

La continuità assistenziale tra ospedale Valduce e ASL di Como

Progetto Vincitore 1° Edizione THE GOLD PROJECT

(Progetti vincenti per la gestione della DOCUMENTAZIONE IN OSPEDALE)

Responsabile scientifico: IPAFD Annalisa Martinelli Coordinatore SITRA Ospedale Valduce

Il Progetto "Continuità Assistenziale tra l'Ospedale Valduce e l'ASL di Como" è stato promosso dall'Ospedale Valduce e realizzato da un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da coordinatori infermieristici dell'Ospedale Valduce, dal Responsabile Assistenza Domiciliare Infermieristica Dipartimentale ASSI ASL Como, con approvazione del Responsabile Dipartimento di Fragilità ASL Como.

INTRODUZIONE

Negli anni più recenti il nostro sistema sanitario è stato investito da profondi cambiamenti.

I problemi di salute hanno chiesto alle istituzioni erogatrici di servizi alla salute, risposte più adeguate e funzionali alle necessità di una popolazione di età sempre più elevata e afflitta da patologie multiple, spesso ad andamento cronico e in presenza di vincoli economici sempre più rilevanti.

La necessità di effettuare un riordino del "sistema" ha avviato un percorso che prevede:

- Una ridistribuzione dei servizi su territori di vastità crescente;
- Raccordi operativi e sinergici tra articolazioni di uno stesso ente e tra enti diversi, pubblici e privati;
- Coinvolgimento di una molteplicità di ambiti e di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie nei percorsi assistenziali.

L'Ospedale ha risentito notevolmente di questi cambiamenti poiché in esso si sono concentrati i trattamenti della patologia acuta e complessa, mentre è stata demandata a ad altre strutture la gestione di prestazioni assistenziali, in alternativa o in successione al ricovero. Un insieme di fattori correlati ha contribuito a evidenziare seri problemi di comunicazione tra operatori con ricadute sulla sicurezza delle cure. Proprio la consapevolezza dei cambiamenti sopradescritti, connotati dal susse-

guirsi di passaggi del paziente attraverso organizzazioni differenti per complessità e tipologie di prestazioni, unitamente alla crescita di aspettative di utenti sempre meno passivi, ha spinto i Coordinatori del nostro Ospedale a proporre un *ripensamento organizzativo del percorso di rientro a domicilio della persona fragile*.

Obiettivi del Progetto:

- Definire chiaramente con efficienza ed efficacia il percorso di rientro a domicilio della persona fragile in un ottica di garanzia di sicurezza e integrazione dei servizi.
- Garantire la continuità assistenziale sanitaria e/o sociale post-dimissione della persona fragile nel rientro a domicilio dall'Ospedale Valduce di Como, mediante l'attivazione e l'integrazione dei servizi garantiti dai Comuni e dall'ASL della provincia di Como, con il coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale (MMG) e/o Pediatra di Libera Scelta (PLS).

Le **Responsabilità del percorso** afferiscono per ambiti di competenza a: Direttore Sanitario Ospedale Valduce, Medici U.O. Ospedale Valduce, Coordinatori Infermieristici Ospedale Valduce, MMG Infermiera Case Manager Distrettuale, Direttore sanitario e sociale ASL Como.

Al fine di assicurare un'attenta valutazione clinico assistenziale della persona fragile e un appropriato trasferimento della sua presa in carico da parte di altri operatori, sono stati strutturati dei percorsi in ambito gestionale, organizzativo ed informativo documentale.

Percorso Gestionale

- a) Individuare sin dall'inizio del ricovero (o il più precocemente possibile) la persona che necessita o necessiterà del supporto assistenziale (sanitario e/o sociale) post-dimissione, ivi comprese le pro-



blematiche sociali e/o le situazioni borderline che possono ostacolare la dimissione.

- b) Analizzare il bisogno di Continuità assistenziale della persona orientati al Percorso diagnostico-terapeutico, al Processo di assistenza infermieristica o al Progetto riabilitativo.
- c) Valutare le risorse di rete (care giver, associazioni e centri di aiuto alla persona) e indagine del domicilio (logistica e strutturale).
- d) Attivare canali assistenziali garantiti dai Comuni e dall'ASL della provincia di Como (Voucher Socio Sanitari e Credit).

