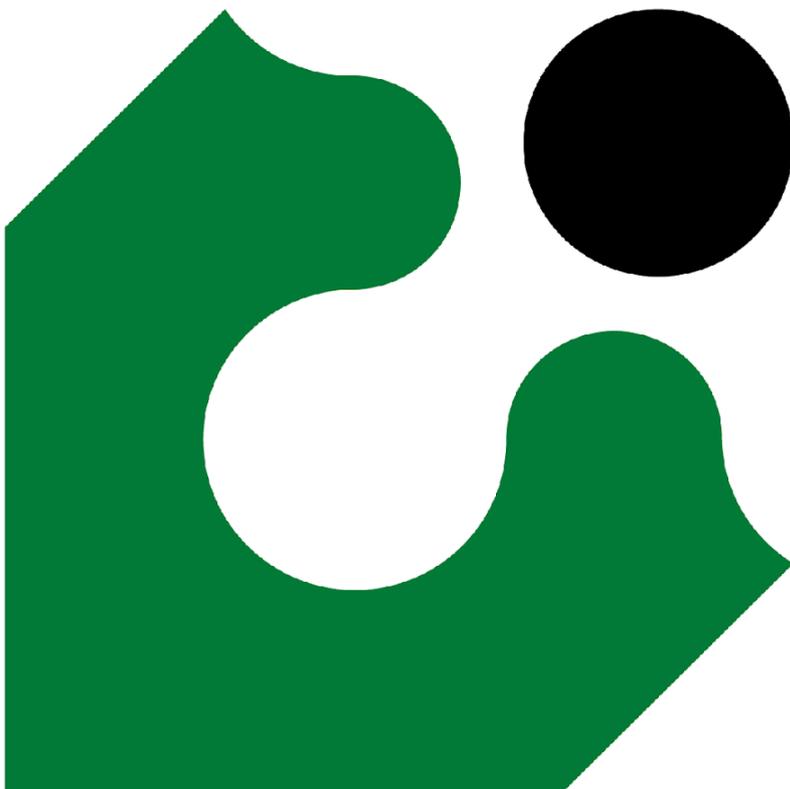


**Modello di CARE MANAGEMENT del paziente con grave
disabilità respiratoria:
dalla pianificazione della dimissione alla presa in carico
CDOM con la coordinazione della COT. L'unicum del
percorso del paziente fragile e complesso**

Laura Cannone
Angela Trentin
Francesco Tursi

**Corso di formazione manageriale per
Dirigenti di Struttura Complessa
anno 2024**



Corso di formazione manageriale per Dirigente di struttura complessa

Codice edizione : UNIMI DSC 2401 AE/BE

Ente erogatore : Università degli Studi di Milano

GLI AUTORI

Laura Cannone, Fisioterapista, IRCCS San Gerardo dei Tintori, laura.cannone@irccs-sangerardo.it

Angela Trentin, Direttore SC Qualità e Risk Management, ASST Lariana, angela.trentin@asst-lariana.it

Francesco Tursi, Direttore UOC Riabilitazione Specialistica Cardiorespiratoria, ASST Lodi, francesco.tursi@asst-lodi.it

Il docente di progetto:

Professor Federico Lega, Ph.D - Professor of Healthcare Management and Policy, University of Milan - Director CRC HEAD, Department of Biomedical Sciences for Health.

Il Responsabile didattico scientifico:

Professor Federico Lega, Ph.D - Professor of Healthcare Management and Policy, University of Milan - Director CRC HEAD, Department of Biomedical Sciences for Health.

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	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	9
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	11
METODOLOGIA ADOTTATA	13
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	15
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	26
RISULTATI ATTESI	27
CONCLUSIONI	28
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	29
RIFERIMENTI NORMATIVI	30
BIBLIOGRAFIA	31
ALLEGATI	32

INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione mette in evidenza, sempre con maggior forza, l'effetto invalidante delle patologie croniche e la necessità che si impone in queste ultime di una presa in carico globale del paziente. In questo contesto diventa fondamentale porre l'accento sul proseguimento nel tempo delle terapie al domicilio.

Il concetto che emerge dalla letteratura è che l'ospedale, pur essendo essenziale nella gestione delle fasi acute delle malattie, non rappresenta il contesto ideale per la cura a lungo termine di molte patologie croniche, tra cui l'Insufficienza Respiratoria Cronica (IRC).

Il ricovero ospedaliero richiede un notevole investimento in termini di risorse economiche, strutturali e umane. Tuttavia, una volta superata la fase acuta della malattia, la permanenza prolungata in ospedale può non tradursi in un reale beneficio per il paziente. Anzi, la qualità della vita può risultare compromessa a causa della lontananza dai propri cari e dall'ambiente familiare, elementi che sono invece fondamentali per il benessere psicologico e il recupero del paziente.

Inoltre la gestione delle patologie croniche come l'IRC richiede un approccio centrato sul paziente, che include non solo l'aspetto clinico, ma anche la dimensione sociale e psicologica. Questo tipo di approccio è spesso più efficacemente implementato in contesti extraospedalieri, dove è possibile fornire cure personalizzate e integrate, mantenendo il paziente nel suo ambiente naturale di vita.

Per tale ragione sono numerose le esperienze che, limitando la necessità di ricovero di tipo ospedaliero, sono in grado di garantire oltre a un miglioramento complessivo della gestione del paziente cronico, una migliore qualità di vita del paziente/famiglia e una maggiore sopravvivenza.

Le malattie dell'apparato respiratorio, sia croniche che acute, sono da annoverare tra le principali cause di morbilità e mortalità nel mondo. L'Insufficienza Respiratoria Cronica (IRC), caratterizzata da frequenti riacutizzazioni bronchiali, condiziona il paziente ad avere bisogno di ripetuti ricoveri ospedalieri determinando una scadente qualità della vita per il paziente e per l'intero nucleo familiare. Numerosi studi hanno evidenziato l'importanza della gestione domiciliare dei pazienti affetti da Insufficienza Respiratoria Cronica (IRC), anche di quelli complessi, sia in termini di efficacia di cura che di miglioramento della qualità della vita, sottolineando l'importanza anche di programmi riabilitativi, della necessità di avviare percorsi educativi rivolti a pazienti e familiari, di programmi di supporto psicologico.

Anche le malattie neuromuscolari comportano il rischio di sviluppare complicanze polmonari come atelettasie, polmonite da aspirazione, ingombro di secrezioni che nel corso dell'evoluzione della malattia determinano insufficienza respiratoria con la necessità di ricorrere alla ventilazione meccanica.

Recentemente, l'introduzione di nuovi ausili tecnici della ventilazione meccanica non invasiva e, soprattutto, lo sviluppo di programmi di assistenza domiciliare specifica e di teleassistenza hanno cambiato la storia naturale della maggior parte delle malattie respiratorie polmonari e neuromuscolari, permettendo la gestione dei pazienti a domicilio in un'ottica di continuità ospedale e territorio. In Italia i piani sanitari nazionali e regionali enfatizzano il ruolo dei programmi di cure domiciliari quali strumenti utili per garantire la permanenza a domicilio dei pazienti con grave insufficienza respiratoria di cui la riabilitazione rappresenta uno degli elementi cardine per intervenire sulla disabilità e sul declino funzionale. Non da ultimo, in tale contesto occorrerà considerare la telemedicina, quale

strumento di supporto per lo svolgimento non più in ospedale, ma a domicilio da remoto, dell'attività di controllo e di follow-up.

L'inserimento del paziente in programmi ad alta intensità di cura come l'Assistenza Domiciliare Respiratoria (ADR) deve essere finalizzato al raggiungimento di obiettivi di salute definiti e condivisi, realizzabili attraverso l'individuazione di modelli organizzativi che prevedono percorsi di dimissioni protette e di cura integrati ospedale-territorio nonché l'individuazione di un team interdisciplinare per la presa in carico.

Il trattamento del paziente affetto da IRC rappresenta una grossa sfida terapeutica in termini di migliore accuratezza diagnostica e di migliore valutazione clinica, ma soprattutto in termini di migliore gestione delle cronicità in ambito domiciliare.

