

CODICE AZ -002.0.0

PROCEDURA:

MODALITA' DI DIMISSIONE E CHIUSURA ITER DIAGNOSTICO- TERAPEUTICO

Prot. n. _____ del _____

Data di emissione del documento 22/08/2016

Data di applicazione del documento _____

Elenco Revisioni

Revisione		Descrizione modifica	Redazione	Verifica	Approvazione	Data di decorrenza
N°	Data					
1						
2						
3						
4						
5						



REDAZIONE		VERIFICA		APPROVAZIONE	
Data	22/08/2016	Data		Data	
Gruppo di lavoro		Responsabile Qualità Dott. M. Locci			
Dr.ssa Cristina Vargiu					
Dr.ssa Tina Baldussi					
Dr. Stefano Sanna					

LISTA DI DIFFUSIONE CONTROLLATA DEL DOCUMENTO

NOMINATIVO	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	RUOLO	FIRMA PER AVVENUTA RICEZIONE	DATA
Dott. ssa M.A. Baldussi	Direzione sanitaria P.O.	Direttore f.f.		
Dott. Raffaele Sechi	UOC Chirurgia Generale	Direttore		
Dott. G. Sorrentino	UOC Ortopedia e traumatologia	Direttore		
Dott. C. Tomasi	UOC Ostetricia e ginecologia	Direttore		
Dott. E. Mereu	UOS Urologia	Responsabile		
Dott. S. Sanna	UOS Diagnostica e terapia Endoscopica	Responsabile		
Dott. S.M. Usai	UOC Medicina	Direttore		
Dott. G. Delogu	UOC Cardiologia	Direttore		
Dott.ssa M.C. Mereu	UOC Nefrologia e dialisi	Direttore		
Dott.ssa O. Limongelli	UOC Pediatria e nido	Responsabile		
Dott.ssa G. Gramignano	UOS Oncologia	Responsabile		
Dott.ssa M. Canavero	Centro trasfusionale			
Dott.ssa G. Cabizzosu	UOC Anestesia e rianimazione	Direttore		
Dott. V. Sica	Diabetologia	Direttore		
Dott. F. Ronchi	UOC laboratorio analisi	Direttore		
Dott. U. Scarinci	UOC Radiologia	Direttore		
Dott.ssa A. Melis	Distretto socio sanitario Sanluri	Direttore		
Dott. A. Casadio	Distretto socio sanitario Guspini	Direttore		
Dott. A. Coni	Dipartimento SM e Dipendenze	Direttore		
Dott.ssa P. Manca	Dipartimento della prevenzione	Direttore		
Dott.ssa Rosa Piras	SET 118	Responsabile		
Dott.ssa M.G. Vacca	Presidio ospedaliero	P.O. SPS		
Dr.ssa C. Collu	UOC Ostetricia e ginecologia	Coord. SPS		
Coord M.Cotza	UOC Nefrologia e dialisi	Coord. SPS		
Coord. L. Ferrau	UOC Medicina	Coord. SPS		
Dr.ssa M.P. Pilloni	UOC Chirurgia Generale	Coord. SPS		
Coord. A. Marongiu	UOC Anestesia e rianimazione	Coord. SPS		
Coord. L. Pascalis	UOC Ortopedia e traumatologia	Coord. SPS		
Dr.ssa M. C. Racis	UOC Cardiologia	Coord. SPS		
Coord B. Ghiani	UOC Laboratorio analisi	Coord. SPS		
Coord. M. Racis	Distretti S.S. e Casa di recl.	P.O. SPS		
Coord. G. Atzeni	DSMD	Coord. SPS		

INDICE

1. PREMESSA	pag. 5
2. SCOPO	pag. 5
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	pag. 5
4. ACRONIMI TERMINI E DEFINIZIONI	pag. 5
5. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	pag. 6
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	pag. 6
7. TIPOLOGIE DI DIMISSIONE	pag. 7
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO	pag. 9
9. LEGENDA	pag. 9
10. MODALITÀ OPERATIVE	pag. 10
11. MONITORAGGIO	pag. 12
12. ELENCO ALLEGATI	pag. 12

1. PREMESSA

La procedura aziendale di dimissione/chiusura iter diagnostico terapeutico specifica le modalità di conclusione di un percorso assistenziale erogato in regime di ricovero o in regime ambulatoriale.