Percorso Organizzativo

L'implementazione della Procedura Generale n. 04.40 del 07/01/2009 "Continuità assistenziale tra l'Ospedale Valduce e l'ASL di Como" è così essenzialmente riassunta:

- 1) Servizio di assistenza domiciliare (SAD) gestito dalle amministrazioni comunali con l'utilizzo di buoni socio sanitari e voucher sociali specificando le modalità e i riferimenti territoriali indirizzi e recapiti telefonici, fax e indirizzi mail dei Piani di Zona Provincia di Como;
- 2) Servizio di assistenza domiciliare integrata per l'erogazione di prestazioni medico, infermieristiche, riabilitative e socio-sanitarie in stretta collaborazione con il MMG del soggetto assistito; si rivolge in via preferenziale a malati allettati affetti da gravi patologie (danni cerebrali, fratture del femore, lesioni da decubito), pazienti terminali affetti da malattie cronico- degenerative.

Nel documento aziendale, vengono specificate le modalità di attivazione ADI e i riferimenti/recapiti dei Distretti Sanitari dell'ASL di Como con l'identificazione della infermiera case manager distrettuale che svolgerà la valutazione multidimensionale e collaborerà con il MMG per la stesura del Piano di Assistenza Individualizzato, nonché con le ditte patenti accreditate che verranno liberamente scelte dall'utente.

Sono inoltre specificati i livelli di assistenza erogati distinguendo:

- a) Credit per accessi infermieristici da un minimo di 8 a un massimo di 13 con *carattere di attivazione immediata, previa informativa attraverso la Scheda di Valutazione Infermieristica preliminare alla dimissione* da inviare direttamente (tramite fax) all'infermiera case manager e con specifica segnalazione sulla lettera di dimissione al MMG;

- b) Voucher Socio Sanitari di 1 2 3 livello, a seconda della complessità assistenziale della persona fragile in rientro a domicilio. L'attivazione ADI avviene tramite apposita modulistica ASL corredata da:

- scheda di valutazione infermieristica preliminare alla dimissione, (fig. 1);
- scale di valutazione;
- certificazione addestramento care giver (fig. 2)
- modulistica richiesta ausili;
- richiesta nutrizione artificiale domiciliare.

Percorso Informativo Documentale

La condivisione delle informazioni tra le diverse componenti della rete assistenziale è fondamentale per garantire una pianificazione del rientro a domicilio della persona fragile.

Un'assistenza per percorsi, connotata dal susseguirsi di passaggi del paziente attraverso setting assistenziali differenti per tipo, intensità e complessità, esige documenti sanitari concorrenti alle nuove occorrenze e nell'ottica della Sicurezza del Paziente. Ne è esempio quanto contenuto nel manuale di accreditamento della Joint Commission International nel quale si afferma *"un Ospedale deve considerare le prestazioni erogate come parte di un sistema integrato di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che, insieme, creano continuità nell'assistenza sanitaria"*.

Nel Progetto sono stati strutturati documenti cartacei e informatici che consentono il trasferimento delle informazioni tra chi dimette il paziente e chi lo accoglie sul territorio.

All'ingresso della persona in ospedale avviene la presa in carico dei bisogni di assistenza infermieristica attraverso l'avvio del processo assistenziale, che si documenta nella cartella infermieristica orientata al Modello delle Prestazioni Infermieristiche.

