



REGIONE CAMPANIA
Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro
una Squadra al lavoro per garantire salute

PERCORSO ORGANIZZATIVO AZIENDALE
DIMISSIONI PROTETTE

REV.	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
01	12/04/2024	<p>Dott. Marco Papa – Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale</p> <p>Dott. Pasquale Izzo – Direttore U.O.C. Programmazione Attività Assistenza Primaria</p> <p>Dott.ssa Tiziana Spinosa – Direttore Responsabile Distretto Sanitario di base n. 25</p> <p>Dott. Giuseppe Morlaco – Direttore U.O.C. Assistenza Anziani</p> <p>Dott.ssa Caterina Musella – Direttore ff. U.O.C. Coordinamento delle Attività Socio-sanitarie</p> <p>Dott. Antonio Maddalena – Responsabile U.O.S.D. Cure palliative domiciliari</p> <p>Dott.ssa Carmen Ruotolo – Responsabile U.O.S. Gestione Rischio Clinico e PDTA</p> <p>Dott.ssa Annalisa Di Palma – U.O.C. Assistenza Anziani</p> <p>Dr.ssa Rosaria Parmigiano – Dirigente Professioni Infermieristica e Ostetrica</p>	<p>Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Corvino</p>	<p>Direttore Generale Dott. Ing. Ciro Verdoliva</p> <p>17/04/2024</p>

Sommario

<i>1. Premessa</i>	3
<i>2. Scopo e campo di applicazione</i>	3
<i>3. Normativa e Documenti di riferimento</i>	4
<i>4. Acronimi e Definizioni</i>	5
<i>5. Modalità Operative</i>	6
<i>6. Divulgazione e Formazione</i>	16
<i>7. Indicatori e Monitoraggio</i>	16
<i>8. Revisione</i>	16
<i>9. Allegati</i>	16

1. Premessa

Il momento della dimissione dall’Ospedale è una fase cruciale del percorso assistenziale: il setting ospedaliero deve essere riservato ai pazienti con problematiche acute, riducendo al minimo indispensabile i tempi di degenza, sia per consentire ai pazienti stessi di continuare a ricevere cure nei luoghi più adeguati alla fase e al livello di complessità della propria patologia, sia per garantire la disponibilità di posti letto ospedalieri e contribuire, così, alla diminuzione del sovraffollamento del Pronto Soccorso e alla riduzione delle liste d’attesa dei ricoveri programmati.

La dimissione protetta rappresenta uno strumento indispensabile per garantire la continuità delle cure ai pazienti fragili affetti da malattie croniche e degenerative o da altre problematiche socio-sanitarie e favorisce la presa in carico globale della persona. Essa costituisce il passaggio programmato e concordato dal ricovero per acuti ad un altro setting assistenziale di tipo non ospedaliero 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 bisogni sociosanitari integrati e complessi (soggetto non autosufficiente con problematiche sociosanitarie).

Il DM 77/2022 sottolinea che la “casa deve diventare il luogo privilegiato dell’assistenza”, che ingloba ed estende “le cure domiciliari previste nell’ambito dei LEA”; ogni intervento idoneo a contrastare la malattia e la fragilità deve essere erogato in primis nel “luogo ove si trovino a vivere le persone fragili” e solo in presenza di ostacoli significativi di natura clinica o socio-ambientale, quali l’assenza per un paziente non autosufficiente di un Caregiver o di adeguato supporto familiare o situazioni similari deve far valutare altri setting assistenziali che possono comportare la istituzionalizzazione del paziente e rendere difficoltoso il rientro nel proprio habitat familiare.

Il PNRR, all’interno della Missione 6/Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale”, ha previsto un sub-investimento specifico per l’assistenza domiciliare, volto ad aumentare il volume delle prestazioni rese in tale setting fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni.

Il Nuovo Sistema di Garanzia, introdotto con il DM 12 marzo 2019, prevede due indicatori di assistenza distrettuale per l’assistenza domiciliare: l’indicatore D22Z “Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)” e l’indicatore D30Z “Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore”.

Nell’ambito della A.S.L. Napoli 1 Centro è attiva una serie di setting assistenziali territoriali a gestione diretta e accreditata (assistenza domiciliare, anche per pazienti oncologici, R.S.A., S.U.A.P., Hospice, riabilitazione, lungodegenza, etc.), pertanto si rende necessario procedere alla revisione del vigente Percorso organizzativo aziendale dimissioni protette, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1054/2020, coinvolgendo in forma attiva sia gli Operatori ospedalieri che quelli territoriali, ivi compresi i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e i servizi sociali territorialmente competenti, con la condivisione essenziale del paziente stesso e della sua famiglia.

