

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ATS Brescia

# **PROTOCOLLO DI DIMISSIONE/AMMISSIONE DEL PAZIENTE DIALIZZATO**

**Novembre 2016**

## **Composizione Gruppo di Lavoro**

### **Coordinatore Tavolo:**

**Dr.ssa Raffaella Chiappini**    **Responsabile U.O. Medici delle Cure Primarie e Medicina del Territorio – Dipartimento Cure primarie – ATS Brescia**

### **COMPONENTI ATS:**

**AFD Anna Maria Aluigi**    **Responsabile Ufficio Cure Domiciliari e Strutture Residenziali e Semi Residenziali Area Anziani – Dipartimento PIPSS – ATS Brescia**

### **COMPONENTI ALTRI ENTI:**

**Dr. Massimo Sandrini**    **Responsabile Unità Semplice di Dialisi Peritoneale e Malattia renale cronica – ASST Spedali Civili Brescia**

**Dr.ssa Martina Bracchi**    **Direttore del Servizio di Emodialisi - ASST Franciacorta**

**Dr.ssa Ester Costantino**    **Responsabile del Servizio di Dialisi del PO di Gavardo – ASST del Garda**

## **Premessa**

L'esigenza della definizione di un percorso che faciliti la dimissione del paziente dializzato verso il domicilio, anche con la possibilità di attivazione di servizi domiciliari, o verso una struttura socio-sanitaria (Struttura Riabilitativa, RSA) è nata in risposta al bisogno di garantire la continuità di cura nei diversi servizi e alla necessità di assicurare una presa in carico globale di questa tipologia di pazienti e delle loro famiglie, spesso coinvolte in prima persona proprio nella gestione del trattamento dialitico (extracorporeo o peritoneale).

La stesura di una procedura di dimissione/ammissione protetta, condivisa da referenti delle strutture ospedaliere delle tre ASST presenti nel territorio di ATS Brescia, finalizzata a rendere omogeneo il primo momento di presa in carico del paziente dializzato, è il primo passo verso la stesura completa di un "PDTA per la presa in carico del paziente dializzato nelle strutture riabilitative e socio-sanitarie che vedrà coinvolte più figure dei servizi sanitari e sociosanitari.

La procedura è stata elaborata dal Gruppo di Lavoro per "La presa in carico del paziente dializzato nelle strutture riabilitative e socio-sanitarie" istituito in data 02 novembre 2016, con la partecipazione collaborativa di referenti delle UO di Nefrologia dell'ASST Spedali Civili di Brescia, del Servizio di Dialisi dell'ASST Franciacorta e del Servizio di Dialisi dell'Ospedale di Gavardo dell'UO di Nefrologia e Dialisi dell'ASST del Garda.

## **Il contesto dell'ATS di Brescia**

Dai dati forniti dalla Banca Dati Assistito (BDA) 2015 di ATS Brescia emerge che il numero di soggetti con IRC residenti a Brescia sono circa 6.800, cioè lo 0,57% della popolazione totale; di questi 2.890 sono femmine e 3.931 maschi. Questo dato potrebbe essere sottostimato dal momento che spesso la certificazione di esenzione per la patologia viene rilasciata negli stadi avanzati della malattia.

In trattamento dialitico, nel periodo luglio 2015 - giugno 2016, risultano essere 1.015 pazienti residenti in ATS Brescia, di questi :

- 880 emodializzati
- 115 in dialisi peritoneale

Per 20 pazienti erano state registrate entrambe le tipologie di trattamento, verosimilmente per cambio di metodica successiva all'inizio della terapia sostitutiva.

A questa popolazione di pazienti si aggiunge un numero abbastanza elevato di portatori di trapianto di rene, n° 779.

