

Rev. N.	VERSIONE DEL DOCUMENTO	DATA
0	Prima Emissione	2024

Redazione	Nome e Cognome	Ruolo
	Alfredo Matano	Direttore f.f. U.O.C. Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
	Federica D'Agostino	Direttore U.O.C. Epidemiologia, Qualità, Performance, Flussi Informativi
	Patrizia Cuccaro	Dirigente Medico U.O.C. Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
	Valentina Di Palma	Dirigente Medico U.O.C. Epidemiologia, Qualità, Performance, Flussi Informativi
	Alfredo Cioffi	Dirigente Medico U.O.C. Organizzazione dei Servizi Ospedalieri e Igiene Sanitaria
Approvazione	Angela Annecchiarico	Direttore Sanitario Aziendale
Adozione		DIRETTORE GENERALE – GAETANO GUBITOSA

SOMMARIO**Sommario**

1	INTRODUZIONE	3
2	SCOPO.....	3
3	CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4	RIFERIMENTI.....	4
5	MODALITÀ OPERATIVE.....	5
6	AZIONI A SUPPORTO DELLA DIMISSIONE ASSISTITA	8
7.	INDICATORI DI RISULTATO E REVISIONI.....	9

1 INTRODUZIONE

La permanenza fisica del paziente negli ospedali per acuti deve avere la durata ottimale per consentire la risoluzione del problema di salute che ha generato il ricovero e, al contempo, ridurre al minimo il rischio di iatrogenesi. È, pertanto, di fondamentale importanza che la degenza ordinaria sia limitata alla fase in cui le circostanze cliniche attive richiedono effettivamente la permanenza del paziente in ambiente ospedaliero, riservando a setting assistenziali più appropriati e sicuri le ulteriori fasi cliniche.

L'ottimizzazione della degenza, oltre ad avere effetti diretti e favorevoli sull'outcome clinico, è riconosciuta quale misura indiretta per contribuire a ridurre il fenomeno del boarding in Pronto Soccorso in situazioni di iperafflusso¹.

In tale ottica, è cruciale una adeguata e attenta pianificazione delle dimissioni, intesa come il processo di identificazione dei bisogni sanitari essenziali dei pazienti dopo aver lasciato l'Ospedale e la predisposizione delle attività necessarie a chiudere l'episodio di ricovero anche successivamente alla dimissione fisica del paziente. Garantire una transizione sicura dall'Ospedale a casa richiede un approccio sistematico, che include la partecipazione di medici, personale ospedaliero, pazienti e loro famiglie.

È possibile, ad esempio, che pur essendo il paziente clinicamente dimissibile, la degenza venga prolungata per attendere gli esiti di un esame diagnostico o, ancora, per effettuare controlli di follow-up necessari a valutare gli esiti a breve del ricovero: il presente protocollo disciplina le circostanze, le modalità e le responsabilità e della dimissione assistita, intesa come rinvio al domicilio del paziente clinicamente dimissibile con pianificazione del rientro in ospedale nel periodo successivo al ricovero. Per tale tipologia di dimissione, dal punto di vista amministrativo la norma precisa che "le prestazioni di controllo ambulatoriale erogate entro 30 giorni da una precedente dimissione dal regime di ricovero ordinario per acuti dallo stesso istituto, per l'esecuzione dei controlli post dimissione (rimozione di punti di sutura, applicazione di medicazioni o altre prestazioni necessarie a valutare gli esiti a breve del precedente ricovero) sono ricomprese nella tariffa del ricovero precedente ed alle prestazioni si accede attraverso una richiesta effettuata dal medico ospedaliero curante all'atto della dimissione".

La dimissione assistita, garante della continuità assistenziale, rappresenta infatti la corretta modalità di gestione del paziente, un irrinunciabile elemento di qualità del servizio fornito, riducendo i disagi di paziente e familiari, portando a limitare i ricoveri ospedalieri ripetuti.