L'integrazione territorio-ospedale da realizzare non solo a livello istituzionale ma anche a livello gestionale e professionale, viene indicata da Regione Lombardia priorità strategica nell'ambito della più ampia riorganizzazione della Sanità Territoriale. L'integrazione di responsabilità, infatti, ma anche di risorse e di competenze, rappresenta una condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi sanitari e sociosanitari ed incide significativamente sulla continuità delle cure.

Questo progetto nasce dalla fusione di due progetti, ciascuno dedicato a fasi diverse del percorso di cura del paziente ma entrambi finalizzate a rispondere a un bisogno comune.

Il bisogno in questione riguarda i pazienti fragili e complessi che, durante il loro percorso di cura, dal ricovero ospedaliero fino al ritorno al domicilio, spesso si trovano a dover affrontare la frammentazione del sistema sanitario. Sebbene il sistema offra quasi tutte le risposte necessarie, queste non sempre risultano integrate in un processo fluido, facilmente comprensibile e gestibile sia per i pazienti sia per i loro caregiver.

Pertanto, abbiamo deciso di lavorare sul percorso del paziente considerandolo come un unicum che inizia con la pianificazione delle dimissioni, con particolare attenzione alle dimissioni protette, avviata nei primi giorni del ricovero, e prosegue fino al ritorno a casa, assicurando una presa in carico efficace e sicura del paziente. Il target clinico è costituito dai pazienti tracheostomizzati e da quelli sottoposti alla ventilazione non invasiva (NIV) per più di 16 ore/die.

Abbiamo individuato il fisioterapista con competenze in riabilitazione cardiorespiratoria come la figura professionale più appropriata per ricoprire il ruolo di case manager in questo specifico contesto, garantendo una gestione ottimale del percorso di cura per questa tipologia di pazienti.

La Centrale Operativa Territoriale (COT), come delineato dalla Regione Lombardia nella DGR XI/6760 del 25 luglio 2022, è concepita come un'entità di supporto in back office, fondamentale per garantire la continuità assistenziale nel passaggio dei pazienti tra diversi setting di cura. Questo ruolo è cruciale, specialmente per la gestione dei flussi "step down", ovvero la transizione dei pazienti da un livello di intensità di cura più alto a uno inferiore, assicurando che il trasferimento avvenga in modo coordinato e senza interruzioni nella qualità dell'assistenza.

In questo progetto la funzione della COT di gestione del flusso "step down" implica una supervisione e un coordinamento attento degli interventi successivi alla dimissione ospedaliera, per garantire che ogni paziente riceva il livello di assistenza adeguato al momento giusto, riducendo al minimo i rischi associati a questi trasferimenti e migliorando gli esiti di cura. Alla struttura dimettente spetta il compito, invece, della scelta di destinazione del paziente complesso.

Ciò che si intende delineare con questo progetto è la possibilità di offrire al paziente fragile una esperienza di reale presa in carico e di continuità, laddove riteniamo che la continuità non sia una caratteristica dei professionisti o delle organizzazioni, ma descriva come si integrano l'esperienza del paziente, l'erogazione dei servizi e i processi attivati. La pianificazione delle dimissioni, o *Discharge planning*, come definita dalla Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations (JCHAO) nel 2004, è un processo formalizzato all'interno delle organizzazioni sanitarie. Questo processo è finalizzato a garantire che, al momento della dimissione, ogni paziente abbia un piano dettagliato e specifico per la continuità delle cure e il follow-up post-dimissione.

In pratica, la pianificazione delle dimissioni include la valutazione dei bisogni del paziente prima della dimissione, la preparazione di un piano di assistenza che copra tutte le necessità di cura successive, e la messa in atto di strategie per garantire che il paziente riceva il supporto necessario nel contesto domestico o in altre strutture di assistenza. Questo processo è fondamentale per ridurre il rischio di complicazioni post-dimissione, evitare riammissioni non necessarie e assicurare che la transizione dalla struttura sanitaria al successivo setting di cura avvenga in modo sicuro e coordinato.

La dimissione è un processo presidiato con modalità molto variabili. "Non è frequente trovare procedure formali e condivise all'interno delle strutture. La situazione più diffusa è che il medico comunichi all'infermiere la decisione di dimettere il paziente, prepari la lettera di dimissione e il capo sala o l'infermiere, successivamente, a seconda dei casi, si occupino di coordinare la fase di dimissione". (L. Saiani et al.: Guida di autoapprendimento. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri)

Questo può includere l'organizzazione degli interventi necessari con la famiglia del paziente o con i servizi sociali. In realtà, la dimissione è un processo e non un evento isolato.

Rorden e Taft (Rorden J, Taft E. *Discharge planning Guide for Nurses*. Philadelphia: Saunders, 1990) descrivono il piano di dimissione come un processo composto da diverse fasi, che ha l'obiettivo di anticipare e accompagnare i cambiamenti dei bisogni dei pazienti, garantendo continuità delle cure.

La "dimissione protetta" è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero a un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

Una forte integrazione Ospedale-Territorio, intesa come coinvolgimento delle diverse unità di offerta territoriali (Assistenza Domiciliare Integrata; Medici di Medicina Generale) e attivazione, utilizzo e sviluppo di sistemi di monitoraggio dedicati rende efficienti i percorsi di presa in carico socio-sanitaria della persona con grave disabilità respiratoria cronica già dalla fase acuta ospedaliera e consente un uso più razionale delle risorse.

Il Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022 n.77 definisce standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale attraverso il rafforzamento e la valorizzazione delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza (Gazzetta Ufficiale n°144 del 22 Giugno del 2022). Ciò permette ai pazienti di ricevere le cure necessarie nel comfort del proprio ambiente domestico, riducendo così la necessità di ricoveri ospedalieri, garantendo che i servizi sanitari siano più accessibili e distribuiti sul territorio e infine favorendo la continuità delle cure.

Le Cure Domiciliari, come definite nel Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022 n. 77 e nella DGR XI/7592 del 15/12/2022, si articolano in due principali categorie: il livello Base e le Cure Domiciliari

Integrate (ADI), che sono ulteriormente suddivise in tre livelli: ADI di I livello, ADI di II livello e ADI di III livello.

Il livello Base delle Cure Domiciliari comprende interventi meno complessi, destinati a pazienti con bisogni sanitari meno intensi. Le Cure Domiciliari Integrate, invece, sono destinate a pazienti con esigenze sanitarie, e non solo, più complesse e si articolano in tre livelli di intensità e complessità dei servizi forniti.

Le Cure Domiciliari, in tutte le loro forme, mirano a:

- Stabilizzare il quadro clinico dei pazienti
- Limitare il declino funzionale attraverso trattamenti appropriati
- Migliorare la qualità della vita quotidiana dei pazienti non autosufficienti e in condizioni di fragilità
- Fornire cure mediche, infermieristiche, riabilitative e diagnostiche da parte di personale sanitario e sociosanitario qualificato.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) viene definita come un Livello Essenziale di Assistenza (LEA). L'ADI comprende una gamma di interventi inclusi in specifici Progetti di Cura Integrati e Personalizzati, con l'obiettivo di:

- Prevenire ospedalizzazioni inappropriate: fornendo cure adeguate a domicilio, si riduce la necessità di ricoveri ospedalieri non necessari, evitando così sovraccarichi per il sistema sanitario e disagi per i pazienti.
- Evitare l'istituzionalizzazione: favorendo la permanenza del paziente nel proprio ambiente domestico, si migliora la qualità della vita e si sostiene l'autonomia delle persone non autosufficienti.
- Sostenere la permanenza nel contesto di vita: aiutando i pazienti disabili e non autosufficienti con bisogni clinico-assistenziali complessi a rimanere il più a lungo possibile nel proprio contesto di vita, si promuove un approccio più umano e meno stressante alla cura.

