



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

**DIMISSIONI PROTETTE: L'ESPERIENZA DELLE MARCHE
NELLA DEFINIZIONE DI LINEE DI INDIRIZZO PER UN
PERCORSO REGIONALE UNIFICATO**

Ricerca Azione Partecipativa

Relatore:
Dr.ssa Sonia Tonucci

Tesi di Laurea di:
Lucia Pantella

Anno Accademico 2019-2020

Indice

1. Introduzione.....	1
1.1 La dimissione protetta	3
1.2 Iter del percorso Dimissioni Protette nella Regione Marche.....	5
2. Obiettivo	7
3. Materiali e metodi.....	8
3.1 Metodologia.....	8
3.2 Setting ambientale e temporale.....	9
3.3 Popolazione target	10
3.4 Figure coinvolte.....	10
4. Risultati	10
4.1 Linee di indirizzo dimissioni protette: definizioni.....	10
4.2 Linee di indirizzo dimissioni protette: definizione del percorso dettagliato	13
4.3 Percorso Riabilitazione.....	17
4.4 Utilizzo sistema SIRTE per le dimissioni protette: analisi dati 2018/2020.....	18
4.4 Selezione scale di valutazione obbligatorie.....	24
4.6 Definizione dei setting di cura e finalizzazione dell’opuscolo informativo per pazienti e familiari sui servizi del territorio	30
5. Discussione.....	33
6. Conclusioni.....	37
7. Bibliografia.....	39
8. Allegati	43
Allegato 1: Strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale previste dai nuovi manuali di Autorizzazione della Regione Marche (DGR 937 e 938 del 20.07.2020).....	43
Allegato 2: Opuscolo Informativo Dimissioni Protette	47

1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione registrato negli ultimi decenni rappresenta un fenomeno demografico che interessa l'intera popolazione mondiale e in particolare i paesi industrializzati. In Italia si prevede che nei prossimi quarant'anni gli ultrasessantacinquenni rappresenteranno un quarto della popolazione residente. Nella Regione Marche, i dati ISTAT più recenti confermano che le persone con più di 65 anni rappresentano già il 25,1% della popolazione totale (381.000 persone in termini assoluti) (1). All'aumento dell'aspettativa di vita si affianca il numero di anni in cui le persone convivono con una o più malattie croniche. Gli ospedali assistono a loro volta ad un incremento dell'età media dei ricoverati, con una crescita di pazienti portatori, oltre che della malattia acuta causa del ricovero, anche di altre patologie. La risoluzione dell'evento acuto o l'attenuazione della sua gravità porta il paziente a raggiungere un certo grado di stabilità clinica all'interno dell'ospedale, ma allo stesso tempo a richiedere un intervento assistenziale che non può essere erogato a livello domiciliare o ambulatoriale, ma non soddisfa neppure i criteri di appropriatezza per un ricovero o la sua prosecuzione in un ospedale per acuti. Ciò sta richiedendo interventi di riequilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale, mirati a potenziare quest'ultima e tali da rispondere ai bisogni di anziani, non-autosufficienti e malati cronici, con approcci integrati e a carattere multidisciplinare e multiprofessionale.

Negli ultimi decenni, nella realtà italiana, si è assistito a tre fondamentali fenomeni che hanno creato una situazione di complessità nell'assistenza alla persona non autosufficiente al momento della dimissione ospedaliera (2).

Il primo di questi fattori riguarda le politiche sanitarie adottate nelle scelte concernenti i tempi di ricovero e le dimissioni: da una politica basata sul lungo ricovero con finanziamento delle prestazioni ospedaliere dal Servizio Sanitario Nazionale sulla base dei giorni di ricovero, si è progressivamente passati ad una politica che riduce in maniera sostanziale i giorni di degenza legati alla cura dell'acuzie della malattia, in una logica di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica, così come previsto dal DM 70 del 2015 (3, 4).

Il secondo fattore rappresenta quindi la complessità del soggetto che, passata la fase dell'acuzie, è in condizione di fragilità. La fragilità rappresenta una condizione di maggior rischio di eventi avversi che sono causa del progressivo manifestarsi di disabilità e non autosufficienza dovuta all'invecchiamento. Concorre altresì, a determinare la condizione di fragilità la mancanza di una rete familiare e sociale di assistenza.

Il terzo fattore è costituito dai mutamenti sociologici della struttura familiare. Il disgregarsi del modello patriarcale, specialmente in Italia, ha portato ad uno scenario con famiglie difficilmente in grado di accogliere e curare una persona anziana, che al rientro al domicilio, necessita di assistenza sociosanitaria e sociale continuativa (5).

In un quadro di profondi mutamenti dell'organizzazione del sistema sanitario nazionale e del contesto socio-demografico, la sfida è dunque quella di sviluppare nuovi setting assistenziali funzionalmente collocati tra l'Ospedale e il domicilio che si caratterizzino per un'offerta di servizi sociosanitari integrati in grado di supportare la dimissione dall'ospedale e favorire il recupero funzionale dopo un evento acuto o riacutizzato.

Spesso la risposta informale legata alla dimissione ospedaliera di soggetti fragili è stata prevalentemente affidata alla creatività progettuale del nucleo familiare con soluzioni interne di assistenza legate alla scelta di un componente come *caregiver*, alla rotazione di familiari per l'assistenza, al sostegno di un vicino, amico o volontario per assolvere i compiti di cura o, in mancanza di tali condizioni, al ricorso a soluzioni alternative legate alla ricerca di figure professionali quali le assistenti familiari o alla completa delega dell'organizzazione delle funzioni al privato sociale. Tuttavia, queste soluzioni individuali e improvvisate appaiono sempre più inadeguate, richiedendo un intervento attivo del sistema sanitario, che sia in grado di fornire risposte concrete.

Ulteriore situazione di complessità, che si inserisce nel contesto sopra descritto è infatti l'atavica mancanza di dialogo tra l'istituzione ospedaliera e i servizi territoriali, incluse le Cure Domiciliari Integrate (CDI), che rappresentano, come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello ottenibile di benessere e salute (6). Per molto tempo, l'istituzione preposta alla cura è stata considerata esclusivamente quella ospedaliera e questo ha fatto sì che i servizi territoriali di cura venissero sempre in secondo piano e non considerati fondamentali, quali sono per la long term care, sia per quanto concerne la qualità del servizio offerto, sia per quanto concerne il costo dell'intervento e della presa in carico (7).

La problematica della dimissione ospedaliera di pazienti fragili e con bisogni assistenziali complessi che necessitano di continuità delle cure rappresenta una condizione alla quale il sistema sociosanitario deve provvedere offrendo risposte appropriate; tale condizione è stata inserita come fenomeno da fronteggiare, nello schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regioni) dove vengono individuati tra i pazienti che necessitano maggiormente di continuità assistenziale assieme ai pazienti cronici, "i pazienti post-acuti dimessi dall'ospedale che

corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all'ospedale; essi necessitano di competenze cliniche e infermieristiche, con l'affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio" (5).

1.1 La dimissione protetta

Vediamo ora più nel dettaglio cosa si intende per dimissione protetta. Un paziente è pronto per essere dimesso quando:

- è stato deciso che non ha più necessità di cure in regime di ricovero e può proseguire il suo programma in una residenza per post acuti o a domicilio;
- la decisione è stata presa da un team multidisciplinare che ha valutato le possibili criticità e il fabbisogno di presa in carico dopo la dimissione;
- il paziente sa di dover essere dimesso e si sente pronto, assieme alla famiglia, ad affrontare il passaggio.

La letteratura individua tre tipologie di dimissioni ospedaliere (2):

1. la Dimissione Precoce, avviene quando la durata della degenza è inferiore rispetto a quella assegnata per il DRG corrispondente. Il rischio che si corre in questo caso è quello di un nuovo ricovero;
2. la Dimissione Ritardata si presenta quando la durata della degenza supera le giornate attese per quel determinato DRG; il protrarsi della degenza può essere causato da implicazioni sociali e da una mancata organizzazione dei servizi a supporto della dimissione;
3. la Dimissione Difficile si verifica nel caso in cui sia presente disabilità permanente o temporanea in conseguenza ad un evento acuto.

Il processo di dimissione ospedaliera deve essere governato e programmato dai servizi sanitari ospedalieri e territoriali, attraverso indirizzi e linee operative che si sviluppano a diversi livelli di complessità e qualità.

Il primo livello è rappresentato dalle Dimissioni Programmate, un processo che in vista della dimissione della persona prende in considerazione aspetti quali la valutazione del bisogno socio-

assistenziale complessivo da soddisfare, l'individuazione di un piano di dimissione personalizzato definito dal medico ospedaliero e comunicato ai referenti dell'assistenza sul territorio.

Un secondo livello, viene invece identificato come Dimissioni Protette, questa tipologia di processo prende in considerazione i fattori sopra indicati ma, ed è questo l'elemento di qualità aggiunta, la valutazione del bisogno sociosanitario e assistenziale e le modalità della presa in carico vengono concordate e programmate tramite una valutazione congiunta tra referenti ospedalieri e referenti territoriali, del paziente e dei *caregiver*. Con tale modalità operativa, oltre ad ottenere una riduzione dei ricoveri e una diminuzione del tasso di ri-ospedalizzazione, si valorizza l'aspetto della qualità totale dell'intervento (2).

La dimissione protetta di conseguenza si configura quale processo che guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psicofisico del benessere della persona.

Da lungo tempo il passaggio tra i due contesti assistenziali, ospedaliero e territoriale, viene riconosciuto come un problema, che impatta negativamente sulla durata del ricovero e sulla riuscita delle cure a domicilio. La dimissione ospedaliera è stata infatti oggetto di studio ed interventi finalizzati a trasformarla da evento estemporaneo a percorso virtuoso, che comincia ben prima dell'effettivo abbandono della struttura ospedaliera. Le cause principali della farraginosità della procedura sono state identificate da almeno vent'anni: inadeguata valutazione del paziente, con mancata conoscenza delle condizioni sociali di vita; deficienze organizzative anche banali, inclusa la mancata attenzione al problema del trasporto della persona al proprio domicilio; povertà della comunicazione fra ospedale e territorio; disorganizzazione e mancata integrazione dell'intervento sul territorio. Tutto ciò si traduce in un prolungamento inutile o dannoso del ricovero e nella necessità di successivi ricoveri ospedalieri altrimenti evitabili. I ricoveri ripetuti di questo genere, oltre che rappresentare il segnale di una mancata o insufficiente assistenza, costituiscono un inutile costo per la sanità. Queste problematiche trovano soluzione con "la presa in carico globale dell'assistito" attraverso un sistema di protezione sanitaria e sociale a rete: "percorso integrato Ospedale Territorio" dove attraverso l'attivazione della dimissione protetta è possibile collocare la persona nel setting assistenziale più appropriato (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale).

La dimissione di un paziente fragile da un'unità operativa per acuti verso l'assistenza territoriale domiciliare o residenziale rappresenta una fase complessa della presa in carico in cui il coordinamento dei molteplici attori che intervengono nel sistema è fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di cura. Con l'espressione "dimissione protetta" s'intende proprio questo insieme di interventi

coordinati ospedale–territorio per la presa in carico precoce da parte dei servizi territoriali, a garanzia della continuità dell’assistenza. La segnalazione di dimissione protetta riguarda tutti i pazienti in dimissione che richiedano una continuità assistenziale verso la residenzialità territoriale o il domicilio (8). Che il tema delle dimissioni protette sia uno dei temi di maggiore rilevanza organizzativa e assistenziale del sistema sanitario attuale è testimoniato anche dal Decreto Ministeriale 70 del 2 aprile 2015 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, nel quale si afferma che “...per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l’utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l’opportuna continuità di assistenza...In tale contesto all’atto della dimissione ospedaliera, il paziente si trova in una condizione di piena convalescenza che prevede la somministrazione di cure mediche, assistenziali e riabilitative” (4).

La domiciliarità delle cure rappresenta l’approdo privilegiato per la dimissione protetta di un paziente anziano e fragile dove lo stesso può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l’autosufficienza. Qualora la domiciliarità delle cure non sia perseguibile a causa di fattori vari (condizioni socio abitative, nucleo familiare ecc.) è possibile attivare, in alternativa, la dimissione protetta presso strutture residenziali sanitarie o socio sanitarie.

L’accesso alla rete integrata dei servizi socio sanitari deve avvenire attraverso un “punto unico” che indirizza al percorso socio sanitario e socio assistenziale adeguato alle condizioni e alle necessità del paziente, dove si fa ricorso alla valutazione multidimensionale. La valutazione multidimensionale viene effettuata per accertare la presenza delle condizioni cliniche, delle risorse ambientali, familiari e sociali oltre alle risorse rese disponibili dal sistema dei servizi sociali (8).

La gestione del paziente in dimissione dal ricovero ospedaliero costituisce un nodo cruciale per la buona riuscita del percorso assistenziale ospedale-territorio, in quanto assicura nella fase post acuta una presa in carico globale e favorisce il benessere della persona e della famiglia, anche attraverso la ricerca del setting più adeguato di destinazione.

1.2 Iter del percorso Dimissioni Protette nella Regione Marche

Attualmente nelle Marche le strutture sanitarie adottano modalità di dimissione protetta eterogenee, che la Regione, attraverso l’Agenzia Regionale Sanitaria (ARS), ha inteso uniformare attraverso la stesura di linee di indirizzo regionali e l’implementazione del sistema informatico SIRTE. Lo scopo

di questi interventi è quello di facilitare la continuità assistenziale ospedale-territorio, ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata in particolare per i pazienti anziani, uniformare il processo di dimissione protetta in tutto il territorio regionale.

Il nuovo piano sociosanitario regionale 2020-2022 (9) pone come obiettivo prioritario il sostegno e il potenziamento della risposta al bisogno di salute delle persone con fragilità, temporanee o permanenti, congenite o acquisite attraverso il rafforzamento dell'assistenza territoriale e sociosanitaria. In questo contesto l'unificazione delle procedure di presa in carico post-dimissione da Unità Operative per Acuti, Degenza Post-acuzie e Riabilitazione Intensiva Ospedaliera di pazienti rappresenta un obiettivo strategico che permetta di utilizzare in maniera ottimale le risorse esistenti all'interno dell'offerta del SSR, consentendo il miglior inserimento possibile dei pazienti, dopo la dimissione, in ambito domestico o nella struttura sanitaria o socio-sanitaria adeguata e riducendo i tempi di attesa. In particolare nell'area di intervento "Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria" alla Scheda n. 13 "Presa in carico post-dimissione" viene posto l'obiettivo specifico di unificazione delle procedure di presa in carico post-dimissione da Unità Operative per Acuti, Degenza Post-acuzie e Riabilitazione Intensiva Ospedaliera di pazienti fragili dal punto di vista sanitario e/o socio-sanitario. I risultati attesi, dettagliati nel PSSR sono i seguenti:

- Ottimizzare l'assistenza globale al paziente, durante e dopo il ricovero per problematiche di natura sanitaria e socio-sanitaria che rendono difficile la dimissione ordinaria a domicilio;
- Utilizzare in maniera ottimale le risorse esistenti all'interno dell'offerta del SSR, consentendo il miglior inserimento possibile dei pazienti, dopo la dimissione, in ambito domestico o nella struttura sanitaria o socio-sanitaria adeguata;
- Promuovere un ruolo attivo della famiglia, del paziente/utente nel processo di cura;
- Prevenire i casi di ricovero ripetuto.

