



AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI PAVIA

Sede Legale: Viale Repubblica, 34 - 27100 PAVIA

Tel. 0382 530596 - Telefax 0382 531174

www.ospedali.pavia.it

Accoglienza presa in carico e dimissione del paziente

Rev. n°	Descrizione modifica	Firma	Data
Rev. n°3	Revisione generale della struttura e dei contenuti del documento, inoltre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ inserito ricovero in "Cure Sub Acute" ▪ riveduto il sottoparagrafo "Dimissione volontaria" ▪ inserita la "Relazione infermieristica alla dimissione" ▪ Introdotti a piè di pagina i riferimenti a regolamenti e/o documenti aziendali. 		giugno 2014
Rev. n°2			ottobre 2006
Rev. n°1			marzo 2006
Rev. n°0			settembre 2005
Preparato e Controllato: U.O. Accreditamento e Qualità Sitra infermieristico - ostetrico Direzioni Mediche di Presidio Responsabile CUP-Acettazione		Verificato e approvato: Direzione Sanitaria Aziendale	

SOMMARIO

PREMESSA	3
1 SCOPO	3
2 CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3 RESPONSABILITÀ	3
4 TIPOLOGIE DI RICOVERO	3
4.1 RICOVERO ORDINARIO	3
4.2 RICOVERO PROGRAMMATO	3
4.3 RICOVERO URGENTE	4
4.4 RICOVERO IN DH-DS	4
4.5 RICOVERO IN CURE SUB ACUTE.....	4
5 ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA	4
5.1 RICOVERO D'URGENZA.....	4
5.2 RICOVERO ORDINARIO E DIURNO (DH, DS)	4
5.3 ACCESSO CON TRATTAMENTO ALBERGHIERO IN SOLVENZA	4
5.4 ACCESSO IN ATTIVITÀ DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA.....	4
5.5 RICOVERO DEL CITTADINO STRANIERO	5
5.5.1 Comunitario.....	5
5.5.2 Extra Comunitario indigente.....	5
5.5.3 Cittadino Straniero con copertura Polizza Assicurativa.....	5
6 ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE	5
6.1 ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE CON RICOVERO ORDINARIO E PROGRAMMATO	5
6.2 ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE CON RICOVERO URGENTE.....	6
7 PRE-RICOVERO CHIRURGICO PROGRAMMATO	6
7.1 AMBULATORI DI PRE-RICOVERO CHIRURGICO	6
8 DIMISSIONE	7
8.1 DIMISSIONE A DOMICILIO	8
8.2 DIMISSIONI VERSO STRUTTURA RIABILITATIVA	8
8.3 DIMISSIONI CRITICHE A DOMICILIO	8
8.4 DIMISSIONE IN HOSPICE	8
8.5 DIMISSIONE VOLONTARIA	8
8.6 DIMISSIONI VERSO STRUTTURA DI CURE SUB-ACUTE	9
8.7 TRASFERIMENTO INTRA AZIENDALE	9
8.7.1 Trasferimento intra-ospedaliero	9
8.7.2 Trasferimenti ad altro ospedale aziendale.....	9
8.8 TRASFERIMENTO EXTRA-AZIENDALE	9
8.9 LETTERA DI DIMISSIONE	10
8.10 RELAZIONE DI TRASFERIMENTO INTERNO	10
8.11 RELAZIONE INFERMIERISTICA ALLA DIMISSIONE	11
8.12 SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)	11
8.13 CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA.....	11
9. DECESSO	11

PREMESSA

L'accoglienza e la dimissione del paziente rappresentano momenti di "passaggio" determinanti per la riuscita del percorso di cura; sono condizionati dai rapporti interpersonali che si creano con gli operatori, dalla qualità delle informazioni, dal grado di coinvolgimento dei pazienti, dal comfort ambientale e dall'accessibilità alle cure che si riesce a garantire.

Risulta pertanto fondamentale, fin dall'inizio, costruire una relazione di fiducia e collaborazione, assicurando una comunicazione efficace e rispettosa, al fine di ridurre lo stress da ospedalizzazione e fornire una assistenza che risponda a criteri di appropriatezza, efficienza ed equità.

1 SCOPO

Definire e uniformare la gestione dell'accettazione amministrativa, dell'accoglienza sanitaria e della dimissione del paziente, al fine di garantire la standardizzazione delle prestazioni e porre il paziente al centro del suo percorso di cura.

Il documento "traccia" tale percorso rimandando, per gli opportuni approfondimenti, ai documenti aziendali riportati nelle note a piè di pagina.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le UU.OO. ed i servizi amministrativi che hanno rapporti diretti con i pazienti ai fini del ricovero.