2. Scopo e campo di applicazione

Il presente percorso, nel prendere atto dei contenuti delle Deliberazioni A.S.L. Napoli 1 Centro n. 1054 del 14/10/2020 «*Percorso organizzativo aziendale dimissioni protette – Rev. 0 Ed. 10/2020*», n.1692 del 03/12/2021«*Adozione “Documento organizzativo Rete territoriale dei servizi socio-sanitari distrettuali” Revisione 1/Edizione 11/2021*» e n. 171 del 29/01/2024«*Regolamento procedurale per la creazione di un Percorso Sociosanitario Sperimentale di Dimissioni Protette (tra Ospedale del Mare e UOC Coordinamento delle Attività sociosanitarie) per Persone senza Dimora, Persone con HIV/AIDS e/o Persone in condizione di Fragilità Sociosanitaria*», risponde all’esigenza di garantire una corretta presa in carico territoriale e una gestione appropriata dei pazienti in dimissione dagli Ospedali che necessitano di interventi di continuità

assistenziale erogabili presso le strutture territoriali della A.S.L. Napoli 1 Centro, in piena sinergia e integrazione di tutte le componenti territoriali disponibili, nel rispetto della continuità Ospedale-Territorio.

L'obiettivo è quello di garantire che il paziente transiti dal regime di assistenza ospedaliera a quello territoriale attraverso un percorso organizzato e predefinito senza soluzione di continuità. Il presente documento, pertanto, è rivolto alle Strutture aziendali (territoriali e Presidi Ospedalieri a gestione diretta), nonché a tutte le Strutture di ricovero per acuti della Regione Campania che dovessero avere necessità di attivare un percorso di dimissione protetta per un paziente residente nel territorio della A.S.L. Napoli 1 Centro.

L'intero percorso sarà sottoposto a revisione periodica in funzione dell'andamento delle attività, di subentrate esigenze organizzative e di segnalazioni da parte delle strutture coinvolte e interessa i seguenti attori e Strutture:

- Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta
- Coordinatori A.F.T.
- Specialisti Ambulatoriali
- Dirigenti medici e sanitari, Infermieri, Assistenti Sociali, altre Professioni sanitarie
- Dipartimento Assistenza Ospedaliera
- Direttori Presidi Ospedalieri/Direzioni Sanitarie
- Unità Operative ospedaliere di degenza
- U.O.C. Informatizzazione e Transizione Digitale
- Direttori dei Distretti Sanitari di base e PUA
- U.O.C. Farmaceutica convenzionata e territoriale
- Unità Operative ospedaliere di Farmacia
- U.O.C. Programmazione Attività Assistenza Primaria
- U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale
- U.O.C. Assistenza Anziani
- U.O.C. Coordinamento delle Attività socio-sanitarie
- U.O.S.D. Cure Palliative Domiciliari
- U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari distrettuali

3. Normativa e Documenti di riferimento

1. D. Lgs. n. 229/1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”
2. D.G.R.C. n.41 del 14.02.2011 “Approvazione del documento recante linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania”
3. D.G.R.C. n. 323 del 03.07.2012 “Adozione Scheda di Valutazione Multidimensionale per le persone Adulte e Anziane-SVAMA Campania”
4. D.G.R.C. n. 324 del 03.07.2012 “Adozione Scheda di Valutazione Multidimensionale per le Persone Adulte Disabili-SVAMDI Campania”
5. D.C.A. n. 128 del 10.10.2012 “Preso d’atto del parere ministeriale n. 146 del 18.05.2011 Modifica del decreto 4 del 10 gennaio 2011 – Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l’assistenza al Malato terminale. Rif. Punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24.07.2009 e approvazione del documento recante Linee d’indirizzo per l’accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali”
6. D.C.A. n.1 del 07.01.2013 “Approvazione documento recante “Sistema di tariffe per profili di cure domiciliari della Regione Campania””;
7. D.C.A. n. 84 del 05.07.2013 “Recepimento D.G.R.C. n.790 del 27/12/2012 “Approvazione delle Linee operative per l’accesso Unitario ai servizi Socio Sanitari –P.U.A.””
8. D.C.A. n.97 del 16/11/2018 Assistenza sociosanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità

- fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017”
9. D.C.A. n. 83 del 31.10.2019 “Piano Regionale della rete di Assistenza territoriale 2019-2021”;
 10. Deliberazione del Direttore Generale n. 1054 del 14/10/2020 “Percorso organizzativo aziendale dimissioni protette – Rev. 0 Ed. 10/2020”
 11. Deliberazione del Direttore Generale n. 1692 del 03/12/2021 “Documento organizzativo “Rete territoriale dei servizi socio-sanitari distrettuali” – Revisione 1/Edizione 11/2021”
 12. Ministero della Salute – Decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”
 13. Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 682 del 13.12.2022 “Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022”
 14. Deliberazione del Direttore Generale n. 1308 del 13.07.2023 “Approvazione dell’Atto Aziendale dell’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, in conformità alla programmazione regionale DCA n. 103/2018 (e successiva D.G.R.C. n. 378/2020) e DCA n. 83/2019 (come integrato e modificato dalla D.G.R.C. n. 682/2022) nonché alla D.G.R.C. n. 390 del 30.06.2023”
 15. Deliberazione del Direttore Generale n. 2083 del 28.11.2023 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, D.M. n. 77 del 23 maggio 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” e DGRC n. 682/2022 “Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza recepite dal Decreto Ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022”: Costituzione Gruppo di Lavoro”
 16. Deliberazione del Direttore Generale n. 171 del 29/01/2024 “Regolamento procedurale per la creazione di un Percorso Sociosanitario Sperimentale di Dimissioni Protette (tra Ospedale del Mare e UOC Coordinamento delle Attività sociosanitarie) per Persone senza Dimora, Persone con HIV/AIDS e/o Persone in condizione di Fragilità Sociosanitaria”
 17. Accordo Collettivo Nazionale 4 Aprile 2024 - Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni – Triennio normativo 2019-2021