Le risposte ai bisogni di salute del paziente e della sua famiglia devono essere integrate in un unico Progetto di Cura Individualizzato (PI). Questo progetto è il risultato di una valutazione multidimensionale che coinvolge un team multidisciplinare composto da vari professionisti sanitari e sociosanitari, che considera:

- Condizione clinica: stato di salute generale e specifiche patologie del paziente
- Bisogni assistenziali: necessità di cure infermieristiche, riabilitative e altri tipi di assistenza sanitaria
- Contesto sociale: situazione abitativa, supporto familiare e risorse disponibili
- Qualità della vita: obiettivi e aspettative del paziente e della sua famiglia, mirati a migliorare il benessere quotidiano.

Le cure domiciliari, e in particolare l'ADI, sono la risposta che si intende fornire anche al paziente con grave patologia respiratoria, in virtù di un *«nuovo paradigma di cura che sia in grado di garantire una risposta positiva ai suoi bisogni agendo in modo precoce, fin dai primi giorni del ricovero, coordinato e integrato, così da assicurare la necessaria continuità assistenziale tra i professionisti, tra i luoghi delle cure e il tempo delle cure»*. (DGR XI/7592 del 15/12/2022).

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'aumento delle patologie respiratorie croniche associato all'invecchiamento della popolazione si accompagna a un crescente numero di persone affette da Insufficienza Respiratoria Cronica (IRC). La ventilazione meccanica invasiva e non invasiva e/o l'ossigenoterapia a lungo termine hanno dimostrato da molti anni di poter garantire una sopravvivenza maggiore e una migliore qualità di vita nei pazienti con grave IRC anche in ambito domiciliare, specie se associate a prestazioni diagnostico-terapeutiche domiciliari assicurate da uno stretto collegamento tra équipe ospedaliera e utente al domicilio, il che presuppone un forte raccordo fra tutti i nodi della rete socio-sanitaria (ospedale, medico di Medicina Generale e servizi territoriali).

Obiettivo specifico del progetto è garantire a persone affette da IRC una migliore gestione della patologia in ambito domiciliare, a partire dalla dimissione dall'ospedale.

L'obiettivo della pianificazione delle dimissioni, garantendo la presa in carico sul territorio e la continuità socio assistenziale, è favorire la compliance terapeutica ed una maggiore soddisfazione dei pazienti, delle famiglie e degli operatori migliorando la qualità percepita delle cure ricevute.

A livello gestionale si adegua il periodo di ricovero alle effettive necessità di assistenza, si riduce la probabilità di una nuova ospedalizzazione a breve termine (ricoveri ripetuti) e si diminuisce l'incidenza di complicanze post ricovero.

L'utilizzo di piani precoci di dimissione elaborati entro la terza giornata aumenta la probabilità di ritorno a casa del paziente con successo riducendo i rischi associati a una degenza prolungata, come infezioni nosocomiali o la perdita di autonomia.

Pertanto, in sintesi, **obiettivi specifici del progetto** sono:

- Migliorare la presa in carico dei pazienti in ventilazione meccanica non invasiva e dei pazienti tracheostomizzati
- Favorire la permanenza a domicilio migliorando la qualità di vita a lungo termine del paziente e dei loro familiari, riducendo tempi e frequenza di ospedalizzazioni
- Ottimizzare il governo dell'interfaccia ospedale-territorio (dimissioni protette, ambulatori dedicati, controlli specialistici, telefonia dedicata/reperibilità telefonica, accesso diretto del paziente in stato di acuzie in ospedale, MMG, Servizio Farmacia, Servizio di Protesica, Rete assistenziale, trasporti)
- Accrescere la sicurezza e la condivisione del percorso di cura di pazienti con IRC e dei loro familiari, migliorando gli esiti della presa in carico e riducendo i costi della malattia
- Ridurre i rischi derivanti da "competence" insufficiente dei caregivers, garantendo adeguato training qualificato e programmi educativi di self management
- Ridurre i rischi derivanti da fornitura di dispositivi medici non appropriati ed insufficienti a garantire in sicurezza l'assistenza a domicilio con conseguente ricorso all'ospedalizzazione
- Migliorare la sopravvivenza dell'utente;
- Diminuire il numero di riacutizzazioni e conseguente nuovo ricorso a ospedalizzazione;
- Diminuire il numero di giornate di degenza;
- Migliorare la qualità di vita del paziente e dei care-givers;

- Aumentare il livello di indipendenza e di autogestione;
- Promuovere comportamenti sanitari positivi.

Le inefficienze del sistema sanitario rappresentano una criticità economica ed etica rilevante perché orientano ad una distribuzione iniqua delle risorse. Di contro, la razionalizzazione e il contenimento della spesa rappresentano un **importante obiettivo strategico**: riduzione dei ricoveri ripetuti, diminuzione delle giornate di degenza, occupazione appropriata dei posti letto ospedalieri e delle strutture deputate all'emergenza/urgenza sono fattori determinanti di efficienza e appropriatezza.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari diretti del progetto sono pazienti con grave disabilità respiratoria cronica ad eziopatogenesi diversa con necessità di ventilazione meccanica invasiva con e senza tracheostomia e ventilazione meccanica non invasiva (per almeno 12 ore). L'offerta domiciliare specialistica è rivolta ai pazienti in carico ad ASST che scelgono come erogatore CDOM la stessa ASST, in quanto ad oggi non è chiaro come si potrebbero gestire i rimborsi delle prestazioni specialistiche erogate da personale di ASST nell'ambito di una presa in carico da parte di altro Ente Erogatore. Il modello organizzativo individuato potrebbe essere applicato successivamente alla gestione di pazienti con bisogni complessi affetti da altre patologie. Attualmente, i pazienti che potrebbero beneficiare di tale modello organizzativo sono 32 come mostrato in tabella 1.

DATI ANNO 2023

DRG = 482 - Tracheostomia per disturbi orali, laringei o faringei

UO DIMISSIONE	N. DIMESSI	DEGENZA MEDIA
DL04-SC OTORINOLARINGOIATRIA	9	22,0
DL08-SC CHIRURGIA	1	62,0
Totale complessivo	10	26,0

DRG = 541 - Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore

UO DIMISSIONE	N. DIMESSI	DEGENZA MEDIA
DI02-SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	5	61,4
DL09-SC CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	1	58,0
Totale complessivo	6	60,8

DRG = 542 - Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore

UO DIMISSIONE	N. DIMESSI	DEGENZA MEDIA
DI02-SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	12	40,2
DL04-SC OTORINOLARINGOIATRIA	1	12,0
DM07-SC MEDICINA INTERNA	1	66,0
DM09-SC PNEUMOLOGIA	2	66,5
Totale complessivo	16	43,3

DRG = 482 + 541 + 542

UO DIMISSIONE	N. DIMESSI	DEGENZA MEDIA
DI02-SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE	17	46,4
DL04-SC OTORINOLARINGOIATRIA	10	21,0
DL08-SC CHIRURGIA	1	62,0
DL09-SC CHIRURGIA VASCOLARE ED ENDOVASCOLARE	1	58,0
DM07-SC MEDICINA INTERNA	1	66,0
DM09-SC PNEUMOLOGIA	2	66,5
Totale complessivo	32	41,2

Tabella 1: Numero pazienti target ricoverati e degenza media.

Anche familiari e caregivers sono beneficiari del progetto. Oggi assistiamo alle profonde trasformazioni delle strutture familiari che influenzano la loro capacità di assolvere alla funzione di presa in carico: famiglie sempre più in difficoltà ad affrontare un evento critico come quello del ricovero ospedaliero per un fatto acuto, il successivo periodo di convalescenza e a gestire il supporto necessario ad un componente con una disabilità permanente. La garanzia di continuità dell'assistenza, della riabilitazione e della cura al domicilio, dell'attivazione di percorsi clinico – assistenziali integrati che proseguono anche dopo la dimissione garantisce a familiari e caregivers di avere le informazioni e il supporto necessario per la gestione del paziente al domicilio.