In questo contesto si inserisce il lavoro della Regione Marche per la definizione delle linee di indirizzo regionali sulle dimissioni protette.

La continuità dell'assistenza implica una continuità informativa, attraverso il trasferimento di informazioni e delle conoscenze relative al paziente, una continuità relazionale, attraverso una relazione continuativa paziente-operatore e una continuità organizzativa attraverso la coerenza del percorso di cura, mantenendo tuttavia un certo grado di flessibilità.

Dal punto di vista della continuità informativa, il SIRTE rappresenta un'importante innovazione per la Regione Marche ed è uno degli elementi costituenti, in via di implementazione, del più vasto complesso del sistema informativo per la Rete del Territorio. Il SIRTE è stato avviato nel 2017 con

l'obiettivo di assicurare il coordinamento dei percorsi di cura tra i diversi professionisti e la continuità dell'assistenza tra differenti livelli organizzativi, ottimizzando l'integrazione tra Ospedale e territorio. Per garantire la continuità assistenziale ospedale territorio dal punto di vista organizzativo, la Regione ha deciso di elaborare un atto regionale che riconduca ad unum le procedure, comprensive di modulistica, attualmente operative nelle aziende del SSR. Pertanto, nel mese di Febbraio 2019 è stato istituito un gruppo di lavoro regionale (10) con il compito di predisporre un documento di Linee di indirizzo per la Dimissione Protetta nella Regione Marche sulla base della normativa vigente e delle esperienze e delle buone pratiche che la Aziende hanno sviluppato negli ultimi anni.

Durante il primo semestre del 2019, il gruppo di lavoro delle Dimissioni Protette si è focalizzato sul trovare un accordo sulle definizioni chiave incluse nel percorso (fragilità, dimissioni protette) e la popolazione target del percorso (adulti, persone fragili).

Nella seconda fase del progetto, iniziato a Settembre 2019 e ancora in corso, invece il gruppo di lavoro si è concentrato sulla definizione dettagliata del percorso, in particolare delle fasi della DP dal momento del ricovero ospedaliero a quello della presa in carico territoriale, sulle modalità di comunicazione tra UVI e Unità Operativa sugli strumenti da utilizzare per valutare le condizioni del paziente e identificare precocemente le persone a rischio di dimissioni difficili.

Secondo la programmazione iniziale, il documento di linee di indirizzo avrebbe dovuto essere completato e approvato dall'ARS entro il primo semestre del 2020, ma a causa dell'emergenza Covid 19 il processo ha subito dei ritardi. Al momento attuale, il documento è in fase di approvazione.

2. Obiettivo

L'obiettivo del progetto è partecipare e collaborare con il gruppo regionale alla stesura e definizione delle linee di indirizzo regionali per la Dimissione Protetta con lo scopo di :

- facilitare la continuità dell'assistenza ospedale territorio;
- ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o il ricorso improprio al Pronto Soccorso, a seguito di una dimissione non appropriata o di un trasferimento non coordinato, in particolare per i pazienti fragili;
- favorire una veloce attivazione delle procedure di valutazione attraverso una comunicazione fluida e coordinata tra i due poli di trasferimento (ospedale-territorio);
- uniformare il processo di dimissione protetta in tutto il territorio regionale.

3. Materiali e metodi

3.1 Metodologia

Per il progetto di tirocinio è stata utilizzata una metodologia di tipo qualitativo basata sulla ricerca azione, che è stata definita anche “ricerca partecipativa” o “indagine collaborativa” per sottolineare l’importanza della condivisione nel processo esplorativo che è mirato a introdurre novità e a produrre cambiamenti all’interno del contesto esaminato.

Il progetto di tirocinio ha infatti coinvolto la ricercatrice all’interno di un gruppo di lavoro, con lo scopo non solo di osservare le dinamiche, ma anche di produrre un cambiamento, un miglioramento nella realtà sociale in cui è stato condotto lo studio.

La raccolta dei dati si è basata su:

- revisione della legislazione regionale vigente e dei verbali delle riunioni già realizzate;
- interviste aperte con la referente organizzativa del gruppo di lavoro;
- raccolta dati statistici relativi all’utilizzo del sistema SIRTE;
- l’osservazione partecipante agli incontri del gruppo di lavoro.

L’osservazione partecipante è una strategia di ricerca nella quale il ricercatore si inserisce in maniera diretta e per un periodo di tempo relativamente lungo in un determinato gruppo sociale preso nel suo ambiente naturale, instaurando un rapporto di interazione personale con i suoi membri allo scopo di descriverne le azioni e di comprenderne, mediante un processo di immedesimazione, le motivazioni (11). L’osservazione partecipante è, dunque, una tecnica per la raccolta di informazioni sul comportamento non verbale tipica del paradigma interpretativo. Oltre ad “osservare” e “ascoltare”, il ricercatore ha un contatto diretto e personale con il soggetto studiato: nell’osservazione partecipante il ricercatore si immerge nel contesto sociale che vuole studiare anche per molto tempo, vive con e come le persone che studia, ne condivide la quotidianità, le interroga per scoprire le loro concezioni del mondo e le loro motivazioni all’agire. Ciò gli consente di sviluppare una visione “dal di dentro” che è la base della comprensione.

Il tirocinio ha incluso le seguenti attività, svolte sotto la supervisione della referente di tirocinio:

- revisione della letteratura e della legislazione regionale e nazionale in merito alle dimissioni protette;
- partecipazione a incontri bilaterali con la referente organizzativo del gruppo;

- contributo alla stesura delle definizioni, popolazione target e del percorso dimissioni protette in accordo con i membri del gruppo;
- revisione di bozze di documento da sottoporre al gruppo di lavoro e inclusione feedback.
- partecipazione alle riunioni al tavolo di lavoro ristretto e allargato regionale sulle dimissioni protette

Le informazioni raccolte attraverso l'osservazione partecipante sono state analizzate e incluse nel presente studio.

3.2 Setting ambientale e temporale

La prima fase del progetto si è svolta nel periodo tra Maggio e Settembre 2019. La partecipazione alle riunioni del gruppo di lavoro ristretto e allargato sulle dimissioni protette.

- riunione del gruppo di lavoro del 20 giugno 2019
- riunione del 15 luglio 2019 dove è stato presentato il nuovo sistema SIRTE
- riunione del gruppo di lavoro ristretto del 30 luglio

La seconda fase del progetto di tirocinio si è svolta nel periodo tra Settembre 2019 e Agosto 2020.

Durante la riunione plenaria del 20 Settembre 2019 il gruppo di lavoro allargato ha deciso la creazione di tre sottogruppi per accelerare il processo di finalizzazione delle linee di indirizzo. I tre sottogruppi sono stati i seguenti:

1. Sottogruppo Comparazione percorsi (riunioni previste il 12 e 18 Novembre), cui hanno partecipato rappresentanti dell'INRCA, dell'ASUR, degli Ospedali Riuniti di Ancona e di Marche Nord.
2. Sottogruppo per le Scale di Valutazione (riunioni previste il 14 e 21 Novembre) con rappresentanti dell'OPI, dell'ASUR, dell'INRCA e degli Ospedali Riuniti di Ancona e di Marche Nord.
3. Sottogruppo percorso riabilitazione (riunioni previste il 25 Novembre e 3 Dicembre) con rappresentanti dell'ASUR, dell'INRCA e degli Ospedali Riuniti di Ancona e di Marche Nord.

Un incontro finale è stato organizzato il 9 Dicembre per la revisione finale delle linee di indirizzo, della scheda sociale, del Modulo informativo e del percorso riabilitazione. A causa dell'emergenza

causata dal Covid 19 le riunioni in presenza del gruppo di lavoro sono state sospese e la revisione del documento di linee di indirizzo è continuata attraverso modalità di lavoro a distanza.

La revisione successiva dei documenti è stata fatta in modalità online. Il tirocinio si è svolto presso l'Agenda regionale sanitaria (ARS) della Regione Marche, sede di Ancona.

3.3 Popolazione target

Le linee di indirizzo per le dimissioni protette sono rivolte agli operatori sanitari che sono coinvolti nel processo di cura e assistenza dei pazienti fragili o con bisogni assistenziali complessi in dimissione ospedaliera, che necessitano della continuità delle cure.

3.4 Figure coinvolte

Le figure coinvolte sono i membri del gruppo di lavoro regionale, nominato in base al decreto della Posizione di Funzione Territorio ed Integrazione Ospedale-Territorio dell'Agenda Regionale Sanitaria (10).

In particolare, i componenti individuati del gruppo di lavoro sono rappresentanti della Regione Marche, dell'Agenda Sanitaria Regionale (ARS), dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord (AOMN), dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona (AOUOR), dell'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani (INRCA), dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI).

4. Risultati

4.1 Linee di indirizzo dimissioni protette: definizioni

Il documento di linee di indirizzo per le dimissioni protette è l'atto in cui vengono dettagliati la popolazione target, le definizioni chiavi, la normativa di riferimento e il percorso unificato per tutte le strutture sanitarie operative nel territorio.

L'accordo sulle definizioni di alcuni concetti, in particolare della fragilità, ha richiesto numerosi incontri e chiarimenti con i membri del gruppo di lavoro. Una definizione condivisa implica in realtà

un accordo sulla popolazione target delle dimissioni protette. Le dimissioni protette infatti si rivolgono ai pazienti fragili, ma la definizione di fragilità può avere un'interpretazione più o meno restrittiva.

Nella definizione della popolazione target, in un primo momento il gruppo di lavoro si è indirizzato ad elencare le tipologie di pazienti che avrebbero potuto beneficiare delle dimissioni protette in base alla loro età (superiore a 65 anni) o alle loro condizioni cliniche, ad esempio pazienti affetti da malattie croniche, con disabilità, persone con disturbi psichici e comportamentali, persone con dipendenze patologiche, malato terminale, anziano fragile etc. Tuttavia questo approccio si è dimostrato molto presto limitativo, perché rischia di escludere categorie che invece potrebbero aver bisogno di DP, o includerne altre che non invece non ne avrebbero bisogno automaticamente.

Per questo, dopo un'attenta riflessione e un acceso dibattito, si è deciso che la popolazione target delle dimissioni protette non debba essere rappresentata da categorie predefinite di pazienti, ma essere estesa a tutti i pazienti fragili.

La seconda sfida quindi è stata quella di definire la fragilità. La letteratura recente infatti indica la fragilità come concetto dinamico, non più legato alla mera esistenza di condizioni di disabilità e dipendenza, ma legato al concetto di vulnerabilità (12). Il concetto di fragilità è comunque molto utilizzato e ritenuto clinicamente utile dalla maggior parte dei professionisti socio sanitari (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali) e ha avuto il merito di contribuire, tra l'altro, a spostare l'ottica da un approccio al paziente anziano centrato sulla malattia o sull'organo a una visione più integrata della salute nei suoi diversi aspetti.

Due sono essenzialmente i paradigmi che definiscono la fragilità:

- il paradigma biomedico, secondo il quale la fragilità è una sindrome fisiologica caratterizzata dalla riduzione delle riserve funzionali e dalla diminuita resistenza agli stress, risultante dal declino cumulativo di sistemi fisiologici multipli che causano vulnerabilità e conseguenze avverse (13);
- il paradigma bio-psico-sociale, secondo il quale la fragilità è uno stato dinamico che colpisce un individuo che sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute (14).

Un'oggettivazione alternativa della fragilità è stata proposta da Rockwood (15) con il Frailty Index (FI), costruito contando il numero di deficit accumulati nel tempo, all'interno di una lista molto ampia. Questa definizione è basata sull'idea che la fragilità sia uno stato di disorganizzazione caotica

dei sistemi fisiologici, che può essere stimato valutando lo stato funzionale, le malattie, i deficit fisici e cognitivi, i fattori di rischio psicosociali e le sindromi geriatriche, nell'ottica di costruire un quadro il più possibile completo della situazione di rischio di eventi avversi.

Più recentemente l'Unione Europea, attraverso la Joint Action "Advantage", con capofila la Regione Marche (16) ha sviluppato una definizione di fragilità intesa come la come una condizione di estrema vulnerabilità a fattori di stress endogeni ed esogeni che espone l'individuo ad un rischio più elevato di conseguenze negative sulla salute, in genere dovute all'interazione tra declino progressivo dei sistemi fisiologici correlato all'invecchiamento e alcune malattie e disturbi cronici, con conseguente diminuzione delle capacità di riserva funzionali. La fragilità non è quindi una conseguenza inevitabile dell'invecchiamento, pertanto è necessario porre una maggiore attenzione allo screening e alla diagnosi precoci per prevenirla tempestivamente. La fragilità deve essere adeguatamente valutata e gestita, perché è importante riconoscerla come una condizione distinta e indipendente dall'invecchiamento, dalle malattie croniche e dalla disabilità. Questa definizione, sebbene più olistica, è stata considerata dal gruppo di lavoro delle DP difficile da rendere operativa nella pratica, perché il concetto di vulnerabilità è molto fluido e un dato di fatto è che le persone target delle DP siano principalmente anziani sopra 65 anni.

Per questo, nel documento è stata proposta la definizione dell'OMS da includere nel documento finale, in cui la fragilità è intesa come "un progressivo declino dei sistemi fisiologici correlato all'invecchiamento, con conseguente diminuzione delle capacità di riserva intrinseca, che conferisce estrema vulnerabilità a fattori di stress ed espone l'individuo ad un rischio elevato di conseguenze negative sulla salute" (17). In questa definizione è quindi ribadita la correlazione tra invecchiamento e fragilità, e tra fragilità e ospedalizzazione. Secondo i dati preliminari dello studio Frailclinic (condotto in 5 ospedali in Spagna, Italia e Regno Unito, finanziato dalla Commissione Europea), la prevalenza della fragilità negli ambienti clinici raggiunge il 60% per i pazienti anziani che si recano al pronto soccorso, il 55% per quelli che si rivolgono ai servizi di cardiologia, il 22% per coloro che sono sottoposti a intervento chirurgico di elezione e il 36% per i pazienti in oncologia (18).

