

La dimissione difficile dall'ospedale

Brescia, 30 gennaio 2015

GRG Journal Club

Stefano Boffelli

Le incertezze del medico:
il dibattito su organizzazione,
prestazioni, aspetti finanziari può
allontanare il medico dall'interesse per
le grandi conquiste della scienza e
quindi rischia di diventare scettico ...
dalle nanotecnologie ai ricostituenti ...

MT, GRG J Club, 16/1/2015

Medicina della complessità significa affrontare i problemi della persona che ha molti bisogni, sempre caratterizzati da sofferenza, senza la possibilità di costruire gerarchie o rapporti di causa-effetto: significa curare con determinazione, anche quando sembra che troppi fattori interagiscano con l'atto stesso, e la sua potenziale efficacia, come nelle persone molto vecchie.

Ne discendono modelli di cura dove le possibilità di successo, agendo sulla realtà della prospettiva biologica del paziente con la cultura e la psicologia del medico, sono legate alla capacità di leggere le dinamiche vitali senza preconcetti, con grande capacità di adattamento.

Il tutto richiede coraggio, perché apparentemente si agisce “al di fuori delle regole” protettive per i sanitari, ma che addormentano la capacità di curare qui e ora.

Perspective

Death Takes a Weekend

Perri Klass, M.D.

N Engl J Med 2015; 372:402-405

January 29, 2015

From the physician's perspective, weekends in the hospital are all about coverage. I remember, during residency, feeling that the attendings brought in doughnuts for weekend rounds because the world owed us something for being there, holding the fort. I came to take it for granted that hospital life slows on the weekend. And I remember a moment in my early years of doing primary care when it suddenly seemed vital to get an MRI and a neurology consult and a psych evaluation for a child as the clock ticked down to Memorial Day weekend. I called in favors, begged and borrowed, boasted about having managed it, as if I had personally evaluated, treated, and cured the problem, against impossible odds.

I guess I assumed that patients and families must understand the hurdles: weekends are harder and slower, things don't necessarily get done.

But when you're sick and scared, or when your parent or child is sick and scared, it can be shocking to hear, over and over, about the ways that weekends are slower and things don't get done.

The sick person's calendar is marked out in difficult days and sleepless nights, or in agonizing hours, but it takes no notice of days of the week, makes no distinction between time and overtime.

Yet you find yourself being told, as a matter of course, that there's no physical therapy on weekends because there's no one here to do it or, on a Friday, that the psychiatry service — or the pain service, or the surgical subspecialty attending — will be in on Monday.

My brother said to me one Saturday — when we'd been told that there were no physical therapists available and that nutrition and the feeding team would be in on Monday — that he had never realized how much things slowed down in a hospital on the weekend. And I didn't want to justify it or pretend that, slowed down or not, everything was fine, good medicine was being practiced, our mother was perfectly safe.

Instead, I felt a powerful righteous wrath when I saw the big retrospective study last summer showing that when relatively straightforward pediatric emergency surgeries like herniorrhaphies and appendectomies were performed on weekends, morbidity and mortality were higher. It's real, I thought, it's in the medical literature. There is such a thing as the “weekend effect,” and it's been shown to mean higher mortality for patients with myocardial infarctions or strokes who are admitted on the weekend and also for those who have in-hospital cardiac arrests.

I wasn't surprised by those studies. If you'd asked me before my mother got sick whether I thought patients got better care during the week, I would probably have said yes, of course they do: more people with more skills around has to mean better care, or why are we even in this business? But I would have said it, I think, without anger: that's the way of the world. Things thin out at night or on the weekend, but we all do our best, don't we?

Well, it doesn't feel that way from the patient's side. From over there, it feels like every time the weekend comes around, you relearn that the hospital is not actually about patients. It's about doctors and nurses, physical therapists and nutritionists — people who are busily living their normal lives, when from the patient's side, nothing is normal.

And so on weekends when my mother was in the hospital, I found myself angry and upset and outraged, and I knew, of course, that I was mostly angry, upset, and outraged because my mother was so sick and I couldn't help her — and the truth was that the hospitals and rehab facilities couldn't help her either. They tried, especially on weekdays, but they couldn't. And if they had been able to help her, I probably wouldn't be angry, still, about weekends, or about anything else.

But I relearned hospital rhythms during those terrible weeks and months, and I developed my own version of weekend effect.

I would start feeling tense every Thursday afternoon, every Friday morning, staving off panic by displaying a slightly frenetic need to get consults done, problems reassessed, orders written. I would waylay consultants, try to pin down residents about when they could come by and when they planned to sign out, press the nurses to page the attendings. I became one of those people I would have hated to encounter on a Friday afternoon if I was trying to get care plans and coverage sorted out, to feel that things were in good order, signouts organized, checklists checked off.

But over on the other side, no one had the power to check the boxes I most needed, and nothing stayed in good order for long. And over in that comfortless landscape, I felt scared, as Thursday turned to Friday and the dark clouds gathered; I could feel the staff signing out, the hospital slowing down around us, and the weekend closing in.

Outline

Per quanti la dimissione è difficile?

Per quali la dimissione è difficile?

Le dimensioni del problema:

È un falso problema?

Quanto pesa sui costi e sulle riammissioni?

Chi deve gestirlo?

Quanto

Per quanti la dimissione è difficile? ASL Modena 2011

Particolare attenzione si è posta alla definizione di percorsi di cura e al miglioramento di quelli esistenti, secondo principi di integrazione e continuità, che devono portare all'individuazione dei criteri di determinazione (per patologia, per età, per caratteristiche assistenziali, ecc.) ed al superamento dei punti critici, dando lavoro alla definizione di prassi che devono guidare le unità operative territoriali (sanitarie e socio-assistenziali) e ospedaliere secondo i principi della condivisione e del coordinamento.

E quindi si è puntato sulla revisione delle modalità di dimissione dei pazienti dagli ospedali partendo dall'identificazione dei pazienti a rischio di dimissione difficile già al momento del ricovero, pianificando la dimissione e impiegando modelli organizzativi e strumenti adeguati e omogenei sia a livello aziendale che interaziendale, sia a livello ospedaliero che territoriale. Le Dimissioni protette hanno avuto un incremento in quasi tutti i Distretti e, anche se si tratta di uno strumento molto sperimentato, ha richiesto una continua manutenzione e soprattutto la necessità di trovare un'organizzazione, individuata nel P.U.A. (Punto Unico di Accesso) per garantire una sostanziale uniformità di approccio sia fra le varie unità operative che fra i Distretti.

Le dimissioni ospedaliere protette sono aumentate del 6,8% (anno 2009 = 4.223 e anno 2010= 4.969).

Quanto

A fine 2010 è stato esteso a tutti i reparti di medicina dell'ospedale di Baggiovara l'utilizzo della scheda informatizzata per l'individuazione del rischio di dimissione difficile subito dopo il ricovero e la presa in carico da parte del case manager. Il case manager che è stato individuato è un infermiere del territorio che prende in carico, durante il ricovero, i pazienti a rischio e li accompagna nel percorso di dimissione, individuando il servizio territoriale più appropriato.

Le richieste di valutazione dai reparti per dimissioni difficili sono state 1019 (dato parziale poiché diversi reparti hanno attuato il modello a partire da ottobre) provenienti per il 77% dal PARE e dal PAG e per il 18% dall'Ortopedia e dalla Medicina Cardiovascolare.

Delle oltre 1.000 segnalazioni di rischio di dimissione difficile, il 62,5% (637) hanno avuto come esito il percorso di presa in carico da parte del case manager ed è stato intrapreso, insieme ai famigliari e già durante il ricovero, il percorso di dimissione più appropriato favorendo, anche grazie al supporto socio-assistenziale garantito al domicilio, il ritorno a casa piuttosto che l'accesso in residenza.

Il 37,5% delle segnalazioni di dimissione difficile non è stato seguito dalla presa in carico o per aggravamento e decesso del paziente, oppure ha richiesto un'ulteriore valutazione, o perché non ha richiesto il percorso di dimissione protetta.

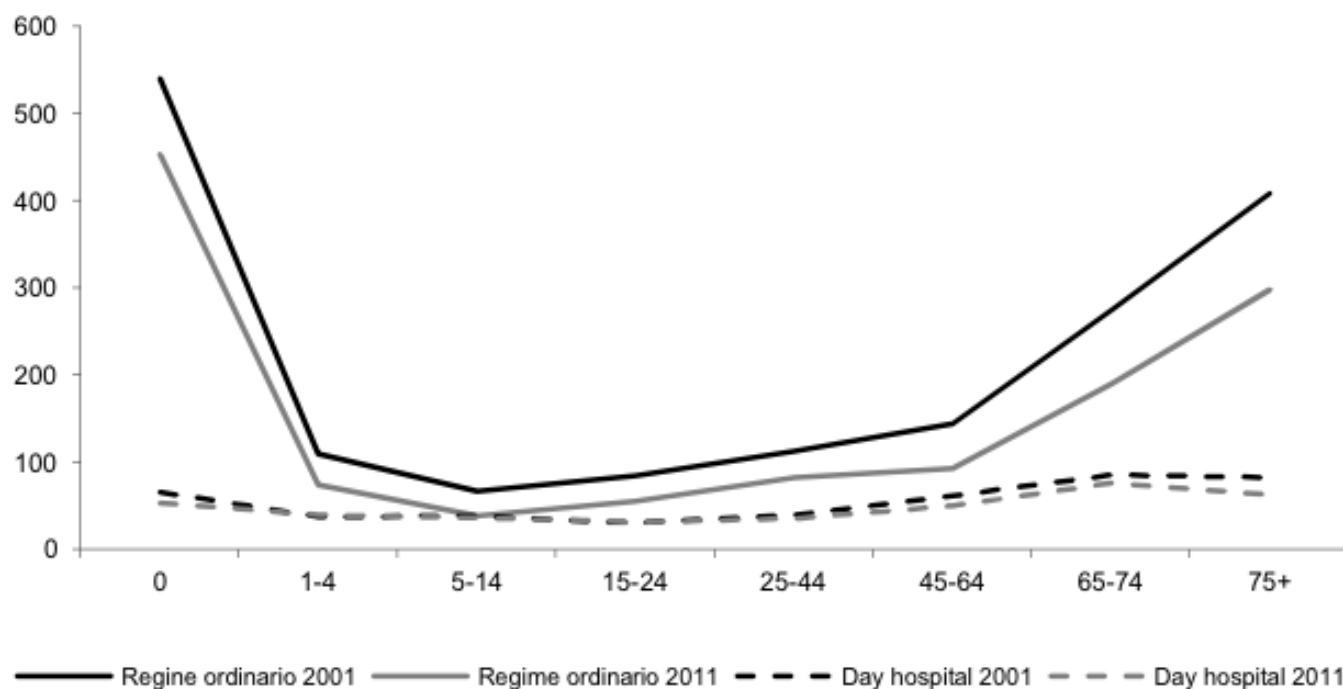
Tavola 3.23 - Popolazione residente per condizioni di salute, malattie croniche dichiarate, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, classe di età, sesso e regione - Anno 2013 (per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona) **Annuario Istat 2013**