4. Acronimi e Definizioni

D.P.	Dimissione/i Protetta/e
D.S.b.	Distretto Sanitario di base
M.M.G.	Medico di Medicina Generale
P.L.S.	Pediatra di Libera Scelta
A.F.T.	Aggregazione Funzionale Territoriale
U.C.A.D.	Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali
P.U.A.	Porta unico di accesso
U.V.M.M. (ex UVI)	Unità’ di Valutazione Multidisciplinare e Multiprofessionale
U.V.B.R.	Unità Valutativa Bisogno Riabilitativo
P.A.I.	Piano Assistenza Individuale
P.R.I.	Piano Riabilitativo Individuale
P.D.T.A.	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
U.O.C.	Unità Operativa Complessa
U.O.S.D.	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
U.O.S.	Unità Operativa Semplice
C.O.T.	Centrale Operativa Territoriale
T.S.D.	Team sanitario distrettuale
N.O.D.P.	Nucleo ospedaliero dimissione protetta
I.O.C.R.	Incarico organizzativo coordinamento di reparto

5. Modalità Operative

Il presente Percorso organizzativo aziendale aggiorna il precedente adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1054 del 14/10/2020 alla luce della Normativa e dei Documenti di riferimento di cui al paragrafo 4 e rappresenta l'unico percorso organizzativo aziendale, sostituendo tutti i precedenti. In particolare, si individuano i seguenti attori e strutture con le relative attività da svolgere.

FASE OSPEDALIERA

Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri della ASL Napoli 1 Centro

Istituiscono con atto interno, nell'ambito della Direzione Medica di Presidio, il Nucleo di Valutazione di Dimissione Protetta (N.O.D.P., composto da un team formato da Medico di Direzione, un Infermiere e un Assistente Sociale) quale articolazione funzionale che si fa carico dell'invio della segnalazione di dimissione protetta al Distretto Sanitario di base competente per residenza del paziente. La segnalazione deve essere tassativamente trasmessa almeno tre giorni lavorativi prima della data prevista per la dimissione, attraverso GEDOC agli indirizzi e-mail successivamente indicati.

Sono garanti del corretto andamento della fase ospedaliera del percorso.

Partecipano alle riunioni periodiche con Direttori dei Distretti Sanitari di base per monitorare l'andamento del processo.

e-mail destinatari della segnalazione dimissioni protette attraverso GEDOC

Distretto 24/73 - curedomiciliari.ds24@aslnapoli1centro.it

Distretto 25 - curedomiciliari.ds25@aslnapoli1centro.it

Distretto 26 - curedomiciliari.ds26@aslnapoli1centro.it

Distretto 27 - curedomiciliari.ds27@aslnapoli1centro.it

Distretto 28 - curedomiciliari.ds28@aslnapoli1centro.it

Distretto 29 - curedomiciliari.ds29@aslnapoli1centro.it

Distretto 30 - curedomiciliari.ds30@aslnapoli1centro.it

Distretto 31 - curedomiciliari.ds31@aslnapoli1centro.it

Distretto 32 - curedomiciliari.ds32@aslnapoli1centro.it

Distretto 33 - curedomiciliari.ds33@aslnapoli1centro.it

Direttori Sanitari/Direttori Medici di Presidio delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, Ospedali Classificati, Case di Cura

Garantiscono la trasmissione della segnalazione di dimissione protetta al Direttore del Distretto Sanitario di base competente per residenza del paziente almeno tre giorni lavorativi prima della data prevista per la dimissione agli indirizzi PEC indicati di seguito.

PEC dei Distretti Sanitari di base destinatari della segnalazione dimissioni protette

Distretto 24/73 - direzione.ds24@pec.aslna1centro.it

Distretto 25 - direzione.ds25@pec.aslna1centro.it

Distretto 26 - direzione.ds26@pec.aslna1centro.it

Distretto 27 - direzione.ds27@pec.aslna1centro.it

Distretto 28 - direzione.ds28@pec.aslna1centro.it

Distretto 29 - direzione.ds29@pec.aslna1centro.it

Distretto 30 - direzione.ds30@pec.aslna1centro.it

Distretto 31 - direzione.ds31@pec.aslna1centro.it

Distretto 32 - direzione.ds32@pec.aslna1centro.it

Distretto 33 - direzione.ds33@pec.aslna1centro.it

Sarà cura delle Direzioni distrettuali trasmettere tempestivamente la segnalazione di dimissione protetta al Responsabile U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari.

Si sottolinea che, in caso di pazienti residenti in altre ASL, la segnalazione di dimissione protetta deve essere trasmessa ai Distretti di residenza per la dovuta autorizzazione.

