



REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ULSS n. 10 "Veneto Orientale"

LA DIMISSIONE OSPEDALIERA PROTETTA DEL PAZIENTE "FRAGILE"

PREMESSE

E' sempre più frequente la difficoltà di dimettere dall' Ospedale tempestivamente con percorsi adeguati soggetti con elevati bisogni assistenziali per cui il paziente permane impropriamente nel contesto ospedaliero riducendone l'efficienza e aumentando il rischio clinico.

Il fenomeno riguarda tutte le UU.OO. ma principalmente quelle di Medicina, per cui sempre più numerosi risultano gli "appoggi" di pazienti in altri Reparti con conseguenti disagi all'utente e diffusa diminuzione dell'efficienza organizzativa e produttiva.

Sussiste pertanto la necessità di aggiornare l'attuale processo delle Dimissioni Protette nella logica della continuità assistenziale migliorando il coordinamento e l'integrazione fra il sistema delle Cure Ospedaliere ed il sistema delle Cure Territoriali avviato con delibere del Direttore Generale n. 1044 del 10.7.1998 "Recepimento Piani di Zona dei Servizi Sociali per il triennio 1998-2000." e n. 1450 del 29.9.1998 " Attivazione Assistenza Domiciliare Integrata" e successive integrazioni e modificazioni.

PROTOCOLLO

P.zza Alcide De Gasperi
San Donà di Piave
www.ulss10.veneto.it

IL PAZIENTE FRAGILE

DEFINIZIONE

Si tratta di un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi ed esita in una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socioambientali che agendo in modo sinergico si amplificano e si perpetuano vicendevolmente.

Pur non essendo una condizione esclusiva della popolazione anziana, il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra settantacinquenni dove la cronicità, la comorbidità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo socio-sanitario, giocano un ruolo determinante.

Disabilità e fragilità spesso coesistono: la disabilità indica la perdita della funzione, la fragilità indica una situazione di instabilità nella quale è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti.

Premessa indispensabile per un'interpretazione globale della condizione di paziente fragile finalizzata ad un intervento mirato è un assessment accurato e approfondito che tenga conto di tutti i vari domini dell'individuo.

Da "I vecchi, la città e la medicina" (Trabucchi M - Il Mulino 2005)

Per "**dimissione protetta del paziente fragile**" si intende la dimissione del soggetto che, non sussistendo ulteriormente la necessità della degenza Ospedaliera, deve essere accompagnato nella dimissione garantendo l'adeguata risposta ai suoi bisogni assistenziali.

Le Linee Guida Regionali (DGRV 5273/1998 e segg.) indicano come esempi di pazienti fragili quelli con:

- esiti di episodi cerebrovascolari acuti;
- fratture ed esiti di altri interventi ortopedici;
- esiti invalidanti di patologia di competenza chirurgica;
- patologie cronico-degenerative in fase di riacutizzazione e/o scompenso;
- necessità di trattamenti di nutrizione artificiale;
- necessità di trattamenti di terapia palliativa;
- patologie oncologiche in fase avanzata;
- patologie HIV in fase avanzata;
- polipatologie;
- durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona;
- tutte le altre condizioni che richiedano comunque assistenza sanitaria non necessariamente erogabile in condizioni di degenza.

L'età, la solitudine e altri fattori socio-ambientali possono determinare una condizione di fragilità a prescindere dalle condizioni precedenti.

