



REGIONE PUGLIA



**Azienda
Sanitaria
Locale BA
Provincia
di Bari**

**Direzione
Presidio
Ospedaliero
"Don T. Bello"
Molfetta**

**Direzione
Distretto
Socio Sanitario
Uno
Giovinazzo
Molfetta**



**Assessorato ai
Servizi Socio-
Educativi
Comune di
Molfetta**



**Assessorato
alla Solidarietà
Sociale e
Sanità
Comune di
Giovinazzo**

Ambito Territoriale Giovinazzo - Molfetta

Piano Sociale di Zona

2010-12

Direzione Medica P.O. "Don Tonino Bello"

Direzione Distretto Socio Sanitario Uno

Comuni di Giovinazzo e Molfetta

Protocollo Operativo

Dimissioni Protette

**Percorsi assistenziali integrati, domiciliari e residenziali:
appropriatezza, procedure, organizzazione, risorse**

INDICE

Pag.	
3	Premessa
4	Art. 1 Finalità del Protocollo
	1.1 Definizione della "Dimissioni Protetta"
	1.2 Finalità ed Obiettivi della "Dimissioni Protetta"
5	Art. 2 Presa in carico, percorso e procedure di attivazione
	2.1 La presa in carico del paziente cronico/fragile
	2.2 Percorso delle dimissioni protette
	2.3 Procedure di attivazione
	2.4 Il responsabile del caso o "Case Manager"
	2.5 La valutazione multidimensionale (U. V. M., compiti e funzioni)
11	Art. 3 Impegni e responsabilità delle parti (chi fa, che cosa)
	3.1 Presidio Ospedaliero "Don Tonino Bello" di Molfetta
	3.2 Distretto Socio Sanitario Uno
	3.3 Comuni dell'Ambito Territoriale
15	Art. 4 - Durata, Modifiche e Integrazioni
16	Art. 5 - Diffusione del Protocollo

PREMESSA

L'elevato numero di ricoveri per riacutizzazione di patologie croniche, quali ipertensione, scompenso cardiaco, BPCO (bronco pneumopatia cronica ostruttiva), diabete, epatopatie, patologie vascolari, etc., sta a significare quanto l'Ospedale sia ancora culturalmente riferimento primario per il soddisfacimento della domanda sanitaria della popolazione.

In funzione della presa in carico efficace delle cronicità, queste patologie sono trasferibili dall'assistenza ospedaliera episodica in acuzie, e quindi dalla intensiva ad alto costo, all'assistenza territoriale post-acuzie di medio-lungo periodo, non meno impegnativa di quella ospedaliera ma certamente a minor impatto economico.

Le maggiori criticità si rilevano al momento della dimissione dalle strutture ospedaliere dei pazienti cosiddetti "fragili", la cui gestione, per condizioni cliniche precarie o per inadeguatezza socio-economica, non può essere affidata esclusivamente alla famiglia.

Passando da un'assistenza ospedaliera 24 ore su 24 ad una ipotetica assenza di prestazioni sanitarie e sociali domiciliari, le dimissioni vengono vissute da parte dell'assistito e dei familiari come un'interruzione delle cure con conseguente senso di abbandono o disorientamento.

Un rientro a casa privo della necessaria continuità assistenziale può innescare una fase molto critica ed essere fonte di gravi disagi per il paziente ed il suo entourage.

Allo stato, infatti, non sempre le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali sono in collegamento in modo da segnalare tempestivamente il caso e garantire la continuità delle cure attraverso una presa in carico sanitaria e sociale.

Questo determina spesso il reiterarsi di ricoveri, anche a distanza di brevi periodi, oppure l'inutile prolungamento dei ricoveri per l'impossibilità di assicurare una più opportuna e adeguata assistenza extra ospedaliera.

La soluzione di questa criticità passa attraverso la presa in carico globale dell'assistito secondo il concetto, più volte espresso nei documenti di programmazione, di "protezione sanitaria e sociale a rete".

Il percorso assistenziale integrato tra Ospedale e Territorio trova la sua massima espressione nell'attivazione della *Dimissione Protetta* che concretamente rappresenta un graduale passaggio di setting assistenziale, tra strutture che esprimono funzioni contigue.

Dopo il ricovero in Ospedale, il domicilio resta l'approdo privilegiato per la *Dimissione Protetta*, dove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza, affermando la funzione strategica dell'assistenza primaria.

Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita completa dell'autonomia, la domiciliarità delle cure, sanitarie o socio-sanitarie, rappresenta un forte stimolo e sostegno per il superamento del periodo più critico, consentendo, sovente, il massimo recupero delle potenzialità residue.

L'attivazione dell'assistenza domiciliare sanitaria (**ADS** a cura del Distretto) o dell'assistenza domiciliare socio-sanitaria integrata (**ADI** a cura del Distretto/Comune di residenza) in continuità con il ricovero ospedaliero, che nei fatti realizza la *Dimissione Protetta*, prevede una gestione coordinata multiprofessionale e multidisciplinare del "caso", con importanti ricadute sullo stato di salute dei pazienti, sulla tutela del nucleo familiare, nonché sulla spesa sanitaria.

Qualora però la domiciliarietà delle cure non sia perseguibile, per via del quadro clinico del paziente e/o per le condizioni socio-abitative del nucleo familiare d'appartenenza, è possibile attivare, in alternativa, la dimissione protetta presso struttura residenziale sanitaria (RSA /Hospice) o socio-sanitaria (RSSA).

