

PROCEDURA PER LA PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE OSPEDALIERA

Sperimentazione nell'ambito dei Comuni del Rhodense

INDICE

1.Premessa	2
2.Oggetto e scopo	2
3.Campo di applicazione	4
4.Responsabilità.....	4
5.Definizioni e acronimi	4
6.Dimissione ospedaliera e continuità assistenziale: la Scala di Brass e il nuovo modello operativo.....	6
6.1. La Scala di Brass.....	6
6.2 Il modello operativo integrato	7
7. Conclusioni.....	15
9. Allegati	15

1.PREMESSA

Il presente documento è stato realizzato dal Tavolo tecnico Interistituzionale, costituito da:

Dr.ssa Stragapede Annamaria	Responsabile Area Sociale ASST Rhodense e coordinatore del Tavolo Interistituzionale
Ing. Fenu Giulia	Collaboratore professionale Ingegnere Gestionale ASST Rhodense
Dr.ssa Munforte Lorena	Assistente Sociale UOC Welfare e Fragilità ASST Rhodense
Dr.ssa Raimondi Adelia	Assistente Sociale Servizio Sociale Ospedaliero ASST Rhodense
Dr.ssa Sassi Paola	Coordinatore Assistenti Sociali Comune di Rho
Dr.ssa Cozzi Cristina	Responsabile UO Anziani e Disabili Comune di Rho
Dr.ssa Zaffaroni Emanuela	Assistente Sociale Comune di Lainate
Dr.ssa Scozzafava Guendalina	Responsabile Servizi Sociali Comune di Arese
Dott. Baroni Simone	Responsabile Servizi alla Persona Comune di Vanzago
Dr.ssa Maselli Marcella	Responsabile Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) SERCOP

2. OGGETTO E SCOPO

La Legge Regionale 23/2015 ridisegnando la fisionomia del Servizio Sanitario Regionale ha comportato la rivisitazione delle modalità operative in essere nella ex ASL Milano 1 e nella ex Azienda Ospedaliera Salvini, nell'ottica di unificare, efficientare ed uniformare nella nuova realtà aziendale le diverse fasi di intervento a sostegno del cittadino.

La complessità del rinnovamento in ambito sociosanitario e la molteplicità dei progetti "di inclusione" che investono Enti diversi hanno, inoltre, sollecitato una risposta integrata da parte delle diverse istituzioni presenti sul territorio.

Con l'obiettivo di individuare modalità sempre più efficienti volte a garantire l'assistenza ai pazienti in quadro di risorse finite, è stato intrapreso dagli EELL dell'Ambito del Rhodense e dalla ASST Rhodense, un dialogo costruttivo volto a superare i modelli di collaborazione preesistenti, per favorire l'affermazione di una interconnessione operativa reale, basata sulla integrazione degli interventi e la sostenibilità degli stessi.

Il Tavolo Interistituzionale, costituito da una Cabina di Regia e da un Gruppo di Lavoro, ha affrontato, in prima istanza, la mappatura e la ricognizione dei molteplici servizi, nell'ottica comune di individuare le aree necessitanti di una nuova razionalizzazione e di una rigorosa appropriatezza degli interventi in funzione di un'economicità complessiva della filiera erogativa.

La mappatura ha reso ancor più consapevoli tutti gli Attori Istituzionali in merito al fatto che la crescente complessità dei bisogni sociali e sociosanitari difficilmente possono trovare risposta in

un'unica realtà aziendale, motivando decisori ed operatori ad impegnarsi per l'attuazione concreta di un modello a rete.

Il presente lavoro scaturisce pertanto dalla volontà di favorire il dialogo costruttivo fra i nodi della rete, attraverso la definizione e composizione delle opportune connessioni e l'esplicitazione delle regole di funzionamento indispensabili.

Il processo volto a gestire i pazienti dimessi ed "ospedalizzati" al domicilio, è stato individuato come ambito privilegiato di intervento integrato, in quanto se le cure al domicilio rappresentano un'opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante, il rientro al domicilio dopo un ricovero ospedaliero può essere, per molti, fonte di gravi disagi e difficoltà. Infatti, si passa da un'assistenza sanitaria di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto nel tempo e nella intensità, con un forte carico sulla famiglia e/o caregiver.

L'analisi condotta in maniera sinergica ha rilevato che seppure siano disponibili servizi sanitari e sociali al domicilio, spesso i familiari si trovano ad affrontare difficoltà "burocratiche", problemi organizzativi, tempi di attesa prolungati che possono provocare una soluzione della continuità nel percorso di cura. Con l'obiettivo di rendere più agile per il cittadino l'ingaggio dell'intera filiera di servizi, a prescindere da chi sia l'Ente erogatore, abbiamo strutturato il seguente protocollo operativo, che declina in modo puntuale l'intervento di ciascun operatore coinvolto nel processo.

Il salto di qualità che si intende perseguire attraverso l'implementazione della procedura aziendale a livello territoriale è che ciascun Servizio non rimandi più il cittadino ad altro Ente, laddove non sia in grado di soddisfare la richiesta, ma attivi già, in modo proattivo, il servizio deputato a rispondere.

Attraverso la seguente procedura viene strutturato un modello organizzativo interdisciplinare ed interistituzionale che ha lo scopo di:

- ✓ identificare precocemente in ambito ospedaliero il rischio di dimissione difficile, attraverso l'introduzione della Scala di Brass, quale strumento utile all'individuazione oggettiva e interdisciplinare del bisogno, definito sulla base del livello di rischio;
- ✓ ricostruire la filiera erogativa tra ospedale e territorio, alla luce del nuovo assetto aziendale delineato con la L.R.23/2015, con l'obiettivo di rispondere ai bisogni di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sanitaria, sociosanitaria o socio assistenziale, che necessitano di una presa in carico integrata;
- ✓ evitare la frammentazione del processo di dimissione e la contestuale duplicazione degli interventi, a garanzia dell'economicità;

- ✓ coinvolgere precocemente il paziente e il caregiver ai fini di un corretto utilizzo della rete dei servizi territoriali, attraverso appropriata informazione in merito alle diverse e specifiche tipologie di offerta;
- ✓ fornire un miglior servizio all'utente che sin dalla fase di ricovero intraprende un percorso di cura in grado di assicurare la continuità tra presa in carico sanitaria e sociale.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Si applica a tutti i pazienti in dimissione dalle Unità Operative di degenza della ASST Rhodense, residenti in uno dei Comuni aderenti alla sperimentazione, nello specifico Rho, Arese, Lainate e Vanzago.

4. RESPONSABILITA'

Cabina di Regia, costituita da Direzione Sociosanitaria ASST Rhodense, Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Rho; Direzione Servizi alla Persona Comune di Rho; Direzione SERCOP con delega di rappresentanza ricevuta da parte dei Comuni di Arese, Lainate, Vanzago.