2. SCOPO

La procedura ha lo scopo di rendere omogenee le modalità operative di dimissione ospedaliera o di chiusura dell'iter diagnostico-terapeutico in caso di visita ambulatoriale o day service e garantirne la completa e corretta conoscenza da parte del personale interessato e la corretta applicazione.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

COSA	La procedura si applica a tutte le modalità di dimissione e chiusura dell'iter diagnostico- terapeutico
DOVE	La procedura si applica nel Presidio Ospedaliero, nel Distretto di Sanluri e nel Distretto di Guspini
PER CHI	La procedura è riferimento obbligato di tutti gli operatori coinvolti nel processo e a tutela degli utenti

4. ACRONIMI TERMINI E DEFINIZIONI

Scheda di dimissione ospedaliera	SDO
Day hospital	DH
Day surgery	DS
Day service	DSC
Unità operativa	UO

5. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

D.P.R. 14.1.1997: Accreditamento Istituzionale strutture sanitarie

D.P.R. 20.12.79 n° 761: Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali

D.P.R. 27.3.1969 n° 128: Ordinamento interno dei Servizi Ospedalieri

C.C.N.L. vigente

Percorso assistenziale integrato (Allegato 1)

Procedura per il trasferimento sanitario del paziente (Allegato 2)

Percorso clinico organizzativo Cure Domiciliari integrate (del. 324 del 14/05/2014) (Allegato 3)

Percorso clinico organizzativo PUA UVT rev 2. (Allegato 4)

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

	Comunicazione al paziente/familiare della dimissione/chiusura iter	Scheda di dimissione ospedaliera	Dimissione paziente fragile	Relazione clinica per trasferimento ad altra struttura	Relazione clinica ambulatoriale /referto	Compilazione scheda per il trasporto del paziente
Direttore U.O						
Dirigente medico	R	R	R	R	R	R
Coordinatore infermieristico			C			
Infermiere						

DIMISSIONE OSPEDALIERA

La dimissione costituisce un nodo importante del percorso assistenziale del paziente in quanto rappresenta il momento in cui i vari attori del processo assistenziale devono coordinare l'intero percorso secondo criteri di appropriatezza professionale e organizzativa.

L'obiettivo è quello di assicurare al paziente un'adeguata prosecuzione dell'assistenza sanitaria e sociale in fase post- acuta, garantendo gli interventi più idonei in relazione ai bisogni espressi e non espressi del paziente e alle risorse disponibili.

Il medico responsabile della dimissione del paziente deve, secondo scienza e coscienza, valutare le condizioni sanitarie e sociali del paziente, scegliere la tipologia di dimissione più idonea.

Il medico deve rilasciare al paziente la lettera di dimissione che deve contenere tutti i dati indispensabili, come sotto specificato.

Il medico deve compilare in ogni sua parte e in modo corretto la scheda di dimissione ospedaliera SISAR.

Pagina 6 di 13

Cod.AZ -002.0 0	Data Applicazione _____	Rev. 1 Data _____	Rev. 2 Data _____	Rev. 3 Data _____	Rev. 4 Data _____	Rev. 5 Data _____
-----------------	-------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

7. TIPOLOGIE DI DIMISSIONE

Dimissione ordinaria al domicilio del paziente.

Si attua quando il medico ospedaliero responsabile del caso, valutata la dimissibilità clinica e sociale del paziente, ritenga che lo stesso possa essere dimesso al proprio domicilio.

Dimissione protetta

Si attua quando nel corso della degenza ospedaliera emergono problematiche di natura socio-sanitaria tali da rendere difficile l'ordinaria dimissione a domicilio.

In questo caso è necessario gestire il momento della dimissione ospedaliera, oltre che dal punto di vista clinico anche dal punto di vista organizzativo garantendo il coordinamento tra equipe ospedaliera (medico U.O., infermiere, assistente sociale, psicologa) e equipe territoriale del PUA del distretto in cui il paziente risiede. La dimissione protetta può essere :

b-1: dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Si tratta di pazienti clinicamente dimissibili ma che necessitano di un supporto a domicilio perché incapaci di autogestire le cure e le proprie funzioni quotidiane.

