio la MEWS (*Modified Early Warning Score*) integrato con l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA).
- **Il Medico delle Cure Domiciliari** viene informato circa la necessità di effettuare dimissioni protette verso l'UDI, così che possa prepararsi ad accogliere il paziente successivamente, nel caso in cui dopo i 20 giorni di permanenza in UDI, il paziente abbia ancora bisogno di interventi sociosanitari, da esplicare a domicilio o presso una struttura residenziale.

- **L'Assistente Sociale Ospedaliera** contatta i familiari e/o congiunti del paziente allo scopo di informare e di acquisire il consenso del paziente o dei suoi cari per il trasferimento in UDI e valutare, laddove ce ne fosse bisogno, se tale permanenza possa vedere il successivo rientro del soggetto a domicilio.
- **Il Coordinatore Infermieristico Ospedaliero (o suo delegato)** provvederà a prendere contatti con l'infermiere coordinatore dell'UDI per concordare le dimissioni previo invio di Lettera di Dimissione (Allegato 1 del presente documento). Prenderà contatti con il MMG del paziente ed informerà il Medico delle Cure Domiciliari del trasferimento del paziente in UDI. L'accettazione dell'utente in UDI avverrà a cura della struttura designata.

FLOW CHART di Dimissione Protetta verso l'Unità di Degenza Infermieristica



Dimissioni protette per soggetti che necessitano di cure palliative

Le cure palliative rappresentano un insieme di interventi terapeutici, diagnostici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva di quei pazienti che non rispondono più a trattamenti specifici contro una patologia che presenta un'evoluzione precoce e prognosi infausta.

Le cure palliative sono offerte nel rispetto delle convinzioni e dei desideri del paziente, secondo il principio del consenso informato e dell'evitamento dell'accanimento terapeutico.

L'intervento palliativo mira a:

- prendere in carico in modo globale il paziente;
- offrire una corretta gestione delle problematiche del malato;
- assicurare ai Malati Terminali una forma di assistenza finalizzata al controllo del dolore e degli altri sintomi, improntata al rispetto della dignità, dei valori umani, spirituali e sociali e al sostegno psicologico e sociale del malato e dei suoi familiari;
- agevolare la permanenza dei pazienti presso il proprio domicilio, garantendo ad essi ed alle loro famiglie la più alta qualità di vita possibile;
- ottenere una riduzione significativa e programmata dei ricoveri impropri.

Per la gestione delle cure palliative è stata istituita, in base a quanto riportato nell'Accordo Stato-Regioni del 13. 03.2003 l'Unità di Cure Palliative (U.C.P.), cioè una struttura organizzativa multidisciplinare specialistica, composta da esperti delle diverse problematiche cliniche, psicologiche, sociali, spirituali e di comunicazione, con compiti di consulenza specialistica e presa in carico dei pazienti terminali sia in regime residenziale che domiciliare.

L'assistenza domiciliare è una modalità assistenziale che garantisce a domicilio la messa in atto di interventi palliativi, caratterizzati da un più elevato contenuto sanitario, conseguenti a situazioni cliniche di scompenso o di particolare complessità, tali da rendere necessario un intervento assistenziale, che copra l'intero arco delle 24 ore.

L'Assistenza in struttura residenziale corrisponde agli Hospice per gli adulti ed alla struttura residenziale per minori.

Negli Hospice come nelle attività di cure palliative specialistiche domiciliari:

- i malati e le loro famiglie vengono supportati e coinvolti nel piano individuale di trattamento;
- i malati sono incoraggiati ad esprimere le loro preferenze sul luogo di cura e di morte;
- è garantita la cooperazione e la collaborazione con i professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie, con i servizi ospedalieri e di assistenza domiciliare al fine di supportare i pazienti.

Per effettuare la dimissione protetta di un malato che necessita di cure palliative, è necessario che:

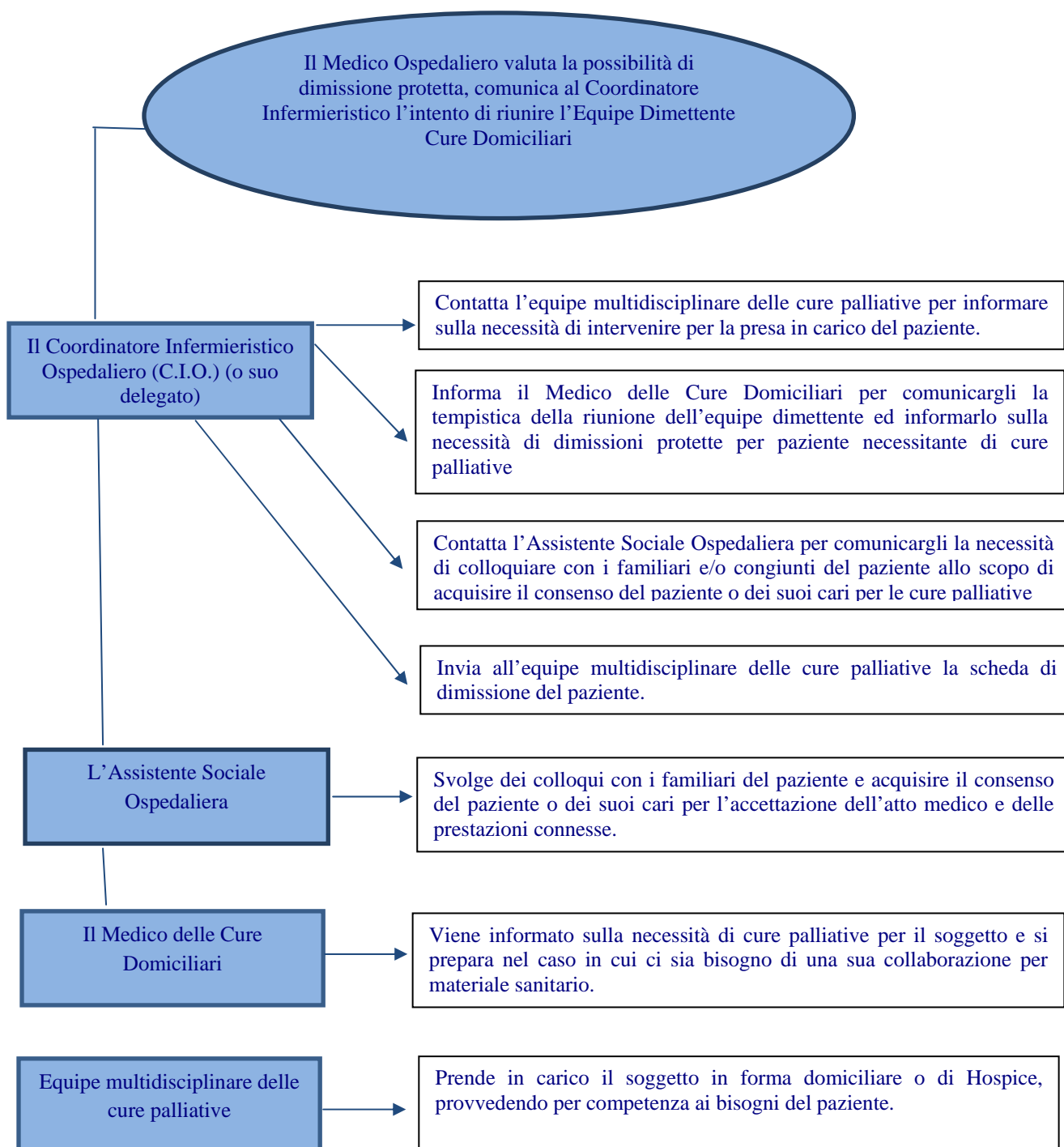
il Medico Dimettente, dopo aver valutato le condizioni cliniche del paziente, **almeno 3 giorni lavorativi prima delle dimissioni, escludendo le giornate di Sabato, Domenica e prefestivi**, propone di riunire la c.d. "Equipe Dimettente", composta dal Medico del P.O., dal Medico delle Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di residenza del paziente, dall'Assistente Sociale del Presidio Ospedaliero e dal Coordinatore Infermieristico.

Il Coordinatore Infermieristico C.I.O. (o suo delegato) contatta l'equipe multidisciplinare delle cure palliative al fine di chiedere la presa in carico del paziente. Il C.I.O. provvederà ad inviare la Lettera di Dimissione all'equipe multidisciplinare delle cure palliative la quale curerà la presa in carico del soggetto in forma domiciliare o di Hospice.

Il **Medico delle Cure Domiciliari** viene informato dal **Coordinatore Infermieristico (o suo delegato)** in merito alla necessità di effettuare dimissioni protette per un malato che necessita di cure palliative.

L'Assistente Sociale Ospedaliera contatta i familiari e/o i congiunti del paziente, raccoglie il consenso del paziente o dei suoi cari per l'accettazione dell'atto medico e delle prestazioni connesse alle cure palliative.

