ATTIVAZIONE DEI PASS (PUNTI DI ACCESSO UNITARIO DEI SERVIZI SANITARI OSPEDALIERI): INDICAZIONI PER LA SPERIMENTAZIONE DELLA ORGANIZZAZIONE E L'ARTICOLAZIONE DI PROCEDURE PER LA GESTIONE DELLE "DIMISSIONI DIFFICILI/PROTETTE"

N. REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE ATTIVITA'	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	EMISSIONE E DISTRIBUZIONE

Gruppo di Lavoro			
Pier Paolo Pani	Dirigente Medico	Direttore SC Direzione Servizi Socio Sanitari ATS	Verifica
Albertina Garau	Infermiera	Direzione SPS ASSL CA	Verifica
Aldo Atzori	Dirigente Medico	Direttore Distretto Socio Sanitario Carbonia	Verifica
Antonella Sulis	Assistente Sociale	Distretto Socio Sanitario, ASSL CA	Verifica
Antonella Tatti	Dirigente medico	Presidio Unico ASSL Nuoro	Verifica
Emanuela Soddu	Infermiere	Distretto Socio Sanitario, ASSL Cagliari	Verifica
Gianfranca Piredda	Dirigente Medico	Distretto Socio Sanitario ASSL Nuoro	Verifica
Giulio Concu	Assistente Sociale	Presidio Unico ASSL CA	Verifica
Luciano Podda	Infermiere	Presidio Unico ASSL CA	Verifica
Marco Sulcis	Dirigente Medico	Direttore Distretto Socio Sanitario Area Vasta ASSL Cagliari	Verifica
Maria Francesca Ibba	Dirigente Infermieristico	Direttore Servizio Professioni Sanitarie ASSL CA	Redazione
Maria Teresa Camboni	Assistente Sociale	Presidio e Distretto ASSL Lanusei	Verifica
Maria Vincenza Monni	Infermiera	SC Direzione Servizi Socio Sanitari ATS	Verifica
Nicola Mura	Dirigente Medico	Presidio Unico ASSL CA/Reg. Sardegna	Redazione
Paola Damasco	Assistente sociale	SC Direzione Servizi Socio Sanitari ATS	Verifica
Rosangela Vacca	Infermiera	SC Direzione Servizi Socio Sanitari ATS	Verifica

Pagina

Indice

Premessa 4

1. Scopo 5

2. Campo di applicazione 5

3. Abbreviazioni Definizioni e terminologia 5

4 Il PASS: funzioni 6

5. Descrizione Attività 7

6. Indicatori 10

7. Riferimenti normativi e documentali 10

PREMESSA

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

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

Come testimoniato dalla letteratura scientifica sull'argomento, l'adozione degli accorgimenti sanitari e sociali idonei a gestire opportunamente la dimissione difficile del paziente fragile, fornendo adeguata protezione nell'interfaccia ospedale-territorio, traducendola quindi in "*dimissione protetta*", può produrre risultati favorevoli in termini di riduzione dei tempi di degenza ospedaliera, di ricovero ripetuto e di qualità percepita da pazienti e operatori

Le dimissioni difficili costituiscono una criticità che accompagna l'operatività quotidiana dei contesti assistenziali ospedaliero e territoriale. Nella nostra regione le esperienze di gestione strutturata della problematica risultano limitate ad ambiti territoriali circoscritti o a progettualità settoriali di tipo sperimentale.

Con il presente documento si intende indicare un modello organizzativo sperimentale (6 mesi) all'interno dell'ATS, corredato da relative indicazioni procedurali per la gestione della dimissione difficile, che siano inclusive di obiettivi, target di pazienti, strumenti di valutazione, indicatori di processo e risultato e percorso formativo. Suddetto modello prevede, in particolare, il coinvolgimento dei Punti di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri (PASS), previsti dall'Atto Aziendale in ogni Presidio Ospedaliero, orientati a *"…garantire la presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento*", con il compito di facilitare, sulla base dei bisogni sociosanitari del paziente, i rapporti tra le strutture operative di assistenza degli stabilimenti ospedalieri ATS e la rete territoriale costituita dal sistema PUA-UVT, in modo da garantire la continuità comunicativa (informazioni cliniche, terapeutiche e socioassistenziali) tra i vari setting assistenziali.

1. Scopo

Scopo del presente documento è assicurare la continuità dell'assistenza e cura con la definizione di un modello organizzativo e delle correlate indicazioni necessarie per promuovere una appropriata dimissione quale passaggio organizzato del paziente fragile da un setting ospedaliero ad uno territoriale, mediante l'identificazione precoce degli assistiti che potrebbero presentare difficoltà alla dimissione e per i quali sia opportuno concordare con i servizi territoriali percorsi specifici che includano il necessario supporto ai pazienti e alle famiglie.

2. Campo di applicazione

Le indicazioni procedurali, per l'attivazione dei PASS, opportunamente declinate in procedure operative di ASSL si applicano in via sperimentale, per un periodo di 6 mesi, in tutti i casi di dimissione difficile rilevabili nei Presidi Ospedalieri Unici di Area Omogenea dell'ATS.