## **Obiettivi**

La procedura di dimissioni/ammissioni protette ha le seguenti finalità:

1. Implementare i processi di integrazione tra UO di Nefrologia, Servizi Dialisi e i servizi della rete territoriale (es. RSA, Hospice, Strutture Riabilitative, Cure Intermedie, ADI ecc.), i Medici di Medicina Generale (MMG), attraverso le équipe territoriali per la valutazione multidimensionale e gli Uffici/Referenti per le Dimissioni protette delle strutture ospedaliere, mediante modalità di lavoro efficaci e condivise;
2. realizzare prese in carico congiunte di tutti gli assistiti in dialisi al fine di migliorare la qualità di vita e gli esiti clinici ed assistenziali assicurando la continuità assistenziale;

Tali finalità si completeranno con la stesura definitiva del PDTA che mirerà a:

1. garantire ai pazienti in dialisi extracorporea o peritoneale la continuità dell'intervento assistenziale al domicilio o presso strutture della rete socio-sanitaria
2. garantire al paziente dializzato, inserito in struttura sociosanitaria, un appropriato livello di qualità assistenziale
3. ottimizzare l'uso delle risorse disponibili nel territorio per l'assistenza ai pazienti in trattamento peritoneale o extracorporeo anche "domiciliare"
4. favorire l'incremento dell'uso della dialisi peritoneale e/o extracorporea domiciliare
5. favorire, sul territorio di ATS, un coinvolgimento delle strutture socio-sanitarie e riabilitative che offra una possibilità di accesso a tali servizi omogenea per tutti i pazienti
6. favorire il coinvolgimento dei MMG e dei Medici delle strutture anche con il contributo delle équipe di valutazione multidimensionale
7. favorire la formazione necessaria a garantire un'elevata professionalità degli operatori interessati (medici e infermieri) definendo percorsi di addestramento/aggiornamento da parte dei team ospedalieri.

## **Destinatari**

I pazienti emodializzati o in dialisi peritoneale, le loro famiglie/caregiver e le strutture socio-sanitarie della rete sono al contempo destinatari della procedura di dimissione/ammissione protetta e del PDTA, e attori, dato il loro coinvolgimento attivo.

Il PDTA sarà tuttavia anche uno strumento professionale utile rivolto a:

1. team delle UO di Nefrologia e dei Servizi di dialisi
2. MMG
3. operatori delle strutture di ricovero/RSA/riabilitazione
4. operatori delle équipes territoriali per la valutazione multidimensionale
5. infermieri delle strutture/degli studi medici/degli enti erogatori.

## **Percorso operativo**

Le dimissioni/ammissioni protette prevedono il coinvolgimento attivo di:

1. assistito e/o familiari
2. medico del reparto/servizio
3. infermiere o Coordinatore infermieristico del reparto/servizio
4. Ufficio/Referente dimissioni protette dell'ospedale
5. operatori delle équipes territoriali per la valutazione multidimensionale.

in caso di dimissioni verso il domicilio può essere previsto il coinvolgimento di:

1. MMG
2. équipes territoriali per la valutazione multidimensionale
3. assistente sociale
4. ufficio territoriale di riferimento per la pianificazione del trasporto protetto in caso di trattamento emodialitico extracorporeo (secondo il protocollo in uso presso le ASST).

in caso di dimissioni verso struttura riabilitativa/sociosanitaria deve essere previsto il coinvolgimento di:

1. Medico della Struttura (responsabile sanitario)

2. Coordinatore infermieristico della struttura
3. équipe territoriali per la valutazione multidimensionale
4. ufficio territoriale di riferimento per la pianificazione del trasporto protetto in caso di trattamento emodialitico extracorporeo (secondo il protocollo in uso presso le ASST).

L'attivazione del percorso prevede sempre:

- la conoscenza della procedura da parte di tutti gli operatori che vi prenderanno parte, garantita attraverso la divulgazione del presente documento in incontri di presentazione/momenti formativi
- l'integrazione tra gli operatori del polo territoriale ed ospedaliero delle ASST e i Servizi di ATS, al fine di promuovere la corretta attuazione della rete sanitaria e sociosanitaria.

