



Ancona, li 12/1/2017

Prot. N. 441 / 2017

**Oggetto: verbale riunione del 6/12/2016 del Comitato di partecipazione Inrca – POR AN**

Presenti: A. Deales, S. David, P. Marinelli, E. Posacki, Ass. Amici del Geriatrico INRCA (F. Tiraboschi – A. Tesei), Cittadinanzattiva delle Marche/TDM (M. Mancini), Qui Salute Donna Onlus (Roberto Amici), A.M.I.C.I. Marche Onlus (G. Morini), Ass. Parkinson Marche Onlus (P. Pelosi).

La riunione si apre alle ore 16.30 presso la Serra di Villa Gusso – sede dell'Amministrazione Inrca - con la trattazione dei seguenti temi:

- 1) Approvazione dei verbali dei due ultimi incontri.
- 2) Illustrazione ed approvazione della bozza di progetto (vedi allegato) sulla presa in carico del paziente dopo la dimissione elaborata dal Dott. Amici. Come emerso dall'ultimo incontro con i Comitati di partecipazione dell'Ospedale Umberto I e dell'Area Vasta 2, questo è il problema su cui converge l'interesse dei comitati e che si rileva più frequentemente anche dalla loro indagine sul territorio.  
La proposta del Dott. Amici definisce obiettivi, tempistiche, ipotesi di soluzione e fasi attuative del progetto. Esso non aspira a risolvere in toto il complesso problema dell'assistenza al paziente dopo le dimissioni; viene piuttosto previsto un periodo di circa un anno, presumibilmente il 2017, per identificare le criticità effettivamente migliorabili ed intervenire su di esse. Per la realizzazione del progetto è infatti necessario che l'attività dei Comitati si concentri su aspetti concreti che siano alla loro portata e che collaborino attivamente tra di loro, oltre che col sostegno delle Direzioni.  
I membri del Comitato e la Direzione Inrca approvano la bozza di progetto garantendo una concreta collaborazione ed impegnandosi ad individuare anche le risorse umane che lavoreranno attivamente su di esso.  
I Comitati attualmente coinvolti nel progetto sono quello del POR Inrca di Ancona e quello dell'Ospedale Umberto I. Manca ancora adesione ufficiale da parte del Comitato di partecipazione dell' Area Vasta 2. Inoltre, si valuta l'eventuale coinvolgimento futuro nel progetto del Comitato permanente per la semplificazione, recentemente costituito, di cui fanno parte il Dott. Tiraboschi e l'Avv. Mancini.
- 3) Il presidente Tiraboschi enuncia i punti della programmazione dell'attività del Comitato per l'anno 2017:
  - Attuazione del progetto sulla presa in carico del paziente post dimissione
  - Ristrutturazione della sede Inrca di Appignano
  - Recupero della struttura ex Tambroni
  - Incontro con le RSU e con i dirigenti medici del POR Inrca Ancona al fine di conoscere le principali problematiche del personale e coordinare così meglio la loro attività
  - Monitoraggio costruzione del nuovo POR Inrca ed accelerazione dei lavori

Sugli ultimi due punti, Dott. Deales e la Dott.ssa David ritengono doveroso precisare e distinguere i compiti spettanti al Comitato e quelli spettanti alla Direzione Inrca. Sia per quanto riguarda la prosecuzione dei lavori del nuovo ospedale, che per tutto ciò che attiene eventuali difficoltà del personale medico e non, le Direzioni di Istituto si sono sempre dimostrate estremamente attente e disponibili, nonché impegnate proattivamente alla risoluzione di ogni conflitto. Pertanto, in un'ottica di rispetto dei ruoli reciproci, viene ribadito che il Comitato dovrà limitarsi, come da delibera regionale, ad un'indagine conoscitiva delle principali problematiche esperite dal cittadino, mentre spettano alla Direzione la gestione e l'amministrazione di ogni questione interna all'Istituto. La stessa impostazione viene condivisa anche dagli altri membri del Comitato che ricordano l'importanza di attenersi alle linee generali di programmazione attività del Comitato stilate dal Dott. Amici ad inizio anno senza invadere le sfere di competenza altrui.