Direttori/Responsabili Unità Operative di degenza ospedaliera

Identificano all'atto del ricovero, con il supporto dei Titolari d'Incarico organizzativo di Coordinamento di reparto (I.O.C.R.), i pazienti critici da avviare ad assistenza territoriale dopo la dimissione. Allertano tempestivamente la Direzione Medica di Presidio e garantiscono la compilazione delle schede necessarie ad attivare la segnalazione di dimissione protetta (allegati nn. 1, 2, 3, 4 e 5) per il successivo inoltro alle strutture distrettuali.

Direttori/Responsabili Unità Operative ospedaliere di Farmacia

Garantiscono l'erogazione del primo ciclo di terapia all'atto della dimissione del paziente dall'ospedale.

FASE TERRITORIALE

Direttori Responsabili dei Distretti Sanitari di base

Sono garanti del corretto andamento della fase territoriale del percorso e monitorano le attività attraverso la valutazione degli indicatori. Implementano ogni necessaria azione di miglioramento e promuovono riunioni periodiche con i Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri per monitorare l'andamento del processo.

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

Svolgono un ruolo fondamentale e insostituibile nel processo, con la presa in carico globale del paziente per il proprio ruolo nell'assistenza primaria e per la conoscenza della storia clinica dello stesso. Si interfacciano con le strutture aziendali competenti ed esplicano un ruolo fondamentale per l'elaborazione del P.A.I. Aggiornano per gli aspetti di competenza la Cartella Clinica domiciliare nel rispetto degli Accordi nazionale e regionale vigente.

Coordinatori A.F.T.

Fungono da raccordo tra i M.M.G. delle A.F.T. e la Direzione del Distretto Sanitario di base, anche al fine di segnalare ogni eventuale problematica, garantendo la corretta attuazione della parte di procedura in carico ai M.M.G.

Specialisti ambulatoriali

Partecipano alle attività cliniche specialistiche collaborando alla stesura del P.A.I./P.R.I., condividendo le varie fasi del percorso con il M.M.G./P.L.S. e con gli specialisti delle Unità Operative Territoriali ed Ospedaliere interessate. Aggiornano per gli aspetti di competenza la Cartella Clinica domiciliare.

Responsabili U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari dei Distretti Sanitari di base

Ricevono la segnalazione di dimissione protetta ed elaborano tempestivamente la presa in carico sanitaria. Attivano la P.U.A per la realizzazione di un percorso personalizzato che risponda ai bisogni sociosanitari del paziente entro 30 giorni dalla presa in carico sanitaria.

C.O.T. (in via di attivazione)

Il modello di funzionamento della COT è in corso di definizione.

P.U.A.

Contribuisce alla presa in carico del paziente di concerto con i **Responsabili U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari**.

Responsabile UOSD Cure Palliative Domiciliari

Si fa carico dell'attivazione delle Cure Domiciliari di III livello e delle Cure Palliative in stretta collaborazione con le Direzioni distrettuali.

Garantisce supporto, tutoraggio e formazione al personale impegnato nelle cure domiciliari.

Direttore della U.O.C. Assistenza Anziani

Garantisce le attivazioni delle Cure Domiciliari di II livello in collaborazione con le Direzioni distrettuali, garantisce consulenza per i soggetti ultrasessantacinquenni in carico al Sistema delle Cure Domiciliari/Strutture Residenziali non autosufficienti.

Fornisce, quando richiesto, consulenza medico/infermieristica specialistica.

Direttore U.O.C. Farmaceutica Convenzionata e Territoriale

Cura la gestione degli approvvigionamenti e la custodia dei farmaci e dei presidi necessari, nonché il relativo monitoraggio dei consumi e della spesa.

STRUTTURE CENTRALI

Direttore Dipartimento Assistenza Ospedaliera

Monitora il rispetto delle modalità e tempistiche della fase ospedaliera del percorso e ne garantisce, per quanto di competenza, la corretta attuazione.

Direttore U.O.C. Informatizzazione e Transizione Digitale

Sovrintende alle attività di sviluppo dei necessari sistemi informativi e informatici, ivi inclusa la cartella clinica territoriale informatizzata e la sua integrazione con la cartella clinica ospedaliera e con i software della Medicina Generale.

Fornisce alle Unità Operative aziendali ogni necessario supporto per gli aspetti di competenza, ivi incluse le attività di telemedicina.

Direttore U.O.C. Programmazione Attività Assistenza Primaria

Monitora l'intero percorso sia delle Cure Domiciliari che delle Dimissioni protette, con particolare riferimento ai rapporti con la Medicina Generale, in stretta relazione con tutte le Strutture Aziendali coinvolte e relaziona alla Direzione Strategica sullo stato di attivazione del percorso.

Direttore U.O.C. Programmazione e Pianificazione Aziendale

Riceve dalle articolazioni aziendali ogni elemento utile ai fini della predisposizione di atti di programmazione e della revisione del percorso.