2 SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di definire le responsabilità e le modalità di gestione del processo di dimissione per i pazienti in condizioni di sufficiente stabilità clinica che permettano il rientro al domicilio, ma che necessitano ancora di controlli ospedalieri al termine del ricovero (ad es. controllo esami ematochimici, esami strumentali radiologici/endoscopici) che non è stato possibile

¹ LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO, paragrafo 2.3 Fattori di Uscita

completare durante la degenza. In particolare, la procedura può essere attivata quando la modalità di dimissione viene indicata nella SDO con i codici 2, 4 o 5 (vedi tabella 1).

Per tali pazienti è quindi previsto il rientro in Ospedale nei 30 giorni successivi alla dimissione, con lo scopo di completare l'iter diagnostico-terapeutico, per prestazioni di breve durata che non comportano necessità di permanenza ospedaliera.

La presente procedura si inserisce tra gli interventi volti a contenere il problema del "sovraffollamento", e si occupa di definire le istruzioni operative riguardanti la gestione dei pazienti in "Dimissione assistita Protetta" dalle UU.OO. Aziendali che rientrano presso le Strutture dell'AORN Caserta entro 30 giorni dalla dimissione, per il completamento di esami ematochimici, strumentali o visite specialistiche.

3 CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai pazienti in ricovero ordinario giudicati dimissibili al termine dell'iter diagnostico-terapeutico affrontato durante la degenza ospedaliera, ma che hanno necessità di rientrare in ospedale per il follow-up nei 30 giorni successivi alla dimissione.

Dal punto di vista amministrativo, tale situazione corrisponde ad un unico Ricovero Ordinario (RO), remunerabile nel suo insieme dalla tariffa forfettaria attribuita al DRG che caratterizza l'intero episodio assistenziale che produrrà quindi un'unica SDO.

Gli accessi in dimissione assistita includono tutti quelli programmati al momento della dimissione e collegati alla patologia che ha originato il ricovero, da effettuarsi entro 30 giorni dalla dimissione. Questi accessi sono essenziali per completare il percorso di cura iniziato durante il ricovero o per concludere l'iter diagnostico-terapeutico.

Rientrano in questa tipologia le prestazioni specialistiche (visite, esami radiografici, RX dopo rimozione di apparecchi gessati per fratture trattate in regime di ricovero ospedaliero, medicazioni, etc.).

Tale procedura si applica a tutte le UO di ricovero ordinario e alle UO che fanno parte dei Servizi Sanitari.

La presente procedura non si applica nei casi in cui sia necessario un percorso di integrazione Ospedale – Territorio, ambito che sarà oggetto di altri documenti che inevitabilmente verranno condivisi con l'ASL territorialmente competente (es. Attivazione UVBR).

4 RIFERIMENTI

- LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI PER LO SVILUPPO DEL PIANO DI GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO.
- PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2024-2026
- ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE E LA CODIFICA DELLE INFORMAZIONI RIPORTATE NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA E PER IL CORRETTO UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICD-9-CM - VERSIONE ITALIANA
https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.progressivo=0&art.idArtic

olo=1&art.versione=1&art.codiceRedazionale=000G0427&art.dataPubblicazioneGazzetta=2000-12-19&art.idGruppo=0&art.idSottoArticolo1=10&art.idSottoArticolo=1&art.flagTipoArticolo=1

5 MODALITÀ OPERATIVE

Al termine del ricovero, il paziente può essere dimesso secondo diverse modalità che andranno esplicitate sulle Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) così come sintetizzato nella tabella 1.