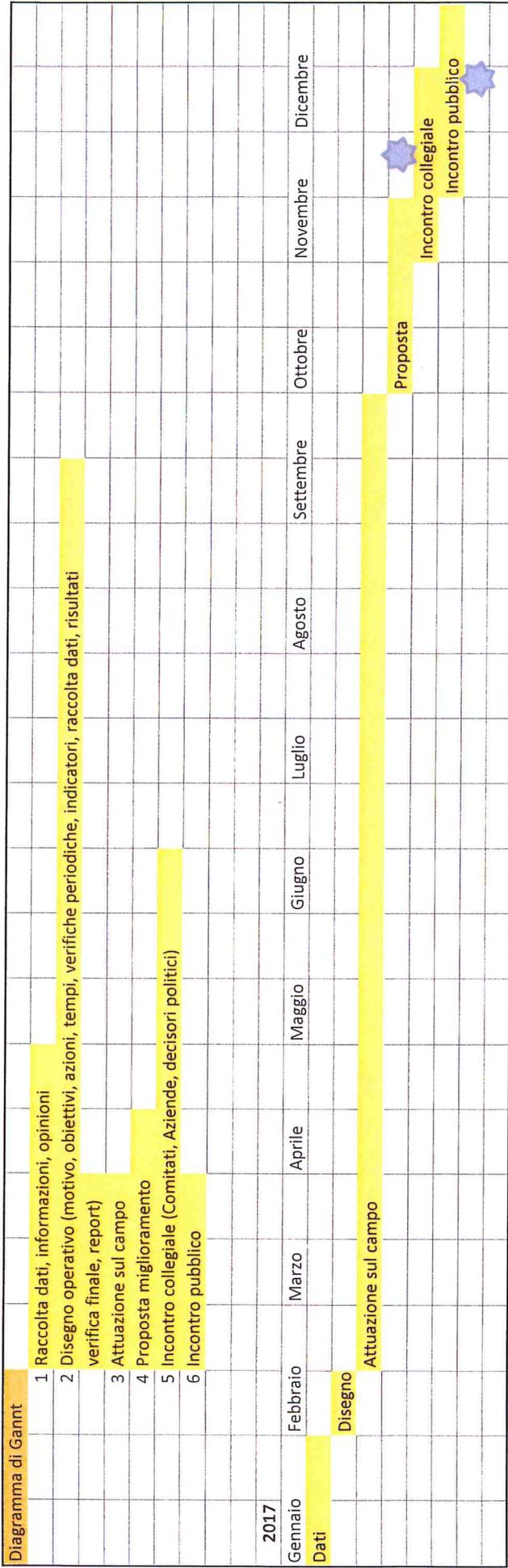
- 4) Ruolo dell'URP all'interno del Comitato di partecipazione: preso atto che le mansioni di segreteria svolte dall'URP consistono principalmente nella redazione dei verbali, invio delle convocazioni degli incontri e di ogni comunicazione di servizio, il Dott. Deales, a fronte delle richieste del Dott. Tiraboschi, nonché del carico di lavoro dell'Ufficio e della sua attuale dotazione organica, verifica la sostenibilità e l'effettivo svolgimento delle funzioni sopra indicate. Si stabilisce che l'URP continuerà a supportare il Comitato, come finora fatto, con il personale di volta in volta disponibile, prioritariamente con la Dott.ssa Posacki, e comunque alla luce della progressiva messa a regime delle attività del Comitato.
- 5) Esito del report sull'accessibilità fisica al POR e barriere architettoniche: la Dott.ssa David, con il supporto della Dott.ssa Cassetta e dell'Ufficio Tecnico, ha verificato ogni quesito presentato dall'Ass. ANIEP potendo quindi procedere alla trasmissione del questionario compilato alla Sig.ra M. Pia Paolinelli.

La riunione si chiude alle ore 18.15.

