

**Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità
Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per
modulare nuove proposte**

ORNELLA CASATI

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021-2022



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI – DSC 2101/CE

Università degli Studi di Milano

L'AUTORE

Ornella Casati Direttore SC Continuità Ospedale Territorio – ASST GOM Niguarda

IL DOCENTE DI PROGETTO

Federico Lega, Professore Ordinario di Management Sanitario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Professore Ordinario di Management Sanitario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	7
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	8
METODOLOGIA ADOTTATA	9
DESCRIZIONE DEL PROGETTO	11
1.1 Analisi dati di attività	11
1.2 Analisi delle criticità	15
1.3 Soluzioni adottate	17
1.4 Soluzioni possibili	19
RISULTATI ATTESI	26
CONCLUSIONI	29
RIFERIMENTI NORMATIVI	30
BIBLIOGRAFIA	30

INTRODUZIONE

Nell'ambito della SC Continuità Ospedale Territorio si è istituita nella seconda metà del 2019 la Centrale Unica per le Dimissioni Protette (CUDP). La Centrale nasce come evoluzione del Centro Servizi Aziendale (CSA), servizio che aveva nell'ambito del Progetto Milano, lo scopo di supportare i reparti nelle dimissioni dei pz. verso le sole Cure Intermedie (CI) attraverso il Centro Servizi Milano (CSM). Quest'ultimo, a valenza cittadina e gestito dalla stessa SC Continuità Ospedale Territorio della ASST Niguarda, rappresentava un modello di governo della rete ai fini della continuità dell'assistenza tra le strutture di ricovero e cure e le strutture di cure intermedie della città di Milano. Le sue funzioni nel 2020 con l'inizio della pandemia COVID sono state assorbite dalla Centrale Unica Regionale deliberata con DGR n. 2906 dell'8.03.2020 avente oggetto "ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID – 19" affidata all'Azienda di Servizi alla Persona Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio.

Il contesto in cui si muovevano CSM - CSA era quello cittadino ovvero le strutture verso le quali era possibile dimettere i pazienti e che partecipavano al progetto erano esclusivamente quelle presenti sul territorio di Milano. Mentre il contesto entro cui si muove la CUDP è quello delle strutture presenti sul territorio milanese, dell'hinterland e talvolta regionali. Inoltre la CUDP gestisce le dimissioni in ADI da reparto verso i medesimi territori.

La Centrale Unica per le Dimissioni Protette si avvale di 1 coordinatore, 4 infermieri, 1 assistente sanitario, 5 assistenti sociali e 2 medici, ha il compito di migliorare ed ottimizzare il PERCORSO DI DIMISSIONE del paziente fragile e quindi il passaggio dalla fase acuta (ospedalizzazione) alla fase sub-acuta e/o cronica (domicilio, rete dei servizi sociosanitari, riabilitazione) in relazione ai bisogni ed al tipo di patologia.

La Centrale deve anche rispondere all'esigenza di:

- utilizzare al meglio le risorse presenti sul territorio e favorire un maggiore utilizzo dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- incoraggiare i familiari e il pz. ad un ruolo partecipativo nel percorso di dimissione,
- favorire una concreta continuità delle cure attraverso il collegamento con Servizi Fragilità territoriali e con i percorsi per la cronicità;
- ridurre i tempi di degenza per eventi morbosi a lenta e/o complessa evoluzione;

Per raggiungere gli obiettivi sopra descritti è fondamentale che la Centrale Unica per le Dimissioni Protette governi:

- l'identificazione dei casi che necessitano di dimissione protetta sia fornendo ai reparti gli strumenti necessari sia attraverso una propria valutazione;
- le dimissioni verso tutte le strutture residenziali del territorio;
- le dimissioni al domicilio con attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Sono stati proceduralizzati due tipologie di percorso:

- *Percorso di tipo "A"* che si realizza già al momento dell'accesso in Ospedale e quindi a partenza dal Pronto Soccorso. L'infermiere Visual e il personale di PS identificano il caso che potrebbe essere a rischio di dimissione protetta secondo determinati e condivisi indicatori (Tabella 1) e lo segnalala alla CUDP al momento del trasferimento in reparto. Questo consente alla CUDP di prendere in carico subito il caso e di seguirne l'andamento nonché di

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

approfondire gli aspetti sociali e assistenziali che potrebbero interferire sul percorso post dimissione.

INDICATORI PER SEGNALARE IL PZ. ALLA CUDP – Tabella 1
Mancanza di familiari idonei ad accudire una persona non autosufficiente;
Resistenze dei familiari a riprendere a casa il congiunto per motivi di carattere organizzativo, economico o altro;
Necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi infermieristici e/o sociali;
Necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio (letti antidecubito, pompe per nutrizione artificiale, sollevatori, respiratori, ecc.);
Necessità di reperire un'ideale sistemazione extra familiare, temporanea o definitiva, quando è ragionevolmente impossibile il ritorno al proprio domicilio (lungodegenza extra ospedaliera, residenza sanitaria assistenziale, casa protetta, casa di riposo);
Altre situazioni problematiche di natura non clinica (stato di abbandono, povertà, extra-comunitari sprovvisti di permesso di soggiorno, ecc.).

- *Percorso di tipo "B"* a partenza dal reparto di degenza del paziente prevede l'identificazione e l'attivazione di un setting di cura post ospedaliero. L'attivazione della CUDP avviene attraverso la compilazione del portale NEXUS da parte dei reparti, a cui segue una valutazione del caso, sia da portale che al letto del paziente, da parte degli operatori della centrale. Identificato il setting di dimissione idoneo, se questo prevede l'invio verso strutture di degenza, i dati vengono trasferiti sul portale della Centrale Regionale (Priamo), se invece il setting è il domicilio con ADI la CUDP effettua una ricerca dell'EG disponibile ed idoneo al caso (Vedi figura 1 e 2).



Figura 1



Figura 2

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

Come si evince dai percorsi i portali utilizzati dalla CUDP sono due Nexus e Priamo, il motivo di tale scelta è di seguito spiegato.

La Centrale Regionale è stata istituita in fase pandemica ed ha “imposto” l’uso obbligatorio anche per le strutture riceventi, oltre che invianti, del Portale Priamo. La scelta di mantenere nei reparti Nexus è stata dettata da due ragioni fondamentali: Nexus era entrato in uso da circa un anno e da meno di sei mesi per la gestione dell’ADI, l’addestramento del personale dei reparti all’uso del portale Priamo in piena pandemia ci era sembrato molto più “costoso” che non il suo utilizzo da parte del solo personale della CUDP.

Un’altra doverosa specifica va fatta rispetto all’assorbimento nella SC Continuità Ospedale Territorio e della CUDP delle funzioni del Servizio sociale aziendale che consente una vera valutazione multidisciplinare dei casi che ci vengono segnalati.

La SC Continuità Ospedale Territorio vedrà comunque un sicuro cambiamento in base al PNRR, alla L.R. 22 del 14/12/2021 e con l’introduzione della Centrale Operativa Territoriale (COT) le cui funzioni sembrano ricalcare solo in parte quello che attualmente svolgiamo con la CUDP a livello di Ospedale. Le funzioni della COT allargano il concetto di continuità ospedale-territorio attraverso il coordinamento di tutti gli interventi della rete socio assistenziale. Di questo aspetto tutti gli operatori della CUDP sentono già la necessità di seguire, almeno nella prima fase post dimissione, il percorso del paziente ciò avviene attraverso contatti con le strutture o con i care giver in caso di dimissione ADI. Peraltro anche gli interventi sociali se attivati vengono portati a compimento anche dopo la dimissione.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

Ogni anno a Niguarda si verificano circa 32.000 dimissioni. Di queste il 90 % sono ordinarie verso il domicilio. Alcune di queste necessitano di supporto sanitario o sociale a domicilio. Altre necessitano di una collocazione sul territorio in strutture più o meno specializzate.