3. Abbreviazioni terminologia definizioni

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

Dimissione difficile: azioni che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, necessitano di un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del paziente e dei suoi familiari. La dimissione difficile implica un coinvolgimento particolare delle risorse territoriali comprendenti medici di famiglia, servizi infermieristici ed assistenziali domiciliari, servizi sociali comunali, lungo degenze extra ospedaliere, residenze sanitarie assistenziali, comunità integrate, comunità alloggio;

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

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

ATS: Azienda per la Tutela della Salute;

BRASS: Blaylock Risk Assessment Screening Score;

CDI: Cure Domiciliari Integrate;

CIRS: Cumulative Illness Rating Scale;

CPD: Cure Palliative Domiciliari**;**

PASS: Punti di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari;

PUA: Punto Unico di Accesso;

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale;

SISaR: Sistema Informativo Sanitario Regionale;

SVaMA: Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'adulto e anziano;

UO: Unità Operativa;

UVT: Unità di Valutazione Territoriale;

VMD: Valutazione multidimensionale;

4. Il PASS

Il PASS (Punto di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari nei presidi ospedalieri), è individuato dall'Atto aziendale quale strumento atto a "*garantire la presa in carico del paziente, nella complessità e globalità dei bisogni, con un'attenzione particolare anche alla famiglia e al contesto di riferimento*".

Atteso che il funzionamento del PASS viene definito con apposito regolamento aziendale, con il presente documento sono individuate le funzioni strategiche per la facilitazione della presa in carico socio sanitaria integrata del paziente nella fase particolarmente delicata delle dimissioni difficili.

4.1. Operatori coinvolti

La Direzione della ASSL, per il tramite del PASS (allocato presso la Direzione del Presidio Ospedaliero Unico di Area), rende disponibili le seguenti figure professionali:

- Infermiere
- Assistente sociale
- Referente Medico di Direzione Medica di Presidio

4.2.Compiti e responsabilità

La funzione degli operatori del PASS riguardo alle dimissioni protette è quella di fornire supporto qualificato alle U.O. del Presidio nella raccolta delle informazioni e nell'utilizzo degli strumenti di indagine necessari all'UVT per le valutazioni di competenza. In particolare il PASS:

- riceve la richiesta di intervento per la dimissione protetta dalle UU.OO. ospedaliere;
- supporta le UU.OO. nella raccolta delle informazioni, fornendo consulenza specifica in ambito sanitario e/o sociale, interfacciandosi con il sistema PUA-UVT distrettuale e provvedendo all'inoltro a quest'ultimo delle richieste di intervento;
- partecipa, laddove richiesto dalla UVT distrettuale competente e/o UU.OO. ospedaliera, alle UVT effettuate in ospedale;
- supporta la Direzione di Presidio nel monitoraggio delle dimissioni difficili sui vari indicatori

di efficienza e di efficacia della gestione delle stesse, onde fornire gli elementi utili per l'adozione degli eventuali correttivi necessari.

4.3. Formazione

Formazione del personale: Tutti gli operatori inseriti nel PASS seguiranno un idoneo percorso di formazione sulle implicazioni cliniche, assistenziali e organizzative in modo da acquisire le competenze necessarie a svolgere le funzioni.

5. Descrizione dell'attività

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

- inserimento in Cure Domiciliari Integrate (CDI);
- inserimento in Cure Palliative Domiciliari (CPD);
- inserimento in RSA, Comunità Integrata;
- inserimento in Hospice;
- assistenza integrativa, protesica ed ausili, assistenza farmaceutica.

5.1.Pazienti eleggibili

Sono inseriti nel percorso pazienti che presentano:

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

5.2. Strumenti di valutazione

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

Si elencano a titolo esemplificativo e non esaustivo, le schede obbligatorie e/o facoltative che ciascun professionista deve utilizzare sulla base delle necessità del singolo caso nella valutazione sanitaria, assistenziale, sociale e riabilitativa del paziente:

- scala di valutazione di Brass;
- SVaMA [indice di comorbilità CIRS; scala di instabilità clinica di Bernardini; Barthel Index (ADL e mobilità) valutazione dello stato funzionale; Mini Mental State Examination (MMSE); Short PortableMental Status questionnaire; IADL (Valutazione del grado di dipendenza nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana); scala di

Braden (valutazione del rischio di decubiti); scala di Karnofsky; scheda di valutazione sociale)];

- scheda di valutazione del dolore numerica e cognitiva;
- scheda di valutazione rischio cadute scala di Conley;
- scheda valutazione lesioni da decubito;
- scheda sull'aderenza terapeutica di Morisky.

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

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

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

5.3. Identificazione del paziente

Il paziente a rischio di dimissione difficile over 65 viene individuato con l'utilizzo della scheda BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) compilata dal personale infermieristico delle U.O. da effettuarsi entro 24-72 ore dal ricovero, che identifica 3 classi di rischio:

- alto rischio;
- medio rischio;
- basso rischio.

Nei pazienti in età pediatrica e adulta under 65 sarà cura del valutatore adottare la scheda appropriata di identificazione.

