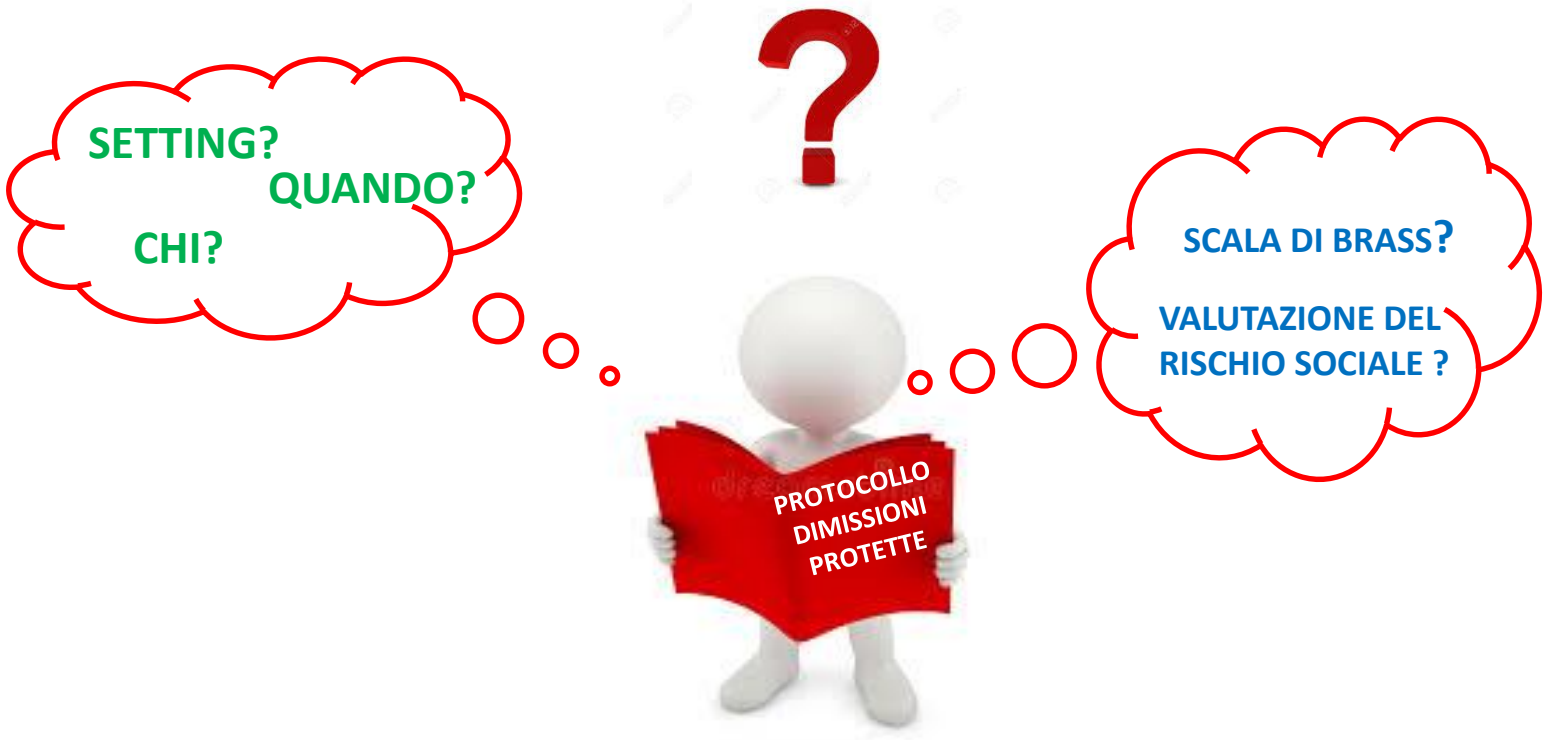
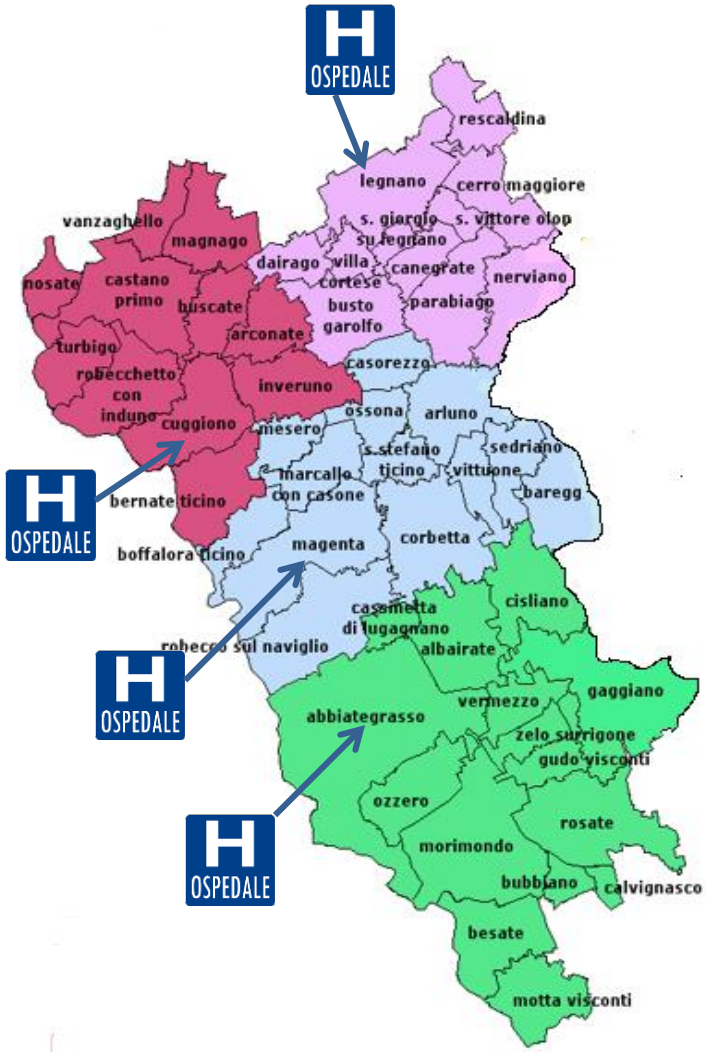
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

VALUTAZIONE DELLE DIMISSIONI PROTETTE PER L'ANZIANO IN OSPEDALE E ATTIVAZIONE DELLA CONTINUITA' DELLE CURE



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

ASST Ovest Milanese



Ambito distrettuale	49 Comuni	abitanti
Legnano e Castano Primo (22 Comuni)	Busto Garolfo, Canegrate, Cerro Maggiore, Dairago, **Legnano,** Nerviano, Parabiago, Rescaldina, S. Giorgio su Legnano, S. Vittore Olona, Villa Cortese Arconate, Bernate Ticino, Buscate, Castano Primo, **Cuggiono**, Inveruno, Magnago, Nosate, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghello	254.678
Magenta e Abbiategrasso (27 Comuni)	Arluno, Bareggio, Boffalora sopra Ticino, Casorezzo, Corbetta, **Magenta**, Marcallo con Casone, Mesero, Ossona, Robecco sul Naviglio, S.Stefano Ticino, Sedriano, Vittuone, **Abbiategrasso,** Albairate, Besate, Bubbiano, Calvignasco, Cisliano, Cassinetta di Lugagnano, Gaggiano, Gudo Visconti, Morimondo, Motta Visconti, Ozzero, Rosate, Vermezzo con Zelo	211.508

PROTOCOLLO DIMISSIONI PROTETTE
ASST OVEST MILANESE

EQUIPE DI DIMISSIONI PROTETTE

2 EQUIPE DI DIMISSIONI PROTETTE

- INFERMIERI
- ASSISTENTE SOCIALE
- ALTRI PROFESIONISTI SANITARI AL BISOGNO

PROTOCOLLO DIMISSIONI PROTETTE ASST OVEST MILANESE

1. Oggetto e Scopo
2. Campo di applicazione
3. Responsabilità
4. Documenti di riferimento
5. Definizioni e sigle
6. Contenuto
6.1. Individuazione del rischio sociale, di prolungata ospedalizzazione o di dimissione difficile con l'attivazione dell'equipe di dimissioni protette
6.2. Equipe di dimissione protetta
6.3. Programmazione della dimissione protetta
7. Documenti Collegati

1. OGGETTO e SCOPO

PRESA IN CARICO

Fabrizia Grandelis (Coordinatore infermieristico)
Congresso SIGG – Roma 29.11.2019