Come già rappresentato descrivendo gli obiettivi del progetto, la riduzione degli accessi in P.S. e dei ricoveri ospedalieri, la miglior gestione della risorsa posto letto, la dimissione sicura perché pianificata, la presa in carico territoriale anch'essa sicura perché garantita dal raccordo con l'équipe ospedaliera che conosce le necessità cliniche e assistenziali specifiche del paziente complesso, garantisce agli operatori di poter operare in sicurezza e al sistema sanitario una appropriatezza degli interventi nell'ottica della massima efficacia ma anche efficienza.

METODOLOGIA ADOTTATA

L'obiettivo è sviluppare un modello di servizio con significative ricadute positive sul paziente, attraverso l'elaborazione di procedure operative ben definite. Questo modello punta a standardizzare le operazioni, garantendo così una gestione più efficiente e un miglioramento complessivo dell'assistenza al paziente. Per quanto attiene le dimissioni protette pianificate, è in corso di definizione una specifica procedura operativa aziendale, che vede il coinvolgimento attivo in primis della DAPSS in quanto si ritiene che, se è vero che l'atto della dimissione è atto medico, il processo di dimissione deve essere governato da personale infermieristico. Partecipano alla stesura della procedura altri attori organizzativi interessati, come la Direzione Medica di Presidio, il direttore del Dipartimento di Medicina, la referente del Servizio Sociale e il coordinatore dei distretti.

Per quanto riguarda la definizione delle modalità di presa in carico territoriale per il target specifico del progetto, si intende sviluppare e implementare una procedura operativa che permetta di progettare percorsi domiciliari qualificati, strutturati e integrati. Questi percorsi saranno rivolti prioritariamente a pazienti con bisogni clinico-assistenziali complessi, come quelli affetti da insufficienza respiratoria cronica (IRC). L'obiettivo è garantire una gestione efficace e coordinata delle cure a domicilio, assicurando che i pazienti ricevano il supporto necessario in modo integrato e continuo, migliorando così la qualità complessiva dell'assistenza.

La Tabella 2 del DM 77/22 definisce i livelli di stratificazione del rischio in base ai bisogni socio-assistenziali e colloca al livello 4 la seguente categoria:

- **Livello 4:** Persona con complessità clinico-assistenziale medio alta con o senza fragilità sociale.

Questo livello identifica individui che presentano una complessità clinico-assistenziale significativa, potenzialmente accompagnata da fragilità sociale e richiedono interventi integrati e mirati, sia sul piano clinico che sociale, per garantire una gestione efficace e coordinata delle loro esigenze.

La Regione Lombardia, in conformità con l'atto d'intesa del 4 agosto 2021 della Conferenza Stato-Regioni, ha implementato il riordino dell'assistenza domiciliare attraverso la DGR XI/6867 del 02/08/2022. Questo riordino ha comportato:

- **Rinominazione delle unità di offerta:** Le unità di offerta dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono state rinominate in Unità di Offerta C-DOM.
- **Nuovi requisiti di esercizio e di accreditamento:** Sono stati stabiliti nuovi criteri per l'esercizio e l'accreditamento delle unità di offerta, al fine di garantire standard elevati e uniformi nella qualità dell'assistenza domiciliare.
- **Riclassificazione dei profili di assistenza e dei percorsi di cure domiciliari:** Sono stati ridefiniti i profili di assistenza e i percorsi di cura per meglio rispondere alle esigenze dei pazienti e migliorare l'efficacia dei servizi.
- **Introduzione di percorsi prestazionali standardizzati:** Sono stati introdotti percorsi prestazionali standardizzati per uniformare le modalità di erogazione delle cure e garantire una gestione più efficace e coordinata dell'assistenza domiciliare.

Questo riordino ha l'obiettivo di ottimizzare l'assistenza domiciliare, assicurando una risposta adeguata e coordinata alle necessità dei pazienti e migliorando la qualità dei servizi offerti.

Le tappe per l'avvio del nuovo sistema di assistenza domiciliare stabilite dalla Regione Lombardia sono state le seguenti:

- entro il 1.12.2022 è stato fissato il termine di presentazione dell'istanza di riclassificazione per i gestori che intendevano continuare a erogare le prestazioni ADI;
- a partire dal 31.3.2023 per i nuovi gestori di cure domiciliari era possibile iniziare a presentare istanza di accreditamento;
- entro il 30.9.2023 per i nuovi gestori ASST vigeva l'obbligo di farlo.

Pertanto, oggi che le ASST sono chiamate ad essere Enti Erogatori di cure domiciliari, oltre al personale previsto dai requisiti di accreditamento per l'erogazione di CDOM, si intende descrivere la possibilità di avvalersi di pneumologi della stessa azienda, per la definizione di percorsi di cura integrati e strutturati, finalizzati al miglioramento della qualità e della continuità delle cure, connotandosi la struttura deputata all'erogazione di cure domiciliari sul territorio quale Unità di Offerta Domiciliare ad alta specializzazione.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

1.1 Pianificazione delle dimissioni

La prima parte del progetto è focalizzata sull'obiettivo di definire e uniformare, attraverso la predisposizione di una procedura, la presa in carico di pazienti ospedalieri, ricoverati nelle aree di degenza per acuti, identificando tempestivamente quelli con potenziali e prevedibili dimissioni difficili/protette.

Ci si propone di identificare attraverso l'utilizzo di una scala validata (BRASS) i "pazienti fragili" ricoverati e di definire i percorsi più idonei per il passaggio di setting assistenziale dall'ospedale al territorio. Tali utenti ricoverati devono essere tempestivamente segnalati alle COT distrettuali di riferimento, al fine di garantire una continuità assistenziale da un setting di cura all'altro.

A tale scopo presso l'ASST è stato istituito un gruppo multidisciplinare (coordinato da un referente della direzione infermieristica e composto da case manager, bed manager e assistenti sociali) che rileva quotidianamente ALERT relativi all'esito della valutazione della scala BRASS oltre che alle segnalazioni di coordinatori infermieristici e medici di reparto, collaborando con essi per identificare percorsi personalizzati e sicuri per l'uscita del paziente fragile dall'ospedale mantenendo la presa in carico socio-sanitaria adeguata, nel setting di cura ritenuto più idoneo (RSA, riabilitazione, hospice, domicilio). Il progetto viene attivato presso l'Hub di una ASST dotato di 500 posti letto attivi così suddivisi:

Geriatria	43
Oncologia	10
Cardiologia	26
Nefrologia	20
Detenuti	4
Medicina	34
Pneumologia	20
Ortopedia	24
Chirurgia plastica	4
Chirurgia toracica	4
Chirurgia vascolare	4
Urologia	15
Ginecologia	7
Neurochirurgia	11
Chirurgia Maxillo Facciale	9
Otorino	9
Oculistica	1
Chirurgia generale	23
Neurologia	18
Riabilitazione neurologica	21

Pediatria	22
Rianimazione II	12
UCC	6
Neurologia Stroke Unit	9
TIN	6
S.I. neonatale	4
Patologia Neonatale	9
PS Medicina d'Urgenza	25
Ostetricia	30
Psichiatria	19
Cure Sub Acuti	20
Malattie Infettive	16
Riabilitazione Cardio respiratoria	15

Sono presenti 5 bed manager, 5 case manager, 5 assistenti sociali che si interfacciano con i 28 assistenti sociali presenti nei distretti e nei vari servizi territoriali.

Strumenti di valutazione del paziente

L'impiego di strumenti validati utili all'individualizzazione precoce di pazienti fragili può facilitarne una dimissione protetta dalla struttura ospedaliera verso il domicilio o altri contesti di cura: seguendo le principali linee guida in letteratura, a tal fine si introduce come strumento di valutazione la scala Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS).

La scala BRASS in allegato 1 è uno strumento di screening utilizzato al momento del ricovero ospedaliero per identificare i pazienti a rischio di degenza prolungata che richiedono una specifica pianificazione delle dimissioni. Tale score è stato utilizzato e validato per la prima volta da Blaylock e Cason nel 1992 su un gruppo di pazienti anziani ospedalizzati nei Paesi Bassi.