Sono pazienti che hanno concluso l'iter diagnostico terapeutico ospedaliero e pur avendo raggiunto una stabilità clinica, si trovano nella condizione di aver perso temporaneamente o stabilmente la propria autonomia e necessitano di interventi assistenziali sanitari e riabilitativi a medio o a lungo termine, effettuabili a domicilio oppure di controlli periodici molto frequenti, effettuabili a domicilio, finalizzati al monitoraggio della malattia di base e delle sue complicanze.

b-2: dimissione in strutture per post-acuti presso residenza sanitaria assistenziale (RSA) e /o istituto pubblico o privato accreditato per riabilitazione.

Si tratta di pazienti che necessitano di riabilitazione motoria globale o terapia riabilitativa alimentare e richiedono, pertanto, un ulteriore periodo di soggiorno in struttura sanitaria a lungodegenza.

Il medico responsabile del caso, valutato il paziente ritenuto eleggibile ad un trasferimento/dimissione in struttura di lungodegenza, deve garantire il coordinamento tra equipe ospedaliera (medico U.O., infermiere, assistente sociale, psicologa) e equipe territoriale del PUA del distretto in cui il paziente risiede.

Cod AZ -002.0.0	Data Applicazione _____	Rev. 1 Data _____	Rev. 2 Data _____	Rev. 3 Data _____	Rev. 4 Data _____	Rev. 5 Data _____
-----------------	-------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Trasferimento ad altro istituto di ricovero pubblico o privato accreditato per acuti o ad altra unità operativa intraospedaliera

Avviene quando, per la specifica patologia del paziente, si rende necessaria la degenza presso un Istituto di ricovero di riferimento regionale o presso una U.O. a maggiore intensità di cura dello stesso Presidio Ospedaliero (vedi allegato 1: trasporto del paziente).

Dimissione volontaria.

Avviene per esplicita richiesta del paziente. Il medico ospedaliero responsabile del caso deve rilasciare al paziente la lettera di dimissione.

Chiusura iter diagnostico- terapeutico

In caso di visita specialistica / prestazione strumentale ambulatoriale presso il presidio ospedaliero o i poliambulatori aziendali, l'iter diagnostico / terapeutico si chiude con il rilascio al paziente di una relazione clinica / referto.

Di norma, la relazione clinica viene prodotta contestualmente alla visita.

Nei casi in cui sia necessario approfondire l'iter diagnostico per la formulazione della diagnosi, lo specialista, effettuata la valutazione clinica, è tenuto a prescrivere direttamente sul proprio ricettario SSN le prestazioni ritenute opportune e necessarie in rapporto al quadro clinico del paziente (indagini di laboratorio, indagini strumentali, consulenze specialistiche).

Concluso l'iter diagnostico, lo specialista formula la diagnosi, propone il trattamento terapeutico e consegna al paziente la relazione clinica ambulatoriale.