3 RESPONSABILITÀ

Personale coinvolto	Attività
Medico di Medicina Generale (MMG) Pediatria di libera scelta	Propone il ricovero ordinario
Medico di PS/ U.O.	Dispone per il ricovero in urgenza
Medico U.O/Ambulatorio specialistico aziendale	Dispone per il ricovero programmato/ordinario
Medico/Anestesista	Applica il presente protocollo per le attività di competenza
Coordinatore infermieristico/ ostetrico	Coordina le attività attraverso la gestione delle risorse umane e materiali dell'U.O. Effettua il controllo e la verifica dei processi
Infermiere/Ostetrico	Applica il presente protocollo per le attività di competenza
Personale di supporto	
Operatore uffici amministrativi	

4 TIPOLOGIE DI RICOVERO

Si distinguono in base alla tipologia di ricovero/accesso/utente.

4.1 Ricovero ordinario

Avviene per patologia non urgente che necessita di accertamenti diagnostici e/o cure da effettuare in ricovero. Si verifica a seguito di segnalazione da parte del MMG/pediatria e/o valutazione del paziente da parte del medico di U.O. a seguito di visita specialistica ambulatoriale e sulla base della documentazione presentata.

4.2 Ricovero programmato

Il ricovero è subordinato alla disponibilità di posto letto e l'immissione nella lista d'attesa che avviene sotto la responsabilità del Direttore-Responsabile di Unità Operativa.

È disposto esclusivamente dal Medico Specialista Ospedaliero che, ravvisata la necessità del ricovero durante la visita specialistica, dispone l'inserimento in lista di attesa tramite la modalità prevista nel documento aziendale¹.

¹ Documento "Gestione prenotazione ricoveri elettivi."

4.3 Ricovero urgente

È predisposto, dopo gli opportuni accertamenti, dal Medico del Pronto Soccorso per le persone che necessitano di ricovero immediato e che giungono con i mezzi propri o con i mezzi del Servizio di Soccorso di Emergenza-Urgenza.

4.4 Ricovero in DH-DS

DAY HOSPITAL: è un ricovero medico programmato a ciclo diurno, disposto dal medico specialista di U.O. sotto forma di accesso singolo o di cicli di accesso di durata inferiore alle 24 ore, per fini diagnostici e/o terapeutici.

DAY SURGERY: è un ricovero programmato nel corso del quale è effettuato un intervento chirurgico semplice, non eseguibile in ambito ambulatoriale, ma che non necessita di prolungata degenza che di norma non comporta il pernottamento in ospedale.

4.5 Ricovero in Cure Sub Acute

A seguito della delibera n. IX/1479 del 30 marzo 2011, sono stati attivati n.15 posti letto tecnici di Cure Sub-Acute presso l'Ospedale di Varzi. Il ricovero può avvenire tramite i percorsi specificati nel documento aziendale².

5 ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA

Consiste nella registrazione di tutte le informazioni non mediche relative alla persona da ricoverare/ricoverata. I dati, che potranno essere forniti dalla persona o dall'accompagnatore, si riferiranno alla situazione amministrativa nei confronti del SSN.

5.1 Ricovero d'urgenza

Accesso diretto per prestazioni d'urgenza e di emergenza (Pronto Soccorso). Il ricovero d'urgenza è inserito nel programma informatico dal personale di Pronto Soccorso. Il primo giorno lavorativo successivo al ricovero, gli operatori dell'accettazione amministrativa, per mezzo del software ADT Web, richiamano l'elenco dei pazienti ricoverati dal Pronto Soccorso ed integrano le informazioni amministrative, acquisendole anche dalla documentazione presentata dal paziente.

5.2 Ricovero ordinario e Diurno (DH, DS)

L'accesso avviene tramite richiesta formulata su ricettario unico nazionale dal MMG, dal pediatra di libera scelta, dal medico di guardia medica territoriale, dal medico specialista convenzionato con il SSN.

Il paziente o persona delegata, si presenterà all'accettazione amministrativa munito di: proposta di ricovero, tessera sanitaria e per i pazienti di altra regione altro documento identificativo (Codice Fiscale).

Gli operatori dell'Accettazione accedono al sistema ADT-Web e, dopo avere identificato il paziente, verificando la corrispondenza del nominativo presente in lista d'attesa con la tessera sanitaria/documento identificativo, attivano il ricovero a cui viene assegnato un numero progressivo/identificativo della cartella clinica generato dal sistema, indirizzando quindi il paziente all'U.O. di riferimento.