Infine, la dimissione protetta da Presidio Ospedaliero a struttura residenziale sanitaria (RSA) e successivamente a domicilio, e, qualora non fosse possibile, a struttura residenziale socio-sanitaria (RSSA), traccia un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale di elevato grado di appropriatezza, di minore ricorso a ricoveri impropri e di maggiore consenso e fiducia dei familiari del paziente.

Art. 1 - FINALITA' DEL PROTOCOLLO

1.1 Definizione della *Dimissione Protetta*

Per *Dimissione Protetta* s'intende un percorso assistenziale del paziente da un setting di cura ad un altro (Ospedale → domicilio o struttura residenziale sanitaria o socio-sanitaria) che si applica ai pazienti "fragili", prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità anche gravi, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza.

Per questi pazienti "fragili", al termine della degenza ospedaliera, può esservi ancora la necessità di assistenza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione da organizzare in un progetto di cure sanitarie o socio-sanitarie integrate di durata variabile da erogare al domicilio o in una diversa struttura di degenza.

La *Dimissioni Protetta* deve essere intesa come un sistema di comunicazione e di integrazione tra diversi servizi ed operatori delle strutture Ospedaliere, Territoriali e degli Enti Locali, con il coinvolgimento diretto del MMG/PLS dell'assistito, al fine di garantire certezza, appropriatezza e continuità di cura, anche a beneficio della famiglia dell'Assistito.

1.2 Finalità ed obiettivi della *Dimissione Protetta*

La concertazione, definizione e sottoscrizione di un Protocollo Operativo, che, con il coinvolgimento dei Comuni dell'Ambito, metta a sistema l'organizzazione e la gestione della dimissione protetta o assistita del paziente fragile rappresenta:

- un'operazione programmatica in materia di integrazione Ospedale-Territorio;
- una delle funzioni assegnate al Direttore del Distretto dal Reg. Reg. n. 6 del 18/04/2011 "*Regolamento di Organizzazione del Distretto Socio Sanitario*";
- un'azione socio-sanitaria prevista dalle "*Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari*" - Allegato D "*Procedure per le dimissioni ospedaliere protette*" (DGR n. 691 del 12/04/2011);
- un obiettivo di salute per il 2012, dettato dalla Direzione Strategica Aziendale ai Distretti e rispettivi Presidi Ospedalieri (nota Prot. n.123612/1 del 25/07/2012), che va nella direzione di potenziare e riqualificare le attività assistenziali territoriali alternative al ricovero.

Il Distretto, i Comuni di Molfetta-Giovinazzo ed il P.O. "Don Tonino Bello", nei propri sistemi di riferimento, concordano di perseguire le seguenti finalità generali:

- dare impulso all'attività territoriale elevandone al contempo la centralità;

- ottimizzare la durata della fase di ricovero ospedaliero e contenere i ricoveri impropri e/o ripetuti;
- creare una stretta interrelazione tra la fase del ricovero ospedaliero e quella della presa in carico dei servizi territoriali;
- sviluppare cure alternative/continuative al ricovero ospedaliero che siano efficienti nell'ambito dell'economia aziendale, per meglio governare le risorse;
- rendere le due funzioni, ospedaliera e territoriale, più flessibili ed integrate;
- promuovere e programmare attività integrative tra il personale ospedaliero e quello territoriale;
- ridurre i tempi e facilitare le procedure finalizzate all'accesso e attivazione dei LEA territoriali;
- mirare all'umanizzazione delle cure con offerte assistenziali rassicuranti;
- fornire supporto alla famiglia e sollievo dai carichi assistenziali, coinvolgendola attivamente e responsabilizzandola nella gestione del percorso di cura;
- sostanziare la L. 328\2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*" che disciplina principi, azioni e servizi di cura e assistenza integrata a favore delle fragilità socio-sanitarie;
- attuare gli obiettivi specifici fissati dal Piano Regionale di Salute 2008-10, dal Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-11, dal Piano Sociale di Zona 2010-12 e dal Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario regionale 2010-12, che individuano nelle cure domiciliari la base privilegiata di azione per garantire efficacia ed economicità degli interventi territoriali.

Art. 2 - PRESA IN CARICO, PERCORSO E PROCEDURE DI ATTIVAZIONE

2.1 La presa in carico del paziente cronico/fragile

Un'appropriata presa in carico del paziente cronico/fragile richiede percorsi di cura integrati tra Ospedale ↔ Territorio, in grado di evitare un possibile vuoto assistenziale che, oltre a essere negativamente percepito dal paziente quale abbandono istituzionale, può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla medicalizzazione-istituzionalizzazione.

Il concetto di presa in carico è caratterizzato dalla bi-direzionalità degli interventi, ovvero dalla possibilità di attivare percorsi dall'Ospedale (acuzie/sub-acuzie) al Territorio (post-acuzie), ma anche inversamente, vale a dire dal Territorio all'Ospedale o ad altro setting assistenziale.

I percorsi di cura non possono concludersi all'interno dell'Ospedale né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie, ma necessitano di un'integrazione fra livelli assistenziali di diversa intensità e complessità, che, interagendo, migliorano l'offerta all'utenza.

Se la prospettiva futura vede le strutture ospedaliere caratterizzate da un sempre più elevato livello di specializzazione nell'erogare un'assistenza sanitaria ai pazienti soprattutto nella fase di emergenza-urgenza o subacuta della malattia, diventa ancora più essenziale disporre di una funzione che possa fungere da cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale.