### **Dimissione del paziente dializzato**

Il paziente che inizia il trattamento dialitico proviene solitamente da un periodo di follow-up ravvicinato che si effettua nella fase terminale dell'IRC in ambulatori dedicati alla malattia renale avanzata gestiti da team di medici e infermieri.

Durante il follow-up ambulatoriale il team illustra all'assistito e alla famiglia le tipologie possibili di trattamento dialitico, con indicazioni e controindicazioni agli stessi, guidando il paziente e la famiglia verso la scelta più appropriata, consapevole e condivisa.

Inoltre provvede ad avviare un percorso di Educazione/formazione, della famiglia e dell'assistito con riferimento a:

- terapia nutrizionale, programmando consulenze con il Servizio dietetico ospedaliero
- gestione delle emergenze cliniche ( es. sanguinamenti/ipotensioni ecc)
- gestione dell'accesso di dialisi (fistola artero-venosa, catetere venoso centrale o catetere peritoneale).

## **La dimissione all'inizio del percorso di dialisi**

### **A) Il ruolo del team ospedaliero**

Alla dimissione il team ospedaliero provvede a:

1. redigere la relazione di dimissione, trasmessa al MMG tramite SISS;
2. consegnare al paziente il calendario delle sedute dialitiche, se emodializzato o il programma di visite ambulatoriali (se peritoneale)
3. consegnare al paziente le prescrizioni farmacologiche, le richieste eventuali di visite ed esami se previste
4. prescrivere/programmare le necessarie visite specialistiche/indagini strumentali per il completamento dell'iter diagnostico
5. redigere le certificazioni/prescrizioni finalizzate all'accertamento dell'invalidità e all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria (come da documento "Accordo di collaborazione per le dimissioni protette Ospedale – territorio" ATS dicembre 2016), se necessario
6. redigere i Piani Terapeutici, quando previsti, trasmettendoli on-line al Servizio Farmaceutico di ATS
7. assicurare, mediante prescrizione diretta o per il tramite del MMG/medico prescrittore ospedaliero, alla fornitura di protesi, ausili e servizi sanitari complementari (ossigeno-ventiloterapia, nutrizione artificiale, ecc.)
8. garantire la fornitura del materiale per i trattamenti domiciliari
9. fornire a paziente e famiglia eventuali brochure esplicative sulla malattia, la dieta ed il trattamento dialitico
10. fornire al paziente e/o alla famiglia i riferimenti relativi all'organizzazione dell'UO/Servizio utili alla gestione delle emergenze/urgenze
11. prendere contatti con il centro Trapianti di riferimento nelle situazioni in cui, a seguito di colloquio con il paziente, tale percorso è praticabile
12. favorire il contatto con associazioni di pazienti (es. ANED) o altre associazioni di pazienti se presenti
13. pianificare con l'ufficio territoriale di riferimento il trasporto assistito/protetto se necessario
14. attivare, con le modalità proprie di ogni Presidio Ospedaliero, l'Ufficio/referente dimissioni protette
15. attivare un diario domiciliare o altra modalità per condividere la gestione del paziente con tutti gli operatori coinvolti (strutture /MMG/ADI ecc.).

## **B) Il ruolo dell'ufficio/referente ospedaliero per le dimissioni protette**

Gli operatori del suddetto ufficio/il referente provvederanno, in accordo con il team ospedaliero, ad avviare la procedura di ammissione del paziente verso la unità di offerta sociosanitaria ritenuta più idonea in risposta ai bisogni clinici e sociali del paziente.

L'ufficio/referente ospedaliero per le dimissioni protette collabora con le equipe per la valutazione multidimensionale, afferenti alle ASST, che effettuano la valutazione come previsto nel "Protocollo per la valutazione multidimensionale ai fini della presa in carico e gestione dei pazienti cronici, fragili e non autosufficienti" ATS dicembre 2016.