Negli orari di chiusura dell'Accettazione amministrativa il ricovero è inserito dal personale di U.O.; successivamente il paziente o un suo accompagnatore dovrà comunque recarsi, durante gli orari di apertura, presso l'ufficio Accettazione per integrazione e controllo dei dati anagrafici.

5.3 Accesso con trattamento alberghiero in solvenza

Il paziente, ricoverato in convenzione con il SSN, a sua scelta richiede un trattamento alberghiero differenziato con pagamento della camera; il personale dell'ufficio "accettazione ricoveri" predispone l'apposita scheda (mod. 63) per presa visione della tariffa e impegno di pagamento da assolvere alla dimissione.

5.4 Accesso in attività di libera professione intramuraria

Il paziente ricoverato assolve al pagamento delle prestazioni presso la cassa spedalità dell'ufficio accettazione ricoveri, compresi gli onorari del personale sanitario ed i costi relativi alla degenza. La prestazione è corrisposta allo specialista secondo il listino istituito della libera professione³.

² Documento aziendale "Gestione clinico organizzativa del paziente in Cure Sub Acute."

³ Regolamento aziendale per la disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria

5.5 Ricovero del cittadino straniero

5.5.1 Comunitario

Le procedure amministrative per il ricovero sono quelle previste per i cittadini italiani. Trattandosi di ricoveri non a carico del S.S.N., al fine di addebitare il costo del ricovero alle Istituzioni competenti, il paziente consegnerà all' Accettazione amministrativa TESSERA TEAM o fotocopia del documento attestante il diritto all' assistenza sanitaria in Italia.

5.5.2 Extra Comunitario indigente

Il medico di Pronto Soccorso effettua il ricovero, redige il relativo verbale e, qualora il paziente ne sia sprovvisto, rilascia il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), per le prestazioni a carattere di urgenza (validità semestrale dalla data di emissione).

Gli operatori dell' Accettazione amministrativa controllano i dati anagrafici confrontando i dati presenti in ADT-Web con quelli riferiti dal paziente.

5.5.3 Cittadino Straniero con copertura Polizza Assicurativa

I pazienti che presentano copia della polizza assicurativa per prestazioni sanitarie all'estero effettuano il ricovero come solventi per tutte le prestazioni eseguite; il ricovero, alla fine della degenza, è calcolato in base al DRG eseguito.

6 ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

 Il personale deve essere sempre identificabile e allo stesso tempo deve verificare la corretta identificazione del paziente.

6.1 Accoglienza del paziente con ricovero ordinario e programmato

Il Coordinatore infermieristico/ostetrico, o personale dedicato alla gestione dei ricoveri, contatta generalmente il paziente per fornire le istruzioni relative alle prestazioni da effettuare in Pre-ricovero e/o altre informazioni di tipo amministrativo/sanitario/alberghiero; o in assenza di tale modalità il giorno precedente il ricovero, dispone per la preparazione della cartella clinica, e infermieristica, dei relativi allegati e, se prescritti, dell'occorrente per eventuali esami ematici, (tramite il programma ADT-Web lista di attesa/registro ricoveri per i ricoveri programmati).

Il giorno del ricovero:

previo passaggio all'ufficio accettazione/spedalità, il paziente che accede all'U.O. deve presentare la documentazione clinica personale (lettere di dimissioni ed eventuali cartelle cliniche di precedenti ricoveri, referti di visite specialistiche strumentali e di laboratorio già eseguiti), informare delle terapie in atto ed indicare il nominativo ed il recapito telefonico del familiare di riferimento.

L'infermiere/ostetrico, con la collaborazione del personale di supporto:

- stampa le etichette identificative, da applicare sulla documentazione e sul bracciale identificativo che appone al polso⁴, oltre al bracciale dedicato alla terapia⁵;
- verifica la presenza della richiesta di ricovero (impegnativa regionale) e l'eventuale documentazione sanitaria;
- compila la cartella infermieristica/ostetrica, (identifica i bisogni assistenziali, utilizza le scale di valutazione previste dai protocolli aziendali o specifici di U.O.);
- verifica la presenza di protesi dentarie mobili⁶;
- avvisa il medico dell'avvenuto ricovero;
- rileva e registra i parametri vitali, incluso il dolore; se richiesto esegue l'ECG ed il prelievo ematico e provvede a far eseguire gli specifici accertamenti previsti;
- rileva eventuali esigenze alimentari del paziente, aggiorna l'elenco dei pazienti per la richiesta dei pasti, comunica al personale di supporto il regime dietetico, se prescritto;
- consegna l'opuscolo informativo in cui sono riportati i regolamenti interni all' U.O.;
- accompagna il paziente nella stanza assegnata, favorisce l'orientamento/inserimento del paziente e familiari nell'U.O.:
 - descrive l'ubicazione di bagni e docce, l'utilizzo di sistemi di chiamata, di illuminazione, ecc.;
 - informa che il personale non è responsabile della custodia di oggetti personali;
 - informa sulla allocazione del bar o dei distributori automatici di bevande e snack.
- rileva il fabbisogno educativo del paziente/familiare⁷;

