

PROCEDURA PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLE DIMISSIONI DIFFICILI IN AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI SASSARI

OBIETTIVO

L'attivazione del percorso e dell'Unità di Valutazione Ospedaliera (UVO) per la dimissione dei pazienti con bisogni complessi e difficoltà alla dimissione (Dimissioni Difficili) ha come obiettivo quella di assicurare appropriatezza e continuità dell'assistenza e cura, con la definizione di un modello organizzativo e delle correlate indicazioni necessarie per promuovere una appropriata dimissione. Tale percorso risulta passaggio organizzato del paziente fragile da un setting ospedaliero ad uno territoriale, mediante l'identificazione precoce degli assistiti che potrebbero presentare difficoltà alla dimissione e per i quali sia opportuno concordare con i servizi territoriali determinati percorsi per una presa in carico integrata, che includano il necessario supporto ai pazienti e alle famiglie.

Abbreviazioni terminologia definizioni

Dimissione protetta: azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale;

Dimissione difficile: azioni che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, necessitano di un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari. La dimissione difficile implica un coinvolgimento particolare delle risorse: 1) risorse ospedaliere intese come giornate di degenza e ricoveri impropri, rischio di complicanze e outcome negativi, aumento dei costi correlati alla degenza e alle complicanze; 2) risorse territoriali comprendenti COT, UVT, MMG e servizi infermieristici ed assistenziali domiciliari, servizi sociali comunali, lungodegenze extra ospedaliere, residenze sanitarie assistenziali, comunità integrate, comunità alloggio;

Paziente fragile: persona affetta da patologie multiple con stato di salute instabile, frequentemente con disabilità in cui gli effetti delle malattie e/o dell'invecchiamento sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico e psico-comportamentali;

Presa in carico: processo, insieme di azioni, percorsi, strategie che il Servizio Sanitario mette in atto per rispondere ai bisogni di salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità;

AOU: Azienda Ospedaliera Universitaria

ASL: Azienda Sanitaria Locale;

BRASS: Blaylock Risk Assessment Screening Score;

CDI: Cure Domiciliari Integrate;

CIRS: Cumulative Illness Rating Scale;

COT: Centrale Operativa Territoriale

PAI: Piano assistenziale Individualizzato,

PUA: Punto Unico di Accesso dei Servizi Sanitari;

RSA: Residenza Sanitaria Assistita;

SISaR: Sistema Informativo Sanitario Regionale;

UO: Unità Operativa;

UVO: Unità di Valutazione Ospedaliera Unità di valutazione Multidimensionale della struttura sanitaria, che inquadra e conferma le “Dimissioni Difficili” e pianifica PAI con presa in carico e avvio del percorso di pianificazione integrato sanitario e sociale tra Ospedale e Territorio del Distretto ASL di appartenenza; L’UVO è composta dal Medico Specialista in Geriatria con competenze specifiche in valutazione multidimensionale e integrazione ospedale-territorio e dall’Assistente Sociale.

UVT: Unità di Valutazione Territoriale;

VMD: Valutazione Multidimensionale

Criticità rilevate e esigenze di miglioramento

Per l’anziano, e più in generale per il paziente fragile, soprattutto laddove manca una rete relazionale di supporto efficace, la transizione dal contesto assistenziale ospedaliero a quello territoriale costituisce una criticità che, oltre a tradursi in un inutile prolungamento della degenza ospedaliera, impatta negativamente sulla efficacia delle cure, ponendosi anche alla base del ricovero ripetuto.

Con il termine “*dimissione difficile*”, ci si riferisce alle dimissioni ospedaliere di persone che vivono una situazione di disabilità permanente o temporanea per la quale è richiesta la mobilitazione di risorse umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari, implicando un coinvolgimento particolare della rete dei servizi sanitari e sociali sia ospedalieri che territoriali.