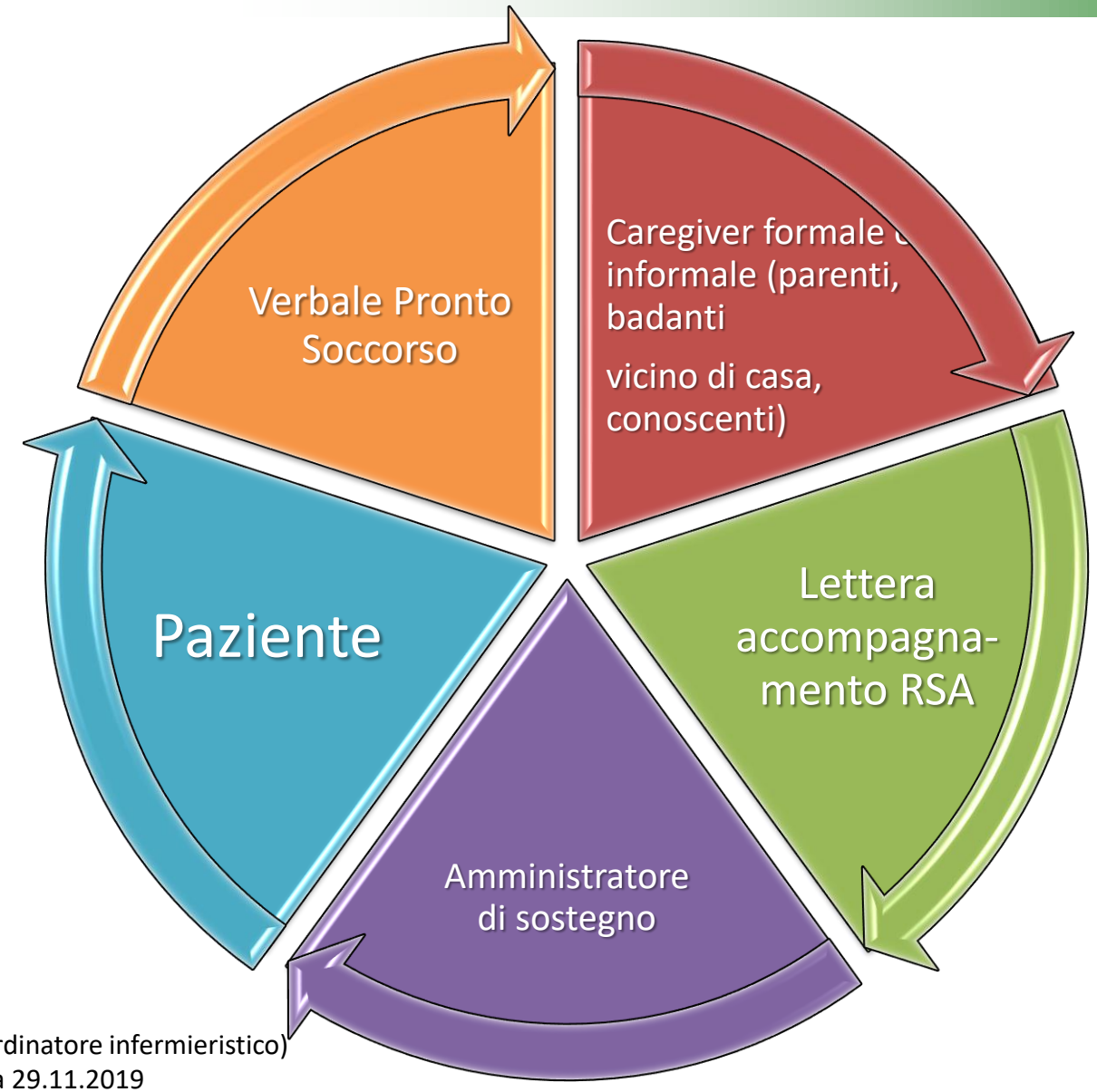
Il processo di dimissione

Il processo di dimissione protetta dovrebbe iniziare il **prima possibile**: al Pronto Soccorso, all'accettazione o, al massimo, entro la seconda giornata di degenza.

Il processo di dimissione inizia proprio con la **valutazione accurata del paziente** e la conseguente definizione del setting assistenziale appropriato.

Grazie a questa fase è possibile identificare subito i pazienti a rischio di dimissione difficile e i setting assistenziali che dovranno essere attivati per la continuità delle cure.

Raccolta dati



6. CONTENUTO

6.1 INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE, DI PROLUNGATA OSPEDALIZZAZIONE O DI DIMISSIONE DIFFICILE CON L'ATTIVAZIONE DELL'EQUIPE DI DIMISSIONI PROTETTE

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA INIZIALE A TUTTI I PAZIENTI ENTRO 24 ORE

Valutando il RISCHIO SOCIALE

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA INIZIALE

ASST Ovest Milanese S.I.T.R.A.	VALUTAZIONE INFERMIERISTICA INIZIALE	MAD200 Rev6 Aprile 2018

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE	Etichetta dati anagrafici
Cognome	
Nome	
Data di nascita ☐ M ☐ F	

PERSONE DI RIFERIMENTO e RELATIVO NUMERO DI TELEFONO: ……

……

ENTE GESTORE: …….

DIAGNOSI DI INGRESSO: ……

PATOLOGIE CONCOMITANTI DI RILIEVO PER L'ASSISTENZA: …….

……

UNITÀ OPERATIVA (se diversa da quella di competenza): ……

Ricovero dal ……al ……

SE TRASFERIMENTO IN DATA …… ORA: ……..

PRESSO …… Firma ……

SE TRASFERIMENTO IN DATA …… ORA: ……..

PRESSO …… Firma ……

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA INIZIALE

BISOGNO DI RESPIRARE e BISOGNO DI MANTENERE LA FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA E LA TERMOREGOLAZIONE

RESPIRO: ☐ eupnea ☐ dispnea a riposo ☐ dispnea da sforzo ☐ ……..

OSSIGENOTERAPIA: ☐ no ☐ si, litri/minuto: ……

☐ occhialini ☐ maschera semplice ☐ maschera venturi ☐ casco CPAP

☐ ventilazione meccanica assistita. Tipo ……

TRACHEOSTOMIA: ☐ no ☐ si, tipo e calibro cannula ……..
Data ultima sostituzione cannula: …… ☐ non nota

ESPETTORATO: ☐ assente ☐ abbondante quantità ☐ discreta quantità ☐ scarsa quantità

☐ trasparente ☐ giallastro ☐ ematico ☐ fluido ☐ denso ☐ presenza di tosse

PORTATORE DI PACE MAKERS: ☐ no ☐ si

EDEMI/STRAVASO DI LIQUIDI: ☐ no ☐ si, sede ……..

BISOGNO DI MOBILIZZAZIONE

AUTONOMIA:

Prima del ricovero: ☐ autonomo ☐ parzialmente autonomo ☐ non autonomo

Al momento del ricovero se modificato: ☐ autonomo ☐ parzialmente autonomo ☐ non autonomo

PRESIDI UTILIZZATI: ☐ nessuno ☐ tripode ☐ bastone ☐ carrozzina ☐ altro ……..

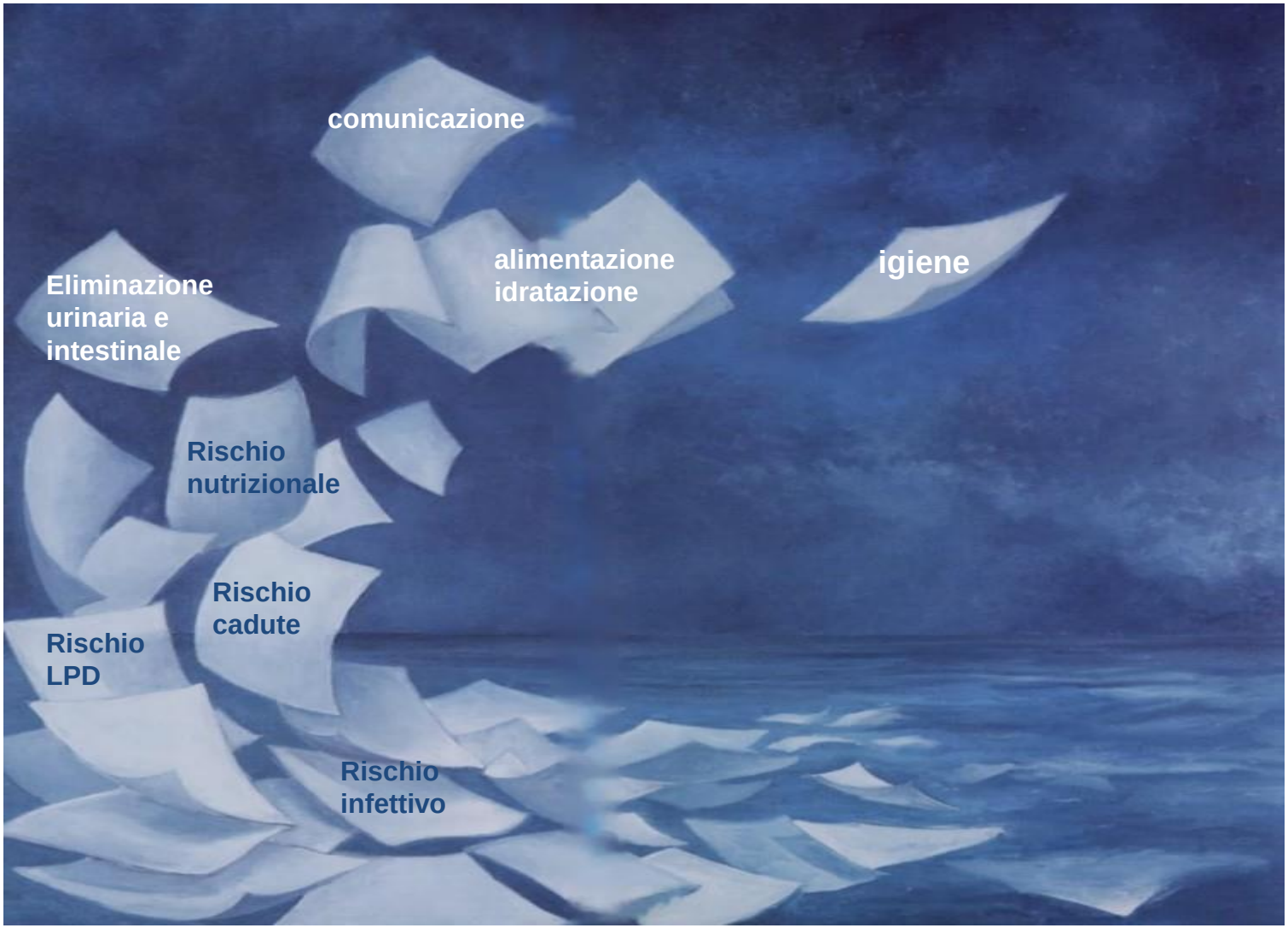
……..

LIMITAZIONI FISICHE/DISABILITA': ☐ no ☐ si, quali ……

PRESENZA DI PROTESI: ☐ no ☐ si mobili esterne, quale ……

☐ si fisse interne, quale ……..

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA INIZIALE



VALUTAZIONE INFERMIERISTICA INIZIALE

RILEVAZIONE RISCHIO SOCIALE

1 – GRADO DI AUTONOMIA	2 – SOSTEGNO FAMILIARE/CAREGIVER
☐ Persona non autosufficiente	☐ Assenza totale familiare/caregiver
☐ Scarsamente orientato spazio/tempo	☐ Familiare/ caregiver in difficoltà
☐ Ricoveri ripetuti	☐ Abita da solo
☐ Mancate terapie	☐ Senza fissa dimora
☐ Dipendente	☐ Incuria
☐ Tentato suicidio	☐ Altro ……
☐ Altro ……	☐ Nessun problema rilevato
☐ Nessun problema rilevato	

La positività per almeno un elemento in entrambe le aree, GRADO DI AUTONOMIA e SOSTEGNO FAMILIARE / CAREGIVER, determinano la positività per il rischio sociale.