⁴ Corretta identificazione del paziente

⁵ Protocollo gestione farmaci

⁶ Prevenzione smarrimento protesi dentarie

- attua gli interventi di carattere generale e/o specifici per la prevenzione delle cadute⁸;
- fornisce l'assistenza in relazione al grado di autonomia della persona;
- attua il piano terapeutico-assistenziale.

Il Medico di U.O.:

- effettua la visita medica iniziale (entro 24 ore dal ricovero);
- compila la cartella clinica⁹ (anamnesi, E.O, stato nutrizionale con altezza-peso/MUAC¹⁰, diario clinico, ecc.) o, se il paziente ha effettuato il pre-ricovero, aggiorna e completa quanto rilevato;
- stila il piano diagnostico-terapeutico o di riabilitazione, precisando se le prestazioni siano da effettuare in urgenza;
- provvede ad informare il paziente sui trattamenti sanitari a cui verrà sottoposto ed acquisisce il consenso per iscritto¹¹, quando necessario;
- concorda con il personale infermieristico il piano assistenziale;
- pone in essere le prestazioni di pertinenza medica.

~~Esame Obiettivo~~: se eseguito in Pre-Ricovero deve essere rivalutato all'ingresso in U.O. e riportato in cartella clinica (nello spazio dedicato alla valutazione dell'E.O. o sul diario clinico).

Esami diagnostici: in caso di variazione della data di intervento sono da ripetere a discrezione dell'anestesista.

Informativa sulla privacy: il consenso o il diniego dell'utente sulle informazioni da dare ai parenti prossimi andrà formalizzato e registrato nell'apposita sezione in cartella clinica.

6.2 Accoglienza del paziente con ricovero urgente

In presenza di condizioni critiche del paziente si antepongono le azioni sanitarie legate alla situazione di urgenza; il paziente è immediatamente collocato a letto nell'U.O. di pertinenza o in appoggio presso altra U.O.¹², ed assistito dagli operatori sanitari e dal medico di U.O. o medico di guardia interdivisionale che, valutate le condizioni di salute dello stesso, decide eventuali accertamenti diagnostici urgenti (se non effettuati in PS) ed avvia il piano di cura.

L'infermiere/ostetrico, avvalendosi del personale di supporto:

- accoglie il paziente;
- acquisisce la documentazione di Pronto Soccorso (PS);
- provvede alla sua corretta identificazione, (vedi documento aziendale) e accedendo all'anagrafica inserita in Pronto soccorso (PS-Web) provvede all'accettazione amministrativa;
- predispose la documentazione sanitaria, applicando le etichette di ricovero e provvede quindi alla sostituzione del bracciale identificativo del PS (rosso) con quelli di U.O. (di identificazione e per la terapia).

I familiari dei ricoverati, qualora assenti, devono essere tempestivamente rintracciati ed informati.

7 PRE-RICOVERO CHIRURGICO PROGRAMMATO

L'attività è diretta alla valutazione dell'idoneità all'intervento chirurgico ed è finalizzata a ridurre la durata della degenza; durante la visita ambulatoriale specialistica per i ricoveri programmati di tipo chirurgico ed ostetrico, il medico comunica al paziente la modalità per effettuare gli accertamenti pre-operatori tramite accesso di Pre-ricovero. L'attività è gestita nei locali dell'U.O. di competenza con proprio personale; l'organizzazione differisce nei vari contesti e i giorni sono stabiliti a seguito di accordi con i servizi di radiodiagnostica, di laboratorio e di anestesiology.

7.1 Ambulatori di Pre-Ricovero Chirurgico

Presso gli ospedali di Vigevano e Voghera sono istituiti gli ambulatori di Pre-Ricovero Chirurgico, cosiddetto "**Modello Desio**", la cui finalità è quella di sostituire/integrare l'attività dell'U.O. per un numero di pazienti preventivamente concordati.