Tutti gli operatori e i diversi livelli di responsabilità delle UO coinvolte nel processo.

5. DEFINIZIONI E ACRONIMI

Dimissione ordinaria	Avviene quando sussistono le condizioni di dimissibilità clinica del paziente nei tempi indicati per quel determinato DRG
Dimissione ritardata	Si presenta quando la durata della degenza supera le giornate attese per quel determinato DRG; il protrarsi della degenza può essere dovuto a motivazioni di carattere sociale e/o organizzativo: ritardo nell'attivazione dei servizi a supporto della dimissione (Courtney et al., 2011)
Dimissione difficile	Si verifica in caso di dimissibilità clinica alla quale si associa la presenza di criticità per la gestione delle quali è necessario un impegno di risorse economiche, umane e organizzative che va oltre alle potenzialità del paziente e dei suoi famigliari.
Dimissione protetta	E' la dimissione da un reparto di degenza di un paziente con problemi sanitari o sociosanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi terapeutici ed assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità di cura. Il termine "protetta" fa riferimento alla complessità assistenziale del paziente (Holland et Al -2003).
DAPSS	Direzione Assistenziale Professioni Sanitarie e Sociali
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata Insieme coordinato e continuativo di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura sociale, assistenziale e riabilitativa, erogate a domicilio (presa in carico multidisciplinare). Richiede la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione di un Progetto Individuale di Assistenza (P.I)

	E' di competenza dei Servizi territoriali (cure domiciliari) dell'ASST. E' rivolto a pazienti non trasportabili se non con mezzi sanitari e a pazienti per i quali si manifesta un evento acuto intercorrente che non consente di spostarsi dal domicilio.
PI	Progetto Individuale Definisce le aree problematiche e i bisogni assistenziali del paziente, gli obiettivi della presa in carico e le figure professionali coinvolte. E' redatto dai servizi territoriali dell'ASST (cure domiciliari)
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato Definisce i bisogni assistenziali, gli obiettivi e gli interventi necessari per il raggiungimento degli stessi. E' redatto dall'ente erogatore attuatore degli interventi/prestazioni.
MMG /PLS	Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta, in quanto responsabili dell'assistito, sono coinvolti nell'intero processo di continuità di cura. I MMG che hanno aderito al progetto di Governo Clinico per l'anno 2016 "...sono impegnati nella valutazione multidimensionale del paziente fragile da effettuarsi congiuntamente con il personale sociosanitario di ASST, con l'obiettivo di promuovere la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, valorizzando il ruolo del MMG quale case manager del malato e semplificare l'accesso alle cure per l'assistito ed il care giver".
CAREGIVER	Il termine anglosassone "caregiver" è entrato ormai stabilmente nell'uso comune; indica "colui che si prende cura" di un ammalato e/o disabile.

Scala di valutazione dell'indice di Brass	Il Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) è una scala di screening del rischio, da usare all'inizio del ricovero (entro 48 ore) per identificare i pazienti che necessitano di un piano di dimissione o che sono a rischio di dimissione difficile. Le autrici Blaylock e Cason (1992), attraverso la revisione della letteratura e la loro esperienza clinica in ambito geriatrico, hanno identificato quali fattori predittivi di dimissione difficile i seguenti elementi: età (≥ 65 anni), stato funzionale, stato cognitivo, supporto sociale e condizioni di vita, numero di ricoveri pregressi, accessi al Pronto Soccorso, numero di problemi clinici attivi. Prevede un punteggio da 0 a 40, raggruppato in 3 classi di rischio.
SAD	Servizio Assistenza Domiciliare Erogazione, da parte del Comune di residenza, di prestazioni assistenziali, quali: igiene personale, fornitura pasti, effettuazione della spesa, manutenzione dell'igiene dell'ambiente domestico etc.
Invalità civile e prescrizione di ausili	La prescrizione di ausili, a cura del medico prescrittore ospedaliero, prevede il riconoscimento di invalidità civile superiore ad un terzo (quindi: maggiore o uguale al 34% -art 2 DM 27 agosto 1999 n.332). Il Kit di allettamento (letto, materasso, sponde, comoda) può essere erogato entro 48 ore dalla richiesta, anche in attesa del perfezionamento dell'iter di riconoscimento dello stato di invalidità.
PDTA	Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali Percorsi clinici definiti per diverse condizioni morbose acute o croniche in diverse fasi di malattia e livelli assistenziali (PDTA territoriali, ospedalieri o percorsi integrati di cura -PIC), rappresentano uno strumento di programmazione del processo di cura e di integrazione tra i diversi professionisti e le diverse strutture, sono la base dei programmi di gestione di malattia, in relazione ai bisogni di cura individuali.
OD	Ospedalizzazione Domiciliare
ASTCP	Assistenza Specialistica ambito Territoriale in Cure Palliative
SSR	Servizio Sanitario Regionale
EVM	Equipe Valutazione Multidimensionale
Case Manager	Professionista referente e responsabile del caso
DRG	Diagnosis Related Groups, classificazione dei ricoveri ospedalieri per acuti nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), anche a fini di remunerazione degli ospedali

La valutazione accurata del paziente al momento dell'ingresso in reparto è la condizione fondamentale per la predisposizione di un appropriato percorso di dimissione.

Dopo la fase dell'acuzie, infatti, può accadere che la dimissibilità clinica non sia condizione sufficiente per realizzare la dimissione, a causa di ostacoli di natura non clinica, intercettabili sin dalla fase di ingresso in reparto, quali:

- ✓ assenza di familiari idonei ad accudire una persona non autosufficiente;
- ✓ resistenze dei familiari ad accogliere a casa il congiunto per motivi di carattere organizzativo, economico o altro;
- ✓ necessità di supportare la famiglia attraverso interventi di carattere infermieristico e/o sociale;
- ✓ esigenza di fornire e gestire particolari presidi/dispositivi a domicilio (letti antidecubito, pompe per nutrizione artificiale, sollevatori, respiratori etc.);
- ✓ necessità di procedere a revisioni strutturali del domicilio (bagno assistito, montacarichi, ascensore etc.) o di trovare un nuovo domicilio con caratteristiche adeguate;
- ✓ urgenza di reperire un'idonea sistemazione extrafamiliare, temporanea o definitiva, quando è ragionevolmente impossibile il ritorno al proprio domicilio.

La valutazione multidimensionale di tutti i fattori rende pertanto necessaria l'adozione di uno strumento che, utilizzando indicatori oggettivi di complessità, possa predefinire la quantità e la qualità di interventi sociosanitari ed assistenziali necessari per assicurare una presa in carico fortemente integrata, con il duplice obiettivo di prevenire le complicanze e ottimizzare il percorso di cura.