ANNI CLASSI DI ETÀ	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper- ten- sione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteo- porosi	Malattie del cuore	Malattie aller- giche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duo- denale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
2009	69,3	38,8	20,3	40,4	4,8	15,8	6,2	17,8	7,3	3,6	10,2	4,4	3,1	39,9
2010	70,6	38,6	20,1	42,0	4,9	16,0	6,1	17,3	7,0	3,7	9,8	4,2	2,8	39,4
2011	71,1	38,4	20,0	42,2	4,9	15,9	6,1	17,1	7,2	3,6	10,3	4,0	2,6	38,7
2012	71,1	38,6	20,4	43,2	5,5	16,4	6,1	16,7	7,7	3,5	10,6	4,4	2,7	39,1
2013 - PER CLASSI DI ETÀ E SESSO														
MASCHI E FEMMINE														
0-14	96,8	7,7	1,4	88,1	0,2	-	2,1	0,1	-	0,3	6,3	0,1	-	13,0
15-17	94,6	13,6	1,9	84,5	0,3	-	1,9	0,4	0,0	0,1	11,3	1,1	0,1	12,0
18-19	92,8	15,5	2,2	79,2	0,2	-	1,9	0,5	0,2	0,4	12,9	1,5	0,4	16,8
20-24	91,3	16,7	3,2	80,1	0,4	0,5	3,4	0,7	0,3	0,5	12,6	1,9	0,4	18,1
25-34	88,2	15,7	3,6	70,6	0,4	1,0	2,8	1,0	0,2	0,4	10,5	1,4	1,2	20,8
35-44	82,0	22,3	6,4	61,1	1,0	4,1	3,1	4,1	0,7	0,6	11,3	2,5	1,9	25,9
45-54	70,6	37,5	14,6	49,0	2,8	13,6	3,9	12,1	3,3	1,7	11,5	4,0	2,8	36,9
55-59	59,3	55,0	26,1	45,3	6,9	24,3	5,1	22,5	8,7	4,5	11,0	5,1	3,9	52,8
60-64	53,8	63,7	35,0	41,6	10,3	32,5	7,5	29,3	11,9	5,0	9,6	5,5	4,0	60,9
65-74	39,5	75,6	48,7	31,0	15,1	44,9	10,8	40,6	18,9	9,0	8,8	6,9	5,5	75,7
75 e oltre	22,5	86,4	68,1	17,9	20,4	54,8	19,5	60,7	34,4	16,5	8,6	12,7	6,7	89,0
Totale	70,4	37,9	20,0	41,5	5,4	16,7	5,9	16,4	7,4	3,7	10,0	4,0	2,7	39,7

Rispetto al 2001 il tasso di dimissione ospedaliera in regime ordinario ha subito una riduzione del 27 per cento. Questo processo di deospedalizzazione è stato più forte nei bambini di 1-14 anni (escluso il primo anno di vita), per i giovani di 15-24 anni e per gli adulti di 45-64 anni. Nel primo anno di vita invece la riduzione del tasso di dimissione ospedaliera in regime ordinario è stata solo del 16 per cento. In day hospital il tasso si è ridotto del 11 per cento, per effetto in particolare di una riduzione del 19 per cento all'età zero e nella classe di età 45-64 anni e del 24 per cento tra gli ultrasettantacinquenni. La riduzione del ricorso al day hospital per gli anziani trova in parte spiegazione nel recente tendenza a trasferire alcuni interventi chirurgici (ad esempio cataratta e tunnel carpale) dall'ospedale all'ambulatorio.

Figura 3.3

Tassi di dimissione ospedaliera per classe dei età e regime di ricovero (ordinario o day hospital) - Anni 2001, 2011 (per 1.000 abitanti)



Grandi anziani per tipologia di contesto familiare (over 85)

	Persone sole	Coniuge in coppia no kids	Genitore in coppia con figli
Anno 2005			
totale	47.4%	15.9%	3.5%
Anno 2010			
totale	50.7%	21.2%	2.2%

Persone a cui gli anziani ritengono di poter chiedere aiuto (% , 2010)

	Over 85	Over 65
Figli	64.4	61.5
Altri parenti	28.5	21.7
Badante pagata	18.5	4.9
Coniuge	13.3	36.9
Vicini	4.3	6.4
Amici e conoscenti	3.8	5.5

Le reti informali in crisi

Rete di parentela “stretta e lunga”

Diminuiscono le famiglie aiutate (dal 23% del 1983 al 16.9% del 2009)

Aumenta età media del caregiver (43 anni, 1983; 50 anni, 2009)

Aumentano aiuti economici (47.9% di anziani ai giovani e 46.9% dei giovani agli anziani)

Calano gli aiuti diretti (32% anziani)

CENSIS, 2010

Analisi del problema “dimissioni difficili” nell’Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma

Tiziana Meschi, Enrico Fiaccadori*, Silvia Cocconi, Giuditta Adorni, Erminia Ridolo, Nicoletta Stefani, Tania Schianchi, Almerico Novarini, Gianbattista Spagnoli**, Caterina Caminiti**, Monica Pini**, Loris Borghi

We analyzed, in a middle-sized hospital, the problems related to the so-called “difficult discharges”, conceived as situations involving an economic, human and organizational burden exceeding patients’ and their families’ capacities and requiring a specific involvement of territorial services.

During a whole year (July 1, 2001-June 30, 2002) the cases found were 591.

We demonstrated that the problem concerns mainly elderly patients, almost equally distributed between males and females, a quarter of the sample being represented by patients who had recently undergone surgery and whose discharge difficulties were mostly related to mixed social and sanitary problems. This kind of patients is faced with long-term hospitalization implicating a large number of intra-hospital transfers due to the presence of severe and disabling pathologies, mainly neoplasms and strokes, often associated with other serious diseases, various complications and difficult situations from the health point of view.

About half of the patients had the possibility to go back home, while the rest required lodging in territorial structures such as nursing homes and retirement homes.

The average time-lapse between the possible discharge indicated by the hospital physician and the actual discharge was 10 days, with global annual 6106 days of “improper” hospitalization.

Our conclusion is that the phenomenon of difficult discharges is nowadays a very topical problem and that it should be faced with a new model of continuous and integrated assistance organization.

(Ann Ital Med Int 2004; 19: 109-117)

Cosa

Per dimissione difficile si doveva intendere una dimissione resa problematica dal fatto che essa, per poter essere attuata nel rispetto di una corretta continuità terapeutica ed assistenziale, implicava un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che andava oltre le reali possibilità del paziente e dei suoi familiari e che quindi rendeva necessario un coinvolgimento ed un'attivazione particolare dei presidi territoriali comprendenti i medici di famiglia, i servizi infermieristici ed assistenziali domiciliari, le lungodegenze extraospedaliere, le residenze sanitarie assistenziali, le case protette e le case di riposo.

Quindi il paziente doveva trovarsi in una fase di dimissibilità clinica, nel senso che il suo stato di malattia non era più tale da rendere necessario il proseguimento del ricovero in ambiente ospedaliero, ma la dimissione non poteva essere tempestivamente realizzata per ostacoli di natura non clinica.

Cosa

Questi potevano essere:

- a) la mancanza di familiari idonei ad accudire una persona non autosufficiente;
- b) le resistenze dei familiari a riprendere a casa il congiunto per motivi di carattere organizzativo, economico o altro;
- c) la necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi infermieristici e/o sociali;
- d) la necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio (letti antidecubito, pompe per nutrizione artificiale, sollevatori, respiratori, ecc.);
- e) la necessità di procedere a revisioni strutturali del domicilio (bagno assistito, montacarichi, ascensore, ecc.) o la necessità di trovare un nuovo domicilio caratterizzato da accessibilità e vivibilità adeguate ad una persona non più autonoma; f) la possibilità di garantire almeno un accesso al giorno del medico di famiglia quando ritenuto indispensabile;

Cosa

g) la necessità di reperire un'idonea sistemazione extrafamiliare, temporanea o definitiva, quando era ragionevolmente impossibile il ritorno al proprio domicilio (lungodegenza extraospedaliera, residenza sanitaria assistenziale, casa protetta, casa di riposo);

h) altre situazioni problematiche di natura non clinica (stato di abbandono, povertà, extra-comunitari sprovvisti di permesso di soggiorno, ecc.).

Dopo un'approfondita analisi del caso, era compito delle assistenti sociali ospedaliere stabilire se la difficoltà alla dimissione era legata a problematiche esclusivamente sociali, oppure a problematiche esclusivamente medico-infermieristiche o infine ad un intreccio tra le due.

Some data

Tiziana Meschi et al.

TABELLA I. Dimissioni difficili. Azienda Ospedaliera di Parma: dati generali.

Periodo di riferimento (1 anno)	01/07/01-01/07/02
N. casi	591
DRG	
Medici	451 (76.3%)
Chirurgici	140 (23.7%)
Sesso (M/F)	264/327 (44.7/55.3%)
Età media (anni)	78 ± 12 (range 27-102)
> 65	91%
N. deceduti nell'attesa della dimissione	69 (11.7%)
N. trasferiti*	108 (18.3%)
N. effettivo dei dimessi (tolti i deceduti e i trasferiti)	414
N. casi**	364/414 (87.9%)

* in altro reparto dell'Azienda (soprattutto Lungodegenza) nell'attesa della dimissione; ** che hanno avuto ritardo nella dimissione reale rispetto alla data presunta di dimissione stabilita dal medico responsabile del caso.

Some data

Ann Ital Med Int Vol 19, N 2 Aprile-Giugno 2004

TABELLA II. Dimissioni difficili: motivazione del ritardo nella dimissione nei 414 casi effettivamente dimessi.

	N. casi
Nessun ritardo	50 (12.1%)
1) Ritardo per problemi esclusivamente legati alla famiglia	47 (11.4%)
2) Ritardo per problemi esclusivamente legati al peggioramento del paziente nell'attesa della dimissione	71 (17.1%)
3) Ritardo per problemi esclusivamente legati all'organizzazione territoriale dei servizi	84 (20.3%)
4) Ritardo per problemi multipli (1 + 2 + 3)	162 (39.1%)
Totale	414 (100%)

Some data

TABELLA III. Dimissioni difficili: collocazione dei 414 pazienti effettivamente dimessi.

	N. casi
Tornati a domicilio	230 (55.6%)
Ospitati in residenza sanitaria assistenziale	76 (18.3%)
Ospitati in casa protetta	65 (15.7%)
Ospitati in istituto di riabilitazione	19 (4.6%)
Ospitati in altro ospedale	9 (2.2%)
Ospitati in lungodegenze extraziendali	5 (1.2%)
Ospitati in accoglienza temporanea	5 (1.2%)
Ospitati in comunità alloggio	3 (0.7%)
Ospitati in gruppi appartamento	2 (0.5%)
Totale	414 (100%)

Prima dell'attuale ricovero i pazienti istituzionalizzati erano 17/414 (4.1%); dopo l'attuale ricovero essi sono risultati 184/414 (44.4%).

TABELLA IV. Dimissioni difficili: tempi, espressi in giorni, relativi ai 591 casi segnalati.

Tempo di ricovero totale	47.8 ± 46
Tempo di segnalazione (dall'ingresso del paziente nel reparto segnalante alla segnalazione del medico all'assistente sociale aziendale)	19.3 ± 25
Tempo intervento assistente sociale (dalla segnalazione del medico alla visita in reparto dell'assistente sociale aziendale)	0.64 ± 1
Tempo di programmazione della dimissione presunta (dalla segnalazione del medico all'assistente sociale aziendale all'invio del fax al territorio da parte dell'assistente sociale aziendale)	2.4 ± 5
Giornate in eccesso trascorse in Azienda prima della dimissione (differenza tra la data presunta di dimissione indicata dal medico e la data reale di dimissione)	5470
Giornate in eccesso trascorse nel reparto segnalante prima del trasferimento (sono riferiti ai trasferiti in altro reparto, soprattutto lungodegenza in attesa della dimissione)	636
Totale giornate "improprie"	6106

I dati dove espressi si intendono come media ± DS.

TABELLA V. Dimissioni difficili: ripartizioni dei casi per Dipartimenti per Acuti e per Lungodegenze.

	N. casi
Dipartimenti Medicina Interna	155 (26.2%)
Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo	109 (18.5%)
Dipartimento Osteo-Articolare	36 (6.1%)
Dipartimento Pneumologico	31 (5.2%)
Dipartimento Chirurgico	19 (3.2%)
Dipartimento Neuroscienze	17 (2.9%)
Dipartimento del Cuore	15 (2.5%)
Dipartimento Urgenza-Emergenza	5 (0.9%)
Dipartimento Testa-Collo	2 (0.3%)
Dipartimento Materno-Infantile	0 (0.0%)
Lungodegenza	202 (34.2%)
“Cattani”	121
“Stuard”	67
“Rasori”	14
Totale	591 (100%)

TABELLA VI. Diagnosi principali nei 591 casi di dimissioni difficili.

