

## PERCORSI PER DIMISSIONI ACCOMPAGNATE

In un contesto di “integrazione” fra Ospedale e Territorio, sono fondamentali adeguate conoscenze per rispondere in maniera **propria** ai molteplici bisogni che emergono dalla collettività in genere e dal nucleo familiare in particolare, attraverso una serie articolata di prestazioni e di servizi (comprese le cure palliative), già in collegamento tra loro nella normale prassi quotidiana per quanto riguarda la nostra realtà territoriale della Valle Seriana e Val di Scalve.

Abbiamo potuto constatare che, se la dimissione è stata pianificata, diventa molto più semplice per l’infermiere delle Cure Domiciliari ASL instaurare un clima di fiducia poiché il paziente non vivrà l’esperienza della “presa in carico” come un dover ricominciare daccapo, ma come la continuazione di un percorso dove diversi servizi e professionisti lavorano in sintonia e **comunicano** fra loro.

Il paziente dovrà sentirsi al **centro** di un’organizzazione di servizi che collaborano e non un “caso” che viene passato da un servizio all’altro; se ci sarà stata una buona comunicazione e le informazioni date saranno pertinenti e corrette, difficilmente alla presa in carico ci scontreremo con false aspettative, paure e stress da parte del paziente e della sua famiglia.

La pianificazione dell’assistenza (effettuata dall’infermiere in collaborazione con altre figure professionali e coinvolgendo direttamente il paziente e la sua famiglia) è una strategia di gestione dei problemi che parte dal principio di **aiutare le persone ad aiutarsi**.

Si individuano come destinatari principali per questo percorso definito di “Dimissioni accompagnate” i pazienti multiproblematici, spesso grandi anziani, che presentano le seguenti condizioni:

1. compromissione dell’autosufficienza o rischio di emarginazione sociale;
2. che richiedono continuità delle cure sotto il profilo sanitario e/o sociale;
3. persone per le quali l’educazione terapeutica pre-dimissione dell’utente e/o del care giver non è sufficiente a consentire l’autonomia di gestione delle problematiche rilevate.
4. pazienti affetti da patologie evolutive ed irreversibili, per i quali si prefigurano quelle che vengono definite “Cure Palliative”, non esclusivamente riservate agli ammalati di cancro ma estese a tutte le persone che possono trovare giovamento in questo approccio.

Per quanto riguarda la nostra realtà operativa si propone la presenza dell’Infermiere delle Cure Domiciliari ASL, presso ogni Presidio Ospedaliero della nostra area territoriale secondo la seguente

tabella:



- martedì mattina dalle ore 9.00 alle 12.30 presso il P.O. di Alzano L.;
- mercoledì mattina dalle ore 9.00 alle 12.30 presso il P.O. di Piario;
- giovedì mattina dalle ore 9.00 alle 11.00 presso il P.O. di Gazzaniga.

In questi spazi si intende istituire un punto unico ospedaliero d'accesso per i cittadini, i famigliari e gli operatori sanitari in merito a:

1. percorsi assistenziali di tipo sanitario, con informazioni relative all'effettiva ed indispensabile attivazione a cura del MAP;
2. percorsi assistenziali di tipo sociale, con relativa indicazione delle Assistenti Sociali di riferimento.

L'infermiere delle Cure Domiciliari ASL sarà inoltre in grado di fornire agli interessati:

- informazioni per le pratiche di invalidità, accompagnamento, Legge 104,...;
- indicazioni relative alle forniture di protesica maggiore e protesica minore;
- precisazioni relative a tempestiva attivazione di supporti quali la nutrizione artificiale, l'ossigeno terapia e la ventiloterapia,...

Le segnalazioni provenienti dalle singole U.O. continueranno ad essere inoltrate al Distretto di riferimento, con le modalità tuttora in vigore (fax e/o e-mail).