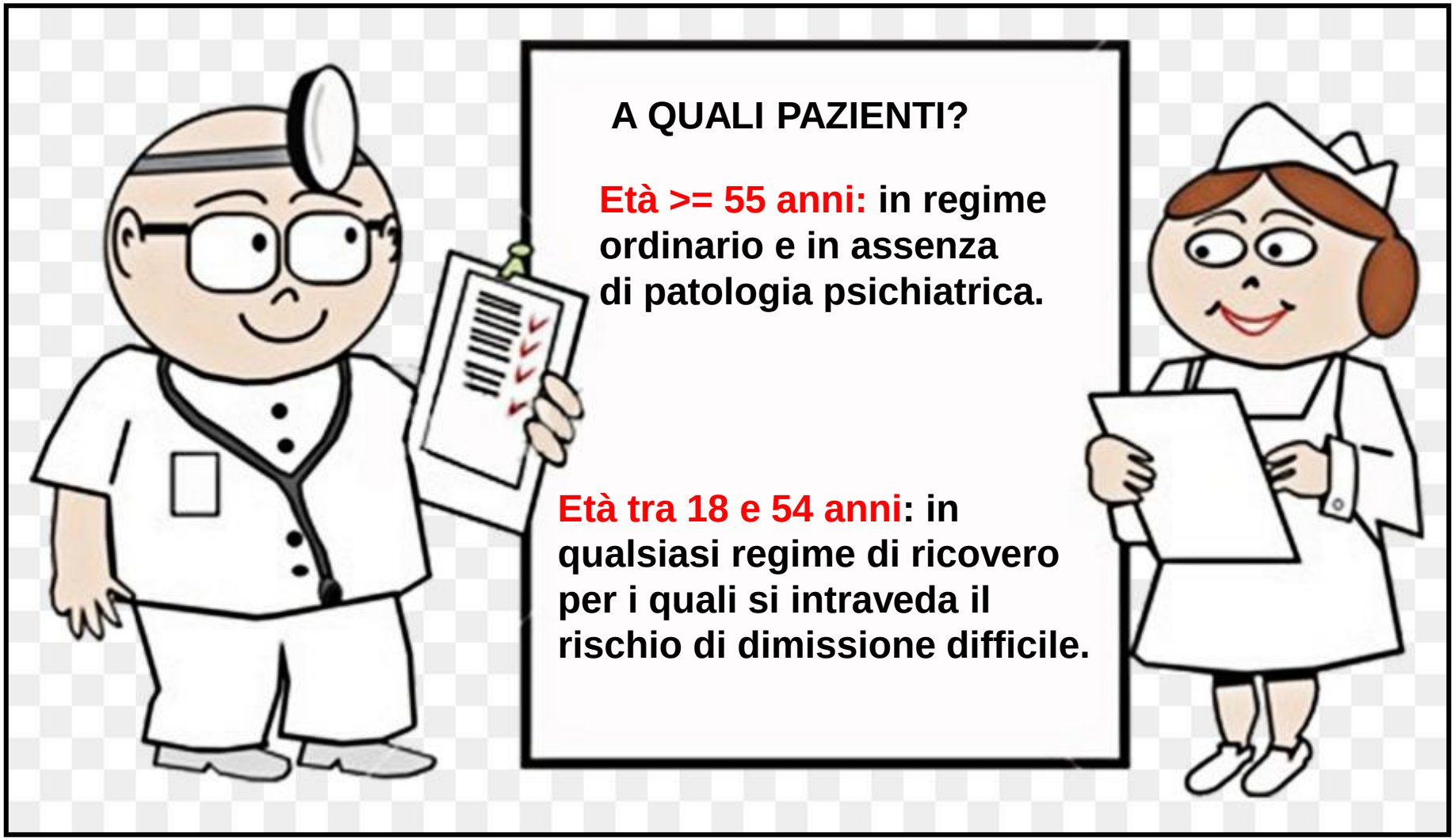
OBBLIGO DI LEGGE DI SEGNALAZIONE SE: neonato non riconosciuto, minore non accompagnato, puerpera infra-sedicenne, sospetto maltrattamento, sospetto abuso sessuale.

Nel caso in cui, nella valutazione sociale, si rilevi una situazione per la quale esiste l'obbligo di legge di segnalazione, procedere come da specifiche modalità già in essere.

PROTOCOLLO DIMISSIONI PROTETTE ASST OVEST MILANESE

ASST Ovest Milanese Direzione Sanitaria Direzione Socio- Sanitaria	SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI OSPEDALIZZAZIONE PROLUNGATA E DIMISSIONE DIFFICILE BLAYLOK RISK ASSESSMENT SCREENING SCORE (SCALA DI BRASS)	MAD233 BOZZA Rev1 Mese ANNO

SCALA DI BRASS



Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Ovest Milanese

SCALA DI BRASS MAD 233

Età (una sola opzione)

0 = 55 anni o meno

1 = 56 – 64 anni

2 = 65 – 79 anni

3 = 80 anni e più

Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)

0 = Vive col coniuge

1 = Vive con la famiglia

2 = Vive da solo con il sostegno della famiglia

3 = Vive da solo con il sostegno di amici/ conoscenti

4 = Vive solo senza alcun sostegno

5 = assistenza domiciliare/ residenziale

Stato funzionale (ogni opzione valutata)

0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)

Dipendente in:

1 = Alimentazione/nutrizione

1 = Igiene/ abbigliamento

1 = Andare in bagno

1 = Spostamenti/mobilità

1 = Incontinenza intestinale

1 = Incontinenza urinaria

1 = Preparazione del cibo

1 = Responsabilità nell'uso di medicinali

1 = Capacità di gestire il denaro

1 = Fare acquisti

1 = Utilizzo mezzi di trasporto

Stato cognitivo (una sola opzione)

0 = orientato

1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta

2 = Disorientato in alcune sfere* sempre

3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta

4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre

5 = Comatoso (* sfere: spazio, tempo, luogo e sé)

Modello comportamentale(ogni opzione valutata)

0 = Appropriato

1 = Wandering

1 = Agitato

1 = Confuso

1 = Altro ……

Mobilità (una sola opzione)

0 = deambula

1 = Deambula con aiuto di ausili

2 = deambula con assistenza

3 = Non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)

0 = Nessuno

1 = deficit visivi o uditivi

2 = Deficit visivi e uditivi

Numeri di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)

0 = Nessuno negli ultimi tre mesi

1 = Uno negli ultimi tre mesi

2 = Due negli ultimi tre mesi

3 = Più di due negli ultimi tre mesi

Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)

0 = Tre problemi clinici

1 = Da tre a cinque problemi clinici

2 = Più di cinque problemi clinici

Numero di farmaci assunti (una sola opzione)

0 = Meno di tre farmaci

1 = Da tre a cinque farmaci

2 = Più di cinque farmaci

Evidenziare ogni aspetto di cui si rileva la presenza

PUNTEGGIO TOTALE _____

SCALA DI BRASS MAD 233

PAZIENTE A RISCHIO SOCIALE: □ NO □ SI Se si, specificare.....

.....

.....

CRITICITA' ASSISTENZIALI : □ NO □ SI Se si,

specificare.....

.....

Data ..... Ora ..... Firma compilatore .....

Criteri per inviare la scheda all'equipe di DIMISSIONI PROTETTE (*presenza di uno dei seguenti elementi*)

- **Punteggio BRASS $\geq$ 13**
- **Punteggio nel paragrafo "condizioni di vita e supporto sociale" $\geq$ 2**
- **Positività per RISCHIO SOCIALE (*vedi Valutazione infermieristica iniziale*)**

Ricevuto il ..... Firma .....

6. CONTENUTO

- PUNTEGGIO **≥ 13**
- PUNTEGGIO dell'area della scheda :
  "condizioni di vita e supporto sociale" **≥ 2**
- **RISCHIO SOCIALE POSITIVO**

è necessario procedere attraverso i passaggi di seguito elencati:

- Confronto tra i professionisti dell'equipe assistenziale coinvolta;

6. CONTENUTO

Invio di segnalazione di **BRASS** positiva
all' **EQUIPE DI DIMISSIONI PROTETTE** di riferimento,
tramite mail o fax, entro 72 ore dall'ingresso del paziente

N.B.Per i pazienti, non valutati con la scala di BRASS, ma positivi al **RISCHIO SOCIALE**

Compilare solo l'intestazione e la sezione relativa al rischio sociale della scala di BRASS ed inviare all'equipe di Dimissioni Protette**.**

6.3 PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE PROTETTA

Gli operatori dell'equipe di Dimissioni Protette sono presenti nei reparti **tutti i giorni**:

- alcuni reparti vengono presidiati quotidianamente (Medicina/Neurologia/Ortopedia)
- per altri è previsto almeno un accesso alla settimana.

PROTOCOLLO DIMISSIONI PROTETTE
ASST OVEST MILANESE

6.3 PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE PROTETTA

Gli operatori dell'equipe di Dimissioni Protette, in collaborazione con il personale **medico** e **infermieristico** dell'Unità di Degenza, ciascuno per le attività di propria competenza, danno inizio tempestivamente alla programmazione della dimissione e nello specifico:

1. **individuano il percorso appropriato di dimissione;**
2. **verificano se il paziente è già in carico ad un "gestore";**
3. **programmano e realizzano il colloquio con il Paziente e i familiari;**
4. **per le situazioni particolarmente complesse, soprattutto legate a problemi sociali, programmano e realizzano incontri di rete;**
5. **rilevano i bisogni di educazione del Paziente e/o care giver e danno inizio al loro addestramento;**
6. **per la dimissione presso il domicilio attivano l'ADI ed ogni altro servizio necessario.**

6.3 PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE PROTETTA

I Medici dell'U.O:
prescrivono on line o tramite la modulistica in vigore:

Gli infermieri
dell'equipe di Dimissioni Protette:
verificano poi le avvenute attivazioni

COSA	QUANDO
PROTESICA: letto, materasso antidecubito, comoda	**72 h** lavorative prima della dimissione
NUTRIZIONE ENTERALE e PARENTERALE con sacche standard	**72 h** lavorative prima della dimissione
NUTRIZIONE PARENTERALE personalizzata	**15** gg. dal ricevimento della prescrizione specialistica
O2 TERAPIA	**24 h** lavorative prima della dimissione
APPARECCHI DI VENTILAZIONE NON IVASIVA	**72 h** lavorative prima
APPARECCHI DI VENTILAZIONE CONTINUATIVA	**5 – 10** gg. prima

6.3 PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE PROTETTA

- consegnano i farmaci per le prime **24/48 h**;
- redigono impegnative per prestazioni successive al ricovero;
- richiedono la consulenza fisiatrica per la redazione del PRI per l'erogazione della fisioterapia a domicilio.

