

LINEE GUIDA AZIENDALI
“TRANSIZIONE
OSPEDALE – TERRITORIO”

PREMESSA

Il presente documento ha la finalità di evitare interruzioni nel processo di cura ed assistenza multidisciplinare sotto il profilo socio-sanitario e di definire le modalità operative inerenti le dimissioni difficili di pazienti “fragili” e con bisogno complesso.

Tale procedura, al fine di garantire la continuità di cura e assistenza nel passaggio tra i vari setting e con particolare interesse alla transizione tra l'ospedale ed il territorio, definisce le funzioni, i compiti, le responsabilità e gli ambiti operativi di tutte le figure multidisciplinari coinvolte nell'ambito del processo delle dimissioni protette. Le modalità operative funzionali all'avvio dell'istruttoria delle “dimissioni difficili” a favore di pazienti ricoverati presso gli Ospedali per acuti appartenenti al nostro territorio aziendale e non, forniscono adeguati strumenti per l'attuazione di interventi a carattere sanitario e/o socio-assistenziale effettuabili presso il domicilio del paziente o presso strutture residenziali a valenza socio-sanitaria.

Il rientro del paziente fragile” al proprio territorio di appartenenza rappresenta una fase delicata e non scevra da molteplici difficoltà di ordine non solo sanitario ma, anche di tipo burocratico ed assistenziale, con possibili ricadute sull'equilibrio psico-fisico del paziente e del suo contesto familiare.

La mancata integrazione tra i diversi setting di cura determina:

- Prolungamento dei tempi di ricovero e/o ricoveri impropri
- Dimissioni precoci e/o non pianificate
- Mancata attivazione dei servizi socio sanitari, socio assistenziali territoriali e dei servizi previdenziali
- Mancata erogazione degli ausili protesici e della assistenza integrativa.

Per tale ragione si rende necessario promuovere e integrare il ruolo strategico della COT Aziendale nella presa in carico globale di pazienti fragili con bisogno complesso, al fine di assicurare la continuità dei percorsi di cura e assistenza nel territorio, attraverso la pianificazione e concertazione degli interventi erogati dalle figure professionali operanti in ambito ospedaliero e territoriale.

TRANSIZIONE OSPEDALE TERRITORIO

La dimissione protetta è uno strumento assistenziale volto ad assicurare la continuità di cura e assistenza nel territorio e implica una presa in carico globale del paziente attraverso la sinergica integrazione della rete ospedale-territorio.

In linea con le indicazioni contenute nell'Allegato 1 della Delibera G.R. n. 28/11 del 24.8.2023 si stabilisce quanto segue:

OBIETTIVI DELLE LINEE GUIDA:

- Assicurare continuità di cura e assistenza ai pazienti fragili con bisogni complessi.
- Favorire una tempestiva conoscenza e presa in carico di situazioni difficili sotto il profilo socio-sanitario, da parte degli operatori coinvolti, al fine di attivare gli interventi più adeguati.
- Creare, incrementare e migliorare costantemente i percorsi condivisi per la gestione delle dimissioni difficili/protette attraverso azioni operative finalizzate ad individuare precocemente il bisogno complesso già all'atto dell'ingresso del paziente in reparto.

ATTORI COINVOLTI:

- Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) Aziendale ASL 3 Nuoro;
- Presidi Ospedalieri appartenenti alla nostra Azienda Sanitaria Locale e non;
- PASS Ospedalieri (Punto di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari nei presidi ospedalieri);
- PUA/UVT Distrettuali Aziendali e non;
- Ospedali di Comunità e Strutture di Lungo-Degenza.