L'indice BRASS è composto da diversi elementi organizzati in 9 domini:

- età
- situazione di vita/supporto sociale
- stato funzionale
- stato cognitivo
- modello comportamentale
- mobilità
- deficit sensoriali
- precedenti ricoveri/visite al pronto soccorso
- numero di problemi medici attivi e farmaci

Ad ogni dominio viene assegnato un punteggio la cui somma determina l'indice che può essere compreso tra 0 (rischio basso) e maggiore di 20 (rischio alto).

La scala BRASS prevede un numero limitato di caratteristiche che si sono dimostrate predittive in merito alla necessità di attivare servizi a supporto della pianificazione di dimissione protetta ed è considerata uno strumento di screening per aiutare gli operatori a sviluppare interventi di continuità assistenziale appropriati e tempestivi.

L'anamnesi delle condizioni di vita pre-ricovero del paziente agevola l'individuazione di potenziali bisogni sociali. Per questo motivo in ASST, la scala Brass è stata integrata con item di identificazione di indicatori sociali, secondo le indicazioni dell'Ordine degli Assistenti Sociali di Regione Lombardia, utili per intercettare precocemente criticità sociali.

Un punteggio uguale o superiore a 2 degli item sociali sarà dirimente per effettuare una tempestiva richiesta di consulenza all'assistente sociale. La scala Brass integrata dagli items sociali, comprese le rivalutazioni, è considerata documentazione da archiviare in cartella clinica del paziente.

I pazienti sottoposti a valutazione sono quelli con almeno uno dei seguenti criteri di inclusione:

- Età superiore o uguale a 65 anni
- Presenza di almeno una patologia cronica
- Supposta condizione di fragilità o privi di rete familiare

Unità di Valutazione Ospedaliera (UVO)

Presso l'ASST è stato costituito un gruppo di lavoro che supervisioni la corretta applicazione delle procedure del percorso di dimissione dei Pazienti dalle Unità Operative ospedaliere al territorio.

L' U.V.O. è costituita da:

Bed Manager ospedalieri: équipe coordinata da incarico di funzione organizzativa DAPSS. Ha il compito di gestire i flussi dei pazienti in attesa di ricovero entrati da PS, identificando la degenza ospedaliera più idonea in relazione alla diagnosi clinica di ingresso, oltre a considerare altre variabili organizzative (paziente infetto da isolare, tempo di attesa in PS per ricovero, priorità clinica ecc.).

Case Manager (CM) ospedalieri: professionista infermiere presente oggi in Pronto Soccorso, in Area Chirurgica e in Area Medica.

Il Case Manager è un infermiere responsabile della progettazione, presa in carico e gestione del percorso ospedaliero della persona definita fragile.

Il professionista CM si riferisce funzionalmente sia all'U.O. ospedaliera che alla COT, in quanto conoscendo il paziente, le sue condizioni clinico-assistenziali, sociali, la sua rete sociale di supporto è in grado di supervisionare la pianificazione della dimissione e il proseguimento delle cure territoriali con la COT.

Assistenti Sociali: professionista operativo all'interno degli stabilimenti ospedalieri e dei servizi territoriali della ASST; in ambito ospedaliero viene attivato dal clinico e dal CM sulla scorta della risultanza degli item sociali e del punteggio della scala Brass attraverso richiesta di consulenza sociale in "PRIAMO" finalizzata ad una collaborazione per facilitare la dimissione del paziente che presenta delle fragilità sociali; in ambito territoriale viene attivato attraverso la COT di pertinenza distrettuale del paziente dimesso, al fine della presa in carico dei bisogni sociali anche attivando una collaborazione sinergica con gli assistenti sociali degli Ambiti e Comuni territorialmente competenti. L'assistente sociale ospedaliero durante l'incontro dell'U.V.O. provvede ad aggiornare i partecipanti alla riunione circa l'evoluzione delle azioni intraprese, sviluppando parallelamente le linee di intervento relative a ciascun caso.

Coordinatore del gruppo di lavoro è il responsabile della "Piattaforma Produttiva Area Medica" della DAPSS.

Operatività dell'Unità di valutazione Ospedaliera

I Case Manager giornalmente intercettano nelle aree di degenza ospedaliera i pazienti con possibili dimissioni difficili o protette. Nel caso in cui tali percorsi debbano essere sostenuti e governati perché particolarmente articolati (necessità di sostegno sociale, attivazione di servizi assistenziali domiciliari, trasferimenti in strutture ricettive specifiche come ad esempio unità spinali) presentano il caso all'incontro settimanale dell'U.V.O., dove con un approccio multidisciplinare si pianifica il percorso di dimissione più idoneo.

L' U.V.O. utilizza come strumento di lavoro e tracciabilità un file condiviso sul quale è stato caricato tutto il materiale informativo che può essere utile per facilitare la risoluzione dei casi:

- istruzioni e procedure operative inerenti al percorso di dimissione;
- scheda pazienti, dove ogni operatore del gruppo segnala i casi intercettati quotidianamente e aggiorna, ognuno per la propria competenza, le azioni intraprese.

L' UVO settimanalmente si incontra per condividere il percorso dei pazienti identificati come difficili da dimettere, cercando insieme strategie che ne facilitino il percorso di dimissione.

Contribuisce a garantire e governare la continuità del percorso del paziente dal momento del ricovero sino alla dimissione:

- Fase diagnostica: vigilando sulle tempistiche dell'esecuzione della diagnostica
- Fase terapeutica: valutando la somministrazione di terapie che possono essere eseguite a domicilio
- Fase assistenziale: monitorando le tempistiche di interventi specifici, ad esempio del servizio vulnologico; di trattamento/cura, ad esempio per la riabilitazione funzionale monitorando le tempistiche di risposta di fisiatro o /e fisioterapisti, così come per altre tipologie di consulenza richieste durante la degenza, segnalando costantemente le fasi del percorso verso la dimissione alle COT di pertinenza.

In caso di necessità, per mancanza di risposte efficaci all'interno dell'ospedale, l'UVO chiede l'intervento della Direzione Medica di Presidio.

Rilevazione del rischio di dimissioni difficili presso la degenza

I pazienti vengono valutati con scala Brass entro 48 ore dall'ingresso in reparto. Per quelli risultati a medio rischio (punteggio tra 11 e 19) e alto rischio (punteggio ≥ 20), il CM dell'U.O. procede alla segnalazione alla COT distrettuale di competenza, segnalando anche la necessità di interrompere eventuali prestazioni destinate al paziente ed erogate sul territorio. Il Case Manager deve riportare sulla scheda di "pianificazione dimissioni protette" l'avvenuta segnalazione alla COT. La rivalutazione della scala BRASS deve essere effettuata ad ogni cambio delle condizioni cliniche e/o sociali del paziente e comunicata contestualmente alla COT di pertinenza.

In base ai valori degli ITEM sociali, richiede la consulenza all'assistente sociale, attraverso il portale PRIAMO.

Sviluppo del percorso sanitario

Il CM completa la valutazione attraverso un confronto con i familiari raccogliendo ulteriori informazioni per definire al meglio la condizione clinica pre-ricovero ed eventuali criticità sociali che potrebbero ostacolare la dimissione.

Oltre alle condizioni cliniche del paziente si valuta anche il grado di collaborazione da parte della famiglia, se presente, per una migliore presa in carico a domicilio del paziente stesso. Laddove il CM individuasse criticità assistenziali o sociali che possano rallentare la dimissione o necessitino di assistenza domiciliare segnala il caso all'interno del file condiviso dell'U.V.O. che lo discute durante il briefing multidisciplinare settimanale del gruppo.

Dopo la condivisione del caso, qualora emergano criticità relative ad aspetti logistici del domicilio del paziente e si ravvedesse la necessità di ulteriori approfondimenti, la COT, di concerto con il paziente e/o con il caregiver, provvede all'organizzazione di un sopralluogo a cura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFEC) prima della dimissione, al fine di intercettare bisogni non ancora esplicitamente espressi (barriere architettoniche, setting non adeguato quale scarsa igiene, caregiver assente ecc...)