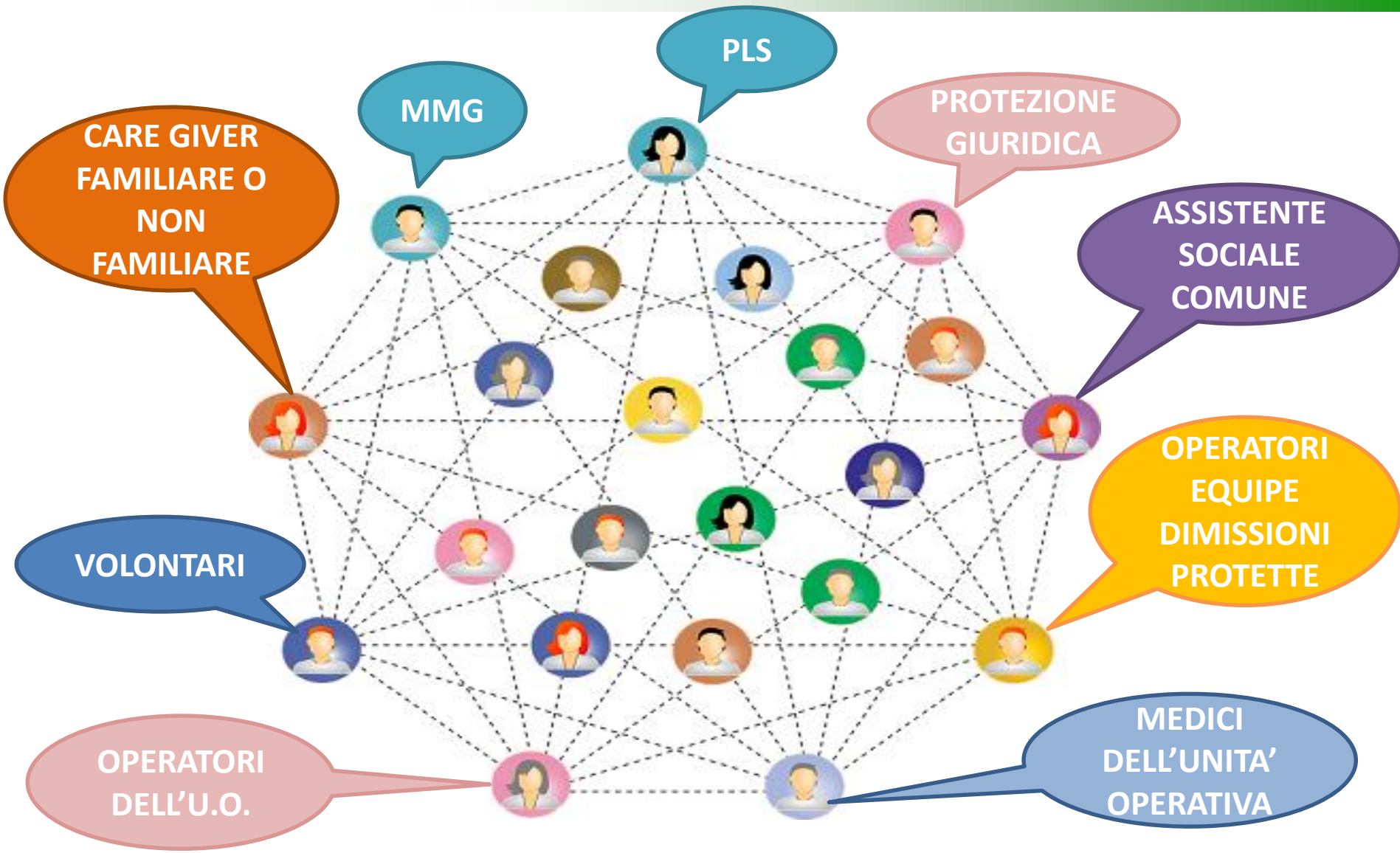
6.3 PROGRAMMAZIONE DELLA DIMISSIONE PROTETTA

L'assistente sociale:

1. Si raccorda con **i servizi sociali comunali** in caso di inadeguato o assente supporto familiare;
2. fornisce informazioni e modulistica rispetto all'attivazione di Misure Regionali in capo all'ASST o agli Ambiti;
3. Organizza visite congiunte in ospedale con le colleghe dei Comuni al fine di attivare servizi di assistenza al domicilio prima della dimissione;
4. fornisce **informazioni** per la scelta e ricerca della **RSA/RSD**;
5. attiva, se pertinente, la procedura per la verifica della disponibilità di posti di ricovero di pronto intervento;
6. coinvolge gli operatori dell'Ufficio di Protezione Giuridica per consulenze relative all'opportunità di **avviare la pratica per amministrazione di sostegno/tutela**.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

INCONTRI DI RETE



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

SCHEDA DIMISSIONI PROTETTE

ASST Ovest Milanese Direzione Sanitaria Direzione Socio Sanitaria	SCHEDA DIMISSIONI PROTETTE	MAD302 Rev2 29Marzo 2019 Pag. 1 di 2

P.O. DI:	U.O:	N° LETTO:

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome:	Etichetta dati anagrafici
Nome:	
Data di nascita: **Sesso:** □M□F	

Residenza: **Indirizzo:**

Domicilio: **Indirizzo:**

Area territoriale di appartenenza:

Tel:	**Cell:**	**Provenienza:**

Cittadinanza: □italiana □ U.E. □extracomunitaria

MMG/PLS:

CASE MANAGER TERRITORIALE: □no □si _____

ENTE GESTORE: □no □si _____	**CLINICAL MANAGER:** _____ **CASE MANAGER:** _____

Data ricovero: _____ **Data compilazione BRASS:**_____**Punteggio BRASS**_____

Data segnalazione:_____**Data valutazione e presa in carico:**_____

DIAGNOSI:_____

GRADO DI AUTONOMIA PRE RICOVERO: □autonomo □ parzialmente autonomo □ non autonomo

SITUAZIONE SOCIALE

Vive: □ solo □ con coniuge □ con figli □ con genitori □ con fratelli □ altro_____

Assistito da: □familiari □assistenza/badante□ altre persone _____

Familiare di riferimento: 1) _____Tel._____

2) _____ Tel._____

Care giver: □familiare_____Tel._____

□altro_____Tel. _____

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

SCHEDA DIMISSIONI PROTETTE

Problemi economici: □NO □ SI_____

Stato giuridico: □soggetto autonomo □ amministratore di sostegno□ curatore □ tutore

Nome_____ Tel. _____

Invalidità: □ SI□ NO □ da richiedere □ in corso□ non noto _____

Indennità di accompagnamento:□ SI □ NO□ da richiedere □ in corso □ non noto

È SEGUITO DA ALTRI SERVIZI: □ NO □ SI

□ **Comune:** □per pasti □ per la spesa/pratiche amministrative □ per igiene ambientale □ per trasporto

□ per igiene personale - frequenza: _____

□ **ADI:** □ infermieristico □ riabilitativo □ assistenziale □ cure palliative

Note: _____

□ **S.E.R.T.** □ **N.O.A.**□ **C.P.S** □ **R.S.A./R.S.D.** □ **R.S.A** aperta□ **Centro Diurno**□ altro _____

Assistente sociale di riferimento: □ NO □ SI

Nome _____Tel. _____Servizio _____

DATA: _____

Firma:_____

SCHEDA DIMISSIONI PROTETTE

PIANIFICAZIONE INTERVENTI DI EDUCAZIONE SANITARIA				
PROGRAMMATA CON L'U.O. IN DATA:				
BISOGNO EDUCATIVO:				
EFFETTUATA □ **SI**□ **NO** _____				
ATTIVAZIONI				
SETTING	**DATA**		**FIRMA (sigla)**	
ADI: **BISOGNO**_____ _____				
CURE PALLIATIVE: □ricovero □ ospedalizzazione domiciliare □ assistenza domiciliare				
STRUTTURA RIABILITATIVA: □specialistica □ geriatrica _____				
CURE INTERMEDIE: _____				
RSA/RSD: _____ **INTEGRAZIONE RETTA** □ **NO** □ **SI**_____				
FRAGILITA' SOCIALE □ **NO** □ **SI**_____				
ALTRO: _____				

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Ovest Milanese

SCHEDA DIMISSIONI PROTETTE

AUSILI E PROTESICA

IN USO A DOMICILIO:□ letto □ materasso antidecubito □ comoda □ carrozzina □ asta/staffa□sponde
□ cuscino antidecubito □deambulatore□ sollevatore □ montascale □ altro _____

MATERIALE D'ASSORBENZA: □ non serve □già attivo □ da attivare
NOTE:_____

PRESCRIZIONI MEDICHE

PROTESICA:_____
_____

O2 – TERAPIA:_____

NAD: □ **ENTERALE** □ **PARENTERALE** □ **ADDENSANTE**_____
_____

Data _____**Firma:** _____

DATA DIMISSIONE PROGRAMMATA PER IL: _____

DATA DIMISSIONE MODIFICATA: _____ **motivo:**_____

DATA DIMISSIONE EFFETTIVA IL: _____ **Setting:** _____

RENDICONTAZIONE COLLOQUI:

Paziente/Familiare		Medico/Infermiere		MMG		Comuni/Territorio		Strutture		Altre figure professionali	

DATA: _____ **Firma:** _____

ATTIVAZIONI DOMICILIARI DA DIMISSIONE PROTETTA

ATTIVAZIONE ADI

ATTIVAZIONE PROTESICA

ATTIVAZIONE SOCIALE

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

ATTIVAZIONI DOMICILIARI DA DIMISSIONE PROTETTA

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

Gent.mo/a Dr./ssa,

La informo che il/la sua paziente_____
nato/a a _____il_____
residente a _____in via_____
telefono_____persona di riferimento_____
diagnosi _____
viene dimesso/a dal reparto di_____ in data_____
verso:

•Centro di Riabilitazione_____
•Cure Intermedie_____
•Struttura per sub acuti_____
•RSA/RSD_____
•Hospice_____
•ADI_____

con le seguenti attivazioni:

•Protesica:
□ letto □ materasso antidecubito □ comoda □ sponde □ altro_____
□ materiale d'assorbenza (richiesta da MMG/PLS)_____
□ ventilo terapia_____
□ ossigeno terapia_____
□ NAD_____
□ altre forniture territoriali_____