	N. casi
Neoplasia maligna (tumore solido, linfoma, leucemia)	117 (19.8%)
Ictus cerebrale (embolia, emorragia, trombosi)	101 (17.1%)
Frattura ossea (post-traumatica, osteoporotica)	54 (9.1%)
Demenza (aterosclerotica, Alzheimer, alcolica)	47 (8.0%)
Polmoniti, BPCO, bronchiectasia, embolia polmonare	47 (8.0%)
Insufficienza cardiaca, cardiopatia ipertensione, edema polmonare	34 (5.7%)
Cardiopatia ischemica (infarto, aterosclerosi coronarica)	28 (4.7%)
Insufficienza respiratoria cronica	24 (4.1%)
Insufficienza renale acuta-cronica	23 (3.9%)
Emorragia digestiva (varici esofagee, ulcera stomaco-duodeno, angiodisplasia)	22 (3.7%)
Cirrosi epatica, coma epatico, epatite C-B	17 (2.9%)
Diabete tipo II scompensato	17 (2.9%)
Epilessia, morbo di Parkinson, sclerosi laterale amiotrofica	12 (2.0%)
Gangrena arti inferiori (embolia, trombosi, piede diabetico)	11 (1.9%)
Flebotrombosi e tromboflebite profonda	11 (1.9%)
Setticemia	10 (1.7%)
Marasma da denutrizione	8 (1.3%)
Altre diagnosi	8 (1.3%)
Totale	591 (100%)

TABELLA VII. Dati clinici caratterizzanti il peso assistenziale dei 121 casi di dimissioni difficili nell'Unità di Lungodegenza "Cattani".

	N. casi
Diagnosi secondarie	
Sindrome ipocinetica da allettamento	87 (71.9%)
Incontinenza	64 (52.9%)
Lesioni da decubito	42 (34.7%)
Marasma (malnutrizione)	10 (8.3%)
Procedure assistenziali	
Catetere vescicale	85 (70.2%)
CVC-PEG-SNG	70 (57.8%)
Nutrizione parenterale parziale o totale	62 (51.2%)
Nutrizione enterale totale	24 (19.8%)
Pompe per terapia antalgica o infusiva	12 (9.9%)
Tracheostomia	4 (3.3%)
Dipendenza da respiratori	3 (2.5%)

CVC = cateteri venosi centrali; PEG = gastrostomia endoscopica percutanea; SNG = sondino nasogastrico. Un'alta frazione dei 121 pazienti presentava un numero di diagnosi secondarie e di procedure > 1.

In 1 anno i casi individuati sono stati 591. Abbiamo dimostrato che si tratta di pazienti in gran parte anziani, quasi paritariamente maschi e femmine, per circa un quarto post-chirurgici, la cui difficoltà alla dimissione è legata soprattutto a problematiche miste sociali e sanitarie. Essi subiscono lunghi periodi di ricovero, con molteplici trasferimenti perché affetti da patologie gravi ed invalidanti, in primo luogo neoplasie ed ictus cerebrale, spesso accompagnate da altre diagnosi importanti, svariate complicanze e situazioni complesse sul piano assistenziale. Poco più della metà ha potuto far rientro al proprio domicilio, per gli altri è stata necessaria una collocazione in strutture territoriali, soprattutto residenze sanitarie assistenziali e case protette.

Lo scarto medio di tempo intercorso tra la data di dimissibilità indicata dal medico ospedaliero e la data effettiva di dimissione è stato di circa 10 giorni, con un complesso di giornate “improprie” trascorse in ospedale pari a 6106 nel corso di 1 anno.

Quanto e costo

Ospedale di Parma:

Circa 50.000 ricoveri nel 2007

591/50.000: dimissioni difficili sono circa 1%

Minimo? Ma costa tanto (1.500.00 Euro di denari spesi per ritardata dimissione)

Ritardata dimissione:

Tempi di richiesta del medico (stabilità ma anche insight del problema)

Tempi tecnici organizzativi

Quanto e costo

La dimissione ritardata è davvero tale?

Le dimissioni sono davvero difficili,

oppure

è più spesso difficile fare (programmare) le dimissioni?

E' il costo il reale problema o l'incapacità organizzativa dell'ospedale e del territorio di affrontare dinamicamente l'evoluzione della popolazione?

Outline

Dove la dimissione è difficile?

Paziente

Famiglia

Ambiente

Supporto territoriale e sociale

Paziente

Dove la dimissione è difficile?

Paziente: clinica

Aggravamento clinico acuto (rapido: chirurgia, ortopedia; malattia somatica acuta grave in paziente pre-fragile)

Aggravamento clinico acuto su cronico (ulteriore gradino)

Necessità:

Monitoraggio parametri, prosecuzione terapie long term (antibiotico, O2)

Monitoraggio farmaci e procedure (TAO, O2, NET o NPT, tracheo, CV, CVC, PICC)

Frequenti riaccessi in H (medicazioni, controlli ravvicinati)

Instabilità clinica prevista in

Hospital dependent patients (terminali a sei mesi?)

Chronic critical illness (investiti dal treno)

G GERONTOL 2009;57:87-90

ARTICOLO DI AGGIORNAMENTO

REVIEW

Progetto dimissione protetta in struttura residenziale in presenza di "dimissioni difficili": costruzione di un percorso

Protected discharge model to residential structure in presence of difficult discharges

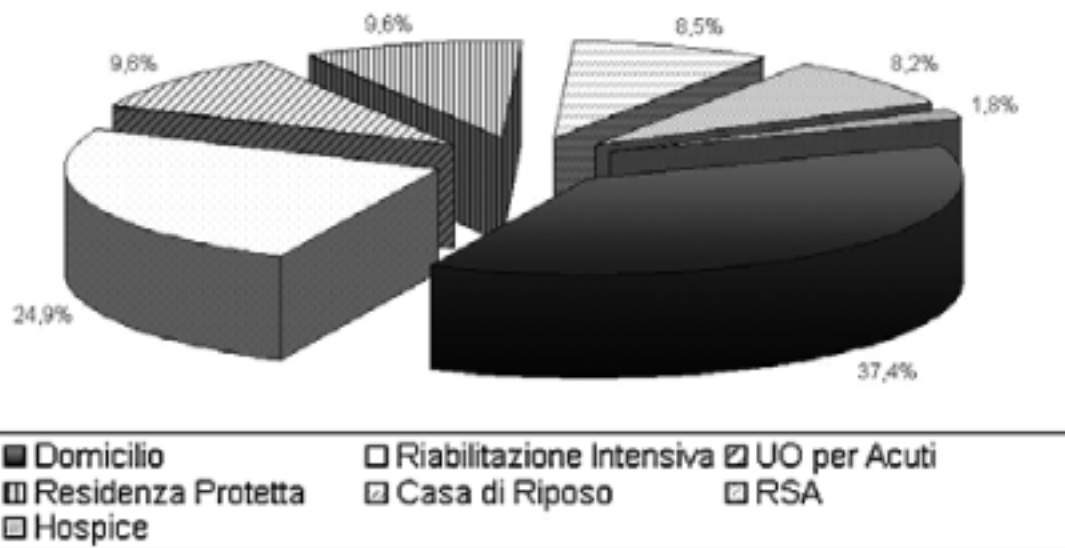
G. CAEDDU, C. SIROLLA*, L. SPAZZAFUMO*, F. LATTANZIO**

Tab. 1. Caratteristiche generali dei pazienti ricoverati (n = 364).

	Maschi	Femmine	Totale
Sesso	136 (37,4%)	228 (62,6%)	
Età media (aa)			84,1
Degenza media (gg)			20,3
Età ≥ 80 anni (n, %)			284 (78,0%)
Età ≥ 90 anni (n, %)			81 (22,2%)
Decessi (n, %)			83 (22,8%)

Come nelle SNFs USA

Fig. 1. Destinazione Residenziale alla dimissione dal Reparto di Lungodegenza Post-Acuzie.



Paziente

Dove la dimissione è difficile?

Paziente: funzione

Aggravamento funzionale marcato

Gradino funzionale verso il basso, maggiore richiesta di assistenza rispetto all'attuale fornito (o fornibile)

Incontinenza

Necessità:

Assistenza nelle BADL

Assistenza al cammino

Spostamenti letto-poltrona-bagno

Instabilità (minor recupero funzionale) prevista in

Demenza

Paziente fragile (sarcopenia, allettamento prolungato)

Paziente

Dove la dimissione è difficile?

Paziente: cognitività

delirium (prevalente, incidente; ipo-iper-misto)

prima diagnosi di demenza slatentizzata dalla causa della ospedalizzazione
(anche in fase moderata)

Necessità:

Risolvere il delirium (not delirium at home!)

Demenza: tutto come prima visita UVA (comunicazione, programmazione, terapia, prognosi, istruzioni, farmaci, follow up, etc)

Instabilità prevista in

Paziente clinicamente fragile o instabile

- 1 Meschi t, Fiaccadori e, Cocconi S, Adorni G, Ridolo E, Stefani N, et al. *Analisi del problema "dimissioni difficili" nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma.* ann ital Med int 2004;19:109-17.
- 2 Senin U, Cherubini a, Mecocci P. *l'impatto dell'invecchiamento della popolazione sull'organizzazione socio- sanitaria: necessità di un nuovo modello di assistenza continuativa.* ann ital Med int 2003;18: 6-16.
- 3 trabucchi M, zanetti e. *Una ridefinizione operativa dei servizi sanitari per gli anziani.* tendenze nuove. Mila- no: Fondazione Smith Kline 1999, pp. 7-11.
- 4 Pilotto a, Ferrucci I, Francheschi M, D'ambrosio IP, Scarcelli C, Cascavilla I, et al. *Development and validation of a multidimensional prognostic index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients.* rejuvenation res 2008;11:151-61.
- 5 Simoncelli M, lacetera a. *la continuità delle cure negli interventi per il paziente anziano post-acuto e cronico. l'esperienza della zona territoriale di Fano.* Geriatria 2007;XiX : 21-5.
- 6 Brizioli e. *la transizione verso il nuovo sistema di cure "long term" ed a bassa complessità.* tendenze nuove. Milano: Fondazione Smith Kline 1999, pp. 48-52.
- 7 Cadeddu G, Guidi F, Fioravanti P, ercolani P, antonicel- li r. *il ruolo della lungodegenza post-Acuzie nella continuità assistenziale dell'anziano fragile in medicina interna.* ann ital Med int 2005;20 :97-103.
- 8 Boling Pa. *Care transitions and home health care.* Clin Geriatr Med 2009;25:135-48.
- 9 Jacob I, Poletick eB. *Systemic review: predictors of successful transition to community-based care for adults with chronic care needs.* Care Manag J 2008;9:154-65.
- 10 Simonet MI, Kossovaky MP, Chopard P, Sigaud P, Per- neger tV, Gaspoz JM. *A predictive score to identify hospitalized patients' risk of discharge to a post-acute care facility.* BMC Health Services research 2008;8:154-62.

Famiglia

Dove la dimissione è difficile?

Famiglia

Living alone: implosione da evento catastrofico

Living with an older spouse

Living with relatives (indicatore di fragilità premorbosa, ma protettivo)

Numero di familiari non è indicativo di buona dimissione (il denaro sì? La scolarità familiare o il coping sì?)

Necessità:

Informazione e formazione (meno sugli hospital dependent patients)

Presidi, buone cure

Instabilità:

Se malattia del consorte

Se stress elevato (burden of care fisico o psichico: esplode con l'ospedalizzazione)

Ambiente

Dove la dimissione è difficile?

Ambiente

Luogo di vita premorbo

Adatto alla disabilità

Facilitante le visite del MMGE (il centro antico delle città, la campagna o la montagna isolate)

Facilitante i contatti con il mondo (anche CDI) ed i servizi (anche H)

Necessità:

Adattare le esigenze al cambiamento clinico-funzionale. Fattibilità pratica (spazio) ed economica, e burocratica

Instabilità:

Se impossibile adeguare, il paziente peggiora (cadute, disorientamento, allettamento o impossibilità di uscire a camminare...)

Social support

Dove la dimissione è difficile?