Settimanalmente ciascun CM esegue inoltre un briefing interno all'area di pertinenza con il medico referente confrontandosi sull'andamento del percorso di dimissione dei singoli Pazienti ricoverati

Programma di degenza

Partendo dalla valutazione della complessità assistenziale infermieristica e clinica si delinea il possibile indirizzo diagnostico/terapeutico ed assistenziale più idoneo per il paziente.

All'interno delle singole unità operative il gruppo di operatori sanitari infermieristici e medici si attiva al fine di snellire i tempi di attesa per la diagnostica, nel supervisionare le tempistiche di esecuzione di eventuali consulenze specialistiche, condividendo con il CM la pianificazione della dimissione e/o la necessità di trasferimento del paziente.

Dimissione

In base all'evoluzione del percorso di guarigione del paziente, il CM ospedaliero si accorda con il medico affinché predisponga, se necessario per il paziente, la specifica modulistica attraverso il programma di Regione Lombardia (Assistant-RL) per le richieste di ausili (letti articolati, materassini antidecubito, ossigeno terapia, cough assist, aspiratori, ecc ecc.) necessari al domicilio.

Nel caso in cui il paziente necessiti invece di ricovero verso strutture riabilitative, Subacuti, ODC, o Hospice, il CM invia la richiesta di ricovero e, a riscontro positivo, predisponde, in collaborazione con il coordinatore infermieristico, il trasferimento del paziente (attivazione del servizio interno di ambulanze). Per il trasferimento presso RSA o strutture di cure intermedie, il percorso viene seguito in modo analogo dall'assistente sociale che si interfaccia con il reparto, supportando il paziente e/o il care-giver (se bisognosi di aiuto) all'organizzazione della prenotazione del trasporto a loro carico.

Il CM aggiorna puntualmente la COT di pertinenza territoriale del percorso verso le dimissioni tramite l'utilizzo del programma Sistema di gestione del Territorio (SGDT), sezione diario, utile all'attivazione di IFeC e C-Dom. Si tratta di una importante innovazione: l'ospedale utilizza il Sistema di Gestione del Territorio per garantire il flusso costante delle informazioni necessarie per assicurare la continuità delle

cure e dell'assistenza sul territorio ai pazienti in dimissione.

1.2 Presa in carico qualificata: care management dalla fase acuta al follow up domiciliare integrato

L'ASST, in linea con la programmazione espressa nel PNRR, in una logica di sviluppo del sistema di offerta sociosanitaria territoriale, propone il potenziamento dell'Assistenza Territoriale anche attraverso l'erogazione diretta qualificata di ADI.

Durante il ricovero del paziente con grave disabilità respiratoria, il CM contatta oltre alla COT del distretto di residenza del paziente, la struttura di Riabilitazione Cardio-Respiratoria aziendale per allertare del prossimo trasferimento e tiene aggiornati gli operatori sull'evoluzione clinica.

Durante la degenza in Riabilitazione Cardio-Respiratoria, il CM di reparto procede come sopra descritto in merito alla pianificazione delle dimissioni preoccupandosi di allertare la COT relativamente alla necessità di attivare la "presa in carico qualificata". Si tratta di pazienti che richiederanno, una volta dimessi, periodicamente prestazioni di counseling, supervisione, erogazione di specifiche prestazioni infermieristiche, riabilitative e cliniche.

L'infermiere che opera nella COT informa l'équipe che sarà incaricata di effettuare la Valutazione Multi Dimensionale (VMD), precisando che si tratta di paziente che beneficerà al domicilio dell'intervento dello specialista pneumologo ospedaliero. Viene contattato anche il fisioterapista che sarà il Case Manager del paziente. Una evoluzione del progetto prevede che per questa tipologia di paziente, la VMD venga effettuata in ospedale, in modo che sia possibile il confronto diretto fra l'Equipe per la valutazione multidimensionale (EVM) e gli specialisti.

Modello organizzativo

Descrizione del percorso

- Ricovero in Terapia Intensiva per evento acuto. Già da questa fase, il CM, in accordo con il clinico, allerta la Riabilitazione Cardiorespiratoria.
- Al ricovero del paziente viene attivato il percorso clinico assistenziale ospedaliero e tale percorso viene monitorato dall'Unità di Valutazione Ospedaliera.
- Successivo trasferimento presso U.O. di Riabilitazione Specialistica Cardiorespiratoria. Il CM allerta la COT affinché non ci siano ritardi, al momento della dimissione, con la consegna di eventuali device e ausili.
- Dimissione domiciliare con prescrizione di eventuali device a completamento del quadro diagnostico e terapeutico e attivazione della valutazione multidimensionale attraverso la COT.

Arruolamento del paziente: l'arruolamento del paziente idoneo ad ADR inizia, per tutti i nuovi casi, in ospedale quando il paziente è ancora ricoverato. Il paziente può essere dimesso a domicilio, in accordo

con la famiglia, se clinicamente stabile, se il contesto familiare risulta adeguato e se il paziente presenta capacità di autogestione oppure dispone di caregivers validi e formati alla gestione domiciliare in sicurezza.

Preso in carico: la continuità delle cure prevede la presa in carico del paziente da parte del Team multidisciplinare (Pneumologo, Medico delle Cure Domiciliari, MMG, infermiere, Assistente Sociale, fisioterapista, altri professionisti se previsti dal Progetto di cura Individuale). La presa in carico consiste nella Valutazione multidimensionale del bisogno paziente/famiglia (VMD), nella stesura del Progetto di cura Individuale (PI), nella gestione domiciliare del paziente attraverso la realizzazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) coerentemente al PI.

- a) **VMD:** ricomprende la rilevazione, da parte dell'equipe valutativa integrata ospedale /territorio, dei bisogni relativi a tutti i domini del paziente, non solo a quelli relativi alla funzione respiratoria, la rilevazione delle aspettative del paziente/famiglia, la valutazione del contesto abitativo - familiare e le eventuali modifiche ambientali, le risorse disponibili verificandone la loro effettiva disponibilità prima del rientro a domicilio del paziente, l'individuazione del caregiver principale, quale figura di riferimento per il Team.
- b) **Piano di cura Individuale (PI):** rappresenta l'esito della VMD e ricomprende, coerentemente al bisogno rilevato, la programmazione di tutti gli interventi necessari, oltre a quelli specifici per la gestione dell'IRC; definisce la frequenza degli accessi domiciliari, la periodicità dei controlli, gli obiettivi di cura, l'individuazione e prescrizione di tutti i dispositivi/presidi/ausili necessari per la ventilazione meccanica, per l'ossigenoterapia, per l'aspirazione, per l'alimentazione (PEG), per l'eliminazione (CV), per la mobilità, per l'integrità cutanea, per la comunicazione, ecc. Individua le figure professionali coinvolte es. pneumologo, geriatra, fisiatra, logopedista, fisioterapista, infermiere, psicologo, ecc. e i rispettivi interventi.

La figura di un coordinatore, individuato nella figura del fisioterapista, svolgerà il ruolo di case-manager all'interno del Team multidisciplinare per il coordinamento di tutte le attività previste per la presa in carico a favore del paziente con IRC.

- c) **Gestione domiciliare:** ricomprende la pianificazione di tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi previsti dal PI, ossia la definizione e realizzazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) da parte del Team erogativo domiciliare, nel rispetto dei requisiti organizzativi e gestionali previsti da normativa. Utile anche la predisposizione di una check-list guida per la verifica degli aspetti relativi ad efficienza/guasti/interventi di manutenzione delle apparecchiature.