Alla luce della Legge Regionale 22/21 e delle sue nuove indicazioni che prevedono un forte sviluppo del territorio ci si è dati un duplice obiettivo :

- Sul polo ospedaliero: partendo da un'analisi delle criticità emerse nel corso degli anni, proporre alla Direzione eventuali percorsi aggiuntivi che possano aumentare l'efficacia delle dimissioni riducendo i tempi di degenza,
- Sul territorio: ipotizzare una ridefinizione dei processi. In particolare il riferimento va ai costituendi Distretti e alla Centrale Operativa Territoriale (COT) con possibile trasformazione della CUDP in quest'ultima. Stante che i percorsi di dimissione dall'ospedale verso il territorio sono già gestiti dalla CUDP si cercherà di ipotizzare il suo sviluppo sul territorio preservando quanto già attuato dal servizio in termini di continuità assistenziale.

A supporto del lavoro verranno utilizzati i dati contenuti nei portali che la CUDP ha in uso per la gestione delle dimissioni protette.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari del progetto sono tutte le SS.CC. di Niguarda che beneficiano della presa in carico dei pazienti fragili per le dimissioni protette con una collocazione più appropriata dei pazienti sul territorio e gli operatori della SC Continuità Ospedale Territorio.

I beneficiari sono direttamente i pazienti:

- che ottengono una risposta adeguata ai loro bisogni assistenziali attraverso una dimissione protetta che prende in considerazione la complessità della situazione
- che potrebbero ottenere un percorso assistenziale appropriato a partenza dal proprio domicilio con il supporto della COT nella gestione della presa in carico dei loro bisogni.

Beneficiari del progetto sono da intendersi anche gli stessi operatori della SC Continuità Ospedale Territorio in quanto, partecipando alla costruzione di nuove ipotesi organizzative, riescono ad adattarsi in modo proattivo agli eventuali cambiamenti.

METODOLOGIA ADOTTATA

Dall'esperienza CSM – CSA e dopo più di 2 anni di attività della CUDP si è imposta una revisione di quanto finora messo in atto per migliorare il sistema verificando punti di forza e criticità ancora presenti.

I dati di attività della CUDP riguardano oltre 3500 pazienti e offrono la possibilità di effettuare diverse analisi tra cui l'analisi del percorso temporale del paziente dalla segnalazione del caso, da parte del reparto alla Centrale, fino alla dimissione.

Nel corso degli anni basandoci proprio sui dati di attività sono già stati messi in atto vari percorsi per ridurre i tempi di dimissione e per aumentare l'appropriatezza delle stesse (ADI per pz. respiratori, ADI per pz. con LDD, ADI per minori con gravi patologie, percorso facilitato per la nomina di Amministrazione di sostegno, convenzione con erogatore di CI).

La base concettuale da cui si è partiti è quella della **Continuità assistenziale** (Figura 3) un processo complesso per il quale i bisogni del paziente devono essere garantiti attraverso un'assistenza continuativa da un livello assistenziale ad un altro, rispettando tutti i passaggi necessari dalla diagnosi alla cura della malattia.

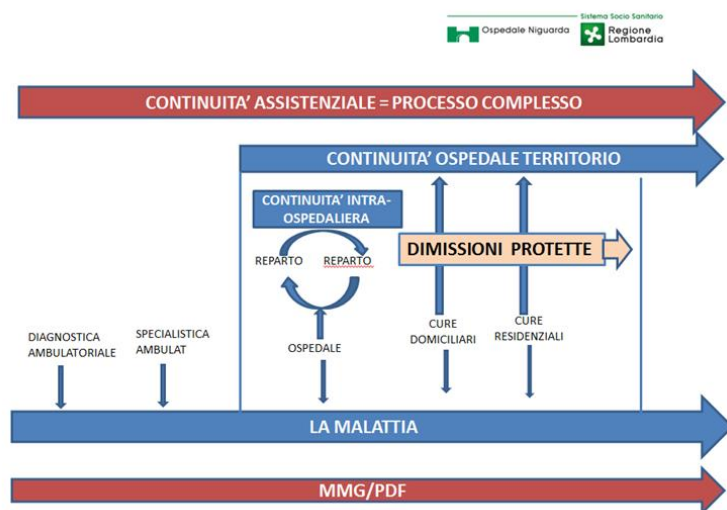


Figura 3

Quello di cui il servizio si occupa è allo stato attuale la **Continuità Ospedale Territorio** realizzata al fine di coordinare la dimissione dei pazienti ricoverati verso l'avvio della presa in carico in assistenza domiciliare o verso altri luoghi di cura a minori livelli assistenziali (cure intermedie, subacute, riabilitazione specialistica).

E' nell'ambito di questo percorso che ci si è interrogati su due significati: quello di *complessità del sistema* e quello del *significato di dimissione protetta*.

La complessità del sistema si pone spesso come un ostacolo alla continuità assistenziale ci si riferisce non tanto alla complessità del paziente quanto a quella dell'ospedale e a quella del territorio.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

Da un lato l'ospedale deve dare risposte a condizioni acute e complesse erogate in tempi limitati per assicurare il maggior turnover possibile dei pazienti anche in relazione alla sostenibilità economica. Pertanto spesso le dimissioni riguardano pazienti ancora convalescenti che necessitano la prosecuzione di cure mediche, assistenziali e riabilitative. Non è tuttavia infrequente doversi occupare di casi il cui ricovero è stato dettato da un problema di urgenza sociale e non sanitaria. Dall'altro il territorio appare un sistema di assistenza e cura più frammentato ma che deve provvedere ad una gamma ampia di interventi, su un lungo periodo, difficilmente scomponibili negli aspetti sanitari e in quelli assistenziali, peraltro in capo a istituzioni diverse (ASL e Comuni) non necessariamente orientate all'integrazione. Anche nei casi di necessità puramente sociali appaiono evidenti le carenze del territorio (scarsa accoglienza in strutture idonee, mancanza di fondi per poter attivare RSA a integrazione sociale, lungaggini burocratiche per richieste di soggiorno, rilascio documenti ecc.).

Affrontando il discorso delle *Dimissioni protette* l'analisi del lavoro ha portato a riconoscere il concetto delle Dimissioni programmate (vedi studio AIDA) *come più aderente alla attività svolta*.

Secondo lo studio AIDA nelle dimissioni programmate vengono presi in considerazione aspetti quali la valutazione del bisogno socio-assistenziale complessivo da soddisfare, l'individuazione di un piano personalizzato definito dall'Ospedale e comunicato ai referenti dell'assistenza sul territorio.

Nelle Dimissioni Protette, il processo oltre a prendere in considerazione i fattori sopra indicati, la valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale e le modalità della presa in carico vengono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali.

Quest'ultimo aspetto è risultato indubbiamente carenziale e non attuabile, se non in casi specifici, vista la mole di dimissioni effettuate dalla CUDP e il poco personale presente nei Servizi Fragilità.

E' stata comunque introdotta una procedura per sopperire al problema che verrà descritta più avanti.

Nell'ambito della Continuità Assistenziale merita di essere sottolineata l'importanza, della **Continuità Intraospedaliera**. Questa può tradursi nel trasferimento del paziente da un reparto ad un altro, in termini di appropriatezza di setting, ma anche di *continuità* così detta, *informativa*, ovvero di passaggio delle informazioni da reparto a reparto e da specialista a specialista. Consegne scritte chiaramente, epicrisi periodiche in cartella, riunioni di briefing si rendono indispensabili affinché non si rallenti il processo di diagnosi e di cura.