Come testimoniato dalla letteratura scientifica sull’argomento, l’adozione degli accorgimenti sanitari e sociali idonei a gestire opportunamente la dimissione difficile del paziente fragile, fornendo adeguata protezione nell’interfaccia ospedale-territorio, traducendola quindi in “*dimissione protetta*”, può produrre risultati favorevoli in termini di riduzione dei tempi di degenza ospedaliera, di ricovero ripetuto e di qualità percepita da pazienti, *caregiver* e operatori. Le dimissioni difficili costituiscono una criticità che accompagna l’operatività quotidiana dei contesti assistenziali ospedaliero e territoriale e sanitario-sociale in senso lato.

1.3 Analisi SWOT

	<i>PUNTI DI FORZA</i>	<i>PUNTI DI DEBOLEZZA</i>
<i>FATTORI INTERNI</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Istituzione della UVO • Elevata professionalità dell'UVO multidisciplinare con elevate competenze specialistiche e multidisciplinari • Elevato commitment aziendale per il modello di lavoro ritenuto significativo, rilevante e ad elevato impatto sul paziente e sul contesto aziendale e regionale • Maggiore appropriatezza delle cure, clinica e organizzativa • Razionalizzazione delle risorse per il contenimento dei costi • Programmi di Formazione per professionisti sanitari e del comparto sociali coinvolti nella riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali 	<ul style="list-style-type: none"> • Scarse competenze specifiche in ambito sanitario e sociale sugli strumenti da utilizzare (scale di valutazione) • Difficoltà di integrazione tra le varie figure professionali ospedaliere e territoriali coinvolte. • Difficoltà organizzative legate agli interventi formativi che se non obbligatori possono trovare resistenze
	<i>OPPORTUNITA'</i>	<i>MINACCE/ CRITICITA'</i>
<i>FATTORI ESTERNI</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi a livello nazionale e regionale verso nuovi modelli di cura di integrazione ospedale-territorio per la gestione dei pazienti anziani "fragili" alla luce del PNRR e DM77 • Miglioramento della qualità di vita dei pazienti e maggiore empowerment dei soggetti presi in carico • Rete integrata Ospedale e COT per l'attivazione e il potenziamento dell'assistenza in CDI • Rete integrata Ospedale e COT per l'attivazione dei percorsi di cura in Casa della Salute, Ospedale di Comunità e strutture residenziali socio-sanitarie e/o assistenziali. • Programmi di Formazione per professionisti sanitari e del comparto sociali coinvolti nella riorganizzazione dei servizi di integrazione ospedale territorio. • Miglioramento della comunicazione attraverso le campagne di informazione per i pazienti e/o i caregiver per il diretto coinvolgimento nei nuovi percorsi 	<ul style="list-style-type: none"> • DM77 e Ministero con specifiche direttive organizzative generali non specifiche per il nostro territorio e non applicabili nell'immediato • Carenza delle figure sanitarie specifiche in ambito ospedaliero e territoriale per l'attuazione della presa in carico integrata • Carenza di posti letto in RSA nel nostro territorio • Copertura di una vasta e variegata rete ospedaliera alla quale afferiscono pazienti da tutta la rete regionale

2 Obiettivi

- a) *assicurare la continuità dell'assistenza e cura con la definizione di un modello organizzativo e delle correlate indicazioni necessarie per promuovere una appropriata dimissione quale passaggio organizzato del paziente fragile da un setting ospedaliero ad uno territoriale;*
- b) *applicare e divulgare nelle strutture ospedaliere AOU SS il modello organizzativo descritto di "gestione delle dimissioni difficili", corredato da relative indicazioni, che siano inclusive di obiettivi, target di pazienti, strumenti di valutazione, indicatori di processo e risultato, previo percorso formativo.*

Il modello prevede come fase iniziale quella dell'identificazione precoce degli anziani fragili a rischio di "dimissione difficile", in particolare quei casi che potrebbero presentare difficoltà alla dimissione e per i quali sia opportuno concordare con i servizi territoriali percorsi specifici che includano il necessario supporto clinico assistenziale e sociale ai pazienti stessi e alle famiglie/caregiver.