⁷ Interventi educativi per la continuità di cura a domicilio

⁸ Procedura per la prevenzione e la segnalazione delle cadute nei pazienti ricoverati

⁹ Manuale della cartella clinica

¹⁰ Valutazione nutrizionale del paziente

¹¹ Procedura operativa: il consenso informato

¹² Ricoveri ospedalieri urgenti: regolamento di gestione dei posti letto

Le attività svolte negli ambulatori e le istruzioni a cui deve attenersi il paziente sono descritti nei due opuscoli aziendali "Ambulatorio di Pre-Ricovero Chirurgico", pubblicati sul sito aziendale.

Attività del personale del servizio

- Il personale infermieristico, ove previsto, contatta il paziente telefonicamente per concordare la data e le indicazioni per la giornata di Pre-ricovero quali: durata dell'impegno, informazioni riguardo i farmaci abituali da poter assumere o da portare con sé, (es. insulina), in merito al digiuno, al campione di urine, se previsto, ed alla documentazione sanitaria.
- Predisporre la cartella clinica e relativi allegati, applicando le etichette identificative generate da ADT Web, la modulistica, i contenitori per gli esami ematochimici, la richiesta di ECG e di radiografia del torace, se previsto nel profilo.

Il giorno stabilito del Pre-ricovero:

- accoglie il paziente, si presenta e lo identifica tramite documento sanitario, effettua l'accettazione amministrativa, richiamando i dati nel programma ADT Web e li confronta con il documento sanitario;
- consegna al paziente, che firma per presa visione, il modulo "Esecuzione esami pre-ricovero chirurgico"(mod. F) relativo al dovuto pagamento delle prestazioni eseguite, qualora il paziente non eseguisse l'intervento chirurgico;
- compila la scheda infermieristica, rileva i parametri vitali, esegue i prelievi ematici e l'ECG.;
- assiste il paziente nelle fasi del percorso diagnostico, durante la visita chirurgica ed anestesiológica;
- provvede al completamento delle indagini complementari richieste dall'anestesista;
- fornisce, ove necessario, opuscoli informativi e notizie utili per il ricovero;
- congeda il paziente al termine dell'iter pre-operatorio, consegna, ove previsto, se confermata la data di ricovero con eventuale foglio di "promemoria."

Personale di supporto:

accompagna i pazienti nei servizi-ambulatori ed effettua attività di fattorinaggio.

Medico chirurgo/anestesista

A completamento delle indagini diagnostiche sono previste le visite a cura del:

- Medico chirurgo che effettua la visita specialistica, raccoglie i dati anamnestici, rileva la presenza di allergie, esegue la valutazione nutrizionale¹³ del paziente, che riporta in cartella clinica, descrive l'intervento chirurgico e fornisce in modo comprensibile le informazioni relative a eventuali rischi e complicanze legate all'intervento, consegna informativa relativa al tipo di intervento, se non consegnato in altra sede, provvede ad acquisire il consenso informato¹¹.
- Medico anestesista che valuta i referti degli esami effettuati e/o precedenti, compila la cartella anestesiológica, descrive al paziente la tecnica di anestesia più idonea ed adeguata alle sue condizioni psicofisiche, fornisce le informazioni relative ad eventuali rischi e/o complicanze legate all'anestesia, richiede approfondimenti diagnostici, se necessari, ed acquisisce il consenso informato per iscritto.

Nei giorni successivi al pre-ricovero:

il personale del servizio consegna la cartella clinica, corredata dei relativi esami attestanti idoneità del paziente all'intervento, al personale dell'U.O. di competenza, che firma per ricevuta sull'apposito registro.

Qualora si renda necessario porre all'attenzione dei sanitari informazioni rilevanti per il ricovero si provvede a darne opportuna comunicazione.

8 DIMISSIONE

Dimissioni e trasferimenti vengono di norma programmati, compatibilmente con le esigenze del paziente e/o della U.O. di destinazione.

La responsabilità della dimissione è a carico del dirigente medico che, durante la visita giornaliera, individua e/o stabilisce il momento in cui il paziente può essere dimesso o deve essere trasferito.

La valutazione finale comprende l'epicrisi, che descrive i problemi affrontati nel processo di cura, i problemi non risolti, la diagnosi e lo stato di salute del paziente all'atto della dimissione.

La dimissione può verificarsi a diversi livelli che sono di seguito riportati.