L'analisi in equipe del percorso del paziente fino alla sua dimissione è stato supportato dalla raccolta e lettura dei dati riguardanti sia il CSA sia successivamente la Centrale per le Dimissioni protette.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

1.1 Analisi dati di attività

Dal 2017 a tutto il 2021 i casi trattati sono in costante aumento così come si sono ampliate le tipologie di strutture verso cui sono stati dimessi i pazienti. Negli anni 2017 e 2018 le dimissioni erano, infatti, effettuate attraverso il CSA e quindi destinate alle sole Cure Intermedie e all'Assistenza Domiciliare Integrata mentre già a metà 2019 si è passati alla gestione di tutti i setting disponibili sul territorio prendendo in carico anche le dimissioni verso le strutture riabilitative. (Grafico 1-2-3) (Tabella 2)

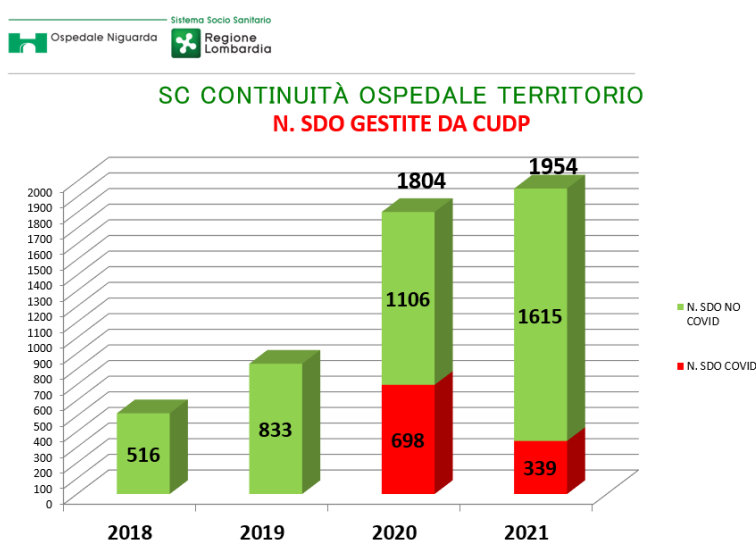


Grafico 1 n° casi presi in carico dalla CUDP per la valutazione del setting di destinazione al fine della dimissione protetta

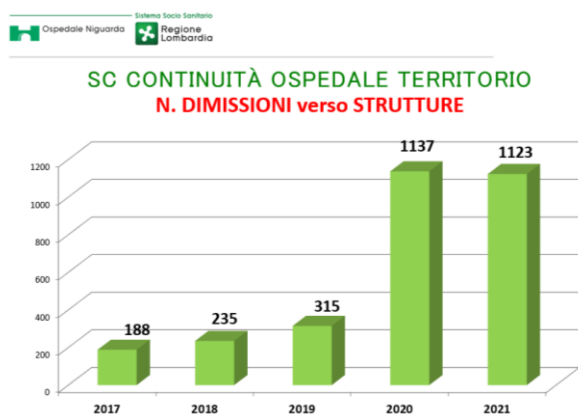


Grafico 2 n° dimissioni effettive avvenute con trasferimento pz. presso strutture socio sanitarie e subacute

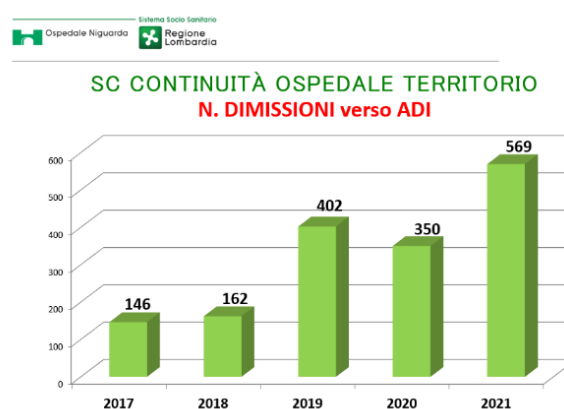


Grafico 3 n° dimissioni effettive avvenute con attivazione dell'ADI

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

SC CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO DETTAGLIO SETTING DIMISSIONI

TIPO SETTING	N.DIMISSIONI				
	2017	2018	2019	2020	2021
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	22	40	32	557	606
ADI	146	162	402	350	569
CURE INETERMEDIE	149	168	193	167	282
SUBACUTE	11	8	72	178	94
RSA	6	19	18	91	86
FORESTERIA	0	0	0	73	23
DEGENZA DI SORVEGLIANZA	0	0	0	37	22
RSD	0	0	0	0	5
DEGENZA DI COMUNITA'	0	0	0	34	5
TOTALE	334	397	717	1487	1692

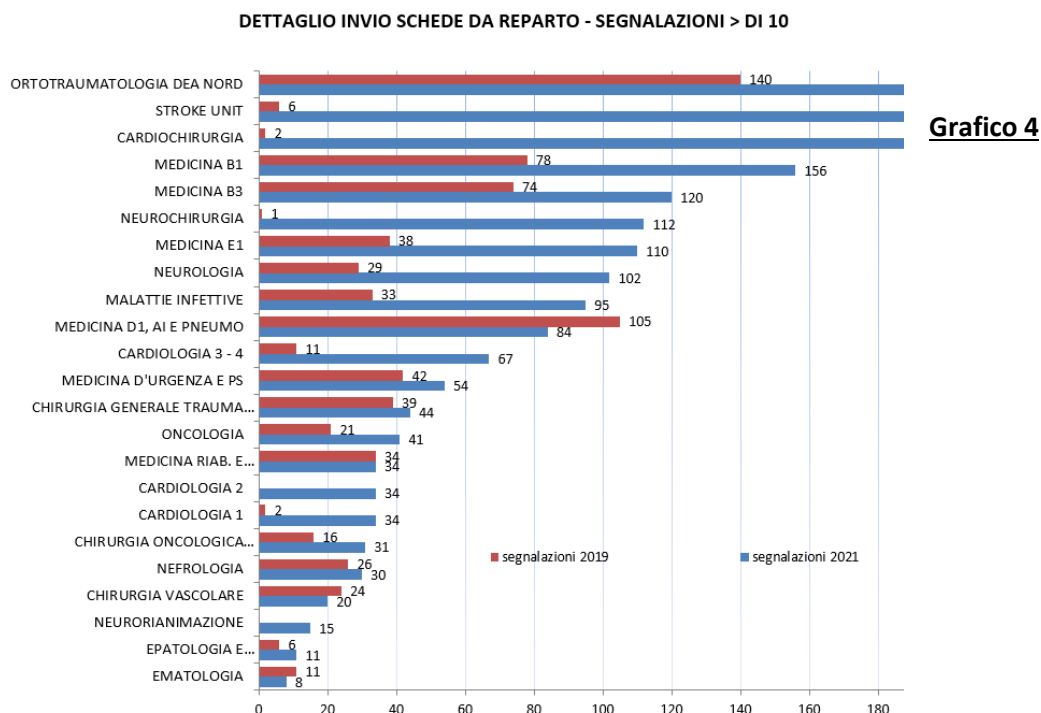
Tabella 2

Il considerevole incremento delle dimissioni verso le strutture riabilitative specialistiche riflette la tipologia dei reparti che ad oggi si rivolgono al servizio laddove ci sia necessità di una dimissione programmata/protetta (Grafico 4).

I motivi di tale aumento sono principalmente i seguenti:

- La SC Continuità Ospedale Territorio ha effettuato formazione sul tema delle dimissioni in tutti i reparti coinvolgendo maggiormente quelli che erano abituati a muoversi con rapporti diretti ed ha preso in carico anche situazioni particolarmente complesse dell'area critica.
- con la costituzione della Centrale Regionale è stato suggerito l'utilizzo anche per le strutture riceventi, oltre che invianti, del Portale Priamo. La scelta come più sopra detto di gestire direttamente il portale PRIAMO lasciando all'uso dei reparti NEXUS ha incentivato tutte le divisioni a passare dalla CUDP nel caso di dimissione programmata/protetta.
- l'attività dei case manager e degli specialisti di reparto, è stata alleggerita in modo sostanziale nel lavoro di back office ora effettuato dalla CUDP.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte



Nell'analisi dei dati una riflessione importante è da dedicarsi al capitolo delle degenze medie dei casi gestiti in dimissione programmata/protetta, la cui riduzione è da due anni obiettivo di budget del servizio.

Per poter confrontare i dati con gli anni precedenti sono stati presi in considerazione solo i casi No Covid.