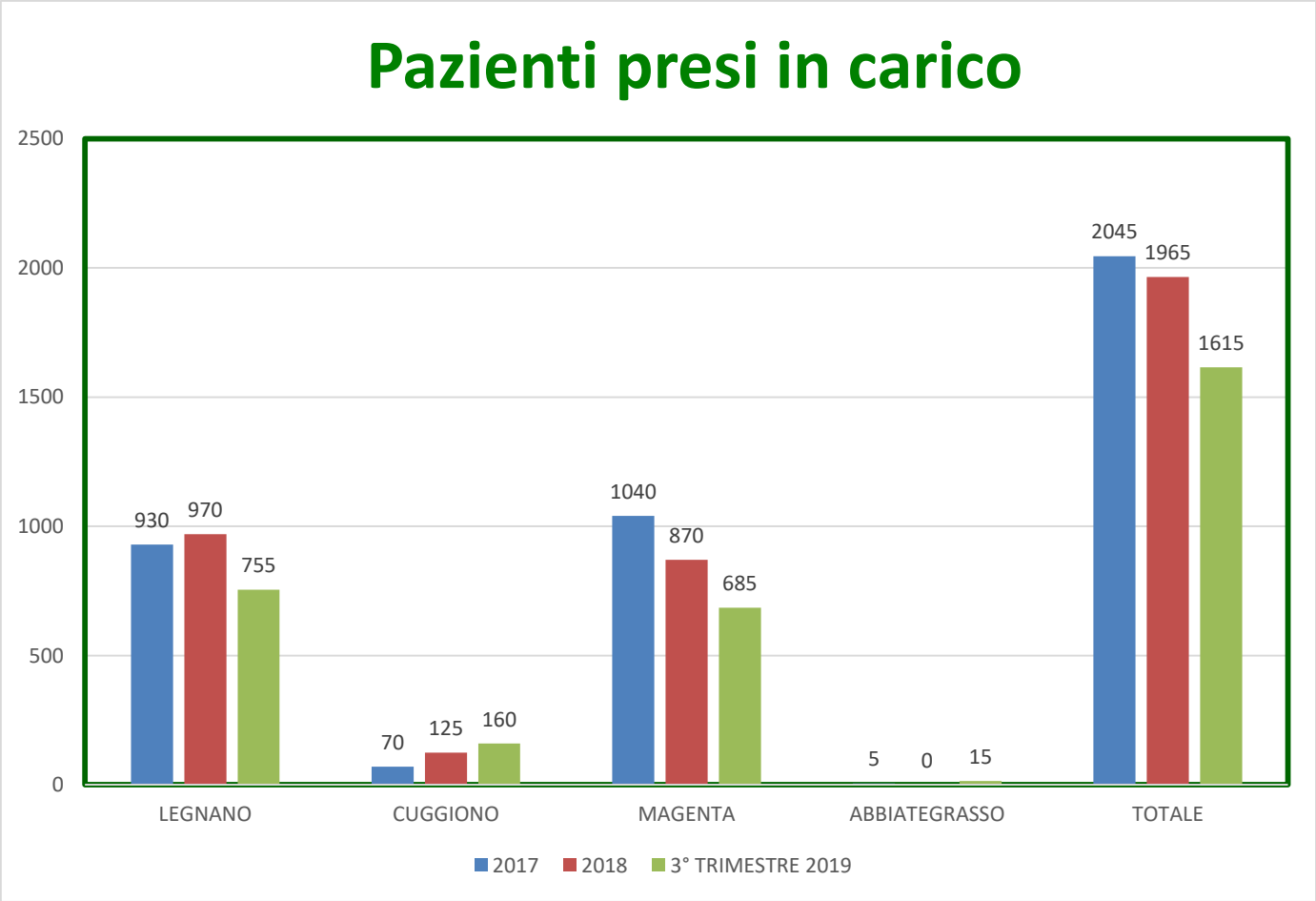
• Servizio sociale _____

Data_____

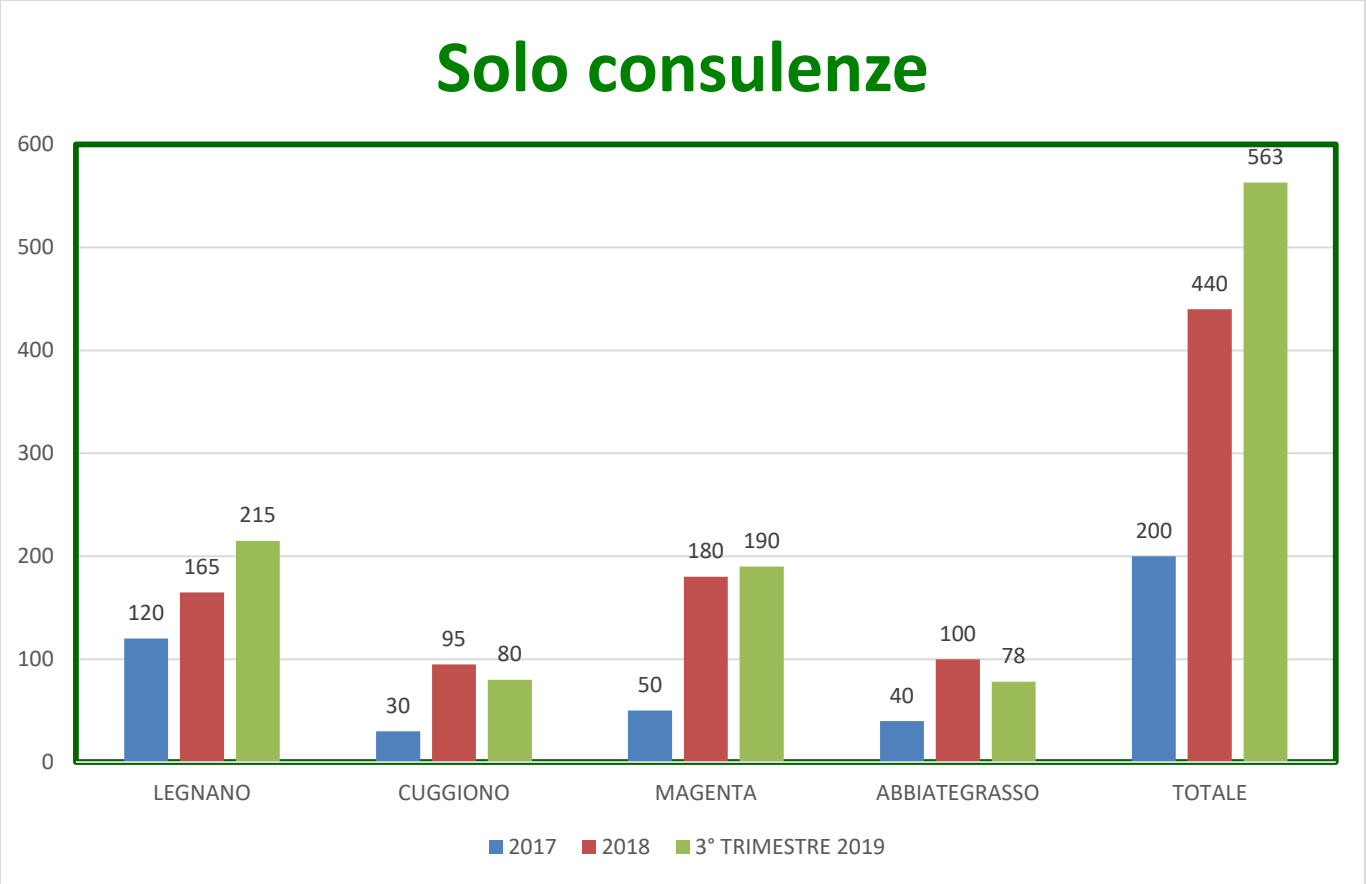
Firma Equipe di Dimissioni Protette

infermiere
assistente sociale

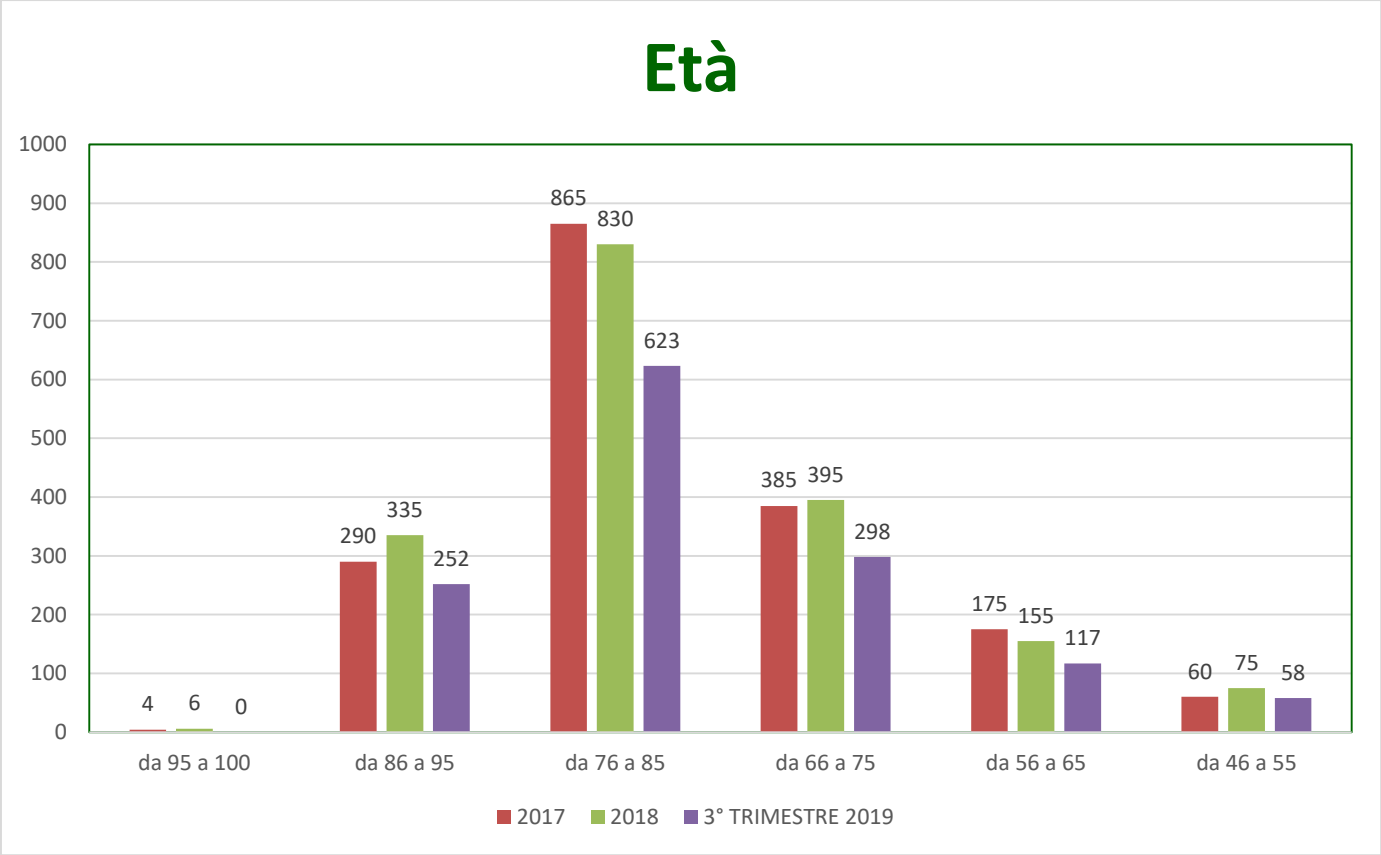
ALCUNI DATI…


Pazienti presi in carico
2500
2000
1500
1000
500
0
930
970
755
70
125
160
1040
870
685
5
0
15
2045
1965
1615
LEGNANO
CUGGIONO
MAGENTA
ABBIATEGRASSO
TOTALE
2017
2018
3° TRIMESTRE 2019