¹³ Valutazione nutrizionale del paziente ricoverato

8.1 Dimissione a domicilio

Si effettua dopo un'analisi accurata delle condizioni cliniche del paziente il quale deve risultare dimissibile presso il proprio domicilio, a seguito anche della valutazione della rete formale, informale e delle condizioni sociali del paziente. Generalmente la data della dimissione viene comunicata al paziente con anticipo di almeno ventiquattro ore, coinvolgendo, ove necessario, anche i familiari. Il giorno della dimissione il medico fornisce le raccomandazioni ed i consigli per il decorso, compila il file F per la continuazione del piano terapeutico al domicilio e dispone la chiusura della cartella clinica.

8.2 Dimissioni verso struttura riabilitativa

Riguarda quei pazienti che, a conclusione della fase diagnostico-terapeutica, necessitano di un ulteriore periodo di ricovero in struttura sanitaria a scopo riabilitativo e/o assistenziale.¹⁴ Il Medico, previa verifica di disponibilità di posti letto, procede con la chiusura amministrativa del ricovero, la compilazione della SDO e della lettera di dimissione. Il coordinatore infermieristico organizza l'eventuale trasporto in ambulanza per il giorno della dimissione, verifica che sia compilata la relazione infermieristica per la dimissione.

8.3 Dimissioni critiche a domicilio

La dimissione critica¹⁵ è attuata quando, nel corso della degenza ospedaliera, emergono problematiche di natura socio-sanitarie tali da rendere difficile l'ordinaria dimissione; possono essere candidati all'ADI pazienti ricoverati di qualsiasi età, giudicati clinicamente dimissibili, che, concluso l'iter diagnostico e terapeutico ospedaliero, hanno perso temporaneamente o stabilmente la loro autonomia o che richiedono interventi assistenziali sanitari e riabilitativi a medio/lungo termine effettuabili anche domicilio. La struttura ospedaliera e i servizi territoriali devono interagire durante il ricovero, in modo precoce, per offrire al singolo paziente la cura più idonea in relazione ai bisogni ed alle risorse.

8.4 Dimissione verso Hospice

L'Hospice costituisce un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente è accompagnato nelle ultime fasi della vita con un adeguato approccio sanitario inclusivo. Le modalità di dimissione dalle UU.OO. di provenienza sono equivalenti a quelle della dimissione a domicilio, compito del personale di U.O. è l'organizzazione dell'eventuale ricovero presso l'Hospice, che deve essere pianificato¹⁶ durante il ricovero (il prima possibile), data la scarsità di strutture disponibili.

8.5 Dimissione volontaria

Avviene per esplicita richiesta del paziente, anche in presenza di motivato parere contrario del sanitario responsabile delle cure, e per essere valida deve nascere da una manifestazione autentica e non equivoca della volontà della persona.

È obbligo per i sanitari fare sottoscrivere al richiedente la dichiarazione di dissenso a continuare la degenza nell'apposita sezione della cartella clinica.

Per i pazienti minori o incapaci può essere espressa esclusivamente dai genitori o dal rappresentante legale, tuttavia il personale medico, qualora ritenga la scelta estremamente rischiosa per l'integrità del paziente, deve avvisare tempestivamente l'autorità giudiziaria e procedere alle dimissioni solo ad esito di espressa autorizzazione.

È fondamentale, nell'ambito di un corretto rapporto medico – paziente, che i motivi di disaccordo siano esplicitati al richiedente fornendo informazioni sui potenziali danni derivanti dalla scelta di dimettersi e su eventuali sintomi che possono essere spia di un peggioramento e i riferimenti che il paziente stesso può utilizzare per ricontattare la struttura in caso di necessità.

Per assicurare la tracciabilità delle informazioni fornite, le stesse devono essere riportate in cartella clinica (diario) e nella lettera di dimissione, contestualmente alla descrizione delle condizioni generali e specifiche del paziente presenti al momento della richiesta di dimissione volontaria.

Note: in caso di procedure invasive ed interventi chirurgici programmati è necessario far firmare agli aventi diritto anche la revoca del consenso informato.

I limiti del diritto all'autodeterminazione del paziente sono rappresentati da tutte le situazioni in cui si ravvisi uno stato di necessità o quando sia stato disposto un trattamento sanitario obbligatorio (TSO);

¹⁴ Percorso- progetto riabilitativo di struttura aziendale della Provincia di Pavia

¹⁵ Pianificazione della dimissione critica

¹⁶ La valutazione del malato terminale

è opportuno attivarsi per contattare familiari, assistenti sociali e se necessario le forze dell'ordine nei casi in cui i motivi del ricovero fossero particolari (atti di autolesionismo, azioni violente di terzi) e annotare nella documentazione gli esiti dei contatti stessi.