5.4. Attivazione del PASS

In caso di paziente ad alto e medio rischio o a basso rischio, ma con elevata fragilità sociale, quindi potenzialmente eleggibile per un percorso di dimissione protetta, il Coordinatore Infermieristico o un suo delegato/referente individuato contatta il PASS.

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

5.5. Valutazione multidimensionale e presa in carico

Il PASS, ricevuta la segnalazione e acquisite le informazioni fornite dalla U.O. di ricovero del paziente, collabora con la U.O. ospedaliera alla individuazione del percorso di dimissione da proporre al sistema PUA-UVT territoriale competente, prevedendo la raccolta delle ulteriori informazioni con l'utilizzo delle schede specificate di seguito:

1) presa in carico da parte del Servizio di cure domiciliari (CDI e CPD):
   - scheda di prevalutazione;
   - Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (VMD);
   - Scheda di valutazione sociale.

2) ricovero presso RSA o Comunità integrata o Hospice:
   - scheda di prevalutazione;
   - Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (VMD);
   - Scheda di dimissione concordata;
   - Scheda di valutazione sociale.

5.6. Attivazione del PUA-UVT

Il PASS, coinvolto dalla U.O. di ricovero del paziente, contatta il PUA-UVT del Distretto Socio Sanitario competente almeno quattro giorni prima della data presunta di dimissione, provvede all'invio della scheda di contatto informatizzata presente sul sistema informativo SISAR e invia la documentazione prodotta, eventualmente integrata da una scheda di sintesi.

5.7. Attività dell'UVT

L'UVT del Distretto competente valuta la documentazione trasmessa dal PASS, effettua gli approfondimenti e le valutazioni di competenza circa il percorso di dimissione e conseguente prosecuzione delle cure nel contesto appropriato.

5.8 . Dimissione

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

5.9. Consenso

L'attivazione/predisposizione di percorsi di protezione e accompagnamento per le dimissioni difficili si fonda sulla costruzione di relazioni di cura e fiducia tra paziente e professionisti sanitari. Al riguardo è necessario assicurare un setting di cura in cui si incontrano l'autonomia decisionale del paziente, l'autonomia professionale e la responsabilità dei curanti.
Va salvaguardato il diritto del paziente di conoscere le proprie condizioni di salute in maniera completa, aggiornata e comprensibile. Il consenso va sempre documentato in forma scritta o nelle modalità previste dalla normativa vigente.

Il tempo di comunicazione tra team sanitario e paziente costituisce sempre tempo di cura. Il PASS, come tutto il personale coinvolto nella applicazione delle procedure, supporta il paziente, la famiglia, quando presente, e le altre figure di supporto (amministratore di sostegno/curatori/tutori) nella individuazione e nel mantenimento degli eventuali diritti esigibili previsti dalla normativa vigente.

5.10 Archiviazione

La documentazione inerente il percorso di continuità delle cure viene archiviata dal PASS che elabora dei report sull'attività svolta.

5.11. Monitoraggio

Il monitoraggio relativo alla applicazione delle procedure operative di Area articolate sulla base delle indicazioni fornite dal presente documento, sarà effettuato dal PASS, con l'obiettivo di verificare le criticità ed adottare eventuali correttivi o soluzioni migliorative, attraverso:

- Report
- Audit

6. Indicatori

Indicatori di processo

- N. di schede Brass per pz>65 anni sul numero di dimissioni pz>65 anni;
- N. schede di Brass con valore>11 sul numero di segnalazioni pervenute al PASS;
- N. di segnalazioni di dimissione difficile prodotte dalle U.O. per mese;

Indicatori di risultato

- N. di prese in carico (attivazione di UVT) su N. di segnalazioni pervenute dal PASS;
- N. giornate di degenza media nelle U.U.O.O. prima dell'avvio del PASS e N. giornate di degenza media nelle U.U.O.O. dopo l'avvio del PASS;
- N. di re-ricoveri entro tre mesi da una dimissione difficile segnalata al PASS;
- Tempi medi di attesa per fornitura ausili/protesi nei pazienti segnalati al PASS;

7. Riferimenti normativi e documentali

1. 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";
2. Legge n. 328 del 8.11.2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
3. DPCM 13.2.2001; "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
4. 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";

5. DGR n. 7/5 del 21-02-2006; “Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale”;
6. DGR n. 25/6 del 13-6-2006, "Linee di indirizzo in materia di RSA e di CDI";
7. DGR n. 51/49 del 20-12-2007; "Direttive per la riorganizzazione delle Cure Domiciliari Integrate";
8. 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”;
9. DGR n. 33/32 del 08-08-2013, “Istituzione della Rete di Cure Palliative della Regione Sardegna”;
10. 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”.
11. DGR. n. 35/17 del 10.07.18 “Sistema delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e delle Cure Domiciliari Palliative ai malati terminali (CPD).
12. Shepperde Coll. “*Discharge planning from hospital to home*”. Cochrane Database Syst Rev. 2013, Issue 1: CD000313; Gonçalves-Bradley et al., “*Discharge planning from hospital*“. Cochrane Database Syst Rev. 2016, Issue1:CD000313