Una volta trovato l'accordo su questa definizione, il gruppo di lavoro ha comunque ribadito l'importanza di non limitare il percorso DP alla sola popolazione anziana, pur riconoscendo la più alta prevalenza in questo gruppo. Il passo successivo, da percorrere nelle prossime fasi di sviluppo del percorso, è trovare un metodo di identificazione precoce dei pazienti fragili, utilizzando scale e indici validati e comuni a tutte le aziende.

4.2 Linee di indirizzo dimissioni protette: definizione del percorso dettagliato

Come precedentemente detto, al momento le strutture sanitarie nella Regione Marche adottano modalità di dimissione protetta eterogenee, che la regione intende uniformare attraverso l'implementazione del sistema informatico SIRTE e la stesura di linee di indirizzo regionali (10).

Sono tre i percorsi attualmente in vigore e che sono stati presi in considerazione in questo progetto.

Il primo percorso analizzato è quello dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord che nel 2017 ha adottato una procedura operativa al fine di garantire una valutazione generale ed uniforme delle persone ricoverate che alla dimissione presentano problematiche di complessità clinico-socio-assistenziale, che richiedono percorsi di continuità di cura in strutture territoriali regionali ed extra regionali e a domicilio (19). La procedura prevede l'istituzione di un Nucleo Dimissioni Ospedaliere Protette (NDOP), composto da medici, infermieri e assistenti sociali. Il NDOP ha lo scopo di coordinare la valutazione dei bisogni di continuità dell'assistenza e di attivazione della destinazione DP verso il domicilio (con le Cure Domiciliari) o verso le strutture residenziali, utilizzando il sistema SIRTE. Nella pratica, le DP verso le cure domiciliari integrate non prevedono l'utilizzo del sistema SIRTE.

La procedura proposta da AOMN si è rivelata efficace, soprattutto nella fase iniziale dell'identificazione dei pazienti con bisogni di continuità dell'assistenza, in quanto prevede entro le 48 e 72 ore massimo dall'avvenuto ricovero la compilazione della scheda Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS INDEX) per i pazienti con almeno uno dei seguenti requisiti:

- > 65 anni;
- > pazienti Oncologici in malattia neoplastica avanzata
- > pazienti in cure palliative anche non oncologici

I fattori predittivi di dimissione difficile inclusi nella scheda Brass sono i seguenti:

- età
- stato funzionale
- stato cognitivo
- supporto sociale e condizioni di vita
- numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso
- numero di problemi clinici attivi

Nella procedura dell’Azienda Ospedaliera Marche Nord, in caso di punteggio BRASS superiore a 11 (pazienti a medio e alto rischio di dimissione difficile), viene attivata la procedura di segnalazione del caso al Nucleo Dimissioni Protette, che poi attraverso il SIRTE interagisce con il Distretto sanitario.

Il secondo percorso DP analizzato nel corso del progetto di tirocinio è il progetto “Presenza in carico post-dimissione” che ha coinvolto l’Azienda Ospedaliero-universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, l’INRCA e l’Area vasta 2. Il gruppo di lavoro interaziendale ha elaborato un percorso di dimissione unificato per le tre realtà; un unico modulo di richiesta ai Distretti per la proposta di assistenza post-ricovero; un unico foglio con le informazioni essenziali per i pazienti e per i familiari (7). Il percorso interaziendale proposto pone meno enfasi sull’identificazione precoce dei pazienti a rischio di dimissione difficile, e si concentra invece sulle azioni da intraprendere prima della dimissione per assicurarsi che al paziente e ai suoi familiari vengano garantite, prima della dimissione le procedure e gli interventi, le consulenze e la formazione necessari per il proseguo delle cure post dimissione. Inoltre il percorso interaziendale include un’importante novità, la scheda sociale, che permette di raccogliere informazioni importanti al fine di decidere il setting assistenziale più adeguato, quali le condizioni economiche, socio-familiari e abitative.

Infine l’analisi comparata ha preso in considerazione il percorso DP così come previsto dalla guida operativa del SIRTE che si focalizza principalmente sul ruolo del distretto, in particolare dal momento dell’attivazione dell’Unità di valutazione integrata (UVI), la redazione del PAI e la presa in carico territoriale (20).

Nel corso del secondo semestre del 2019 il gruppo di lavoro, attraverso il sottogruppo dedicato al percorso DP, ha identificato i punti in comune e le discrepanze nei tre percorsi, cercando di trovare un accordo tra i vari attori. Attraverso l’esperienza e le lezioni apprese negli ultimi anni da parte dei membri del sottogruppo di lavoro, è stato possibile rendere il percorso più flessibile alle esigenze delle diverse aziende sanitarie, mantenendo tuttavia la chiarezza necessaria affinché la procedura sia uniforme e utile a ridurre le inefficienze nella presa in carico post- dimissione.

In particolare le 5 fasi previste dal gruppo regionale DP sono le seguenti:

- FASE 1: IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- FASE 2: SEGNALAZIONE DEL CASO
- FASE 3: RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE E ATTIVAZIONE UVI
- FASE 4: VALUTAZIONE UVI E REDAZIONE DEL PAI
- FASE 5: PRESA IN CARICO TERRITORIALE

Per quanto riguarda le tempistiche, il sottogruppo di lavoro ha ritenuto necessario rendere mandatorie due fasi:

- 1) L'equipe ospedaliera dovrà inviare la scheda SIRTE per la richiesta di DP appena le condizioni cliniche della persona ricoverata si siano stabilizzate e in ogni caso almeno 72 ore prima della presunta dimissione.
- 2) Dal punto di vista territoriale, è importante che l'Unità di Valutazione Integrata effettui la valutazione entro 72 ore dalla ricezione della richiesta, stabilendo il setting residenziale adeguato.

Un altro punto importante su cui il sottogruppo ha voluto soffermarsi è la fase della pianificazione della dimissione. L'esperienza in altri contesti (19, 21) infatti ha dimostrato che spesso, per ridurre i tempi di ricovero, il paziente venga dimesso senza che vengano effettuati gli interventi necessari per garantirgli ad esempio l'accesso venoso nel lungo periodo, o senza che vengano programmate le consulenze e i controlli necessari al proseguo delle cure. Per questo nella procedura è stato ribadito quanto segue:

Il Medico e il Coordinatore Infermieristico della UO della struttura ospedaliera, in previsione della DP, assicurano:

- che al paziente vengano garantite, prima della dimissione, le procedure e gli interventi necessari per il prosieguo delle cure post dimissione (posizionamento CVC, PICC, PEG, ecc.);
- che al paziente vengano garantite le consulenze necessarie per il proseguo delle cure post dimissione (consulenza fisiatrica, nutrizionale, neurologica, ecc);
- il piano di eventuali controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital con relativi appuntamenti;
- i piani terapeutici necessari (farmaci, ossigeno liquido, ecc.);
- la prescrizione dei presidi e /o ausili necessari (in base alla tipologia);
- l'avvio delle attività di formazione e addestramento del *caregiver*;

I dettagli del percorso sono contenuti nella tabella seguente.

Tabella 1: Percorso dettagliato DP

FASE 1 - IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	
Persone target	Pazienti fragili provenienti da un'Unità Operativa (UO) per acuti, post-acuti verso l'assistenza territoriale.
Rilevazione bisogno	Equipe ospedaliera (medico di reparto, infermiere, assistente sociale e case manager).

	Il medico che attiva la DP può richiedere la consulenza fisiatrica. Il fisiatra che effettua la consulenza attiva il quadro riabilitativo , fornendo indicazioni sulla tipologia di interventi e setting riabilitativi.
Tempistica	Inviare la scheda SIRTE compilata dall'equipe dell'UO al sistema informativo al momento della stabilizzazione delle condizioni cliniche della persona ricoverata e almeno 72 ore prima della presunta dimissione.
Scale di valutazione	Le scale di valutazione per i bisogni di Complessità Assistenziale del paziente obbligatorie sono le seguenti: BRASS /MEWS/IDA Per la riabilitazione, le scale proposte sono facoltative in base ai bisogni del paziente.
FASE 2 - SEGNALAZIONE DEL CASO	
Proposta di dimissione protetta e informazione alla persona assistita /familiare	Il Medico UO propone la DP e informa la persona ricoverata / familiare/ tutore sulla necessità di attivazione del percorso.
Attivazione della DP	Almeno 72 ore prima della data prevista della dimissione, l'operatore incaricato e l'assistente sociale ¹ utilizzando lo strumento informatico SIRTE per l'attivazione del percorso DP proponendo uno dei due setting assistenziali: - cure domiciliari integrate; - cure residenziali.
FASE 3: RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE E ATTIVAZIONE UVI	
Ricezione della segnalazione e accettazione della richiesta	A seguito dell'invio della segnalazione della DP da parte dell'operatore ospedaliero delegato dal Direttore della UO, l'UVI effettua la valutazione entro 72 ore e stabilisce il setting assistenziale appropriato.
FASE 4: VALUTAZIONE UVI E REDAZIONE DEL PAI	
Valutazione e Redazione PAI	L'UVI effettua la valutazione multidimensionale del caso, redige il PAI e individua il setting assistenziale appropriato.
Feedback alle strutture ospedaliere richiedenti	Al completamento della valutazione da parte dell'UVI, la UO Ospedaliera visualizza sul sistema informativo l'esito circa il setting di prosecuzione delle cure.

¹ Nel caso in cui la struttura ospedaliera non disponga della figura di assistente sociale ospedaliera, si avvarrà della figura distrettuale.

FASE 5: PRESA IN CARICO TERRITORIALE

Pianificazione dimissione	<p>Il Medico e il Coordinatore Infermieristico della UO della struttura ospedaliera, in previsione della DP, assicurano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ che al paziente vengano garantite, prima della dimissione, le procedure e gli interventi necessari per il prosieguo delle cure post dimissione (posizionamento CVC, PICC, PEG, ecc.). ▪ che al paziente vengano garantite le consulenze necessarie per il prosieguo delle cure post dimissione (consulenza fisiatrica, nutrizionale, neurologica, ecc). ▪ il piano di eventuali controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital con relativi appuntamenti. ▪ i piani terapeutici necessari (farmaci, ossigeno liquido, ecc.) ▪ la prescrizione dei presidi e /o ausili necessari (in base alla tipologia) ▪ l'avvio delle attività di formazione e addestramento del <i>caregiver</i>.
Presenza in carico territoriale	<p>STRUTTURE RESIDENZIALI: la segreteria organizzativa distrettuale o il PUA comunicano la disponibilità del posto letto alla struttura ospedaliera.</p> <p>CURE DOMICILIARI: la segreteria organizzativa distrettuale o il PUA comunicano la disponibilità dei servizi per l'assistenza al domicilio alla struttura ospedaliera.</p>

4.3 Percorso Riabilitazione

Il gruppo di lavoro regionale ha deciso di attivare un sottogruppo specifico per il percorso riabilitazione. Infatti la scheda SIRTE con cui viene attivata la Dimissione Protetta, è articolata in quattro quadri: generale, medico, infermieristico, sociale e riabilitativo. Il medico della UO responsabile della persona ricoverata può richiedere o meno la consulenza fisiatrica, e in base a quest'ultima, attivare un percorso di riabilitazione integrato a quello assistenziale.

Il percorso riabilitativo si è rivelato tuttavia difficile da coordinare perché prevede il coinvolgimento di diverse figure (fisiatra, logopedista, fisioterapista) non sempre attivabili considerando i tempi ristretti del ricovero ospedaliero e considerando il numero limitato di professionisti sanitari del settore riabilitativo. Questo rischia di dilatare i tempi di valutazione dei bisogni assistenziali e di ritardare

l'attivazione del percorso di DP a livello ospedaliero. La riabilitazione extra-ospedaliera prevista nel quadro riabilitativo può essere di tipo intensivo, estensivo e estensivo di bassa intensità.

A livello territoriale inoltre, la riabilitazione prevista in alcuni setting assistenziali (come ad esempio le cure intermedie, le RSA, le residenze protette ma anche le stesse Cure Domiciliari Integrate), secondo i requisiti minimi previsti dai nuovi manuali di autorizzazione della Regione Marche (14, 15), prevedono al massimo 10 o 15 minuti al giorno di riabilitazione fisioterapica, tempo non sufficiente per attuare il progetto riabilitativo previsto nella scheda di DP.

4.4 Utilizzo sistema SIRTE per le dimissioni protette: analisi dati 2018/2020

Nell'anno 2017 l'Azienda Sanitaria Unica della Regione Marche (ASUR) si è fatta promotrice di un percorso di progettazione e sviluppo di un sistema informatizzato per la gestione delle dimissioni protette. Tale modulo definito "Dimissioni Protette" s'inserisce in un contesto più ampio che è quello del Sistema Informativo per la Rete del Territorio della Regione Marche (SIRTE), ovvero di un sistema informativo unico a supporto dei processi aziendali del territorio. Il modulo "Dimissioni Protette" di SIRTE consente la gestione informatizzata del percorso di dimissioni protette, permettendo di omogeneizzare i comportamenti dei professionisti coinvolti a garanzia della continuità dell'assistenza ospedale-territorio (20). Il sistema informativo SIRTE svolge quindi un ruolo importante nel facilitare la comunicazione fra setting ospedaliero e territoriale al fine di agevolare il percorso di presa in carico in caso di dimissione protetta verso sistema della residenzialità e Cure Domiciliari, a garanzia della continuità dell'assistenza attraverso un insieme di interventi coordinati ospedale-territorio per la presa in carico precoce da parte dei servizi territoriali, così come previsto dalla DGR 111 del 23/02/2015 (8) e dal PSSR 2020-2022 (9).

In particolare SIRTE risponde alle esigenze:

- del cittadino che vede una semplificazione del percorso di presa in carico del paziente fragile;
- per il management aziendale, per poter uniformare il processo di dimissione protetta nell'intera regione (ASUR e Aziende Ospedaliere); poter programmare l'offerta di presa in carico partendo da dati attendibili e aggiornati e poter governare il processo di dimissione e presa in carico, indirizzando il comportamento degli operatori;
- per gli operatori sanitari che vedono facilitata la comunicazione/invio informazioni ai vari attori del sistema, hanno la possibilità di consultazione storico e la disponibilità di un quadro d'insieme degli eventi pregressi riguardanti il paziente.

Nel 2017 gli operatori ospedalieri e territoriali sono stati formati a livello locale sull'utilizzo di SIRTE ed è stata avviata una fase di sperimentazione che ha coinvolto l'Area Vasta 4 (Fermo) e l'Area Vasta 3 (Macerata). Il software realizzato è stato collaudato e approvato dalla commissione tecnica del Servizio Salute della Regione Marche nel mese di giugno 2017. L'utilizzo del software è stato progressivamente implementato in tutte le Aree Vaste con coinvolgimento delle Unità Operative Ospedaliere e dei Distretti. Dal 1 gennaio 2018 su disposizione del Direttore Sanitario ASUR abolizione della modulistica cartacea.