Lo strumento individuato allo scopo è la Scala di Brass.

6.1. La Scala di Brass

Il Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) è una scala di screening, da compilare **entro 48 ore dal ricovero** per identificare i pazienti che necessitano di un piano di dimissione o che sono a rischio di dimissione difficile.

La BRASS ha una validità predittiva, in quanto attraverso l'attribuzione di un punteggio da 0 a 40, identifica tre tipologie di rischio:

Tipologia di rischio	Descrizione
0-10 Rischio basso	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 Rischio medio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse, che richiedono una pianificazione della dimissione ma, probabilmente, senza rischio di istituzionalizzazione
≥20 Rischio alto	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o

Ad ogni classe di rischio corrisponde un percorso di dimissione specifico e differenziato.

Qualora l'indice di Brass evidenzia:

- ✓ un **rischio BASSO** (punteggio da 0 a 10) rileva l'opportunità di attivare il percorso di dimissione ordinaria;
- ✓ un **rischio MEDIO** (punteggio da 11 a 19) rileva l'opportunità di attivare il percorso di dimissione protetta al domicilio;
- ✓ un **rischio ALTO** (punteggio da 20 a 40) rileva l'opportunità di attivare il percorso di dimissione protetta presso altro reparto o istituzione.

La Scala di Brass (ALL. 1) indaga i seguenti indicatori oggettivi di complessità:

1. età
2. condizioni di vita e supporto sociale
3. stato funzionale
4. stato cognitivo
5. numero di farmaci assunti
6. modello comportamentale
7. mobilità
8. deficit sensoriali
9. numero di ricoveri pregressi/accessi al Pronto Soccorso
numero di problemi clinici attivi.

Si precisa che il dato fornito attraverso la compilazione della Scala di Brass ha valenza predittiva e non esclude l'ascolto e l'osservazione diretta del paziente e della specificità del contesto familiare e sociale.

La scala di Brass deve, pertanto, essere nuovamente compilata **72 ore prima della dimissione**, esclusivamente nei casi in cui le condizioni rilevate in ingresso si siano modificate al punto da determinare una differente tipologia di dimissione rispetto a quella registrata a 48 ore dal ricovero. Il case manager ospedaliero in tali situazioni attiva il Servizio Sociale Ospedaliero che è deputato ad intervenire per le dimissioni a rischio alto.

6.2 Il modello operativo integrato

La dimissione protetta è la dimissione da un reparto di degenza di un paziente che ha problemi sanitari o sociosanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi terapeutico-assistenziali al fine di garantire la continuità delle cure.

In considerazione della complessità multidimensionale e multidisciplinare che connota l'organizzazione della dimissione protetta, si è ritenuto indispensabile delineare un processo in grado di semplificare, in primis, il percorso del paziente e della sua famiglia ed agevolare, al contempo, la

sinergia tra i servizi e i professionisti coinvolti, onde evitare la sovrapposizione e/o la duplicazione degli interventi con conseguente dispersione di risorse.

La Scala di Brass, individuando tre aree di rischio differenti, determina l'attivazione di interventi e servizi diversi a seconda del punteggio rilevato. Di seguito, per ogni area di rischio, sono esplicitate le funzioni proprie di ogni soggetto professionale coinvolto.

Punteggio da 0 a 10

RISCHIO BASSO

DIMISSIONE ORDINARIA

La dimissione ordinaria è programmata per i soggetti che non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata.

I pazienti in dimissione ordinaria non necessitano dell'attivazione di interventi sociosanitari e socioassistenziali territoriali, pertanto le seguenti indicazioni coinvolgono esclusivamente personale sanitario dell'ASST.

Medico di reparto

Redige la lettera di dimissione e la consegna al paziente o ai familiari nei casi previsti.

Infermiere di reparto

Gli infermieri impegnati nell'assistenza all'interno delle degenze, devono guidare il paziente e il caregiver alla dimissione, effettuando il monitoraggio delle condizioni cliniche che richiedono un programma di educazione, al fine di trasferire le conoscenze necessarie a rendere autonomo il paziente e/o caregiver, una volta al domicilio. Ciò rende necessario prevedere interventi educativi durante il periodo di degenza, integrati dalla consegna di materiale informativo prima della dimissione.

Il processo educativo deve essere dinamico, strutturato e sistematico legato all'evolversi della patologia e ai relativi bisogni emergenti per il paziente e per la sua qualità di vita, volto a contrastare l'evoluzione della patologia, fornendo anche una serie di conoscenze (al paziente e/o caregiver) orientate all'acquisizione di abilità.

Punteggio da 11 a 19

RISCHIO MEDIO

DIMISSIONE PROTETTA AL DOMICILIO

Il rischio medio individua prevalentemente soggetti che presentano situazioni cliniche complesse. Alla dimissibilità clinica si associa la presenza di criticità per la gestione del rientro al domicilio, per le quali è necessario un impegno di risorse economiche, umane e organizzative che va oltre alle potenzialità del paziente e dei suoi familiari.

Per questa casistica di pazienti può rendersi necessario l'intervento sinergico dei servizi socio-sanitari ASST e del sistema socio-assistenziale degli Enti Locali. Pertanto, di seguito verranno indicate le funzioni specifiche di ciascun profilo professionale coinvolto.

L'infermiere di reparto

Compete all'infermiere che ha in carico il paziente, la compilazione della Scala di Brass da effettuare **entro le 48 ore dall'ingresso**, preferibilmente nel corso della mattina successiva al giorno di ricovero.

L'esito della scala viene comunicato **immediatamente** al:

- ✓ medico di reparto che ha in carico il paziente
- ✓ coordinatore infermieristico
- ✓ case manager ospedaliero della dimissione, che quotidianamente prenderà visione delle diverse schede compilate per l'avvio delle attività di competenza

Il case manager ospedaliero della dimissione

Il case manager ospedaliero è l'infermiere che si occupa del percorso di dimissione non ordinaria del paziente. Ha la responsabilità di attivare e coordinare tutti gli operatori ospedalieri e territoriali che, insieme alla famiglia, partecipano ad assicurare continuità al percorso di dimissione, a medio ed alto rischio.

Il case manager ospedaliero, ogni giorno si reca nelle UUOO. di area medica, chirurgica e riabilitativa e verifica l'appropriatezza della compilazione della scheda di Brass apportandone le eventuali integrazioni.

Per tutti i casi la cui dimissione risulta a medio rischio, valutata la situazione con il clinico responsabile del paziente, attiva i servizi territorialmente competenti, attraverso la trasmissione della scheda compilata al seguente indirizzo di posta elettronica dimissioni.protette@asst-rhodense.it.