Supporto territoriale e sociale:

Disponibilità del servizio di assistenza sociale (tempi, modi, presenza)

Disponibilità dei servizi (città versus aree rurali) assistenziali e infermieristici, FKT (visita fisiatrica? dipende dalla ASL)

Disponibilità in tempi umani dei presidi (letto, poltrona, roller, LTOT)

Disponibilità del MMGE (visita a casa, orari e giorni)

Disponibilità del supporto economico (velocità di domanda e riposta, farraginosità burocratica)

SPECIAL ARTICLE

Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions

Ashish K. Jha, M.D., M.P.H., E. John Orav, Ph.D., and Arnold M. Epstein, M.D.

N Engl J Med 2009;361:2637-45.

BACKGROUND

A reduction in hospital readmissions may improve quality and reduce costs. The Centers for Medicare and Medicaid Services has initiated a national effort to measure and publicly report on the conduct of discharge planning. We know little about how U.S. hospitals perform on the current discharge metrics, the factors that underlie better performance, and whether better performance is related to lower readmission rates.

METHODS

We examined hospital performance on the basis of two measures of discharge planning: the adequacy of documentation in the chart that discharge instructions were provided to patients with congestive heart failure, and patient-reported experiences with discharge planning. We examined the association between performance on these measures and rates of readmission for congestive heart failure and pneumonia.

RESULTS

We found a weak correlation in performance between the two discharge measures ($r=0.05$, $P<0.001$). Although larger hospitals performed better on the chart-based measure, smaller hospitals and those with higher nurse-staffing levels performed better on the patient-reported measure. We found no association between performance on the chart-based measure and readmission rates among patients with congestive heart failure (readmission rates among hospitals performing in the highest quartile vs. the lowest quartile, 23.7% vs. 23.5%; $P=0.54$) and only a very modest association between performance on the patient-reported measure and readmission rates for congestive heart failure (readmission rates among hospitals performing in the highest quartile vs. the lowest quartile, 22.4% vs. 24.7%; $P<0.001$) and pneumonia (17.5% vs. 19.5%, $P<0.001$).

CONCLUSIONS

Our findings suggest that current efforts to collect and publicly report data on discharge planning are unlikely to yield large reductions in unnecessary readmissions.

Table 4. Association between the Two Measures of Performance on Discharge Planning and All-Cause 30-Day Readmission Rates.*

Rating	Patients with Congestive Heart Failure (N = 252,266) <i>readmission rate (95% CI)</i>	P Value	Patients with Pneumonia (N = 237,935) <i>readmission rate (95% CI)</i>	P Value
Score on HQA discharge instructions		0.54		0.42
Lowest quartile	23.5 (23.1–24.0)		18.4 (18.0–18.8)	
Second quartile	23.2 (22.8–23.7)		18.5 (18.1–18.9)	
Third quartile	23.6 (23.2–24.0)		18.2 (17.7–18.6)	
Highest quartile	23.7 (23.2–24.1)		18.7 (18.2–19.1)	
Score on HCAHPS discharge instructions		<0.001		<0.001
Lowest quartile	24.7 (24.3–25.2)		19.5 (19.0–19.9)	
Second quartile	23.7 (23.3–24.4)		18.3 (17.9–18.8)	
Third quartile	23.1 (22.6–23.5)		18.2 (17.8–18.6)	
Highest quartile	22.4 (21.9–22.8)		17.5 (17.1–17.9)	

* Both the Hospital Quality Alliance (HQA) score and the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) score are based on a scale of 1% to 100%, with higher scores indicating better performance. The score was adjusted for patient characteristics (age, race or ethnic group, sex, and the presence or absence of 29 coexisting conditions) as well as hospital characteristics (size, location [urban vs. rural], region, ratio of nurses to patient-days, profit status, teaching status, and the presence or absence of a cardiac intensive care unit). P values are for a test of trend.

Paziente

Dove la dimissione è difficile?

Paziente: clinica – cognitivà – funzione; e famiglia/ambiente

The pathway from disease to disability

(passing through cognition)

Esiste un metodo per pesare la complessità?

Indici compositi di prognosi

ACE Frailty index (Bellelli et al)

MPI di Pilotto

Baylock scale

A Score to Predict the Development of Adverse Clinical Events after Transition from Acute Hospital Wards to Post-Acute Care Settings.

[Bellelli G](#), [Bernardini B](#), [Pievani M](#), [Frisoni GB](#), [Guaita A](#), [Trabucchi M](#). *Rejuvenation Res.* 2012 Sep 24.

Abstract

Adverse clinical events (ACEs) are common in post-acute hospital care. We aimed at developing and validating a method, able to be administered in hospital wards, for identifying elderly patients at increased risk of ACEs after transferral to post-acute care (PAC) facilities. This was a prospective observational study, including 502 patients admitted to 19 PAC facilities in northern Italy from July 1(st) to August 14(th), 2009. A standardized form was used to collect data. Variables showing stable association with ACEs in testing group were used to derive the score. The relative risk (RR) of developing ACEs according to the score was measured in the validation group. Age ≥ 87 years, delirium, pressure sore, indwelling bladder catheter, malnutrition, and acute infection on admission were identified as stable ACE predictors. A score of 1 was assigned to each predictor. Subjects were classified as having low (score=0), medium-low (score=1), medium-high (score=2-3), or high (score ≥ 4) risk of ACEs. The RR of developing ≥ 1 ACE increased progressively from low (RR=1) to medium-low (RR=1.5, 95% confidence interval [CI] 1.1-1.9), medium-high (RR=1.6, 95% CI 1.3-2.1), and high (RR=1.8, 95% CI 1.4-2.3) risk score. The RR of being not discharged to home increased monotonically from 1.0 in low-risk to 2.7 in high-risk groups. In conclusion, this study proposes a method, able to be administered in hospital wards, for identifying patients at increased risk of ACEs after transferral to PAC. The score might also be used to identify people who will not return to home after PAC discharge.

Un sistema di indicatori semplice, basato sulla determinazione -durante il ricovero in ospedale- dell'età più 5 variabili tipicamente geriatriche (delirium, infezione in atto, lesione da decubito, malnutrizione, presenza di catetere vescicale alla dimissione) consente di predire con elevata accuratezza il rischio di sviluppare ACE nei setting di post-acuzie e il successivo esito alla dimissione

Correlazione fra 4 classi di rischio e ACEs – UCSA FP

N.ACE	0	1	2	3	4	5	tot
Rischio							
Non rischio	17 77.3%	4 18.2%	1 4.5%	0 0%	0 0%	0 0%	22 100%
Rischio lieve	72 57.6%	40 32.0%	9 7.2%	3 2.4%	0 0%	1 0.8%	125 100%
Rischio moderato	52 44.8%	38 32.8%	20 17.2%	2 1.7%	3 2.6%	1 0,9%	116 100%
Rischio grave	4 25%	8 50%	3 18.8%	1 6.3%	0 0%	0 0%	16 100%
tot	145 52%	90 32.3%	33 11.8%	6 2.2%	3 1.1%	2 0.7%	279 100%

Correlazione fra 2 classi di rischio e LOS- UCSA FP

Los			Short		Long		tot
Rischio							
Rischio lieve Moderato (0-2)			149 66.2%		76 33.8%		225 100%
Rischio grave (>3)			25 46.3%		29 53.7%		54 100%
tot			174 62.4%		105 37.6%		279 100%

Assessment

Dove la dimissione è difficile?

Supporto territoriale e sociale, famiglia, ambiente, paziente:

Misurare i bisogni di supporto: scala Baylock (BRASS)

Indice composito

Misura il rapporto fra disabilità e disponibilità nei confronti dei bisogni

Molto usata nei protocolli territoriali

BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING

Età	0	≤55	2	65-79
	1	56-64	3	≥80
Vive con:	0	Coniuge	3	Solo con sostegno di amici
	1	Famiglia	4	Solo
	2	Solo con sostegno famiglia	5	Assistenza domiciliare/residenziale
Stato funzionale	0	Autonomo	1	Alimentazione
	1	Igiene/abbigliamento	1	Incontinenza sfinteriale
	1	Andare in bagno	1	Preparazione cibo
	1	Spostamenti	1	Gestire il denaro
	1	Incontinenza urinaria	1	Uso medicinali
	1	Fare acquisti	1	Uso mezzi di trasporto
Stato cognitivo	0	Orientato	1	Disorientato s/t qualche volta
	2	Disorientato s/t sempre	3	Disorientato s e t qualche volta
	4	Disorientato s e t sempre	5	Comatoso
Comportamento	0	Appropriato	1	Agitato
	1	Wandering	1	Confuso
Mobilità	0	Deambula	2	Deambula con assistenza
	1	Deambula con ausili	3	Non deambula
Deficit sensoriali	0	Nessuno	1	Deficit visivi o uditivi
	2	Deficit visivi e uditivi		
Ricoveri	0	Nessuno	1	1 negli ultimi 3 mesi
	2	2 negli ultimi 3 mesi	3	≥ 2 negli ultimi 3 mesi
Comorbilità	0	3	1	3-5
	2	≥ 5		
Farmaci	0	≤ 3	1	3-5
	3	≥ 5		

Assessment

Dove la dimissione è difficile?

Assessment premorbo ed attuale

Prognosi

Assessment familiare e sociale (BRASS e colloquio)

Al termine: percorso di cura

Nella realtà: chi lo porta a casa? (LOS docet)

Percorso

Dagli acuti alla post-acuzie

(vi è un criterio di scelta della tipologia di post-acuzie? Vi è un case manager che li conosce e indirizza?)

Area	Obiettivo	Outcome
Sub acute	clinico-funzionale	home
Post acuti	assistenziale	sollievo/RSA ponte pre riab
Riab. Geriatrica	funzionale-clinico	home
Riab NM e CV Resp	funzionale-clinico	home

La prima criticità scaturisce dall'ambito assistenziale e, nello specifico, dalla difficoltà a pianificare le dimissioni e, in particolare, le cosiddette dimissioni difficili.

Pianificare le dimissioni è un argomento fortemente dibattuto che si pone come obiettivo quello di garantire una dimissione al domicilio più sicura, cercando di prevenire le riammissioni e altri problemi che potrebbero allungare i periodi di cura ospedaliera e ulteriori disagi per il malato.

La signora Luisa vive sola, ha due figli, di cui uno vive nella sua stessa città mentre l'altro vive lontano. Lei è sempre stata indipendente e autonoma sia nei movimenti che nelle decisioni, è aiutata, due giorni alla settimana, nelle faccende domestiche da una vicina di casa. È stata trovata a terra in camera da letto dopo circa 24 ore dalla caduta, dal figlio che abita lontano, la signora non si ricorda nulla.

La signora è una paziente cirrotica, viene definita un po' confusa in quanto non si ricorda di essere caduta e continua a sostenere che era nel letto a leggere il giornale e poi si è ritrovata in ospedale. Questo suo non ricordarsi la irrita, ... dice di essere un po' pasticciona, ... non ascolta nessun consiglio, vuole fare come decide lei. Il figlio riferisce che la madre beve alcolici, la signora nega...

Scala Brass: classe alta.

È una dimissione difficile? Certo. L'applicazione della scala di Brass (Blaylock risk assesment screening) evidenzia come la situazione possa essere catalogata nella classe ad alto rischio, una classe che richiede un'approfondita valutazione multiprofessionale. Forse però è necessario, oltre a una prima "catalogazione", domandarsi quale "presa in carico della persona assistita" è stata fatta, quale è necessaria....

Cosa conosciamo di questa persona? Cosa sappiamo delle sue scelte, delle sue difficoltà, delle sue risorse?"ex giornalista"... classe 1943 scolarità: scuola media superiore... nel 1950 solo il 4% degli italiani avevano questo livello scolastico. Come ci siamo rivolti a lei? Che cosa lei vuole fare? Di che cosa pensa di avere bisogno?

Ha due figli, uno non è presente, l'altro è molto spaventato, si è rivolto autonomamente ai servizi sociali territoriali per cercare una soluzione, "licenzia" la vicina di casa e assume una ragazza di circa vent'anni che dovrebbe passare un'ora al giorno tutti i giorni dalla madre... Gli infermieri hanno allertato i servizi sociali ospedalieri.