LA DIMISSIONE DEL PAZIENTE FRAGILE

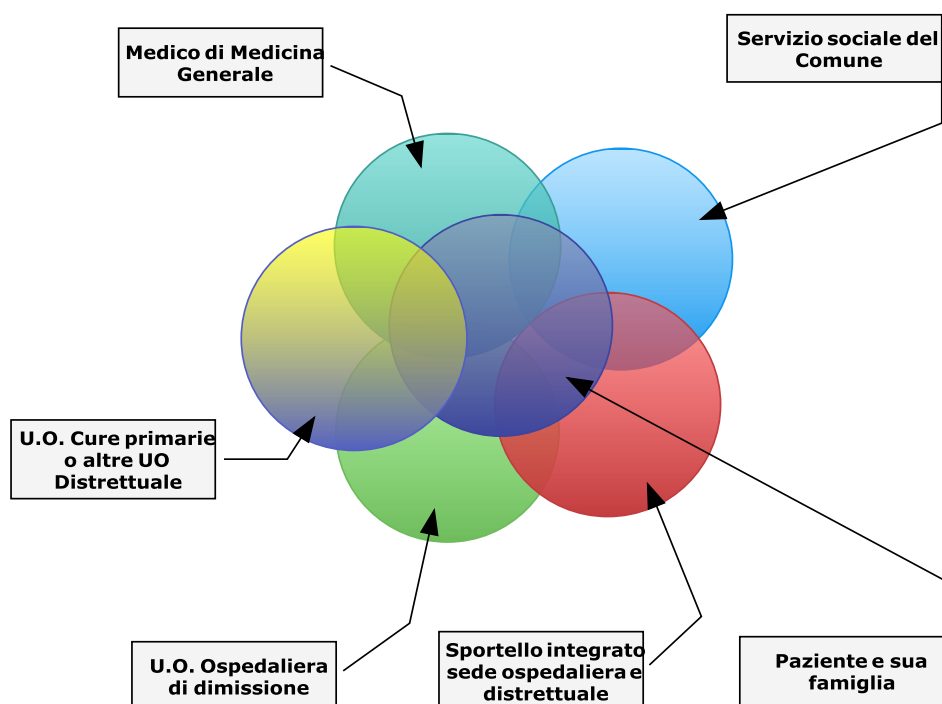
La dimissione del paziente fragile deve avvenire in modo protetto cosicché all'assistito vengano fornite le prestazioni ed i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati necessari, appropriati ed erogabili a livello territoriale.

La dimissione protetta del paziente fragile, presuppone una continuità assistenziale e richiede che la dimissione sia programmata fin dall'inizio dell'ammissione in Ospedale mediante lo stretto coordinamento tra:

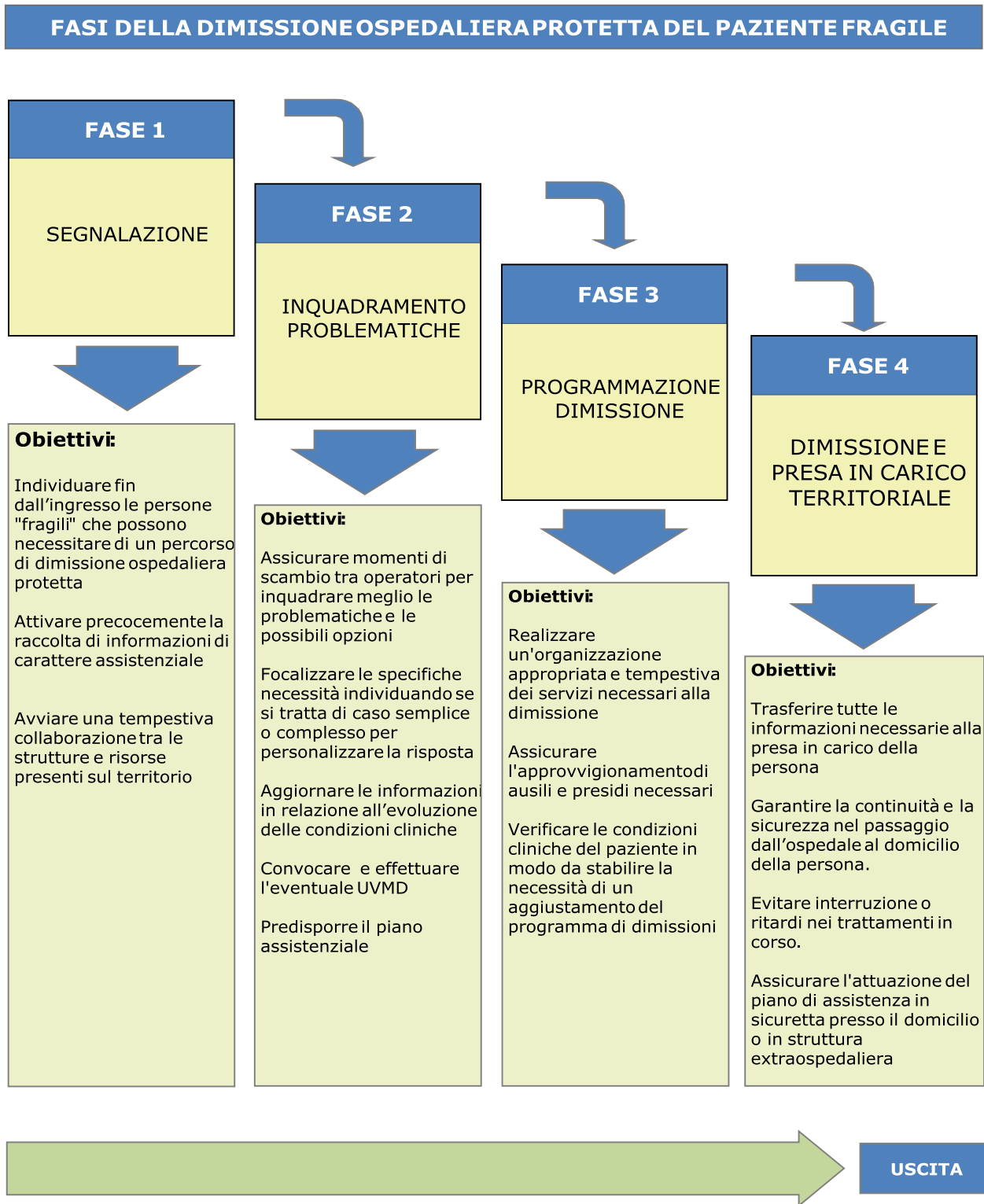
- la U.O. Ospedaliera di dimissione;
- il Medico di Medicina Generale;
- lo Sportello integrato (sede ospedaliera/sede distrettuale);
- la U.O. Cure Primarie o altre UU.OO. distrettuali (Psichiatria, Servizio per le Dipendenze, Consultorio Familiare, Neuro Psichiatria Infantile e Centro Disturbi Alimentari e del Peso);
- i Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente;
- il paziente e la sua famiglia.