SC CONTINUITÀ OSPEDALE TERRITORIO
DEGENZA MEDIA

DEGENZA MEDIA PZ. NO COVID 2019/2021			
	2019	2020	2021
N. DIMISSIONI ** (Strutture e ADI)	717	1069	1405
DEGENZA MEDIA COMPLESSIVA	28	27	28
Di cui N. DIMISSIONI SENZA INTERVENTO AREA SOCIALE *	510	822	1132
DEGENZA MEDIA SENZA INTERVENTO AREA SOCIALE	26	25	24
DI CUI N. DIMISSIONI CON INTERVENTO AREA SOCIALE **	207	247	273
DEGENZA MEDIA CON INTERVENTO AREA SOCIALE	36	38	41

Tabella 3

*escluse dimissioni verso RSA/RSD
**ricomprese dimissioni verso RSA/RSD

Dalla Tabella 3 si evince che tra il 2019 e il 2021;

- la degenza media complessiva è rimasta invariata

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

- si è registrata una riduzione della degenza media dei casi nei quali non è stato necessario l'intervento sociale.
- la degenza media ha avuto un costante aumento quando calcolata sui casi per i quali è stato necessario l'intervento dell'area sociale.

Si è andati quindi a verificare più nel dettaglio le tempistiche scorporando il processo in due tempi (Tabella 4):

- dalla data di ingresso in ospedale alla data di segnalazione alla CUDP
- tempo trascorso dalla individuazione della struttura all'effettivo trasferimento

	CASI SENZA INTERVENTO SOCIALE		CASI CON INTERVENTO SOCIALE	
	MEDIA GIORNI ingresso in reparto e segnalazione alla CUDP	MEDIA GIORNI data di segnalazione alla CUDP e la data di dimissione	MEDIA GIORNI ingresso in reparto e segnalazione alla CUDP	MEDIA GIORNI data di segnalazione alla CUDP e la data di dimissione
2019	18	8	19	17
2020	17	8	16	22
2021	17	7	12	29

Tabella 4

Per i casi senza intervento sociale il tempo dall'ingresso in reparto alla segnalazione alla CUDP si è ridotto, anche se non in modo significativo, così come ridotto è il tempo necessario alla reale dimissione del paziente, dimissione che è avvenuta nel 2021 di media in circa 7 giorni. Una tempo accettabile considerando la disponibilità dei posti letto delle strutture riceventi.

Per i casi con intervento sociale la media di giorni tra l'ingresso in Ospedale e la segnalazione alla CUDP si è ridotta in modo importante, segno che i reparti hanno "imparato" ad identificare prima i pz. socialmente critici. Per contro è molto aumentato il tempo necessario alla dimissione.

Da questi dati emerge quindi chiaramente come l'aumento della degenza media dipenda esclusivamente dal tempo che intercorre tra la segnalazione alla CUDP e la dimissione. Ciò riflette alcune criticità presenti nel sistema extraospedaliero che andremo ad analizzare nel capitolo successivo.

1.2 Analisi delle criticità

Le dimissioni programmate/protette gestite della CUDP hanno rilevato e rilevano la presenza di criticità.

A fronte del 2020, anno della pandemia, dove i dati sono sicuramente stati influenzati da quest'ultima, è possibile suddividere le criticità riscontrate in due filoni principali:

- criticità interne
- criticità esterne

Criticità interne:

Nonostante un capillare lavoro svolto nei vari Dipartimenti la prima criticità è rilevabile nell'ambito della tempistica rispetto alla quale il caso che necessita di una dimissione programmata/protetta viene segnalato alla CUPD dai reparti. La media è pari a 17 giorni nel 2021 con una riduzione di una sola giornata rispetto al 2019. Seppur nei reparti sia presente la figura del case manager l'identificazione del caso che necessita di dimissione programmata/protetta non riesce a rispondere al criterio dell'inquadramento precoce del destino del paziente anche per la complessità ma soprattutto l'instabilità clinica dei pazienti anziani e fragili, instabilità che paradossalmente può peggiorare proprio durante il ricovero. E' quindi ovvio che a fronte di 17 giorni solo per arrivare a proporre il pz. alla nostra Centrale il ricovero possa andare in molti casi oltre soglia DRG anche per quelle situazioni in cui il processo di dimissione potrebbe essere di gestione più semplice.

Per i soli casi con contemporaneo intervento sociale, invece, la tempistica di segnalazione si è notevolmente ridotta, segno che il caso francamente sociale non induce dubbi sulla necessità di attivare una programmazione di dimissione con tempi lunghi. Nonostante ciò la degenza media si è sensibilmente allungata essendo di fatto esploso il tempo necessario per rispondere alle necessità burocratiche indispensabili a garantire la continuità assistenziale di questi pazienti.

Altra criticità interna responsabile di un allungamento della degenza è la segnalazione del caso per il quale è necessario attivare l'ADI a ridosso della dimissione. Ciò di fatto ritarda la dimissione stessa in quanto sono necessari dei passaggi indispensabili perché la CUDP possa identificare gli Enti Gestori (EG) ADI:

- disponibilità delle figure da attivare secondo PAI,
- disponibilità alla presa in carico del caso se complesso,
- disponibilità del personale sulla zona di residenza del pz.

Inoltre l'EG identificato va proposto alla famiglia, accettato e lo stesso EG deve programmare e pianificare con il care giver la nuova assistenza.

In genere si può affermare che la segnalazione al nostro servizio dovrebbe arrivare prima rispetto agli attuali giorni al fine di ridurre la degenza media e di aumentare l'appropriatezza dei setting di dimissione.

Criticità esterne:

A fronte delle criticità interne, di grande impatto sulla degenza media sono le *criticità esterne* intese come difficoltà a garantire la continuità assistenziale sul territorio a scapito di un allungamento della degenza in acuto.

La CUDP entra nel percorso del paziente quando, come detto, è necessario prevedere la dimissione verso quelle che vengono definite Cure di Transizione (riabilitazione specialistica, Cure Intermedie,

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

Subacute, Assistenza Domiciliare), quando è necessario attivare il percorso per l'invio del paziente in RSA e quando la dimissione a domicilio necessita di attivazione di ADI.

Di seguito vengono riportati quegli aspetti altamente critici che contribuiscono a ridurre l'efficacia del lavoro svolto dalla Centrale allungando i tempi di dimissione anche a programma già definito:

- istruttorie burocratiche (rinnovo/richiesta di permessi di soggiorno, assegnazione di residenza fittizia, nomina di amministratore di sostegno) la cui tempistica procedurale richiede oltre il mese.
- Tempi di attesa per inserimento in RSA con retta ad integrazione comunale passati da 2 a quasi 6 mesi per il Comune di Milano e quindi incompatibili con la degenza in un Ospedale per acuti. Anche l'auspicabile passaggio, prima dell'ingresso in RSA, in Cure Intermedie è incompatibile con tale tempistica in quanto la degenza prevista nel setting non va mediamente oltre i 60 giorni.
- Aumento dei ricoveri, in maggior misura nel corso del 2021, per autolesionismi. Casi peraltro non presi in carico dal Dipartimento di Salute mentale in quanto necessitanti di percorsi di riabilitazione neuromotoria e pertanto di difficilissima collocazione nelle strutture riabilitative.
- Con il Centro Servizi Milano (CSM) prima e successivamente con la Centrale Regionale si sono registrate e continuano a registrarsi notevoli difficoltà relative al numero di posti letto disponibili nelle strutture a minor o diversa intensità di cura e necessarie per il proseguimento dell'assistenza (Cure Intermedie, Riabilitazione specialistica, subacute). Anche il portale PRIAMO non gestisce i posti letto delle strutture accettanti quindi l'assegnazione attuata dalla Centrale Regionale è puramente riferibile al setting.
- Per quanto riguarda le riabilitazioni specialistiche si è evidenziata la criticità di ricovero dei casi con necessità di differenti tipologie di riabilitazione. Tale problema si è mostrato in modo importante nei casi COVID a decorso più grave e con necessità di riabilitazione sia motoria che respiratoria.
- Le strutture citate non sempre sono allineate con le esigenze dell'ospedale in quanto:
 - I tempi di attesa sono lunghi
 - La complessità accettata è medio-bassa, prediligendo l'ingresso di casi a minor carico assistenziale.
- La risposta in caso di pazienti dializzati è molto scarsa in qualsiasi setting.
- I casi sociali spesso necessitano della nomina di Amministrazione di Sostegno per poter accedere ai servizi. I tempi burocratici bloccano ogni possibilità di costruzione di un percorso di dimissione.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

- L'ADI offre ad oggi una buona assistenza e le attivazioni dirette dall'Ospedale sono aumentate in modo considerevole. Tuttavia ci si scontra spesso con un generale rallentamento delle prese in carico e una riduzione della complessità assistenziale accettata. Il motivo è riportato dagli EG stessi come essere legato al budget non sufficiente a coprire le assistenze ma soprattutto ad una riduzione di disponibilità in termini di personale in misura maggiore dopo la pandemia che ha visto il passaggio di molto personale verso il servizio pubblico.