Principali interventi domiciliari prevedibili:

- Gestione ventilazione meccanica
- Sostituzione cannula tracheostomica
- Gestione della stomia nel paziente tracheostomizzato
- Broncoaspirazione e ossigenoterapia
- Gestione Nutrizione Artificiale
- Fisioterapia respiratoria

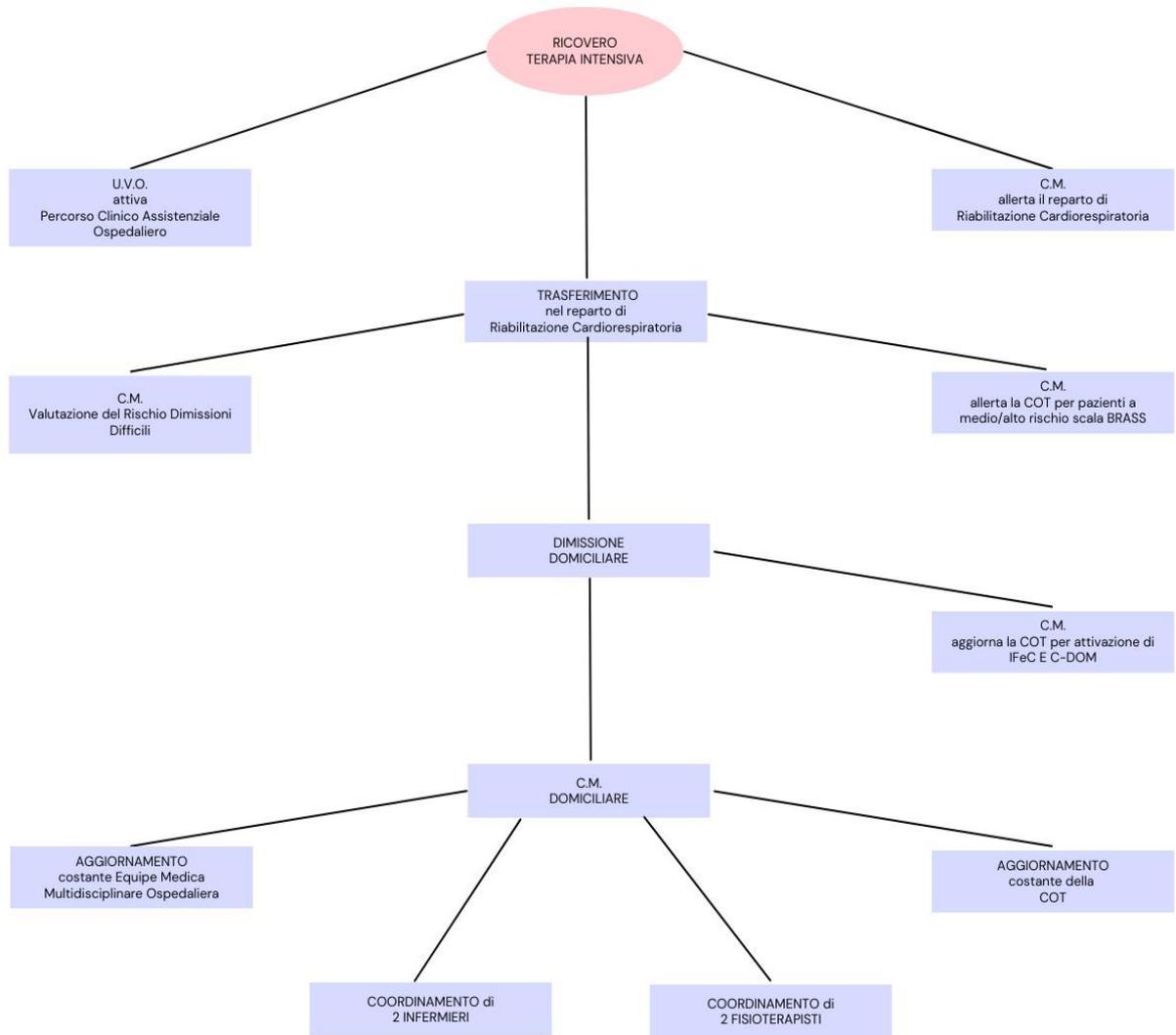
- Addestramento del paziente/caregiver all'utilizzo degli ausili
- Terapia infusioneale
- Controllo alimentazione idratazione e bilancio idrico
- Rilevazione intensità del dolore
- Creazione del Fascicolo Sanitario Elettronico dell'utente e creazione delle utenze per l'accesso ai dati su piattaforma in Cloud riservata
- Saturimetria
- Follow up sanitario
- Reperibilità telefoniche
- Caremanagement e Casemanagement
- Controllo parametri vitali

Professionisti sanitari domiciliari prevedibili per 32 pazienti:

- 2 infermieri
- 2 fisioterapisti
- 2 pneumologi

In base alla complessità e delicatezza del quadro clinico il CM domiciliare programma il numero di sedute riabilitative settimanali che inizialmente saranno più frequenti con cadenza temporale sempre più ampia.

Il CM domiciliare ha il compito di valutare le criticità riscontrate mediante le rivalutazioni periodiche e di allertare le varie figure sanitarie professionali di competenza che gestiscono il paziente a domicilio informando tempestivamente anche la COT, consentendo un rapido intervento domiciliare e evitando così accessi ospedalieri dovuti a riacutizzazioni della patologia, con impatto positivo sulla salute del paziente e sulla riduzione dei costi sanitari. Il CM domiciliare ha la possibilità di comunicare direttamente con lo pneumologo della riabilitazione cardio respiratoria attraverso un dect in possesso del medico di guardia. Inoltre quando c'è la necessità della sostituzione della tracheostomia del paziente, il CM domiciliare comunica con l'ambulatorio delle tracheostomie istituito presso il reparto di Riabilitazione Cardio Respiratoria affinché il paziente abbia un percorso protetto, facile e tempestivo.



Educazione e addestramento del paziente e del caregiver

L'educazione e l'addestramento del paziente e\o del caregiver sono aspetti fondamentali dei programmi di assistenza domiciliare; dall'efficacia dei programmi educazionali dipende in buona parte, la qualità e l'esito delle cure a domicilio. L'educazione e l'addestramento costituiscono un processo continuo e sistematico in relazione alla fase evolutiva della malattia, centrato sul paziente e che riguarda, con diversa responsabilità, tutti i soggetti coinvolti nell'assistenza. Numerosi studi hanno mostrato che permettere al paziente con malattia cronica di condividere con il professionista la responsabilità della gestione della propria malattia, aumenta la compliance e l'efficacia del trattamento. L'educazione e training del paziente/famiglia comincia in reparto prima della dimissione del paziente e prosegue con il suo inserimento domiciliare e deve tenere conto:

- della gravità della malattia.
- della complessità del trattamento.
- del livello di comunicazione e di empatia raggiungibili.
- della situazione e dell'organizzazione sociale e familiare in cui è inserito il paziente.
- l'identificazione degli interlocutori validi (paziente, famiglia, badanti, etc.).
- la definizione dei bisogni e degli obiettivi educazionali da raggiungere.
- l'individuazione di aree di rischio e la loro rimozione/controllo.
- la partecipazione di tutti i membri del Team assistenziale all'educazione e istruzione del paziente e della famiglia.

Criticità relative all'implementazione del progetto

Si rileva come non sia semplice far lavorare insieme, alla predisposizione di una procedura e successivamente all'applicazione della stessa, gli operatori ospedalieri con quelli afferenti al territorio. Ancora non è consolidata negli operatori ospedalieri la conoscenza dei processi territoriali e questo comporta il rischio di una certa autoreferenzialità dell'ospedale. La dipendenza funzionale dalla COT del CM che opera in reparto al momento è una "dichiarazione di intenti". D'altra parte anche gli operatori del territorio manifestano una certa mancanza di conoscenza dei processi e dei meccanismi operativi che regolano l'ospedale.

Un percorso di "formazione-informazione" tra specialisti ospedalieri e territoriali preliminare all'avvio della progettualità è la formula individuata per consentire di conoscersi meglio, condividere i linguaggi e comprendersi. Si prevedono inoltre, con cadenza anche annuale, momenti di incontro-confronto tra le due realtà al fine di analizzare le criticità riscontrate e cercare nuove soluzioni.

Non sono ancora adeguatamente sviluppati gli strumenti informatici, in particolare riferiti a SGDT (strumento per la gestione del territorio), pertanto il ruolo della COT ne risulta al momento depotenziato.