L'intero processo prevede pertanto vari protagonisti con funzioni, competenze ed attività proprie che vengono definite nel seguente protocollo.

GLI ATTORI DELLA DIMISSIONE PROTETTA DEL PAZIENTE FRAGILE



Il protocollo per la dimissione ospedaliera protetta del paziente fragile individua 4 fasi operative fondamentali nell'ambito delle quali si snoda il percorso comunicativo, valutativo, organizzativo della dimissione; di seguito vengono illustrati in sintesi gli obiettivi relativi a ciascuna fase.



COMPETENZE DELLA U.O. OSPEDALIERA DI DIMISSIONE

FASE 1 – Segnalazione

Per ogni caso di ricovero di paziente fragile, con conseguente necessità della dimissione protetta, l'UO Ospedaliera di degenza, entro i primi 3 giorni di ricovero (esclusi festivi e prefestivi):

- contatta preliminarmente, attraverso lo sportello integrato, negli orari di ambulatorio, il MMG del paziente che fornirà il suo parere sulla possibilità di una gestione domiciliare in ADIMED (da privilegiare quando possibile rispetto alle soluzioni residenziali) e tutte le altre informazioni in suo possesso sul paziente e sulla rete familiare che non siano già contenute nella Scheda di accesso in ospedale di cui all'art. 51 comma 9 del CCNL;
- invia la apposita segnalazione (vedi allegato n. 1), via fax o altro idoneo mezzo allo sportello integrato che provvederà ad inoltrarlo alla Direzione della UO Cure Primarie del Distretto di residenza del paziente ed al MMG;
- in caso di necessità, previa valutazione multidisciplinare congiunta, tramite l'Assistente Sociale dello Sportello integrato contatta i competenti Servizi Sociali Comunali.

Al fine di consentire l'agevole contatto con il medico da parte delle UUOO Ospedaliere l'Azienda pubblicherà sul proprio sito Web gli orari e i numeri di telefono e di fax periodicamente aggiornati di tutti i MMG e PLS dell'AULSS n. 10.