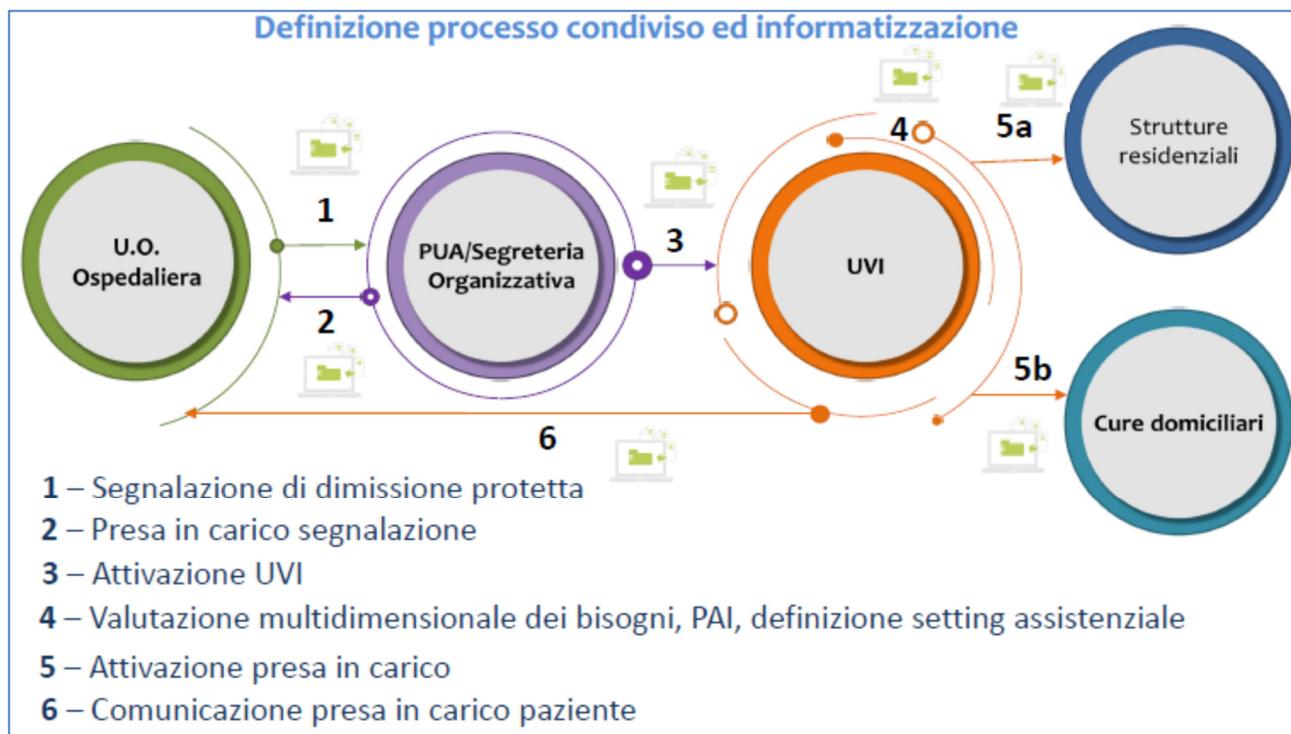
IL SIRTE prevede dunque la gestione informatizzata delle seguenti azioni:

- valutazione precoce del paziente e individuazione del bisogno complesso di tipo multidimensionale e/o multiprofessionale in regime ospedaliero;
- condivisione dei criteri di dimissibilità clinici, assistenziali, riabilitativi e sociali;
- attivazione Unità Valutativa Integrata (UVI);
- definizione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI);
- individuazione del Case Manager;
- raggiungimento di patto terapeutico sottoscritto con paziente e/o familiare;
- presa in carico da parte dei servizi territoriali.

Il sistema informativo, che vede quasi 5.000 utenti abilitati (20), gestisce i processi interni al percorso assistenziale, che si esplicano in un articolato workflow che prevede l'accesso al sistema tramite un unico punto (definito Punto Unico di Accesso) che, dopo una prima rilevazione del bisogno, avvia la fase di valutazione del paziente, garantendo l'individuazione del corretto percorso assistenziale (cure prestazionali, cure domiciliari integrate, cure in strutture residenziali), la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e la successiva erogazione dell'assistenza con rivalutazioni periodiche fino alla conclusione della presa in carico.

Il sistema prevede inoltre la possibilità di attivare percorsi trasversali, che consentono una visione d'insieme di tutti i servizi disponibili ed erogati agli assistiti presi in carico (es. trasporti programmati, Assistenza protesica, ecc.).

Figura 1



SIRTE rappresenta in questo modo uno strumento unico e unitario, che permette di armonizzare i vari passi del percorso dimissioni protette, coinvolgendo le Aziende Ospedaliere (Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord - AOMN, Azienda Ospedaliera Universitaria - Ospedali Riuniti di Ancona AOUOR), l'INRCA e le singole AV dell'ASUR.

Durante la riunione del gruppo di lavoro regionale del 15 luglio 2019 sono stati presentati i dati relativi all'utilizzo del sistema SIRTE per le dimissioni protette in ambito regionale per l'anno 2018 e 2019 mentre ad oggi sono disponibili i dati aggiornati fino al primo semestre 2020. I dati raccolti permettono quindi un'analisi dell'andamento dell'utilizzo del SIRTE nella nostra Regione, come vedremo nelle tabelle seguenti.

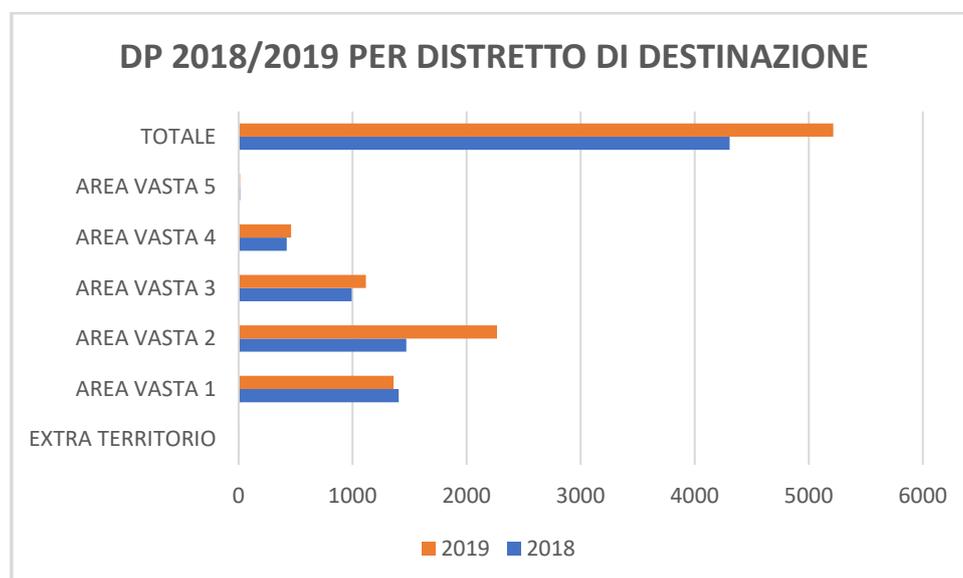
La tabella seguente mostra lo stato delle richieste di Dimissione Protetta e la distribuzione delle stesse per Area Vasta nell'anno 2018, in base al distretto di destinazione.

Tabella 2: Richieste DP 2018 per distretto di destinazione

Stato richieste di Dimissioni Protette - Gennaio/Dicembre 2018						
Distretto di Destinazione	Da Inviare	Inviata al Distretto	In Valutazione	Valutata	Chiusa	Totale schede
EXTRATERRITORIO	1	2				3
AREA VASTA 1	18		310	299	777	1404
AREA VASTA 2	38	1	203	544	685	1471
AREA VASTA 3	53	1	205	249	484	992
AREA VASTA 4	15		168	56	184	423
AREA VASTA 5	1	11			1	13
						4306

Tabella 3 : Confronto dati SIRTE 2018/2019

Stato Richieste Dimissioni Protette per distretto di destinazione		
	2018	2019
EXTRA TERRITORIO	3	3
AREA VASTA 1	1404	1359
AREA VASTA 2	1471	2266
AREA VASTA 3	992	1116
AREA VASTA 4	423	461
AREA VASTA 5	13	13
TOTALE	4306	5215

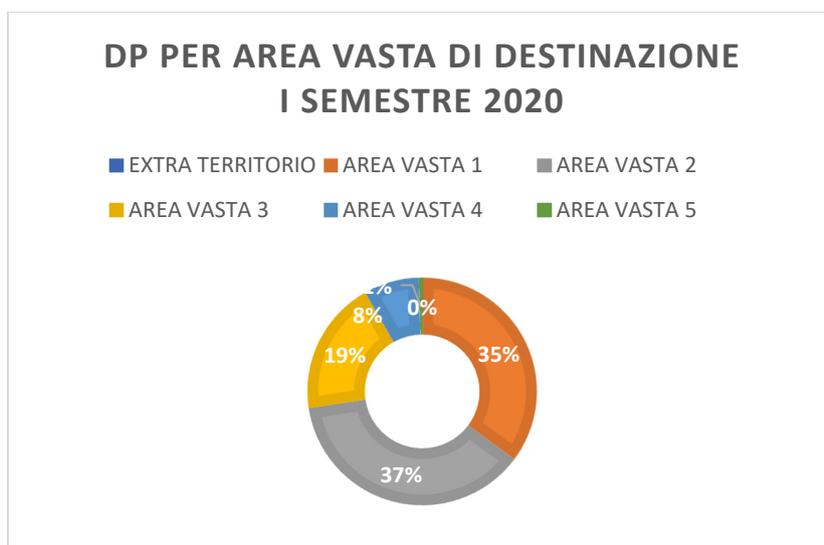


La tabella 3 mostra lo stato delle richieste di Dimissione Protetta e la distribuzione delle stesse in base al distretto di destinazione per Area Vasta nel 2018 e nel 2019. I dati dimostrano che dopo l'introduzione del sistema informativo SIRTE in tutte le aziende sanitarie marchigiane nel 2018, le richieste di DP sono aumentate del 20%, passando da 4306 richieste nel 2018 a 5215 nel 2019. D'altra parte, i dati del primo semestre 2020 con le previsioni per l'intero 2020 mostrano un calo del 3%, un

calo limitato considerando che durante l'emergenza Covid 19 i ricoveri nei più grandi ospedali della Regione si sono notevolmente ridotti. Per questo le proiezioni per il secondo semestre 2020 andranno riviste alla fine dell'anno, considerando anche l'andamento della pandemia.

Tabella 4: Dati Sirte 2020

Stato Richieste Dimissioni Protette per distretto di destinazione			Peso %
	Primo semestre 2020	Previsione 2020	
EXTRA TERRITORIO	3	6	0%
AREA VASTA 1	891	1782	35%
AREA VASTA 2	953	1906	37%
AREA VASTA 3	485	970	19%
AREA VASTA 4	197	394	8%
AREA VASTA 5	13	26	1%
TOTALE	2542	5084	100%



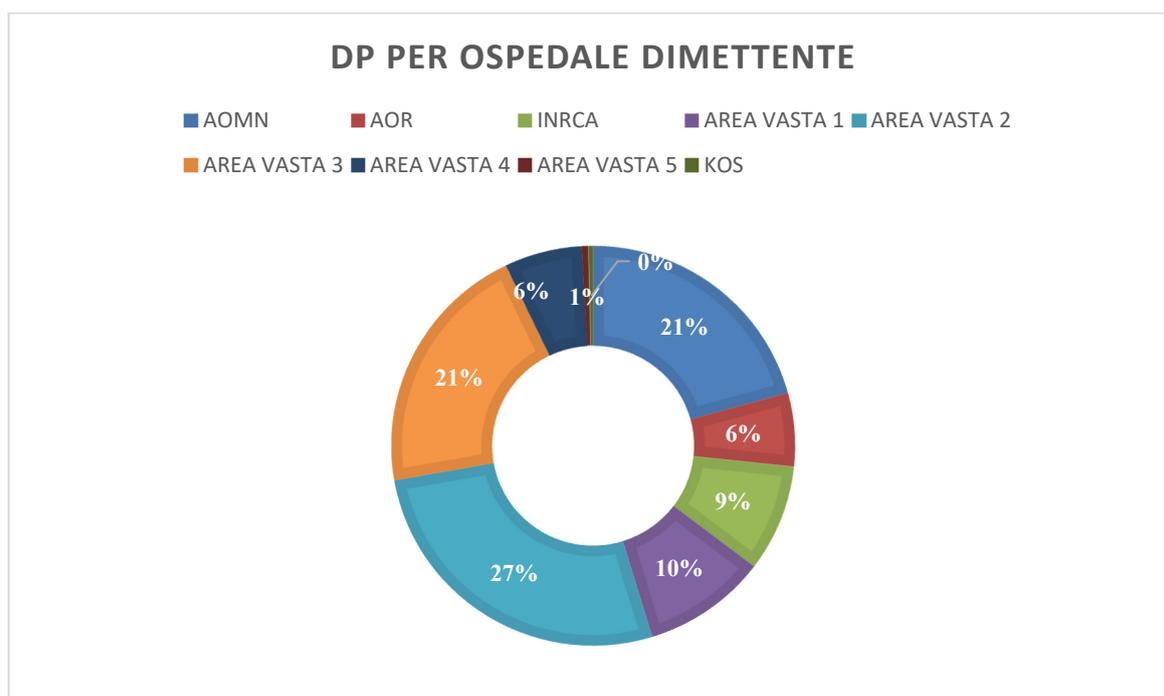
I dati per singola Area Vasta (AV) (tabella 4) e singola azienda sanitaria mostrano però un quadro più complesso. Se si considerano le richieste di DP per Area Vasta di destinazione della richiesta, vediamo nel primo semestre 2020 che l'AV 5 e l'AV 4 usano poco il sistema informativo, mentre AV 1, AV 2 e AV 3 sono state più reattive, come mostrato dalla tabella 3. Rispetto al 2019, l'AV1 ha aumentato la percentuale di DP sul totale regionale passando dal 25% al 37% mentre è diminuita la percentuale dell'AV 2 che dal 44% è passata al 37%.

Se invece consideriamo le richieste di DP in funzione dell'AV/Ospedale Dimettente come si evince dalla tabella 4, emerge chiaramente che l'Azienda Ospedaliera di Ancona e l'INRCA usano poco il sistema SIRTE, anche se hanno il maggior numero di pazienti ricoverati. In particolare l'AOUOR di Ancona registra la percentuale più bassa di DP realizzata con il sistema SIRTE. In netto aumento

invece le DP dall'Azienda Ospedali Riuniti di Marche Nord che dal 10% è passata a ben il 21% di tutte le richieste di DP.

