



Percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta

INDICE

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI	5
3. ACRONIMI E GLOSSARIO	7
4. MODALITÀ OPERATIVE E RESPONSABILITÀ	8
4.1 Identificazione del soggetto fragile a rischio di dimissione difficile	9
4.2 Segnalazione del soggetto a rischio di dimissione difficile	10
4.3 Valutazione preliminare della persona eleggibile alla dimissione protetta	12
4.4 Definizione del progetto e pianificazione della dimissione	14
4.5 Dimissione protetta (presa in cura nel setting extra-ospedaliero) e verifica esito della dimissione	15
5. FLOW-CHART	17
5.1 Standard minimi delle singole fasi del percorso di dimissione protetta	17
5.2 Diagramma del percorso dimissione protetta	19
6. INDICATORI	20

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura regionale di riferimento ha lo scopo di fornire le indicazioni generali per la redazione di specifiche procedure aziendali finalizzate ad assicurare l'omogeneità di intervento nella Rete Integrata dei Servizi a garanzia della continuità assistenziale per la persona fragile di qualsiasi età in dimissione dalle strutture ospedaliere. Inoltre ha la finalità di avviare un processo di integrazione procedurale informativo/gestionale in tutto il territorio della Regione del Veneto, con il costante monitoraggio delle **Centrali Operative Territoriali (COT)**.

Gli obiettivi che si intendono perseguire con le procedure aziendali sono i seguenti:

- identificare e segnalare in tempi e modalità adeguate la persona a rischio di dimissione difficile al fine di favorire il rientro in modo protetto, sicuro e agevolato al proprio domicilio o rendere agile e appropriato l'ingresso nelle strutture della rete territoriale;
- ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti o impropri dovuti a dimissioni non adeguatamente pianificate;
- uniformare le modalità e gli strumenti operativi per la valutazione della persona e della famiglia finalizzata alla dimissione protetta nei vari setting assistenziali del territorio;
- conoscere ed applicare i percorsi organizzativi/assistenziali aziendali per la presa in cura della persona fragile nella rete dei servizi territoriali (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale, Assistenza Domiciliare Integrata e altro);
- valutare gli interventi assistenziali erogati dall'équipe o dal singolo operatore e valutare l'efficacia dei processi organizzativi.

La presente procedura regionale di riferimento si applica a tutte le dimissioni di persone fragili ricoverate presso le Unità Operative (UU.OO.) Ospedaliere pubbliche e private accreditate della Regione del Veneto.

Il percorso unico regionale per la segnalazione delle persone in dimissione protetta, pur essendo rivolto principalmente a pazienti anziani fragili, può essere esteso a persone di ogni età nelle quali si individua una fragilità che potrebbe rendere difficile la dimissione da ricovero ospedaliero verso il territorio o verso accoglimento temporaneo in struttura intermedia o altra struttura, oppure verso il domicilio, nel territorio della Regione del Veneto.

Sono pertanto eleggibili al percorso di dimissione protetta persone con problemi complessi **di ogni età**, nelle varie fasi della malattia e/o dell'evento disabilitante (esordio, fase acuta, fase post acuta, fase di stabilità, ricadute, complicanze, terminalità) che richiedono passaggi tra nodi della rete ospedale-servizi territoriali. Nello specifico:

- Persone con complessità **sanitaria**: con patologia di severità elevata o affette da polipatologia o da problemi di funzioni vitali richiedenti dispositivi tecnologici di sostituzione. Si intendono, a titolo esemplificativo, le persone con nutrizione artificiale, recente posizionamento di sondino naso gastrico, presenza di stomie, insufficienza respiratoria con o senza ventilo-terapia accessoria, fabbisogno di interventi di educazione terapeutica, significativi e prevalenti bisogni riabilitativi, neoplasia in fase terminale e altro.

- Persone con complessità **assistenziale**: affette da disabilità fisiche o mentali comportanti mancata autonomia nelle varie attività del quotidiano (mobilità, cura della persona, vita domestica) che richiedano un rilevante supporto da parte di altri e/o l'utilizzo di dispositivi fisici. Ad esempio, persone con significativi e prevalenti bisogni riabilitativi, con fratture trattate chirurgicamente e/o in terapia anticoagulante, o con esiti di ictus cerebrale.
- Persone con complessità **sociale**: che presentano criticità legate all'abitazione, al nucleo familiare, alle relazioni, e che non hanno adeguato accesso a servizi e/o facilitazioni economiche o per le quali sia necessaria rivalutazione dei servizi già in essere. Ad esempio, persone in contesti familiari fragili oppure in difficoltà nella gestione del paziente, persone senza famiglia che necessitano di una assistenza residenziale/semiresidenziale, minori con sospetto o diagnosi di maltrattamento necessitanti tutela oltre a cure e assistenza sanitaria e/o riabilitativa.

Le diverse tipologie di complessità sopra descritte possono coesistere nella stessa persona e/o famiglia. Nell'identificare precocemente le persone a rischio di dimissione difficile vanno considerate, in particolare, le persone anziane fragili, le persone con marginalità familiare e svantaggio sociale, ambientale, culturale, le persone soggette a ricoveri ripetuti, le persone già assistite con un progetto assistenziale (Assistenza Domiciliare Integrata di diversa intensità assistenziale: ADI, Cure Palliative, etc).