1.3 Soluzioni adottate

La segnalazione precoce da PS così come descritto nel Percorso A, gli incontri di briefing nei reparti sui casi e incontri periodici presso i dipartimenti sulla modalità corretta di attivazione della CUDP sono i generali interventi adottati per individuare il più precocemente possibile il caso da dimissione critica.

Di seguito vengono invece proposti alcuni percorsi specifici il cui fine rimane la riduzione della degenza in reparto per acuti e l'aumento dell'appropriatezza del setting di dimissione.

Procedura per la nomina dell'Amministratore di Sostegno (AdS) e per la tutela dei pazienti che si trovano nell'impossibilità di provvedere ai propri interessi

Uno dei motivi che ostacolano la dimissione è quello della necessità di nominare un Amministratore di Sostegno (AdS) per poter avere accesso alle informazioni sul paziente solo e fragile. Sempre più spesso, a titolo di esempio ma i casi sono differenti, si ha a che fare con anziani che vivono soli, dove la famiglia non è presente e dove la malattia acuta, che gli ha portati in Ospedale, lascia una residuale impossibilità a rientrare al proprio domicilio o a continuare a badare a sé stessi.

Il percorso proceduralizzato circa due anni fa prevede dei passaggi fondamentali che riducono la nomina dell'AdS dai circa tre mesi precedentemente necessari a circa 15/20 giorni.

La procedura in breve prevede tre passi fondamentali nati dalla collaborazione tra professionisti :

- Il richiedente è sempre il Direttore della SC Continuità Ospedale Territorio
- L'Ufficio legale dell'ASST predispone una procura per deposito del ricorso nel Portale dell'Avvocato
- L'assistente sociale presiede all'udienza

Percorso per le dimissioni di pz. dall'area intensiva e subintensiva

Per quanto riguarda la dimissione in riabilitazioni specialistiche di pz. degenti in area intensiva o subintensiva è stata elaborato con gli specialisti un format di relazione clinica, da inviare in fase di proposta del caso alle strutture riabilitative. La relazione così concordata ha lo scopo di velocizzare la segnalazione di un paziente critico attraverso una relazione che sia la più completa ed esaustiva. Sotto viene riportata la prima pagina del format costruito in PDF editabile.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

RELAZIONE CLINICA PER RICOVERO IN RIABILITAZIONE SPECIALISTICA

Cognome Nome
Luogo di nascita Data di nascita
Codice fiscale
Residenza: Città Indirizzo
Telefono
Se cittadino extracomunitario codice STP
Eventuale persona di riferimento: Cognome e Nome
Grado di parentela Tel.
Rientro a domicilio: Certo Probabile Attivata assistente sociale

Ospedale / Reparto
Telefono mail Fax

COMORBIDITA'

PATOLOGIA	DIAGNOSI
CARDIACA	
POLMONARE	
GASTROINTESTINALE	
EPATICA	
VESCICALE	
RENALE	
ENDOCRINA	
ORTOPEDICA	
NEUROLOGICA	
PSICHIATRICA	
ALTRO	

Contemporaneamente è stata effettuata una mappatura delle strutture lombarde con competenze nel ricovero di pz. Tracheostomizzati e/o in stato di coma, mappatura necessaria in quanto Niguarda ha un trauma team che può ricoverare pz. provenienti da tutto il territorio lombardo. Con una di queste strutture è stata concordata la visita periodica in reparto da parte dello specialista al fine di individuare il caso idoneo e concordare il momento appropriato al trasferimento. Il percorso sta tuttora procedendo con il coinvolgimento di altre strutture disponibili a replicare la modalità sopra descritta. La CUDP inoltre da quest'anno non attende l'arrivo della segnalazione da parte del reparto ma valuta tutti i casi in degenza al fine di conoscere la situazione e predisporre precocemente gli interventi, in particolar modo quelli sociali, necessari al trasferimento nella struttura più appropriata

ADI

Stante quanto sopra detto in riferimento alla complessità dei casi da dimettere in ADI sono stati predisposti tre progetti che nonostante le difficoltà di budget e di personale hanno comunque dato buone risposte ai casi più critici.

Il Progetto ADI MINORI avviato a Niguarda con la Neonatologia e la Pediatria dell'Ospedale. E' rivolto ai piccoli pazienti che con problematiche gravi necessitano di un supporto assistenziale specialistico per poter rientrare al domicilio. Il servizio viene attivato attraverso una reale dimissione protetta che vede protagonisti di un incontro specifico neonatologo, medico CUDP, assistente sociale, famiglia pediatra di famiglia e l'EG-ADI che prenderà in carico il caso. Durante l'incontro viene steso il PAI che tiene conto anche della modulazione delle risorse (tempo operatore) necessarie a coprire una assistenza impegnativa.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

Il Progetto ADI RESPIRA definisce le modalità per favorire le dimissioni “protette” dei pazienti con problemi respiratori e/o in O2 terapia o ventiloterapia. Per l’inserimento dei pz. in tale percorso è necessario chiedere la consulenza dello specialista pneumologo che procederà alla prescrizione degli ausili necessari per l’ossigenoterapia/ventiloterapia domiciliare. Prima della dimissione viene organizzato in reparto un incontro tra il fisioterapista respiratorio che ha in carico il pz. e quello dell’EG che prenderà in carico il pz. a domicilio. Durante l’incontro viene compilato il PAI ed il PRI.

Il Progetto ADI pz. con lesioni complesse : al fine di garantire la continuità delle cure da Ospedale a Territorio, si è reso necessario prevedere una collaborazione tra la SC Continuità Ospedale Territorio, la SSD Banca dei Tessuti e Terapia Tissutale e gli Enti Gestori ADI per l’assistenza al domicilio di tali tipologie di pazienti. La procedura ha lo scopo di dimettere precocemente i pazienti con il supporto dell’ADI. Il portale “NEXUS”, utilizzato per l’attivazione ADI da parte dello specialista, viene inoltre impiegato dall’Ente Gestore ADI per condividere con il vulnologo ospedaliero le immagini delle lesioni per meglio indirizzare la tipologia di medicazione.

Segnalazione al Servizio Fragilità di competenza del paziente: Al fine di garantire la continuità assistenziale al rientro al domicilio del paziente, è stato elaborato un percorso per la segnalazione al Servizio Fragilità di competenza territoriale, dei pz. che vengono da noi dimessi verso le Strutture socio-sanitarie (Cure Intermedie, Riabilitazione specialistica). La segnalazione avviene tramite invio di apposita Scheda al Servizio Fragilità, scheda che contiene tutti i dati necessari a contattare la famiglia e ad inquadrare il caso, unitamente alla relazione del servizio sociale, qualora presente. Per i pz. residenti nella ASST di Niguarda è stato previsto che il percorso si completi con un feed back di ritorno dopo l’avvenuto contatto tra il punto fragilità e il pz. /care giver.