Tabella 5 – Stato Richieste per Ospedale Dimettente

Stato Richieste Dimissioni Protette per Ospedale dimettente 2020		
	Primo semestre 2020	Peso %
AOMN	527	21%
AOR	151	6%
INRCA	220	9%
AREA VASTA 1	253	10%
AREA VASTA 2	685	27%
AREA VASTA 3	525	21%
AREA VASTA 4	158	6%
AREA VASTA 5	14	1%
KOS	9	0%
TOTALE	2542	100%



I dati SIRTE del primo semestre 2020 mostrano anche che l'utilizzo di SIRTE per le DP verso le CDI sia in aumento, con 960 richieste su un totale di 2543 (circa il 38%), un dato senza dubbio positivo, forse influenzato dall'emergenza Covid 19 per cui, quando possibile, si è privilegiata la dimissione a domicilio. I dati mostrano che le richieste di DP verso le CDI sono in aumento in tutte le strutture, fatta eccezione per gli Ospedali Riuniti di Ancona che registrano solo due casi, un numero senza dubbio troppo ridotto, e che necessita un'analisi più approfondita sulle cause.

Nonostante SIRTE rappresenti uno strumento importante per facilitare la comunicazione e il coordinamento tra ospedale e territorio, una criticità importante rimane la gestione e il monitoraggio delle liste di attesa. Dall'esperienza dei partecipanti, la data prevista di ingresso in struttura residenziale (e anche di presa in carico domiciliare) quasi mai coincide con la data reale. Spesso passano settimane e anche mesi prima che venga identificato un setting assistenziale adeguato alle esigenze del paziente.

Un'altra criticità emersa durante la riunione del gruppo di lavoro è che per il momento il sistema non è utilizzato dai medici di medicina generale. Esso invece possiede già in modo operativo l'interfaccia che consentirebbe ad essi di utilizzarlo concretamente per l'avvio delle CDI. E non sarebbe affatto più complesso del modello cartaceo oggi in uso, peraltro verosimilmente non uniforme in tutti i distretti. Non solo, ma il SIRTE consentirebbe già ora ai medici di famiglia di compilare le richieste per pazienti per i quali ritengano necessario l'invio verso strutture territoriali. Sia per questi casi che per l'assistenza domiciliare, le richieste informatiche arriverebbero on-line al Distretto, avviando senza ulteriori attese il processo di valutazione.

4.4 Selezione scale di valutazione obbligatorie

Il terzo sottogruppo di lavoro, composto da rappresentanti dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche, dell'ASUR, dell'INRCA, dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord e dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona si è riunito due volte per identificare e decidere quali scale utilizzare nel percorso DP.

Le scale di valutazione obbligatorie previste nel percorso di dimissioni protette sono le seguenti:

- SCALA BRASS
- SCALA IDA
- SCALA MEWS
- SISTEMA TRI-CO

Le scale BRASS, IDA e MEWS dovranno essere compilate dal medico e dall'infermiere dell'UO ospedaliera almeno 72 ore prima della presunta dimissione. Le scale selezionate intendono fornire agli operatori sanitari sia a livello ospedaliero che territoriale, degli strumenti validati che permettano da un lato di individuare precocemente le persone target del percorso di DP (Scala Brass), e dall'altro di valutare la stabilità clinica e la complessità assistenziale (Scala IDA, MEWS) determinando quindi il livello di intensità di cura (sistema TriCo). Ciò permette di identificare il setting di continuità

dell'assistenza più appropriato ai bisogni della persona, e rendere così più trasparente il processo decisionale da parte dell'UVI. Per questo motivo è fondamentale che le scale siano quanto più corrispondenti alla situazione del paziente (possono essere aggiornate qualora le condizioni cliniche e assistenziali cambino) in modo da permettere all'UVI di attuare un PAI coerente e scegliere il setting più adeguato.

Il sottogruppo di lavoro ha ribadito che tali scale non intendono sostituire le scale già in uso nei diversi contesti (UO, strutture extraospedaliere), ma devono essere compilate obbligatoriamente per i pazienti inseriti in un percorso di DP.

SCALA DI BRASS (BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING SCORE)

La scala di BRASS è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. I dati vengono raccolti compilando la scala, intervistando i parenti o chi assiste la persona. L'indice di BRASS indaga 10 dimensioni: – età – situazione di vita – supporto sociale – stato funzionale – stato cognitivo – modello comportamentale – deficit sensoriali – ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso – problemi clinici attivi – numero di farmaci assunti.

Tabella 2 : Scala di BRASS

ETÀ (una sola opzione)		Punteggio
55 anni o meno		0
56-64 anni		1
65-79 anni		2
80 anni e più		3
CONDIZIONI DI VITA E SUPPORTO SOCIALE (una sola opzione)		Punteggio
Vive col coniuge		0
Vive con la famiglia		1
Vive da solo con il sostegno della famiglia		2
Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti		3
Vive solo senza alcun sostegno		4
Assistenza domiciliare/residenziale		5
STATO FUNZIONALE (ogni opzione valutata)		Punteggio
Autonomo (<i>indipendente in ADL e IADL</i>)		0
Dipendente in	Alimentazione/nutrizione	1
	Igiene/abbigliamento	1
	Andare in bagno	1
	Spostamenti/mobilità	1
	Incontinenza intestinale	1

	Incontinenza urinaria	1
	Preparazione del cibo	1
	Responsabilità nell'uso di medicinali	1
	Capacità di gestire il denaro	1
	Fare acquisti	1
	Utilizzo di mezzi di trasporto	1
STATO COGNITIVO (una sola opzione)		Punteggio
Orientato		0
Disorientato in alcune sfere* qualche volta		1
Disorientato in alcune sfere* sempre		2
Disorientato in tutte le sfere* qualche volta		3
Disorientato in tutte le sfere* sempre		4
Comatoso		5

* Sfere: spazio, tempo, luogo e sé

MODELLO COMPORTAMENTALE (ogni opzione valutata)		Punteggio
Appropriato		1
Wandering		1
Agitato		1
Confuso		1
Altro		1
MOBILITÀ (una sola opzione)		Punteggio
Deambula		0
Deambula con aiuto di ausili		1
Deambula con assistenza		2
Non deambula		3
DEFICIT SENSORIALI (una sola opzione)		Punteggio
Nessuno		0
Deficit visivi o uditivi		1
Deficit visivi e uditivi		2
NUMERO DI RICOVERI PREGRESSI/ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO (una sola opzione)		Punteggio
Nessuno negli ultimi 3 mesi		0
Uno negli ultimi 3 mesi		1
Due negli ultimi 3 mesi		2
Più di due negli ultimi 3 mesi		3
NUMERO DI PROBLEMI CLINICI ATTIVI (una sola opzione)		Punteggio
Tre problemi clinici		0
Da tre a cinque problemi clinici		1
Più di cinque problemi clinici		2
NUMERO DI FARMACI ASSUNTI (una sola opzione)		Punteggio

Meno di tre farmaci	0
Da tre a cinque farmaci	1
Più di cinque farmaci	2
PUNTEGGIO TOTALE (somma dei punteggi) _____	

In base al punteggio, i pazienti sono suddivisi in tre categorie:

- Rischio Basso (0 – 10 punti): Soggetti a basso rischio di problemi successivi alla dimissione e quindi scarsa necessità di stendere un piano di dimissione.
- Rischio Medio (11 – 20 punti): Soggetti con problematiche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione. Solitamente non è richiesta l'istituzionalizzazione dopo la dimissione.
- Rischio Alto (21 – 40 punti): Soggetti con problematiche complesse e tali da richiedere una pianificazione della dimissione. I pazienti sono ad alto rischio di non ritornare nella propria abitazione.

La procedura prevede che la scala di BRASS sia compilata almeno 72 ore prima della presunta dimissione e comunque quando le condizioni cliniche del paziente siano stabilizzate per assicurarsi che i dati raccolti siano attendibili. La compilazione di questa scala, secondo la letteratura e in base all'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord che l'aveva già utilizzata, è una competenza infermieristica (19, 21). L'infermiere ha poi il compito di comunicare al medico quanto prima il rischio del paziente in modo da poter formalizzare l'attivazione del percorso DP attraverso SIRTE. I risultati di alcuni studi condotti in Italia (22, 23, 24) hanno fatto emergere la congruenza tra punteggio BRASS e caratteristiche del campione di popolazione con bisogni di dimissioni protette. Lo strumento non richiede tempi di compilazione lunghi, è di supporto al processo decisionale dell'infermiere perché rileva la necessità di creare un percorso strutturato sulla dimissione del paziente, in modo sistematico e programmato, evitando la dispersione di informazioni importanti al fine di garantire la continuità assistenziale.

L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord, ma anche di altre aziende sanitarie italiane, come l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna (21) hanno mostrato che l'utilizzo del BRASS index è uno strumento utile nella pratica sanitaria a identificare precocemente i pazienti difficoltà dimissoria, proprio perché è uno strumento multidimensionale e relativamente veloce da compilare. In quanto tale, il BRASS index va considerato più come uno strumento di screening iniziale, che ha una sensibilità bassa, cui vanno accompagnate altre scale di valutazione più complete e idonee alla condizione del paziente.

L'INDICE DI DIPENDENZA ASSISTENZIALE (IDA)

La scala IDA determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutare la complessità attraverso l'impegno del professionista in base ad un *cut-off* che individua i pazienti ad alta complessità assistenziale se rientrano nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19, a bassa complessità se invece il punteggio è compreso tra 20 e 28 (25).

Tabella 3: Scala IDA

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo		1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h		1	Stato soporoso / Coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h		2	CVC o periferico per infusione non continua		2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h		3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)		3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti		4	Terapia solo per os o nessuna terapia		4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte
Punteggio totale: _____							

LA SCALA MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS)

L'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'Ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte (26). Attraverso la valutazione congiunta di questi parametri, la scala MEWS (Modified Early Warning Score) in cui i pazienti vengono stratificati in:

- BASSO/STABILE (score 0-2)
- MEDIO/INSTABILE (score 3-4)
- ALTO RISCHIO/CRITICO (score 5).

Tabella 4: Scala MEWS

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30	
Frequenza Cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130	
Pressione arteriosa sistolica	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200		
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	
Temperatura Corporea		< 35		35-38,4		> 38,5		
Comorbidità							Totale	

SISTEMA TRI-CO

L'utilizzo sinergico della scala MEWS e della scala IDA va a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio) in cui la valutazione del grado di gravità e di dipendenza viene misurata grazie a due sistemi a punteggio, uno medico (MEWS) ed uno infermieristico (IDA) (27).

Attraverso il SIRTE, il punteggio TRICO verrà calcolato in automatico sulla base dei punteggi MEWS e IDA, facilitando per l'UVI la decisione del setting assistenziale più appropriato.

Tabella 5: Sistema TRICO

	IDA 20-28 0	IDA 12-19 1	IDA 7-11 2
MEWS 0-2 0	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4 1	Media	Media	Alta
MEWS \geq 5 2	Alta	Alta	Alta

4.6 Definizione dei setting di cura e finalizzazione dell'opuscolo informativo per pazienti e familiari sui servizi del territorio

Un altro risultato conseguito nell'ambito del progetto di tirocinio è stata la revisione e l'aggiornamento dell'opuscolo informativo da mettere a disposizione ai pazienti e ai familiari coinvolti nel percorso di DP, in modo da fornire informazioni univoche e adeguate sui servizi territoriali disponibili. Questo opuscolo nasce dall'esigenza di chiarire ai cittadini le differenze tra i servizi offerti e di rendere più trasparente la scelta del setting assistenziale proposto.

Già nell'ambito del progetto interaziendale "Preso In Carico Post Dimissione" (7) è stato elaborato e approvato dai tre Comitati di partecipazione (INRCA, Azienda Ospedaliero-universitaria, ASUR-Area Vasta 2) un documento chiaro e leggibile comune da consegnare al paziente che descriva le tipologie delle strutture e la rispettiva dotazione di posti letto, i vari livelli assistenziali garantiti per singola tipologia di struttura, nonché le tariffe e quote di compartecipazione alla spesa. In questo modo sono state prodotte schede informative per i pazienti e loro familiari che descrivono le tipologie di strutture residenziali, con le caratteristiche macro: per chi e per cosa sono, come avviene l'accesso in queste strutture, la dotazione di posti letto, ecc. Tali schede, elaborate in una forma che il gruppo ha ritenuto poter essere comprensibile alla maggior parte dell'utenza (intesa come pazienti, familiari o *caregiver*), possono costituire un'utile "bussola" per orientarsi nell'individuazione della tipologia di setting assistenziale post dimissione.

Il gruppo di lavoro regionale sulle DP ha deciso di capitalizzare il lavoro svolto in questo documento e di inserirlo nel percorso regionale unificato, attraverso il sistema SIRTE.

Inoltre, nel documento finale delle linee di indirizzo per le dimissioni protette sono stati stabiliti e descritti i setting di cura residenziali (incluse le tipologie di utenza e le modalità di accesso) secondo la legislazione vigente e secondo i nuovi manuali di autorizzazione per l'area extraospedaliera delle strutture sanitarie e sociosanitarie approvati dalla Regione lo scorso 20 luglio 2020 (28, 29). I requisiti

generali di autorizzazione delle strutture delle aree sanitaria extraospedaliera e sociosanitaria sono stati elaborati in linea con i cambiamenti registratisi negli ultimi anni, che richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio Sanitario Regionale e soprattutto delle strutture che, nella prospettiva della continuità dell'assistenza, ricadono nell'ambito dell'integrazione tra sociale e sanitario, che, come le altre, debbono operare secondo il principio dell'efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona. Tenendo conto dei nuovi requisiti presenti nei manuali, ma anche delle DGR precedenti, il documento regionale esplicita la tipologia di strutture verso le quali le aziende ospedaliere e l'UVI possono indirizzare le persone inserite nel percorso DP, in base alle condizioni cliniche e alle necessità assistenziali di queste ultime.

Nell'allegato 1 sono dunque riportate le strutture coinvolte divise in tre categorie:

- Area Anziani e Soggetti Fragili, che include le Cure Intermedie, la Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze, la Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti, la Residenza Protetta per persona con Demenza e la Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti;
- Area Disabilità, che include la Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili, l'Unità Speciale Residenziale, la Residenza Sanitaria Riabilitativa Estensiva per Disabili e la Residenza Sociosanitaria Assistenziale per Disabili;
- Area Adulti, che include l'Hospice e la Residenza Collettiva per Malati di AIDS.