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
- L. 10 agosto 2000, n. 251.
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- L.R. n. 22 del 16 agosto 2002 "Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".
- L.R. n. 48 del 28 dicembre 2018, "Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023".
- DGR n. 2831 del 04/10/2005 Implementazione del sistema S.Va.M.A.. Approvazione Progetto: "Determinazione standardizzata dei carichi assistenziali sui profili e validazione della S.Va.M.A.".
- DGR n. 464 del 28/02/2006 L'assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, LR 1 del 30 gennaio 2004.
- DGR n. 394 del 20/02/2007 Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti. Art. 34, comma 1, LR 1 del 30 gennaio 2004 e art. 4 della LR 2/06.
- DGR n. 4588 del 28/12/2007 Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01 - Approvazione linee di indirizzo alle AULSS.
- DGR n. 1133 del 06/05/2008 Assistenza alle persone anziane non autosufficienti. DGR 464 del 28 febbraio 06 e 394 del 20 febbraio 2007. Scheda SVAMA: profili e livelli di intensità assistenziale.
- DGR n. 2718 del 24/12/2012 Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22.
- DGR n. 2851 del 28/12/2012 Istituzione del Flusso Informativo per il Monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice e modifica della Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice (DGR 3318/2008).
- DGR n. 2961 del 28/12/2012 Gestione informatica della residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità. DGR 1059/2012. Primo provvedimento: approvazione del set di strumenti per l'area delle persone anziane e altri non autosufficienti e modifiche alla scheda S.Va.M.A. di cui alla DGR 1133/2008.
- DGR n. 2683 del 29/12/2014 Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. L.R. 16 agosto 2002, n. 22.
- DGR n. 208 del 28/02/2017 Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015.

- DGR n. 433 del 06/04/2017 Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale: modifica del profilo assistenziale ed economico delle prestazioni mediche, e definizione dei criteri volti al superamento della sospensione del rilascio di nuovi accreditamenti disposta con DGR n. 2174 del 23 dicembre 2016.
- DGR n. 1075 del 13/07/2017 Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.
- DGR n. 1438 del 05/09/2017 Approvazione degli schemi tipo aggiornati di accordo contrattuale per le strutture accreditate che erogano prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie afferenti alle aree della salute mentale, anziani, disabilità, minori e dipendenze. D.lgs. 30/12/1992, n. 502 e L.R. 16/8/2002, n. 22.
- DGR n. 553 del 30/04/2018 Approvazione del Percorso integrato di cura a supporto dello sviluppo della rete di cure palliative in età adulta ai sensi della DGR n. 208 del 28 febbraio 2017 ad oggetto: "Individuazione del modello assistenziale di rete delle cure palliative e della terapia del dolore della Regione Veneto. Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (L.R. del 29 giugno 2012, n. 23). Deliberazione n. 109/CR del 9 dicembre 2015".
- DGR n. 1231 del 14/08/2018 Approvazione del nuovo schema tipo di accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le aziende ULSS e i Centri di Servizi ai sensi e per gli effetti dell'articolo 17, comma 3 della LR n. 22 del 2002 e dell'articolo 8-quinquies del D.lgs. n. 502 del 1992.
- DGR n. 330 del 26/03/2019 Prescrizione delle prestazioni di assistenza protesica: definizione delle specialità mediche e delle modalità per individuare le strutture da autorizzare alla prescrizione medesima a carico del Servizio Sanitario Nazionale (D.P.C.M. 12 gennaio 2017 relativo alla definizione e all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - Allegato 12, articolo 1).

3. ACRONIMI E GLOSSARIO

BRASS = Blaylock Risk Assessment Screening Score

COT = Centrale Operativa Territoriale

ICM = Infermiere con funzioni di Case Management

MMG = Medico di Medicina Generale

NCC = Nucleo Continuità delle Cure

OdC = Ospedale di Comunità

PAI = Piano Assistenziale Individuale

PLS = Pediatra di Libera Scelta

PO = Presidio Ospedaliero

PUA = Punto Unico di Accesso

SVAMA = Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane

UO = Unità Operativa

URT = Unità Riabilitativa Territoriale

UU.OO. = Unità Operative

UVMD = Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale

Dimissione: è il processo di transizione in cui, al termine di un ricovero, il paziente cambia setting di cura. Rappresenta un passaggio cruciale nell'assicurare la continuità delle cure alla persona assistita e nel garantire il diritto al coinvolgimento e all'accompagnamento della persona e della sua famiglia in ogni fase del percorso di cura.

Dimissione difficile: è una dimissione che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, determina un impiego di risorse economiche, umane ed organizzative superiore alle potenzialità a disposizione del paziente e della sua famiglia. La dimissione difficile può verificarsi quando ad un evento acuto segue una situazione di disabilità permanente o temporanea, che richiede una riorganizzazione familiare.

Dimissione protetta: è il processo organizzativo di trasferimento da un setting di cura ad un altro di un paziente in condizione di fragilità (per età, presenza di patologie croniche, limitazioni funzionali e/o disabilità), attuato con l'obiettivo di assicurare la continuità delle cure presso il nuovo setting assistenziale.

Persona fragile: la fragilità viene definita come una condizione dinamica di ridotta capacità di risposta agli eventi di natura avversa, dovuta a modificazioni fisiopatologiche multisistemiche, anche età-correlate, e associata ad un aumentato rischio di outcomes negativi, quali istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte.

Ricoveri ripetuti: sono definiti "ricoveri ripetuti" i ricoveri che avvengono in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni per il medesimo problema clinico principale, per i quali la categoria della diagnosi principale (definita dalle prime 3 cifre della codifica ICD-9CM) del secondo ricovero sia la categoria di una delle 6 diagnosi di dimissione del ricovero precedente (DGR n. 4807/1999, DGR n. 3572/2001).

4. MODALITÀ OPERATIVE E RESPONSABILITÀ

Il processo organizzativo del percorso di dimissione protetta descritto dalla presente procedura regionale di riferimento è costituito dalle seguenti fasi:

- **FASE 1: identificazione** precoce della persona eleggibile alla dimissione protetta;
- **FASE 2: segnalazione** della persona alla Centrale Operativa Territoriale (COT) di riferimento per la struttura ospedaliera ai fini dell'attivazione della rete territoriale;
- **FASE 3: valutazione** multidimensionale dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali e attivazione delle risorse nel setting assistenziale territoriale previsto;
- **FASE 4: definizione del progetto e pianificazione della dimissione:** definizione del progetto nel setting assistenziale territoriale previsto e stesura del progetto di cura con eventuale convocazione dell'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD) ove previsto;
- **FASE 5: dimissione** protetta (presa in carico nel setting extra-ospedaliero) e **verifica** esito.