## **VERIFICA E MONITORAGGIO**

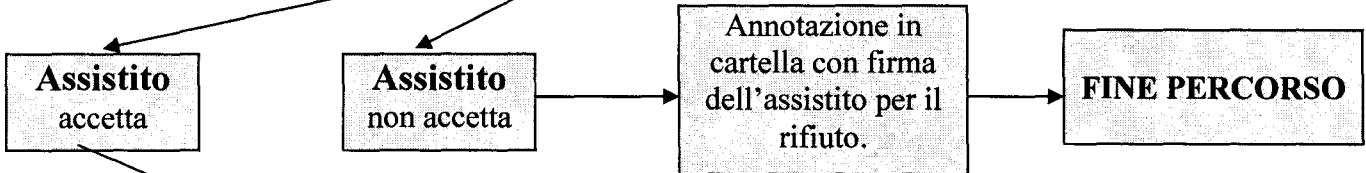
L'infermiera adoterà una rilevazione anagrafica degli interventi effettuati su ogni singola persona segnalata. A sei mesi dall'inizio della sperimentazione saranno restituiti i dati al gruppo di lavoro per le debite analisi e valutazioni.

### **In allegato:**

- a/b)** Prospetti riassuntivi delle ipotesi di percorsi di cura.
- c/d)** Ruoli e Funzioni degli Enti e degli operatori dei Servizi coinvolti.
- e)** Scheda di rilevazione della fragilità sociale.
- f)** Modulo di segnalazione.

**U.O. OSPEDALIERA:**  
il **Coordinatore dell'Unità Operativa**, durante il ricovero del paziente, rileva le condizioni di fragilità e valuta la necessità di dimissione accompagnata.

... Informa il paziente e/o i familiari dell'opportunità di segnalare la situazione e del conseguente coinvolgimento del **Distretto** d'appartenenza.



U.O. inoltra la segnalazione al Distretto tramite fax o e-mail almeno 3/5 giorni lavorativi prima della dimissione.

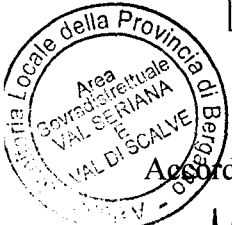
L'**infermiere delle Cure Domiciliari** ASL riceve la segnalazione, prende contatti con il coordinatore dell'U.O. al fine di raccogliere ulteriori informazioni e per concordare una valutazione congiunta del pz. segnalato; inoltre, in caso di necessità, contatta l'**Assistente Sociale** di riferimento per la visita ospedaliera congiunta, per definire i bisogni socio-assistenziali.