A parziale risposta della criticità legata alla tempistica di dimissione è stato predisposto, in via sperimentale, un accordo con una struttura di C.I. In base a tale accordo è stata stabilita la disponibilità di nove posti letto settimanali da dedicare a pz. in dimissione con caratteristiche preventivamente definite o meglio con chiari motivi di esclusione. La sperimentazione sta dando ottimi risultati facilitando l’uscita veloce ma appropriata dei pz.

1.4 Soluzioni future auspicabili

Viste le difficoltà sopra descritte si è dunque riflettuto sulle ulteriori necessità per poter migliorare il servizio in termini di:

- Aumento dell’appropriatezza delle dimissioni
- Riduzione dei tempi di attesa per l’invio nelle strutture
- Riduzione delle degenze improprie
- Riduzione della durata della degenza

Il lavoro quotidiano della Centrale su oltre 3500 casi gestiti dal 2019 ad oggi (di cui oltre il 43% provenienti dalle aree critiche) mette in evidenza la necessità di implementare e sviluppare alcune risorse utili ad una maggiore efficacia ed efficienza del percorso di dimissione protetta:

- a) **un reparto interno di degenza low-care:** a cui possano essere trasferiti i pz. che, terminata la fase acuta, con iter diagnostico concluso, siano stabili clinicamente e con programma di dimissione identificato. Tra questi pz. potranno anche rientrare quelli che per complessità sociale richiedono di più tempo per definire il programma di dimissione. La necessità di posti letto si aggira intorno ai 30 calcolata in base ai dati ad oggi elaborati dalla Centrale. La degenza low-care, a prevalenza assistenziale, potrebbe avvalersi della consulenza degli specialisti dei vari reparti di provenienza del pz. anche attraverso il telemonitoraggio.

L'apertura di un reparto di subacute COVID, avvenuto nel corso di questi ultimi mesi di pandemia, affidato alla SC Continuità Ospedale Territorio, ha consolidato il pensiero che sia necessario un reparto a minor intensità e che se questo è interno all'ospedale il vantaggio è sicuramente maggiore.

In due mesi di attività sono stati ricoverati 103 pz. provenienti dai reparti Covid dell'ospedale. La procedura di ingresso ha previsto la segnalazione alla CUDP da parte dei Bed manager, la valutazione di appropriatezza da parte degli operatori CUDP anche secondo i criteri indicati dai due Livelli sotto indicati, la programmazione della dimissione effettuata dalla CUDP.

LIVELLO	PAZIENTE COVID19
0	- Dimissibile clinicamente, ma con necessità di tipo socio-assistenziale che non ne permettano la dimissione diretta
1	- Saturazione > 92% in AA o con ossigenoterapia fino a 4L/min in occhialini o Ventimask con FiO2 fino a 31% - Non necessità di supporto ventilatorio CPAP o NIV o HFNC - Frequenza respiratoria <24 atti/min - Se già ricoverato, stabile in progressivo miglioramento da almeno 3 giorni

Abbiamo calcolato la degenza media in reparto acuti prima del trasferimento presso le nostre subacute e l'abbiamo confrontata con la degenza media dei pz. trasferiti nel corso del 2021 presso reparti di subacute esterne all'ospedale. Considerando che i criteri di ingresso erano gli stessi il risparmio di giornate di degenza in reparto acuti è stato in media di 9 giorni.

DEGENZA MEDIA IN REPARTO ACUTI PRIMA DEL TRASFERIMENTO IN SUBACUTE	
Subacute esterne 2021	Subacute interne 2022
24 gg	15 gg

Tabella 5

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

La dimissione dal nostro reparto di subacute è avvenuta a negativizzazione dei pz. sia quando si è trattata di dimissione verso il domicilio sia verso altre forme di assistenza territoriale dopo una degenza media di 12 giorni e una degenza media totale di 27 giorni.

DEGENZA MEDIA IN REPARTO ACUTI	DEGENZA MEDIA IN SUBACUTE INTERNE	DEGENZA media TOTALE
15 gg	12 gg	27 gg

Tabella 6

Considerando la degenza complessiva presso il nostro Ospedale appare più breve quando questa si limita alla degenza in reparto per acuti e la dimissione avviene verso le subacute esterne che non quella dove la dimissione avviene verso le subacute interne.

Andando però a calcolare i costi della sola degenza per acuti il risparmio è significativo. Nel 2021 i pz. trasferiti in subacute erano stati 42 contro i 103 trasferiti nella nostra subacute. Calcolando una media di 700 euro al giorno per il ricovero in acuti dei 42 pz. del 2021 il costo è stato indicativamente di 706.000 euro a fronte di un costo degenza per il medesimo numero di soggetti di 441.000 euro per i pz. trasferiti in subacute con un risparmio di 235.000 euro per i soli 42 pazienti. Se aggiungiamo il costo della degenza in subacute interna (190 euro al giorno) il costo complessivo sale a 536.000 euro comunque con un risparmio di per soli 42 pz. di 170.000 euro.

A parte il discorso economico, il trasferimento interno ha permesso di individuare in modo più appropriate il setting di dimissione e di snellire gli ingressi da PS dei pz. COVID.

A fronte della utilità di una degenza subacuta o low care in un ospedale come Niguarda, apprezzata anche dalla Direzione, la Riforma in atto con l'introduzione peraltro dell'ospedale di comunità porta a dover spostare il ragionamento su tale struttura per cercare di comprendere la tipologia di pazienti ricoverabili, la tipologia di richiesta sia dall'ospedale che dal territorio.

- b) Portare a casa dei pz. l'esperienza dell'Ospedale potrebbe essere la forma di assistenza domiciliare che maggiormente consentirebbe, nell'ambito della dimissione protetta, di operare al domicilio con professionisti specialisti con garanzia di una migliore continuità delle cure. **L'assistenza domiciliare fornita dall'ospedale** stesso garantirebbe quindi al paziente la sicurezza di un'assistenza ospedaliera, ancor più efficace se integrata con l'ausilio della telemedicina e della teleriabilitazione. Auspicabile sarebbe la costituzione di una Centrale di monitoraggio che permetta all'Ospedale di tenere il pz. sotto controllo per tutta la durata dell'assistenza.
- c) Sulla base dell'esperienza di altri grandi ospedali è stata valutata anche per Niguarda l'utilità della presenza in Pronto soccorso di operatori (geriatra, infermiere, assistente sociale) afferenti alla Centrale. **L'equipe di PS** avrebbe lo scopo di prendere in carico quell'utenza anziana fragile che, individuata in fase di triage, possa essere gestita con un percorso dedicato di dimissione protetta attraverso una rete di strutture costruita ad hoc

e di immediata attivazione. La tempestività della presa in carico sarebbe fattore decisivo per evitare al paziente il ricovero in reparti per acuti quando non appropriato.

Lo studio di fattibilità per l'implementazione in PS di una equipe di continuità assistenziale per la presa in carico precoce di pazienti fragili designati a percorsi appropriati, alternativi al ricovero in Ospedale per acuti (es. Ospedale di Comunità) è per il 2022 obiettivo di budget della SC Continuità Ospedale Territorio

- d) In base alla sperimentazione avviata nel corso di quest'anno con l'Istituto Redaelli ed al riscontro positivo della collaborazione appare strumento importante anche **l'istituto della Convenzione**. Per poter costruire percorsi specifici come quello accennato al "punto c" o per percorsi specialistici è fondamentale stipulare convenzioni con alcune strutture idonee e disponibili a garantire una continuità assistenziale in linea con la complessità dell'Ospedale.

DA CUDP A COT TERRITORIALE QUALE PASSAGGIO?

Come noto la Legge regionale 22/21 e il PNRR prevedono la costituzione dei DISTRETTI così composti: CASA DI COMUNITA', COT, OSPEDALE DI COMUNITA'.

Certamente pensando alla riforma e alla possibile seppur futura trasformazione dell'ASST GOM Niguarda in Azienda Ospedaliera la domanda che ci si pone è: servirà ancora una Centrale Unica per le Dimissioni Protette come la nostra con l'istituzione della COT territoriale definita dalla Riforma?