L'identificazione precoce, entro 24-72 ore dal ricovero da PS nelle U. O. dei Dipartimenti AOU Sassari, dovrebbe riguardare tutta la popolazione in età adulta che da PS viene ricoverata nelle varie UO.

Il modello prevede inoltre il coinvolgimento di un team multidisciplinare aziendale, che chiameremo Unità di Valutazione Ospedaliera (UVO), composto da medico specialista in Geriatria con competenze specifiche in VMD e integrazione ospedale-territorio e assistente sociale aziendale. L' UVO rappresenta l'Organo di Valutazione dei pazienti identificati come "dimissioni difficili" e si occuperà della presa in carico dei pazienti "fragili", per lo più anziani, identificati/segnalati allo stesso dalle varie strutture ospedaliere e pianificherà, alla luce delle specifiche necessità sanitarie e assistenziali, il PAI per il paziente e attiverà i percorsi intraospedalieri, extraospedalieri sanitari e socioassistenziali in collaborazione ed integrazione con il territorio/Distretto ASL di appartenenza, i Comuni e i PLUS di residenza degli assistiti.

Al momento attuale il percorso prevede l'interfacciamento con i PUA distrettuali e, successivamente, una volta attivate, prevederà la collaborazione diretta con le COT previste dal DM77 in ogni Presidio Ospedaliero ASL, orientate a "garantire la presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento", con il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari del paziente, i rapporti tra le strutture operative di assistenza ospedaliere AOU e la rete territoriale costituita dal sistema PUA-UVT, in modo da garantire la continuità comunicativa (informazioni cliniche, terapeutiche e socioassistenziali) tra i vari setting assistenziali.

2.1 Introduzione al modello organizzativo

Il lavoro della UVO attivata in AOU Sassari, prevede il coinvolgimento di tutti i reparti ospedalieri dell'AOU di Sassari in collaborazione e stretta integrazione con il Distretto ASL Sassari e i restanti Distretti ASL Sardegna, in particolare con gli attuali PUA distrettuali (UVT, CDI, servizi sociali) che, con prossima applicazione del DM77 verranno sostituiti dalle COT. La modalità operativa indicata nel sistema proposto è strutturata secondo un modello dinamico di adeguamento del processo attuato in base alle variazioni del contesto normativo ed organizzativo (attivazione COT, Ospedali di Comunità, Case della Salute, etc) che comporterà la variazione degli interlocutori nelle fasi di azione del percorso assistenziale.

Il gruppo di lavoro della UVO sarà orientato a garantire la presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento con il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari del paziente, i rapporti tra le strutture operative di assistenza dei reparti ospedalieri AOU Sassari e la rete ASL distrettuale territoriale costituita dal sistema PUA-UVT, in modo da garantire la continuità clinica, assistenziale e comunicativa (informazioni cliniche, terapeutiche e socioassistenziali) tra i vari setting assistenziali per una reale presa in carico globale e multidisciplinare del paziente anziano fragile a garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure con l'integrazione tra ospedale e territorio.

3. Risultati attesi e Indicatori

3.1 Obiettivi /Risultati attesi e Indicatori per la loro misurazione

Obiettivo	Indicatore
Appropriatezza delle cure e della presa in carico multidimensionale	Riduzione dei re-ricoveri Riduzione ricoveri inappropriati Riduzione accessi in PS
Riduzione giornate di degenza	Differenza Giorni di degenza per DRG/disciplina (stessa fascia età e tipologia diagnosi) e pre avvio progetto e post avvio
Riduzione rischi correlati all'assistenza e al ricovero protratto	Differenza numero infezioni ospedaliere per reparto differenza numero casi con complicanze differenza numero casi mortalità
Riduzione dei costi correlati alla degenza e alle complicanze	Durata degenza per DRG e riduzione giornate ricovero inappropriata
Riduzione ricoveri inappropriati	Numero DRG inappropriati prima e post
Miglioramento delle condizioni di lavoro	Minori giornate di malattia Riduzione infortuni Riduzione assenze