Ciò si pone a garanzia della continuità delle cure, soprattutto per quei soggetti cosiddetti "*complessi*" perché portatori di pluripatologie cronico-degenerative e/o di severa non autosufficienza.

La presa in carico del paziente fragile, oltre che di modelli quali il disease management, deve potersi avvalere di strumenti di integrazione tra i servizi sociali, sanitari ed educativi mediante lo sviluppo e l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione all'interno di un sistema a rete.

Il presente Protocollo Operativo serve a realizzare **la continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio**, definendo modalità di raccordo e di relazioni stabili ed esplicite fra assistenza ospedaliera e cure territoriali, e tra servizi sanitari e sociali, nel rispetto delle peculiari specificità dei singoli ambiti assistenziali, a vantaggio della logica della centralità del Cittadino/Utente.

Ambiti clinici privilegiati, ma non esclusivi, per una efficace presa in carico, sono le seguenti:

- ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare, ecc.;
- patologie croniche (es. neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica);
- cure palliative per paziente oncologico/non oncologico in fase di terminalità;
- gravi disturbi cognitivi e del comportamento;
- problematiche ad elevata intensità e complessità assistenziale (es. pazienti **SLA** *DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 1 luglio 2008, n. 1174 Organizzazione della rete assistenziale per la Sclerosi Laterale Amiotrofica; pazienti in SV e SMC* **REGOLAMENTO REGIONALE 2 novembre 2011, n. 24 Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza - Fabbisogno territoriale e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di riabilitazione extraospedaliera - Centro Risvegli.**

2.2 Percorso delle dimissioni protette

Il percorso inizia dal Presidio Ospedaliero attraverso l'attivazione della *Dimissione Protetta* per il paziente fragile. Si attivano in tal modo procedure che creano ed utilizzano, tra Ospedale e Territorio, linguaggi univoci e percorsi determinati e condivisi.

2.3 Procedure di attivazione

La dimissione protetta è proposta dall'équipe medica dell'U. O. di degenza in cui il paziente è ricoverato.

L'équipe medica dell'U. O. di degenza, valutate le condizioni cliniche del paziente, attiva la seguente procedura:

1. segnala alla Direzione Sanitaria ospedaliera la necessità di attivare la *Dimissione Protetta* a favore del paziente;
2. la Direzione Sanitaria ospedaliera, per il tramite dell'Assistente Sociale ospedaliera, attiva la *Dimissione Protetta* attraverso apposita modulistica distrettuale (Richiesta, Proposta e SVAMA o SVAM-Di);
3. la Proposta di attivazione della dimissione protetta (corredata di SVAMA sanitaria compilata dal Medico di reparto e di SVAMA sociale compilata dall'Assistente Sociale ospedaliera), dopo essere stata vista dal Direttore Sanitario del P.O. verrà trasmessa alla Segreteria della Direzione del Distretto, previo contatto telefonico.

Nello specifico le procedure di attivazione della *Dimissione Protetta* si articolano in:

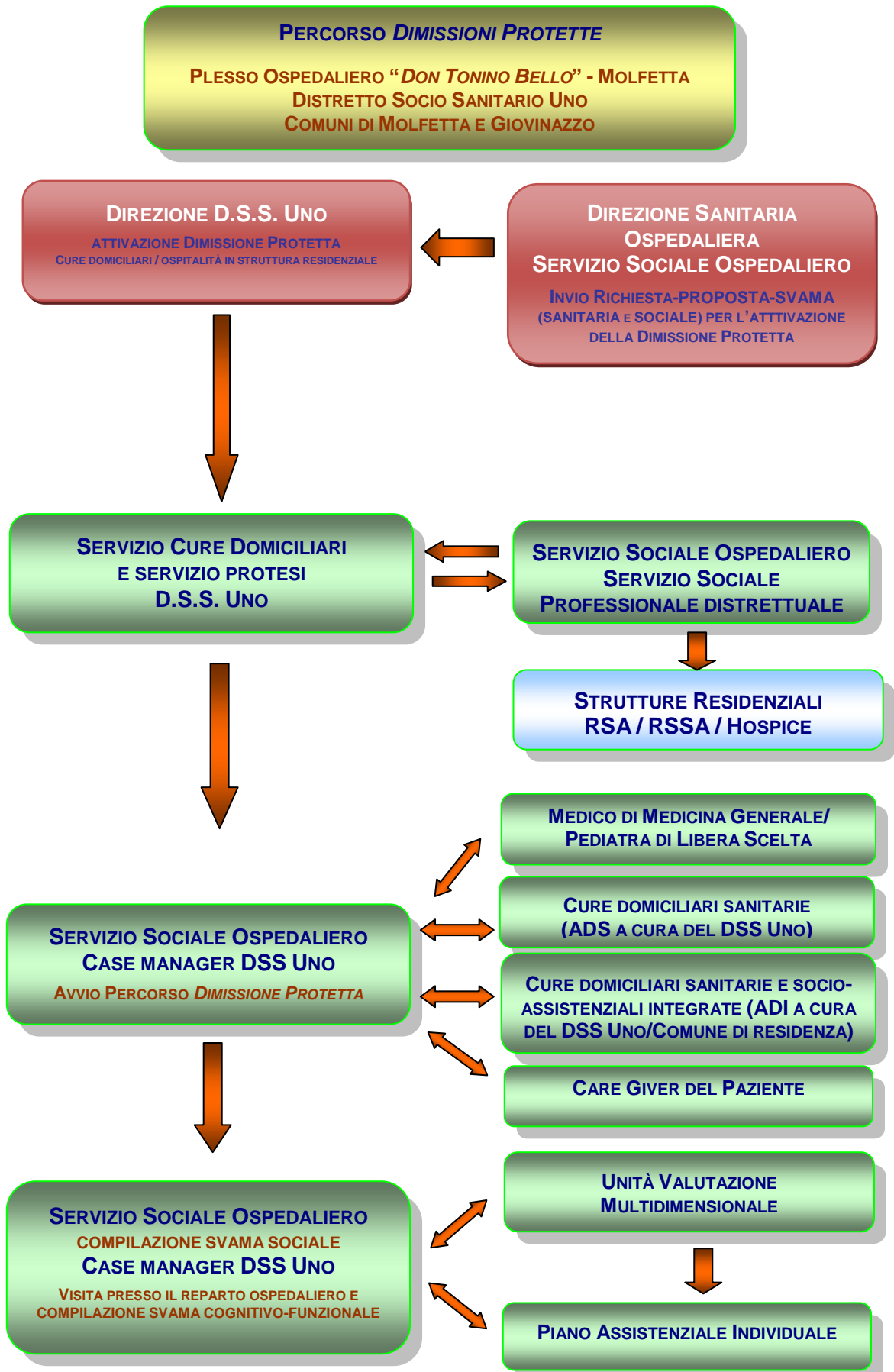
- A. *paziente stabilizzato ma in compenso labile, per il quale viene proposta, dalla Direzione Sanitaria ospedaliera, la dimissione protetta a domicilio:*
- l'Assistente Sociale ospedaliera, in presenza di adeguata rete socio-familiare di sostegno, informa il Case Manager distrettuale del Servizio Cure Domiciliari, il quale contatta telefonicamente:
 - il reparto, il MMG/PLS e il caregiver per completare le informazioni sul paziente;
 - nei casi di comprovata necessità sociale, previa segnalazione scritta a cura della Direzione Sanitaria, i Servizi Sociali comunali per l'eventuale accesso alle cure domiciliari socio-sanitarie integrate (ADI).
- B. *paziente stabilizzato ma in compenso labile, per il quale viene proposta, dalla Direzione Sanitaria ospedaliera presso cui è ricoverato il paziente, la dimissione protetta in struttura residenziale:*
- l'Assistente Sociale ospedaliera, accertata la NON perseguibilità della domiciliarità delle cure, si raccorda con il Servizio Sociale Professionale distrettuale che si attiva per l'espletamento delle procedure di accesso all'Assistenza Residenziale;
- C. *paziente stabilizzato ma in compenso labile in condizioni di indigenza, per il quale viene proposta, dalla Direzione Sanitaria ospedaliera presso cui è ricoverato il paziente, la dimissione protetta in struttura residenziale:*
- l'Assistente Sociale ospedaliera, accertata la NON perseguibilità della domiciliarità delle cure, si raccorda con il Servizio Professionale distrettuale che attiva le procedure di accesso all'Assistenza Residenziale e contestualmente informa il familiare di riferimento/tutore/amministratore di sostegno della possibilità, prevista dal R. R. n.7/12, di avviare, presso il Comune di residenza, la procedura per la richiesta di integrazione alla retta mensile di ospitalità in struttura residenziale, previa segnalazione scritta a cura della Direzione Sanitaria.

Nella dimissione protetta il MMG/PLS è l'unico responsabile sanitario del paziente, pertanto la stessa non può essere avviata senza il suo avallo.

*E' molto importante che la richiesta sia fatta con sufficiente anticipo, almeno 7 gg. lavorativi, dal giorno della presunta dimissione, e comunque, di norma, **mai** oltre le ore 12.00 del giovedì, per dar modo al Distretto e al Comune di residenza di provvedere alle necessità del paziente per il rientro a casa, o per l'avvio a struttura territoriale sanitaria o socio-sanitaria.*

La progressiva riduzione dei tempi di degenza e dimissioni sempre più precoci chiedono che il MMG/PLS e il Servizio Sociale Ospedaliero vengano allertati nei primissimi giorni di ricovero qualora l'U.O. di degenza ospedaliera valuti come altamente probabile il ricorso alla *Dimissione Protetta*, soprattutto per i pazienti con precedenti esperienze di dimissione avvenute in passato.

Nei casi da avviare all'ospitalità in struttura residenziale che abbiano fatto richiesta al Comune di residenza di integrazione economica al pagamento della quota sociale della retta giornaliera, in ragione dei tempi tecnici necessari all'espletamento del procedimento istruttorio per l'assunzione d'onere di spesa, sono da preferire 7 giorni lavorativi dal giorno della presunta dimissione.



2.4 Il responsabile del caso o Case Manager

Il Case Manager è il riferimento stabile per il paziente e la sua famiglia, ha la responsabilità della gestione del piano assistenziale nelle dimissioni, garantisce la continuità del percorso assistenziale, partecipa in sede di U.V.M. alla formulazione del Piano di Assistenza Individuale in collaborazione con il MMG/PLS, titolare del caso.

Il Case Manager assume come valori di riferimento: la centralità della persona, la continuità dell'assistenza, l'integrazione inter e intraprofessionale e il coinvolgimento della famiglia anche in previsione della condivisione del PAI.

Il Case Manager partecipa alle sedute di valutazione (iniziale e di verifica), cura la comunicazione tra tutte le figure coinvolte nel processo assistenziale, compreso il paziente e i familiari evitando sovrapposizioni, intralci reciproci che potrebbero causare ingorghi o vuoti assistenziali.