Direttore U.O.C. Coordinamento delle Attività Sociosanitarie

Coordina le attività socio-sanitarie per le proprie competenze; si interfaccia con le P.U.A. e gli Enti locali competenti per ottimizzare il raccordo con le strutture coinvolte nelle dimissioni protette.

Monitora per la parte di competenza il corretto andamento del percorso.

Riceve le segnalazioni dei casi di particolare fragilità sociale per il seguito di competenza.

DETTAGLIO DELLE ATTIVITA' OSPEDALIERE

Il percorso "Dimissione Protetta" individua a livello ospedaliero 5 fasi operative sequenziali:

- 1) identificazione del paziente a rischio di dimissione "difficile";
- 2) segnalazione del caso;
- 3) analisi del contesto sociale;
- 4) definizione preliminare del setting assistenziale;
- 5) raccordo con le Strutture territoriali.

Identificazione del paziente a rischio di dimissione difficile

Il Titolare di I.O.C.R. dell'Unità Operativa di degenza del paziente, o suo delegato, procede a valutare il paziente mediante la **Scala Brass** (Blaylock Risk Assessment Screening Score) (Allegato n. 01), che calcola l'indice di fragilità.

Tale scala è validata per pazienti di età pari o superiore a 65 anni, ma può essere utilmente utilizzata anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni; essa va somministrata tra la 24esima e la 72esima ora dal ricovero. Il punteggio ottenuto definisce l'indice di fragilità:

- da 0 a 10: basso rischio di sviluppare problemi dopo la dimissione;
- da 11 a 19: medio rischio, con problemi più complicati da prevenire con la stesura di un piano di dimissione;
- da 20 a 40: alto rischio, con problemi così gravi da prevedere la stesura di un piano di dimissione con ipotesi anche diversa dal rientro al proprio domicilio.

Devono essere oggetto di attenzione i pazienti con punteggio uguale o superiore a 20 (rischio alto).

In presenza di valori inferiori la segnalazione di dimissione protetta può essere ugualmente inviata laddove siano presenti situazioni che consigliano la proposta di dimissione protetta.

Segnalazione del caso

Il Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa di degenza del paziente, o suo delegato, individuato e valutato il paziente quale possibile candidato alla dimissione protetta, trasmette alla Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria (o, laddove costituito, al Nucleo Ospedaliero di Dimissione Protetta, N.O.D.P.) la Scala Brass.

In caso di assistiti con particolari fragilità sociali (senza fissa dimora, migranti, ecc.), il Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa di degenza del paziente, o suo delegato, provvede all'immediata segnalazione alla Direzione Medica di Presidio//Direzione Sanitaria o N.O.D.P., laddove istituito, che attiverà, oltre all'ordinario percorso descritto nel presente documento, la UOC Coordinamento delle Attività Sociosanitarie.

Analisi del contesto sociale

Ricevuta la segnalazione del caso, la Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria attiva la valutazione sociale da parte dell'Assistente sociale dell'Ospedale, che deve valutare le condizioni sociali del paziente, la presenza e adeguatezza del Caregiver, le caratteristiche abitative e tutto quanto utile ad una valutazione multiprofessionale del caso in specie attraverso la **Scheda Inquadramento socio-assistenziale** (Allegato n. 02).

Definizione preliminare del setting assistenziale

Dalle valutazioni dei punti precedenti scaturisce l'individuazione del tipo di assistenza più adeguata a fornire cure continuative al paziente, anche a seguito della valutazione dell'offerta erogata dai servizi sanitari territoriali (descritta nella Tabella "Setting assistenziali territoriali" alla successiva pag. 12 del presente documento).

Il Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa di degenza del paziente, o suo delegato, con il supporto dell'Assistente sociale dell'Ospedale:

- individua il possibile setting assistenziale;
- ottiene il consenso del paziente o del Tutore o dell'Amministratore di Sostegno;
- compila la **scheda di proposta di setting assistenziale** (Allegato n. 03), la **scheda sanitaria** (Allegato n. 04) e la **scheda Informazione medica ed adesione al trattamento sanitario domiciliare o residenziale** (allegato n. 05) e le trasmette alla Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria o, laddove costituito, al N.O.D.P.

Raccordo con le Strutture territoriali

La Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria o il N.O.D.P., laddove istituito, invia, con modalità tracciabili (già indicate a pag. 6 del presente documento) la segnalazione di dimissione protetta al Distretto Sanitario di base di residenza del paziente, allegando:

- la scheda di proposta di setting assistenziale;
- la scheda sanitaria;
- la scala Brass
- la scheda Inquadramento socio-assistenziale
- la scheda Informazione medica ed adesione al trattamento sanitario domiciliare o residenziale

La Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria o il N.O.D.P., laddove costituito, concorda con il **Team Sanitario Distrettuale** la Dimissione del paziente e l'inserimento nel corretto setting assistenziale territoriale. Il raccordo ospedale territorio, laddove necessario, può avvenire in modalità diretta o da remoto. **La dimissione protetta deve avvenire entro 3 giorni lavorativi dall'invio della segnalazione di dimissione protetta dall'Ospedale, ove applicabile.**

La Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria o il N.O.D.P., laddove costituito, comunica l'esito del prosieguo del percorso assistenziale al paziente ed ai suoi familiari e garantisce, attraverso la Farmacia ospedaliera, la fornitura al paziente del primo ciclo di terapia all'atto della dimissione, nonché la prescrizione di eventuali ausili necessari al paziente, concordati con il Team Sanitario Distrettuale, da parte del Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa di degenza del paziente, o suo delegato.