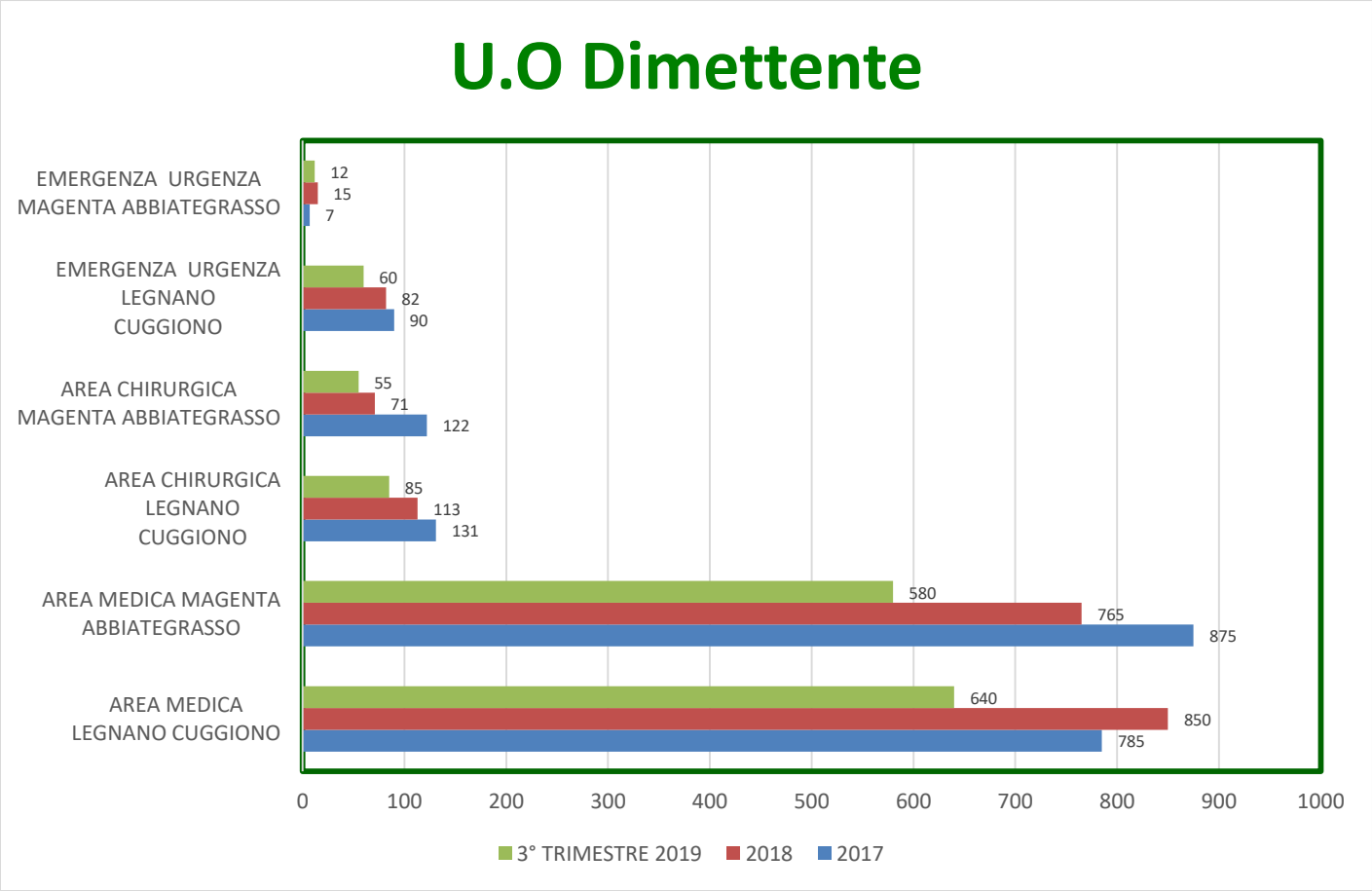
ALCUNI DATI…


Solo consulenze
600
500
400
300
200
100
0
120
165
215
30
95
80
50
180
190
40
100
78
200
440
563
LEGNANO
CUGGIONO
MAGENTA
ABBIATEGRASSO
TOTALE
2017
2018
3° TRIMESTRE 2019

ALCUNI DATI…

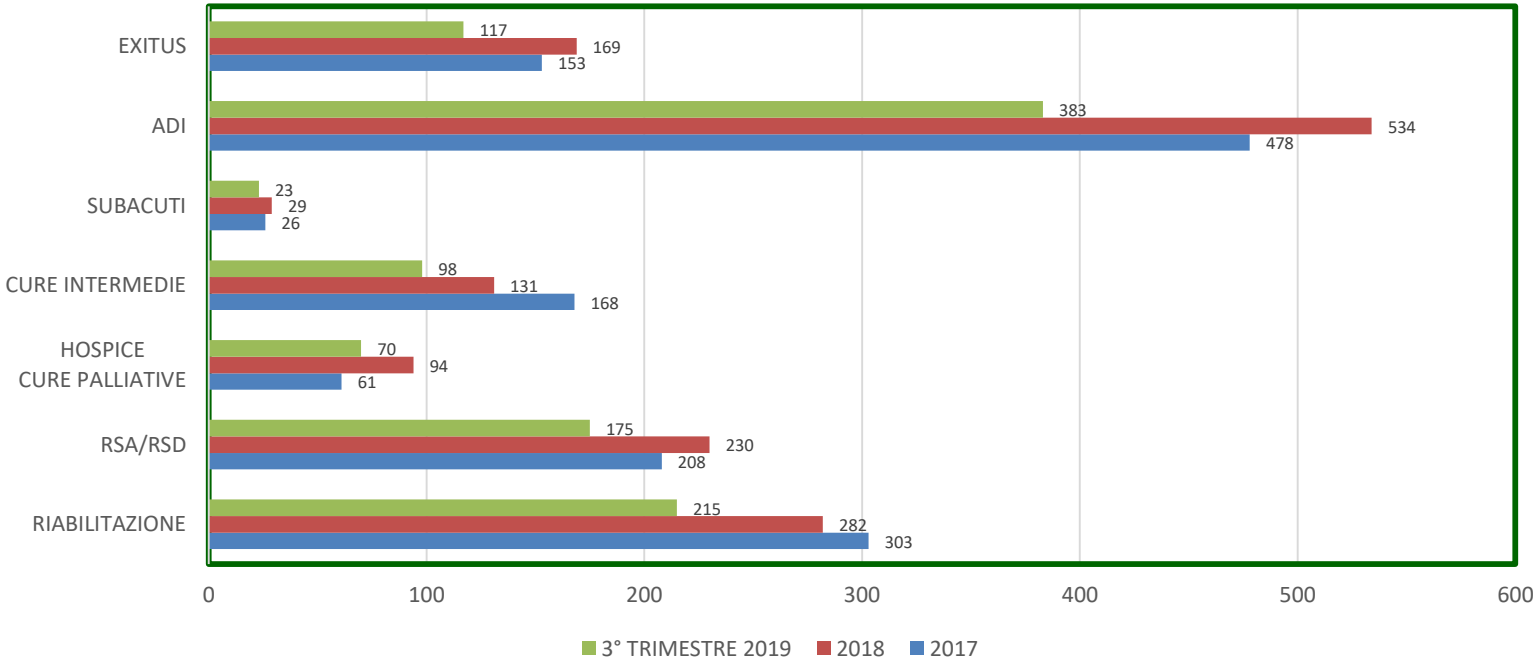

Età
1000
900
800
700
600
500
400
300
200
100
0
4
6
0
290
335
252
865
830
623
385
395
298
175
155
117
60
75
58
da 95 a 100
da 86 a 95
da 76 a 85
da 66 a 75
da 56 a 65
da 46 a 55
2017
2018
3° TRIMESTRE 2019

ALCUNI DATI…

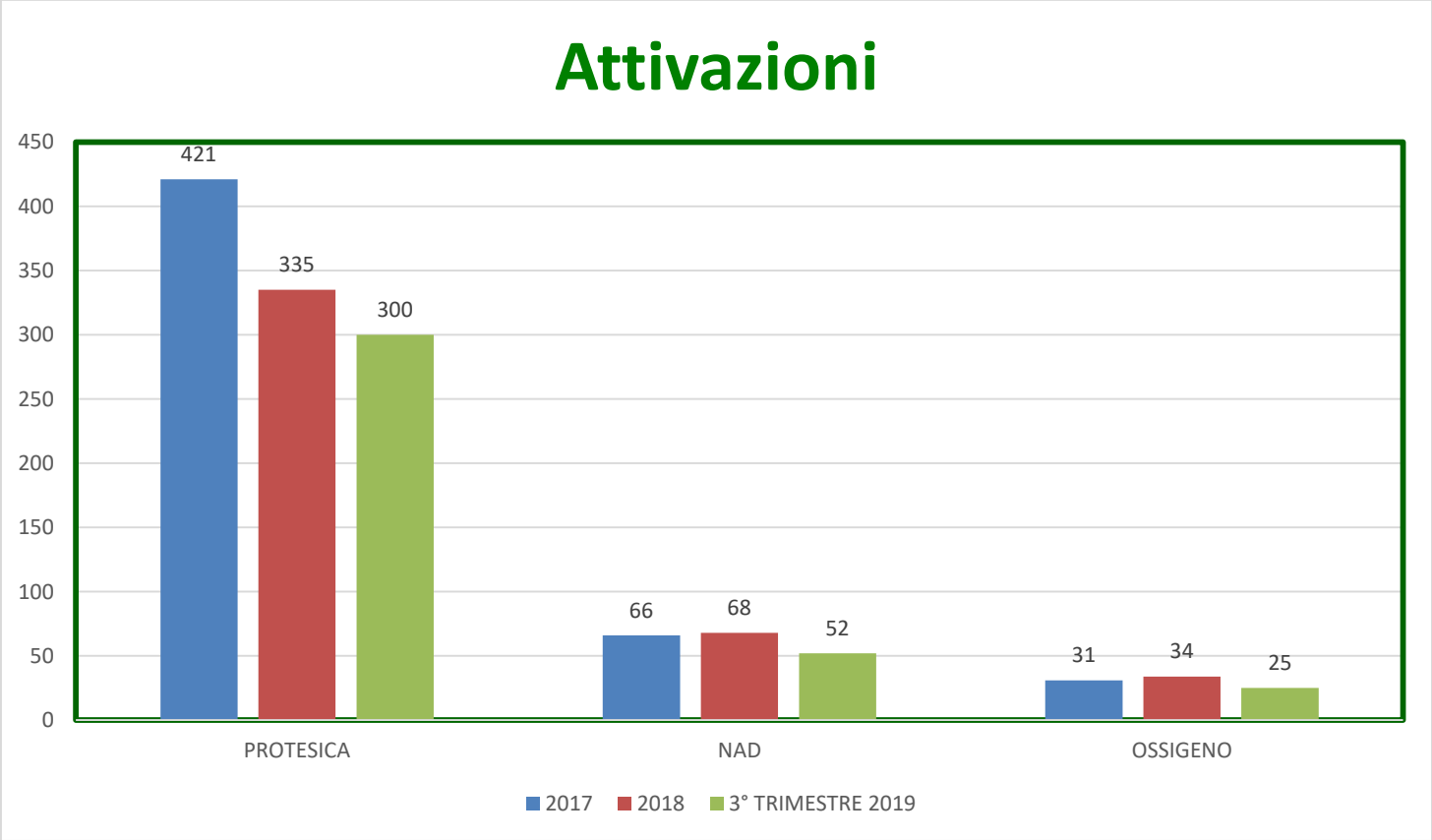

U.O Dimettente
EMERGENZA URGENZA MAGENTA ABBIATEGRASSO
12
15
7
EMERGENZA URGENZA LEGNANO CUGGIONO
60
82
90
AREA CHIRURGICA MAGENTA ABBIATEGRASSO
55
71
122
AREA CHIRURGICA LEGNANO CUGGIONO
85
113
131
AREA MEDICA MAGENTA ABBIATEGRASSO
580
765
875
AREA MEDICA LEGNANO CUGGIONO
640
850
785
0
100
200
300
400
500
600
700
800
900
1000
3° TRIMESTRE 2019
2018
2017

