



**COMUNITA' DELLA
VAL DI NON**

Provincia autonoma di Trento



*Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
Provincia Autonoma di Trento*

PROTOCOLLO DI DIMISSIONI PROTETTE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE

TRA

SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E
ABITATIVE
COMUNITA' DELLA VAL DI NON

AZIENDA PROVINCIALE PER I
SERVIZI SANITARI DISTRETTO
VALLI DI NON E SOLE



CONTESTO GENERALE	1
1. FINALITA' GENERALI	1
2. OBIETTIVI	1
3. SOGGETTI COINVOLTI	2
4. DESTINATARI	2
5. MODALITA' DI SEGNALAZIONE	3
6. RISULTATI ATTESI	6
7. MONITORAGGIO E VERIFICA	6
8. VALUTAZIONE	7
9. IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO	8

CONTESTO GENERALE

La necessità di costruire processi chiari, condivisi e strutturati su dimissioni protette e continuità assistenziale nasce dalla rilevazione sul territorio della Valle di Non, di diverse situazioni critiche e fragili, in particolare rispetto alla popolazione anziana, quali:

- solitudine, situazioni di disagio e/o emarginazione sociale
- abitazioni inadeguate (presenza di barriere architettoniche, cura inadeguata del domicilio)
- totale o parziale assenza di rete familiare
- convivenza con coniuge anziano, con figlio/a disabile e in tutte quelle situazioni in cui anche il potenziale caregiver è fragile
- difficoltà alle dimissioni dall'ospedale, da parte del paziente e della famiglia nell'affrontare una condizione di salute, differente da quella precedente il ricovero

Questi bisogni inoltre, in alcuni casi possono essere aggravati, dalla peculiare conformazione del territorio della Valle di Non, che si presenta frammentata in piccoli comuni, con la conseguente difficoltà di accesso ai servizi.

Tali evidenze trovano inoltre riscontro in alcuni dati statistici rilevabili sul territorio, che confermano per il futuro una sempre maggiore presenza di popolazione nella fascia di età over 65 anni (28,5% al 2030) e over 75 anni (15,1% al 2030), con i relativi problemi legati alla non autosufficienza.

1. FINALITA' GENERALI

Il percorso è strettamente rivolto ad una **presa in carico globale del paziente/utente** da parte della rete dei servizi ciò per garantire un **approccio unitario centrato sulla persona** portatrice di bisogni e di risorse reali e/o potenziali (di autogestione ove possibile, rete sociale e familiare).

La centralità della persona in tale processo si concretizza proprio nella continuità dell'assistenza, non solo nella fase di dimissione verso il domicilio, ma anche nella fase di ammissione. Pertanto il processo di dimissione protetta - continuità assistenziale deve accompagnare la persona garantendo un **filo continuo tra domicilio- ospedale -domicilio o casa di soggiorno/RSA**, favorendo anche l'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

2. OBIETTIVI

L'obiettivo generale è garantire la continuità assistenziale nel percorso domicilio - ospedale - domicilio o casa di soggiorno/RSA.

Gli obiettivi specifici sono i seguenti:

- individuare in modo chiaro ed immediato i soggetti fragili, che necessitano di percorsi di continuità assistenziale guidati, in particolare per i cosiddetti casi di "zona grigia" che

possono presentare inizialmente situazioni difficilmente codificabili, ma che spesso risultano essere più scoperti dai servizi perché più difficili da individuare

- migliorare e sviluppare la continuità assistenziale,
- promuovere un ruolo attivo del familiare e se possibile del paziente/utente, nel processo di cura
- promuovere e diffondere una più adeguata conoscenza dei servizi ospedale-territorio da parte di familiari e se possibile dei pazienti/utenti
- permettere una maggiore fruibilità ed efficacia delle risorse tra ospedale e territorio, con particolare riferimento all'assistenza a domicilio, sia di competenza sanitaria, sia sociale.
- favorire la prevenzione/riduzione dei casi di ricovero recidivo

3. SOGGETTI COINVOLTI

I servizi coinvolti sono, come parte attiva all'interno del protocollo di dimissioni protette sono:

- Azienda provinciale per i servizi sanitari del Distretto della Valle di Non e Valle di Sole
- Servizio Politiche Sociali e Abitative della Comunità della Val di Non
- Medici di medicina generale
- Aziende pubbliche di servizi alla persona/cooperative che gestiscono servizi di RSA
- Associazioni /cooperative che gestiscono servizi per anziani sul territorio della Valle di Non
- Familiari/caregiver
- Utenti/pazienti

4. DESTINATARI

I destinatari del percorso di dimissioni - protette continuità assistenziale possono essere di differenti tipologie. Sarà necessario avere particolare attenzione per pazienti/utenti fragili, sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista sociale, siano essi adulti o anziani:

Nello specifico si possono individuare:

1. Pazienti che al momento della dimissione sono in grado di raggiungere in autonomia i luoghi di erogazione dei servizi, cognitivamente orientati e con una rete familiare presente, sono in grado di gestire, in autonomia o supportati dal caregiver, l'assunzione della terapia, sono capaci di mantenere e sviluppare relazioni significative con le persone
2. Pazienti che hanno difficoltà a gestire autonomamente la cura di sé, del proprio ambiente di vita, le proprie relazioni sociali, con funzioni cognitive dubbie, autonomia limitata e impossibilità/difficoltà a raggiungere autonomamente i luoghi di erogazione delle cure, in difficoltà nell'assunzione autonoma della terapia, con assente o insufficiente compensazione della rete familiare, che necessitano al momento delle dimissioni di servizi sociali e sanitari a domicilio.

3. Pazienti per i quali attivare il percorso UVM/valutazione multidisciplinare: persone non autosufficienti o con grave disabilità che presentano un elevato grado di dipendenza, che necessitano di essere assistite e sostenute nelle funzioni elementari della vita (cura di sé, del proprio ambiente di vita, relazioni sociali) e/o abbisognano di prestazioni sociali e sanitarie continuative, che comportano l'attivazione della complessa rete dei servizi sociali e sanitari.

5. MODALITA' DI SEGNALAZIONE

Partendo dal presupposto che il momento del ricovero é cruciale per la buona riuscita di un percorso di dimissioni protette, è necessario individuare tre fasi:

- ⇒ **ammissione**
- ⇒ **degenza**
- ⇒ **dimissione**

FASE di AMMISSIONE: sia per ricoveri programmati, sia per ricoveri improvvisi, dei casi noti o non noti

Attore che segnala: coordinatore di percorso all'interno del reparto o, in sua assenza, infermiere professionale che accoglie il paziente.

Azioni:

1. Prima classificazione dei casi (anche se già noto) secondo i codici 1, 2, 3 sopra delineati.
2. Verifica dei servizi attivi (sociali, sanitari, MMG) e segnalazione ai servizi non attivi.

STRUMENTO 1 strumenti informativi su paziente/utente per i diversi servizi:

- scheda informativa da compilare su paziente/utente per servizio sociale da parte del coordinatore di percorso (allo scopo di un adeguato passaggio di informazioni)
- griglia paziente/utente da parte dei coordinatori di percorso e del servizio sociale (allo scopo di raccogliere dati per l'elaborazione degli indicatori)
- SIO, SIT per assistenza territoriale

Destinatari della segnalazione

U.O.Assistenza Primaria

Servizio Politiche Sociali e Abitative ed eventuali servizi territoriali convenzionati connessi
MMG

FASE di DEGENZA: sia per ricoveri programmati, sia per ricoveri improvvisi, dei casi noti o non noti

I servizi attivi o quelli attivati al bisogno, si impegnano a tenersi aggiornati sul caso

Il Servizio sociale si impegna ad attivarsi nel seguente modo:

- se il paziente è già conosciuto dal servizio si rivaluta la situazione alla luce dei nuovi elementi emersi con il ricovero, si scambiano informazioni utili con il coordinatore di percorso del reparto di competenza, si verifica la necessità di approntare variazioni e/o sostanziali cambiamenti al progetto assistenziale individualizzato sull'utente
- se il paziente non è conosciuto, il Servizio sociale si attiva per valutare la situazione della persona su diversi aspetti (condizione abitativa, eventuale rete familiare...), elabora un progetto assistenziale individualizzato e scambia informazioni utili sull'utente con il coordinatore di percorso del reparto di competenza.

Il coordinatore di percorso del reparto competente terrà costantemente aggiornati i vari servizi attivati, rispetto alle variazioni sul singolo caso.

Attore che facilita i rapporti tra reparto, territorio e famiglia: coordinatori di percorso dei relativi reparti, in particolare per i cosiddetti casi di "zona grigia" che possono presentare inizialmente situazioni difficilmente codificabili, ma che spesso risultano essere più scoperti dai servizi perché più difficili da individuare

Azioni:

1. Raccolta ulteriori informazioni dalla famiglia e confronto con la stessa
2. Classificazione puntuale del paziente/utente secondo i codici 1, 2, 3.

STRUMENTO 1 aggiornamento strumenti informativi su paziente/utente per i diversi servizi:

- aggiornamento scheda informativa su paziente/utente per servizio sociale da parte del coordinatore di percorso
- aggiornamento griglia paziente/utente da parte dei coordinatori di percorso e del servizio sociale
- aggiornamento SIO, SIT
-

3. Formazione/addestramento dei familiari/caregiver o di pazienti/utenti, se capaci, che verranno dimessi e torneranno al proprio domicilio.

