

IL RUOLO DELL'OSPEDALE E DELLA RETE DEI SERVIZI - INPUT E OUTPUT - OSPEDALE E TERRITORIO

FRANCESCA NOVACO

Nuovi standard per i Pronto Soccorso della Regione Emilia-Romagna

Bologna 13 Maggio 2019



RAZIONALE

- Il progressivo aumento dell'aspettativa di vita ha portato ad un aumento della prevalenza di persone con due o più patologie croniche concomitanti che si può stimare attorno al 30% della popolazione con età uguale o maggiore di 65 anni.
- Questi pazienti sono tra i principali fruitori dei servizi sanitari in termini di numerosità di prescrizioni farmacologiche, specialistiche e di ricoveri ospedalieri
- E' sempre più evidente che i bisogni di salute di questi pazienti necessitano un approccio multidisciplinare e coordinato / integrato tra setting ospedalieri e territoriali (**Cure Primarie e Cure Intermedie**)
- Sempre più rilevante è quindi la necessità di fare fronte ai nuovi bisogni attraverso azioni coordinate ed integrate in grado di garantire la continuità della presa in carico attraverso i vari settings in cui il paziente viene a trovarsi nel suo percorso di assistenza e cura (**Transitional Care**) e processi di integrazione (**Integrated Care**)* micro (clinica), meso (professionale e organizzativa) e macro (di sistema) incentrati sulla persona e sulla popolazione per il continuum assistenziale. L'integrazione funzionale e normativa garantisce la connettività tra i livelli.

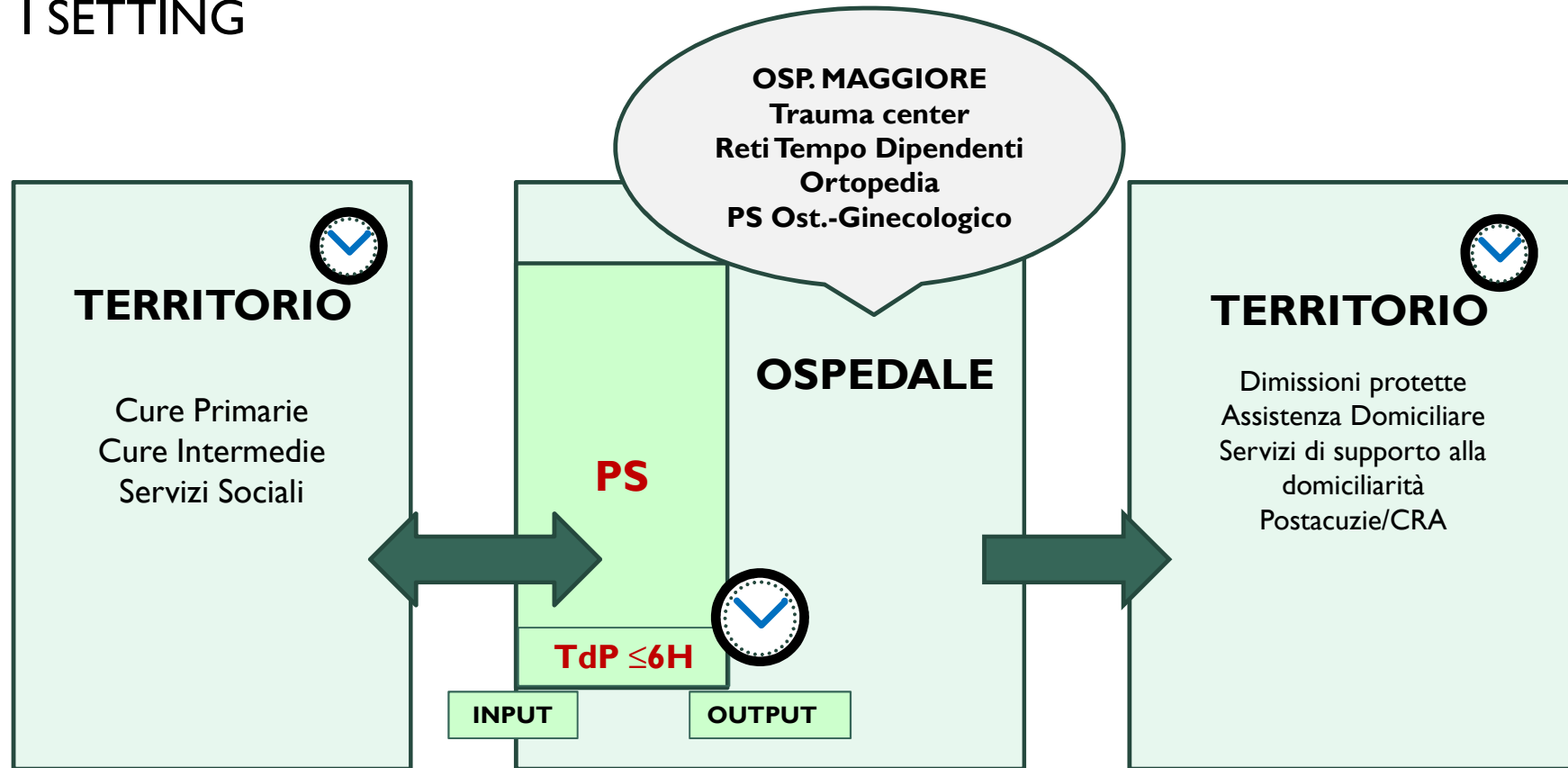
*Int J Integr Care 2013; Pim P. Valentijn, Jan-Mar, URN:NBN:NL:UI:10-1-114415