	Riduzione conflittualità (segnalazioni medico competente e psicologo)
Incremento del grado di soddisfazione dell'utente e socioassistenziale	Numero inferiore segnalazioni URP Maggior grado di soddisfazione con questionario aziendale - Tempi medi di attesa per attivazione percorsi assistenziali e presa in carico integrata ospedale e territorio

3.2 Obiettivi - Indicatori di processo e di risultato:

Obiettivi

- a) Appropriatelyzza delle cure e della presa in carico multidimensionale
- b) Riduzione delle giornate di degenza
- c) Riduzione dei rischi correlati all'assistenza e al ricovero protratto: rischi di infezioni ospedaliere, minore rischio di perdita autonomie residue e allettamento, depressione, malnutrizione etc.
- d) Riduzione dei costi correlati alla degenza e alle complicanze
- e) Riduzione dei ricoveri inappropriati
- f) Miglioramento delle condizioni di lavoro
- g) Incremento del grado di soddisfazione dell'utente e socioassistenziale

Indicatori di Processo

- N. di VMD sul numero di dimissioni totali;
- N. di pazienti con indicatori VMD di "paziente fragile/dimissione difficile" presi in carico sul numero di richieste pervenute all' UVO;
- N. di segnalazioni di dimissione difficile prodotte dalle U.O. per mese.
- Gli Indicatori di processo si potranno valutare ad intervalli regolari di tipo mensile.

Indicatori di Risultato

- N. di richieste di valutazioni ricevute tramite sistema informatizzato aziendale Galileo;
- N. prese in carico dall'UVO su N. di richieste pervenute dalla UVO;
- N. giornate di degenza media nelle Strutture Aziendali prima dell'avvio del Progetto e N. giornate di degenza media dopo l'avvio dell'UVO;

- Tempi medi di attesa per attivazione percorsi assistenziali e presa in carico integrata ospedale e territorio.
- Gli Indicatori di risultato si potranno valutare ad intervalli regolari di tipo mensile/trimestrale.

4. Declinazione del modello

Il percorso per la gestione delle “Dimissioni Difficili” trova applicazione in tutti i casi di persone portatrici di bisogno socio-sanitario complesso, quali in particolare quelle affette da patologie acute e croniche in condizioni di non autosufficienza e/o assenza parziale o totale di supporto familiare per le quali è richiesta l’attivazione dei servizi di:

- inserimento in Cure Domiciliari Integrate (CDI);
- inserimento in Cure Palliative Domiciliari (CPD);
- inserimento in RSA, Comunità Integrata e/o se necessario in Comunità Alloggio con coinvolgimento dei PLUS;
- inserimento in Hospice;
- inserimento in Strutture socioriabilitative
- assistenza integrativa, protesica ed ausili, assistenza farmaceutica.

Pazienti eleggibili

Sono inseriti nel percorso pazienti che presentano:

- condizioni di non autosufficienza e rischio di non autosufficienza anche per cause temporanee;
- necessità di assistenza infermieristica e/o riabilitativa e socio-assistenziale;
- perdita recente dell'autonomia successiva ad intervento chirurgico in fase post acuta, che necessita di interventi riabilitativi erogabili in strutture sanitarie e al domicilio;
- carenza/assenza della rete familiare di supporto e sostegno.

Operatori coinvolti

La Direzione Sanitaria Aziendale/Strategica nell’ambito del gruppo di lavoro della UVO vede coinvolte le seguenti figure professionali:

- a. Medico specialista in Geriatria con competenze in VMD, Fragilità e integrazione ospedale territorio e competenze nella gestione dei pazienti ad elevata complessità assistenziale
- b. Assistente sociale

Nell’ambito della UVO il medico specialista viene individuato dall’Azienda quale figura professionale esperta atta a *“garantire la presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni sanitari e sociali, con un’attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento”*. Nella UVO sono individuate le funzioni strategiche per la facilitazione della presa in carico socio sanitaria integrata del paziente nella fase particolarmente delicata della dimissione.