Ai fini della corretta comprensione della presente procedura, si ritiene utile definire quanto segue relativamente a Centrale Operativa Territoriale (COT) e Nuclei di Continuità delle Cure (NCC).

Le attività della COT, in particolare, includono:

- l'attivazione del Nucleo di Continuità delle Cure, ove presente;
- il coordinamento e coinvolgimento della presa in carico da parte della UO Cure Primarie territorialmente competente (sulla base dell'ULSS di assistenza della persona);
- la notifica della segnalazione di Dimissione Protetta al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera di Scelta dell'assistito;
- la notifica della segnalazione di Dimissione Protetta alla Centrale Operativa ADI territorialmente competente (sulla base dell'ULSS di assistenza della persona), per un'eventuale successiva attivazione di un percorso di Cure Domiciliari.

I NCC afferiscono al Distretto con dipendenza funzionale dalle COT delle Aziende ULSS territorialmente competenti, e ai fini della Dimissione Protetta svolgono le attività di:

- supporto all'équipe delle UU.OO. ospedaliere nei percorsi di dimissione protetta, attraverso la tempestiva decodifica dei bisogni assistenziali e sociali;
- coordinamento del percorso di transizione, assumendo il ruolo di punto di riferimento per le COT per il percorso di dimissione;
- partecipazione, per le specifiche competenze professionali, alle valutazioni multidimensionali, qualora richiesto.

Per i pazienti che necessitano di Cure Palliative, così come definito dal PIC regionale (DGR n. 553/2018), le funzioni previste per l'UO Cure Primarie, quali in particolare la ricezione della segnalazione e valutazione dei criteri per l'accesso ad un programma di cure palliative, nonché lo svolgimento dell'UVMD per la presa in carico (definizione del PAI), in relazione alle risorse disponibili e comunque secondo le modalità organizzative definite a livello aziendale, traslano all'UO Cure Palliative, anche attraverso il supporto della Centrale Operativa Territoriale e/o della Centrale Operativa ADI.

Nelle sezioni successive del documento vengono approfondite le modalità operative di ciascuna fase, definendo per ognuna di esse:

- **gli operatori coinvolti;**
- **gli strumenti da utilizzare;**
- **i tempi di effettuazione;**

e fornendo indicazioni sugli standard minimi o desiderabili che ciascuna Azienda dovrà adottare.

4.1 Identificazione del soggetto fragile a rischio di dimissione difficile

Gli operatori coinvolti nella Fase 1 sono responsabili dell'identificazione dei soggetti fragili a rischio di dimissione difficile, per i quali è necessario avviare una segnalazione al territorio al fine di garantire un transito protetto.

Standard minimo: definizione e identificazione chiara dei professionisti responsabili dell'individuazione del caso all'interno di ogni UO ospedaliera (Medico dell'UO coadiuvato da personale infermieristico - Coordinatore/Infermiere Case Manager della UO; o definizione di una équipe multidisciplinare formata sulla dimissione protetta operante all'interno della struttura ospedaliera).

Gli strumenti di valutazione dell'indice di fragilità servono ad identificare i soggetti fragili a rischio dimissione difficile.

Standard minimo: la procedura aziendale deve prevedere, quale strumento standard minimo per la valutazione, la Scala di **Brass** (Blaylock Risk Assessment Screening Score) per i pazienti di età pari o superiore a 65 anni, per i quali l'utilizzo dello strumento è validato e riconosciuto.

La Scala di Brass contiene 10 items:

1. Età
2. Situazione familiare/supporto sociale
3. Stato funzionale
4. Stato cognitivo
5. Stile comportamentale
6. Mobilità
7. Deficit sensoriali
8. Numero accessi in pronto soccorso-numero ricoveri
9. Diagnosi/problemi clinici attuali (presenti al momento del ricovero)
10. Numero di farmaci assunti.

La somma totale del punteggio è ricompresa in un numero da 0 a 40. L'indice categorizza la persona ricoverata in 3 gruppi basati sul punteggio totale:

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

La Scala di Brass va utilizzata per la valutazione della persona, di età uguale o superiore ai 65 anni, non prima delle 24 ore dall'ingresso in ospedale. Devono essere segnalate le persone con punteggio

uguale o superiore a 20 (rischio alto). Qualora il paziente ottenga un punteggio inferiore ai 20 punti alla valutazione con Scala di Brass, o qualora sussista il caso di non applicabilità della Scala, può essere segnalata qualsiasi altra persona per la quale si ritenga comunque utile la segnalazione per comprovate motivazioni socio-assistenziali, puntualmente indicate dall'operatore al momento della segnalazione su modulo di richiesta apposito.

Per quanto riguarda i minori, i giovani-adulti e gli adulti, è consigliato utilizzare, quando possibile, delle scale funzionali per descrivere i bisogni assistenziali della persona e della famiglia.

Le scale di valutazione e gli indici assistenziali favoriscono:

- una lettura oggettiva e confrontabile dei bisogni assistenziali;
- una omogenea valutazione quali-quantitativa dell'assistenza;
- la comunicazione o lo scambio di informazioni tra le diverse discipline.

L'Azienda ULSS dovrà altresì definire le modalità con le quali viene effettuato l'accertamento di eventuali servizi territoriali già attivati per il soggetto ricoverato.