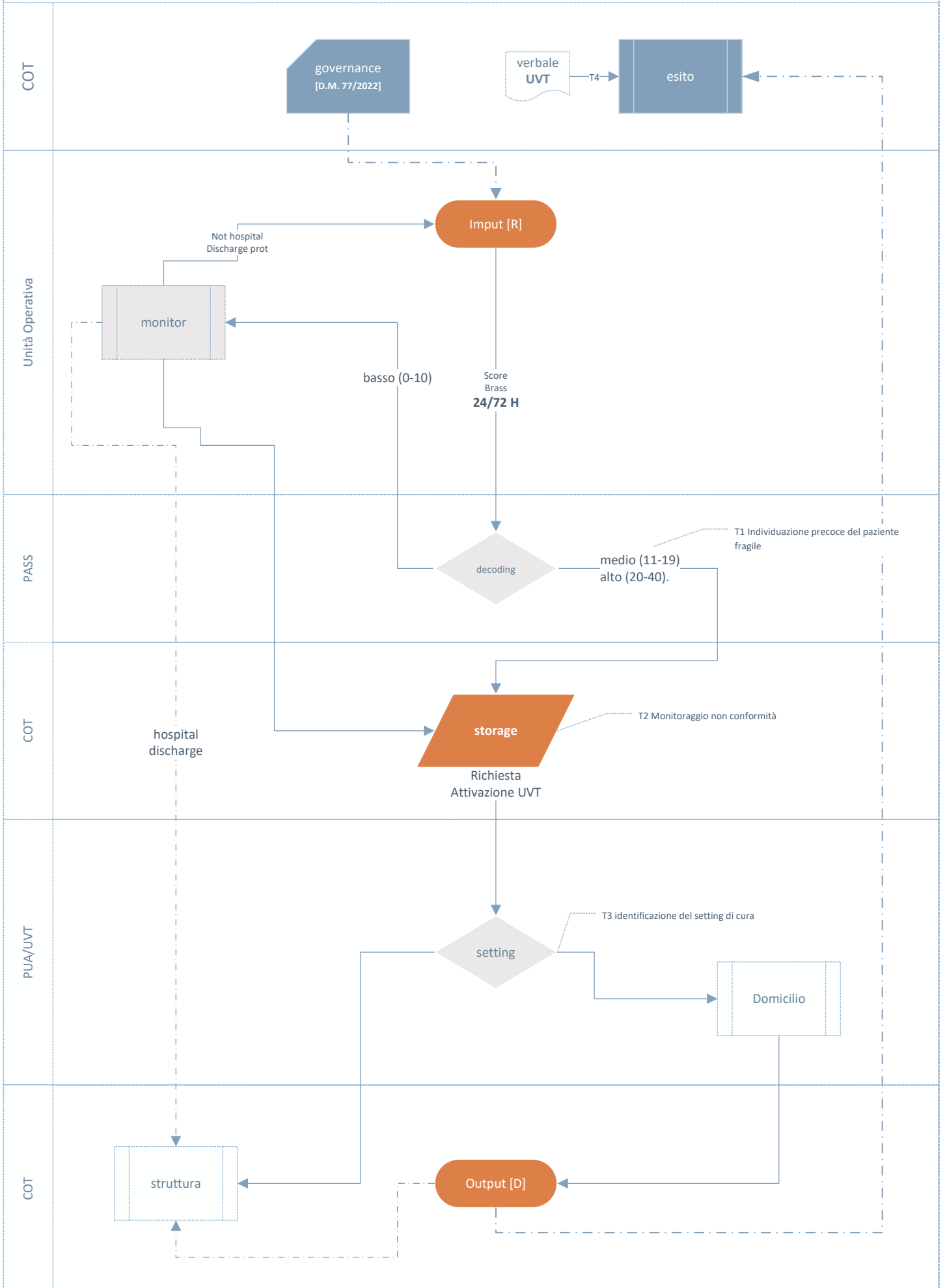
FASI DEL PROCESSO

La COT coordina, traccia, monitora ed interviene proattivamente per garantire il buon esito della transizione.