La risposta che ci si è dati racchiude il pensiero di tutti gli operatori: da un lato la risposta è affermativa vista la dimostrata utilità di quanto fatto fino ad oggi, dall'altro c'è la consapevolezza che lo stesso percorso possa essere migliorato e soprattutto che è un percorso centrato sull'Ospedale che perde di vista la continuità di cura del paziente dimesso per poi magari ritrovarlo in PS e nuovamente ricoverato.

Se da un lato quindi un grande Ospedale deve poter appoggiarsi ad una struttura come la Continuità Ospedale Territorio per non ributtare addosso agli operatori dei reparti l'onere della ricerca di strutture idonee per la dimissione, dall'altra la COT territoriale ha già in sé definito il compito di coordinare la presa in carico della persona tra servizi e professionisti sanitari (transizione da diversi setting: ammissione/dimissione da strutture ospedaliere, ammissione/dimissione temporaneo o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare)

Analizzando le problematiche emerse e, sopra descritte, appare evidente che per aumentare l'appropriatezza del processo della dimissione protetta andrebbe rafforzato e meglio coordinato il territorio.

La continuità assistenziale garantita dalla CUDP allo stato attuale si esaurisce con l'uscita del paziente dall'ospedale e poco o nulla si sa del suo destino quando viene dimesso dalle strutture a cui sono stati inviati. Il passaggio in cura è garantito solo per l'ADI in quanto tale dimissione è presa in carico dai Servizi Fragilità. Come sopra detto Niguarda ha istituito un percorso attraverso il quale vengono segnalati ai Punti fragilità di competenza territoriale anche i pz. più fragili dimessi in strutture. Ma la reale presa in carico di queste fragilità rimane non nota.

Pensando quindi allo stato attuale delle cose e alle imminenti modifiche del territorio con l'istituzione dei Distretti, delle case e degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali (COT), ci è apparso auspicabile ma anche estremamente positivo il passaggio delle competenze della SC Continuità Ospedale Territorio e della CUDP alla COT.

Questo permetterebbe una gestione e un coordinamento di tutti i servizi che possono essere attivabili in termini di continuità assistenziale. L'attuale lavoro svolto dalla CUDP in questo ambito andrebbe quindi oltre le dimissioni protette e verrebbe arricchito del governo di tutte le risorse setting attivabili sul domicilio e dal domicilio.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

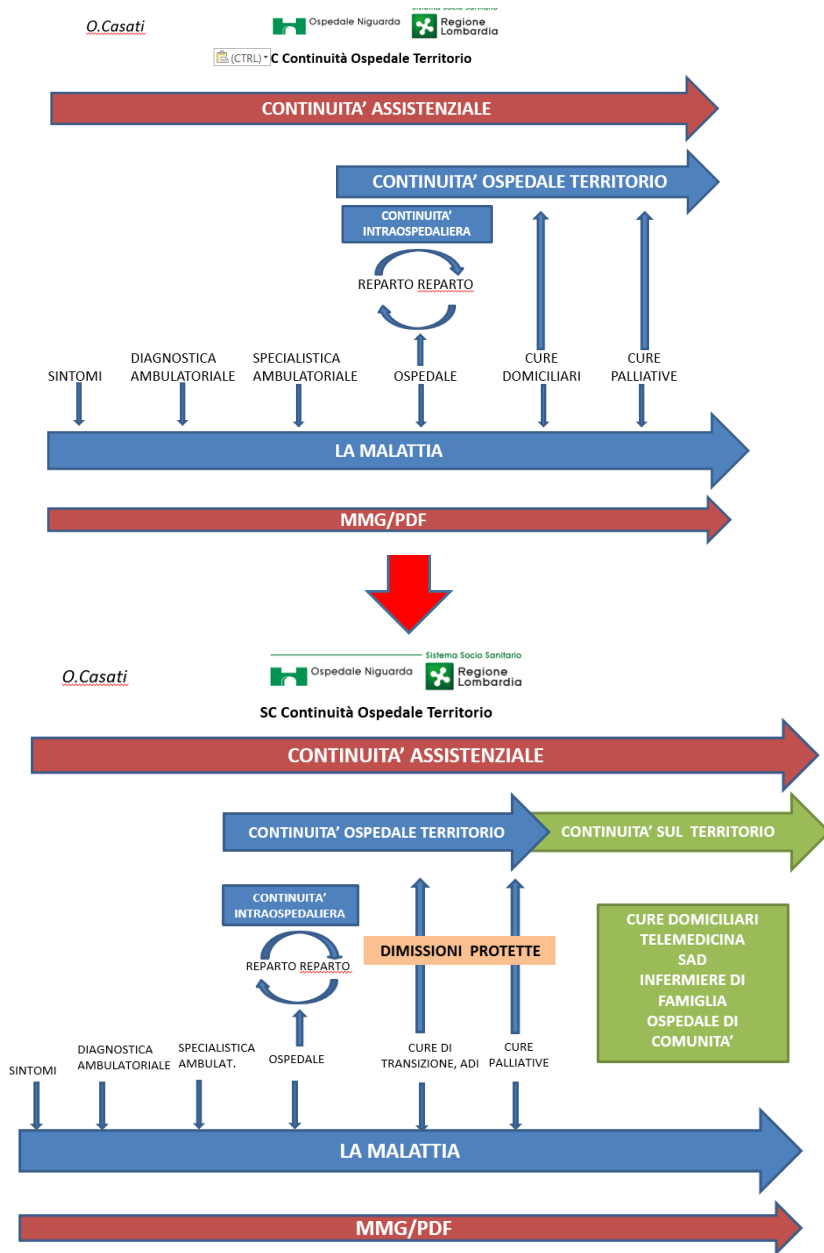


Figura 4

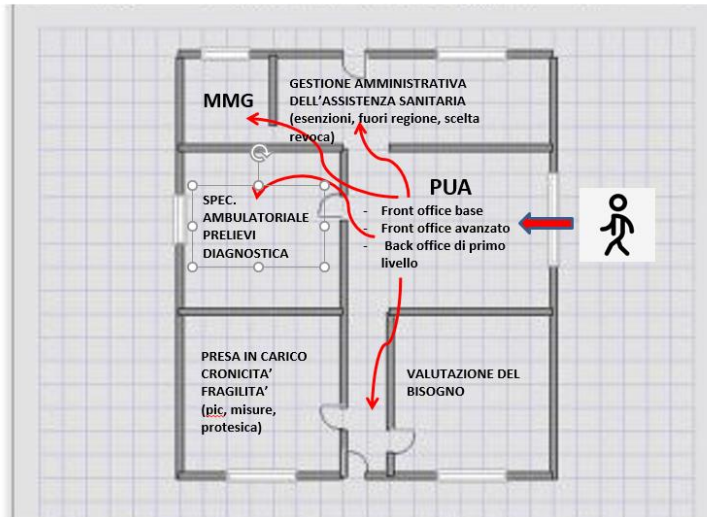
Il percorso di Continuità assistenziale quindi non si esaurirebbe con la dimissione ma proseguirebbe con la Continuità sul territorio. Sempre secondo le nuove indicazioni la COT ha anche il compito di tracciare e monitorare le transizioni da un luogo di cura ad un altro o da un livello clinico ad un altro. Nel corso degli incontri svolti con gli operatori al fine di condividere i cambiamenti con proposte di transizione della CUDP nella COT ci si è chiesti chi, oltre l'ospedale, potrebbe attivare la COT. Per fare questo abbiamo considerato quali servizi sono presenti all'interno della CdC.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte



CASA DI COMUNITA'

Dirigente con afferenza diretta al Direttore di Distretto

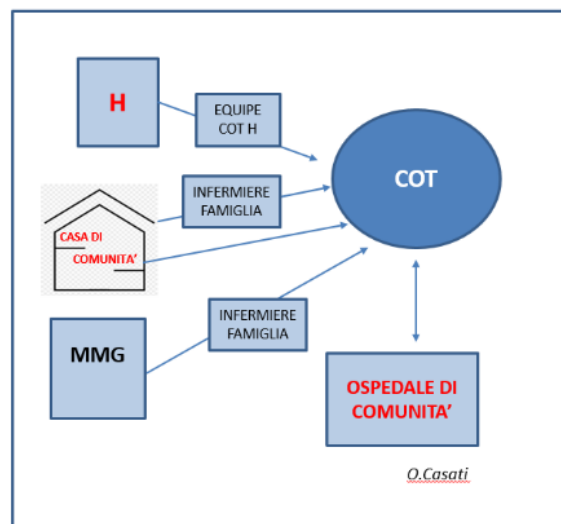


E' evidente che i servizi sono molti e molto vari tra loro e quindi è altrettanto evidente che alla COT le segnalazioni non possano arrivare da ogni area di attività della Casa di Comunità.