Indipendentemente dal punteggio ottenuto con la scala di Brass, i professionisti coinvolti nel percorso di dimissione protetta possono pianificare interventi educativi alla persona e/o al suo caregiver (quali, ad esempio, l'educazione terapeutica per la somministrazione di terapia, la gestione del catetere vescicale, la prevenzione e il trattamento di lesioni da pressione, o altro), anche tramite l'utilizzo di materiale informativo presente in struttura, e fornire alla persona e/o al suo caregiver le informazioni necessarie sui Servizi presenti nel Territorio, da contattare in caso di necessità.

Tempi di effettuazione dell'identificazione

Standard minimo: entro la 72esima ora dall'ingresso in presidio ospedaliero. Nel caso di utilizzo della Scala di Brass, tra la 24esima e la 72esima ora dall'ingresso del paziente nella struttura ospedaliera.

4.2 Segnalazione del soggetto a rischio di dimissione difficile

Gli operatori coinvolti nella Fase 2 hanno la responsabilità di inserire e redigere in applicativo informatico, la segnalazione di pazienti identificati come fragili a rischio di dimissione difficile per i quali è necessario valutare un transito protetto.

Standard desiderabile: la responsabilità della segnalazione del paziente a rischio di dimissione difficile, e quindi candidabile al percorso di dimissione protetta, è a firma del medico, con il supporto dell'Infermiere con funzioni di Case Management (ICM) dell'UO di degenza del paziente; ove non presente, l'Azienda, nelle more dell'individuazione di un ICM, deve identificare chiaramente i responsabili del percorso di dimissione protetta all'interno di ogni UO (Medico, Coordinatore o infermiere referente/case-manager dell'UO).

Il responsabile della segnalazione deve accertarsi della tracciabilità e del riscontro della stessa, ovvero deve accertarsi dell'avvenuto inserimento della segnalazione in applicativo informatico dedicato e verificare la ricezione della stessa da parte UO Cure Primarie territorialmente

competente per la dimissione protetta. La segnalazione correttamente inserita in applicativo deve essere visibile alla COT.

I referenti per la dimissione protetta dell'UO, eventualmente coadiuvati dall'assistente sociale ospedaliero ove presente, devono effettuare un incontro/colloquio preliminare e informativo con il paziente o il suo caregiver allo scopo di:

- rilevare la presenza di una rete familiare di supporto;
- informare sulla rete dei servizi del territorio;
- condividere l'iniziale ipotesi di progetto assistenziale post-degenza che sulla base della valutazione dei bisogni verrà preso in carico, valutato e, laddove necessario, adeguato dalla UO Cure Primarie territorialmente competente.

Strumenti da utilizzare per la segnalazione

Come e con quali strumenti deve essere effettuata una segnalazione di paziente a rischio di dimissione difficile, candidabile a percorso di dimissione protetta.

Standard minimo: lo strumento da utilizzare deve essere una **scheda sintetica di segnalazione** contenente i seguenti campi obbligatori:

- la data di ingresso,
- la data di segnalazione,
- la diagnosi di ingresso,
- le problematiche assistenziali attive,
- i contatti del medico referente e della UO,
- i contatti del principale caregiver,
- l'ipotesi di progetto: ovvero una proposta di setting assistenziale extra ospedaliero,
- l'avvenuta informazione dell'ipotesi di progetto al paziente o al suo caregiver,
- la necessità di ausili/servizi alla dimissione.

Eventuali ulteriori variabili possono essere individuate a livello Aziendale.

Compilazione e inoltro della scheda di segnalazione deve avvenire tramite **applicativo informatico**. **La scheda sintetica di segnalazione informatizzata è uno strumento dinamico che consente di aggiornare le informazioni in qualsiasi momento durante il ricovero. La segnalazione deve essere visibile** a tutti gli attori coinvolti nel processo della segnalazione, per consentire in tempo reale, modifiche, variazioni della scheda stessa e permettere la verifica dello stato di avanzamento del percorso.

A tal fine Azienda Zero **garantisce l'implementazione nei sistemi informativi regionali delle soluzioni tecniche** a supporto del percorso di dimissione ospedaliera protetta e, ove tali sistemi non siano ancora a regime, assicura il supporto necessario alle Aziende attraverso l'individuazione di idonee soluzioni che permettano l'interoperabilità con i sistemi esistenti.

Tempi di effettuazione

Quando deve essere fatta la segnalazione del paziente fragile a rischio di dimissione difficile.

Standard minimo: la segnalazione deve essere effettuata entro le **72 ore** dal momento di accesso del paziente alla struttura (ricovero o accesso al P.O.), in modo tale da consentire di raccogliere tutte le informazioni necessarie per l'attivazione dei servizi territoriali e garantire la continuità

assistenziale, fatta salva la possibilità di aggiornare la segnalazione stessa in caso di modifica dei bisogni del paziente.

Se la segnalazione include nell'ipotesi di progetto assistenziale un ingresso in struttura intermedia per la quale è prevista una valutazione di eleggibilità clinica, l'operatore dell'UO segnalante deve richiedere in consulenza la valutazione del medico specialista (dell'azienda ospedaliera o territoriale) che presidia gli inserimenti nelle diverse tipologie di strutture. Lo specialista di riferimento che presidia gli inserimenti in struttura intermedia dovrà inserire la valutazione di eleggibilità o non eleggibilità con relativa motivazione, in applicativo informatico entro le 72 ore dalla ricezione della segnalazione stessa. Contestualmente alla eleggibilità dovrà indicare anche un'ipotesi di traiettoria prognostica (ovvero la finalità del ricovero in struttura intermedia) e l'ipotesi di setting al termine della degenza in struttura intermedia.

4.3 Valutazione preliminare della persona eleggibile alla dimissione protetta

La valutazione preliminare del paziente è una fase del processo più approfondita rispetto all'identificazione e alla segnalazione, in cui viene elaborata un'ipotesi di setting extraospedaliero, al fine di definire il miglior progetto di cura e le eventuali figure coinvolte.