Il case manager territoriale: coordinatore infermieristico della UOC Welfare

Il coordinatore infermieristico ha la responsabilità di visionare l'indirizzo email, dimissioni.protette@asst-rhodense.it, verificare l'adeguatezza delle richieste pervenute e attivare l'equipe territoriale, che pianifica l'incontro con il case manager ospedaliero per valutare congiuntamente le necessità del paziente in dimissione e prendere in carico il caso.

L'incontro fra l'equipe territoriale ed il case manager ospedaliero deve realizzarsi **entro le 72 ore** dalla ricezione della scala di Brass.

L'équipe del servizio territoriale, coinvolta nella gestione dell'assistenza al domicilio, effettuata la valutazione multidimensionale del bisogno, definisce il progetto di cura personalizzato (PI) con individuazione degli obiettivi di cura, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi.

Laddove la scala di Brass individui un rilevante bisogno di intervento sociale (item "Condizioni di vita e supporto sociale" ≥ 3), l'attivazione degli interventi opportuni a soddisfare le necessità socioassistenziali per i pazienti in dimissione a rischio MEDIO viene effettuata da parte delle **assistenti sociali territoriali**, attivate dal coordinatore infermieristico della UOC Welfare.

Nello specifico, l'equipe territoriale della UOC Welfare dedicata alle dimissioni protette, costituita da assistente sociale e infermiere professionale, ingaggiate **entro il quinto giorno dalla data di ricovero**, si recano in ospedale per incontrare il paziente e la famiglia e valutare appropriatamente la situazione.

In questo colloquio l'assistente sociale:

1. effettua in diretta telefonica con l'AS del Comune la verifica anagrafica;
2. fornisce le indicazioni necessarie per la compilazione dell'ISEE e l'elenco aggiornato dei CAF presenti sul territorio;
3. consegna informazioni e documentazione per l'inoltro della domanda di invalidità civile, necessaria anche per attivare la richiesta di protesica;
4. orienta sulle Misure, laddove necessario;
5. congeda la famiglia lasciandole un giorno di tempo per riflettere ed accettare o meno la proposta di rientro al domicilio formulata in base alla valutazione effettuata.
6. Il giorno stesso (quinto giorno dal ricovero), al rientro in ufficio restituisce via e-mail all'AS del Comune di residenza l'esito del colloquio di anamnesi e valutazione;

L' **Assistente Sociale del Comune** non oltre le 24 ore dalla ricezione risponde all'e-mail, comunicando già una data di disponibilità per effettuare un colloquio congiunto in Comune e/o visita domiciliare in base a tempi di dimissione.

Questi appuntamenti **costituiscono una priorità quindi debbono essere collocati entro 72 ore lavorative dalla richiesta**.

Contestualmente, l'**Infermiere territoriale della UOC Welfare** si coordina con gli altri servizi ASST/Enti Erogatori, laddove necessario, per l'attivazione degli interventi finalizzati alla fornitura degli opportuni ausili e dispositivi atti ad assicurare la continuità terapeutica (nutrizione artificiale, ossigenoterapia, ventiloterapia, protesica maggiore, protesica minore, assorbenza) e ne dà informazione al case manager ospedaliero della dimissione.

Al settimo giorno, l'**Assistente Sociale della UOC Welfare** telefona al caregiver per ricevere il consenso a procedere. In questa stessa telefonata comunica al caregiver la data dell'appuntamento con l'Assistente Sociale comunale o presso ufficio comunale (qualora il paziente sia ancora ricoverato) o presso il domicilio (qualora paziente già dimesso o in immediata dimissione).

Fondamentale è il valore della valutazione socio-sanitaria che si realizza in reparto poiché consente di distinguere ed attivare, di conseguenza, gli interventi indirizzati a:

1. casi che possono favorevolmente beneficiare del rientro al domicilio;
2. casi che clinicamente potrebbero beneficiare del rientro al domicilio ma privi di rete familiare/sociale o con rete familiare/sociale non idonea a supportare il rientro al domicilio (rischio medio ma ad alto rischio sociale).

Su quest'ultima casistica, si predispone **un progetto individualizzato integrato tra ASST ed EELL** che ponga in essere le seguenti azioni:

- l'ASST si impegna a trasferire dal reparto di acuzie all'U.O. Cure Subacute il paziente, laddove sussistano i requisiti e comunque per un periodo non superiore alle tre settimane salvo diverse indicazioni di natura clinica;
- Assistente Sociale dell'UOC Welfare segnala alla Procura la necessità di attivare l'Amministrazione di Sostegno corredando la richiesta sia della documentazione clinica acquisita in reparto sia delle informazioni integrative fornite dal Servizio Sociale del Comune;
- Assistente Sociale dell'EELL si impegna ad individuare struttura/RSA in cui collocare il soggetto ed esprime formale dichiarazione in cui si impegna a pagare la retta nella fase intercorrente dalla data di dimissione dall'U.O. di Cure Subacute, salvo poi rivalersi sulle risorse del soggetto una volta nominato l'Amministratore di Sostegno.

Il trasferimento nella struttura individuata deve avvenire entro e non oltre tre settimane dall'ingresso nel reparto di Subacute, salvo indicazioni cliniche differenti.

Il progetto condiviso viene trasmesso contestualmente alla relazione in cui si chiede la nomina dell'Amministratore di Sostegno, al fine di informare la Procura dello stato di totale deprivazione in cui versa il soggetto ed accelerare i tempi di risposta di tutti gli enti coinvolti.

Punteggio ≥ 20

RISCHIO ALTO

DIMISSIONE PROTETTA PRESSO STRUTTURE RIABILITATIVE O ISTITUZIONI

Il rischio alto, esitato dalla Scala di Brass, individua prevalentemente i pazienti che hanno problemi tali da richiedere una continuità di cure in strutture riabilitative o istituzioni.

In tali situazioni, il *case manager ospedaliero* della dimissione trasmette immediatamente e comunque **non oltre le 24 ore dalla ricezione** dell'esito della Scala di Brass a:

- medico di reparto che ha in cura il paziente;
- **servizio sociale ospedaliero** inviando la scala di Brass al seguente indirizzo email serviziosociale@asst-rhodense.it

Il medico e l'assistente sociale, valutata la necessità di assicurare la continuità di cura presso altre strutture ospedaliere o territoriali, mettono in atto, ciascuno per propria competenza, le azioni specifiche per attivare ogni tipologia di percorso.

Si sottolinea l'importanza di informare il servizio sociale ospedaliero immediatamente, in quanto il reperimento di una struttura esterna, idonea ad offrire l'appropriata continuità di cura, comporta il rispetto di specifici criteri di accesso (es. liste d'attesa), che talvolta non consentono di organizzare la dimissione in tempi brevi. Pertanto, quanto più precocemente viene coinvolto il servizio sociale ospedaliero, tanto maggiori sono le possibilità di effettuare le dimissioni nei termini di degenza auspicati in reparto.