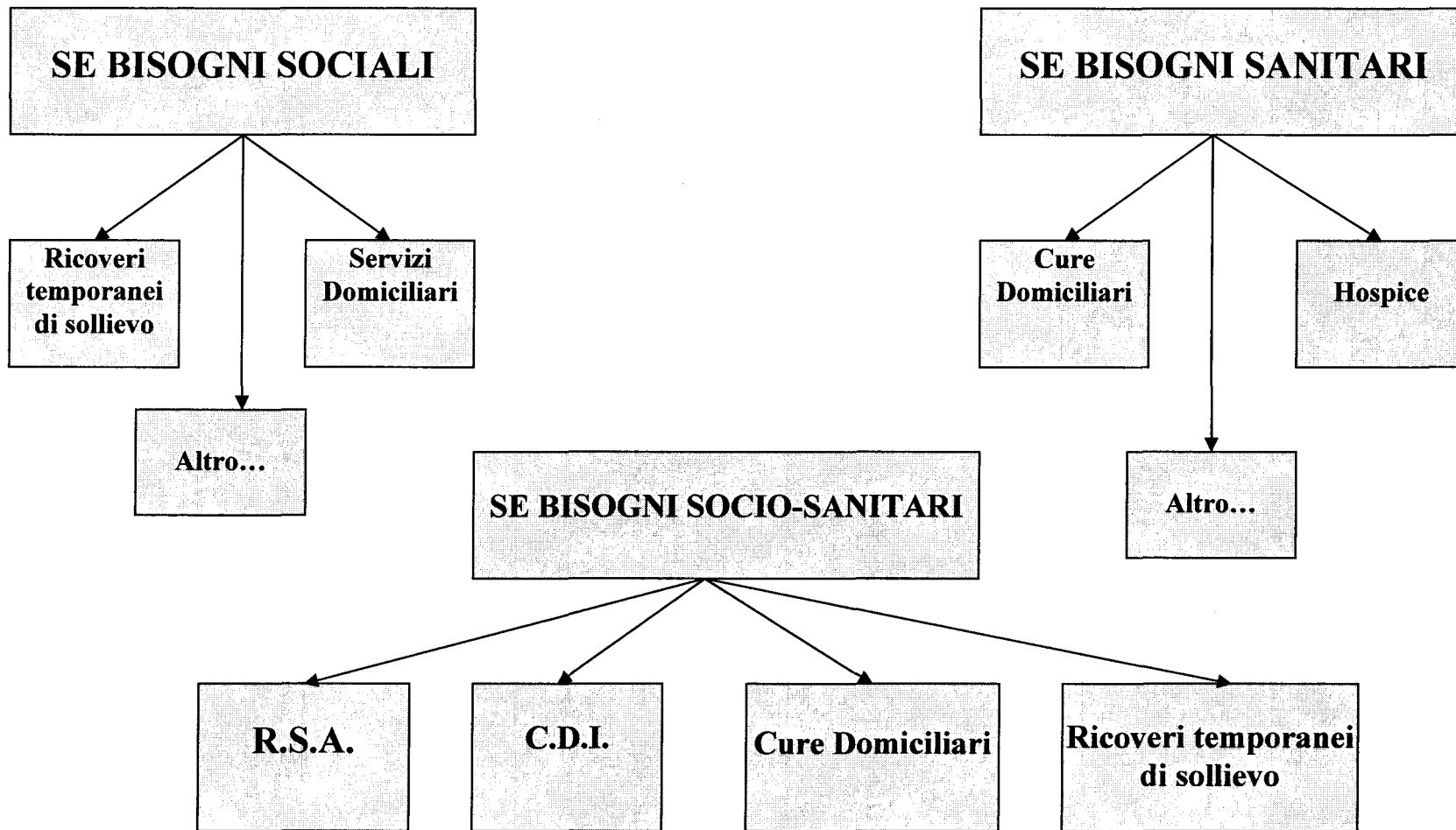
**VISITA**  
c/o P.O.

L'**infermiere delle Cure Domiciliari** contatta il **M.A.P.** per riferire l'avvenuta valutazione e, se quest'ultimo la condivide, viene attivata la procedura più idonea.

Pz. non gestibile a domicilio ma solo in struttura residenziale.

Pz. gestibile a domicilio.



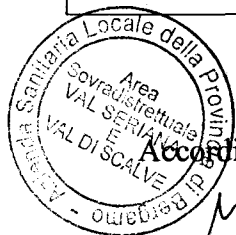


Accordi per dimissioni accompagnate 2009

**DIMISSIONI ACCOMPAGNATE 1 - RUOLO ENTI COINVOLTI**

*Con l'obiettivo di migliorare la qualità dei percorsi di cura personalizzati, evitare i rischi di frammentare l'offerta e ridurre i costi, diretti o indiretti, delle famiglie, ogni ente si impegna a svolgere un ruolo attivo e collaborante per le "Dimissioni accompagnate", come di seguito definito:*