Per fare questo, il documento è stato rivisto e aggiornato in base alla normativa vigente. In particolare sono state prese in considerazione le seguenti delibere regionali :

- 1) DGR 937 e 938 (28, 29) del 20.07.2020: "LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti generali e Requisiti specifici delle strutture per Disabilità, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Minorenni e per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV))"
- 2) DGR 960 del 04.08.2014: "Regolamentazione Cure Intermedie. Approvazione" (30) in cui vengono stabilite le modalità di funzionamento delle cure intermedie. L'Azienda Sanitaria regionale ha poi voluto rendere ancora più chiaro il funzionamento delle cure intermedie attraverso una determina aziendale che definisce in maniera dettagliata le modalità di organizzazione e gestione dei posti letto di cure intermedie all'interno degli Ospedali di Comunità (31).

3) DGR n. 1331 del 25.11.2014. “Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori”, che esplicita le tariffe e la quota di compartecipazione alla spesa sanitaria per il cittadino (32).

4) DGR 791 del 2014 – DGR n. 791 del 30.06.2014. “Linee guida per l’organizzazione delle cure domiciliari” (33) che definiscono i quattro macrogruppi a diversa intensità assistenziale: cure domiciliari prestazionali, di primo, secondo e terzo livello.

La versione aggiornata dell’opuscolo informativo è stata inviata ad alcuni esperti membri del gruppo di lavoro per ricevere i commenti iniziali, e sarà poi condivisa al gruppo di lavoro esteso nella riunione prevista per il 20 settembre 2019.

5. Discussione

La partecipazione alle riunioni del gruppo di lavoro per la definizione di un percorso unificato regionale sulle DP ha permesso di conoscere e collaborare con una serie di istituzioni marchigiane, in un momento critico della sanità regionale. Da un lato la sfida ad aumentare la qualità e la specializzazione dei servizi sanitari, dall'altra la pressione per contenere la spesa sanitaria, pongono le aziende sanitarie a dimettere sempre prima i pazienti ospedalizzati. Da una politica basata sul lungo ricovero con finanziamento delle prestazioni ospedaliere dal Servizio Sanitario Nazionale sulla base dei giorni di ricovero, si è progressivamente passati ad una politica che riduce in maniera sostanziale i giorni di degenza legati alla cura dell'acuzie della malattia, in una logica di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica. In tale contesto, all'atto della dimissione ospedaliera, il paziente si trova in una condizione di piena convalescenza che prevede la somministrazione di cure mediche, assistenziali e riabilitative, spesso non erogabili a domicilio. In questo contesto, l'emergenza Covid 19 ha evidenziato in maniera ancora più evidente l'esigenza di potenziare i servizi territoriali, da tempo anello debole e trascurato del sistema sanitario, nonostante la loro crucialità in una popolazione via via più anziana.

È in queste circostanze che lo scollamento fra un sistema di intervento e cura organizzato per prestare assistenza sanitaria, come quello ospedaliero, e un sistema di assistenza territoriale, più frammentato e meno organizzato, diviene acutamente percepibile: da una parte una struttura orientata ad assicurare risposte risolutive per condizioni acute o che richiedono tecnologie e conoscenze specialistiche, risposte costose, da erogare in tempi limitati e che possono essere sostenute economicamente solo assicurando il maggior turnover possibile dei pazienti; dall'altra parte il territorio, faticosamente orientato a provvedere ad una gamma ampia di interventi di lungo periodo, difficilmente scomponibili negli aspetti sanitari e in quelli assistenziali, peraltro in capo a istituzioni diverse (Aree Vaste e Comuni) non necessariamente orientate all'integrazione; in mezzo la famiglia, che in queste contingenze scopre che in casa non sussistono le condizioni per l'assistenza al congiunto (nella migliore delle ipotesi, i genitori lavorano e i figli vanno a scuola; nella peggiore a casa c'è solo un coniuge, anziano anche lui, o non c'è nessuno) e che l'unico collante possibile fra gli interventi delle istituzioni che possono essere chiamate ad intervenire (Ospedale, Comune, ASL, Medico di Medicina Generale), ciascuna con i propri compiti, le proprie esigenze e la propria organizzazione, è rappresentato dal suo lavoro di cura e mediazione.

Il risultato di un percorso così gestito è spesso rappresentato da una frammentazione di interventi formali e informali, non articolati, incoerenti o contraddittori, che incidono negativamente sullo stato

di salute della persona, sulla qualità delle relazioni, sul benessere della famiglia e sul consumo di risorse.

Non necessariamente le cose stanno in questi termini. Laddove i sistemi di intervento si orientano e organizzano per fronteggiare la complessità assistenziale derivante dalla naturale evoluzione dello scenario sociale del nostro tempo (essenzialmente l'aumento della popolazione anziana che necessita di assistenza e la modifica della struttura della famiglia, con progressivo indebolimento del ruolo tradizionalmente svolto nel lavoro di cura), è più facile trovare un contesto organizzato e strutturato, in grado di offrire percorsi idonei ad attenuare le criticità ed esitare in un'assistenza di qualità (34). Dal punto di vista del contesto istituzionale in cui il percorso di DP si inserisce, è chiara la volontà politica da parte delle istituzioni nazionali e regionali di perseguire la riqualificazione del processo delle dimissioni ospedaliere e della continuità delle cure sul territorio, prevedendo anche la creazione di strutture organizzative e funzioni nuove quali i “centri interaziendali per la continuità ospedale-territorio”, la “rete dei servizi di continuità delle cure”, i “coordinatori di percorso”, i “punti unici di accesso” e la stipula di protocolli operativi frutto della concertazione fra ospedali e distretti socio-sanitari (35, 36).

Il percorso guidato dall'ARS che ha condotto alla definizione delle linee di indirizzo per un percorso unificato regionale sulle DP ha visto la partecipazione attiva di tutte le aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Marche durante il periodo 2019/2020. Proprio la partecipazione di tutte le istituzioni è stata dimostrazione della volontà e dell'esigenza di queste ultime di contribuire ad un processo che possa rendere più trasparente ed efficiente la presa in carico post-dimissione, utilizzando criteri chiari e definiti e cercando di ridurre al massimo la discrezionalità degli operatori coinvolti. A due anni dall'inizio del percorso, l'utilizzo del sistema SIRTE si è ormai consolidato nella maggior parte dei setting ospedalieri. Il SIRTE infatti rappresenta un valido strumento per favorire la continuità di informazione tra ospedale e territorio, fornendo ai diversi professionisti socio sanitari una visione unitaria e integrata della storia clinica del paziente, per poter attivare di volta in volta i percorsi più idonei alle esigenze del cittadino all'interno del range delle possibili alternative. Dopo l'introduzione di SIRTE, prima in via sperimentale e poi in maniera più diffusa, il 2019 ha registrato un aumento del 20% di richieste di DP rispetto all'anno precedente, e il trend è rimasto stabile anche nel primo semestre 2020, nonostante l'emergenza COVID 19.

Numerose però sono le sfide che si pongono in questo contesto di cambiamento.

L'utilizzo del SIRTE dovrebbe essere sollecitato e monitorizzato per tutte le dimissioni protette, non solo quelle verso le strutture residenziali, ma anche a domicilio. E' necessario, inoltre, l'inserimento

della scheda sociale nel modulo della dimissione protetta e l'estensione del sistema informativo ad altri setting assistenziali (Hospice), ancora non rappresentati. Alcuni percorsi *ad hoc*, come quello delle DP per i malati terminali verso gli Hospice infatti richiedono scale di valutazione e strumenti dedicati, non sono stati inclusi nel documento di linee di indirizzo e la Regione ha deciso di rimandare il loro sviluppo. Questo rischia di creare un gap nel sistema delle DP per una fetta della popolazione particolarmente fragile e per la quale la presa in carico e la continuità assistenziale nel fine vita sono fondamentali.

Se da un lato alcune strutture, come l'Azienda Ospedaliera Marche Nord e tutta l'AV 1 hanno lavorato per un aumentare i pazienti inseriti in un percorso definito di DP attraverso l'intensificazione dell'uso di SIRTE, altre aziende come gli Ospedali Riuniti di Ancona, l'INRCA e tutta l'AV 5 restano ancora i fanalini di coda, in cui il percorso DP non riesce a decollare. Una motivazione è rappresentata dal fatto che l'ospedale regionale di Ancona, con ruolo di HUB in molte reti di patologia tempo-dipendenti e di alta specialità, non ha strutture di riferimento per la presa in carico dei pazienti nella fase post-acuta e fatica fortemente nella gestione del percorso della dimissione protetta per i pazienti clinicamente stabilizzati dopo il superamento della fase acuta.

I dati SIRTE del 2020 mostrano inoltre ottimi risultati per quanto riguarda le richieste DP verso il domicilio, che rappresentano una percentuale importante di tutte le DP. Tuttavia questi dati si limitano di nuovo all'azienda ospedaliera Marche Nord, all'AV 1, 2 e 3. Inoltre non ci sono dati aggiornati sulla disponibilità delle cure domiciliari integrate e sui tempi di attesa per la loro attivazione e per questo non è possibile stimare se il fabbisogno è coperto. È importante che le istituzioni regionali analizzino le difficoltà nell'applicazione di SIRTE in questi contesti per poter dare delle indicazioni chiare su come procedere.

Un'altra criticità emersa durante le riunioni del gruppo di lavoro è che per il momento il sistema non è utilizzato dai medici di medicina generale. Esso invece possiede già in modo operativo l'interfaccia che consentirebbe ad essi di utilizzarlo concretamente per l'avvio delle CDI. E non sarebbe affatto più complesso del modello cartaceo oggi in uso, peraltro verosimilmente non uniforme in tutti i distretti. Non solo, ma il SIRTE consentirebbe già ora ai medici di famiglia di compilare le richieste per pazienti per i quali ritengano necessario l'invio verso strutture territoriali. Sia per questi casi che per l'assistenza domiciliare, le richieste informatiche arriverebbero on-line al Distretto, avviando senza ulteriori attese il processo di valutazione.

L'approvazione del documento di linee di indirizzo regionali per le DP, prevista entro la fine del 2020, sicuramente rappresenterà una spinta importante all'utilizzo del percorso DP e del sistema

SIRTE, rendendolo obbligatorie in tutte le strutture sanitarie della nostra regione. Tuttavia le modalità di diffusione, disseminazione e formazione degli operatori sanitari riguardo le linee di indirizzo devono essere ancora sviluppate e programmate. Questa rimane quindi una fase cruciale del percorso e sarà necessario un forte impegno dell'ARS per assicurare che tutti gli operatori siano a conoscenza e sappiano utilizzare le nuove linee di indirizzo, inclusi gli strumenti e le scale di valutazione e l'opuscolo informativo. Ad esempio, finora la scala di BRASS è stata utilizzata solo da Marche Nord, quindi la sua introduzione obbligatoria in tutti i setting di cura richiederà una formazione, monitoraggio e valutazione ad hoc.

Per quanto riguarda il monitoraggio dell'attuazione delle linee di indirizzo, nonostante il PSSR 2020-2022 ponga il percorso unificato per le DP come un obiettivo prioritario, i risultati attesi e gli indicatori connessi restano molto generali e perlopiù qualitativi (rapporti semestrali, rapporti di analisi da questionari di soddisfazione della famiglia e del paziente/utente). È stato previsto un solo indicatore quantitativo (numero % di ricoveri ripetuti per tipologie analoghe di pazienti), senza però definire le modalità dettagliate di raccolta dei dati. Senza un'analisi dettagliata dei dati, sarà più difficile identificare le criticità, i punti di forza e le eventuali azioni di miglioramento.

Rimane poi la criticità dell'offerta dei servizi territoriali, per la quale è necessario un ampliamento del numero dei posti letto nelle strutture residenziali territoriali in risposta ad un aumento della domanda di DP. I lunghi tempi di attesa infatti che impediscono di fatto la realizzazione di un'efficace dimissione protetta sono la conseguenza della carenza di posti letto nelle strutture di residenzialità, semi-residenzialità dell'area sanitaria extraospedaliera, sociosanitaria e sociale. Un punto particolarmente debole è quello delle strutture per le demenze. Tuttavia la recente approvazione dei manuali di Autorizzazione (28, 29) da parte della Regione renderà possibile l'incremento di qualche centinaia di posti letto sia di R2 (RSA) sia di R3 (RP), così come previsto dalla strategia regionale secondo L.R. 21/16. Si tratta di processi che richiedono tempo, ma che vanno nella direzione di aumentare l'offerta dei servizi così come richiesto dai bisogni della popolazione.

In un sistema in cui la domanda supera l'offerta, c'è il rischio che il setting più appropriato per un paziente non sia scelto per mancanza di posti, e che quindi il lavoro dell'UVI e la stesura del PAI diventino una formalità piegando la valutazione allo stato dell'offerta e vanificando così le potenzialità degli strumenti operativi messi a punto. Le associazioni dei pazienti richiedono anche maggiore trasparenza nella gestione delle liste attese anche attraverso azioni quali la pubblicazione periodica liste d'attesa.

L'analisi dettagliata dell'iter di DP, nelle sue 5 fasi, dell'mostra anche l'esigenza di valorizzare la figura del case manager sia a livello ospedaliero che a livello distrettuale. Già le linee guida sulle cure

domiciliari integrate della Regione Marche affidano al case manager la responsabilità nell'organizzazione dei servizi di assistenza continuativa, assumendo il ruolo di braccio operativo del MMG e della Unità Valutativa Integrata (33). A livello ospedaliero, tuttavia, il ruolo del case manager è ancora molto limitato. La raccolta delle informazioni per la valutazione dei bisogni spesso è affidata al medico di UO, al coordinatore infermieristico, o anche agli assistenti sociali, figure spesso poco a contatto con il paziente e ai suoi familiari, che si trovano a compilare le schede previste dal sistema SIRTE senza avere una chiara idea dei bisogni assistenziali della persona.

6. Conclusioni

La continuità assistenziale ospedale- territorio e delle dimissioni protette per i pazienti fragili è un tema della sanità essenziale e più che mai attuale, in modo particolare nella Regione Marche dove la popolazione anziana rappresenta un quarto dell'intera popolazione. Le istituzioni regionali da alcuni anni hanno introdotto strumenti nuovi e hanno adottato politiche per fornire una risposta adeguata sia ai pazienti che agli operatori sanitari.

A tre anni dall'introduzione del SIRTE e un anno mezzo dall'istituzione del gruppo di lavoro regionale per la definizione di un percorso unificato per le Dimissioni Protette, si è assistito ad una graduale riorganizzazione dei processi di continuità assistenziale ospedale-territorio nella Regione Marche.