Operatori coinvolti: *chi deve fare la valutazione preliminare?*

Diversi professionisti cooperano nella valutazione preliminare del paziente, non solo per gli aspetti sanitari, ma anche funzionali, assistenziali e sociali.

Gli operatori coinvolti nella valutazione preliminare possono variare in base al contesto organizzativo e al percorso di dimissione protetta previsto per il paziente e su di essi grava la responsabilità della compilazione di vari strumenti e scale valutative. Le Aziende nelle proprie procedure individuano i professionisti coinvolti ed i relativi ruoli.

Il medico dell'UO di degenza e l'ICM o referente dell'UO ospedaliera assicurano la condivisione del progetto con familiari e caregivers (familiari, assistenza, amministratore/tutore).

Strumenti da utilizzare

Standard minimo: la valutazione preliminare avviene attraverso l'utilizzo degli strumenti di valutazione che dovranno essere informatizzati e sono messi a disposizione dell'UO di degenza che ha in carico il paziente.

Nella definizione di questi ultimi vengono anche indicati i professionisti a cui spetta la compilazione e la valutazione stessa:

- **SVAMA sanitaria:** a firma del Medico dell'UO di degenza, eventualmente con il supporto dell'ICM o del referente dell'UO;
- **SVAMA cognitivo funzionale:** a cura dell'ICM ove presente o referente dell'UO di degenza;
- **Scheda Valutazione del Rischio d'insorgenza delle lesioni da pressione - scheda Braden:** a cura dell'ICM (ove presente) o referente dell'UO;

- **Valutazione mono professionale di accertamento infermieristico:** a cura dell'ICM ove presente o referente dell'UO ospedaliera delle dimissioni protette;
- **Scheda per l'identificazione di pazienti che necessitano di cure palliative:** lo strumento individuato ai sensi della DGR n. 553/2018 è il NECPAL CCOMS – ICO TOOL, che permette di identificare i pazienti con elevata probabilità di morire entro un anno, ivi inclusi i pazienti in condizioni di fine vita.

La scheda di valutazione preliminare deve essere redatta dal Medico dell'UO di degenza con il contributo dell'ICM o dell'infermiere referente dimissioni protette e trasmessa alla UO Cure Palliative di competenza, anche per il tramite della COT, per la necessaria presa in carico.

Nei casi più complessi, può essere attivato per finalità di consulenza/supporto il Medico palliativista o l'infermiere della UO Cure Palliative territorialmente competente.

La valutazione per la presa in carico in percorsi di Cure Palliative o per l'eleggibilità in Hospice deve essere garantita dal Medico palliativista della UO Cure Palliative territorialmente competente, procedendo con convocazione di UVMD (vedi PIC Regionale, DGR n. 553/2018);

- **Scala di Karnofsky:** ICM ove presente o referente dell'UO di degenza;
- **Strumenti per definire l'eleggibilità per le Strutture Intermedie** e le altre valutazioni utili per l'ipotesi di progetto: per ogni P.O. dovrà essere identificato lo specialista, per ciascuna tipologia di struttura intermedia, referente per la valutazione dell'eleggibilità clinica.
 - Eleggibilità per ingresso in **URT**: lo specialista fisiatra definisce l'eleggibilità per URT della persona ricoverata e segnalata con ipotesi di progetto URT e definisce il punteggio di priorità se previsto dall'organizzazione/procedura ed anche il progetto riabilitativo. Il progetto assistenziale successivo alla degenza in URT, viene definito dall'UVMD quando formula il progetto stesso di URT.
 - Eleggibilità per ingresso in **OdC**: lo specialista geriatra definisce l'eleggibilità per OdC della persona ricoverata e segnalata con ipotesi di progetto OdC; stabilisce la traiettoria prognostica, definisce il punteggio di priorità se previsto dall'organizzazione/procedura ed anche il progetto riabilitativo. Definisce il possibile setting di cura dopo la degenza in struttura. Il progetto post OdC deve essere definito dall'UVMD quando formula il progetto OdC.
 - Eleggibilità per ingresso in **Hospice**: il medico palliativista territoriale della UO Cure Palliative di riferimento, dovrà verificare l'eleggibilità per l'Hospice e definire il punteggio di priorità, come da PIC Regionale (DGR n. 553/2018).

Ogni Azienda, secondo gli indirizzi regionali, dovrà utilizzare sistemi informatizzati per valutare l'eleggibilità specifica per ogni singola tipologia di struttura intermedia.

Tutte le **valutazioni** effettuate, così come le consulenze e altri documenti previsti dal percorso delle dimissioni protette, devono essere effettuate e registrate utilizzando sistemi informatizzati, che permettano la visibilità all'UO ospedaliera segnalante/che ha in carico il paziente, alla COT, alla UO Cure Primarie territorialmente competente, al MMG/PLS, ad eventuali altri attori coinvolti nel percorso.

Per le valutazioni con ipotesi di dimissione a domicilio, la UO Cure Primarie territorialmente competente e referente per la presa in carico **verifica** la proposta di ausili da parte dell'UO ospedaliera e attiva le procedure per la fornitura dei diversi ausili e presidi necessari (es. sponde di contenimento e materasso antidecubito, etc.), **verifica** i tempi di erogazione di servizi (es. Servizio Nutrizione Artificiale Domiciliare, farmaci in fascia H, ossigenoterapia) necessari all'attivazione delle Cure Domiciliari. La proposta di erogazione di ausili/presidi/servizi deve pervenire all'UO Cure Primarie territorialmente competente e referente per la presa in carico per la dimissione protetta con almeno 48-72 ore di anticipo sulla reale data di dimissione, al fine di garantire l'erogazione dei presidi e dei servizi indispensabili alle Cure Domiciliari.