FLOW CHART di Dimissione Protetta per soggetti che necessitano di cure palliative



ALLEGATO 1 LETTERA DI DIMISSIONE PROTETTA



Al Paziente

Al Medico Curante _____

Alla PUA del Distretto sanitario di _____

Al Coordinatore infermieristico dell'UDI _____

Al Responsabile della struttura residenziale (RSA, RSD, RP, Hospice) _____

All'U.C.P. _____

Codice fiscale _____ del paziente/utente	
Cognome	Nome
nato a	il
residente a	indirizzo
Tel/Cell	Parente/Caregiver

PATOLOGIE PRINCIPALI CHE CONCORRONO A DETERMINARE LA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (A CURA DEL MEDICO DIMETTENTE)

	Descrizione della patologia	Codice ICD9
Prima patologia		_ _ _
1° patologia concomitante		_ _ _
2° patologia concomitante		_ _ _

VALUTAZIONE SINTETICA DELLA SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA (A CURA DEL C.I.O.)

	Valutazione e punteggio		
Situazione Cognitiva	<input type="checkbox"/> 1 Lucido	<input type="checkbox"/> 2 Confuso	<input type="checkbox"/> 3 Molto confuso, stuporoso
Problemi comportamentali	<input type="checkbox"/> 1 Assenti/Lievi	<input type="checkbox"/> 2 Moderati	<input type="checkbox"/> 3 Gravi
Situazione Funzionale	<input type="checkbox"/> 1 Autonomo o quasi	<input type="checkbox"/> 2 Dipendente	<input type="checkbox"/> 3 Totalmente dipendente
Grado di Autonomia	<input type="checkbox"/> 1 Si sposta da solo	<input type="checkbox"/> 2 Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non si sposta
Supporto rete sociale	<input type="checkbox"/> 1 Ben assistito	<input type="checkbox"/> 2 Parzialmente assistito	<input type="checkbox"/> 3 Non assistito
Necessità assistenza sanitaria	<input type="checkbox"/> 1 Bassa	<input type="checkbox"/> 2 Intermedia	<input type="checkbox"/> 3 Elevata

U.O. OSPEDALIERA DI DEGENZA (CURA DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO OSPEDALIERO)

U.O. _____ P.O. _____

Medico Dimettente _____ Tel. Reparto _____

Bisogni assistenziali rilevati al momento della dimissione (da redigere a cura del Medico Dimettente. Barrare almeno un bisogno: i bisogni non barrati si intendono non presenti)

Autonomia	Riabilitazione	Apparato respiratorio
<input type="radio"/> Autonomo	<input type="radio"/> Nessuna Riabilitazione	<input type="radio"/> Normale
<input type="radio"/> Parzialmente autonomo	<input type="radio"/> Riabilitazione Neurologica	<input type="radio"/> Tosse e secrezioni(aspirazione)
<input type="radio"/> Totalmente dipendente	<input type="radio"/> Afasia	<input type="radio"/> Ossigenoterapia
<input type="radio"/> Stato vegetativo	<input type="radio"/> Riabilitazione Ortopedica	<input type="radio"/> Ventiloterapia
		<input type="radio"/> Tracheostomia
Stato nutrizionale	Comportamento	Ritmo sonno/veglia
<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Ritmo sonno/veglia alterato _____
<input type="radio"/> Dimagrimento	<input type="radio"/> Disturbo cognitivo moderato	<input type="radio"/> Rischio infettivo personale
<input type="radio"/> Disidratazione	<input type="radio"/> Disturbo cognitivo grave	<input type="radio"/> Febbre
<input type="radio"/> Nutrizione/disfagia (NAD- PEG ecc)	<input type="radio"/> Disturbo comportamentale (BPSD)	
<input type="radio"/> _____	<input type="radio"/> Condizioni di salute psichiatrica	
Apparato gastrointestinale	Apparato genito urinario	Apparato tegumentario
<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Normale
<input type="radio"/> Incontinenza fecale _____	<input type="radio"/> Incontinenza urinaria _____	<input type="radio"/> Ulcere cutanee 1° e 2° Grado
<input type="radio"/> Vomito	<input type="radio"/> Cateterismo vescicale	<input type="radio"/> Ulcere cutanee 3° e 4° Grado
<input type="radio"/> Sanguinamento gastrointestinale	<input type="radio"/> Urostomia	<input type="radio"/> Stato più grave di ulcera - non stadiabile
<input type="radio"/> Stomia	<input type="radio"/> Ematuria	<input type="radio"/> Cura della ferita
<input type="radio"/> Stipsi	<input type="radio"/> Dialisi	<input type="radio"/> Altri problemi cutanei
<input type="radio"/> Diarrea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Lacerazioni o tagli non chirurgici
Oncologico/terminale	Prestazioni	
<input type="radio"/> Non oncologico/non terminale	<input type="radio"/> Prelievo venoso non occasionale	
<input type="radio"/> Terminalità non oncologica	<input type="radio"/> ECG	
<input type="radio"/> Terminalità oncologica	<input type="radio"/> Telemetria	