E' stato quindi pensato che l'intervento della COT possa essere attivato in parte dall'infermiere di famiglia e di comunità che raccoglie le segnalazioni provenienti dal PUA e dall'area di specialistica ambulatoriale così come dal MMG presente in struttura o sul territorio.

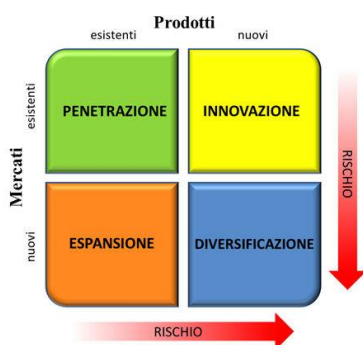
Una segnalazione diretta potrebbe arrivare invece dai servizi che hanno già in carico pz. Fragili o cronici.

Le segnalazioni dall'Ospedale potrebbero rispecchiare l'attuale percorso e per questo nella nostra ipotesi è stata inserita la presenza di una parte del personale della COT all'interno della struttura ospedaliera mentre il resto si sposterebbe sul territorio. Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità previsti sulla nostra ASST potrebbe essere interessante attuare una gestione diretta da parte della COT così come è stato fatto per le subacute Covid interne.



STATO DI AVANZAMENTO

Analizzando il progressivo lavoro svolto dalla SC Continuità Ospedale Territorio nell'ambito delle dimissioni protette ci si è voluti fermare a riflettere su come effettivamente ci si è mossi all'interno dell'Ospedale per ottenere tali risultati partendo dal CSA, piccolo servizio di soli tre operatori, per arrivare alla CUDP. In un gruppo di lavoro, costituito dagli operatori del servizio, si è ragionato prendendo spunto dalla Matrice di Ansoff e riportando all'interno delle quattro strategie di mercato dalla matrice gli sviluppi messi in atto negli anni. La matrice di Ansoff prevede queste quattro strategie: Penetrazione del mercato (incrementare le vendite dei prodotti esistenti nei mercati esistenti) Innovazione (Sviluppare nuovi prodotti per il mercato attuale). Espansione (espandersi su nuovi mercati con prodotti esistenti). Diversificazione (penetrare nuovi mercati con nuovi prodotti).



Già nell'ultimo trimestre 2016 era stato istituito a Niguarda un Servizio di Continuità assistenziale che aveva voluto precedere la formalizzazione, attraverso la DGR del 5/12/2017, della costituzione dei CSA in tutte le ASST di Milano e del CSM. Quando dunque la SC Continuità Ospedale Territorio ne ha assorbito le funzioni si è trovata di fronte a percorsi che seppur recenti si stavano già attuando all'interno del Dipartimento Medico. In questa fase (penetrazione), si è lavorato con gli stessi reparti principalmente per aumentare le prese in carico dei pazienti con necessità di dimissione protetta utilizzando i percorsi già in atto. Consolidato il rapporto con i medici, i case manager e i coordinatori dei reparti si è passati ad implementare nuovi percorsi al fine di aumentare l'appropriatezza e ridurre i tempi di degenza impropria. Tali percorsi sono stati introdotti in quei reparti che già collaboravano con la CUDP (Innovazione).



Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

Successivamente i percorsi definiti sono stati attivati in reparti che usualmente non utilizzavano le dimissioni attraverso la CUDP (espansione).

Attualmente lo stato di avanzamento del lavoro svolto dalla SC Continuità Ospedale Territorio attraverso la CUDP, si trova indubbiamente nella fase di diversificazione. Si stanno formulando nuovi percorsi prevalentemente nei reparti di area critica come le rianimazioni e la neuroranimazione, percorsi che vedono la messa in rete di strutture riabilitative di alto livello specialistico al fine di diversificare i percorsi in uscita in base alle possibilità di recupero del paziente ed alla tipologia del danno subito.

Analisi dei percorsi attuati dalla SC Continuità Ospedale e Territorio: evidenziare le criticità per modulare nuove proposte

RISULTATI ATTESI

Dalla prosecuzione del lavoro svolto e in risposta agli step di attuazione della riforma, si prevede di consolidare e migliorare alcuni risultati come la riduzione della degenza media dei casi segnalati alla CUDP dai reparti.

Entro fine 2022 verrà steso uno studio di fattibilità relativo alla implementazione di una équipe di continuità assistenziale in PS, stesura che prevederà il coinvolgimento degli operatori di PS.

Inoltre proseguirà il lavoro tra operatori della SC Continuità Ospedale Territorio sulla condivisione di ipotesi di integrazione/trasformazione delle funzioni della Centrale Unica per le Dimissioni Protette e la Centrale Operativa Territoriale (COT) anche allo scopo di arrivare ad un possibile cambiamento del lavoro della CUDP senza che ciò possa ostacolare il lavoro consolidato.

CONCLUSIONI

Il percorso svolto dalla SC Continuità Ospedale Territorio è stato un percorso in progress sia per quanto riguarda il coinvolgimento degli operatori dei reparti sia in quanto anche la nostra équipe si è consolidata anche numericamente nel corso degli ultimi due anni.

Certamente l'attività svolta e i risultati ottenuti rinforzano nell'équipe l'idea che la dimissione che sia protetta o programmata deve avere un seguito che non può che essere la continuità sul territorio.

In tal senso la SC sta agendo attivando già in fase di dimissione percorsi assistenziali che vedono una integrazione e una continuità sul territorio, esempio ne sono i percorsi ADI attuati per i pz. con lesioni difficili o con problemi respiratori e ancora prima l'ADI minori.

In conclusione se la CUDP dovesse vestirsi del ruolo di COT dovrebbe da un lato non lasciare sguarnito l'ospedale, da qui l'ipotizzata presenza di operatori COT a supporto dei reparti, dall'altra assumersi il ruolo di radar dei servizi al fine di evitare che il paziente fragile possa uscire dal raggio di azione e rimanere senza assistenza.

L'analisi delle criticità ha permesso di porre rimedi su alcuni aspetti come ad esempio la riduzione dei tempi necessari alla nomina di amministratore di sostegno, ha permesso di elaborare percorsi sempre più volti alla gestione appropriata delle dimissioni ma ha anche posto l'accento su problematiche esterne al servizio e all'ospedale non altrimenti risolvibili.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- L.R. 23 del 11/08/2015
- DGR X/5954 del 5/12/2016 (allegato A)
- DGR XI/2906 del 08/03/2020
- D.M. 71 del -23/02/2022
- L.R. 22 del 14/12/2021

BIBLIOGRAFIA

Continuità ospedale territorio: l'esperienza del centro servizi Milano (CSM)

O.Casati P.Bertolaia et al. Abstract presentato al 50° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene; Torino 2017. Atti del Convegno, Abstract 108, pag. 355.

Le dimissioni protette verso le Cure Intermedie: analisi preliminare delle criticità

O.Casati, et al. Abstract presentato al 51° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene; Riva del Garda 2018. Atti del Convegno.

Assistenza Domiciliare Integrata: percorsi assistenziali per l'alta complessità

Atti del 45° Congresso nazionale SItI 2012

Il management della transizione: COT e non solo COT

di Lucia Ferrara, Valeria D. Tozzi, Angelica Zazzera2 - Rapporto OASI 2021

Discharge planning from hospital to home.

Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2013). Cochrane database of systematic reviews

