

 <p>REGIONE CAMPANIA Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro</p>	<p><b>DOCUMENTO ORGANIZZATIVO</b> <b>INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO</b> <b>SEZIONE 6</b></p>	<p><b>DO Dip.AP</b> <b>Rev. 0</b> <b>Ed. 2017</b> <b>Pag. 34</b></p>
--	--	--

## 6. INTEGRAZIONE OSPEDALE – TERRITORIO

Le dimissioni protette sono rivolte a pazienti in uscita dall'ospedale, che hanno necessità di proseguire la sorveglianza medica, la nursing infermieristico e/o gli interventi riabilitativi organizzati in un progetto di cure integrate di durata variabile erogabili o al domicilio, o in un altro "setting" della rete dei servizi territoriali diverso dall'ospedale.

### 6.1. Tipologia di Dimissione Protetta

La Dimissione Protetta si rende necessaria in un quadro complessivo di fragilità del paziente e si attua nelle seguenti indicazioni:

- a. Dimissione Protetta con valenza prevalentemente sanitaria (continuità terapeutiche tecnicamente realizzabili in setting non ospedaliero)
- b. Dimissione Protetta con valenza prevalentemente sociale (soggetto non autosufficiente con situazione di marcato svantaggio socio-familiare e difficoltà al riaccoglimento in casa).
- c. Dimissione Protetta con bisogni sociosanitari integrati (soggetto non autosufficiente con problematiche socio- sanitarie)

### 6.2. Condizioni di eleggibilità

I soggetti che, concluso l'iter diagnostico curativo e terapeutico ospedaliero, hanno perso temporaneamente o stabilmente l'autonomia e richiedono interventi di carattere sanitario e/o sociale, possono avvalersi di dimissioni protette al loro domicilio in presenza delle seguenti condizioni:

- il consenso informato del paziente
- la disponibilità della famiglia indispensabile in tutte le tipologie di cure domiciliari
- la presenza di un contesto familiare ed abitativo adeguato
- residenza/domicilio nella ASL NA1 Centro.

#### 6.2.1. Criteri di eleggibilità

- Persone in condizioni di "fragilità" con limitazione dell'autonomia parziale o totale (determinata dalla concomitanza di diversi fattori biologici, psicologici e socio-ambientali, che agendo in modo coincidente inducono ad una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo) e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- pazienti con patologie cronico-evolutive invalidanti (es. neurologiche, compresa la SLA, cardiache gravi, oncologiche, ecc);
- pazienti in fase avanzata di malattie inguaribili;
- persone affette da demenza e/o malattia di Alzheimer;
- pazienti con patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio;
- pazienti in riabilitazione post acuzie;
- patologie ed attività previste da programmi regionali e/o aziendali;

Ulteriori condizioni indispensabili per tali dimissioni sono:

- il consenso informato del paziente

- la disponibilità della famiglia indispensabile in tutte le tipologie di cure domiciliari con l'individuazione del care giver
- la presenza di un contesto familiare ed abitativo adeguato
- residenza/domicilio nella ASL NA1 Centro.

### 6.2.2. Modalità Operative

Il percorso "Dimissione Protetta" individua 4 momenti fondamentali:

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

### 6.2.3. Scheda Segnalazione / Dimissioni Protette

La segnalazione per i setting assistenziali di Cure Domiciliari e Cure Palliative e per i ricoveri in Cure Domiciliari, R.S.A., Hospice, S.U.A.P., Ospedale di Comunità viene effettuata:

- dalla Direzione Sanitaria delle Aziende Ospedaliere e Aziende Universitarie;
- dalle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri Aziendali;
- dalle Direzioni Sanitarie degli Ospedali Classificati;
- dalle Direzioni Sanitarie delle Case di Cura Accreditate.

I soggetti su menzionati segnalano (durante il ricovero dell'utente) il bisogno di continuità assistenziale sul **MOD.12 Modello di Segnalazione Dimissione Protetta** (compilata dalla Unità Ospedaliera che dovrà dimettere il paziente) ad uno dei seguenti componenti dei nodi della rete territoriale:

- MMG/PLS;
- Unità Operativa Distrettuale competente (Assistenza Sanitaria di Base, Assistenza Riabilitativa, Assistenza Anziani, Materno Infantile);
- Centro Servizi Sociali Territoriali;



Mod 12 Segnalazione  
Dimissione protetta.doc

Tale scheda dovrà indicare l'eleggibilità clinica del paziente per le Cure Domiciliari o per i ricoveri in altri setting assistenziali (RSA, Ospedale di Comunità, SUAP, Hospice).

Le Direzioni Sanitarie proponenti le dimissioni inoltrano al Coordinatore U.V.I. del Distretto di competenza. Quest'ultimo valutato il bisogno di cura del paziente, la invia alla P.U.A. per la convocazione dell'UVI per la stesura del PAI.

### 6.2.4. Inserimento paziente in dimissione protetta nella rete territoriale

Per l'attivazione dei percorsi delle cure Domiciliari di I, II, III liv e Cure Palliative o dei ricoveri in RSA/Hospice/SUAP si rimanda ai percorsi sopra descritti.

Per i pazienti che all'atto della dimissione necessitano della presa in carico riabilitativa, gli stessi devono ricevere una valutazione diagnostico-prognostica al fine di individuare il percorso riabilitativo più idoneo ed efficiente e gli interventi più appropriati sulla base di un progetto riabilitativo individuale che tiene conto della valutazione clinica, della prognosi funzionale, del margine di modificabilità del quadro di menomazione e disabilità,

del grado di stabilità clinica del paziente e della sua possibile partecipazione al programma di riabilitazione secondo le procedure di seguito specificato.