AZIENDA OSPEDALIERA BOLOGNINI - SERIATE	ASL – DISTRETTO SOCIO-SANITARIO - VALLE SERIANA/VALLE DI SCALVE	AMBITO TERRITORIALE-ALBINO/CLUSONE SERVIZI SOCIALI COMUNALI	PRIVATO SOCIALE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)
<p>Agevola le dimissioni dei pazienti a rischio sociale e/o sanitario attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'adozione da parte dei Coordinatori delle unità operative delle modalità operative previste dal presente documento</li> <li>• la predisposizione di un accompagnamento personalizzato dei pazienti e della loro famiglie verso le risorse formali ed informali del territorio di appartenenza.</li> <li>• l'attivazione della rete sanitaria per necessari interventi di cura o riabilitazione presso altri presidi sanitari (RGG, R.Alzh.,)</li> <li>• la messa a disposizione di un adeguato spazio nei presidi ospedalieri di Alzano, Gazzaniga e Piario, per le funzioni di accompagnamento socio-sanitario svolte dall' Infermiere dell'ASL</li> <li>• l'utilizzo di eventuali programmi informatici condivisi</li> <li>• la collaborazione alla realizzazione di una banca dati delle risorse</li> <li>• la partecipazione di un referente al Gruppo di Lavoro sulla continuità assistenziale</li> <li>• la partecipazione del personale a percorsi formativi condivisi</li> </ul>	<p>Agevola le dimissioni dei pazienti a rischio sociale e/o sanitario attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la presenza presso i presidi ospedalieri di Alzano, Gazzaniga e Piario di personale infermieristico per azioni di accompagnamento socio-sanitario;</li> <li>• la presenza di un infermiere presso l'unità operativa segnalante per la condivisione del percorso di dimissioni accompagnate</li> <li>• la collaborazione degli uffici preposti per la fornitura di ausili e protesica indispensabili per il proseguo della cura</li> <li>• l'attivazione della rete sociale o sanitaria territoriale per un'adeguata risposta ai bisogni rilevati</li> <li>• l'utilizzo di eventuali programmi informatici condivisi e la collaborazione alla realizzazione di una banca dati delle risorse nonché la restituzione annuale dei dati raccolti</li> <li>• la partecipazione del personale a percorsi formativi condivisi</li> <li>• la partecipazione del Direttore e dei Coord. al Gruppo di Lavoro sulla continuità assistenziale</li> <li>• la partecipazione di un Responsabile al Centro per l'Assistenza Domiciliare – CeAD (ex Nucleo di Lavoro Distrettuale)</li> </ul>	<p>Agevola le dimissioni dei pazienti a rischio sociale e/o sanitario attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la presa in carico della situazione della persona segnalata, da parte degli assistenti sociali che definiscono ed attuano il progetto sociale di intervento</li> <li>• l'attivazione delle risorse socio-assistenziali e socio-sanitarie utili al progetto</li> <li>• il raccordo con la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari</li> <li>• l'utilizzo di eventuali programmi informatici condivisi</li> <li>• la collaborazione alla realizzazione di una banca dati delle risorse</li> <li>• la partecipazione del personale a percorsi formativi condivisi</li> <li>• la partecipazione del responsabile UdP al Gruppo di Lavoro sulla continuità assistenziale</li> <li>• la partecipazione di un Responsabile al Centro per l'Assistenza Domiciliare – CeAD (ex Nucleo di Lavoro Distrettuale)</li> </ul>	<p>Agevola le dimissioni dei pazienti a rischio sociale e/o sanitario attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la collaborazione con i servizi sociali per la costruzione di percorsi personalizzati</li> <li>• la messa a disposizione di posti letto per ricoveri temporanei anche post acuto</li> <li>• la disponibilità dei posti letto per ricoveri definitivi (per Albino, accessibili attraverso il Centro Unico di prenotazione che tiene debito conto della situazione di fragilità sociale e sanitaria).</li> </ul>

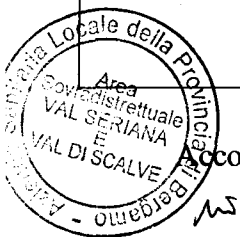


Accordi per dimissioni accompagnate 2009

**DIMISSIONI ACCOMPAGNATE 2 - FUNZIONI degli OPERATORI COINVOLTI**

*Condividendo la necessità della presenza di operatori con funzione di mediazione tra ospedale e territorio e di operatori di riferimento per ogni persona con fragilità, attraverso un uniforme approccio globale e multidisciplinare, si impegnano a collaborare per le "Dimissioni accompagnate":*