2.5 La valutazione multidimensionale (Unità di Valutazione Multidimensionale, compiti e funzioni)

La condizione di domiciliarità delle cure domiciliari sanitarie e socio-assistenziali integrate (ADI) o il trasferimento in struttura residenziale devono essere condivisi e valutati in sede di Unità di Valutazione Multidimensionale.

Il Direttore del Distretto o suo delegato, l'Assistente Sociale comunale ed il MMG/PLS dell'Assistito ne sono componenti irrinunciabili (Deliberazione della Giunta Regionale n. 691 del 12/04/2011 "*Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari*" - Allegato SUB "B Schema di regolamento per il funzionamento della U.V.M.").

La valutazione multidimensionale del caso è preventiva rispetto alla dimissione e deve, pertanto, essere effettuata, di norma, in Ospedale (Linee Guida UVM Regione Puglia).

L'U.V.M. distrettuale, convocata e presieduta dal Direttore del Distretto o suo delegato, ha il compito di:

1. valutare, mediante analisi della documentazione pervenuta, la complessità assistenziale del paziente, la condizione di non autosufficienza e il bisogno socio-sanitario emergente;
2. esprimere valutazione favorevole/sfavorevole all'accesso alle Cure Domiciliari o alla Rete Assistenziale Residenziale sanitaria/socio-sanitaria. In caso di non eleggibilità l'U.V.M. ne esprime i motivi.
3. elaborare il Piano di Assistenza Individuale per l'accesso alle Cure Domiciliari socio-sanitarie integrate o alla Rete Assistenziale Residenziale.

Per i "casi" ad alta complessità socio-sanitaria in dimissione protetta a domicilio viene programmata l'attivazione del Servizio ADI.

Il PAI, che di fatto indica le risposte socio-sanitarie ritenute più appropriate, deve essere condiviso con il familiare referente e da esso sottoscritto; in caso contrario il familiare di riferimento, e, nei casi di autosufficienza, l'avente diritto, sono tenuti a chiarire le motivazioni della non condivisione.

Per tutto il periodo di valenza del PAI, eventuali ricoveri in Ospedale per riacutizzazioni non costituiscono motivo di rivalutazione di idoneità in sede UVM; è sufficiente, ove necessario, aggiornare il PAI stesso.

4. disporre, a favore dei casi di accertata necessità socio-sanitaria, l'attivazione della procedura d'urgenza per gli ingressi in R.S.S.A.- anziani art. 66 R. R. n.4/2007 (Deliberazione della Giunta Regionale n.133 del 31/01/2011, allegato A, "Norme in materia di residenze socio-sanitarie assistenziali: Schema di accordo contrattuale", art.5 "Procedure di ammissione-Situazioni di urgenza", attuativo dell'art.3, comma 9, del Reg. Reg. n. 4 /2007 e smi);
5. compiere la verifica programmata del progetto personalizzato indicata dal PAI;
6. individuare ed indicare nel PAI, per i casi idonei all'accesso alle cure domiciliari, la figura professionale (Case Manager) incaricata alla gestione del caso, secondo il bisogno socio-sanitario prevalente;
7. ratificare nel PAI, per i casi idonei all'accesso alle cure domiciliari, il soggetto individuato quale caregiver in grado di integrarsi ed interagire con i tutti gli attori coinvolti (Medico curante, Enti etc.);
8. verbalizzare tutto quanto definito sull' apposita modulistica distrettuale.

Per i pazienti in dimissione protetta dal P.O. "Don Tonino Bello" di Molfetta:

- se residenti in un Comune di altro Distretto della ASL BA, si prenderà a riferimento la D.G.R. n. 691 del 12 aprile 2011 "Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari" - Allegato B - art. 4 "Competenze territoriali" comma 2, di seguito riportato: "La Valutazione Multidisciplinare compete all'UVM del Distretto Socio Sanitario di residenza della persona interessata alla valutazione che elabora il progetto sociosanitario personalizzato per la presa in carico", con autorizzazione a carico del DSS di residenza;
- se residenti in un Comune di altra ASL, si prenderà a riferimento la D.G.R. n. 691 del 12 aprile 2011 "Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari" - Allegato B - art. 4 "Competenze territoriali" comma 3, di seguito riportato: "Nel caso in cui si richieda il ricorso alla rete di servizi ubicati in altre ASL è necessario coinvolgere il Distretto Sociosanitario e l'UVM competente per territorio", con autorizzazione a carico del DSS di residenza.

Per i pazienti residenti o temporaneamente domiciliati nell'Ambito Territoriale Molfetta-Giovinazzo in dimissione protetta da altro Presidio Ospedaliero o da Struttura Sanitaria extraospedaliera che insiste nell'ASL Bari o in altra ASL regionale:

- la Direzione Sanitaria invia al Distretto SS Uno la richiesta /proposta di Dimissione Protetta, unitamente alla scheda di valutazione SVAMA (sanitaria e cognitivo-funzionale), corredata di una relazione clinica in cui oltre alla diagnosi venga indicata la data prevista di dimissione ed i bisogni assistenziali della persona (D.G.R. n. 691 del 12 aprile 2011 "Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari" - Allegato D "Procedure per le dimissioni ospedaliere protette");
- il Servizio Sociale Professionale distrettuale:
 - si attiva per la valutazione sociale, interfacciandosi con il familiare di riferimento /tutore /amministratore di sostegno, con il Servizio Sociale dell'Ambito, con la struttura ospitante e, ove ritenuto necessario, con il reparto di ricovero dell'Assistito in dimissione protetta.
 - garantisce il raccordo operativo con l'Unità di Valutazione Multidimensionale.