La Signora vuole essere dimessa e tornare a casa, il figlio non vuole che sia dimessa, vuole che sia trasferita in una struttura residenziale.

Progettare una dimissione superando una visione “burocratica amministrativa” necessita di condividere con la persona la sua progettualità.

Una progettualità che non può essere limitata a cose da fare ma alle scelte che la stessa ritiene possibile fare in ragione della sua storia, delle sue risorse, della sua rete sociale... La possibilità di condividere è vincolata a un rapporto fiduciario che si stabilisce tra la persona e i professionisti che l'assistono. È inoltre di fondamentale importanza il colloquio con i parenti attraverso il quale si possono individuare sia l'autonomia del paziente prima del ricovero sia il sostegno sociale, le necessità istruttive, i fattori ambientali (barriere architettoniche), le aspettative e le risorse a disposizione.

La signora viene dimessa il sabato, in forma anticipata rispetto a quanto pianificato, le viene consegnata la lettera di dimissione indirizzata al suo medico di base, viene effettuata segnalazione ai servizi sociali.... Il figlio minaccia di denunciare in quanto non ritiene sua madre sufficientemente tutelata, la signora si sente sminuita, ritiene di essere trattata come “un'incapace”.

La signora viene nuovamente ricoverata dopo 8 giorni per caduta, durante l'accettazione si evidenzia che la signora non aveva contattato né il Mmg né i servizi territoriali...

La dimissione ospedaliera rappresenta un momento critico sia per il paziente che per la sua famiglia. Ecco allora che la pianificazione della dimissione, definita da Rorden & Taft come “un processo costituito da una serie di fasi il cui obiettivo immediato è quello di anticipare i cambiamenti dei bisogni di cura, mentre l'obiettivo a lungo termine è quello di garantire la continuità delle cure sanitarie”, diventa una operazione importante e delicata.

Un caso tra i tanti, l'analisi effettuata ci aveva evidenziato il nostro orientamento al “fare” delle cose legate alla sfera della dipendenza/indipendenza e non al prospettarsi - pre-occuparci - di individuare con la persona possibili percorsi dando il giusto valore alla storia della signora. Una dimissione difficile ma anche una difficoltosa presa in carico...

La seconda criticità

Le norme che regolano il funzionamento del Servizio sanitario richiamano sempre con più frequenza concetti di maggiore “qualità”, “appropriatezza”, “efficacia” ed “efficienza” nell’erogazione di un servizio per la “salute” che, nel contempo, non deve eccedere nei costi a carico di tutta la collettività.

Sostenere la qualità necessita di una strategia di valorizzazione delle competenze degli operatori che da una parte evidenzia l’esercizio necessario di nuove responsabilità nel ruolo degli stessi (nel rispondere alle esigenze dell’utente così come nel creare quel clima collaborativo per lavorare sinergicamente) e, dall’altra, formalizzi lo sviluppo di tali competenze in modo tale che siano riconosciute e riconoscibili all’interno della struttura organizzativa.

La Responsabile della Direzione delle professioni sanitarie si trovava quindi da una parte a raccogliere il disagio vissuto dai gruppi infermieristici, sia ospedalieri sia territoriali, rispetto alla difficoltà nel garantire quella continuità della quale si sentivano responsabili e, dall’altra, pressata dall’esigenza di individuare un sistema di sviluppo professionale strutturato e definito per evitare elementi di autoreferenzialità.

Considerando che il sistema doveva ancorarsi obbligatoriamente all’obiettivo di rispondere alle esigenze dei pazienti, la Responsabile, in accordo con i coordinatori dei dipartimenti, costruisce un progetto organizzativo che, attraverso una modalità di lavoro flessibile, possa sostenere una rete consulenziale interna alle aree omogenee e alla stessa Azienda per affrontare il problema della continuità dell’assistenza. Inoltre la Responsabile coglie le opportunità fornite, da una parte dal progetto di ricerca finalizzata della Regione Piemonte - per il finanziamento dello stesso - e, dall’altra, dal sistema di progressioni verticali (D-DS) per il riconoscimento delle “nuove” figure messe in campo.

La costruzione di un’opportunità: il care manager

L’idea alla base di questo progetto era l’introduzione di figure professionali dedicate, i *care manager*, cioè infermieri qualificati, che interagiscono con i pazienti per aiutarli nell’autogestione delle proprie patologie o per educarli a stili di vita più idonei al mantenimento della propria salute, per fornire ai pazienti una nuova forma di assistenza più accessibile e diretta di quelle usualmente presenti. Tale figura quindi non sostituisce alcuna professionalità e ruolo medico ma piuttosto si affianca ad essi in modo coordinato costituendosi quale facilitatore e guida per l’utente e per i colleghi più inesperti.

Il progetto organizzativo, costruito dal Responsabile della Direzione delle professioni sanitarie, prevedeva per ogni area omogenea la presenza di un “Care manager”^[1] quale referente per il gruppo professionale nel caso fosse individuato dallo stesso un “paziente difficile” in termini di continuità assistenziale ospedale-domicilio (dimissione difficile).

Nel progetto erano inoltre specificati:

gli obiettivi da perseguire attraverso l'inserimento della figura del care manager nell'ambito delle aree;

le funzioni principali del care manager nell'ambito della particolare realtà dell'Asl, nello specifico:

analisi dei casi da prendere in carico e ricerca informazioni specifiche;

negoziiazione con paziente/parente sugli obiettivi realisticamente raggiungibili;

pianificazione del percorso di dimissione;

impostazione e verifica piani educativi;

valutazione del raggiungimento degli obiettivi;

valutazione e gestione delle ferite croniche;

colloqui con parenti, caregiver e paziente;

colloquio con infermieri territoriali, assistenti sociali ospedalieri e territoriali, Mmg;

responsabilità della documentazione assistenziale per la dimissione: predisposizione della lettera di dimissione infermieristica nella quale vengono riportati i vari step del percorso del paziente, la loro evoluzione durante il ricovero, il piano terapeutico oltre che il percorso educativo instaurato con la famiglia e i risultati ottenuti;

le risorse da attivare e il sistema organizzativo a sostegno del progetto: è stata prevista la necessità di 20 infermieri care manager, sono stati pertanto messi a bando i passaggi per la progressione verticale da D a DS. Sono stati inoltre previsti riunioni semestrali per la valutazione in itinere del progetto e, in particolare, per il monitoraggio delle segnalazioni di dimissioni difficili;

le modalità di accesso al bando di selezione: la possibilità di accedere alla ruolo di care manager era subordinata sia al superamento di una selezione basata sulla valutazione del percorso professionale del professionista che si candidava e ai risultati di un colloquio preliminare con i Responsabili della Direzione delle professioni e della formazione, sia alla frequenza e superamento di un corso di formazione.

L'attuazione del progetto ha avuto un feed-back positivo sul livello di soddisfazione dei pazienti che pare aumentare quando la dimissione è pianificata.

Inoltre ha permesso di rendere evidenti taluni aspetti in particolare:

a livello organizzativo:

il miglioramento delle dimissioni è il risultato di un miglioramento complessivo della presa in carico della persona assistita;

a livello assistenziale e disciplinare:

la presa in carico delle persone assistite e di conseguenza la pianificazione delle dimissioni non possono essere circoscritte solo a situazioni complesse ma devono essere uno stile di lavoro infermieristico diffuso in quanto:

riconoscere il bisogno di assistenza infermieristica e pianificare l'assistenza è un dovere professionale;

l'appropriatezza dell'assistenza è subordinata ad un'azione coerente al bisogno;

la responsabilità infermieristica non può essere esercitata su atti bensì su risultati che la stessa ottiene o collabora ad ottenere;

i risultati prioritari che l'assistenza infermieristica persegue sono il sostegno all'autonomia della persona e alla sua autodeterminazione.

Queste riflessioni, frutto dei risultati positivi del modello Care manager di presa in carico di specifiche persone per le quali erano ipotizzate "dimissioni difficili", hanno portato alla necessità di passare, quasi come conseguenza naturale, ad un modello organizzativo diverso. Il modello organizzativo scelto è stato quello del Primary nursing, un modello che evidenzia come tutte le persone assistite debbano avvalersi di una presa in carico personalizzata. In questo modello ogni paziente ha un infermiere di riferimento che lo accompagna durante il percorso ospedaliero, lo prepara alla dimissione garantendo una continuità assistenziale ospedale-territorio.

Bellissimo.

Ma il paziente e il familiare e il medico e la struttura e la ASL vogliono:

Una decisione prognostica

Un accesso facile

Una soluzione rapida dei problemi

Una soluzione duratura il più possibile ma anche flessibile

No burocrazia per i familiari (carte carte carte)

No giri inutili dei familiari (sportelli, asl, fotocopie, etc)

Burocrazia rapida accollabile al reparto

Non perdite di tempo cartacee, ma decisioni e realizzazioni

Le carte sono la procedura, non il mezzo

Protocollo pratico:

Valutazione del paziente (assessment e narrazione)

Colloquio familiare (stimolare entro terza giornata)

Prognosi, obiettivi, procedure

Dimissione protetta al di fuori dell'urgenza e con prognosi avviata

Colloquio con AS? Non sempre

Ma si se:

Guidare una dimissione con post-acuti e/o RSA

Dare indicazioni su pratiche ASL o richieste ricovero o contatto con AS

Quante fatte nel 2014?

Protocolli pratici: non dimettere il sabato o la domenica se tutto non è pronto (ricette, farmaci, presidi)

Istruire

Scrivere in lettera dimissione le informazioni al MMG ed ai familiari (repetita juvant)

Scrivere scrivere scrivere

Parlare parlare parlare

Protocollo dimissione UCSA Poliambulanza (1):

valutazione del paziente

previsione di degenza (giorni):

evento somatico acuto (risoluzione)

evento cognitivo (delirium)

stato nutrizionale (supporto ev o NET, integrazione, dieta, etc)

riattivazione funzionale (recupero premorbo?)

valutazione dei familiari

(colloquio: numero di disponibili, risorse economiche e psichiche e fisiche)

(rapporto fra clinica/disabilità/cognitività e gestibilità)

Valutazione del setting di dimissione

(in fieri, ongoing);

Attivazione presidi per casa(O2, NET o NPT, SAD o UCAM, medicazioni)

Se non casa:

-solievo RSA in attesa di definitivo

-lista RSA (compilare richiesta)

Casi difficili (complessità famiglia, indecisione, problematiche economiche): richiesta AS per colloquio familiari e offerte possibili

Follow up andamento (evoluzione paziente, decisioni familiari, disponibilità territorio)

Protocollo dimissione UCSA Poliambulanza (2):

Relazione con il MMG

Lettera di dimissione

motivo del ricovero in acuzie e procedure

motivo del ricovero in UCSA e procedure

evoluzione clinica, cognitiva, funzionale

terapia prescritta

presidi prescritti

visita/e di controllo (appuntamento, prescrizione)

Fare le impegnative (visite di controllo, esami)

NEW

Consigli in lettera dimissione

(dieta, mobilizzazione, cammino, farmaci, presidi, procedure di routine come visitare il malato periodicamente, e di urgenza/emergenza)

Fare le ricette alla dimissione

Telefonate al MMG PREDIMISSIONE

(formalizzare in CC)

Protocollo dimissione UCSA Poliambulanza (3):

Riattivazione post-intervento o malattia somatica acuta

1 valutazione multidimensionale

2 previsione prognostica: durata della degenza

obiettivi: clinico, cognitivo/comportamentale, funzionale

procedure clinico/cognitivo/funzionali

3 intervento funzionale:

programma di mobilizzazione dal letto (presidio, ore di mobilizzazione)

valutazione del bisogno di assistenza al cammino: con personale di reparto oppure FKT (gravità funzionale)

4 monitoraggio del trattamento:

rilevazione delle ore di mobilizzazione

rilevazione delle modificazioni ottenute con FKT e/o minutaggio del cammino assistito (e del presidio utilizzato)

se iniziale FKT e miglioramento funzionale: shift a cammino assistito dopo colloquio con il fisioterapista

5 relazione di dimissione:

trasmissione di obiettivi, procedure e risultati (formalizzati con assessment dimissione)

prescrizione di eventuali presidi se necessari (tripode, roller, etc)

Caso clinico

Mamma con IMA e poi ictus; Figlio con npl cerebrali

Cambio del MMG

Amici del lavoro

H e UCSA

I servizi

Gli amici (malati)

L'ambiente; i vicini (impiccioni)

Il territorio

Considerazioni

Le mie dimissioni difficili:

Del paziente hospital dependent (organizzazione domiciliare, reperibilità)

Del paziente con demenza (la crisi familiare con ansia anticipatoria del burn out: riparte la giostra)

Del paziente depresso (la dipendenza e la crisi prima della dimissione)

Del paziente solo senza nessuno..