DETTAGLIO DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI

Il Responsabile della U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari territorialmente competente effettua la presa in carico del paziente e, in caso di ulteriori, necessarie valutazioni, attiva il Team Sanitario Distrettuale, per il raccordo con l'U.O. ospedaliera.

Il Responsabile della U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari territorialmente competente nel contempo si attiva per la realizzazione del P.A.I. sanitario (Allegato n. 06), trasmettendolo per competenza alle seguenti strutture:

- alla U.O.C. Assistenza Anziani in caso di cure domiciliari di II livello e/o per ricovero in RSA Adulti non autosufficienti R3 e modulo demenza a gestione diretta;
- alla U.O.S.D. Cure Palliative Domiciliari, in caso di cure domiciliari III livello o cure palliative;
- al Direttore Distretto di competenza per le strutture intermedie (SUAP, Hospice), RSA Disabili R3 a gestione diretta e convenzionate e RSA Adulti non autosufficienti R3 convenzionate;
- ai Responsabili Ospedale di Comunità (di prossima attivazione).

Il Direttore Responsabile del Distretto Sanitario di base garantisce la dimissione protetta entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione della segnalazione di dimissione protetta dall'Ospedale, ove applicabile.

In caso di prolungamento dell'assistenza nel setting individuato oltre il 30esimo giorno o di trasferimento ad altro setting, il Responsabile della U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari attiva la P.U.A. ai fini della

convocazione dell'U.V.M.M. per la stesura del P.A.I. sociosanitario entro 30 giorni dalla presa in carico sanitaria.

Per quanto non specificato nel presente percorso, si fa riferimento al Documento organizzativo di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 1692 del 03/12/2021.

DIMISSIONE PROTETTA PER PAZIENTI CON BISOGNO DI TIPO RIABILITATIVO

Per gli utenti con bisogni sanitari di tipo riabilitativo la U.V.B.R. ospedaliera, laddove presente, provvederà ad elaborare il 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 la inviano alla Direzione Medica di Presidio.

La Direzione Medica di Presidio, al fine di consentire la presa in carico territoriale già in fase di ricovero ospedaliero, invierà alla Direzione del Distretto di base di residenza:

- la scheda di segnalazione (all. 04)
- Piano riabilitativo individuale (P.R.I.).

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

- 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 PAI elaborato dall'UVI comprensivo del Piano Riabilitativo Individuale.

- 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 P.R.I. (ex art. 26 L. 833/78) al fine dell'erogazione devono ottemperare a quanto 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 del servizio riabilitazione.

Qualora dalla valutazione multidisciplinare dell'U.V.B.R. ospedaliera 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 a richiedere l'attivazione dell'UVI sociosanitaria distrettuale per eventuale R.S.A.) Per cui la Direzione Medica di Presidio contatterà le strutture accreditate cod. 75 - 56 - 60 per la verifica di disponibilità e invierà la scheda di dimissione protetta alla struttura accettante corredata di PRI e segnalando il ricovero al Distretto di residenza.

Il trasporto del soggetto sarà a carico dell'Ospedale che dimette.

Concluse le attività di riabilitazione estensiva territoriale, che prevedono la realizzazione del raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal P.R.I. oppure la verifica dell'impossibilità del raggiungimento dei medesimi obiettivi ipotizzati, le strutture accreditate per i cod. 75 - 56 - 60 possono richiedere all' UOS Fasce Deboli e Cure Domiciliari territorialmente competenti l'inserimento del soggetto in cure domiciliari o strutture residenziali per dimissione ordinaria (non può essere riconosciuta ed accettata la "dimissioni protetta" in quanto il soggetto ha già effettuato un ciclo di ricovero presso struttura accreditata per la fase post acuzie).

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

- il Medico prescrittore ospedaliero o in mancanza lo Specialista fisiatra della UVBR distrettuale (iscritto negli elenchi regionali di riferimento) prescrive sul Modello FIOTO il presidio e/o l'ausilio con i relativi codici previsti nel tariffario del D.M. 332/99 e/o DPCM 12 gennaio 2017 (questo non ancora attivato in mancanza del tariffario)
- il familiare del paziente, ricevuto il Modello FIOTO, si rivolge ad una Ditta fornitrice di fiducia, iscritta nell'elenco regionale per le Ditte accreditate della Regione Campania per acquisire il preventivo di spesa;
- il Modello, verrà fatto recapitare alla U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari di residenza

dell'Assistito che provvederà all'autorizzazione e all'ordine, dopo verifica dell'appropriatezza prescrittiva;

- il presidio consegnato dalla Ditta dovrà essere sottoposto a collaudo da parte del Medico prescrittore previa prova sul paziente richiedente.