Il Segretario verbalizzante  
Dr.ssa E. Posacki



<b>Progetto</b>	<b>Presa in carico del paziente dopo la dimissione</b>							
<b>Problema</b>	Il paziente al momento della dimissione, se ha bisogno di assistenza ulteriore, non riceve dalla struttura dimittente né trova supporto adeguato nel territorio.							
<b>Soggetti e servizi interessati</b>	<i>Direttamente</i> Medici Ospedalieri, Unità di degenza dimettenti, Assistenti sociali H e territoriali, Distretti, Medici di Medicina Generale, Direzioni di Presidio, RSA, RP, Hospice, Riabilitazione, Post-acuzie, Servizi poliambulatoriali, Sistema/servizio/servizi raccolta dati <i>Indirettamente (per la parte di programmazione e pianificazione dei servizi)</i> Direzioni generali Aziende, Direzioni Aree Vaste, Agenzia Regionale Sanitaria, Assessorato sanità							
<b>Progetto di massima</b>								
	1 Creazione gruppo di lavoro ufficiale e definizione risorse necessarie							
	2 Composizione stabile:							
	2 componenti di ciascun Comitato							
	2 componenti tecnici ciascuno per AV2, Az H, INRCA (indispensabile presenza Dir H, Distretto, assist. Soc.)							
	3 Integrazione eventuale non stabile di esperti							
<b>Fasi</b>								
	1 Raccolta dati, informazioni, opinioni, esperienze precedenti							
	2 Disegno operativo (motivo, obiettivi, azioni, tempi, verifiche periodiche, indicatori, raccolta dati, risultati verifica finale, report)							
	3 Attuazione sul campo							
	4 Proposta miglioramento							
	5 Incontro collegiale (Comitati, Aziende, decisori politici)							
	6 Incontro pubblico							



	No	Si	Non so
1 <u>La dimissione è generalmente decisa in modo tempestivo?</u>	2	1	1
2 <u>La lettera di dimissione contiene tutte le informazioni necessarie?</u> (diagnosi, terapia, principali esami eseguiti, suggerimenti dietetici e comportamentali)?	1	1	2
3 <u>Il medico di famiglia è informato del ricovero e della dimissione del suo paziente?</u>	3	1	
4 <u>Alla dimissione il paziente riceve le medicine necessarie fino al momento in cui riuscirà a procurarsele in farmacia? Il medico curante prescrive sull'impegnativa i farmaci suggeriti?</u>	2	2	
5 <u>Alla dimissione sono prenotati, quando necessario, i controlli successivi (quali, quando compresa la data, dove, come) e/o i trattamenti successivi (ad esempio quelli riabilitativi)?</u>	1	2	1
6 <u>Alla dimissione è indicato un referente (nome e telefono e/o qualifica) del Reparto dove è avvenuto il ricovero per eventuali dubbi, perplessità, imprevisti?</u>	2	2	
7 <u>Accade che la dimissione sia rimandata in attesa di trovare una sistemazione post-ricovero (RSA, RP, cure in ADI o altro)?</u>	2	1	1
8 <u>Risulta che ci sia un numero insufficiente di RSA o di RP, post-acuzie, strutture intermedie o comunque di strutture alternative al ricovero?</u>	1	3	
9 <u>Se presenti, risulta che tali strutture abbiano una dislocazione difficilmente compatibile con le esigenze dei pazienti e dei familiari?</u>		2	2
10 <u>I Reparti di degenza hanno la possibilità in modo tempestivo di segnalare ad un assistente sociale il paziente che avrà bisogno di dimissione protetta per avviarlo ad una valutazione?</u>	1	3	
11 <u>L'Unità valutativa (interna e/o distrettuale) preposta a trovare la sistemazione post-ricovero quando necessaria si riunisce in modo regolare e tempestivo? Se non, per quale motivo?</u>	1		3
12 <u>Il Reparto che dimette o la stessa Unità valutativa ricevono regolarmente le informazioni sulla disponibilità di posti nelle strutture del post-ricovero?</u>	3		1
13 <u>In caso di bisogno di ADI il medico di medicina generale è preventivamente informato (quindi: prima della dimissione) di tale necessità da parte del Reparto che dimette?</u>	3	1	
	26	15	11