FASE 2 – Inquadramento problematiche

L'UO Ospedaliera di degenza:

- avverte l'utente, il familiare o la persona di riferimento dell'avvio del processo di dimissioni protette (contatto con il MMG, segnalazione al Distretto, ecc.), eventualmente coordinandosi con l'Assistente Sociale dello sportello integrato;
- in caso di eventuale aggravamento delle condizioni cliniche della persona già segnalata realizza ulteriori e tempestivi scambi con il MMG con l'UO Cure Primarie e allo Sportello Integrato;
- segnala per tempo alla Farmacia Ospedaliera le particolari necessità di farmaci e/o materiali da rendere disponibili al paziente alla dimissione per i successivi 7 giorni, evitando il ricorso a prescrizioni territoriali;

- valuta ed avvia in collaborazione con lo sportello integrato la richiesta per la valutazione medica di prima istanza per il riconoscimento della invalidità civile;
- se necessario provvede, in collaborazione con lo sportello integrato e come da procedura all'eventuale prescrizione di ausili/protesi (1 copia della prescrizione va consegnata al paziente/alla sua famiglia e 1 copia va inviata via fax al Distretto);
- invia l'eventuale valutazione fisiatrica al Distretto per la successiva presa in carico;
- trasmette la richiesta di attivazione della UVMD (vedi regolamento) per ADIMED / HOSPICE / CENTRO SERVIZI tramite il relativo apposito modulo contenente la dichiarazione di consenso ed allega la scheda SVAMA per la parte sanitaria e cognitivo - funzionale;
- propone l'eventuale Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) tramite l'apposita procedura;
- partecipa all'eventuale UVMD in sede ospedaliera concorrendo alla formulazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

FASE 3 – Programmazione della dimissione

L'UO Ospedaliera di degenza:

- riceve dallo Sportello Integrato l'esito della UVMD;
- definisce la data della dimissione tenuto conto del Progetto Assistenziale Individualizzato e la comunica allo sportello integrato che la inoltra al MMG, alla UO Distrettuale e ove necessario al Comune di residenza;
- effettua l'aggiornamento della situazione clinico assistenziale del paziente prima della dimissione.

FASE 4 – Dimissione e presa in carico territoriale

L'UO Ospedaliera di degenza:

- elabora specifica lettera di dimissione del paziente per il Medico Curante;
- verifica che tutta la documentazione necessaria per la dimissione sia presente;
- in caso di persone prive di rete sociale modalità e orario di dimissione viene concordato con il Servizio Sociale Comunale.

COMPETENZE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il Medico di Medicina Generale ha la responsabilità unica e complessiva del paziente ed è il riferimento fondamentale in quanto:

- assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico;
- si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti;
- persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse.

Conseguentemente ogni azione riguardante il paziente deve garantire il rispetto delle suddette competenze e quindi rapportarsi sempre con il MMG.

FASE 1 - Segnalazione

Il Medico di Medicina Generale:

- condivide le informazioni relative al caso con i medici dell'UO Ospedaliera fornendo la propria valutazione preliminare sulla possibilità di una gestione a domicilio in ADIMED e le proprie conoscenze sul paziente e sulla rete familiare;
- riceve la segnalazione (tramite invio del modulo via fax, via telematica, ecc.) dallo sportello integrato;

FASE 2 – Inquadramento problematiche

Il Medico di Medicina Generale:

- concorre all'approfondimento delle problematiche assistenziali del paziente con l'UO Cure Primarie o altra UO distrettuale;
- contribuisce alla valutazione multi professionale in sede di UVMD e all'elaborazione e realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato di cui è responsabile come da normativa regionale, nella logica dell'integrazione socio-sanitaria;

FASE 3 – Programmazione della dimissione

Il Medico di Medicina Generale:

- conferma la propria disponibilità a seguire il paziente in un eventuale progetto ADIMED.

FASE 4 – Dimissione e presa in carico territoriale

Il Medico di Medicina Generale:

- è responsabile a domicilio dell'attuazione del Piano Assistenziale Individualizzato concordato in UVDM e ne richiede l'aggiornamento in caso di nuove successive esigenze.