- Oncologico
- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dolore presente _____
- Trasfusioni
- Terapia Endovenosa
- Terapia intramuscolo/sottocutanea
- Gestione CVC

La sottoscritta "equipe dimettente" dispone la dimissione del paziente _____ verso:

|__| il domicilio in ADI

|__| la Struttura Residenziale (RSA, RSD, RP, Hospice) (specificare _____);

|__| l'Unità di Degenza Infermieristica (UDI) di (specificare _____);

|__| Altro (specificare _____);

con le seguenti prescrizioni:

Piano Assistenziale proposto

A - TERAPIA MEDICA (da redigere a cura del Medico Dimettente)

Specificare per ciascun farmaco prescritto:

Farmaco	Dose	Posologia	Data inizio	Note

Osservare difficoltà di auto-somministrazione ☐ SI ☐ NO

Se si precisa: _____

PIAGHE E MEDICAZIONI (da redigere a cura del Coordinato Infermieristico Ospedaliero)

Sede	Trattamenti e tipo materiale da usare	Frequenza/settimanale

B- ALIMENTAZIONE (da redigere a cura del Medico Dimettente)

☐ Equilibrata ☐ ricca di fibre ☐ per diabetici ☐ senza sale

C – CURE/SERVIZI (da redigere a cura del Medico Dimettente)

Ambito	Precisare i bisogni di cure/servizi richiesti e le restrizioni nonché piano di interventi
Fisioterapia	
Mobilizzazione	
Ossigenoterapia	
Altro (ausili di base ecc)	

Valutazione e bisogno socio-assistenziale – A CURA DELL’A.S.O.

Parere alla dimissione:

|__| favorevole

|__| Contrario (specificare motivazione _____)

Luogo data _____

Il Medico Dimettente (Cognome e Nome) _____ **Firma** _____

Il Medico della PUA. (Cognome e Nome) _____ **firma** _____

Il Coordinatore Infermieristico (Cognome e Nome) _____ **Firma** _____

L’Assistente Sociale (Cognome e Nome) _____ **Firma** _____

CONSENSO INFORMATO ALL'ATTO MEDICO E ALLE PRESTAZIONI CONNESSE

(D. Lgvo 30/06/2003 n. 196)

Il sottoscritto _____ in qualità di assistito/tutore/amministratore di sostegno, nato a _____ il _____ residente a _____ in via _____ tel. _____

DICHIARA

Di essere stato informato/a sulla natura e sulle caratteristiche del programma di cure domiciliari (PAI) concordato con il MMG/PLS dott. _____ e il medico del reparto di _____ del presidio ospedaliero di _____ dott _____ tel. _____

Di essere stato informato/a che detto programma può prevedere:

- a. terapie Farmacologiche mirate al controllo dei sintomi o alla rimozione delle cause di malattia;
 - b. altri possibili interventi sanitari (prelievi, medicazioni, infusioni di liquidi, gestione cateteri vescicali, gestione CVC, nutrizioni enterali e parenterali....) secondo le necessità specifiche;
 - c. manovre invasive quali inserimento e cambio cannula tracheale, paracentesi, toracentesi ecc se richieste dallo stadio della malattia e secondo necessità specifiche;
 - d. visite mediche;
 - e. fisioterapia;
 - f. monitoraggio delle condizioni cliniche con l'ausilio di strumenti anche elettronici con comunicazioni a distanza (telemedicina) e comunque non invasivi;
 - g. opera di educazione sanitaria;
 - h. prestazioni assistenziali di base (igiene della persona, mobilitazione, ecc.) come previsto dal PAI.
2. Di essere stato/a informato/a di poter comunque rifiutare qualsiasi trattamento proposto e di poter interrompere l'assistenza in qualsiasi momento senza obbligo da parte mia di motivare la decisione e senza che questo comporti alcuna perdita della possibilità di continuare ad essere seguito e curato nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale;
 3. Di essere a conoscenza che anche nel caso delle cure domiciliari, come accade in tutte le discipline sanitarie, i trattamenti non sono esenti da possibili complicazioni, anche se attuati con perizia, diligenza e prudenza;
 4. Di acconsentire al trattamento dei miei dati sanitari, da parte degli operatori dell'ASREM, solo per finalità connesse alla salute (finalità di cura), per la supervisione del sistema sanitario nazionale (finalità di governo) e per la ricerca nel pubblico interesse secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e successive modificazione ed integrazioni.

Per quanto sopra premesso

ACCETTA

L'ATTIVAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI SECONDO IL PROGRAMMA ILLUSTRATO

Firma del paziente/tutore/amministratore _____

Firma dell'operatore che riceve il consenso _____

Luogo e data _____