Il medico e l'infermiere di reparto, predisporranno la modulistica prevista per l'invio a ciascuna delle strutture di seguito elencate, nello specifico:

1. CSA AZIENDALI (Cure Sub Acute)

- la compilazione a cura del medico dell'U.O di ricovero del paziente, della relativa scheda di attivazione e l'invio on-line all'U.O CSA
- la compilazione a cura dell'Infermiere della "scheda di determinazione dell'indice di intensità assistenziale. Per la compilazione della stessa si rimanda al Prt. SITRA 10- rev.01 "Istruzione Operativa per compilazione della scheda di determinazione dell'Indice di Intensità Assistenziale e proposta di trasferimento in Cure Sub Acute"

2. CURE INTERMEDIE (strutture esterne)

- la compilazione a cura del medico dell'U.O di ricovero del paziente, della scheda Unica Regionale di valutazione e accesso alle Cure intermedie per l'identificazione dei profili di classificazione dell'utenza e la valutazione dell'idoneità all'accesso

3. UNITÀ OPERATIVE RIABILITATIVE

- compilazione a cura del medico dell'U.O di ricovero del paziente, della richiesta di consulenza fisiatrica per valutazione e presa in carico riabilitativa.
- Effettuata la consulenza, il fisiatra redige il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) che definisce il percorso più idoneo in base all'esito della valutazione.

Tale percorso può attualmente prevedere presso l'ASST la presa in carico secondo i presenti livelli:

- ✧ Alta intensità complessa (Pneumologia Riabilitativa, Cardiologia Riabilitativa, Unità Spinale)
- ✧ Riabilitazione Intensiva (Riabilitazione Ortopedica-Neurologica)
- ✧ Riabilitazione estensiva (general geriatrica)
- ✧ Riabilitazione al domicilio con attivazione di voucher

4. RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) e RSD (Residenza Sanitaria Disabili)

Compilazione da parte del medico di reparto del modello unico per le RSA/RSD di RL Regione Lombardia.

5. Hospice/Assistenza Specialistica Territoriale Cure Palliative (ASTCP)

Richiesta, a cura del medico dell' U.O, della consulenza del Medico di Cure Palliative a seguito della quale avviene la valutazione delle caratteristiche del paziente ed il colloquio con i famigliari per l'identificazione delle modalità di presa in carico più idonee alla situazione (trasferimento presso l'Hospice, attivazione dell'ASTCP).

Al servizio sociale ospedaliero, in particolare, compete:

- la condivisione del progetto individuale predisposto in equipe;
- l'approfondimento dell'anamnesi familiare e sociale rilevata con la Scala di Brass, al fine di verificare l'effettiva assenza di risorse idonee a garantire la dimissione del soggetto al domicilio;
- il supporto ai familiari in merito alle procedure da seguire per la certificazione dello stato di invalidità e relativo orientamento ai servizi INAIL e INPS a cui rivolgersi in base alla specifica situazione;
- l'informazione in merito alla fruizione dei benefici normati dalla Legge 104/92;
- l'informazione ai familiari relativamente alla possibilità di fruizione delle misure regionali (RSA Aperta e Residenzialità leggera, Misura B1, B2);
- il raccordo con le associazioni di volontariato e terzo settore per il sostegno individuale e/o familiare.
- il reperimento della struttura appropriata ad accogliere il paziente in dimissione, individuata in accordo con la famiglia;
- il raccordo con il servizio sociale comunale per l'attivazione delle opportune prestazioni integrate di competenza: nello specifico è necessario verificare se la capacità economica della famiglia consente al soggetto e al nucleo di sostenere in autonomia la retta.

In caso di dichiarata impossibilità da parte del paziente e della famiglia, il servizio sociale ospedaliero segnala, il giorno stesso del colloquio e comunque non oltre le 24 ore, con email il caso al servizio sociale del Comune di residenza che risponde, sempre con email, fornendo entro 72 ore dalla ricezione della email, un appuntamento al familiare e le indicazioni della documentazione che il caregiver deve produrre in sede di colloquio.

- per i casi sociali ove vi sia impossibilità di ISEE, il servizio sociale ospedaliero procede alla segnalazione in Procura per l'attivazione dell'Amministrazione di sostegno.

La suddetta relazione, scritta dal servizio sociale ospedaliero, deve contenere anche la dichiarazione del servizio sociale dell'EL attraverso cui il Comune di residenza si impegna a sostenere la spesa per il collocamento del soggetto presso la RSA, salvo rivalersi sulle risorse del soggetto una volta nominato l'Amministratore di Sostegno. Tale documentazione è necessaria per consentire l'accesso del paziente in RSA e quindi favorire la dimissione dal reparto ospedaliero.

- **PERMANE IL PROBLEMA DELLA GESTIONE DEI CASI NELL'ARCO DI TEMPO NECESSARIO AL COMUNE PER ATTIVAZIONE ISEE.**

Per questi casi specifici, ovvero casi che permangono ricoverati per motivazioni socio-economiche e non di tipo clinico, occorre inserire nei regolamenti comunali la possibilità di deroga, affinché il servizio sociale comunale possa procedere analogamente a quanto prescritto per i casi sociali gravi, impegnandosi all'assunzione della spesa *ad interim*, fino alla precisa definizione dell'ISEE, salvo poi rivalersi sul soggetto/nucleo familiare.

- L'individuazione delle RSA compete al servizio sociale ospedaliero, che potrà avvalersi delle indicazioni e/o suggerimenti dei servizi sociali comunali, privilegiando le strutture ove siano attive convenzioni con gli EELL di residenza (si pensi, a titolo esemplificativo, Comune di Rho con la Fondazione Restelli; piuttosto che RSA di Lainate etc).
- **N.B. sarebbe auspicabile poter coinvolgere anche le RSA in questo protocollo, al fine di avviare precise convenzioni finalizzate ad agevolare l'accoglienza dei soggetti ricoverati presso ASST Rhodense e residenti nei Comuni aderenti al tavolo interistituzionale**

Esclusivamente per i pazienti ricoverati presso il **Presidio Ospedaliero di Passirana**, in considerazione della specifica tipologia dei percorsi di cura dei reparti in esso presenti, l'analisi e la valutazione dei casi individuati con le scale di Brass, si realizza attraverso la partecipazione dell'equipe dimissioni protette della UOC Welfare e dell'assistente sociale ospedaliera alla riunione di reparto convocata settimanalmente

- ogni mercoledì ore 11,30-12,30 presso la sala medici della medicina 3

Si precisa che, in tale incontro, il servizio sociale ospedaliero assumerà la responsabilità della presa in carico dei casi valutati con la scala di Brass a rischio alto, e la UOC welfare interverrà per la presa in carico dei soggetti valutati a rischio medio.