Si veda, a tal proposito, lo schema seguente:

TERRITORY HOSPITAL TRANSITION ALGORITHM 1/3

Version 1.0



Identificazione del bisogno e avvio del processo (FASE 1)

Al momento dell'ingresso in reparto del paziente, la struttura ospedaliera compila una scheda di valutazione denominata Blaylock Risk Assessment Screening Score (**BRASS**) contenente una scala di screening del rischio che permette di identificare precocemente i pazienti eleggibili ad una dimissione protetta.

L'indice di BRASS esplora dieci dimensioni:

1. età
2. situazione di vita
3. supporto sociale
4. stato funzionale
5. stato cognitivo
6. modello comportamentale
7. deficit sensoriali
8. ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso
9. problemi clinici attivi
10. numero di farmaci assunti.

Ad ogni condizione rilevata nelle dimensioni corrisponde un punteggio di gravità dalla cui somma si ricava il rischio.

- **Basso Rischio:** punteggio 0-10 (soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione);
- **Rischio Medio:** 11-19 soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione (probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione);
- **Rischio Alto:** >di 20 soggetti ad alto rischio perché presentano problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure assistenza (probabilmente anche in strutture).

Ogni scheda con rischio Medio-Alto dev'essere trasmessa entro 72 ore dal ricovero:

- alla COT Aziendale che monitora il processo;
- al PASS Ospedaliero che attiva il processo di indagine socio-sanitaria al fine di segnalare alle COT e alle UU.OO., attraverso il Sistema Garsia, tutti i pazienti da avviarsi al percorso di dimissione protetta.

I pazienti con il profilo Basso rischio devono essere monitorati nelle UU.OO. ove sono ricoverati, al fine di segnalare tempestivamente alla COT ed al PASS eventuali modifiche significative del quadro clinico.

Presenza in carico dei pazienti con rischio Medio/Alto (FASE 2)

Trattasi di pazienti da inserire nei percorsi di dimissione difficile, con BRASS punteggio compreso tra 11-19 e > 20 che devono essere valutati dal PASS e contestualmente segnalati alla COT Aziendale e alle relative UU.OO.

Il PASS:

- acquisisce il consenso informato del paziente, del referente familiare e/o suo rappresentante legale;
- supporta le UU.OO. nella raccolta delle informazioni, fornendo consulenza specifica in ambito sanitario e/o sociale, interfacciandosi con il sistema SUA/PUA/UVT distrettuale di competenza;

- stratifica il bisogno utilizzando schede valutative a valenza predittiva e dotate di punteggi (score), per la rilevazione del bisogno semplice e di quello complesso;
- segnala e invia alla COT, attraverso il sistema GARSIA ogni informazione utile inerente l'ambito sanitario e sociale (es. schede di valutazione, consulenze specialistiche, prescrizioni ausili protesici, foglio di pre-dimissione ecc) per pianificare il percorso della presa in carico globale del paziente nel territorio;
- comunica solo attraverso la COT la necessità di attivare il sistema SUA/PUA/UVT territorialmente competente in base alla residenza del paziente;
- partecipa, laddove richiesto dalla UVT distrettuale competente, alle sedute UVT;
- supporta la Direzione di Presidio Ospedaliero nel monitoraggio delle dimissioni difficili attraverso l'utilizzo di vari indicatori di efficienza e di efficacia della gestione delle stesse, onde fornire gli elementi utili per l'adozione degli eventuali correttivi necessari.

La COT:

- Preso atto delle schede BRASS con rischio medio-alto, comunica tempestivamente a tutti i soggetti interessati (MMG/PLS, CDI, Servizi Sociali Comunali ed altri servizi che hanno già in carico il paziente) l'avvenuto ricovero del paziente così da consentire l'immediato rilascio temporaneo delle eventuali risorse allocate;
- raccoglie il bisogno espresso attraverso le schede di valutazione multidimensionale inviate dal PASS;
- visualizza le schede di valutazione e, se necessario, richiede ed integra informazioni sul caso comunicandole, laddove necessario, al sistema PUA/UVT;
- monitora tutte le fasi del processo.