ALCUNI DATI…

Setting Dimissione



ALCUNI DATI…


Attivazioni
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
421
335
300
66
68
52
31
34
25
PROTESICA
NAD
OSSIGENO
2017
2018
3° TRIMESTRE 2019

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Fabrizia Grandelis

LA RIFORMA DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO: LA LEGGE REGIONALE 11 AGOSTO 2015 N°23

CAMBIAMENTO NORMATIVO

CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO

CAMBIAMENTO OPERATIVO

Legge Regionale n.23 del 11 agosto 2015

LA SEPARAZIONE

fra le funzioni di programmazione, acquisto e controllo, attribuite alle Agenzie di Tutela della Salute (**ATS**)
e le funzioni di erogazione, attribuite alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (**ASST**).

IL CAMBIAMENTO

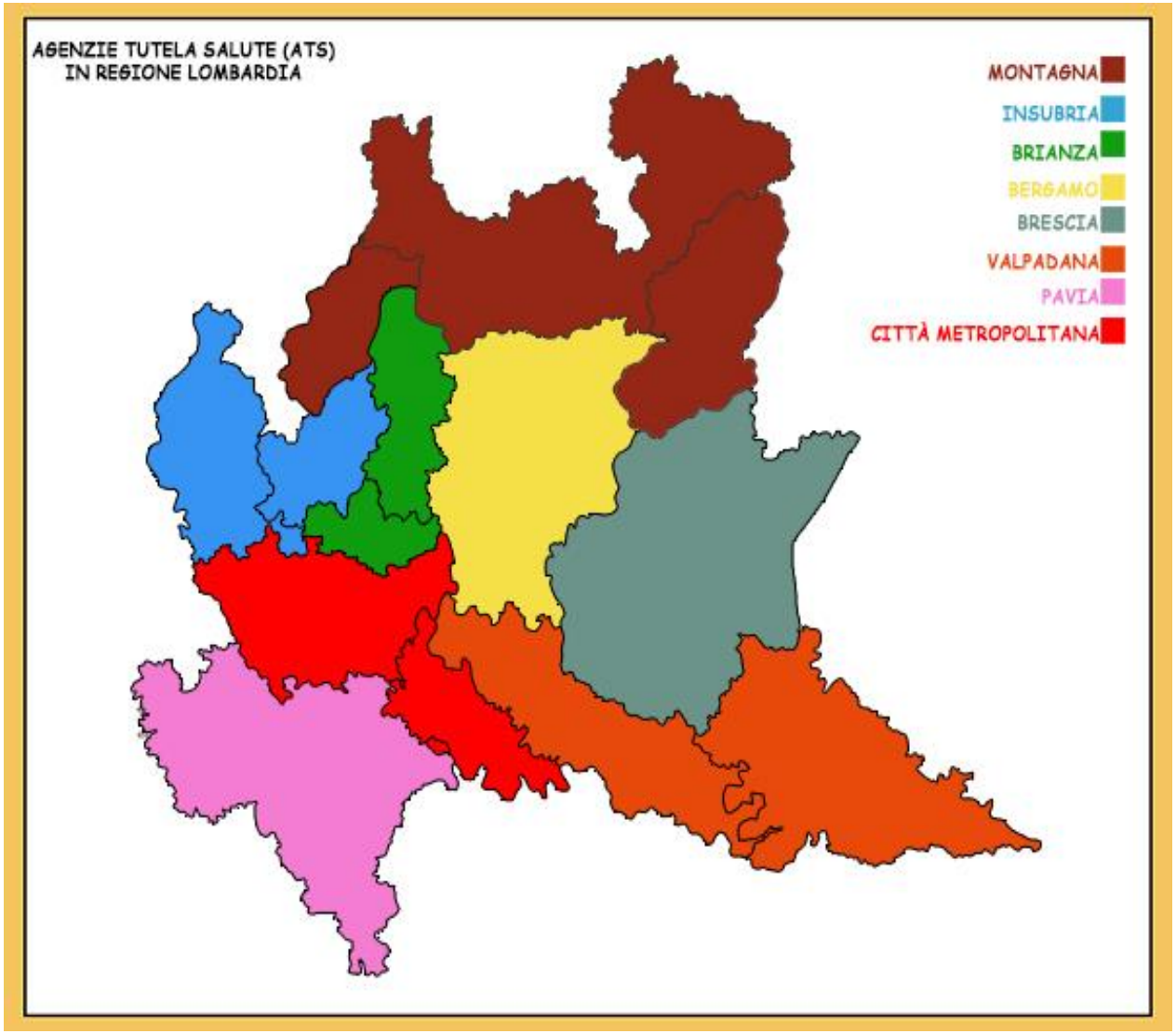
non più le ASL e le Aziende ospedaliere ma

un unico sistema di offerta

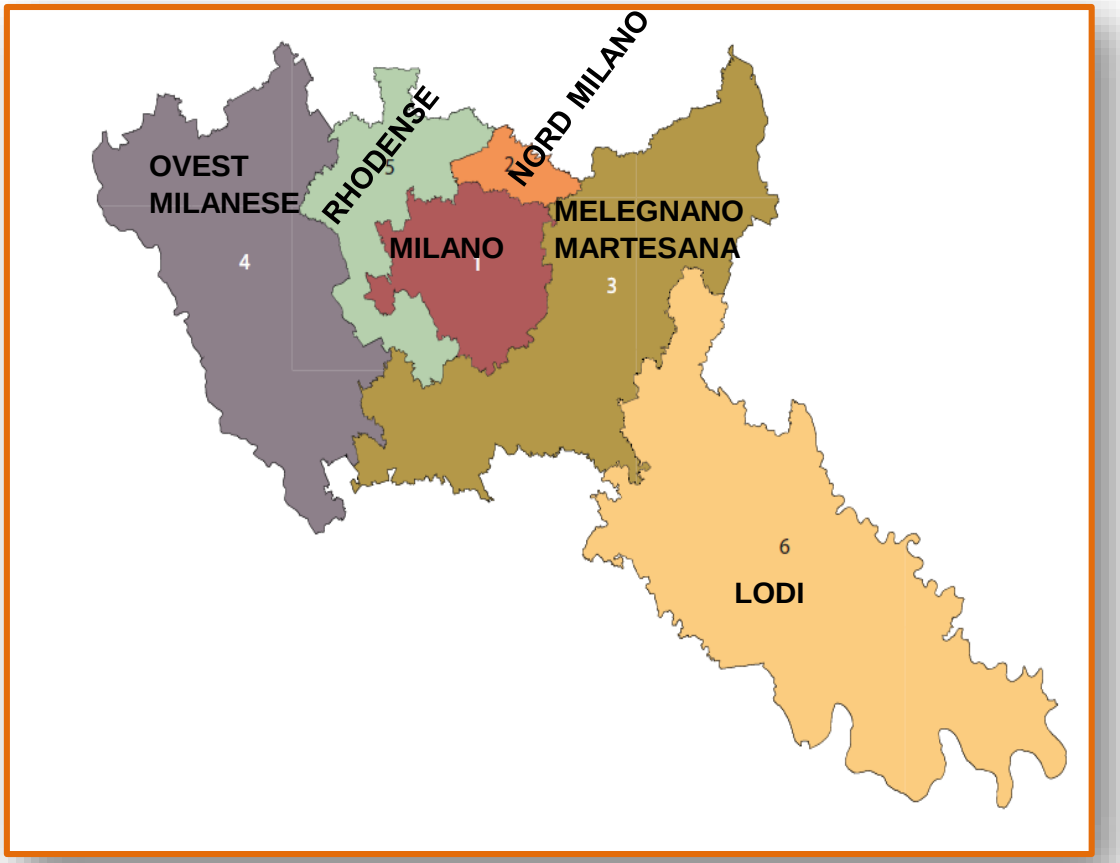
nel quale programmare, organizzare e gestire processi di

"presa in carico" delle persone in modo coordinato e integrato.

LE ATS LOMBARDE



ASST di ATS Città Metropolitana



1. ASST Città di Milano (Grande Ospedale Niguarda, Fatebenefratelli-Sacco, Gaetano Pini-CTO, Santi Paolo e Carlo):
1.370.000 ab. - Comune Mi

2. ASST Nord Milano:
260.000 ab. - 6 Comuni

3. ASST Melegnano e della Martesana:
630.000 ab. - 53 Comuni

4. ASST Ovest Milanese:
466.000 ab.- 49 Comuni

5. ASST Rhodense:
480.000 ab. - 23 Comuni

•6. **ASST Lodi:**
237.000 ab. - 61 Comuni

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il protocollo è da applicare a tutti i Pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri della ASST Ovest Milanese secondo le indicazioni dettagliate nel contenuto.