Laddove nel corso del ricovero le condizioni del paziente dovessero modificarsi e non essere più rispondenti alla valutazione rilevata con la scala Brass, si sottolinea che:

- per la presa in carico dei casi individuati dalla Brass a rischio alto, per i quali sia possibile attivare favorevolmente un rientro a domicilio, intervengono gli operatori della UOC welfare per la predisposizione degli interventi di competenza.
- Per i casi che, rilevati a rischio alto, necessitano di proseguire la cura in altra struttura interviene il servizio sociale ospedaliero.

7. CONCLUSIONI

La presente procedura, redatta con l'attenzione volta a salvaguardare le *best practices* esistenti in ambito ospedaliero e in ambito territoriale, introduce elementi di novità nella gestione del complesso processo di dimissione ospedaliera protetta.

Tali elementi di novità, come anticipato in premessa, mirano, prima di tutto, a ricomporre la filiera erogativa delle prestazioni, in modo da consentire al paziente ed alla sua famiglia di percepire la "presa in cura" del proprio stato di fragilità da parte di un'unica rete di servizi che agiscono in modo integrato fra loro, evitando al caregiver di ricomporre la molteplicità delle risorse presenti.

Evitare al cittadino di recarsi a "sportelli" diversi per riuscire ad ottenere la continuità assistenziale è stato il principio ispiratore del seguente lavoro.

I numerosi vantaggi perseguibili attraverso un percorso ben strutturato e condiviso di dimissione protetta (l'aumento dell'aderenza alla terapia, la riduzione dei ricoveri inappropriati e delle probabilità di ospedalizzazione a breve termine, la diminuzione delle dimissioni ritardate, la diminuzione delle complicanze post ricovero, l'*empowerment* del paziente e del caregiver) hanno guidato la riflessione del gruppo di lavoro, orientandolo alla rivisitazione di alcuni strumenti e all'introduzione di nuove modalità operative.

La collaborazione interistituzionale ed interdisciplinare delineata agevola il cittadino in quanto:

- il primo colloquio di segretariato sociale non si realizza più in Comune, bensì in reparto e al quinto giorno di degenza. In assenza di tale procedura, invece, il colloquio comportava la prenotazione dell'appuntamento con l'assistente sociale comunale e imponeva tempi di attesa superiori ad una settimana a dimissione avvenuta.
- Il cittadino ottiene le informazioni e la documentazione necessaria all'attivazione dei servizi appropriati di competenza comunale:
 - con un guadagno di tempo di complessivi circa 15 giorni,
 - senza necessità di spostamenti,
 - con la garanzia per il care-giver che il familiare fragile si trova in ospedale ed assistito durante lo svolgimento del colloquio.
- L'appropriatezza della risposta sociale viene già assicurata in ospedale, senza reinvio presso Ente Locale. Ciò consente di:
 - evitare prolungamenti impropri delle degenze,
 - segnalare tempestivamente all'Autorità Giudiziaria la necessità per attivare il procedimento di Amministrazione di sostegno, per i casi in cui fosse necessario.
- A seguito della dimissione, l'assistente sociale ASST congiuntamente all'assistente sociale comunale effettua la visita domiciliare e/o colloquio presso il Comune per la gestione operativa dei casi in cui l'integrazione degli interventi socio-sanitari e socio-assistenziali sia indispensabile. Si realizza, quindi, un reale accompagnamento del paziente al domicilio,

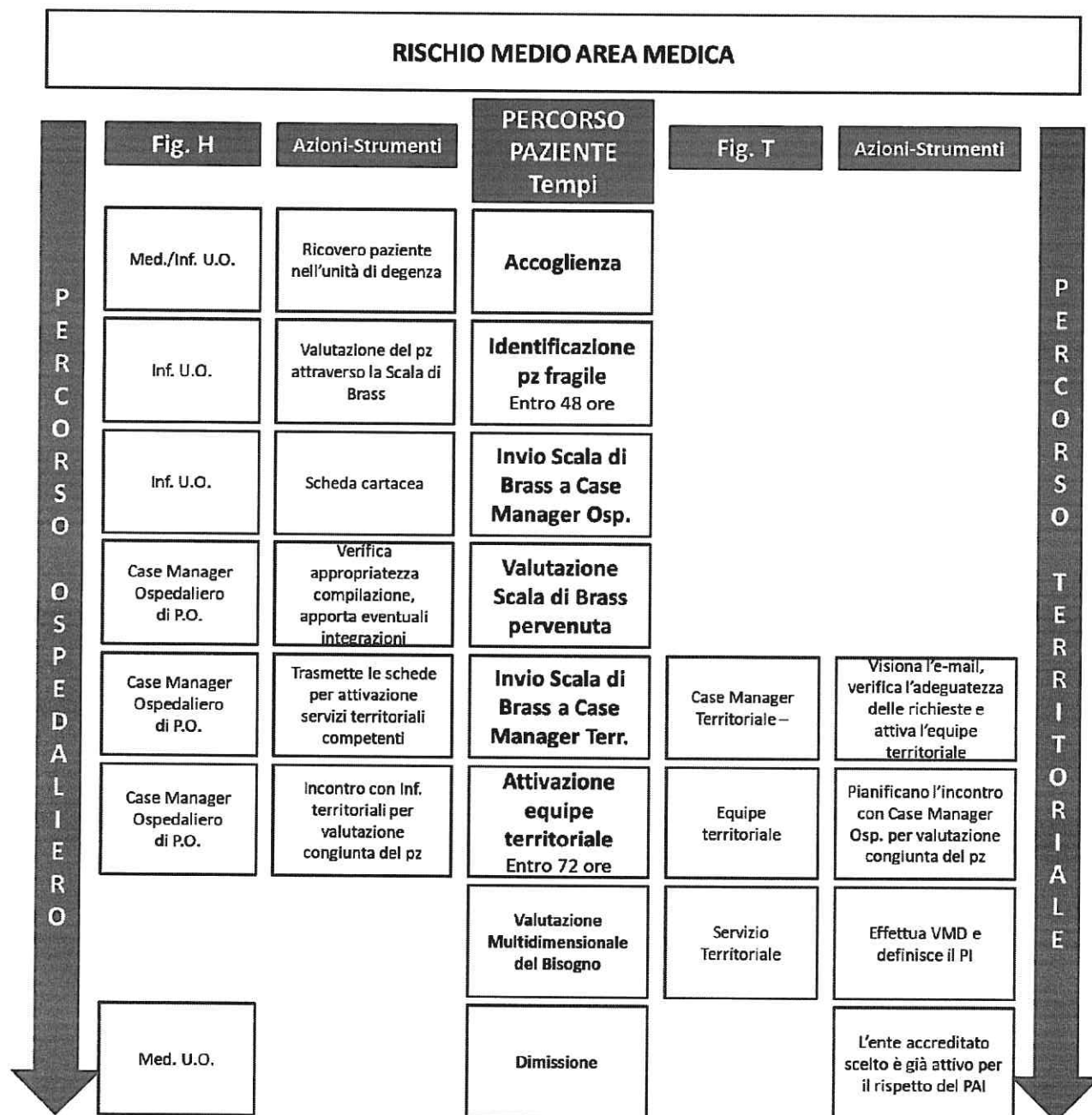
consentendo allo stesso di percepire la continuità di cura dall'ospedale al territorio, e da un'istituzione all'altra.