Addestramento per:

- utilizzo dei farmaci con relativa terapia e tempi e modi di somministrazione (compresa terapia insulinica, terapia sottocutanea, gestione peg)
 - igiene e cura della persona, mobilitazione (anche solo garantendo l'osservazione da parte del familiare)
4. Proposta, da parte del medico ospedaliero, degli ausili da utilizzare a domicilio. L'U.O. Assistenza Primaria si farà carico di ottenere la prescrizione dal MMG ed inoltrarla al servizio competente per la fornitura.
 5. consegna a familiari/caregiver di eventuale materiale educativo (da predisporre)

STRUMENTO 2

- materiale informativo sui servizi (in preparazione)



Destinatari di informazioni/comunicazioni/aggiornamenti

Coordinatori di percorso e relativi reparti

U.O Assistenza Primaria

Servizio Politiche Sociali e Abitative della Comunità della Val di Non

MMG

FASE di DIMISSIONE

Attore che segnala la dimissione: coordinatori di percorso dei relativi reparti e del territorio
medici ospedalieri

Azioni:

La dimissione va comunicata in anticipo alla famiglia e ai servizi territoriali competenti.

Nel caso in cui, al momento della dimissione non vi siano ancora le condizioni che garantiscono la continuità assistenziale, potrebbe esserci la necessità di protrarre la fase di degenza per qualche giorno.

Al fine di permettere ai diversi enti un'organizzazione ed erogazione dei servizi consona alle esigenze del paziente, la dimissione **va sempre programmata e comunicata in anticipo** con le seguenti tempistiche:

- per servizio sociale: 3 giorni lavorativi antecedenti la dimissione
 - per U.O. Assistenza territoriale: il giorno lavorativo antecedente la dimissione
1. Il coordinatore di percorso del reparto comunica la situazione del paziente e la data di dimissione al coordinatore di percorso dell'U.O. Assistenza territoriale, che a sua volta lo comunicherà a MMG. Il medico di reparto comunicherà a MMG la situazione del paziente e la data di dimissione, in casi particolari in cui lo ritenga necessario per garantire la continuità delle cure.
 2. La dimissione va sempre accompagnata dalla prescrizione dei farmaci nei giorni prefestivi, e dai relativi tempi e modi di somministrazione della terapia
 3. Proposta da parte del medico ospedaliero, degli ausili da utilizzare a domicilio. L'U.O. Assistenza Primaria si farà carico di ottenere la prescrizione dal MMG ed inoltrarla al servizio competente per la fornitura.
 4. In fase di dimissione, se se ne rileva la necessità, il Servizio Politiche Sociali e Abitative del C6, U.O. assistenza primaria ed eventualmente MMG, dovranno attivarsi autonomamente per raccordarsi in merito all'assistenza e cura del paziente/utente a domicilio.

Destinatari delle segnalazione della dimissione

U.O Assistenza Primaria

Servizio Politiche Sociali e Abitative della Comunità della Val di Non

Eventuali associazioni/cooperative che gestiscono alloggi protetti o servizi diurni in Valle di Non

MMG

Caregiver, Familiari, Utente

6. RISULTATI ATTESI

Si specificano i risultati attesi in merito ad ogni specifico obiettivo:

⇒ Obiettivo	⇒ Risultato atteso
1. individuare in modo chiaro ed immediato i soggetti fragili, che necessitano di percorsi di continuità assistenziale guidati	a) classificazione puntuale del paziente/utente secondo i codici 2, 3 (in fase di dimissione)
2. migliorare e sviluppare la continuità assistenziale	a) condizione sanitaria e sociale compatibile per il rientro a domicilio b) la comunicazione della dimissione è avvenuta per: - U.O.: assistenza primaria almeno 1 gg lavorativo antecedente alla dimissione - SPSA del C6 almeno 3 gg lavorativi antecedenti alla dimissione - per MMG almeno 1 gg lavorativo antecedente la dimissione (con le modalità sopra descritte)
3. promuovere un ruolo attivo del familiare e se possibile del paziente utente, nel processo di cura	a) caregiver/paziente addestrato e formato in merito a: modi e tempi di assistenza da garantire al proprio familiare
4. promuovere e diffondere una più adeguata conoscenza dei servizi ospedale-territorio da parte di familiari e dei pazienti/utenti	b) conoscenza dei servizi da parte del familiare/caregiver/paziente
5. permettere una maggiore fruibilità ed efficacia delle risorse tra ospedale e territorio, con particolare riferimento all'assistenza a domicilio, sia di competenza sanitaria, sia sociale.	a) presenza servizi a domicilio al momento della dimissione
6. favorire la prevenzione/riduzione dei casi di ricovero recidivo	a) riduzione dei ricoveri recidivi