L'uscita dal percorso riabilitativo estensivo territoriale si ritiene concluso laddove si realizzino almeno una delle seguenti condizioni:

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

Per il paziente ricoverato in Struttura di ricovero per acuti senza U.V.B.R.

La Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria, su indicazione del reparto che ha in cura il paziente, richiede alla Direzione Sanitaria Distrettuale di competenza la consulenza dell'U.V.B.R./Fisiatra prescrittore del Distretto Sanitario di base territorialmente più vicino all'Ospedale al fine di effettuare l'analisi del bisogno riabilitativo del paziente con elaborazione del P.R.I.

Setting Assistenziali Territoriali

Denominazione	Utenza
Cure domiciliari di base	Soggetti non autosufficienti temporaneamente o parzialmente con patologie non acute e in fase di stabilità clinica, affetti da patologie croniche e impossibilitati ad accedere allo studio del proprio medico o ambulatorio specialistico e che necessitano di assistenza sanitaria e/o di supervisione o monitoraggio nella realizzazione del piano terapeutico
Cure domiciliari I- II- III livello	Persone in condizione di fragilità con limitazione, anche temporanea, dell'autonomia parziale o totale e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio
Cure domiciliari palliative	Persone, adulti o bambini, affette da patologie irreversibili non più suscettibili di cure attive; pazienti con patologia, principalmente oncologica o neuromuscolare, in corso di terapia attiva con necessità di supporto domiciliare (cure palliative precoci)
Ospedale di Comunità (di prossima attivazione)	- Persone che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa complessità clinica ma con assistenza sanitaria infermieristica continuativa anche notturna - Persone che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze – RSA R3 Modulo demenze (in attesa attivazione RSA R2D)	Persone non autosufficienti con demenza che, pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitarie con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti RSA R3	Persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitarie con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore.
Residenza Sanitaria Riabilitativa per Disabili - RSA R3D	Persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili e misurabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere ed un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore.
Strutture Riabilitative accreditate per i cod.75- 56-60	Utenti con bisogni sanitari di tipo riabilitativo complessi

Residenza Sanitaria Intensiva RSA R1-SUAP	Persone non autosufficienti ad elevato livello assistenziale con disabilità importanti e complesse con una presa in carico che comprende: persone in respiro spontaneo con disabilità complessa grave, persone tracheostomizzate in respiro spontaneo, o in ventilazione meccanica, pazienti in coma vigile
Hospice	Si rivolge alle persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, e a prognosi infausta

Sintesi delle fasi ospedaliere del percorso di dimissione protetta

Fase del percorso	Operatore coinvolto	Strumenti da utilizzare	Tempistica
FASE 1. Identificazione del paziente a rischio di dimissione difficile	Titolare I.O.C.R. o suo delegato	Scala Brass	Non prima della 24esima e non oltre la 72esima ora dal ricovero in Ospedale
FASE 2. Segnalazione del caso alla Direzione Medica di Presidio/Direzione Sanitaria	Direttore/Responsabile U.O. di degenza	Scala Brass	Ultimata la compilazione della scala
FASE 3. Analisi del contesto sociale	Assistente sociale ospedaliero su mandato del Direttore Medico di Presidio o N.O.D.P. (laddove istituito)	Scheda Inquadramento socio-assistenziale	Alla ricezione della segnalazione dal reparto di degenza
FASE 4. Definizione preliminare del setting assistenziale	Direttore/Responsabile U.O. di degenza con il supporto dell'Assistente sociale dell'Ospedale	Scheda di proposta di setting assistenziale; Scheda sanitaria; Scala Brass; Scheda Inquadramento socio-assistenziale; Scheda Informazione medica ed adesione al trattamento sanitario domiciliare o residenziale	Almeno 3 giorni lavorativi prima della data di dimissione
FASE 5. Raccordo con le strutture territoriali	Direzione Medica di Presidio/ Direzione Sanitaria o N.O.D.P. (laddove istituito)	Scheda di proposta di setting assistenziale; Scheda sanitaria; Scala Brass; Scheda Inquadramento socio-assistenziale; Scheda Informazione medica ed adesione al trattamento sanitario domiciliare o residenziale	Alla ricezione della documentazione completa da parte dell'U.O. di degenza

Sintesi delle attività territoriali del percorso di dimissione protetta

Attività	Operatore coinvolto	Strumenti da utilizzare	Tempistica
Presenza in carico del paziente e Attivazione, <u>se necessario</u> , di Team Sanitario Distrettuale per raccordo con UO ospedaliera	Responsabile della U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari territorialmente competente	documentazione completa trasmessa dalla U.O. di degenza	Entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione della segnalazione di dimissione protetta dall'Ospedale.
Trasmissione P.A.I. sanitario alle strutture di competenza secondo il setting assistenziale	Responsabile della U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari territorialmente competente	documentazione completa trasmessa dalla U.O. di degenza	Entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione della segnalazione di dimissione protetta dall'Ospedale, ove applicabile
Attivazione P.U.A. Convocazione U.V.M.M. Elaborazione P.A.I. socio-sanitario	Responsabile della U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari territorialmente competente	verbale U.V.M.M.	entro 30 giorni dalla presa in carico sanitaria