8. ALLEGATI

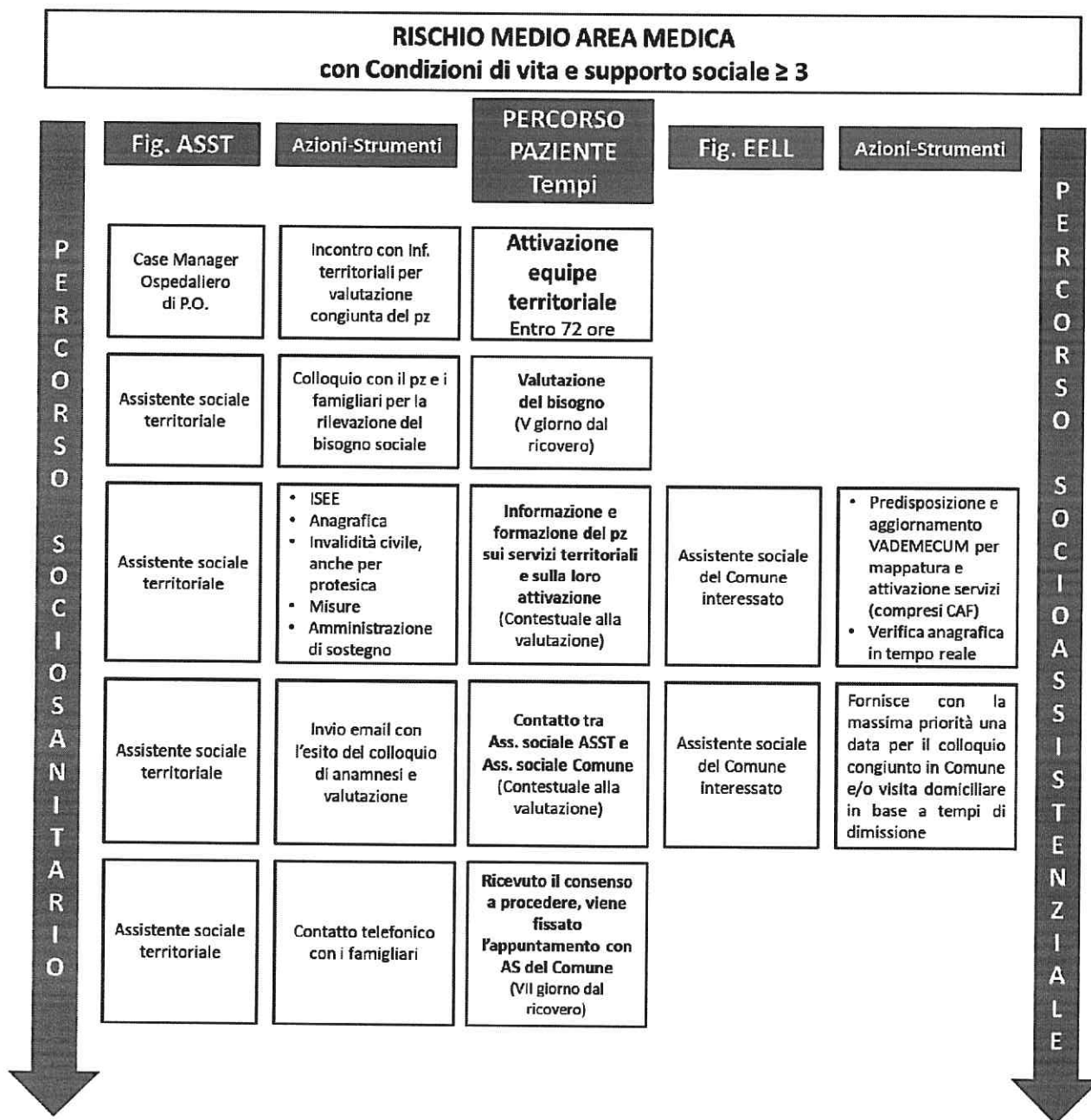
- Scala di Brass e relative istruzioni operative;
- Flow chart: sintetica rappresentazione del processo