8.6 Dimissioni verso struttura di Cure Sub-Acute

Il paziente che non necessita più di permanenza presso Unità Operativa per acuti, ma richiede ancora controllo clinico e/o follow-up anche mediante esami strumentali e/o terapie mediche definite di media complessità non praticabili a domicilio, se rispondente ai criteri di arruolamento previsti nella normativa regionale¹⁷, può essere dimesso e previo accordi con la struttura aziendale di Cure Sub-Acute accederne per le cure appropriate (*si rimanda al documento "Gestione clinico organizzativa del paziente in Cure Sub Acute"*).

8.7 Trasferimento intra aziendale

8.7.1 Trasferimento intra-ospedaliero

I trasferimenti ad U.O. per acuti si registrano sul programma ADT-Web per l'aspetto sanitario, si manterrà la medesima cartella clinica e relativi allegati.

Definiti gli accordi per il trasferimento con la U.O. accettante, sul diario clinico deve essere documentato il motivo del trasferimento, la data e l'ora effettiva, riportando l'U.O. e la data nell'apposito spazio sul frontespizio. Occorre inoltre:

- dare spiegazioni comprensibili a paziente e familiari sulla motivazione del trasferimento;
- trasferire il paziente con mezzo idoneo e fornendo l'adeguato supporto per ridurre l'ansia e favorire l'orientamento dei familiari.

8.7.2 Trasferimenti ad altro ospedale aziendale

Per i trasferimenti ad altro Ospedale ed alle UU.OO. di riabilitazione/sub acute:

- in *ambito amministrativo* si procede come per la dimissione ordinaria: chiusura della cartella clinica e completamento della SDO.
- in *ambito sanitario* si dovrà preparare fotocopia della documentazione sanitaria ritenuta indispensabile, da inviare all'ospedale di destinazione, unitamente ad una relazione redatta dal medico che ha in carico il paziente.

Gli accordi per il trasferimento saranno preventivamente presi dal personale medico in collaborazione con il coordinatore di U.O. o suo sostituto, il quale provvede a prenotare l'Ambulanza, utilizzando il modulo "*Richiesta trasporto paziente*" (modello n° 11080), che andrà firmato e vidimato dal medico richiedente, una copia del modello va allegata alla cartella clinica, una copia rimane, sotto forma di registro, all'interno dell'U.O.

8.8 Trasferimento extra-aziendale

Deve essere attivato quando il peggioramento della patologia o la manifestazione di complicanze del paziente superano e/o esulano dalle competenze specifiche dell'U.O. ospitante e richiedono la degenza presso centri a maggior intensità di cura. In generale avviene in presenza di:

- insufficienza respiratoria acuta con sindrome asfittica e scadimento del sensorio;
- squilibri metabolici con grave instabilità cardio-circolatoria;
- stati irritativi o depressivi gravi, encefalici, con scadimento delle funzioni fisiologiche;
- aritmie cardiache gravi con marcata instabilità emodinamica;
- complicanze chirurgiche nei ricoverati in medicina;
- complicanze internistiche nei ricoverati in chirurgia;
- osservazione post-operatoria in pazienti ad elevato rischio.

Si provvede a trasferire il paziente verso strutture extra-aziendali specialistiche idonee di: Neurochirurgia, Cardiochirurgia, Malattie Infettive, Terapia Intensiva Neonatale/Neonatologia, Chirurgia Pediatrica, Dermatologia, Grandi ustioni, Terapia Iperbarica.

Patologie di interesse chirurgico:

- Aneurismi aorta toracica in fase critica
- Aneurismi aorta soprarenale
- Chirurgia pediatrica-infantile maggiore e neonatale
- Chirurgia toracica d'urgenza nel traumatizzato

¹⁷ D.G.R. X/1185 del 20/12/2013

- Patologie del terzo superiore dell'esofago
- Patologie bilio-pancreatiche che richiedono colangio-rmn o eco-endoscopica
- Patologie carotidiche ostruenti (eseguite attualmente solo presso l'ospedale di Vigevano).

Patologie di pertinenza ortopedica

- Fratture vertebrali mieliche o instabili con deficit neurologici
- Amputazioni suscettibili di reimpianto

Patologie di pertinenza Medica-Pneumologica

- Gravi patologie infettive ad alto rischio, tbc aperta

Patologie Cardiache

- Ischemie miocardiche, gravi insufficienze coronariche che richiedano PTCA o coronarografie

Patologie Ostetriche

- Parti di prematuri (inferiori alla 34° settimana e/o ai 1.800 gr)
- Patologie gravidiche minacciose per la vita intrauterina e/o materna

Patologie ORL

- Traumatismi di pertinenza maxillo-facciale

Patologie Pediatriche

- Malattie infettive ad alto rischio (es. meningite)
- Stato di male epilettico
- Traumatismi cranici e/o vertebrali
- Diabete giovanile
- Distress respiratorio grave

Patologie Neurologiche

- Ischemie cerebrali iniziali per Stroke -Unit suscettibili di trombolisi
- Emorragie cerebrali operabili
- Malattie infettive ad alto rischio (ad es. meningiti)
- Neoformazioni cerebrali operabili

Patologie Rianimatorie

- Gravi instabilità toraciche post-traumatiche che necessitano di stabilizzazione chirurgica
- Paziente espiantabile
- Insufficienza respiratoria pediatrica.