COMPETENZE DELLA UO CURE PRIMARIE (O DELLE ALTRE UUOO DISTRETTUALI)

PREMESSA

Le UO Ospedaliere inviano le segnalazioni allo sportello integrato che le inoltra alle UO Cure Primarie per i casi di cui è competente, per le altre problematiche coinvolge il Direttore di Distretto che interessa prontamente eventuali altre UU.OO. Distrettuali per gli interventi di competenza.

FASE 1 – Segnalazione

L'UO Cure Primarie:

- riceve il modulo di segnalazione (vedi allegato n. 1) mezzo fax o altro mezzo idoneo dallo Sportello Integrato;

FASE 2 - Inquadramento problematiche

L'UO Cure Primarie, ricevuta la segnalazione:

- avvia la valutazione del problema segnalato con gli operatori coinvolti dell'UO Ospedaliera, con il MMG, con l'Assistente Sociale del Comune (tramite formale segnalazione), con l'Assistente Sociale dello sportello integrato e gli eventuali altri operatori interessati (Medico delle cure palliative; fisiatra, ecc.) per definire progressivamente un progetto assistenziale mirato, richiedendo se necessario la trasmissione delle richieste di attivazione UVMD e la scheda SVAMA compilata, definendo con il MMG e gli operatori coinvolti le modalità di svolgimento della stessa;

- comunica la richiesta di UVMD anche formalmente;
- convoca ed effettua l'eventuale UVMD (in sede ospedaliera se del caso) nei tempi più brevi possibili e comunque **entro 5 giorni** (esclusi giorni prefestivi e festivi) dal ricevimento della specifica richiesta;
- invia copia del verbale UVMD allo sportello integrato che provvederà a comunicare l'esito alla UO Ospedaliera, al comune di residenza e, se necessario, alla UOC Anziani e Disabili;

FASE 3 – Programmazione della dimissione

L'UO Cure Primarie:

- attiva i percorsi per l'eventuale approvvigionamento di ausili/protesi e per l'eventuale intervento riabilitativo a domicilio, richiedendo, se necessario, la trasmissione delle prescrizioni in FAX corredate da eventuale ulteriore documentazione;
- verifica con gli operatori dell'UO ospedaliera ed il MMG le condizioni del paziente in modo da definire in maniera precisa il programma della dimissione.

FASE 4 – Dimissione e presa in carico territoriale

L'UO Cure Primarie:

- in caso di ADIMED si attiva prontamente per dare attuazione al Piano Assistenziale Individualizzato come definito dalla UVMD;
- in caso di ingresso diretto in un Centro di Servizi in quanto il caso è stato valutato dalla UVMD "urgenza sociale" trasmette all'UO Anziani e disabili della Direzione servizi sociali tutta la documentazione necessaria per l'iscrizione alla graduatoria unica per l'accesso ai Centri Servizi; detta UO comunicherà la disponibilità del posto letto presso il Centro Servizi allo Sportello Integrato che a sua volta provvederà ad informarne l'UO Ospedaliera ai fini della dimissione e il Comune di residenza;
- registra l'avvenuta dimissione quale chiusura del processo e provvede alla compilazione degli indicatori di competenza;

NON POSSIBILITÀ DI PRESA IN CARICO NEI TEMPI PREVISTI

La valutazione negativa rispetto alla possibile attivazione della dimissione protetta, ad es. per impossibilità della presa in carico in ADIMED o per non immediata disponibilità di posti letto presso i Centri servizi territoriali, deve essere motivata e comunicata tempestivamente allo sportello integrato che la trasmette all'UO Ospedaliera richiedente la dimissione protetta e alla Direzione Distrettuale.

La Direzione Distrettuale, a sua volta, verificherà, congiuntamente al MMG, alla UO Distrettuale competente, alla Assistente Sociale dello Sportello Integrato, ai Servizi Sociali del Comune, tutte le possibili soluzioni alternative e ne darà comunicazione alla UO Ospedaliera interessata e alla Direzione della Funzione Ospedaliera.