#### **A. Il Paziente Ricoverato in P.O. con istituzione di U.V.B.R.**

L'UVBR provvederà ad elaborare il Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I.) tenendo conto dei parametri di menomazione, della limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) e ad inviarlo alla propria Direzione Sanitaria Presidiale.

La Direzione Sanitaria Ospedaliera invierà alla Direzione Distrettuale di appartenenza del paziente:

- Scheda Dimissione Protetta
- Piano Riabilitativo Individuale

al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero.

La Direzione Sanitaria Distrettuale investirà l'U.V.B.R. territoriale per la continuità assistenziale riabilitativa che provvederà a validare il P.R.I. ospedaliero e/o ad integrarlo.

#### **B. Il Paziente Ricoverato in P.O. senza U.V.B.R.**

La Direzione Sanitaria Ospedaliera, su indicazione del reparto che ha in carico il paziente, richiede alla Direzione Sanitaria Distrettuale di competenza la consulenza dell'U.V.B.R./Fisiatra prescrittore del DSB territorialmente più vicino al P.O, al fine di effettuare l'analisi del bisogno riabilitativo del paziente con elaborazione del P.R.I.

#### **C. Il Paziente Ricoverato in P.O. afferenti ad altre A.S.L. regionali e/o extraregionali**

Qualora abbia incardinato nel P.O. la U.V.B.R. il processo è quello descritto nel **punto A**. Nel caso in cui manchi la U.V.B.R. la U.O. di ricovero segnalerà attraverso la scheda di dimissione protetta la necessità di una valutazione riabilitativa che verrà trasmessa alla Direzione Distrettuale del paziente per la programmazione tempestiva a domicilio da parte dell'U.V.B.R. territoriale.

### **6.3. Percorso Riabilitativo Domiciliare**

A seguito di quanto contenuto nel P.R.I. la U.O. Fasce Deboli e Cure Domiciliari attiva i seguenti percorsi.

#### **6.3.1. Utenti con bisogni sanitari di tipo riabilitativo semplici ex articolo 44**

La U.O. Fasce Deboli e Cure Domiciliari, per le cure prestazionali invia a domicilio del paziente il Terapista della Riabilitazione Distrettuale

Per le cure domiciliari di I o II o III livello e Cure Palliative il trattamento riabilitativo viene effettuato dal Terapista della Riabilitazione assegnato a tali percorsi, ottemperando a quanto prescritto nel P.A.I. elaborato dall'U.V.I. comprensivo del Piano Riabilitativo Individuale.

#### **6.3.2. Utenti con bisogni sanitari di tipo riabilitativo complessi**

In questo caso prima delle dimissioni del paziente la U.V.B.R. elabora il PRI e contatta la U.V.B.R. territoriale al fine della condivisione dello stesso. Le prestazioni previste nel PRI (ex art.26 della Legge 833/78) al i fini dell'erogazione devono ottemperare a quanto di seguito di seguito riportato:

- prescrizione delle prestazioni da parte del Medico prescrittore della U.V.B.R

- disponibilità di un centro di riabilitazione accreditato dalla Regione in cui insiste il Centro
- autorizzazione della U.O.A.R.

Qualora dalla valutazione multidisciplinare dell'U.V.B.R. Ospedaliera o Territoriale dovesse risultare che il paziente non è eleggibile nelle cure domiciliari, la stessa provvederà ad individuare un altro setting assistenziale (ricovero in strutture accreditate per i cod.75-56-60 o R.S.A. disabili.) inviando la segnalazione alla Direzione Sanitaria Ospedaliera per l'attivazione dell'iter del caso.

Per cui la Direzione Sanitaria del P.O. contatterà le strutture accreditate indicate dalla U.V.B.R. per la verifica di disponibilità e successivamente invierà la scheda di dimissione protetta alla struttura accettante corredata di P.R.I.

**Una volta concordato il trasferimento e stabilita la data di dimissione, il familiare del paziente contatta il M.M.G. per la redazione dell'impegnativa per il ricovero nella stessa data di dimissione del paziente.**

**Il trasporto del soggetto sarà a carico del presidio che dimette.**

Per quanto attiene alla prescrizione dei presidi e/o ausili si procede come di seguito riportato:

- il medico prescrittore ospedaliero o distrettuale prescrive sul modello Fioto il presidio e/o l'ausilio con i relativi codici previsti nel tariffario del DPCM 12-1-2017;
- il familiare del paziente, ottenuto il modello, si rivolge ad una ditta di fiducia per acquisire sullo stesso modello il preventivo di spesa;
- il modello Fioto viene, infine, autorizzato dalla U.O. Fasce Deboli e Cure Domiciliari.;
- il presidio dovrà essere sottoposto a collaudo da parte del medico prescrittore prima della consegna al paziente.

#### **6.4. Uscita dal Percorso Riabilitativo**

Per ritenere concluse le attività di riabilitazione estensiva territoriale occorre che si realizzi almeno una delle seguenti condizioni:

- raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal P.R.I.;
- verifica dell'impossibilità del raggiungimento dei medesimi obiettivi ipotizzati.

---

Per tutto quanto non espresso in questo documento si rimanda alle normative di riferimento allegate