Tabella 1 - Modalità di dimissione

MODALITA' DI DIMISSIONE – CODICI DA INSERIRE NELLA SDO	
1	Paziente deceduto
2	Dimissione ordinaria al domicilio del paziente
3	Dimissione ordinaria presso struttura residenziale territoriale (ad esempio: Residenze socio-assistenziali, Hospice, strutture psichiatriche, strutture di riabilitazione ex Art. 26 L. 833/1978)
4	Dimissione al domicilio del paziente con attivazione di assistenza domiciliare, come definita dal DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"
5	Dimissione volontaria (da utilizzare anche nei casi in cui il paziente in ciclo di trattamento diurno non si sia ripresentato durante il ciclo programmato);
6	Trasferimento ad un altro istituto di cura, pubblico o privato, per acuti;
7	Trasferimento ad altro regime di ricovero (ricovero diurno o ordinario) o ad altro tipo di attività di ricovero (acuti, riabilitazione, lungodegenza) nell'ambito dello stesso istituto di cura;
8	Trasferimento ad istituto pubblico o privato di riabilitazione.

La modalità di dimissione individua la destinazione del paziente dopo essere stato dimesso dall'istituto di cura e quindi l'eventuale continuazione del percorso assistenziale in altre strutture. Di seguito verranno descritte brevemente le casistiche in cui è applicabile la dimissione assistita:

- Dimissione al domicilio, ordinaria o volontaria (codici 2 e 5)

Di norma viene predisposta il giorno prima, in modo da poter organizzare l'assistenza da parte di eventuali accompagnatori ma è auspicabile che la programmazione della dimissione possa essere avviata almeno nei tre giorni che precedono la dimissione e comunicata al paziente e ai familiari. In tal modo, la famiglia può predisporre tutto quanto necessario per il rientro del paziente al domicilio e il reparto può porre in essere le attività di cui al successivo punto 5 del presente documento.

Al momento della dimissione viene rilasciata una relazione di dimissione che riporta diagnosi, tipo di intervento ed eventuale terapia da assumere a domicilio.

Il paziente può chiedere di essere dimesso di propria volontà, nonostante il parere contrario dei sanitari. In tal caso dovrà firmare per assunzione di responsabilità ma sarà in ogni caso possibile proporre al paziente l'attuazione della presente procedura.

- Dimissione protetta (codici 3 e 4)

È la dimissione da un reparto ospedaliero di una persona non autosufficiente, prevalentemente anziano o disabile, che ha bisogno di una continuità di cura ed assistenza nel delicato passaggio dal ricovero ospedaliero al rientro al domicilio o in un altro contesto di cura.

Per “dimissione protetta”² si intende il servizio che prevede il trasferimento da un contesto sanitario garantendo la continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, o ospedaliero, i servizi sociali territoriali dell’Asl di appartenenza e dell’Ente locale. Tale tipologia di servizio consiste in un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall’ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. L’approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, predisposto prima che il paziente sia dimesso, comporta impatti positivi quali il miglioramento della qualità della vita, l’integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti sanitari e sociosanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura e riabilitazione, oltre alla riduzione del rischio di istituzionalizzazione nei pazienti anziani, disabili e fragili.

5.1 DIMISSIONE ASSISTITA

È il particolare tipo di dimissione a domicilio che prevede il rientro a casa del paziente giudicato clinicamente dimissibile, il quale nel corso dei 30 giorni successivi alla dimissione, può accedere ad attività di controllo o di completamento delle indagini post ricovero senza dover prenotare le visite e/o gli esami diagnostici e senza dover pagare il ticket.

Gli accessi in dimissione tutelata includono tutti quelli programmati al momento della dimissione e collegati alla patologia che ha originato il ricovero, da effettuarsi entro 30 giorni dalla dimissione. Questi accessi sono essenziali per completare il percorso di cura iniziato durante il ricovero o per concludere l’iter diagnostico-terapeutico.

Rientrano in questa tipologia le prestazioni specialistiche (visite, esami radiografici, RX dopo rimozione di apparecchi gessati per fratture trattate in regime di ricovero ospedaliero, medicazioni, etc.).

Tutti gli esami laboratoristici e strumentali prescritti ai pazienti in dimissione assistita devono essere esclusivamente di controllo, già effettuati durante il ricovero. È imperativo che tali esami siano programmati entro 30 giorni dalla dimissione. Tali esami saranno prenotati con sufficiente anticipo per permettere all’Unità Operativa di comunicare la data di erogazione del servizio. Una volta ottenuta questa data, la richiesta stampata, completa di tale data, sarà consegnata al paziente al momento della dimissione.