## **C) Il ruolo dell'ufficio competente del polo territoriale di ASST**

L'ufficio territoriale competente può garantire:

1. il rilascio dell'esenzione per patologia, previa presentazione di idonea certificazione allo sportello dedicato
2. il supporto per l'eventuale richiesta/fornitura di ausili protesici e dietetici (sia di diabetologia che di protesica maggiore/minore)
3. l'attivazione del trasporto protetto

## **D) Il ruolo dell'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale**

L'équipe territoriale per la valutazione multidimensionale, attivata dall'ufficio/referente per le dimissioni protette ospedaliero dell'ASST, può garantire:

1. l'attivazione dell'ADI / ADP in collaborazione con il MMG
2. l'individuazione del servizio più idoneo per la gestione della dimissione (es. ricovero in Hospice/cure intermedie/Riabilitazione ecc)
3. l'attivazione/collaborazione con i servizi sociali dei comuni
4. la collaborazione con la famiglia per l'accesso ad eventuali benefici (buoni regionali/pensioni/ecc).

Il collegamento tra Centro specialistico di riferimento ed équipe territoriale per la valutazione multidimensionale, garantisce un modello di assistenza flessibile, che utilizza i diversi livelli assistenziali dalla rete e prevede modalità di presa in carico



differenziate, capaci di adattarsi tempestivamente alle mutevoli condizioni cliniche ed alle esigenze socio/assistenziali del singolo paziente.

### **E) Il ruolo del MMG**

Il MMG *rimane il primo soggetto responsabile della corretta presa in carico del proprio assistito* e collabora con il centro specialistico ospedaliero nella gestione del follow-up.

Il MMG pertanto può:

- attivare ADP o ADI quando necessario
- gestire, in collaborazione con il team ospedaliero, le malattie intercorrenti
- collaborare con il centro ospedaliero monitorando l'adesione del paziente alle indicazioni dietetiche e terapeutiche
- provvedere alla prescrizione degli ausili protesici quando necessari
- coinvolgere l'infermiere di studio o dell'ADI, quando il paziente è in carico, nel follow-up domiciliare.

### **F) Il ruolo dell'infermiere (di studio medico o di unità di offerta socio-sanitaria)**

L'infermiere può concorrere:

1. all'attività di educazione terapeutica dell'assistito e/o del suo caregiver, con particolare riferimento alla rilevazione dei parametri, alla corretta assunzione della terapia, all'adesione alle indicazioni dietetiche e degli eventuali stili di vita suggeriti dallo specialista e dal MMG
2. al monitoraggio, se debitamente addestrato, della gestione del trattamento domiciliare, vigilando sulla corretta tenuta del materiale e degli spazi secondo le indicazioni fornite dal centro ospedaliero.

### **La dimissione del paziente già in trattamento dialitico**

Nel caso di pazienti già in trattamento dialitico la dimissione deve prevedere l'eventuale attivazione di percorsi assistenziali idonei, in risposta ai nuovi bisogni rilevati, attraverso l'attivazione degli uffici/referenti ospedalieri per le dimissioni protette e le equipe per la valutazione multidimensionale del polo ospedaliero delle ASST.

## **MODALITÀ DI DIFFUSIONE ED ATTUAZIONE DELLA PROCEDURA**

La procedura viene ratificata dal Comitato Aziendale della Medicina Generale ed inviato a:

- Medici di Medicina Generale
- Medici di Continuità Assistenziale

La Procedura quindi viene adottata con decreto ATS e inviata alle competenti articolazioni delle ASST.

## **ACRONIMI UTILIZZATI**

ADP: Assistenza domiciliare programmata

ADI: Assistenza domiciliare integrata

MMG: Medico di Medicina generale

UO: Unità Operativa

ASST: Azienda socio sanitaria territoriale

ATS: Agenzia di tutela della salute

BDA: Banca Dati Assistito

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

IRC: Insufficienza renale cronica

Il Presente documento è stato redatto sulla base e nel rispetto dei Protocolli e delle Procedure in uso.