Del paziente/familiare giustamente soddisfatto: lo tenga ancora qualche giorno..

Del paziente/familiare ingiustamente insoddisfatto (non insight di gravità: quello che dice: speriamo! O ti interroga dopo avere studiato su mikipedia...)

Del paziente cui si affezionano tutti (in particolare Angelina...)

Raggruppamenti diagnostici - UCSA

Anno	2012	2013
Respiratorio	70 (24.8%)	85 (24.0%)
Cuore	40 (14.2%)	59 (16.7%)
SNC e psycho	35 (12.5%)	68 (19.2%)
Gastrointestinale e fegato	44 (15.5%)	24 (6.8%)
Altro (metabolico ,ortopedico, et al)	93 (33.0%)	118 (33.3%)

Dati Preliminari

Ucsa Poliambulanza: Follow Up (10-2014)

Pazienti Ricoverati In Ucsa Dal 11-2011 Al 11-2012:

Pazienti UCSA	N. 280	%	% valida
Responders	195	69.6	100
Vivi	103	36.8	52.8
Deceduti	92	32.8	47.2
Lost	85	30.4	--

Pazienti UCSA	N. 195	% valida	RSA
Deceduti	92	47	
A 3 mesi	34	17	
A 6 mesi	47	24	
A 12 mesi	63	32	39/195 (20%)
Media 9.04 \pm 7.9			

Dati Preliminari

Ucsa Poliambulanza: Follow Up (10-2014)

Pazienti Ricoverati In Ucsa Dal 11-2011 Al 11-2012:

Pazienti UCSA	280	N.	%
Responders		195	
Rericoverati		121	62.1
Non rericoverati		74	37.9

	Deceduto (N, %)	Non deceduto (N, %)	%
Rericoverati	65 (53.7)	56 (46.3)	121
Non rericoverati	27 (36.5)	47 (63.5)	74
	92	103	

Frequenza dei rricoveri nei pazienti esaminati (n.121)

Numero rricoveri	frequenza	%	% cum.
0	74	37.5	37.5
1	58	31.3	68.8
2	27	14.1	82.8
3	13	6.8	89.6
4	17	8.9	98.4
5	1	0.5	99.0
>5	2	1.0	100

Caratteristiche dei pazienti in base al decesso (n. 195)

Variabile	NON DECEDUTI (n.103)	DECEDUTI (n.92)	P
Età	74.6+13.6	81.2+9.0	.00
MMSE dimissione	26.6+7.9	20.5+8.1	.00
BADL dimissione	65.9+29.1	48.1+29.0	.00
Tinetti dimissione	17.6+9.7	12.6+9.5	.00
CIRS severità	1.7+0.3	1.9+0.3	.00
CIRS comorbilità	2.7+1.4	3.3+1.6	.00
LOS (days)	19.3+11.0	21.2+11.0	.21
BRASS	20.6+5.8	23.2+5.3	.00
Barthel ingr-dim	-20.8+16.3	-14.8+18.0	.00
Barthel prem-dim	12.4+22.5	22.2+24.0	.00
Hb	11.3+1.6	10.4+1.4	.00
Albumina	3.2+0.4	2.8+0.4	.04
Frailty index	1.4+0.8	1.9+1.1	.00

DECESSO CORRELA:

Variabili sociali (age, living status)

Cognitive (demenza e delirium)

Cliniche (n. diseases, comorbilità)

Funzionali (IADL, BADL, delta barthel)

Biologiche (Hb album, colest)

Variabili frailty (Geppo frailty index)

Caratteristiche dei pazienti in base al re-ricovero (n. 195)

Variabile	NOT READMISSION (n.74)	READMISSION (n.121)	P
Età	78.1+11.9	77.5+12.2	-
MMSE dimissione	22.6+8.0	21.9+8.3	-
BADL dimissione	60.4+28.6	55.7+31.4	-
Tinetti dimissione	16.0+10.0	14.8+9.8	-
CIRS severità	1.7+0.3	1.8+0.3	.03
CIRS comorbilità	2.8+1.5	3.1+1.6	-
N. Malattie	10.2+4.0	11.5+3.8	.02
LOS (days)	18.1+8.9	21.5+12.0	.02
BRASS	21.6+6.2	22.0+5.3	-
Cadute (si/no)	1.1+0.3	1.4+0.4	0.1
Fratture (si/no)	1.0+0.1	1.2+0.3	0.0
Vestirsi (0,1,2)	0.6+0.8	1.0+0.8	0.4
Bagno	0.7+0.8	1.1+0.7	0.1
Cammino	0.6+0.7	0.9+0.7	0.2

Il dato dei rricoveri correla con:

Decesso

Caratteristiche Cliniche (n. diseases, comorbidità)

Disabilità al follow up, cadute e fratture

LOS

A parità' di cognitività, copertura sociale

(i living alone stanno bene, gli altri sono ben seguiti)

Se dovessi ridurre i rricoveri su questi pazienti (quindi fare una buona dimissione):

- farei più visite mediche a casa
- solleciterei il MMG alla dimissione

- curerei la disabilità a casa
- preverrei cadute e fratture

Futuro

Non ospedale per budget (riammissioni positive perché fanno budget)

Ma ospedale premiato per percorso (riammissioni oltre un certo limite condannate e multate)

Non percorsi casuali ma PDTA

Non approssimazione del territorio (MMGE ci sarà facoltativo)

Non approssimazione dei servizi

Non incomunicabilità H e post-ospedale

Esperienze: Campania

Diversificazione delle risposte (adeguate)

Informatizzazione

Percorsi di ingresso ma anche di uscita

3 - LA QUALITA' DEL SERVIZIO E I SISTEMI INFORMATIVI

3.1 Standard e indicatori per verificare gli esiti dei progetti personalizzati e flussi informativi integrati

Il Ministero della Salute con decreto Decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 ("Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare") ha istituito il flusso denominato SIAD finalizzato a disporre di informazioni omogenee relative ad ogni singolo utente/cittadino che fruisce di cure domiciliari erogate dalle singole Aziende Sanitarie.

Tale flusso s'inserisce nel più ampio Nuovo Sistema Informativo Sanitario-NSIS, che comprende la creazione di un Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali relative al singolo cittadino che interagisce con il SSN a livello regionale.

Come definito dal richiamato decreto ministeriale l'attivazione del SIAD è graduale ma la data prevista per il definitivo adeguamento di ciascuna regione al sistema informativo e per l'alimentazione dello stesso è il 1 gennaio 2012. A decorrere da tale data l'invio delle informazioni a cadenza mensile deve avvenire entro il mese successivo al mese di riferimento in cui si sono verificati gli eventi

Le informazioni raccolte riguardano i seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- **dimissione** dell'assistito.

Le forme di Assistenza Domiciliare oggetto di rilevazione sono quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano i seguenti 4 criteri guida:

- la presa in carico dell'assistito;
- la valutazione multidimensionale dell'assistito;
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- la responsabilità clinica in capo a medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASL.

Se soddisfatti i criteri di cui sopra, devono essere inviate al Sistema anche le informazioni relative:

- alle "cure palliative domiciliari", che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive;
- ai casi di "**dimissione** protetta", tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera.

1. *Cure Domiciliari di tipo Prestazionale*
2. *Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello*
3. *Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Domiciliari palliative per malati terminali*

1. Le *Cure Domiciliari di tipo Prestazionale* sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI, definita al paragrafo 2.3 del presente documento).

2. Le *Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello* comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura sanitaria. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale (si veda il capitolo seguente).

3. Le *Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali* che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

malati terminali (oncologici e non);

malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);

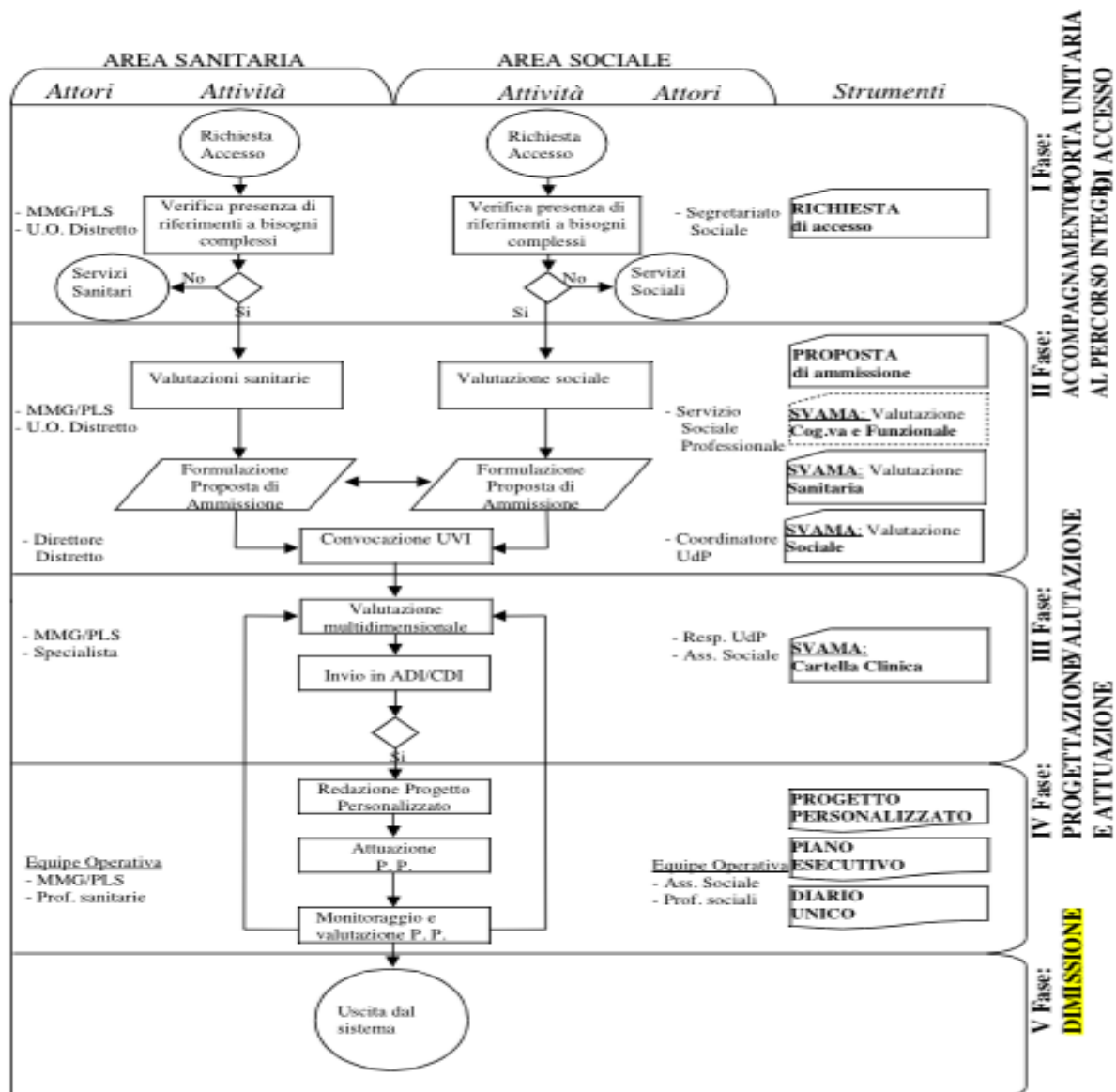
pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale;

pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;

pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza

fasi avanzate e complicate di malattie croniche

PROCESSO DI EROGAZIONE SERVIZIO ADI/CDI: ATTORI, ATTIVITÀ E STRUMENTI



La precedente tabella, che non ha valenza esaustiva, mira a rappresentare il percorso di attivazione e realizzazione del processo di presa in carico integrata.