Art. 3 - IMPEGNI E RESPONSABILITA' DELLE PARTI (chi fa, che cosa)

3.1 Presidio Ospedaliero "Don Tonino Bello" di Molfetta

Direzione Sanitaria - ASSISTENZA DOMICILIARE

- L'Assistente Sociale della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, a seguito della segnalazione (Proposta e SVAMA sanitaria) da parte dell'équipe medica della U.O. di degenza, si attiva, nella stessa giornata dell'avvenuta proposta di *Dimissione Protetta*, per verificare, attraverso il colloquio con il paziente e con i familiari, se esistono le condizioni per domiciliare le cure.
- Accertata la sussistenza delle condizioni per la domiciliarizzazione delle cure, l'Assistente Sociale della Direzione Sanitaria ospedaliera:
 - acquisisce la richiesta di accesso alle cure domiciliari, a firma dell'avente diritto/familiare di riferimento/tutore/amministratore di sostegno, formalizzata alla Direzione del Distretto su apposita modulistica distrettuale;
 - interagisce con il MMG/PLS e il Case Manager del Servizio Cure Domiciliari;
 - concorre con il Case Manager distrettuale alla organizzazione dell'ADS;
 - nei "casi" ad alta complessità sociale, collabora con l'Assistente Sociale del Comune di residenza formalizzando la richiesta, mediante nota scritta a firma della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali (SAD), nel rispetto della lista d'attesa;
 - per i pazienti da avviare all'ADS, compila in reparto la SVAMA sociale mediante colloquio con l'avente diritto /familiare di riferimento /tutore /amministratore di sostegno, mentre per i pazienti da avviare all'ADI prende a riferimento il Protocollo Operativo ADI (art. 4.5 - comma 4 e 5);
 - invia/consegna alla Segreteria del Distretto, regolarmente protocollata dalla Direzione Sanitaria: Richiesta, Proposta, SVAMA sanitaria e SVAMA sociale, per il prosieguo;
 - partecipa, ove necessario, ai lavori della U.V.M. per i casi da avviare all'ADI.

Direzione Sanitaria - ASSISTENZA RESIDENZIALE

- L'Assistente Sociale della Direzione Sanitaria ospedaliera, a seguito della segnalazione della U.O. di degenza, qualora la domiciliarizzazione delle cure NON fosse possibile per il quadro clinico del paziente, per la tipologia delle cure sanitarie da erogare o in assenza di idonee condizioni socio-abitative:
 - acquisisce la richiesta di accesso all'Assistenza Residenziale a firma dell'avente diritto/familiare di riferimento/tutore/amministratore di sostegno, formalizzata alla Direzione del Distretto su apposita modulistica distrettuale;
 - interagisce con il MMG/PLS, il Servizio Sociale Professionale del Distretto e i servizi territoriali psichiatrici e delle dipendenze patologiche per gli Utenti già in carico, al fine di organizzare il passaggio in struttura;
 - compila la SVAMA sociale in reparto mediante colloquio con l'avente diritto /familiare di riferimento /tutore /amministratore di sostegno;
 - invia/consegna, regolarmente protocollata dalla Direzione Sanitaria: Richiesta, Proposta, SVAMA sanitaria e SVAMA sociale alla Segreteria del Distretto per il prosieguo;
 - partecipa, ove necessario, ai lavori della U.V.M..

Equipe dell'Unità Operativa di degenza ospedaliera

- Il Medico di Reparto:
 - compila la Proposta di accesso alle cure domiciliari o all'ospitalità in struttura residenziale e la SVAMA sanitaria, propedeutiche alla dimissione protetta. La dimissione protetta non potrà **in nessun caso** essere effettuata dopo le ore 10.00 del Venerdì (*Richiesta/Proposta/SVAMA entro il giovedì*);
 - interagisce con il MMG/PLS e con il Case Manager distrettuale del Servizio Cure Domiciliari per fornire informazioni sui bisogni sanitari del paziente;
 - partecipa, ove richiesto, alla seduta della U.V.M. per contribuire alla definizione del progetto assistenziale più corretto per il paziente, mediante l'elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI);
 - appronta, qualora ritenute necessarie, le prescrizioni terapeutiche degli ausili per il passaggio in cura;
 - si avvale, ove ritenuta necessaria, della consulenza del Servizio di Assistenza Psicologica distrettuale.

Per i pazienti in dimissione protetta dal P.O. "Don Tonino Bello" di Molfetta o da altro ospedale, la cui patologia prevalente richiede la consulenza di Specialista di branche cliniche non attive nella Assistenza Specialistica Ambulatoriale distrettuale, il P.O. di Molfetta s'impegna a collaborare in sede di U.V.M., assicurando la presenza di proprio Specialista.

Per i pazienti in dimissione protetta dal P.O. "Don Tonino Bello" di Molfetta per i quali ricorrono i criteri socio-sanitari di ricovero in Hospice istituzionalmente accreditato, il Dirigente Medico di reparto di degenza, in linea con il concetto di rete di Cure Palliative, attiva le procedure di accesso, con successiva ratifica in sede di U.V.M..