COMPETENZE DEL COMUNE DI RESIDENZA

FASE 1 – Segnalazione

I Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente:

- registrano la segnalazione pervenuta dallo Sportello Integrato;
- avviano la necessaria collaborazione con l'assistente sociale dello Sportello Integrato della sede ospedaliera per una prima valutazione delle possibili problematiche sociali del caso.
- comunicano tempestivamente allo Sportello Integrato il ricovero di un utente in carico al servizio.

FASE 2 - Inquadramento problematiche

I Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente:

- concorrono agli approfondimenti valutativi e all'inquadramento del problema segnalato con il MMG e con gli operatori del Distretto;
- ricevono tempestivamente dalla UOC Cure Primarie la richiesta di partecipare alla UVMD;
- partecipano alla UVMD (entro 5 gg dalla richiesta);
- concorrono alla definizione del Piano Assistenziale Individualizzato per le competenze proprie;

FASE 3 – Programmazione della dimissione

I Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente:

- attivano gli interventi/servizi di competenza qualora necessari.

FASE 4 – Dimissione e presa in carico territoriale

I Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente:

- concorrono, per gli aspetti di competenza, alla realizzazione del Piano assistenziale definito in sede di UVMD.

RUOLO DELLA FAMIGLIA

Nella scelta della assistenza domiciliare è determinante la volontà della famiglia di assistere il familiare nel proprio contesto evitando di relegarlo impropriamente ad altri ambienti meno adeguati; solo in questo caso sarà possibile attivare una adeguata assistenza medica, infermieristica e sociale in modo che al paziente venga consentito di sentirsi ancora parte integrante del proprio nucleo di origine.

Per i familiari si tratta di un impegno che può presentarsi irto di difficoltà e di comprensibili dubbi di non essere in grado di affrontare evenienze connesse con la malattia; sarà perciò impegno e compito dei vari protagonisti che definiscono il progetto assistenziale (MMG, UO CP, Comune, Ospedale, ecc.) affrontare e cercare di risolvere dette difficoltà. Particolare attenzione va posta quindi nel momento della comunicazione alla famiglia del Piano assistenziale definito dalla UVMD e di ciò dovrà farsi carico il referente del caso.

Qualora la UVMD abbia definito il preciso piano assistenziale (ADIMED, inserimento in Centri di Servizi, ecc.) e quindi sussistano tutte le condizioni per la dimissione, la famiglia dovrà a ciò conformarsi; in caso diverso, nel rispetto della legislazione vigente in materia (Codice Civile, ecc.) e con la garanzia di una corretta procedura amministrativa e informativa (da definirsi in un **apposito protocollo**), potranno essere posti a carico della stessa i costi della inappropriata degenza ospedaliera.

FASE 1 – Segnalazione

L'utente, il familiare o la persona di riferimento:

- segnala la presenza di eventuali difficoltà socio-assistenziali all'assistente sociale dello Sportello integrato ospedaliero.

FASE 2 - Inquadramento problematiche

L'utente, il familiare o la persona di riferimento:

- viene informato dalla UO di degenza che è stato avviato l'iter della Dimissione protetta;
- prende contatti con i Servizi Sociali del proprio Comune per concordare eventuali interventi socio-assistenziali;
- in caso di attivazione di servizi socio-assistenziali avvia le pratiche amministrative per l'accesso al servizio individuato (domanda ISE e ISEE, ecc.);
- concorda le soluzioni per assicurare, qualora possibile, la continuità di cura a domicilio.

FASE 3 – Programmazione della dimissione

L'utente, il familiare o la persona di riferimento:

- concorda con l'UO Ospedaliera il programma di dimissione;
- avvia eventualmente l'iter per il riconoscimento della invalidità civile;
- riceve a domicilio i presidi/ausili necessari e ritira presso le sedi indicate quelli non consegnabili;
- concorre con il personale del Distretto e/o del Comune alla verifica delle barriere architettoniche;
- informa il MMG ed il personale del Distretto e/o dei Servizi Sociali di eventuali ulteriori problematiche.