Esperienze: Emilia

Organizzazione del sistema (semplificazione)

Accessibilità

Efficacia della VMD

Una architettura organizzativa su misura. Il Punto Unico di Accesso e il Sistema di Valutazione Multidimensionale: un modello unico per le diverse aree di intervento

P Bartoli*, AM Torelli*, L Casadei*, F Biondini*, A Brunelli* * Azienda USL di Cesena

Nella multiforme etiologia del quadro di non autosufficienza, spesso i pazienti necessitano di usufruire di prestazioni di diverse tipologie e quindi è indispensabile che i Sistemi Sanitari e Sociali si dotino di un sistema di accesso, valutazione e prescrizione il più possibile semplificato, efficiente e facilmente riconoscibile dall'Utenza. Altrettanto importante è la omogeneità del modello organizzativo per tutte le popolazioni considerate: da quella pediatrica a quella anziana, dalla disabilità fisica a quella psichica. Le porte di accesso sono costituite dallo Sportello Unico Distrettuale, dal Punto Unico di accesso (PUA) e dallo Sportello Sociale.

Scopi e metodologia

Il Punto Unico di Accesso è il luogo della facilitazione dell'accesso alle cure domiciliari e della continuità delle cure, punto di riferimento e per utenti, famiglie, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, operatori sanitari, servizi sociali e associazioni di volontariato. Chi vi opera deve essere in grado di orientare i bisogni sanitari e socio- assistenziali degli utenti attraverso la valutazione della domanda al fine di indirizzare al servizio della rete assistenziale più idoneo.

Il target del P.U.A. è rappresentato da utenti portatori di bisogni complessi: ricevuta la segnalazione, indirizza l'utente alla Unità di Valutazione più adeguata e da questa riceve riscontro della valutazione, dell'individuazione del Responsabile del Caso e del piano personalizzato di vita e di cura. Nel caso di "utenti atipici", il Responsabile del P.U.A. ha il compito di predisporre, la composizione della apposita Unità di Valutazione, potendo utilizzare un pannello di controllo sul quale identificare i professionisti utili alla valutazione specifica

Risultati

La progressiva maturazione del sistema ha permesso lo sviluppo di Unità di valutazione altamente professionali per specifici target di popolazione: Unità di Valutazione Geriatria (UVG) Unità di valutazione per i gravissimi disabili (Ex DGR 2068/04), Unità di valutazione Pediatrica per pazienti complessi, Unità di Valutazione ad indirizzo psichiatrico, Unità di valutazione riabilitativa, Unità di valutazione per disabili adulti. La definizione dei progetti individuali si realizza dunque attraverso interventi congiunti per la miglior risposta possibile all'individuo, nell'ambito di una cornice programmatica ed economica condivisa dagli operatori sociali e sanitari.

Conclusioni

L'attività del PUA in stretta relazione coi servizi sociali e sanitari ha creato una spinta positiva per lo sviluppo di un sistema di valutazione, monitoraggio e presa in carico dedicato alle singole popolazioni target. Tale sistema, se da un lato garantisce il riconoscimento di risposte specifiche e altamente professionalizzate per i singoli gruppi, dall'altra stabilisce una omogeneità nelle modalità di percorso e di presa in carico sia all'interno dei servizi sanitari, sia tra le diverse istituzioni: Azienda ed Enti Locali.

Miglioramento delle dimissioni dei pazienti dall'ospedale: valutazione dell'impatto clinico-assistenziale e organizzativo dell'inserimento del case manager delle dimissioni difficili.

G Bulgarelli*, M Borsari*, C Marano*, V Ferrari*, N Spezzani*, B Borelli*, T Roversi*

I problemi del paziente e dei famigliari che frequentemente emergono al momento della dimissione sono determinati da diverse cause dovute a fattori interni all'ospedale, a problemi di coordinamento tra i servizi, a capacità di gestire le risorse, al coinvolgimento del paziente e dei famigliari. La letteratura evidenzia che i problemi possono essere ridotti da una efficiente pianificazione della dimissione, dalla presa in carico dopo la dimissione, dal coinvolgimento del paziente e della famiglia e dall'utilizzo di una infermiera come "case manager".

L'intervento attuato nell'Ausl di Modena, Ospedale di Baggiovara e Distretto, aveva lo scopo di inserire un'infermiera del Dipartimento di Cure Primarie col ruolo di Case Manager delle dimissioni in ospedale.

Sono stati anche previsti una scheda per la valutazione del rischio di dimissione difficile, il sistema di comunicazione informatica, ridefiniti percorsi e responsabilità. L'impatto è stato valutato attraverso:

- ← tasso di re-ricoveri entro 30 giorni dalla dimissione, ← ottimizzazione della risposta sul territorio,
- ← individuazione dei pazienti con dimissioni difficili,
- ← la gestione dei posti letto ospedalieri
- ← i costi.

Risultati

Il tasso di re-ricoveri entro 30 giorni dalla dimissione è risultato ridotto dell'1,5%; l'ottimizzazione della risposta sul territorio si è avuta attraverso una riduzione dell'accesso nelle residenze del 24%, un incremento dell'assistenza domiciliare del 13% ed una riduzione delle valutazioni dell'UVM del 30%.

Il 52% dei pazienti valutati ha avuto bisogno di una dimissione protetta.

Sulla durata della degenza non ci sono stati risultati positivi, mentre i tempi di attesa per l'accesso al PARE (riabilitazione/lungodegenza) sono diminuiti del 32%. Sui costi si è osservato un bilancio positivo.

Conclusioni

Anche se è necessaria un'analisi con metodologia statistica più adeguata, valutando anche gli altri dati raccolti durante la sperimentazione e il follow up con i professionisti, si ritiene che questo intervento abbia avuto esiti positivi sui pazienti e sull'organizzazione.

Il sistema USA

Dal pay for performance
all'indirizzo di cura

(lo fanno anche le assicurazioni private:
risparmio sui costi o libertà controllata?)

Guiding Choice — Ethically Influencing Referrals in ACOs

Matthew DeCamp, M.D., Ph.D., and Lisa Soleymani Lehmann, M.D., Ph.D.

Mechanisms for ACOs to Influence Referrals.*

Method	Examples
Informational	Distributing lists of preferred providers for referrals, selected on the basis of cost, quality, and other relevant criteria, such as patient-centered outcomes Developing decision aids to encourage shared decision making about referrals Designing electronic referral processes to support referrals to high-value providers (e.g., through default referral to preferred providers)
Nonfinancial	Offering positive reinforcement (e.g., thank-you cards) to patients who obtain care within the ACO Providing individual feedback on referral performance to both referring physicians and specialists, either confidentially or in peer groups Recognizing physicians who excel at referring patients to high-value providers, either within the organization or publicly
Financial	Lowering patient copayments for care obtained within the ACO Giving financial bonuses to physicians and other referring clinicians (e.g., through portions of shared-savings distributions) on the basis of their referral patterns

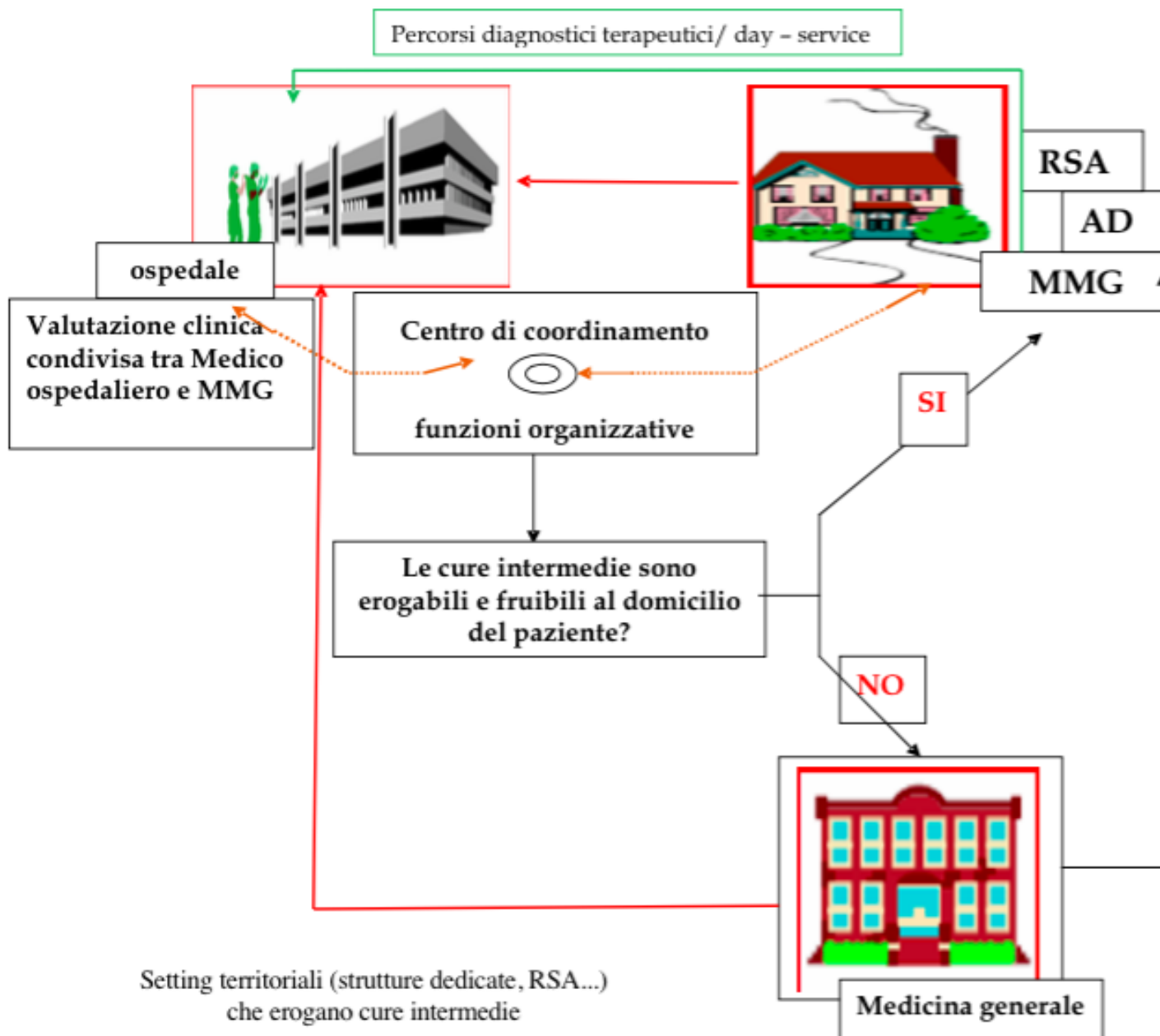
* Examples are subject to regulatory permissibility.

N Engl J Med 2015;372:205-207.