3.2 Distretto Socio Sanitario Uno

Servizio Distrettuale Cure Domiciliari sanitarie (ADS) e socio-sanitarie integrate (ADI)

Il Case Manager distrettuale del Servizio Cure Domiciliari, non appena riceve, dall'Assistente Sociale ospedaliera, la proposta di attivazione della Dimissione Protetta, **al massimo entro il giorno successivo:**

- compie il sopralluogo presso il Reparto Ospedaliero e, rapportandosi con l'infermiere coordinatore (Capo Sala) e con il Medico di Reparto, prende atto dei bisogni sanitari del paziente in dimissione protetta a domicilio;
- effettua il colloquio con il paziente e/o con i familiari di riferimento, e fornisce l'informativa del servizio;
- raccoglie la volontà del paziente stesso a ricevere gli interventi programmati in suo favore, la sua disponibilità a collaborare ed il Consenso Informato su apposita modulistica aziendale (Delibera ASL BA n. 1435 del 01/08/2011 "Aggiornamento delle procedure sull'acquisizione di consenso al trattamento dei dati personali e relativa modulistica"; adempimenti D.Lgs.vo n.196/2003 Codice Privacy Titolo V "Trattamento dei dati in ambito sanitario");
- attiva il MMG/PLS, individua il/i caregivers familiari ed esegue la valutazione cognitivo-funzionale mediante la scheda SVAMA;
- organizza le prestazioni domiciliari sanitarie, infermieristiche e riabilitative (Assistenza Domiciliare Sanitaria);

- partecipa ai lavori della U.V.M. per la valutazione di idoneità per accedere alle cure domiciliari sanitarie e socio-assistenziali integrate (Assistenza Domiciliare Integrata);
- organizza, per i pazienti da avviare all'ADI, i servizi domiciliari come da PAI ed apre la Cartella clinica domiciliare dove registrare formalmente la descrizione degli aspetti clinici e gli accessi controfirmati dagli operatori impegnati nel progetto assistenziale;
- segue, in base al PAI definito dalla U.V.M., i percorsi per la fornitura a domicilio dei servizi richiesti, le protesi, gli ausili e ogni altro presidio terapeutico ritenuto necessario;
- comunica con il Servizio di Assistenza Psicologica distrettuale per integrare all'interno delle cure domiciliari azioni di supporto e sostegno.

Servizio Sociale Professionale distrettuale - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Per i pazienti ad alta complessità socio-sanitaria, il Servizio Sociale Professionale distrettuale si raccorda con l'Assistente Sociale del Comune di residenza dell'Utente per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali mediante l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per ogni ulteriore dettaglio per l'accesso all'Assistenza Domiciliare Integrata si rimanda al Protocollo Operativo ADI.

Servizio Sociale Professionale distrettuale - ASSISTENZA RESIDENZIALE

Il Servizio Sociale Professionale distrettuale assolve il compito di orientare e gestire la richiesta di accesso alle strutture residenziali sanitarie o socio-sanitarie in favore di persone in dimissione protetta NON assistibili a domicilio.

In caso di accesso presso Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A. Reg. Reg. n.8/2002), l'Assistente Sociale distrettuale ricerca e si raccorda (telefonicamente e via fax) con la Residenza Sanitaria Assistenziale indicata dal richiedente (avente diritto/familiare di riferimento/tutore/amministratore di sostegno) e, in mancanza di disponibilità, con altra residenza sanitaria che dispone nell'immediato posto letto.

Ottenuta dalla R.S.A. la pronta disponibilità di posto letto (preferibilmente con trasmissione fax), si procede all'ingresso, previa valutazione da parte della U.V.M..

Qualora il richiedente, prontamente informato che la R.S.A. indicata nella Richiesta non disponga nell'immediato di posto letto, conferma la volontà di accedervi, il Presidio Ospedaliero procederà ugualmente alla dimissione programmata, con inserimento del paziente in lista d'attesa nella residenza prescelta; in tal caso si determina una priorità di ammissione nella struttura (D.G.R. 7 agosto 2012 n. 1669 "R.R. n.8/2002 Approvazione schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di Residenze sanitarie assistenziali" Allegato A - art. 12 comma 8).

Per tutto il tempo necessario allo scorrimento della lista d'attesa, la tutela socio-sanitaria dell'Assistito resta in evidenza al Distretto nelle modalità di seguito rappresentate:

1. l'MMG/PLS si attiva presso il Distretto per la richiesta di Assistenza Domiciliare Programmata (ADP).

L'Assistenza Domiciliare Programmata, così come previsto dagli Accordi Collettivi di Lavoro Nazionali e Regionali, è caratterizzata da prestazioni a ciclo programmato erogate a domicilio dal MMG/PLS proponente a favore di pazienti in condizioni di particolare fragilità clinica, anche temporanea.

NON è richiesta la valutazione in sede di U.V.M.;

2. il Servizio Sociale Professionale distrettuale, se richiesto, orienta la famiglia nella scelta della struttura protetta più idonea alle necessità assistenziali del paziente che per legge si assume ogni onere economico per la copertura della spesa.

Nei casi per i quali è stata proposta dall'U.O. di degenza ospedaliera e valutata favorevolmente in sede di U.V.M. l'ospitalità in Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (R.S.S.A.- Anziani, Reg. Reg. n.4/2007 art. 66), il Servizio Sociale Professionale distrettuale si attiva secondo quanto disposto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n.133 del 31/01/2011, allegato A, "Norme in materia di residenze socio-sanitarie assistenziali: Schema di accordo contrattuale" - art. 5 "Procedure di ammissione-Situazioni di urgenza", attuativo dell'art. 3, comma 9, R. R. n. 4 /2007.