FASE 4 – Dimissione e presa in carico territoriale

Il giorno della dimissione, l'utente, il familiare o la persona di riferimento:

- concorda con la UO Ospedaliera l'orario e la modalità della dimissione;
- riceve la lettera di dimissione da consegnare al proprio Medico (a cura della UO Ospedaliera 1 copia, previo consenso del paziente, sarà inviata anche al Distretto);
- collabora alla attuazione della dimissione.

COMPETENZE DELLO SPORTELLO INTEGRATO

Lo Sportello Integrato costituisce un Servizio a disposizione dei cittadini e costituisce la porta di accesso ai Servizi Sanitari e Socio-sanitari dei Distretti e degli Ospedali.

Garantisce le seguenti funzioni e attività:

- consentire l'integrazione delle varie equipe sanitarie ai fini della valutazione multidisciplinare del caso;
- fornire informazioni relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema della domiciliarità e della residenzialità esistenti e accessibili per gli utenti del territorio;
- raccogliere le domande di accesso a prestazioni e servizi e se del caso, inoltrarle ai Servizi competenti;
- effettuare una prima lettura dei bisogni, proponendo al cittadino le prestazioni e servizi a lui accessibili in base alla tipologia di bisogno;
- inviare a Servizi e operatori specialistici le situazioni complesse e/o delicate, che possono necessitare di una successiva valutazione e presa in carico integrata;
- favorire il rapporto tra Ospedale, MMG, Distretto Socio Sanitario e rete dei Servizi Socio Sanitari del territorio;
- concorrere ad alimentare il sistema informativo aziendale con particolare riferimento alla tipologia della domanda assistenziale espressa dal territorio;
- ricondurre ad unità accessi e interventi parcellizzati;
- favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi diversi e tra enti diversi;
- semplificare le procedure burocratiche.

L'attività dello sportello integrato è organizzata nel seguente modo:

SEDE	ORE DI FUNZIONAMENTO SETTIMANALI
Distretto 1 San Donà di Piave	18 ORE
Distretto 2 Caorle	18 ORE
Distretto 3 Portogruaro	18 ORE
Ospedale di Portogruaro	18 ORE
Ospedale di San Donà	18 ORE
Ospedale di Jesolo.	18 ORE

Funzione di Coordinamento e integrazione degli sportelli: 1 unità di Assistente Sociale per 36 ore/settimana.

Complessivamente quindi il personale dedicato è di **4 unità**.

FASE 1 - Segnalazione

L'assistente sociale dello Sportello Integrato:

- riceve la segnalazione mezzo fax o altro mezzo idoneo dall'UO Ospedaliera e/o da altri soggetti istituzionali e non;
- effettua una prima valutazione della segnalazione in reparto attraverso colloquio con il/la caposala per raccogliere informazioni sul paziente, sulla famiglia, sulla diagnosi di entrata, sulla situazione di compromissione di autosufficienza e sui tempi di ricovero;
- dopo una prima valutazione professionale tesa a definire il fabbisogno dell'utente, fornisce una consulenza professionale e, ove necessario, invia segnalazione mezzo fax o altro mezzo idoneo alle UO Cure Primarie, al MMG e ai Servizi Comunali.

FASE 2 – Inquadramento problematiche

L'assistente sociale dello Sportello Integrato:

- valuta ed acquisisce ulteriori informazioni attraverso un colloquio con il paziente;
- convoca a colloquio i familiari per informarli dell'attivazione del protocollo di dimissione protetta, per raccogliere tutti i dati sulla rete sociale e familiare e per fornire informazioni sulla rete dei servizi esistente;
- ai fini della collaborazione nella stesura del Piano Assistenziale Individualizzato coopera nella gestione del caso con l'intera rete dei servizi attivati (Servizi Comunali, Servizi distrettuali, MMG, UO Ospedaliera, etc.) in un'ottica di integrazione socio-sanitaria;
- facilita il flusso e la trasmissione della documentazione necessaria ad attivare i servizi, fornendo ai familiari l'aiuto necessario nella compilazione della modulistica.