Formazione

Formazione del personale: tutti gli operatori inseriti nel progetto seguiranno un idoneo percorso di formazione sulle implicazioni cliniche, assistenziali e organizzative in modo da acquisire le competenze necessarie a svolgere le funzioni. Il percorso formativo obbligatorio sarà inizialmente rivolto al medico referente per le “Dimissioni Difficili”, identificato dal Direttore di ogni reparto di degenza, e alle Coordinatrici/Coordinatori delle strutture di degenza AOU.

Il programma di Formazione Obbligatoria verrà organizzato con il supporto della SSD Formazione, ricerca, programmi assistenziali e sperimentazioni cliniche e verrà avviato a partire dal mese di Ottobre 2023.

4.2 Descrizione del modello applicato

La funzione dei professionisti della UVO riguardo alle dimissioni difficili è quella di fornire supporto qualificato alle Strutture di Degenza Aziendali nella raccolta delle informazioni, nell'utilizzo degli strumenti di indagine e nella esecuzione delle valutazioni VMD di competenza. In particolare la UVO:

- riceve la richiesta di intervento per la valutazione e presa in carico del paziente con probabile dimissione difficile dalle UU.OO. ospedaliere, entro 24-72 ore dal ricovero del paziente da PS;
- supporta le UU.OO. nella raccolta delle informazioni e le acquisisce;
- fornisce consulenza specifica con VMD del paziente al fine di confermare o meno il grado di complessità della dimissione;
- per le dimissioni difficili confermate, provvede alla redazione del PAI e alla presa in carico multidimensionale in ambito sanitario e/o sociale, interfacciandosi con il sistema PUA-UVT distrettuale e provvedendo all'inoltro a quest'ultimo delle richieste di intervento;
- contatta PUA del Distretto di competenza, collabora con questo e fornisce supporto specialistico e decisionale per l'UVT distrettuale competente e/o UU.OO. ospedaliera; ove richiesto fornisce supporto specialistico alle UVT effettuate in ospedale;
- supporta la Direzione di Presidio nel monitoraggio delle dimissioni difficili sui vari indicatori di efficienza e di efficacia della gestione delle stesse, onde fornire gli elementi utili per l'adozione degli eventuali correttivi necessari.

4.2.1 Metodi e strumenti

Identificazione del paziente

Il paziente a rischio di dimissione difficile viene individuato al momento del ricovero in reparto di degenza dal personale sanitario. L'identificazione dello stesso può essere facilitata dall'utilizzo della scheda BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) compilata dal personale infermieristico e/o medico delle U.O. da effettuarsi entro 24-72 ore dal ricovero, che identifica 3 classi di rischio:

- alto rischio;

- medio rischio;
- basso rischio.

Schede di Valutazione Multidimensionale

Si prevede l'utilizzo di un set di Schede di Valutazione Multidimensionale e rilevazione standardizzata dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali.

Le schede necessarie per la valutazione, da utilizzare in base alle necessità del singolo paziente nella valutazione sanitaria, assistenziale e sociale sono di seguito elencate e allegate al presente progetto:

- scala di valutazione di BRASS;
- SVAMA [indice di comorbilità CIRS; scala di instabilità clinica di Bernardini; Barthel Index (ADL e mobilità) valutazione dello stato funzionale; Mini Mental State Examination (MMSE); Short Portable Mental Status questionnaire; IADL (Valutazione del grado di dipendenza nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana); scala di Braden (valutazione del rischio di decubiti); scala di Karnofsky; scheda di valutazione sociale)];
- scheda valutazione lesioni da decubito.