Terminata la fase di valutazione, la UO Cure Primarie territorialmente competente e referente per la presa in carico, anche per il tramite della COT:

- assicura la segnalazione con l'ipotesi di progetto al MMG/PLS dell'assistito, facilitando ove necessario il contatto telefonico tra MMG/PLS e Medico dell'UO;
- definisce in accordo con il MMG/PLS la definizione del progetto di cura, inclusa l'eventuale revisione e/o stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI) sulla base dei bisogni assistenziali del paziente;
- **ove necessario**, convocano l'UVMD per una presa in carico territoriale multiprofessionale e multidimensionale a fronte dei bisogni evidenziati nella valutazione.

Tempi di valutazione:

Standard minimo: inizio del processo valutativo entro 24 ore dalla segnalazione e termine del processo entro 48/72 ore.

Al termine della valutazione la UO dimettente indica una data presunta di dimissione sempre all'interno dell'applicativo informatico.

4.4 Definizione del progetto e pianificazione della dimissione

L'ipotesi di progetto assistenziale elaborata dal reparto dimettente è il punto di partenza della successiva presa in carico. Le valutazioni cliniche, funzionali, assistenziali e sociali eseguite da operatori e professionisti della UO di degenza o del territorio sono la base su cui approfondire e definire il miglior progetto di cura in sede extraospedaliera. Definire chi ha il compito di prendere in carico l'ipotesi di progetto, verificare progetti e percorsi già attivi, valutare la necessità di una ridefinizione del progetto post-degenza, rappresenta il nodo cruciale dell'intero percorso. La definizione deve essere multidisciplinare.

Chi prende in carico l'ipotesi di progetto assistenziale post-dimissione?

La segnalazione di dimissione protetta contenente l'ipotesi di progetto assistenziale deve essere visibile alla COT ed essere presa in carico dalle UO Cure Primarie territorialmente competente e referente per la presa in carico. La COT ha un compito di monitoraggio dei percorsi e di verifica degli stessi.

La UO Cure Primarie territorialmente competente e referente per la presa in carico ha il compito di:

1. verifica percorsi o servizi già attivi per il paziente (progetti di Cure Domiciliari, ausili/presidi presenti al domicilio, inserimento in graduatoria per ingresso definitivo/temporaneo in Centro Servizi (CS), riconoscimento di Invalidità Civile e/o contributi economici, etc.);
2. in base all'ipotesi di progetto (rientro a domicilio, ingresso in struttura intermedia, ingresso in struttura temporanea o definitiva) convoca i professionisti (ospedalieri e territoriali) coinvolti alla definizione del progetto di cura: Medico di Cure Primarie, Assistente Sociale del comune o del SSN, MMG/PLS, infermiere dell'ADI, palliativista, etc.;
3. **ove necessario**, in caso di inserimento in struttura extra-ospedaliera o nei casi di maggior complessità assistenziale, procede alla convocazione dell'UVMD, per la stesura e la verbalizzazione del Piano Assistenziale Individuale.

Come: Il PAI è lo strumento che definisce il miglior Piano Assistenziale Individuale del paziente. Per progetti assistenziali di maggior complessità, così come valutato dalla UO Cure Primarie territorialmente competente al momento del recepimento della richiesta della segnalazione, lo strumento necessario è l'UVMD, in quanto definisce collegialmente e in maniera multiprofessionale e multidimensionale il miglior progetto assistenziale per il paziente fragile nel setting extra-ospedaliero.

Quando: Standard minimo: 48/72 ore dal termine del processo di valutazione.

Le persone in fase di dimissione protetta non residenti nell'Ulss del presidio di ricovero saranno comunque segnalate tramite applicativo informatico e valutate dal servizio territorialmente competente, grazie alla collaborazione delle Centrali Operative Territoriali o altro servizio, nel caso la persona non fosse residente nella Regione del Veneto.

4.5 Dimissione protetta (presa in cura nel setting extra-ospedaliero) e verifica esito della dimissione

La dimissione protetta può avere come esito:

- Rientro a domicilio secondo le modalità definite dal progetto di cura, ed eventuale contestuale attivazione/riattivazione delle Cure Domiciliari (ADI) secondo PAI esistente o rivisto;
- Accoglienza in Ospedale di Comunità;
- Accoglienza in Unità Riabilitativa Territoriale;
- Ingresso in Hospice;
- Ingresso in Struttura Residenziale Protetta;
- Altro.

Risulta nodale la figura dell'Assistente Sociale che oltre ad essere di strategica importanza nella fase di valutazione del paziente fragile, rappresenta una figura di rilievo anche nel monitoraggio successivo alla definizione del progetto di cura e nei transiti tra setting assistenziali, con funzione di

supporto al paziente e ai caregivers, agevolando l'accesso ai servizi presso Comuni, Tribunali, Centri di Servizio, etc..

La COT il giorno della dimissione verifica che l'esito della dimissione corrisponda con il progetto definito (PAI/UVMD, etc).

Dal momento della definizione del progetto alla reale dimissione del paziente deve esserci:

1. continuo monitoraggio / aggiornamento reciproco tra le varie parti in caso di variazioni durante il ricovero:
 - a. aggravamento / modifiche stato di salute
 - b. cambiamenti situazione familiare e/o economica
 - c. altro;
2. rilevazione situazioni particolari: opposizioni a dimissioni, soggetto senza fissa dimora, utenti senza familiari, esternalità che condizionano i tempi (sentenze tribunali etc.);
3. notifica a tutte le parti sulla data di dimissione e sul progetto.