Da un lato le strutture sanitarie regionali, con alcune importanti eccezioni, hanno consolidato l'utilizzo di SIRTE per organizzare il flusso della domanda di DP in modo da poter meglio quantificare e gestire i bisogni assistenziali, come mostrano i dati regionali relativi al 2019 e 2020. Sicuramente i dati relativi agli Ospedali Riuniti di Ancona, all'INRCA e alle Aree Vaste 4 e 5 mostrano che il percorso non è ancora a regime ovunque e che un maggiore monitoraggio sulle cause della scarsa utilizzazione deve essere realizzato, in modo da identificare le azioni di miglioramento e di persuasione verso le strutture poco ricettive.

D'altro lato, il lavoro del gruppo regionale ha permesso di finalizzare un documento di linee di indirizzo che, una volta approvato e diffuso in tutti i setting assistenziali, rappresenterà un impulso per far aumentare le richieste di DP all'interno di un percorso trasparente e definito, attraverso l'utilizzo di scale e standard condivisi. In questo contesto emerge la volontà politica delle istituzioni regionali che in questi mesi, nonostante l'emergenza Covid 19, hanno finalizzato i manuali di Autorizzazione necessari per aumentare i posti letto nei vari setting residenziali e semi-residenziali e

quindi rispondere ai crescenti bisogni di continuità assistenziale ospedale-territorio di una popolazione in continuo invecchiamento.

I prossimi mesi saranno importanti per definire le modalità di diffusione delle linee di indirizzo e di formazione per tutti gli operatori sanitari coinvolti nei processi assistenziali. Resta anche cruciale il nodo del monitoraggio dell'implementazione del percorso DP, attraverso indicatori chiari e condivisi, tra cui la trasparenza nella gestione delle liste di attesa da parte dei distretti sanitari, il rispetto delle procedure e delle tempistiche proposte. Sarà anche necessario realizzare una mappatura dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari, pubblici e privati convenzionati e accreditati per meglio quantificare la disponibilità dei posti letto disponibili.

La risposta delle istituzioni regionali non può esimersi dall'incrementare l'offerta dei servizi di cure residenziali, semi-residenziali e domiciliari, decisamente carente rispetto all'offerta. Questa situazione crea inefficienze nel sistema, prolunga i tempi del ricovero e i costi del SSN a scapito in ultima analisi al paziente. L'approvazione dei manuali di autorizzazione permetterà di aumentare i posti letto disponibili per offrire continuità, ma cruciale resta il nodo del monitoraggio e la gestione diretta delle liste d'attesa da parte dei Distretti sanitari per garantire la trasparenza al cittadino.

7. Bibliografia

1. Istat, Bilancio Demografico 2019. (Consultato il 31/08/2020. Disponibile sul sito internet http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDEMOG1#).
2. AIDA, Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane. Le buone prassi. Project (VS/2011/0052) - supported by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity - PROGRESS (2007-2013)
3. Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 18 dicembre 2008. Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere del sistema dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG).
4. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
5. Ministero della Salute, Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013.
6. DGR n. 791 del 30/06/2014. Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari.
7. Amici, R (a cura di). Progetto Presa in Carico Post-Dimissione. INRCA, ASUR-AV2, Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, 2018.
8. DGR 111 del 23.02.2015. Piano Regionale Socio-Sanitario 2012 -2014. Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali.
9. Piano Sociosanitario Regionale 2020-2022, Deliberazione n. 107 del Consiglio della Regione Marche del 4 febbraio 2020, "Il Cittadino, l'Integrazione, l'Accessibilità e la Sostenibilità".
10. Decreto del dirigente della PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio – Agenzia Regionale Sanitaria Regione Marche n. 3/AST del 22/02/2019. Oggetto: Costituzione gruppo di lavoro regionale - Linee di indirizzo per la Dimissione Protetta.
11. Corbetta, P. Metodologia e tecniche della ricerca sociale, Il Mulino Bologna 1999, p. 368.
12. Consiglio Sanitario della Regione Toscana. Linea Guida Fragilità nell'Anziano. 2013. (Consultato il 08/09/2019). Disponibile all'indirizzo http://www.amge.it/wp/wp-content/uploads/2016/05/LG_Fragilita_anziano_2013.pdf.

13. Fried LP et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences*; 59(3): 255- 263; 2004.
14. Gobbens RJ et al. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc*; 11(5): 338-43; Jun 2010.
15. Rockwood K et al. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *Journals of Gerontology. Series A: Biological and Medical Sciences*; 62(7): 738-743; Jul 2007.
16. O’Caoimh R, et al, on behalf of Work Package 5 of the Joint Action ADVANTAGE (2018). Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action.
17. OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità World Health Organization, 2015. World report on ageing and health. World Health Organization.
18. Pardo, A. et al. “Benefit of Managing frailty in different clinical settings: results from Frailclinic Project. *Innovation in Aging* vol. 1, Suppl 1 193. 30 Jun. 2017.
19. Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord. Percorso Dimissioni Protette: Continuità assistenziale Ospedale – Territorio, 2017.
20. ASUR, Regione Marche. Guida Operativa Dimissioni Protette. Modulo informatizzato SIRTE.
21. Servizio Sanitario Regione Emilia Romagna. Percorso di dimissioni protette. Attività del nucleo di continuità ospedale- territorio. 2018.
22. Signorini G, Dagani J, Bulgari V et al. Moderate efficiency of clinicians' predictions decreased for blurred clinical conditions and benefits from the use of BRASS index. A longitudinal study on geriatric patients' outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol. 69, 51-60 2015.
23. Giroto E, Roveron G, Bortolami E, et al. Utilizzo dell’indice di Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) nei reparti di Geriatria e Medicina dell’Azienda Ulss 18 di Rovigo - Studio prospettico. *Professioni Infermieristiche* 2016; 69(2): 76.
24. Cammilletti V, Forino F, Palombi M, Donati D, Tartaglini D, Di Muzio M. BRASS score and complex discharge: a pilot study. *Acta Biomed*. 2018;88(4):414–425. Published 2018 Jan 16.

25. Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. Ospedale per Intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti. DGSPS, Servizio Presidi Ospedalieri, Regione Emilia-Romagna, Febbraio 2015.
26. C.P. Subbe, M. Kruger , P. Rutherford ,L. Gemme, Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions, QJM :Volume 94, Issue 10 Pp. 521-526.
27. Bartolomei C., Cei M. L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). Italian Journal of Medicine 2007; (1) 2:31-39.
28. DGRM 937 del 20.07.2020. LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti generali e Requisiti specifici delle strutture per Disabilità, Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Minorenni)
29. DGRM 938 del 20.07.2020. LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: Requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV)).
30. DGR n. 960 del 04.08. 2014. Regolamentazione delle Cure Intermedie.
31. ASUR. Determina del Direttore Generale 670 del 15.11.2017. Regolamento ASUR di Cure Intermedie, Punto di Assistenza Territoriale e Ambulatori Infermieristici. Approvazione.
32. DGR n. 1331 del 25.11.2014. Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed Enti Gestori - modifica della DGR 1011/2013.
33. DGR n. 791 del 30.06.2014. Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari. Approvazione.
34. Saiani, L., Palese, A., Brugnolli, A., & Benaglio. (2004). La pianificazione delle dimissioni ospedaliere e il contributo degli infermieri, Assistenza Infermieristica e Ricerca, 23, 233-49.

35. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.

36. DGRM 735 del 20.05.2013. Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole Strutture Ospedaliere e riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza e Urgenza della regione Marche in attuazione al DGR 1696/2012.

8. Allegati

Allegato 1: Strutture sanitarie extra-ospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale previste dai nuovi manuali di Autorizzazione della Regione Marche (DGR 937 e 938 del 20.07.2020)

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Ospedale di Comunità	<p>- Persone che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa complessità clinica ma con assistenza sanitaria infermieristica continuativa anche notturna</p> <p>- Persone che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)</p>	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri, direttamente dal pronto soccorso o dall'UVI In relazione al setting assistenziale di destinazione.
Casa della Salute tipo B	<p>Cittadini che necessitano di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali finalizzati a o</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantire le cure primarie ed i servizi distrettuali• Screening e prevenzione• Accesso ai servizi sanitari, socio sanitari e sociali• o Servizi diagnostico terapeutici	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri, direttamente dal pronto soccorso o dall'UVI In relazione al setting assistenziale di destinazione

AREA ANZIANI/SOGGETTI FRAGILI

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Cure Intermedie	<p>Assistiti in dimissione da reparti ospedalieri per acuti, per i quali è necessario:</p> <ul style="list-style-type: none">- consolidare le condizioni psicofisiche- continuare il processo di recupero funzionale	Secondo valutazione/assenso della U.V.I. di competenza

	<p>- accompagnare le persone con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post ricovero</p> <p>- monitoraggio clinico quotidiano</p> <p>Esclusi assistiti minori di 14 anni</p>	
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze	<p>Persone non autosufficienti con demenza che, pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitarie con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore</p>	<p>Secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di riferimento dell'ospite.</p>
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti	<p>Persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitarie con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore.</p>	<p>Secondo valutazione/assenso della U.V.I. di competenza.</p>
Residenza Protetta per persona con Demenza	<p>Persone con deficit cognitivi ma con basso livello di disturbo comportamentale, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse</p>	<p>Secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di riferimento dell'ospite</p>
Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti	<p>Persone non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.</p>	<p>Secondo l'Unità Valutativa Integrata del Distretto Sanitario di riferimento dell'ospite.</p>

AREA DISABILITA'

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili	<p>Persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili e misurabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere ed un elevato impegno</p>	<p>Diretto da reparti ospedalieri (nell'ambito della dimissione protetta), dai servizi territoriali distrettuali (nell'ambito delle Unità di Valutazione), dal MMG, Pediatra di Libera Scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN,</p>

	assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore.	previa valutazione multidimensionale della persona con strumenti adottati a livello regionale.
Unità Speciale Residenziale	Persone non autosufficienti ad elevato livello assistenziale con disabilità importanti e complesse, tra cui le Unità Speciali, con una presa in carico che comprende: persone in respiro spontaneo con disabilità complessa grave, persone tracheostomizzate in respiro spontaneo, persone tracheostomizzate in ventilazione meccanica.	URI/UGCA: diretto da reparti ospedalieri SUAP: diretto da reparti ospedalieri o da URI-UGCA, oppure dai servizi territoriali distrettuali/RSA, dal domicilio per sollievo o modificate necessità assistenziali, dal MMG, Pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona effettuata con strumenti adottati a livello regionale. Unità Speciale per Sordo Ciechi e Pluriminorati Psicosensoriali UDGEE/A: direttamente con impegnativa del MMG previa valutazione multidimensionale della persona effettuata con strumenti adottati a livello regionale.
Residenza Sanitaria Riabilitativa Estensiva per Disabili	Persone non autosufficienti in condizioni di evolutività clinica ad elevato bisogno clinico assistenziale, destinato a crescere in modo continuo e sostenuto per la durata della presa in carico	L'accesso è diretto da reparti ospedalieri (nell'ambito della dimissione protetta), dai servizi territoriali distrettuali (nell'ambito delle Unità di Valutazione), dal MMG, Pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona da effettuarsi con strumenti adottati a livello regionale.
Residenza Sociosanitaria Assistenziale per Disabili	Persone maggiorenni, in condizioni di disabilità con gravi deficit psico-fisici e sensoriali (comprese le persone con disturbi dello spettro autistico) valutati con scale di	Si accede alla struttura previa valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità Multidisciplinari per l'Età Adulta (UMEA) e operanti nell'ambito delle Unità

	valutazione multidimensionale adottate a livello regionale, tali da richiedere un elevato grado di assistenza con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitati-vo con elevato livello di integrazione socio-sanitaria.	Operative Sociali e Sanitarie (U.O.Se.S).
--	---	---

AREA ADULTI

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Hospice	Si rivolge alle persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, e a prognosi infausta	Il canale di accesso al Servizio di Hospice è l'UVI, che va differenziato in ragione delle condizioni in cui si prospetta la necessità di intervento (in fase acuta; in fase post acuta; in fase non acuta o cronica). I criteri di accesso e di priorità per l'Hospice sono definiti da apposito atto della Giunta Regionale.
Residenza Collettiva per Malati di AIDS	Il servizio si rivolge agli adulti affetti da HIV/AIDS conclamata o affetti da patologie infettivologiche a trasmissione ematica o sessuale, che presentino rilevanti limitazioni all'autosufficienza o che siano privi di un nucleo familiare idoneo o condizioni che ne impediscono l'autonomia presso un proprio domicilio.	Invio del Servizio Sanitario pubblico che ha la responsabilità della rete terapeutico assistenziale alle persone competente sul territorio di provenienza.

Servizi Sanitari Residenziali e Domiciliari



Informazioni per il Cittadino

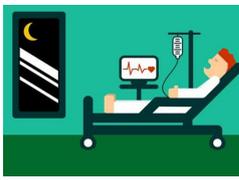
Cure Intermedie (CI)

<p>Per chi e per cosa sono?</p> 	<p>Le strutture di Cure Intermedie offrono le cure necessarie per quei soggetti fragili, che sono stabilizzati dal punto di vista clinico, che non richiedono ricovero ospedaliero ma non sono ancora idonei a tornare al domicilio o in strutture residenziali di lungo assistenza.</p> <p>Il trasferimento nelle strutture di Cure Intermedie è volto a:</p> <ul style="list-style-type: none">- garantire la continuità assistenziale dopo- favorire il recupero dopo un evento acuto,- evitare il riacutizzarsi delle patologie e nuovi ricoveri- ridurre l'utilizzo delle lungodegenze e del ricovero in altre strutture <p>Nelle strutture delle cure intermedie viene fornita assistenza di ricovero in ambiente residenziale non ospedaliero per un periodo di tempo limitato (massimo 30 gg. +30gg ripetibile)</p> <p>Le figure sanitarie presenti sono:</p> <ul style="list-style-type: none">- il medico, che garantisce la visita medica giornaliera nell'arco dell'orario diurno nei giorni feriali. Nell'orario notturno, nei festivi e nei prefestivi è prevista la presenza, a chiamata, dei medici della continuità assistenziale (Guardia medica). In caso di emergenza/urgenza, verrà attivato il Sistema di Emergenza Territoriale tramite 118- l'infermiere e l'operatore socio-sanitario sono presenti le 24 ore. <p>E' fornita l'assistenza farmaceutica, sono disposti accertamenti diagnostici. Sono erogate limitate prestazioni di tipo riabilitativo</p>
<p>Come si accede a queste strutture?</p> 	<p>Se il paziente è ricoverato, la procedura di accesso viene attivata dal medico ospedaliero.</p> <p>Se il paziente è a domicilio, dal suo medico di medicina generale.</p> <p>Per farlo entrambi compilano un modulo di richiesta all'Unità Valutativa Integrata (UVI) del distretto di residenza in cui descrivono le condizioni cliniche del paziente.</p>