Flowchart: Rischio medio Area Medica

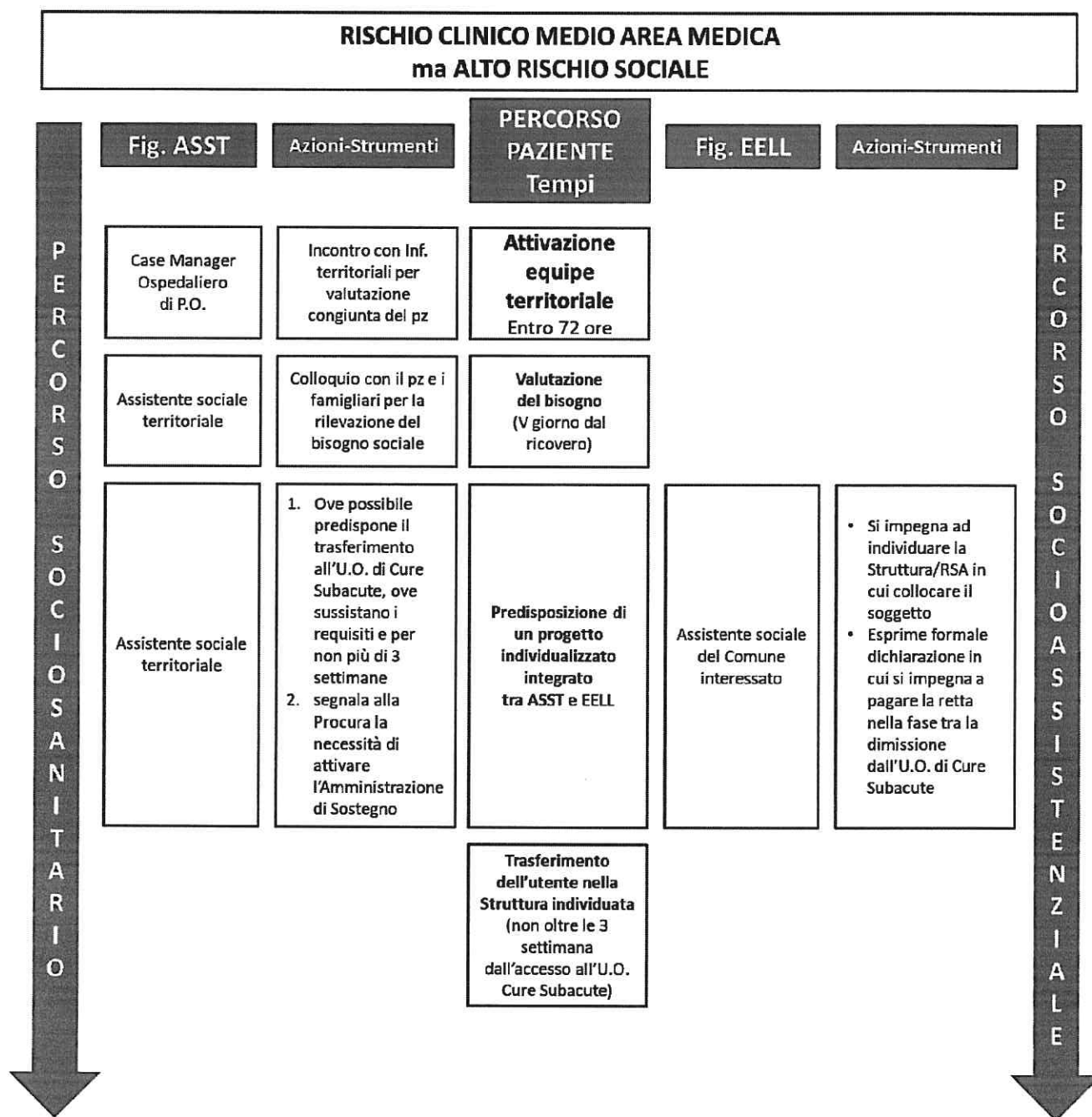
Dove siamo: Percorso ospedaliero e territoriale (intra-aziendale)



Dove stiamo andando: Percorso sociosanitario (ASST) e socioassistenziale (EELL)

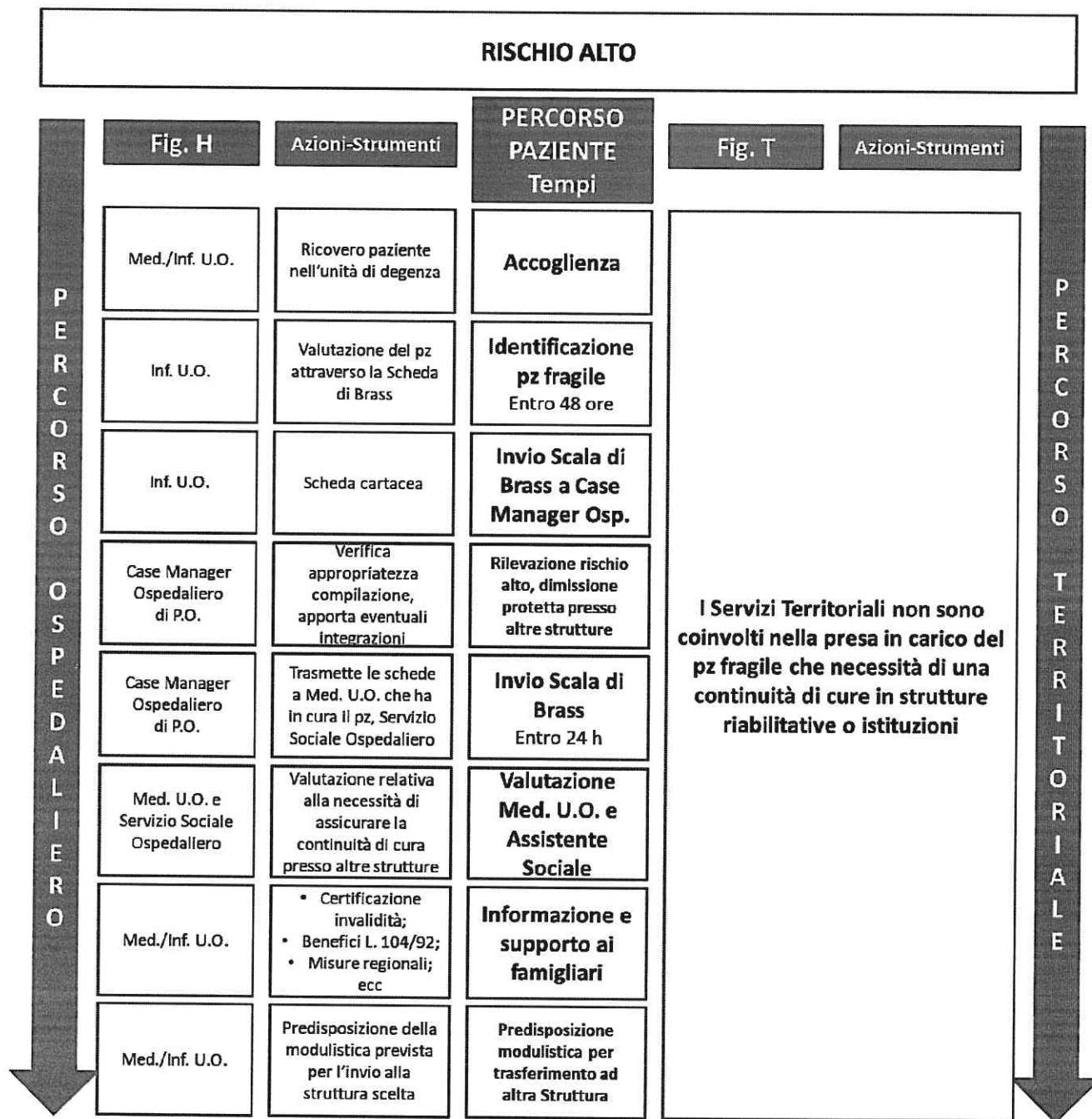


Dove stiamo andando: Percorso sociosanitario (ASST) e socioassistenziale (EELL) per gli utenti privi di rete familiare/sociale o con rete familiare/sociale non idonea a supportare il rientro al domicilio



Flowchart: Rischio alto

Dove siamo: Percorso ospedaliero e territoriale (intra-aziendale)



Dove stiamo andando: Percorso sociosanitario (ASST) e socioassistenziale (EELL)