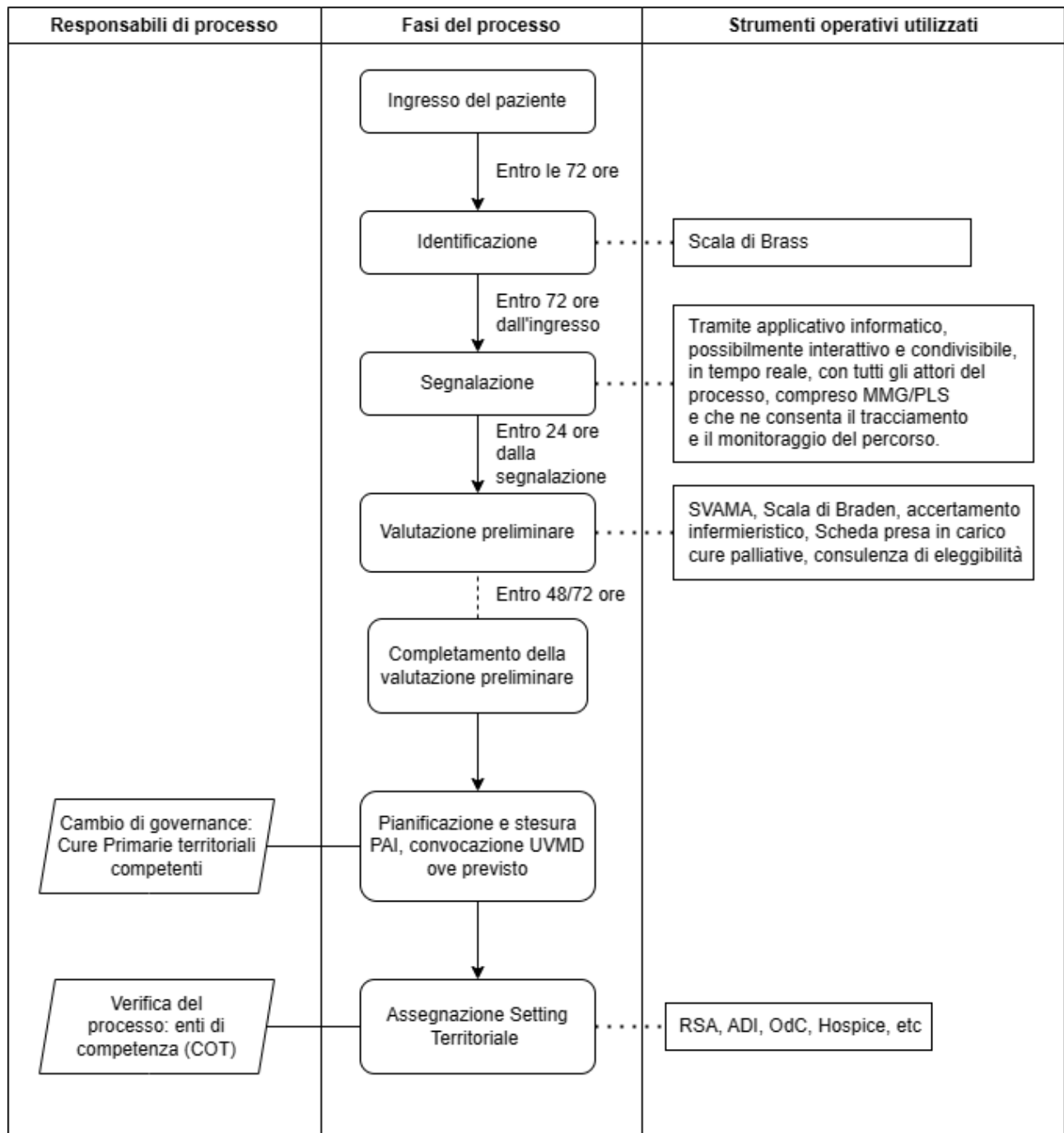
5. FLOW-CHART

5.1 Standard minimi delle singole fasi del percorso di dimissione protetta

Fase del percorso	Operatore coinvolto	Strumenti da utilizzare	Tempistica
FASE 1. Identificazione	Medico coadiuvato da: personale infermieristico- Coordinatore/infermiere case manager- dell'UO, o da equipe formata sulla dimissione protetta del PO	Scala di Brass. Va utilizzata per la valutazione della persona di età uguale o superiore ai 65 anni. Possono inoltre essere segnalate persone per le quali sussistano comprovate motivazioni socio-assistenziali.	Non prima della 24esima ora se viene utilizzata la scala di Brass. Comunque non oltre la 72esima ora dall'ingresso in struttura ospedaliera.
FASE 2. Segnalazione	ICM dell'UO di degenza del paziente, ove non presente, o nelle more della sua individuazione, l'Azienda deve identificare chiaramente i responsabili del percorso di dimissione protetta all'interno di ogni UU.OO: Medico, Coordinatore, infermiere referente o case-manager dell'UO. Nel caso di ipotesi di dimissione verso struttura intermedia, l'operatore referente dell'U.O. segnalante deve richiedere in consulenza l'intervento valutativo del medico specialista (dell'azienda territorialmente competente) che presidia gli inserimenti nelle diverse tipologie di strutture intermedie.	Scheda sintetica di segnalazione informatizzata. L'inoltro della segnalazione deve avvenire tramite applicativo informatico, con caratteristiche di interoperabilità Ospedale Territorio. Deve essere accessibile a tutti gli attori coinvolti nel processo. Deve essere uno strumento dinamico e modificabile durante la degenza.	La segnalazione va effettuata entro 72 ore dal ricovero o dall'accogli-mento del paziente in struttura. Le valutazioni di eleggibilità vanno effettuate entro le 72 ore dall'invio della segnalazione
FASE 3. Valutazione preliminare	Gli operatori coinvolti possono variare in base al contesto organizzativo e al percorso di dimissione protetta previsto per il paziente e su di essi grava la responsabilità della compilazione di vari strumenti e scale valutative. Le Aziende nelle proprie procedure individuano i professionisti coinvolti nel percorso e ne specificano i ruoli.	SVAMA sanitaria; SVAMA cognitivo funzionale; Scheda Valutazione del Rischio d'insorgenza delle lesioni da pressione - Scheda Braden; Valutazione mono professionale di accertamento infermieristico; Scheda di presa in carico per le Cure Palliative; strumenti per definire l'eleggibilità per le Strutture Intermedie e altre valutazioni utili per l'ipotesi di progetto.	Inizio del processo valutativo preliminare entro 24 ore dalla segnalazione e termine del processo entro 48/72 ore.