Sviluppi futuri

L'effettuazione della valutazione multidimensionale in ospedale garantirebbe la possibilità di confronto diretto fra i professionisti che prenderanno in carico il paziente dopo il rientro al domicilio e i professionisti che lo hanno avuto in cura in ospedale, garantendo un più efficace e completo scambio di informazioni.

L'estensione del progetto ad altri target di pazienti è uno sviluppo che riteniamo concretamente perseguibile.

La risoluzione delle criticità segnalate comporterà sicuramente una evoluzione in grado di consolidare il continuum della presa in carico dall'ospedale al territorio

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Dal momento che il progetto prevede l'interessamento di operatori, strutture e UdO già attivi, non si prevedono costi aggiuntivi.

Tuttavia, riduzione dei giorni di degenza, riduzione dei ricoveri ripetuti e riduzione di accessi in P.S. rappresenterebbero costi cessanti, con un indubbio risparmio per il sistema. Al momento è difficile quantificarli ma è previsto il loro monitoraggio almeno semestralmente per verificarne la reale consistenza.

RISULTATI ATTESI

Il progetto dovrebbe produrre un miglioramento della qualità della vita dei pazienti attraverso un'assistenza personalizzata e continua, riducendo i ricoveri ospedalieri non necessari e ottimizzando l'uso delle risorse del SSN. La valorizzazione delle cure domiciliari, inoltre, dovrebbe contribuire a una gestione più sostenibile del sistema sanitario, favorendo una distribuzione più equilibrata dei carichi di lavoro tra ospedali e servizi territoriali.

Indicatori individuati per valutare l'efficacia della procedura relativa alla pianificazione delle dimissioni:

N° e degenza media dei pazienti segnalati come bed blocker o predittivi di dimissione protetta/difficile
Tempo medio di attivazione della consulenza sociale dei pazienti segnalati ad alto rischio
Riduzione dei re-ricoveri nei pazienti identificati dall'UVO per diagnosi di ricovero correlata a quella precedente
Numero di segnalazioni di dimissione difficile prodotte dalle UUOO per mese

Indicatori per valutare l'efficacia della presa in carico qualificata:

N° di re-ricoveri per i pazienti con IRC
Degenza media dei pazienti con IRC
N° di richieste di intervento dello pneumologo ospedaliero al domicilio del paziente
N° di accessi in P.S. dei pazienti con IRC

CONCLUSIONI

Il progetto descrive processi che, di per sé, non rappresentano idee particolarmente innovative: di pianificazione delle dimissioni così come di presa in carico domiciliare si parla ormai da molto tempo.

Anche il concetto di integrazione fra ospedale e territorio non rappresenta una novità.

Noi crediamo che gli aspetti di innovazione siano qui rappresentati dal tentativo concreto di descrivere e soprattutto mettere in atto il percorso di un paziente complesso che passa dall'ospedale al proprio domicilio senza soluzione di continuità. Il continuum del percorso significa garantire efficienza del processo, che in tempi di risorse scarse è fondamentale, ma anche e forse soprattutto efficacia, in termini di salute e di qualità della vita dei pazienti.

Abbiamo descritto il territorio che entra in ospedale per facilitare la dimissione del paziente per esempio attraverso strumenti ad oggi utilizzati solo in ambito territoriale (SGDT) e l'ospedale che esce sul territorio per mantenere il più possibile il paziente lontano dall'acuzie (lo specialista pneumologo ospedaliero che va al domicilio del paziente).

La vera sfida crediamo che stia nella capacità degli operatori sanitari di uniformare linguaggi e prospettive, superando una visione noi-loro (operatori ospedalieri e operatori del territorio) che, sicuramente comprensibile e spiegabile, non corrisponde però più alla forma che deve necessariamente prendere il sistema sanitario per fornire le risposte di cui le persone oggi e ancora di più domani avranno bisogno.

CONTRIBUTO PERSONALE

Il progetto è stato frutto di lavoro condiviso.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreto Ministeriale n. 77 – 23 maggio 2022

DGR XI/6867 del 02/08/2022 DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN ATTUAZIONE DELL'INTESA DEL 4 AGOSTO 2021 DI APPROVAZIONE DEI REQUISITI DI ESERCIZIO E ACCREDITAMENTO DELL'ADI, NELL'AMBITO DELLA CORNICE PROGRAMMATORIA COSTITUITA DALLA MISSIONE 6 DEL PNRR, DAL DM 77 DEL 23 MAGGIO 2022 RECANTE "MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE", DAL DM 29 APRILE 2022 DI APPROVAZIONE DELLE LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL «MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE» E NEL PIÙ GENERALE QUADRO DEL POTENZIAMENTO DELLA SANITÀ TERRITORIALE DISPOSTO CON L.R. 22/2021 - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

DGR XI/7592 del 15/12/2022 ATTUAZIONE DEL DM 23 MAGGIO 2022, N. 77 "REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE" - DOCUMENTO REGIONALE DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE (PRIMO PROVVEDIMENTO)

DGR XII/2588 del 21/06/2024 DETERMINAZIONI IN ORDINE AL MODELLO DI FUNZIONAMENTO DELLE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT)

BIBLIOGRAFIA

Rorden J, Taft E. Discharge planning Guide for Nurses. Philadelphia: Saunders, 1990

L. Saiani et al.: Guida di autoapprendimento. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri

Allegato 1

Scheda di BRASS

Utente:	Codice fiscale:
	Data nascita:

Data compilazione:	Compilatore:
--------------------	--------------

Età (una sola opzione)

- 0 = 55 anni o meno
- 1 = 56-64 anni
- 2 = 65-79 anni
- 3 = 80 anni e più

Condizioni di vita e supporto sociale
(una sola opzione)

- 0 = Vive col coniuge
- 1 = Vive con la famiglia
- 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare
- 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti
- 4 = Vive solo senza alcun sostegno
- 5 = Assistenza domiciliare/residenziale

Stato funzionale (ogni opzione valutata)

- 0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)

Dipendente in:

- 1 = Alimentazione/nutrizione
- 1 = Igiene/abbigliamento
- 1 = Andare in bagno
- 1 = Spostamenti/mobilità
- 1 = Incontinenza intestinale
- 1 = Incontinenza urinaria
- 1 = Preparazione del cibo
- 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali
- 1 = Capacità di gestire il denaro
- 1 = Fare acquisti
- 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto

Stato cognitivo (una sola opzione)

- 0 = Orientato
- 1 = Disorientato in alcune sfere qualche volta
- 2 = Disorientato in alcune sfere sempre
- 3 = Disorientato in tutte le sfere qualche volta
- 4 = Disorientato in tutte le sfere sempre
- 5 = Comatoso

*sfere: spazio, tempo, luogo, sè

Modello comportamentale (ogni opzione osservata)

- 0 = Appropriato
- 1 = Wandering
- 1 = Agitato
- 1 = Confuso
- 1 = Altro

Mobilità (una sola opzione)

- 0 = Deambula
- 1 = Deambula con aiuto di ausili
- 2 = Deambula con assistenza
- 3 = Non deambula

Deficit sensoriali (una sola opzione)

- 0 = Nessuno
- 1 = Deficit visivi o uditivi
- 2 = Deficit visivi e uditivi

Numero di ricoveri progressivi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)

- 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi
- 1 = Uno negli ultimi 3 mesi
- 2 = Due negli ultimi 3 mesi
- 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi

Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)

- 0 = Tre problemi clinici
- 1 = Da tre a cinque problemi clinici
- 2 = Più di cinque problemi clinici

Numero di farmaci assunti (una sola opzione)

- 0 = Meno di tre farmaci
- 1 = Da tre a cinque farmaci
- 2 = Più di cinque farmaci

FIRMA DEL MEDICO

TOTALE: ____/40

I contenuti del presente documento sono confidenziali, pertanto ne è vietata riproduzione e divulgazione se non espressamente autorizzate.

Riferimenti bibliografici

Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock & Cason, 1992)