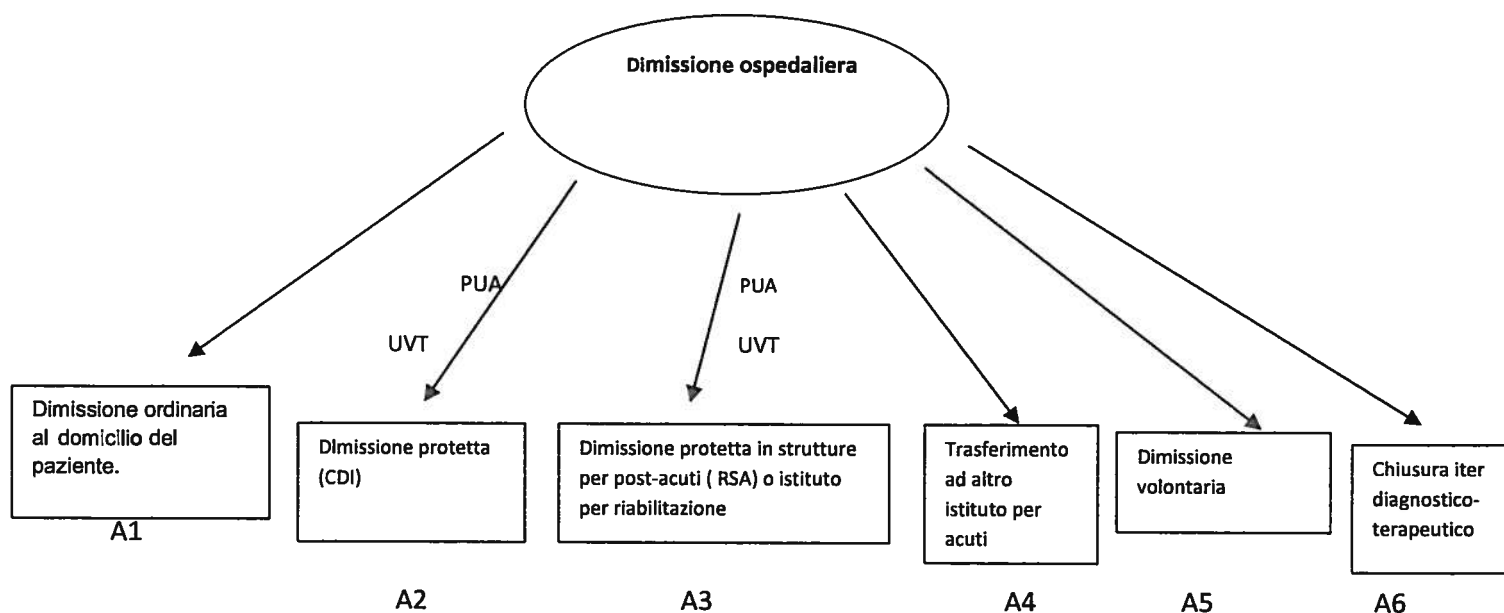
La relazione clinica ambulatoriale deve necessariamente contenere tutti i dati indispensabili al medico curante per inquadrare lo stato clinico del suo paziente: dati anagrafici, anamnesi patologia remota, anamnesi patologia prossima, esame obiettivo dettagliato, esito di eventuali esami strumentali effettuati, diagnosi, terapia proposta, proposta di eventuali controlli clinici.

Il referto, in caso di prestazione strumentale, deve contenere necessariamente tutti i dati indispensabili al medico curante per inquadrare lo stato attuale del paziente: dati anagrafici, tutti i dettagli relativi all'esame effettuato, la diagnosi circostanziata, la terapia proposta, la proposta di eventuali controlli strumentali.

Di norma il referto viene consegnato contestualmente all'esame; nei casi in cui ciò non sia possibile, il paziente deve essere informato, dal medico o dall'infermiera, prima dell'effettuazione della prestazione, sui tempi di ritiro del referto.

Cod.AZ -002.0.0	Data Applicazione _____	Rev. 1 Data _____	Rev. 2 Data _____	Rev. 3 Data _____	Rev. 4 Data _____	Rev. 5 Data _____
-----------------	----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8. DIAGRAMMA DI FLUSSO



9. Legenda

A1- la dimissione ordinaria al domicilio del paziente deve essere sempre accompagnata dalla lettera di dimissione recante il resoconto delle **procedure e terapie eseguite durante il ricovero/ episodio di cura, la diagnosi di dimissione, le raccomandazioni terapeutiche/ strumentali e il follow up**

A2 – per la dimissione protetta in Cure domiciliari integrate (CDI) *vedere* Dimissione di un paziente con bisogni di tipo sanitario e socio sanitario

A3 – per la dimissione protetta in strutture per post- acuti (RSA) o istituto per riabilitazione *vedere* Dimissione di un paziente con bisogni di tipo sanitario e socio sanitario

A4 – il trasferimento ad altro istituto/ospedale per acuti deve essere sempre accompagnato da tutta la documentazione sanitaria in possesso dell'U.O inviante (resoconto delle procedure e terapie eseguite durante il ricovero/ episodio di cura, diagnosi e motivazione del trasferimento). Il medico dell'U.O. prenderà contatti con il medico del reparto o struttura di destinazione, concorderà i termini e i tempi del trasferimento e predisporrà la documentazione clinica completa anche di eventuali supporti informatici relativi alla diagnostica strumentale (in copia in caso di trasferimento ad altra struttura). E' indispensabile compilare in modo completo e accurato la scheda per il trasporto del paziente.