<p><b>A.O.BOLOGNINI – SERIATE COORDINATORE DELL’ UNITA’ OPERATIVA (U.O.)</b></p>	<p><b>DISTRETTO SOCIO-SANITARIO ASL – VALLE SERIANA/VALLE DI SCALVE INFERMIERE DELLE CURE DOMICILIARI</b></p>	<p><b>AMBITO TERRITORIALE- ALBINO/CLUSONE ASSISTENTI SOCIALI COMUNALI</b></p>	<p><b>PRIVATO SOCIALE COORDINATORI RSA</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>individua le condizioni di fragilità sanitarie, assistenziali e sociali, della persona ricoverata, all’ingresso e/o durante il ricovero, avvalendosi della documentazione sanitaria e sociale</li> <li>informa la persona ricoverata e/o i suoi familiari dell’opportunità di una segnalazione in merito</li> <li>attiva l’ Infermiere delle Cure domiciliari ASL compilando il modulo preposto che consegna direttamente all’ Infermiere presente o invia al distretto di competenza entro 3/5 giorni</li> <li>effettua una valutazione congiunta con l’Infermiere ASL , con il quale definisce un’ipotesi di percorso socio-assistenziale</li> </ul> <p><b>MEDICO DELL’UNITA’ OPERATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>predispone, in collaborazione con il Coordinatore dell’U.O, documenti agevolanti la dimissione accompagnata e compila la modulistica riguardante richieste di protesi ed ausilii necessarie al proseguo della cura (es. esenz. ticket, piano terapeutico, dichiarazione incontinenza,...).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>è presente nei presidi ospedalieri secondo gli orari ed i giorni concordati con funzioni di accompagnamento socio-sanitario;</li> <li>raccoglie le segnalazioni dai Coordinatori di Unità operativa</li> <li>effettua una valutazione congiunta con il Coordinatore ed il Medico dell’ U.O. segnalante , con i quali definisce un’ipotesi di percorso socio-assistenziale</li> <li>incontra il paziente e, se necessario , i suoi familiari, per la proposta e la condivisione del percorso personalizzato seguente la dimissione</li> <li>contatta l’Assistente Sociale (AS) di riferimento per l’eventuale visita e/o valutazione congiunta e/o per l’attivazione della rete sociale o socio-sanitaria territoriale</li> <li>segnala al Medico di Assistenza Primaria (MAP). sull’avvenuta valutazione il quale, se concorda, attiva le cure domiciliari e/o l’ADP</li> <li>verifica che siano state attivate le procedure per la fornitura di protesi o ausilii o quant’altro necessari alla cura.</li> <li>orienta i familiari per l’ eventuale pratica di riconoscimento dell’ invalidità.</li> <li>monitora il percorso di pazienti particolarmente critici, mantenendo i raccordi con i servizi coinvolti</li> <li>partecipa ad eventuali percorsi formativi</li> <li>partecipa al Centro per l’Assistenza Domiciliare – CeAD (ex Nucleo di Lavoro Distrettuale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se richiesto, partecipa alla valutazione congiunta con l’Infermiere ed il Coordinatore dell’UO, anche con visita alla persona segnalata, in ospedale</li> <li>prende in carico la situazione per la parte di competenza, definendo il progetto sociale di intervento</li> <li>attiva e organizza le risorse socio-assistenziali e socio-sanitarie utili al progetto, formali od informali</li> <li>collabora strettamente con l’Infermiere per offrire una risposta il più possibile completa, ai bisogni del paziente e della sua famiglia</li> <li>mantiene il raccordo con la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari</li> <li>partecipa al Centro per l’Assistenza Domiciliare – CeAD (ex Nucleo di Lavoro Distrettuale) per le situazioni che richiedono la sua presenza.</li> <li>partecipa ad eventuali percorsi formativi</li> </ul>	<p>A seconda delle disponibilità della propria struttura , collabora con l’assistente sociale comunale offrendo servizi e prestazioni il più possibile personalizzati, attraverso :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>posti letto per ricoveri temporanei anche post dimissioni ospedaliere (convenzione con l’Ambito )</li> <li>posti letto per ricoveri definitivi ( per Albino, accessibili attraverso il Centro Unico di Prenotazione gestito dall’Ambito, che tiene debito conto della situazione di fragilità sociale e sanitaria).</li> <li>posti letto definitivi nel Nucleo Alzheimer previa domanda diretta in RSA</li> <li>posti nei Centri Diurni Integrati (gestiti non solo dalle RSA) accessibili tramite il Servizio Sociale.</li> </ul>



PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_  
 UNITA' OPERATIVA DI \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ FAX. \_\_\_\_\_

### SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLA FRAGILITA' SOCIALE

NOME ..... COGNOME ..... DATA NASCITA .....

RESIDENZA .....