(versione 1.3 - 20161120)

**Scheda sulla dimissione protetta** (la bozza di griglia serve ad una preliminare individuazione di alcuni nodi e relative ipotesi di soluzione, al fine di facilitare osservazioni, aggiunte, correzioni, proposte)

### Problemi

Con chi o dove	Oggetto	Motivo possibile / probabile	Proposta di Soluzione e/o con *chi avviare soluzione
Con i MMG	Nessuna informazione dell'ingresso del ricovero del loro paziente	Assenza feedback H-MMG	Protocollo informativo *MH e MMG
	Scarsa o nessuna informazione alla dimissione	Idem	Idem
	Ostacoli all'attivazione tempestiva ADI o altre tipologie di cure domiciliari	Vincoli del regolamento (solo dopo la dimissione)	Revisione Regolam. *Dir. Sanit., Dir. Gen.
Con il Distretto	Ritardo giudizio Nucleo di Valutazione: prolungamento ricoveri	Esiguo numero componenti: poche sedute settimanali	Adeguam. numero *Dir. San., Dir. Gen., Dir. Distr.
		Reiterazione giudizio tecnico in realtà già dato da specialisti in H	Revisione ruolo * Dir. San., Dir. Gen., Dir. Distr.
	ADI	Personale in numero non adeguato al bisogno	Adeguam numero *Dir. San., Dir. Gen., Dir. Distr., MMG
		Difficoltà coordinamento attiv. Inferm. e mediche	Revisione protocolli *MMG, Dir. Distr.
Con le strutture della post-acuzie: RSA, lungodegenza, riabilitazione, Hospice	Non disponibilità di posti letto. Distanza fra abitazione pz e struttura disponibile. Assenza strutture idonee in Ancona.	Incongruenza fra bisogno e disponibilità (da verificare)	Valutazione direzionale *ARS, Dir. San., Dir. Gen.
	Non trasparenza posti letto disponibili	Assenza informazioni aggiornate ogni giorno	Direttiva cogente *Dir. San.
	Resistenza accettazione per aspetti tecnici (PEG, tracheostomie, patologie croniche ad alta complessità), per non conoscenza tempestiva delle problematiche del paziente	Insufficiente competenza, attrezzature, personale, mancanza strumento informativo condiviso, esauriente di dati clinici, sociali, assistenziali del pz.	Formazione program. Adeguam. Tecnol. *Dir. San., Dir. Gen. Elaborazione di protocollo e elaborazione di scheda di dimissione protetta o facilitata. Dir. Mediche; Medici Ospedalieri delle diverse aziende e coordinatori Inf; Ass sociale

Neurologia Medicina Ortopedia Malattie Infettive	Strutture di degenza con più frequenti difficoltà	Elevato numero pazienti da dimettere con bisogno di assistenza successiva	Audit clinico *Dirett. strutture Direz. San.
Medici ospedalieri (MH) Altro personale H	Assenza prassi di comunicazione con Territorio (Distretto e MMG) Difficoltà in caso di riacutizzazione (impossibilità di gestione presso H polo) di avere consulenze o ricoveri presso l'Azienda Ospedaliera. Notizie insufficienti nella lettera di dimissione.	Attività focalizzata su "inpatient". Assenza protocolli integrati H-T	Audit clinico integrato *Distr., MH, MMG
	Presenza problemi socio-sanitari		

NB I punti trattati avrebbero potuto essere riprodotti anche in un diagramma di Ishikawa: se ritenuto più utile, chi volesse aggiungere, togliere, cambiare può liberamente farlo anche in questa forma grafica

Roberto Amici

(aggiornamento 20/11/2016)

### Legenda

ADI	Assistenza Domiciliare Infermieristica
ARS	Agenzia Regionale Sanitaria
Dir. gen.	Direzione generale (o Direzioni generali)
Dir. San.	Direzione sanitaria (o Direzioni sanitarie)
Distr.	Distretto
H	Ospedale
H-T	Ospedale-Territorio
MH	Medico ospedaliero
MMG	Medico di Medicina Generale
PEG	Gastrostomia Endoscopica Percutanea