A5 - la dimissione volontaria del paziente deve essere sempre accompagnata dalla lettera di dimissione recante il resoconto delle procedure e terapie eseguite durante il ricovero/ episodio di cura, la diagnosi di dimissione/ sospetto diagnostico, eventuali raccomandazioni terapeutiche/ strumentali

A6 – in caso di visita ambulatoriale, prestazione strumentale, day service, la chiusura dell'iter diagnostico terapeutico avviene con il rilascio al paziente della relazione clinica o del referto.

10. Modalità operative

Dimissione di un paziente con bisogni di tipo sanitario:

Il medico dell'U.O avrà cura di comunicare al paziente e/o ai suoi familiari la dimissibilità clinica e la tipologia di dimissione.

Dimissione di un paziente con bisogni di tipo sanitario e sociale

Il medico dell'U.O, durante il ricovero ospedaliero, identificherà precocemente il paziente che necessita di assistenza sociosanitaria alla dimissione (paziente fragile, affetto da patologie croniche, in cui coesistono bisogni sanitari e bisogni sociosanitari) e all'atto della dimissione lo avvierà ai Servizi territoriali, in modo strutturato, utilizzando la scheda condivisa di dimissione. La dimissione deve avvenire mediante passaggio organizzato da un setting assistenziale ad un altro: quindi, dimissione programmata, concordata con il paziente, familiari, il MMG e i servizi territoriali attivati, sanitari e sociosanitari (PUA-UVT). La messa in atto di meccanismi operativi comuni, Ospedale - Territorio, è indispensabile per assicurare al paziente la dimissibilità clinica e la dimissibilità sociale e per garantire la continuità delle cure come insieme di interventi fra i diversi setting assistenziali, da un livello di cure ad un altro, sia esso ospedale, domicilio, RSA, o altre realtà.

Per le modalità organizzative si rimanda al Documento aziendale "Percorso integrato Ospedale Territorio ASL di Sanluri".

L'interlocutore dell'equipe ospedaliera (medico, infermiere, assistente sociale, psicologa) è l'equipe territoriale del PUA del distretto in cui il paziente risiede.

Nella scheda di dimissione devono essere presenti i recapiti telefonici del PUA –UVT distrettuale.

La segnalazione deve avvenire sempre per via informatica, in modo che sia tracciabile. La scheda informatizzata deve identificare il referente, deve contenere le informazioni cliniche, il contesto, la situazione complessiva, i bisogni assistenziali, i bisogni di supporto sociosanitari.

Sono indispensabili i contatti diretti tra l'Unità Operativa Ospedaliera e PUA-UVT che riceve la scheda e analizza le informazioni sui bisogni sanitari e socio sanitari della persona.

Ritorno in tempo reale al reparto ospedaliero di notifica di presa in carico con attivazione della rete assistenziale.

Verifica del processo di presa in carico del paziente da parte del distretto con i tempi e le modalità di attivazione.

Chiusura del ricovero ospedaliero

Si vuole richiamare l'attenzione dei medici neo assunti sulla chiusura del ricovero ospedaliero, che si compone di:

- lettera di dimissione
- SDO
- chiusura cartella clinica

Lettera di dimissione

La lettera di dimissione rappresenta l'atto fondamentale per assicurare al paziente la continuità assistenziale Ospedale- territorio. Deve essere:

- redatta dal medico ospedaliero responsabile del caso su carta intestata della U.O.
- indirizzata al medico curante che deve assumere la responsabilità della cura
- consegnata, in busta chiusa, al paziente o ad un suo delegato.

La lettera di dimissione deve fornire al medico curante tutte le informazioni necessarie per conoscere le **circostanze del ricovero, l'anamnesi patologica prossima e l'esame obiettivo del paziente al momento del ricovero, l'iter diagnostico terapeutico seguito durante il ricovero, la diagnosi clinica circostanziata, le modificazioni del quadro clinico del paziente dalla ammissione alla dimissione, tutte le informazioni dettagliate inerenti il post- ricovero.**

Copia della lettera di dimissione deve essere conservata in cartella.