7. MONITORAGGIO E VERIFICA

Per il monitoraggio e la verifica dei risultati attesi nello svolgimento del protocollo è stato necessario collegare ad obiettivi e risultati attesi, i relativi indicatori:

⇒ Obiettivo	⇒ Risultato atteso	⇒ Indicatore
1. individuare in modo chiaro ed immediato i soggetti fragili, che necessitano di percorsi di continuità assistenziale guidati	2. classificazione puntuale del paziente/utente secondo i codici 2, 3 (in fase di dimissione)	- n° casi con codice 2, 3 all'ammissione e alla dimissione. - n° ed entità (%) dello scarto tra codice assegnato all'ammissione e codice assegnato alla dimissione
3. migliorare e sviluppare la	a) condizione sanitaria e sociale	- presenza di risorse

continuità assistenziale	compatibile con il rientro a domicilio	interne/esterne al nucleo o di servizi integrativi e sostitutivi allo stesso - presenza ausili, prescrizione farmaci e relativa terapia al momento delle dimissioni - scarto (gg) tra momento della comunicazione della dimissione e data della dimissione
	b) la comunicazione della dimissione è avvenuta per: - U.O.: assistenza primaria almeno 1 gg lavorativi antecedente la dimissione - SPSA del C6 almeno 3 gg lavorativi antecedenti la dimissione - per MMG almeno 1 gg lavorativo antecedente la dimissione (con modalità sopra descritte)	
4. Promuovere un ruolo attivo del familiare e se possibile del paziente utente, nel processo di cura	a) caregiver addestrato e formato in merito a: modi e tempi di assistenza da garantire al proprio familiare	- presenza del familiare durante la degenza per somministrazione farmaci, terapia sottocutanea, insulino terapia e PEG - igiene personale; mobilitazione
5. promuovere e diffondere una più adeguata conoscenza dei servizi ospedale-territorio da parte di familiari e dei pazienti/utenti	b) conoscenza dei servizi da parte del familiare/ caregiver	- n°. familiari/ utenti che conoscono già i servizi - n. schede materiale educativo da reparti e materiale informativo sui servizi territoriali consegnati (al momento in preparazione)
6. permettere una maggiore fruibilità ed efficacia delle risorse tra ospedale e territorio, con particolare riferimento all'assistenza a domicilio, sia di competenza sanitaria, sia sociale.	a) presenza servizi a domicilio al momento della dimissione (sanitari, sociali)	- servizi a domicilio attivati al momento della dimissione (sanitari e sociali) - presenza di materiale educativo/informativo (al momento in preparazione)
7. favorire la prevenzione/ riduzione dei casi di ricovero recidivo	a) riduzione dei ricoveri recidivi	- n. ricoveri recidivi entro 15 gg da dimissione.

8. VALUTAZIONE

E' necessario operare una valutazione sia rispetto all'efficacia e realizzabilità del protocollo, sia rispetto ai risultati del protocollo, sia rispetto alla soddisfazione dell'utenza

____ PROTOCOLLO di DIMISSIONI PROTETTE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE ____

- 1) Valutazione dell'efficacia e realizzabilità del protocollo a 6 e 12 mesi dalla sigla del protocollo, che raccoglierà aspetti positivi e criticità.
- 2) Valutazione dei dati raccolti in base ai risultati attesi e ai relativi indicatori a 6 e 12 mesi dalla sigla del protocollo.
- 3) Valutazione dell'impatto sulla soddisfazione dell'utenza e/o dei caregiver/familiari.

9. SPERIMENTAZIONE/IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO

L'attuazione del protocollo prevede una prima fase di sperimentazione che durerà 6 mesi, e potrà prevedere un'applicazione parziale del protocollo, che verrà eventualmente modificato sulla base dei primi risultati emersi dalla sperimentazione stessa.

La fase di sperimentazione inizierà l'1/07/2010 e terminerà il 31 dicembre 2010 e coinvolgerà la U.O. di Geriatria dell'Ospedale di Cles, le U.O. Assistenza primaria Valle di Non e di Sole e il Servizio Politiche Sociali e Abitative della Comunità della Val di Non.

Il protocollo verrà sottoposto a verifica biennale.

Cles, _____

Comunità della Val di Non
Il Responsabile
del Servizio Politiche Sociali e Abitative
dott. Ivan Zanon

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
Il Direttore dei Distretti
Valle di Non e Valle di Sole
dott. Marino Migazzi

Comunità della Val di Non
Il presidente
Rolando Valentini

Allegati:

- schemi di flusso per fasi di ammissione, degenza, dimissione
- scheda informativa da compilare su paziente/utente per servizio sociale da parte del coordinatore di percorso
- griglia raccolta dati del paziente da parte dei coordinatori di percorso
- griglia raccolta dati dell'utente da parte dell'assistente sociale