8.9 Lettera di dimissione

Permette il collegamento alla continuità assistenziale fornendo al MMG, al pediatra di libera scelta o in caso di trasferimento ad altra struttura, al medico ricevente, tutte le informazioni relative al ricovero.

Il formato di lettera, predisposta in ADT-Web, permette di descrivere in modo sintetico ed esaustivo il percorso di cura del paziente; il medico redattore al termine della compilazione provvede alla stampa in duplice copia di cui una è consegnata al momento della dimissione, in busta chiusa, al paziente o ad un suo delegato ed una è conservata in cartella clinica.

Nel format sono previste, oltre le notizie relative al ricovero del paziente, anche:

1. eventuali prestazioni socio/sanitarie occorrenti;
2. riferimento telefonico dell'U.O.,
3. data di stesura (il giorno della dimissione);
4. identificativo del medico redattore;
5. elenco dei medici dell'U.O.

8.10 Relazione di trasferimento interno

Il trasferimento interno, da un'unità operativa ad altre dello stesso ospedale, deve essere corredato da relazione che evidenzia i problemi clinici salienti ed espliciti i motivi del trasferimento stesso, dalla descrizione delle condizioni del paziente al momento del trasferimento al motivo del ricovero,

accertamenti significativi, diagnosi effettuate, ogni procedura eseguita, ogni terapia farmacologia prescritta ed ogni altro trattamento.

8.11 Relazione infermieristica alla dimissione

Il personale infermieristico per garantire la continuità assistenziale, nei casi di trasferimento ad altre UU.OO. o di dimissione verso strutture sanitarie o sociosanitarie, provvede alla stesura della "Relazione infermieristica alla dimissione" mod. 11183. Per le dimissioni a domicilio, qualora si accerti il mancato raggiungimento di autonomia, l'infermiere consegnerà al paziente/familiare il medesimo documento con le informazioni personalizzate¹⁸ sulla base delle complessità assistenziali ancora presenti.

8.12 Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

La sua compilazione deve avvenire entro breve tempo dopo la dimissione del paziente e comunque non oltre il terzo giorno del mese successivo a quello in cui è avvenuta la dimissione.

La SDO deve essere presente in cartella clinica, compilata nel rispetto della normativa vigente, con firma olografa del medico compilatore e/o del responsabile.

8.13 Chiusura della cartella clinica

La chiusura della cartella clinica, che avviene dopo che si è entrati in possesso di tutti i referti degli accertamenti eseguiti durante il ricovero, comporta l'ordinamento cronologico per tipo di documentazione delle parti costituenti la cartella.

Il Responsabile dell'Unità Operativa, o il referente SDO, vidimando e apponendo la propria firma nello spazio previsto nella Cartella clinica, attesta la completezza della documentazione in considerazione anche della normativa vigente.¹⁹

Eventuale documentazione sanitaria pervenuta successivamente alla chiusura della cartella è allegata alla stessa, dopo la presa visione da parte del medico responsabile delle cure. Per la conservazione ed archiviazione vedere la procedura aziendale²⁰.

9. DECESSO

Il personale sanitario allerta il Medico di U.O./reperibile/di guardia e si attiva per creare una sistemazione rispettosa nei confronti della salma e dei familiari.

Il Medico:

- constatato il decesso, lo certifica in cartella clinica, informa i parenti, compila la modulistica necessaria (avviso di morte, scheda ISTAT e dichiarazione delle cause di morte);
- richiede l'assenso al prelievo delle cornee ed in caso positivo attiva la procedura di prelievo di cornee, consegna un modulo informativo e di condoglianze (all.4 del regolamento aziendale²¹ a cui si rimanda per maggiori dettagli.

¹⁸ Interventi educativi per la continuità delle cure a domicilio

¹⁹ DGR. 9014/2009

²⁰ La gestione della cartella clinica e il rispetto della privacy

²¹ Regolamento attività dei Servizi Necroforici.