Sintesi delle attività ospedaliere e territoriali del percorso di dimissione protetta per pazienti con bisogno di tipo riabilitativo

Attività	Operatore coinvolto	Strumenti da utilizzare	Tempistica
Valutazione paziente e Elaborazione P.R.I.	UVBR ospedaliera (se presente) O UVBR/Fisiatra prescrittore del Distretto Sanitario di base territorialmente più vicino all'Ospedale	Parametri come da International Classification of functioning Disability and Health (ICF)	Durante il ricovero
Trasmissione P.R.I. alla Direzione Medica di Presidio	UVBR ospedaliera (se presente) O UVBR/Fisiatra prescrittore del Distretto Sanitario di base territorialmente più vicino all'Ospedale	- Piano riabilitativo individuale (P.R.I.)	Durante il ricovero
Trasmissione P.R.I. alla Direzione del Distretto di base di residenza/domiciliazione	Direzione Medica di Presidio	la scheda di segnalazione (all. 04) - Piano riabilitativo individuale (P.R.I.)	Durante il ricovero
Attivazione percorso specifico (prestazioni ex art.44) per il pz. come da P.R.I. nei casi di cure domiciliari I-II-III liv.	U.O.S. Fasce Deboli e Cure Domiciliari	- Piano riabilitativo individuale (P.R.I.)	Alla dimissione
Attivazione percorso per utenti con bisogni sanitari riabilitativi complessi	UVBR ospedaliera (se presente) e la UVBR territoriale	P.R.I. condiviso disponibilità di un Centro di riabilitazione accreditato	prima delle dimissioni del paziente
Verifica disponibilità centri accreditati cod.75-56-60 e segnalazione del ricovero al Distretto di residenza	Direzione Medica Presidio	scheda di dimissione protetta P.R.I.	prima delle dimissioni del paziente
Prescrizione di presidi/ausili	Medico prescrittore ospedaliero, in mancanza, lo Specialista fisiatra della UVBR distrettuale	Modello FIOTO	Fase riabilitativa

6. Divulgazione e Formazione

Il presente documento, adottato con atto deliberativo, verrà pubblicato sul sito web aziendale e verrà notificato ai Direttori di tutte le strutture ospedaliere e territoriali responsabili della corretta applicazione del percorso organizzativo “Dimissioni protette”.

Il documento sarà notificato, inoltre, a tutte le Strutture di ricovero per acuti della Regione Campania (Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCCS, Ospedali Classificati, Case di Cura).

Al fine di creare coesione, collaborazione e crescita professionale degli operatori sanitari coinvolti nel presente percorso, verranno organizzati incontri informativi/formativi per il personale ospedaliero e distrettuale.

7. Indicatori e Monitoraggio

Si individua il seguente set di indicatori al fine di monitorare il livello di adesione ospedaliero e territoriale al percorso, la capacità di integrazione ospedale-territorio ed ogni eventuale criticità.

Indicatore	Elaborazione e trasmissione del Report mensile degli indicatori	Ricezione dei Report ai fini del monitoraggio del percorso
Numero D.P. Attivate/tot pz dimessi/ mese (per ciascun P.O.)	Direttore Medico di Presidio	Responsabile U.O.S.D. Cure Palliative Domiciliari
Numero D.P. attivate/ tot. DP proposte/mese (per ciascun P.O.)	Direttore Medico di Presidio	
Numero D.P. per tipologia di setting/totale D.P./mese - ADI base (per ciascun D.S.b.) - ADI I livello (per ciascun D.S.b.) - ADI II livello (per ciascun D.S.b.) - ADI III livello (per ciascun D.S.b.) - RSA (per ciascun D.S.b.) - RSH (per ciascun D.S.b.) - Hospice (per ciascun D.S.b.) - SUAP (per ciascun D.S.b.) - Cod. 56 (per ciascun P.O.) - Cod. 60 (per ciascun P.O.) - Cod. 75 (per ciascun P.O.) - D.P. con U.V.B.R. (per ciascun D.S.b.)	Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Responsabile D.S.b. Direttore Medico di Presidio Direttore Medico di Presidio Direttore Medico di Presidio Direttore Responsabile D.S.b.	
Numero riunioni congiunte Direttori Medici di Presidio e Direttori Responsabili D.S.b. / anno (minimo 4/anno)	Direttori Medici di Presidio Direttori Responsabili D.S.b.	

8. Revisione

Il presente documento sarà sottoposto a revisione periodica ogni due anni o in caso di ravvisata necessità.

9. Allegati

- Allegato n. 01 Scala Brass (Blaylock Risk Assessment Screening Score)
- Allegato n. 02 Scheda di Inquadramento Socio-Assistenziale
- Allegato n. 03 Scheda di Proposta di Setting Assistenziale
- Allegato n. 04 Scheda Sanitaria
- Allegato n. 05 Scheda di Informazione Medica e Adesione al Trattamento Sanitario Domiciliare o Residenziale
- Allegato n. 06 Piano Assistenziale Individuale Sanitario