I relativi referti, una volta terminati tutti gli esami, confluiranno all’interno della cartella clinica del paziente e saranno descritti nel Diario clinico con le specifiche giornate in cui il paziente è venuto nella nostra Azienda ed ha effettuato gli esami.

² PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2024-2026

Eventuali prestazioni specialistiche post ricovero non prescritte dalla U.O. di ricovero e quindi non incluse nella dimissione assistita sono soggette al pagamento del ticket (qualora dovuto).

Gli accessi programmati non determinano l'apertura di nuova scheda di ricovero.

Il medico di base dovrà essere informato, con relazione, della dimissione e del completamento dell'iter diagnostico in corso.

Eventuali ulteriori visite specialistiche successive al controllo post ricovero -ovvero dopo i 30 giorni dalla dimissione - potranno essere richieste dal Medico di Assistenza Primaria o dallo Specialista stesso, attraverso il sistema CUP.

Prestazioni non collegate alla patologia che ha causato il ricovero, anche se erogate entro i trenta giorni successivi, saranno prescritte su Ricettario SSN e soggette a ticket, se e in quanto dovuto, e prenotate tramite CUP.

Per assicurare la continuità terapeutica viene inoltre fornita la necessaria scorta di farmaci per coprire il primo ciclo di terapia, in conformità con il Decreto Regionale n. 564 del 13/06/2024. In caso di trattamenti a lungo termine, il primo ciclo di terapia deve coprire il primo mese di trattamento.

I farmaci che devono essere consegnati al paziente sono quelli contenuti nella Tabella 1 dell'Allegato A del suddetto Decreto, che si allega a questa Procedura (Allegato A).

In caso di dimissione di un paziente residente nell'ASL Caserta devono essere inclusi anche quelli di fascia H, come previsto nel "Protocollo d'intesa tra AORN Caserta e ASL Caserta per le dimissioni protette (attivazione ADI)".

5.2 ATTIVITA':

A) Esami ematochimici

Il medico di reparto, che intenda richiedere esami ematochimici di controllo per il paziente dimesso, è tenuto a registrare gli stessi nell'Agenda di reparto, nello spazio riservato ai pazienti esterni in dimissione assistita, e a darne comunicazione al paziente (la programmazione degli esami avviene al momento della dimissione e quindi l'appuntamento andrà indicato sul foglio di uscita).

Lo stesso medico di reparto provvede all'inserimento delle richieste sulla piattaforma informatica aziendale. Tali esami saranno prenotati con sufficiente anticipo per permettere all'Unità Operativa di comunicare la data di erogazione del servizio. Una volta ottenuta questa data, la richiesta stampata, completa di tale data, sarà consegnata al paziente al momento della dimissione.

Il paziente dovrà presentarsi alla data e ora indicati sulla stampa della richiesta, munito di tessera sanitaria (per minori o pazienti con disabilità è prevista la presenza di un accompagnatore).

Il medico di Reparto avrà il compito di visualizzare non appena disponibile il referto e darne comunicazione al paziente per i successivi provvedimenti.

Si segnala che non rientrano tra gli esami da erogare in regime di dimissione assistita quelli non inerenti alla problematica del ricovero o che non completano l'iter diagnostico, non richiedendo successivi interventi da parte del reparto che ha in cura il paziente, e che eventualmente possono essere effettuati dal paziente semplicemente su richiesta del MMG, se da lui ritenuti opportuni.