<p>Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario?</p> 	<p>L'Unità Valutativa Integrata (UVI) del distretto di residenza, sulla base dei dati della richiesta pervenuta e di eventuali altri elementi che ritiene necessario raccogliere.</p>
<p>In quanto tempo avviene il trasferimento?</p> 	<p>Nel più breve tempo possibile. Il trasferimento dipende dalla stabilità delle condizioni cliniche, dalla disponibilità di posti nelle strutture dedicate, dal tempo tecnico richiesto dalla valutazione da parte dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) del distretto di residenza.</p>
<p>Quanto può durare il ricovero?</p> 	<p>La permanenza in Cure Intermedie, non può superare i 30 giorni di degenza che possono essere estesi a 60 nel caso in cui l'Unità Valutativa Integrata del Distretto individui esigenze rilevanti di carattere socio-sanitario (tempo complessivo 60 giorni non superabili nel corso dell'anno solare).</p>
<p>Il ricovero ha un costo?</p> 	<p>La normativa regionale prevede che il ricovero sia gratuito per un massimo di 60 giorni complessivi in un anno solare, anche non continuativi, a partire dal primo giorno del ricovero in struttura. L'indennità di accompagnamento, se percepita, viene sospesa per tutto il periodo della gratuità. Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura. Potrebbe essere richiesto al paziente di autocertificare i periodi già trascorsi in strutture di assistenza post-ricovero nell'arco temporale previsto dalla normativa.</p>

Residenze Sanitarie Assistenziali per persone non autosufficienti (RSA)

<p>Per chi e per cosa sono?</p>	<p>Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono destinate a pazienti in condizioni di non autosufficienza, non assistibili a domicilio, con una o più</p>
--	--

	<p>patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono assistenza medica, infermieristica e dell'operatore socio-sanitario.</p> <p>In tali strutture è garantita l'assistenza del medico di medicina generale con accessi programmati nei giorni feriali; nell'orario notturno, nei festivi e nei prefestivi è prevista la presenza, a chiamata, dei medici della continuità assistenziale ("Guardia Medica").</p> <p>E' garantita la presenza dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario nelle 24 ore (un infermiere di notte ogni 60 posti letto al massimo).</p> <p>E' fornita assistenza farmaceutica e sono disposti accertamenti diagnostici. Sono anche erogate limitate prestazioni di tipo riabilitativo.</p>
<p>Come si accede a queste strutture?</p> 	<p>Se il paziente è ricoverato, la procedura di accesso viene attivata dal medico ospedaliero.</p> <p>Se il paziente è a domicilio, dal suo medico di medicina generale.</p>
<p>Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario?</p> 	<p>L'Unità Valutativa Integrata (UVI) del Distretto di residenza, sulla base dei dati della richiesta pervenuta e di eventuali altri elementi che ritenesse necessario raccogliere.</p>
<p>In quanto tempo avviene il trasferimento?</p> 	<p>Nel più breve tempo possibile.</p> <p>Il trasferimento dipende dalla stabilità delle condizioni cliniche, dalla disponibilità di posti nelle strutture dedicate, dal tempo tecnico richiesto dalla valutazione.</p> <p>Dal momento della valutazione da parte dell'Unità Valutativa Integrata, il paziente riconosciuto idoneo per RSA anziani è posto in lista di attesa e chiamato dalla struttura di destinazione al momento della disponibilità del posto letto.</p>
<p>Quanto può durare il ricovero?</p> 	<p>La durata della permanenza in struttura di norma non supera i 60 giorni, ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito.</p> <p>La successiva permanenza sarà condizionata dalla rivalutazione periodica dell'Unità Valutativa Integrata del distretto in caso di esigenze rilevanti di carattere socio sanitario.</p>
<p>Il ricovero ha un costo?</p> 	<p>La normativa regionale prevede che il ricovero sia gratuito per un massimo di 60 giorni complessivi in un anno, anche non continuativi, a partire dal primo giorno del ricovero in struttura; l'indennità di accompagnamento, se percepita, viene sospesa per tutto il periodo della gratuità.</p> <p>Qualora in casi eccezionali, sempre su indicazione della Unità valutativa integrata distrettuale, la degenza si protragga oltre i 60 giorni, dal 61°</p>

	<p>giorno di degenza è' prevista una compartecipazione alla spesa da parte del paziente pari a € 42,50 al giorno, con conseguente ripristino della eventuale indennità di accompagnamento.</p> <p>Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura.</p> <p>Potrebbe essere richiesto al paziente di autocertificare i periodi già trascorsi in strutture di assistenza post-ricovero nell'arco temporale previsto dalla normativa.</p>
--	---

Residenze Sanitarie Assistenziali per pazienti con demenza (RSA demenza)

<p>Per chi e per cosa sono?</p> 	<p>Le RSA demenza sono destinate a pazienti con diagnosi di demenza senile e Malattia di Alzheimer nelle fasi della malattia in cui il disturbo della memoria è associato a disturbi del comportamento e della affettività che richiedono la tutela e il ri-orientamento della persona in ambiente protetto.</p> <p>Sono strutture residenziali non ospedaliere in cui è garantita la continuità dell'assistenza e accessi programmati o a richiesta del medico di medicina generale; la figura dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario è presente nelle 24 ore.</p> <p>Sono erogate limitate prestazioni di tipo riabilitativo e di animazione / socializzazione.</p> <p>E' fornita assistenza farmaceutica e sono disposti accertamenti diagnostici.</p>
<p>Come si accede a queste strutture?</p> 	<p>Se il paziente è ricoverato, la procedura di accesso viene attivata dal medico ospedaliero.</p> <p>Se è a domicilio, dal suo medico di medicina generale.</p> <p>Per farlo entrambi compilano un modulo di richiesta in cui descrivono le condizioni cliniche del paziente.</p>
<p>Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario?</p> 	<p>Il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del distretto di residenza, sulla base dei dati della richiesta pervenuta e di eventuali altri elementi che ritenesse necessario raccogliere.</p>
<p>In quanto tempo avviene il trasferimento?</p> 	<p>Dal momento della valutazione da parte del CDCD, il paziente riconosciuto idoneo per RSA demenza viene posto in lista di attesa e chiamato dalla struttura di destinazione al momento della disponibilità del posto letto.</p>
<p>Quanto può durare il ricovero?</p>	<p>La permanenza non può superare i 60 giorni di degenza che possono essere estesi nel caso in cui il CDCD individui esigenze rilevanti di carattere socio-sanitario.</p>



Il ricovero ha un costo?



La normativa regionale prevede che il ricovero sia gratuito per un massimo di 60 giorni complessivi in un anno, anche non continuativi, a partire dal primo giorno del ricovero in struttura; l'indennità di accompagnamento, se percepita, viene sospesa per tutto il periodo della gratuità.

Qualora in casi eccezionali, sempre su indicazione della Unità valutativa integrata distrettuale, la degenza si protragga oltre i 60 giorni, dal 61° giorno di degenza è prevista una compartecipazione alla spesa da parte del paziente pari a € 42,50 al giorno, con conseguente ripristino della eventuale indennità di accompagnamento.

Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura.

Potrebbe essere richiesto al paziente di autocertificare i periodi già trascorsi in strutture di assistenza post-ricovero nell'arco temporale previsto dalla normativa.

Residenze Protette per anziani non autosufficienti (RP)

<p>Per chi e per cosa sono?</p> 	<p>Le Residenze Protette sono destinate ad anziani stabilmente non autosufficienti con esiti di patologie non curabili a domicilio ma che non necessitano di cure sanitarie complesse.</p> <p>Le Residenze Protette sono strutture di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale e comprendono interventi di sollievo per chi assicura le cure. Assicurano la presenza dell'operatore socio-sanitario e dell'infermiere, prestazioni di tipo alberghiero e attività di animazione / socializzazione.</p> <p>In queste strutture sono garantiti gli accessi programmati del medico di medicina generale. Nell'orario notturno, nei festivi e nei prefestivi è prevista, a chiamata, la presenza della continuità assistenziale ("Guardia medica").</p> <p>Le Residenze Protette possono essere pubbliche o private. In entrambi i casi, i relativi posti letto possono essere o meno convenzionati con il servizio sanitario regionale.</p>
<p>Come si accede a queste strutture?</p> 	<p>Ai fini dell'ingresso in Residenza Protetta è necessario che l'interessato, o il suo legale rappresentante, presentino domanda di ammissione presso la struttura prescelta.</p> <p>Per accedere a posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale, oltre alla domanda di ammissione, è necessaria una proposta all'Unità Valutativa Integrata del distretto di residenza da parte del medico di medicina generale se la persona è al domicilio, o del medico ospedaliero nel caso in cui sia ricoverata.</p>
<p>Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario?</p> 	<p>Per i posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale, l'Unità Valutativa Integrata del distretto di residenza, su proposta del medico di famiglia se la persona è al domicilio o del medico ospedaliero nel caso in cui sia ricoverato.</p>
<p>In quanto tempo avviene il trasferimento?</p> 	<p>Dal momento della richiesta dell'interessato o del suo legale rappresentante o dal momento della valutazione da parte dell'Unità Valutativa Integrata, il paziente è posto in lista di attesa e poi chiamato dalla struttura di destinazione quando si verifica la disponibilità del posto letto.</p>
<p>Quanto può durare il ricovero?</p>	<p>La permanenza può essere temporanea o permanente.</p>



Inoltre, ogni struttura garantisce la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia.

Il ricovero ha un costo?



Il paziente partecipa al pagamento della retta dal 1° giorno di degenza in struttura nella misura di € 33,51 al giorno. Il costo quotidiano della retta giornaliera è frequentemente maggiore in alcune residenze in relazione a servizi e/o prestazioni supplementari offerte. Per le strutture di recente convenzionamento con la Regione la quota aggiuntiva non può superare la metà di 33,51 euro.

Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura.

Residenze Protette per pazienti con demenza (RP demenza)

<p>Per chi e per cosa sono?</p> 	<p>Le Residenze Protette demenza sono destinate a pazienti con diagnosi di demenza che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi del comportamento.</p> <p>Sono strutture di lungo assistenza e mantenimento che forniscono assistenza alla persona, con presenza di infermiere e operatore socio-sanitario, prestazioni di tipo alberghiero e attività di animazione / socializzazione.</p> <p>In queste strutture sono garantiti gli accessi programmati del medico di medicina generale; nell'orario notturno, nei festivi e nei prefestivi è prevista la presenza, a chiamata, dei medici della continuità assistenziale ("Guardia Medica").</p> <p>Le Residenze Protette possono essere pubbliche o private. In entrambi i casi, i relativi posti letto possono essere o meno convenzionati con il servizio sanitario regionale.</p>
<p>Come si accede a queste strutture?</p> 	<p>Ai fini dell'ingresso in Residenza Protetta demenze è necessario che l'interessato, o il suo legale rappresentante, presentino domanda di ammissione presso la struttura prescelta.</p> <p>Per accedere a posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale, oltre alla domanda di ammissione, è necessaria una proposta al Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del distretto di residenza da parte del medico di medicina generale se la persona è al domicilio, o del medico ospedaliero nel caso in cui sia ricoverata.</p>
<p>Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario?</p> 	<p>Per i posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale, oltre alla domanda di ammissione, è necessaria una valutazione di idoneità da parte del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del distretto di residenza, su proposta del medico di famiglia se la persona è al domicilio, o del medico ospedaliero in caso di ricovero.</p>
<p>In quanto tempo avviene il trasferimento?</p>	<p>Dal momento della richiesta dell'interessato o del suo legale rappresentante o dal momento della valutazione da parte del CDCD, il paziente è posto in lista di attesa e poi chiamato dalla struttura di destinazione quando si verifica la disponibilità del posto letto.</p>

	
<p>Quanto può durare il ricovero?</p> 	<p>La permanenza può essere temporanea o permanente. Ogni struttura garantisce la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia.</p>
<p>Il ricovero ha un costo?</p> 	<p>Il paziente partecipa al pagamento della retta dal 1° giorno di degenza in struttura nella misura di € 33,51 al giorno. Il costo quotidiano della retta giornaliera può essere sottoposto in alcune residenze protette ad una quota ulteriore in relazione a servizi e/o prestazioni supplementari offerte. Per le strutture di recente convenzionamento con la Regione la quota aggiuntiva non può superare la metà di 33,51 euro. Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura.</p>

CDI- Cure Domiciliari Integrate

<p>Per chi e per cosa sono?</p> 	<p>Sono rivolte alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, prese in carico a domicilio da un familiare o caregiver (la persona che generalmente le aiuta) e che vivono in condizioni abitative idonee.</p> <p>Garantisce percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.</p> <p>Le cure integrate rispondono a un bisogno socio-sanitario complesso e prevedono il ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica dei processi di cura.</p> <p>Sulla base della valutazione dei bisogni di ciascun paziente viene formulato un progetto personalizzato (PAI) che definisce gli interventi degli operatori sanitari (prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, medico specialistiche e socio-assistenziali), la periodicità degli accessi, gli obiettivi di cura perseguibili e la durata del piano assistenziale.</p>
<p>Chi richiede le prestazioni di cure domiciliari?</p> 	<p>Se il paziente è ricoverato, il medico ospedaliero tramite programma informatico.</p> <p>Se è a domicilio, il Medico di Medicina Generale.</p> <p>In ogni caso, il Medico di Medicina Generale compila:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il modulo di attivazione delle cure domiciliari che descrive le condizioni cliniche del paziente - l'Impegnativa regionale che prescrive la prestazione necessaria e specifici "a domicilio". <p>L'impegnativa e il modulo devono essere consegnate dal familiare o caregiver in Segreteria Organizzativa della UO Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di residenza.</p> <p>L'accesso al servizio di cure domiciliari può avvenire anche su segnalazione da parte di familiari, servizi sociali del Comune, altri soggetti della rete informale, al Punto Unico di Accesso (PUA) del Distretto Sanitario di residenza del richiedente.</p>
<p>In quanto tempo avviene la presa in carico?</p>	<p>Nel più breve tempo possibile e comunque dipende dalle caratteristiche della prestazione e del paziente.</p>

	
<p>Per quanto tempo se ne può usufruire?</p> 	<p>In base alla durata del Piano Assistenziale, le Cure Domiciliari Integrate possono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a breve termine (da 15 a 30 giorni); - a medio termine (fino a circa 90 giorni); - a lungo termine (fino a 180 giorni ripetibili). <p>Qualora allo scadere dei tempi previsti si rendesse necessario prolungare l'assistenza, l'Unità Valutativa Integrata rivaluterà il caso e redigerà un nuovo Piano</p>
<p>Le prestazioni hanno un costo?</p> 	<p>La prestazione infermieristica è gratuita. L'assistito paga il ticket dell'impegnativa nel caso non sia esente.</p>