STATO CIVILE : coniugato/a  single  vedovo

INVALIDITA' CIVILE : riconosciuta  non riconosciuta  in corso

INDICATORE	CONDIZIONI A BASSO RISCHIO	CONDIZIONI A RISCHIO MEDIO	CONDIZIONI A ALTO RISCHIO
ETA'	INFERIORE AI 65 ANNI	DA 66 A 75 ANNI	SUPERIORE A 75
CONVIVENZA	CON FAMILIARI/IN RSA	CON BADANTE/ CON CONIUGE	SOLO
RETE FAMILIARE	ABBASTANZA ADEGUATA (per numero e capacita' assistenziale)	POCO ADEGUATA (per numero e capacita' assistenziale)	INADEGUATA (esigua o inesistente e/o non idonea nell'assistenza, in carico al servizio sociale)
RETE FORMALE	FRUISCE DI SERVIZI DOMICILIARI (sad, voucher, adi, pasti; trasporti, telesoccorso, adp, ....)	FRUISCE DI POCHI SERVIZI DOMICILIARI	NON FRUISCE DI SERVIZI DOMICILIARI
RETE SOLIDALE	ATTIVA CON PRESENZA COSTANTE (vicini, volontari, amici,...)	PRESENTE IN MODO DISCONTINUO O SALTUARIO	NON PRESENTE
LOCALIZZAZIONE ABITAZIONE	ABITA IN CENTRO AL PAESE	ABITA FUORI DAL CENTRO MA IN LUOGO AGGREGATO	ABITA IN LUOGO ISOLATO O IN ABITAZIONE SOLA
TIPOLOGIA ABITATIVA	ABITAZIONE ADEGUATA (per spazio, servizi e barriere architettoniche)	ABITAZIONE POCO ADEGUATA MA SUFFICIENTE ALLE PRINCIPALI ESIGENZE	ABITAZIONE NON ADEGUATA (per esigui spazi e/o servizi e presenza di barriere architettoniche)
CRITICITA' NELL' AUTONOMIA FUNZIONALE DURANTE IL RICOVERO	PRESENTA BUONE /DISCRETE AUTONOMIA	PRESENTA LIMITATA AUTONOMIA (anche sopraggiunta)	NON PRESENTA AUTONOMIA
movimento/deambulazione			
alimentazione			
igiene personale			
controllo sfinterico			
CRITICITA' NELLO STATO COGNITIVO	NON PRESENTA STATO CONFUSIONALE (agitazione, disorientamento, aggressività,..)	ALTERNA MOMENTI DI LUCIDITA' A MOMENTI DI STATO CONFUSIONALE	PRESENTA UN EVIDENTE DETERIORAMENTO COGNITIVO
NECESSITA' DI AUSILII O PROTESI	NON NECESSITA DI ASSISTENZA PROTESICA IMPORTANTE	NECESSITA DI ASSISTENZA PROTESICA PARZIALE (pannoloni, trepiede,..)	NECESSITA DI ASSISTENZA PROTESICA (letto ortopedico, ausilii antidecubito, ..)

IL COORDINATORE DELL'UNITA' OPERATIVA

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



Regione  
Lombardia

ASL Bergamo

ASL DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

*Distretto Socio Sanitario  
Valle Seriana e Val di Scalve*

Responsabile Distretto : Dr. Vito Brancato  
Albino - viale Stazione 26/a

☎. 035/75.97.04 ☐.035/75.96.63

Clusone - via Matteotti, 11

☎. 0346/89042 ☐.0346/89027

e-mai: vbrancato@asl.bergamo.it

**DIMISSIONE PROGRAMMATA  
ATTIVAZIONE DISTRETTUALE**

Si richiede attivazione dell'unità di valutazione distrettuale per il:

Sig./a: \_\_\_\_\_ nato/a il: \_\_\_\_\_

residente a: \_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_ tel.: \_\_\_\_\_;

Medico di Medicina Generale \_\_\_\_\_,

degente presso l'Unità Operativa di: \_\_\_\_\_,

Presidio Ospedaliero di: \_\_\_\_\_ tel. U.O. \_\_\_\_\_,

affetto da: \_\_\_\_\_

Probabile dimissione il: \_\_\_\_\_.

Il Coordinatore Infermieristico

Data: \_\_\_\_\_

Da inviare al seguente numero di fax: - **Albino** 035/75.96.63  
**Clusone** 0346/89027