B) Esami Strumentali, Consulenze, altre Prestazioni Specialistiche

E' compito del medico di reparto che ha in cura il paziente, la programmazione e la prenotazione su piattaforma informatica degli esami strumentali es. radiologici/endoscopici, delle consulenze specialistiche e di eventuali altre prestazioni necessarie al completamento dell'iter diagnostico-terapeutico, di cui deve essere data debita comunicazione al paziente riguardante la data e la sede di effettuazione della prestazione e le indicazioni per il suo svolgimento, dopo aver ricevuto conferma della data di erogazione della prestazione specialistica da parte dell'Unità Operativa in cui sarà effettuata (se possibile al momento stesso della dimissione con i riferimenti contenuti all'interno del foglio di uscita).

Il giorno previsto per l'esame il paziente dovrà recarsi, secondo le indicazioni ricevute dal medico e le disposizioni previste per l'accesso, presso il Reparto di competenza per la preparazione allo svolgimento dell'esame, es. preparazione dell'accesso venoso periferico da parte dell'infermiere di reparto o per l'accompagnamento da parte di personale dedicato, es. personale ausiliario o della squadra volante ove previsto (con ritiro contestuale della cartella clinica del paziente che dovrà essere restituita al reparto al termine dell'esame, eventualmente completa di referto se questo fosse già disponibile).

È prevista la presenza di un solo accompagnatore per minori, pazienti con disabilità o non autosufficienti. Il referto dell'esame e i successivi provvedimenti diagnostico-terapeutici dovranno essere comunicati al paziente dal medico di reparto, eventualmente in accordo con il medico specialista che ha effettuato la prestazione.

C) Controllo clinico

Al fine di garantire un'efficace continuità assistenziale, è necessario che al momento della dimissione di ogni paziente venga programmata una visita di controllo presso l'ambulatorio post-dimissione. Questa procedura è essenziale per monitorare lo stato di salute del paziente e per assicurare un adeguato follow-up clinico.

Spetta, inoltre, al medico responsabile del percorso assistenziale del paziente, pianificare e prenotare tramite piattaforma informatica, le consulenze specialistiche necessarie per completare il percorso diagnostico e terapeutico, senza coinvolgimento del CUP. È importante informare il paziente in merito alla data, al luogo della visita specialistica, possibilmente già al momento della dimissione utilizzando i dettagli forniti nel foglio di dimissione.

Il giorno della consulenza specialistica il paziente accederà all'ambulatorio competente seguendo una Lista di Prenotazione dedicata.

6 AZIONI A SUPPORTO DELLA DIMISSIONE ASSISTITA

Per garantire la corretta implementazione della procedura in questione, è essenziale che tutti gli esami laboratoristici e strumentali, le consulenze e le prestazioni specialistiche siano prenotati con

sufficiente anticipo per permettere all'Unità Operativa di comunicare la data di erogazione del servizio, in modo da consegnare al paziente, al momento della dimissione, la data effettiva di esecuzione della prestazione.

Per quanto riguarda la compilazione della SDO sarà cura del Medico dimettente verificare se sia necessario inserire anche gli esami/visite specialistiche condotte, valutando attentamente come tale inserimento possa influenzare il calcolo del DRG. Questa valutazione è necessaria per garantire la precisione nella codifica e nel calcolo dei costi associati alle prestazioni fornite, nonché per una gestione ottimale delle risorse ospedaliere.

7. INDICATORI DI RISULTATO E REVISIONI

A sei mesi dalla stesura del presente documento verranno valutati i seguenti dati:

- Numero di pazienti in dimissione assistita;
- Numero di esami strumentali eseguiti in regime di dimissione assistita;
- Numero di ricoveri nei reparti coinvolti;
- Durata media della degenza dei reparti coinvolti;
- Numero di ri-ospedalizzazioni entro 30 giorni nei reparti coinvolti.

I Direttori delle UU.OO. di ricovero e i Coordinatori di reparto sono responsabili della vigilanza dell'applicazione della presente procedura. Il monitoraggio del processo e degli esiti è affidato alla UOC Epidemiologia, Qualità, Performance e Flussi informativi.

Il gruppo di lavoro che ha stilato il presente documento potrà vagliare nell'ambito di un audit clinico delle figure coinvolte, eventuali modifiche da apportare, con successiva revisione del presente documento.