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA INIZIALE

Durante la **valutazione iniziale** l'Infermiere della U.O di degenza del paziente valuta il rischio di dimissione difficile e il rischio sociale:

- Analizza le **abilità funzionali** e identifica quali sono le **abilità psico-fisiche** della persona e dei familiari:
  - cosa è in grado di fare, qual è il suo grado di autonomia, quali disabilità o quali ridotte funzionalità sono presenti.
  - quali risorse la persona è capace di attivare per affrontare la malattia e per raggiungere gli obiettivi di cura.
- Analizza il **sistema di supporto sociale** intorno al paziente per capire che tipo di supporto eventualmente attivare in caso di scarsa presenza o totale assenza, ad esempio, di caregivers

STRUMENTI

MAD 200 REV. 5 Valutazione Infermieristica Iniziale

MAD 201 Pianificazione- Attuazione Assistenza infermieristica

MAD 202 scheda PARAMETRI

MAD 204 Scheda Presidi Sanitari

MAD 207 Scheda di monitoraggio e trattamento locale delle ferite-lesioni cutanee

MAD 208 Scheda di valutazione del rischio di lesione da pressione (SCALA DI BRADEN)

MAD 209 Diario infermieristico

MAD 10 Scheda di valutazione del rischio di caduta del Paziente (SCALA DI CONLEY)

MAD 233 Scala di Brass (Blaylock Risk Assessment Screening Score) che "identifica i pazienti a rischio di ospedalizzazione .prolungata con la conseguente necessità di pianificare la dimissione protetta".

MAD 110 Documentazione Clinica Degenza ordinaria (Area Chirurgica)

MAD 120 Documentazione Clinica Degenza ordinaria (Area Medica)

MAD 105 DIARIO integrato

MAD 106 Diario medico

ATTIVAZIONE PROTESICA

INVIO E-MAIL AGLI UFFICI PROTESI E AUSILI

INSERIMENTO PRESCRIZIONE IN ASSISTANT R.L. PER :

- fornitura di ausili di protesica maggiore;
- ventilo-terapia;
- ossigeno-terapia;
- fornitura presidi ed ausili e materiali di consumo.

ALLEGARE PRESCRIZIONE IN CASO DI NON INSERIMENTO IN ASSISTANT R.L.

UFFICIO PROTESI AUSILI

INVIA

Ufficio Forniture territoriali presidi ed ausili

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

ATTIVAZIONE PROTESICA

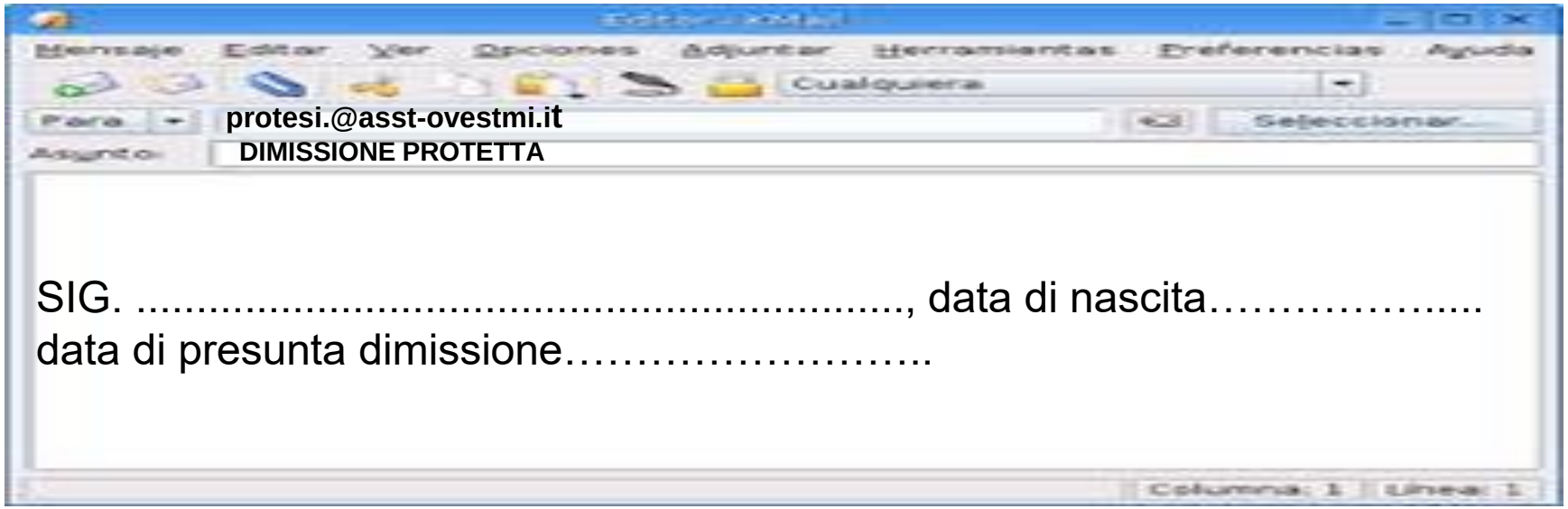
INVIO E-MAIL AGLI UFFICI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA

- ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE E RICHIESTA ADDENSANTI
- ATTIVAZIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE
- FORNITURA PRESIDI DI ASSORBENZA

ALLEGARE PRESCRIZIONE E USARE FORMAT E-MAIL

specialistica.legnano@asst-ovestmi.it
specialistica.cuggiono@asst-ovestmi.it
specialistica.magenta@asst-ovestmi.it
specialistica.abbiategrasso@asst-ovestmi.it

ATTIVAZIONE PROTESICA



protesica@asst-ovestmi.it

ventiloterapia@asst-ovestmi.it

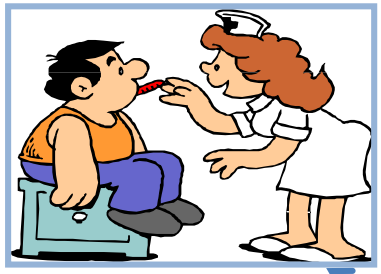
ossigenoterapia@asst-ovestmi.it

diabetica@asst-ovestmi.it

distribuzione.ausili@asst-ovestmi.it

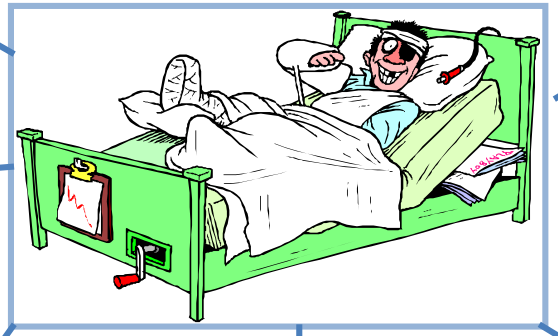
SETTING DI DIMISSIONE

ADI



HOSPICE

OSPEDALE



RIABILITAZIONE

RSA

CURE INTERMEDIE

RSD

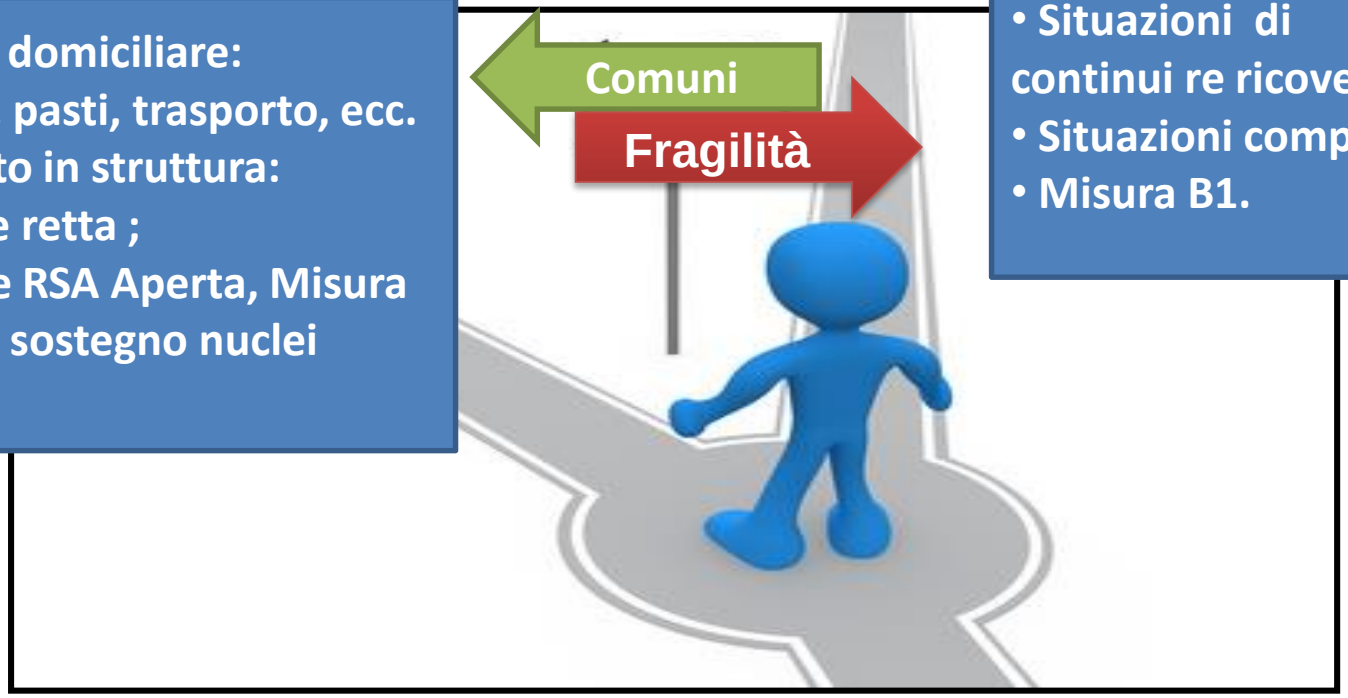
ATTIVAZIONI SOCIALI

CONTATTO CON ASSISTENTE SOCIALE COMUNE

→

Valutazione e progettazione congiunta

- Assistenza domiciliare:
SAD: igiene, pasti, trasporto, ecc.
- Inserimento in struttura: integrazione retta ;
- attivazione RSA Aperta, Misura B2, voucher sostegno nuclei fragili.



- Situazioni di continui re ricoveri;
- Situazioni complesse
- Misura B1.

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Ovest Milanese

RIUNIONI DIMISSIONI PROTETTE

IN EQUIPE

2 EQUIPE DIMISSIONI PROTETTE

UU.OO. DI DEGENZA

EQUIPE VMD

EQUIPE ASSISTENZA INTEGRATIVA

EQUIPE CASE MANAGERS

FORMAZIONE

- **2017**: SCOUTING DELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI E OSPEDALIERI PER LA PRESA IN CARICO DELLA PERSONA DIMESSA IN MODO PROTETTO AL DOMICILIO;
- **2018**: MONITORAGGIO NEL TEMPO: PRESA IN CARICO CONDIVISA ASST E AMBITI
- **2019**: LE ARTICOLAZIONI DELLA RETE OSPEDALE-TERRITORIO NELLA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE FRAGILI
- **2019**: LE DIMISSIONI PROTETTE: DALLA SCALA DI BRASS AL PERCORSO DI PRESA IN CARICO TERRITORIALE (CURE INTERMEDIE, SUBACUTI E DOMICILIARITÀ)