Il proprio della continuità assistenziale è di prendersi cura delle persone *fragili, attraverso un approccio olistico, che tiene conto non solo di aspetti clinici, ma anche socio-ambientali e orienta gli interventi alla realizzazione della massima capacità funzionale e della miglior qualità di vita.*

In coerenza con il modello disciplinare sopra enunciato, al fine di garantire la continuità assistenziale nella fase di rientro a domicilio della persona fragile, è stata introdotta la Scheda di Valutazione Infermieristica Preliminare alla Dimissione dove si documenta per ogni bisogno di assistenza infermieristica aperto in fase di dimissione, l'eventuale azione pianificata, distinguendo in **BA** (Bisogno di



Tabella 1 - Livelli di Assistenza: in funzione del tipo di assistenza socio-sanitaria sono individuati i seguenti livelli di intervento:

	Accessi Infermieristici Programmati (prelievi, cateteri, interventi di educazione sanitaria)
Credit A	N. 8-13 accessi infermieristici/mese Assistenza sanitaria esclusivamente infermieristico (brevi cicli di medicazioni, controllo PEG post-posizionamento, controllo stomia, ecc.)
Credit B	N. 8-13 accessi personale riabilitativo/mese Interventi di fisiokinesiterapia
Voucher sanitario livello 1	N. 14-18 accessi/media Per Pazienti multiproblematici, affetti da gravi patologie croniche, in labile compenso, con pericolo di ricutizzazione
Voucher sanitario livello 2	N. 19-24 accessi/media Per pazienti cronici-critici (malati in coma, patologie neurologiche complicate, Pz ventilati, LDD, S.I.M., ecc.)
Voucher sanitario livello 3	N. 25-30 accessi/media Per Pazienti terminali Progetti di intervento che coinvolgono specialisti in cure palliative, psicologi, UVMT e Ass. di Volontariato (www.asl.como.it-ASL Como-Servizi per Anziani -Organizzazioni ONLUS)

45

Tabella 2 - Come procedere in funzione del Livello di assistenza

Credit A	lettera di dimissione: segnalare la necessità di intervento immediato ADI (che dovrà essere richiesto dal MMG o PLS del Paziente)
	In caso di intervento ADI immediato: lettera infermieristica da allegare alla lettera di dimissione
Credit B	- Compilare modulo ADI: riportare la relazione del fisiatra con progetto riabilitativo (questo consente di iniziare più velocemente il trattamento FSK a domicilio) - Coinvolgere MMG
	- Compilare modulo ADI in ogni sua parte, specificando i bisogni del Pz e le problematiche sociali - Inserire i dati del familiare che si prenderà cura del Pz (care giver) - Contattare il MMG (o PLS) in quanto responsabile della cura a domicilio del Pz. E che deve validare e farsi carico dei provvedimenti clinico-assistenziali del Pz.
Voucher livelli 1, 2 e 3	- Inviare il modulo ADI compilato via fax almeno 4 giorni lavorativi prima della dimissione (esclusi sabato, domenica e festivi) al distretto ASL del Comune di residenza - Allegare Valutazione Preliminare di Dimissione Infermieristica ed eventuali scale di valutazione - La Richiesta per Nutrizione Artificiale Enterale va inviata all'Uff. Farmaceutico tramite FAX - La prescrizione degli ausili che dev'essere fatta su mod 03 con codici compilati possono essere inviati tramite familiari o consegnati all'in. case manager. - Contatto telefonico diretto per i casi più problematici alla Infermiera Case Manager di riferimento.

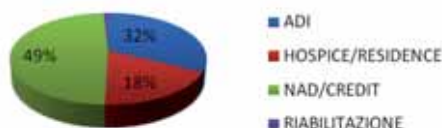
Assistenza, che prevede l'intervento di personale di supporto ASA o OSS) e **BAI** (Bisogno di Assistenza Infermieristica che prevede l'intervento dei professionisti Infermieri).

Occorre inoltre sottolineare l'importanza di una interazione con l'utente e con chi lo assiste (care giver) finalizzata all'apprendimento di tutte le manovre volte al risparmio di energia fisica, alla migliore ergonomia possibile e non ultimo alla ricerca delle soluzioni concretamente perseguibili per soddisfare al meglio i bisogni del paziente.