Infine, a favore dei familiari di pazienti con gravi disabilità o pluripatologie invalidanti cronico-degenerative, assistiti a domicilio o inviati presso le strutture residenziali, il Servizio Sociale Professionale distrettuale può avvalersi del Servizio di Assistenza Psicologica distrettuale per garantire azioni di sostegno e supporto.

Servizio protesi ed ausili

In relazione alle patologie in atto o esiti delle stesse il Distretto assicura:

- tutti i farmaci e i presidi sanitari necessari per la prima settimana di cura tramite la farmacia ospedaliera, e comunque nel rispetto della normativa vigente in materia di assistenza farmaceutica e modalità erogative;
- l'assistenza protesica, sia a domicilio che presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie, programmando la prescrizione e la relativa autorizzazione, e comunque nel rispetto della normativa vigente in materia di assistenza protesica;
- l'erogazione dell'ossigenoterapia domiciliare secondo la vigente disposizione regionale (DGR 11 aprile 2012, n.682 Linee guida per la corretta prescrizione dell'Ossigeno terapia domiciliare).

3.3 Comuni dell'Ambito Territoriale

Assessorato ai Servizi Socio-Educativi di Molfetta e Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità del Comune di Giovinazzo-ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I pazienti in dimissione protetta valutati in sede di U.V.M. idonei all'accesso delle cure domiciliari socio-sanitarie integrate (ADI - art. 88 del Regolamento Regionale n. 4/07) potranno usufruire, tenuto conto della lista d'attesa del Comune di residenza, di prestazioni a carattere socio-assistenziale, ovvero attività di aiuto alla persona:

- nell'igiene personale e governo della casa;
- nella preparazione e assunzione dei cibi.

Per poter accedere al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) l'avente diritto/familiare di riferimento/tutore/amministratore di sostegno dovrà inoltrare apposita istanza, utilizzando la modulistica comunale disponibile presso lo Sportello P.U.A. del Comune di residenza.

L'Assessorato Socio-Educativo di Molfetta e l'Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità del Comune di Giovinazzo nominano rispettivamente l'Assistente Sociale Responsabile che avrà la funzione di rappresentare il Comune e di partecipare ai lavori dell'U.V.M. distrettuale.

Ai lavori della U.V.M. potrà essere assicurata, ove necessario, oltre alla presenza della suindicata Responsabile, anche quella dell'Assistente Sociale referente del caso in valutazione o sua sostituta.

Assessorato ai Servizi Socio-Educativi di Molfetta e Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità del Comune di Giovinazzo - ASSISTENZA RESIDENZIALE

Per gli Utenti in dimissione protetta presso strutture residenziali sanitarie o socio-sanitarie, qualora il reddito non fosse sufficiente al pagamento della quota spettante relativa alla retta di ospitalità, è richiesta di norma la contribuzione economica dei familiari tenuti per legge agli alimenti (*art. 433 Cod. Civ.*) e, per la parte restante, il Comune di residenza assicura l'integrazione economica.

Per le persone con handicap permanente grave, accertato ai sensi dell'art. 4 della legge 104/92, nonché per soggetti > 65enni in condizione di accertata non autosufficienza fisica o psichica si prende a riferimento il Regolamento Regionale n. 7 del 18/04/2012 - art. 1.

In riferimento ai tempi tecnici necessari all'espletamento del procedimento istruttorio relativo alla Determina Dirigenziale, con la quale i Comuni d'Ambito, si assumono l'impegno di spesa per l'integrazione della quota della retta spettante all'Utente, si prevede la possibilità di effettuare l'ingresso in struttura anche in assenza dell'anzidetto atto amministrativo, purché la struttura ospitante recepisca provvisoriamente, come valida, una comunicazione del Comune inviante che attesti l'avvio della suddetta procedura.

L'Assessorato ai Servizi Socio-Educativi di Molfetta e l'Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità del Comune di Giovinazzo nominano rispettivamente l'Assistente Sociale Responsabile che avrà la funzione di rappresentare e di partecipare ai lavori dell'U.V.M. distrettuale.

Art. 4 - DURATA, MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Il presente Protocollo Operativo decorre dalla sua sottoscrizione e ha validità per tutta la durata della programmazione ed attuazione del secondo Piano Sociale di Zona 2010-12.

Il Protocollo Operativo può essere revisionato dai firmatari, previa verifica congiunta, in relazione all'andamento e ai risultati, nonché in funzione di eventuali Leggi, Regolamenti o Delibere (nazionali, regionali ed aziendali) che posso determinarsi nel periodo di decorrenza e durata, a modifica o integrazione della legislazione ad oggi in vigore in materia d'integrazione Ospedale-Territorio.

Art. 5 - DIFFUSIONE DEL PROTOCOLLO

Le parti si impegnano a garantire la diffusione dei contenuti del presente Protocollo Operativo e dei suoi risultati progressivi presso la Direzione Generale della ASL BA, l'Assessorato ai Servizi Socio-Educativi di Molfetta, l'Assessorato alla Solidarietà Sociale e Sanità del Comune di Giovinazzo e l'intera collettività, anche attraverso segnalazione sui portali istituzionali.

Letto, confermato e sottoscritto Molfetta,

per il **Comune di Molfetta**

per il **Comune di Giovinazzo**

per il **P. O. "Don Tonino Bello"**

per il **Distretto S. S. Uno**