FASE 3 – Programmazione della dimissione

L'assistente sociale dello Sportello Integrato:

- acquisisce il verbale dell' UVMD dall'UOC Cure Primarie e ne comunica l'esito all'UO Ospedaliera; la stessa informa lo Sportello Integrato sulla data di dimissione e, se necessario, la comunica ai Servizi Comunali;
- in caso di ingresso in struttura residenziale mantiene i contatti e facilita le comunicazioni tra UOC Anziani e Disabili della Direzione dei Servizi Sociali, l'UO Ospedaliera e, se coinvolti, i Servizi Sociali Comunali e le Case di Riposo;
- in altri casi come ordinaria modalità di collaborazione tra servizi la UOC Anziani e Disabili verrà interpellata dallo Sportello Integrato per consulenze in ordine alle risorse esistenti/programmate.

FASE 4 – Dimissione e presa in carico territoriale

L'assistente sociale dello Sportello Integrato:

- verifica che le procedure/servizi siano stati attivati;
- registra l'attività svolta e le dimissioni protette attivate con finalità statistiche e, attraverso indicatori di ricerca predefiniti, effettua una verifica dell'intero percorso di dimissione protetta;
- mette a disposizione la conoscenza del caso nelle diverse fasi del processo di dimissione (UVMD e/o altre riunioni tecniche).

INDICATORI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

STRUTTURA COMPETENTE ALLA COMPILAZIONE: DIREZIONE UO CP (o altre)

OBIETTIVO DA VALUTARE	INDICATORE	VALORE	PERIODICITÀ
Effettiva dimissione dall'Ospedale entro il periodo di degenza presunto	1) Percentuale di PF dimessi entro il periodo di degenza presunto indicato nella scheda di segnalazione sul totale delle segnalazioni effettuate.	≥ 50%	SEMESTRALE
Tempestività della segnalazione del Paziente fragile	2) Percentuale di segnalazioni effettuate entro i termini stabiliti (entro il 3° giorno del ricovero) sul totale delle segnalazioni effettuate	≥ 80%	TRIMESTRALE
Tempestività della UVMD	3) Percentuale di UVMD effettuate entro 5 gg dall'invio della richiesta di UVMD	≥ 50%	TRIMESTRALE
Effettiva comunicazione dell'esito della UVMD	4) Percentuale delle effettive comunicazioni all'UO Ospedaliera sull'esito delle UVMD sul totale delle UVMD	≥ 90%	TRIMESTRALE
Effettiva segnalazione casi ADIMED	5) n. ADIMED attivate dal MMG entro la prima settimana dalla data di dimissione del PF senza segnalazione da parte dell'UO ospedaliera sul totale delle ADIMED attivate per PF dimessi	≤ 10%	TRIMESTRALE
Contatto Ospedale / MMG	6) n. effettivi contatti preliminari tra UO ospedaliera e MMG sul totale delle segnalazioni	≥ 90%	TRIMESTRALE

STRUTTURA COMPETENTE ALLA COMPILAZIONE: DIREZIONE FUNZIONE OSPEDALIERA

OBIETTIVO DA VALUTARE	INDICATORE	VALORE	PERIODICITÀ
Permanenza in Ospedale dopo 30 giorni dalla data di dimissibilità	1) Percentuale di PF ancora presenti in Ospedale dopo 30 giorni della data di dimissibilità sul totale delle segnalazioni effettuate.	≤ 5%	SEMESTRALE
Durata della degenza	2) Percentuale dei pazienti dimessi con superamento della durata delle degenza per lo specifico DRG sul totale delle segnalazioni effettuate	≤ 10%	SEMESTRALE
Rientro in Ospedale	3) Percentuale di soggetti dimessi e rientrati entro 30 giorni per la stessa patologia del precedente ricovero, sul totale dei pazienti dimessi con DP	≤ 10%	SEMESTRALE
Corretta compilazione della SDO alla voce "dimissione"	4) Percentuale di SDO con campo "modalità di dimissione = 3" non compilato o errato rispetto al totale dei dimessi presso una RSA o Casa di Riposo o altra struttura residenziale (ad es. HOSPICE)	≤ 10%	SEMESTRALE
Corretta compilazione della SDO alla voce "dimissione"	5) Percentuale di SDO con campo "modalità di dimissione = 9" non compilato o errato rispetto al totale dei dimessi al domicilio del paziente con attivazione della ADIMED	≤ 10%	SEMESTRALE