Presso la Direzione Sanitaria è stato identificato un referente amministrativo che provvede al coordinamento del flusso documentale tra ospedale e servizi territoriali (invio cartaceo e comunicazioni mail), nonché alla gestione di un data base che prevede il monitoraggio dei seguenti dati per il periodo Febbraio 2009 Giugno 2010:

- N° di richieste attivazioni ADI
- N° di dimissioni protette /per distretto ASL
- Tipologia di prestazione richiesta
- Tipologia di documentazione trasmessa

Protocolli di continuità assistenziali attivati



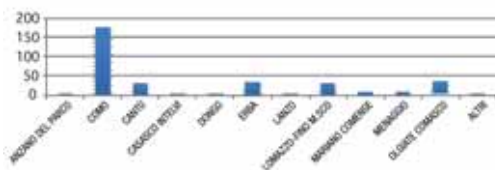
Sempre nell'ottica del miglioramento dell'uso e dell'integrazione delle risorse stiamo valutando altri outcome quali:

- Completezza ed adeguatezza della documentazione compilata in uscita e in entrata
- Tempistica presa in carico a domicilio
- Riospedalizzazione persone con patologie croniche
- Customer operatori coinvolti
- Customer utenti

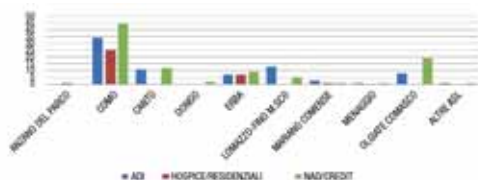
La Procedura Generale è pubblicata sul Sistema di Gestione Documentale Aziendale e consultabile in



Distribuzione ADI distretti



**Distribuzione presa in carico continuità assistenziale
(riferiti al 2009)**



tempo reale e comprensiva di mappatura dei servizi socio sanitari del territorio di Como con indirizzi e riferimenti.

La diffusione della stessa è avvenuta con incontri informativi con i direttori di unità operativa complessa e i coordinatori infermieristici dell'Ospedale Valduce e le infermiere case manager dell'ASL.

Articolazioni organizzative interessate:

- Direzione Sanitaria e Amministrativa
- Dipartimenti e Unità Operative
- Sistema Qualità/Formazione/Rischio Clinico
- ASL e Comuni Provincia di Como

Collaborazioni con altri enti:

- Dipartimento di fragilità ASL di Como
- Piani di Zona
- Associazioni

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il riconoscimento ottenuto dalla Regione Lombardia, quale Progetto vincente per la **gestione della documentazione sanitaria**, premia un percorso intrapreso dall'Ospedale Valduce per

garantire un'assistenza alla persona caratterizzata dalla massima attenzione clinica e umana, nonché dalla disponibilità alla continua integrazione con i servizi ASL e territoriali comaschi. Per l'ospedale Valduce perciò, il premio costituisce un'ulteriore conferma del costante impegno a operare con competenza e dedizione nel solco che fin dalla fondazione la Congregazione ha tratto dalla propria idealità costitutiva.

Un sentito ringraziamento alla Dott.ssa M.C. Corradini Dirigente SITRA Ospedale Valduce che con la sua competenza e passione ci sostiene e ci accompagna nella quotidiana esperienza di sviluppo professionale e ai Coordinatori e colleghi dell'Ospedale Valduce che sempre si offrono disponibili a intraprendere percorsi innovativi, caratterizzati da una sistematica integrazione dei contributi di professionalità distinte e dalla ricerca di un efficiente e convinto coordinamento operativo.

Infine un grazie alla collega Alunni Emanuela che, con la sua preziosa esperienza, ha collaborato alla stesura del progetto in qualità di allora Responsabile Assistenza Domiciliare Infermieristica Dipartimentale ASSI ASL Como.

BIBLIOGRAFIA

- Standard per Ospedali e per la Sicurezza del paziente Joint Commission International
- Documentazione e continuità assistenziale I Quaderni AiDOS
- La documentazione infermieristica Monica Casati Mc Graw Hill
- Il modello delle prestazioni infermieristiche M.Cantarelli Masson

RIFERIMENTI

- D.L. 502/92 e D.L. 299/99 Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.
- DPCM 14 Febbraio 2001 Individua quali destinatari delle prestazioni integrate le persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali" (art. 2, comma 1)
- DPCM 29 Novembre 2001 Definizione dei Liv ADI)
- Legge Regionale 31 Luglio 2003
- Piano Sanitario Regionale