SDO

È la scheda di dimissione ospedaliera, strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli Istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Deve essere compilata in ogni sua parte correttamente dal medico che ha avuto in cura il paziente ricoverato. Le informazioni raccolte e codificate vengono trasmesse alla Regione e da questa al Ministero della Salute.

La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui assume le stesse valenze medico legali (art. 1 Decreto 28/12/91). Deve recare sia la firma del medico responsabile del caso, sia la firma del responsabile dell'U.O., il quale assume la responsabilità della regolare compilazione della stessa ai sensi del DPR n° 128/69. Spetta al Direttore Sanitario la verifica della completezza delle informazioni contenute nella SDO e la sua trasmissione alla Regione e al Ministero della Salute (art. 2 Decreto 28/12/91). La responsabilità della corretta compilazione della SDO compete al medico responsabile della dimissione, individuato dal Responsabile dell'U.O. dalla quale il paziente è dimesso. La SDO reca la firma dello stesso medico Responsabile della dimissione (Decreto 27/10/2000 n° 380). Deve essere compilata sia in caso di ricovero ordinario che in caso di day hospital. Non si applica all'attività ambulatoriale.

Chiusura della cartella clinica

Si ricordano alcuni cenni di giurisprudenza: per l'orientamento giurisprudenziale ormai consolidato la cartella clinica costituisce un atto pubblico di fede privilegiata con valore probatorio contrastabile solo con querela di falso, anche se le attestazioni contenute nella cartella clinica, ancorchè riguardanti fatti avvenuti in presenza di un pubblico ufficiale o da lui stesso compiuti, non costituiscono prova piena a favore di chi le ha redatte, in base al principio secondo il quale nessuno può preconstituire prova a favore di se stesso (Corte di cassazione 27/9/99 n° 10695). Qualunque evento non sia annotato nella cartella clinica non viene preso in considerazione anche se la circostanza potrebbe discolorare il medico (Cassazione 27/772003 n° 11316). La cartella clinica acquista un carattere definitivo in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata con la conseguenza ulteriore che, all'infuori di errori materiali, le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici. In sostanza la cartella clinica è immodificabile e irretrattabile. Infatti i dati contenuti nella cartella clinica non possono essere cancellati ma è ammessa la loro rettifica o integrazione. In caso di correzione è necessario circoscrivere l'errore tra due parentesi, numerarlo e riportare a piè di pagina il numero con la dicitura leggasi. Scrivere la correzione apportata, quindi apporre la firma, la data e il timbro.

La chiusura della cartella clinica prevede la cessazione della registrazione di fatti accaduti durante il ricovero. E' effettuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione, con la raccolta dei referti non ancora pervenuti al momento della dimissione e la compilazione della SDO.

Il Responsabile dell'U.O. ha il compito di controllare la cartella clinica, apporre il timbro dell'U.O. con il proprio nome e cognome e firmarla attestandone la completezza. La cartella clinica priva della firma del Responsabile dell'U.O. costituisce un atto incompleto.

La Direzione sanitaria, effettuata la verifica della completezza della cartella clinica, controfirma la stessa.

11. Monitoraggio

Indicatori:

- N° di schede di dimissione informatizzate SISAR / totale di schede di dimissione = 90%
- N° di pazienti fragili dimessi secondo la presente procedura/ n° totale di pazienti fragili dimessi = 90%
- N° di lettere di dimissione complete dei dati necessari/ n° totale di lettere di dimissione

Trimestralmente, gli indicatori verranno monitorati dall'U.O. interessata e i dati saranno trasmessi al Responsabile Qualità.

12. Elenco allegati

Allegato 1 Percorso assistenziale integrato

Allegato 2 Procedura per il trasferimento sanitario del paziente

Allegato 3 Percorso clinico organizzativo Cure Domiciliari integrate (del. 324 del 14/05/2014)

Allegato 4 Percorso clinico organizzativo PUA UVT rev 2.

Cod. _____	Data Applicazione _____	Rev. 1 Data _____	Rev. 2 Data _____	Rev. 3 Data _____	Rev. 4 Data _____	Rev. 5 Data _____
---------------	----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------