I percorsi programmati

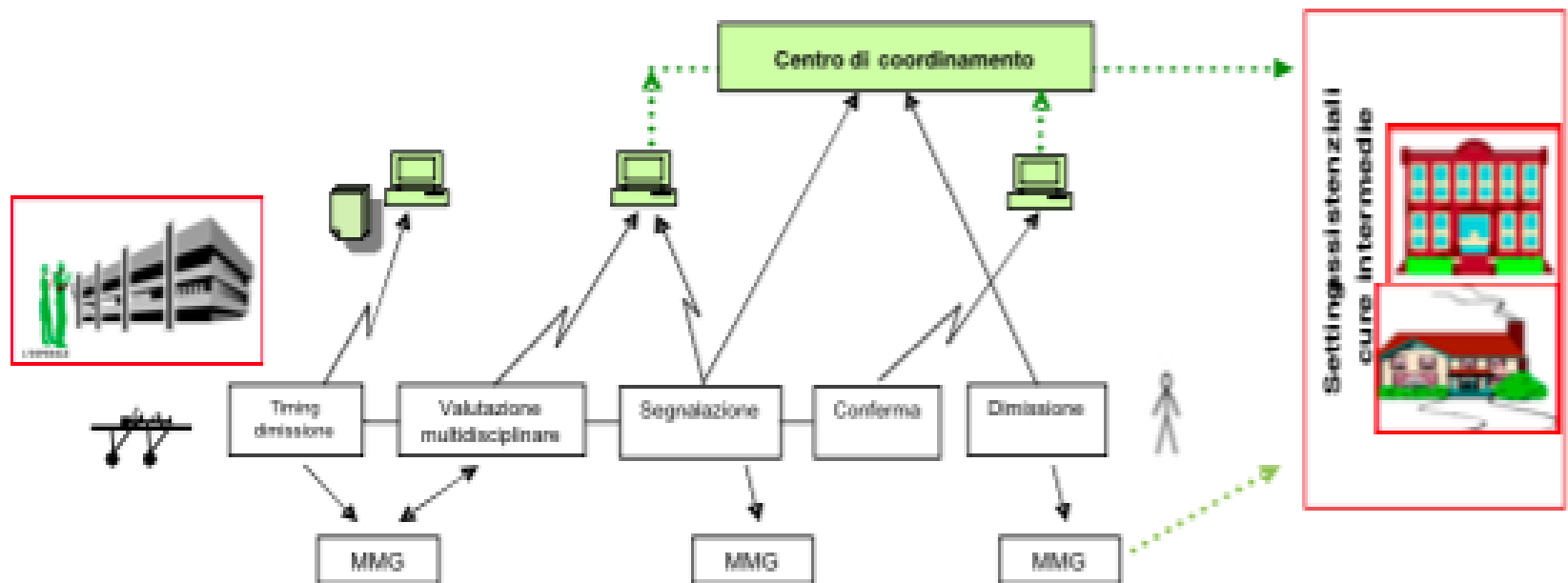
Fantastico, ogni cosa è scritta..

Paziente che necessita di cure sanitarie ad intensità superiore alle domiciliari standard che non sono previste in quelle erogate nell'ospedale per intensità di cura

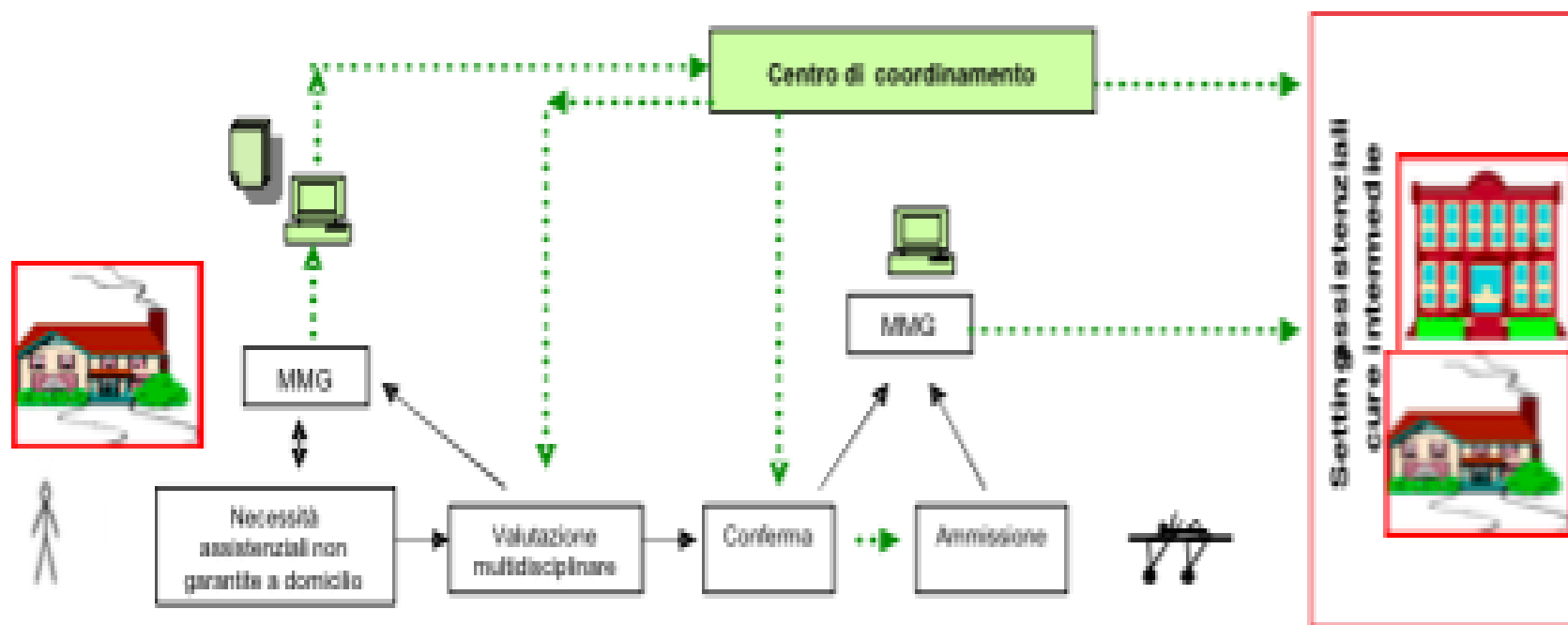


Nelle due figure successive vengono esplicitate in modo più analitico le varie fasi con specifiche ulteriori sul percorso solo domiciliare e sul percorso Ospedale/Territorio

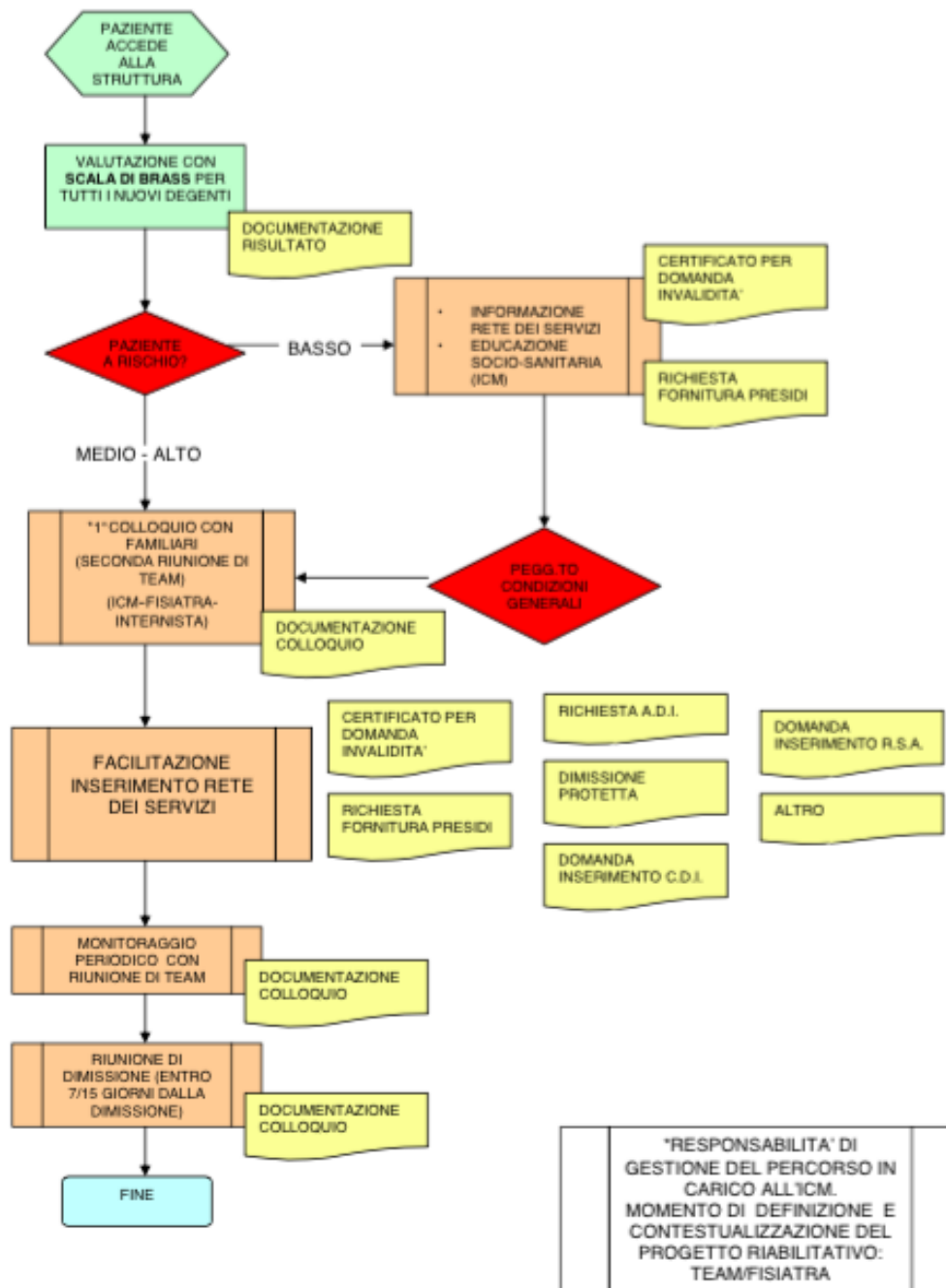
Percorso cure intermedie dall'Ospedale



Percorso cure intermedie dal Domicilio



Gestione delle dimissioni difficili – ALGORITMO



Ma poi (per ora) mancano dei pezzi

**MMG e la facoltativa
partecipazione al sistema
territoriale**

Nuove regole regionali?

Tabella 9.8 **Elementi di confronto tra i modelli analizzati di servizi territoriali per la cronicità**

Elemento	Regione		
	Lombardia – CREG	Emilia Romagna – NCP-CdS	Toscana – CCM
Assetto modello	Funzionale	Strutturale	Strutturale
Anno di introduzione	2011	2006	2008
Fase di implementazione	Sperimentale	A regime	A regime
Livello di accentramento regionale	Alto	Basso	Alto
Adesione MMG	Facoltativa	Obbligatoria (NCP), facoltativa (CdS)	Facoltativa
Regolazione rapporti MMG aderenti-ASL	Contratto di servizio	Accordo integrativo regionale/aziendale	Accordo integrativo regionale/aziendale
Forme associative interessate	Cooperative (ex art.54 c.3 lettera B ACN 2005)	Aggregazioni funzionali (ex art.26 bis ACN 2010)	Aggregazioni funzionali (ex art.26 bis ACN 2010)
Assegnazione del paziente	Tramite gara ad evidenza pubblica e accettazione da parte del paziente; indipendente dalla scelta del MMG da parte del paziente	Automatica in base alla scelta del MMG da parte del paziente	Automatica in base alla scelta del MMG da parte del paziente
Modalità di remunerazione MMG partecipanti	Margine economico del gestore del CREG	Integrazioni alla quota capitolaria	Integrazioni alla quota capitolaria
Fornitore di tecnologia	Società di Servizi, ASL	ASL	ASL
Stimolo all'integrazione	Tra MMG	Tra tutte le professionalità dell'assistenza territoriale	Tra tutte le professionalità dell'assistenza territoriale
Focus su specifiche patologie	SI: Nefropatie, Broncopneumopatie, Cardiopatie	No	SI: Diabete, BPCO, Cardiopatie, Ictus
Integrazione con servizi sociali	No	SI	SI
Forte accento sull'autocura e la valorizzazione del contesto familiare e sociale	No	No	SI
Ruolo dell'infermiere	Marginale	Rilevante	Rilevante

Conclusioni

Tutte le dimissioni sono difficili (in base agli obiettivi)

Non esiste una soluzione semplice, ma multifattoriale

E' compito del geriatra organizzare il sistema delle cure post-acuzie, anche quelle semplici (mediate da EBM e choosing wisely)

Dare noi il percorso (già lo facciamo, che ne vengano tutti edotti)

No matter se si offendono (secondo me ringraziano)