Identificazione del setting di destinazione e coordinamento della transizione (FASE 3)

A seguito della raccolta e valutazione di tutta la documentazione necessaria all'equipe multidisciplinare operante nella COT, la stessa trasferisce tutte le informazioni utili al sistema PUA/UVT.

PUA/UVT

- Valuta in nucleo di prima valutazione le informazioni socio sanitarie ricevute e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole alle parti;
- indica la prima data utile per la seduta UVT alla COT e procede alla relativa convocazione delle figure multidisciplinari funzionali alla presa in carico globale del paziente ed alla definizione del setting assistenziale più appropriato;
- stabilisce il setting di cura, lo formalizza con apposito verbale sottoscritto dalle parti presenti in seduta UVT e ne trasmette una copia telematicamente alla COT;
- formula il Piano Attuativo degli Interventi (PAI);
- monitora nel territorio il paziente e fornisce i relativi e continui aggiornamenti alle COT.

LA COT

- ricerca la disponibilità all'accoglienza presso le strutture sociosanitarie e riabilitative, residenziali e semiresidenziali, sulla base del setting assistenziale individuato in sede UVT e previa autorizzazione del Distretto di competenza;
- attiva la transizione verso il setting assistenziale individuato in seduta UVT raccordandosi direttamente con la struttura ospedaliera che ospita il paziente.

STRUMENTI OPERATIVI

- Scheda BRASS
- Scheda consenso informato per attivazione dimissione protetta
- Scheda di valutazione sociale
- Foglio di pre-dimissione
- Schede e documenti sociosanitari e previdenziale utili alla valutazione multidimensionale
- Sistema GARSIA
- Sistema SISAR.

VERIFICA DEL PROCESSO

Il presente documento potrà essere aggiornato e implementato con azione condivisa, ogni qualvolta si riscontrino criticità nel percorso stabilito, laddove intervengano nuove disposizioni normative e per tutte le iniziative che si riterranno necessarie.

Riferimenti normativi

1. Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77: Decreto 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085)".
2. Delib.G.R. n. 37/24 del 14.12.2022: "Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77".
3. Delib.G.R. n. 4/59 del 16.02.2023: "Provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale ai sensi del Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Approvazione definitiva".
4. Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 28/11 del 24.8.2023: "Indirizzi per la costituzione delle Centrali operative territoriali (COT)".
5. Atto aziendale ASL Nuoro: Allegato alla Delibera n. 88 del 21/02/2023: "ATTO AZIENDALE ASL NUORO".
6. DOC-DSSS-001 ATS Sardegna "ATTIVAZIONE DEI PASS E GESTIONE DELLE DIMISSIONI DIFFICILI/PROTETTE" del 04/09/2019.
7. D. Lgs. n. 502 del 30-12-1992, "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. n. 421 del 23-10-1992 e successive modifiche ed integrazioni";
8. Legge n. 328 del 8.11.2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
9. DPCM 13.2.2001; "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie";
10. L.R. n. 23 del 23-12-2005; "Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 – Riordino delle funzioni socio-assistenziali";
11. DGR n. 7/5 del 21-02-2006; "Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale";
12. DGR n. 25/6 del 13-6-2006, "Linee di indirizzo in materia di RSA e di CDI";
13. DGR n. 51/49 del 20-12-2007; "Direttive per la riorganizzazione delle Cure Domiciliari Integrate";
14. DGR n. 15/24 del 13-04-2010; "Linee Guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari";
15. DGR n. 33/32 del 08-08-2013, "Istituzione della Rete di Cure Palliative della Regione Sardegna";
16. DGR n. 22/24 del 03/05/2017; "Modifica ed integrazione dei requisiti minimi. Aggiornamento delle Linee di indirizzo in materia di Rsa e centri diurni integrati".
17. DGR. n. 35/17 del 10.07.18 "Sistema delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e delle Cure Domiciliari Palliative ai malati terminali (CPD).