<p>FASE 4. Definizione progetto e Pianificazione della dimissione</p>	<p>La UO Cure Primarie territorialmente competente e referente per la presa in carico verifica i progetti/percorsi attivi. Ove necessario, convoca l'UVMD incaricata della stesura e/o revisione del PAI.</p>	<p>Il PAI/progetto di cura individua e definisce il percorso assistenziale e i servizi da erogare alla dimissione dal reparto ospedaliero.</p>	<p>La convocazione dell'UVMD, ove necessaria, avviene al termine del processo di valutazione preliminare.</p>
<p>FASE 5. Dimissione verifica esito</p>	<p>La COT ha un compito di monitoraggio dei percorsi e di verifica degli stessi.</p>	<p>La COT verifica che l'esito della dimissione corrisponda con il percorso assistenziale definito dal PAI.</p>	<p>Il giorno della dimissione</p>

5.2 Diagramma del percorso dimissione protetta



6. INDICATORI

La Regione del Veneto, attraverso il supporto di Azienda Zero, monitora l'adozione e l'efficacia del percorso unico regionale per la dimissione ospedaliera protetta per mezzo di indicatori e strumenti allo scopo individuati a disposizione delle Aziende.

Indicatori di processo:

- Identificazione dei referenti dimissione protetta all'interno delle UU.OO. di degenza (valore atteso: 100%).
- Informatizzazione della scala di Brass. (valore atteso: Si).
- Formulazione di procedura operativa aziendale (valore atteso: 100%).
- Numero di pazienti di età > a 65 anni, valutati con indice di Brass sul totale dei pazienti ricoverati con età > a 65 anni (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%).
- Numero di segnalazioni informatizzate inviate dall'UO Ospedaliera entro 3 giorni dal ricovero sul totale delle segnalazioni (valore atteso: 1° anno: 50%, 2° anno 70%, 3° anno 90%).
- Numero di pazienti valutati entro 24 ore (giorni lavorativi) dal ricevimento della segnalazione sul totale dei pazienti valutati (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%).
- Formazione del personale sanitario delle UU.OO, mediante formazione sul campo relativamente agli strumenti di identificazione, di segnalazione e di valutazione e rete dei servizi territoriali (Valore atteso: 1 anno: 30%, 2 anno: 50%, 3 anno 70%).

Indicatori di esito:

- Numero dei pazienti con ipotesi di progetto alla dimissione confermato dal progetto terapeutico sul totale dei pazienti segnalati (valore atteso: 1° anno: 50% dei pazienti, 2° anno 70%, 3° anno 90%).

Gruppo di lavoro istituito con Decreto del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria n. 18 del 03 maggio 2022. “Costituzione di un Gruppo di Lavoro per la definizione del processo condiviso a livello regionale di dimissione ospedaliera protetta.”

NOME E COGNOME	QUALIFICA	RUOLO E AFFERENZA
Elena Debora Toffanello	Medico	Coordinatore del Gruppo , Direttore di Distretto - Ulss 6 Euganea
Raffaele Zanella	Medico	Direttore Direzione Medica Ospedaliera di Belluno - Ulss 1 Dolomiti
Lucia Dalla Torre	Medico	Direttore UOC Cure Primarie - Ulss 1 Dolomiti
Michelangelo Salemi	Medico	Direttore Direzione Medica Ospedaliera di Treviso - Ulss 2 Marca Trevigiana
Stefania Volpato	Medico	Direttore UOC Cure Primarie - Ulss 2 Marca Trevigiana
Chiara Berti	Medico	Direttore Direzione Medica Ospedaliera di Mestre - Ulss 3 Serenissima
Stefano Vianello	Medico	Direttore Funzione Territoriale - Ulss 3 Serenissima
Paola Paludetti	Medico	Direttore Servizi Socio-sanitari, Ulss 4 Veneto Orientale
Luca Brizzi	Medico	Direttore Direzione Medica Ospedaliera di San Donà di Piave - Ulss 4 Veneto Orientale
Carla Destro	Medico	Direttore Direzione Medica Ospedaliera di Rovigo - Ulss 5 Polesana
Monica Parti	Medico	Direttore UOC Cure Primarie - Ulss 5 Polesana
Paolo Ciorli	Infermiere	Responsabile Centrale Operativa Territoriale - Ulss 6 Euganea
Domenico Montemurro	Medico	Direzione Medica Ospedale di Piove di Sacco - Ulss 6 Euganea
Antonio Antico	Medico	Direttore ff Direzione Medica Ospedaliera di Bassano - Ulss 7 Pedemontana
Cristina Velludo	Medico	Direttore UOC Cure Primarie - Ulss 7 Pedemontana
Romina Cazzaro	Medico	Direttore Direzione Medica Ospedaliera di Vicenza - Ulss 8 Berica
Silvia Manea	Medico	Direttore UOC Cure Primarie - Ulss 8 Berica
Paolo Montesor	Medico	Direttore Direzione Medica Ospedaliera di Verona - Ulss 9 Scaligera
Nicola Zanetti	Infermiere	Dirigente Professioni Sanitarie - Ulss 9 Scaligera
Greta Bordignon	Medico	Direzione Medica Ospedale - Azienda Ospedale Università di Padova
Giovanna Ghirlanda	Medico	Direttore Direzione Medica - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Maria Grazia Cengia	Infermiere	Direttore UOC Formazione e Sviluppo delle Professioni Sanitarie, Azienda Zero

Revisione ed editing: UO Cure Primarie, Direzione Programmazione Sanitaria, Regione del Veneto
dott. Mirko Claus, dott. Marco Nardin, dott. Andrea Miatton