Nel proseguo del documento, si forniscono in allegato indicazioni più precise sugli strumenti da utilizzare in funzione del percorso da attivare per il singolo paziente.

Oltre alla compilazione delle schede di valutazione multidimensionale citate sono necessari e/o opportuni:

- colloquio con i familiari o caregiver per indagine situazione familiare;
- contatto con lo specialista per individuare il setting di dimissione appropriata;
- schede di valutazione infermieristica.

4.3 Fasi e attività

Attivazione della UVO

In caso di paziente ad alto e medio rischio o a basso rischio, ma con elevata fragilità sociale, quindi potenzialmente eleggibile per un percorso di dimissione protetta, il medico del reparto referente per le Dimissioni Difficili contatta l' UVO tramite richiesta specifica sul sistema aziendale Galileo -> SSA Direzione Sanitaria -> VMD.

Allo stesso inoltre giungeranno anche le segnalazioni, su pazienti ricoverati, relative a problemi unicamente sociali per favorire una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni "difficili" sotto il profilo sociale al fine di attivare gli interventi più adeguati.

Valutazione multidimensionale e presa in carico

L' UVO ricevuta la segnalazione e acquisite le informazioni fornite dalla U.O. di ricovero del paziente, collabora con la stessa alla individuazione del percorso di dimissione da proporre al sistema PUA-UVT territoriale competente, provvedendo al coinvolgimento dei caregiver/familiari/servizi sociali territoriali e alla

raccolta delle ulteriori informazioni con l'utilizzo di schede condivise con UVT per la redazione del PAI, specifico per ciascun paziente.

Attivazione del PUA-UVT

L' UVO, preso in carico il paziente con VMD contatta il PUA-UVT del Distretto Socio Sanitario competente e avvia il percorso di presa in carico integrata per pianificare il PAI per la dimissione; provvede inoltre all'invio della scheda di contatto informatizzata presente sul sistema informativo SISAR e invia la documentazione prodotta, eventualmente integrata da una scheda di sintesi.

Attività dell'UVT

L'UVT del Distretto competente valuta la documentazione trasmessa dalla UVO, effettua gli approfondimenti e le valutazioni di competenza circa il percorso di dimissione e conseguente prosecuzione delle cure nel contesto appropriato e concorda con la UVO il PAI specifico per ogni paziente pre dimissione.

Dimissione

Sulla base delle valutazioni e indicazioni definite dalla collaborazione tra UVO e UVT, la U.O. di ricovero del paziente procede con la preparazione del piano di dimissione (tempi, modalità, ausili, piani terapeutici etc). Fino al momento della dimissione l'UVO cura, se necessario, i contatti con l'UVT territorialmente competente. Collabora, inoltre, con il personale della struttura di degenza operando affinché siano superate tutte le eventuali criticità, inclusa l'individuazione e acquisizione di ausili, presidi e farmaci necessari ed indispensabili per la dimissione. Si occupa, infine del monitoraggio della durata del ricovero e della registrazione dell'avvenuta dimissione disposta dal medico della U.O..

Consenso

L'attivazione di percorsi di protezione e accompagnamento per le dimissioni difficili si fonda sulla costruzione di relazioni di cura e fiducia tra paziente e professionisti sanitari. Al riguardo è necessario assicurare un setting di cura in cui si incontrano l'autonomia decisionale del paziente, l'autonomia professionale e la responsabilità dei curanti.

Va salvaguardato il diritto del paziente di conoscere le proprie condizioni di salute in maniera completa, aggiornata e comprensibile. Il consenso va sempre documentato in forma scritta o nelle modalità previste dalla normativa vigente. Il tempo di comunicazione tra team sanitario e paziente costituisce sempre tempo di cura. L' UVO, come tutto il personale coinvolto nella applicazione delle procedure, supporta il paziente, la famiglia, quando presente, e le altre figure di supporto (amministratore di sostegno/curatori/tutori) nella individuazione e nel mantenimento degli eventuali diritti esigibili previsti dalla normativa vigente.