INTEGRATED CARE

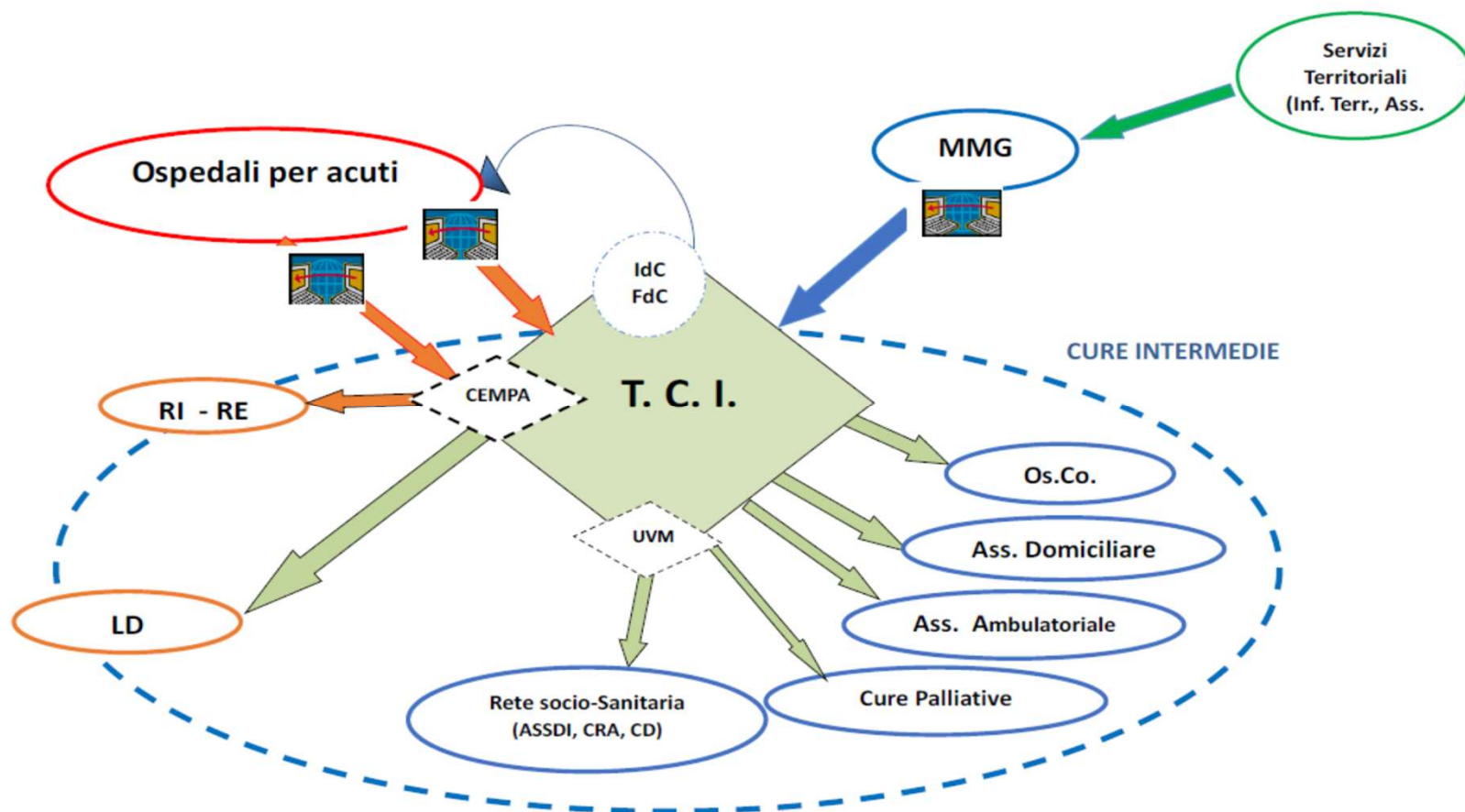


Fonte: adattato da Valentijn et al. 2013

I SETTING



MODELLO DI ACCESSO ALLA RETE DELLE CURE INTERMEDIE

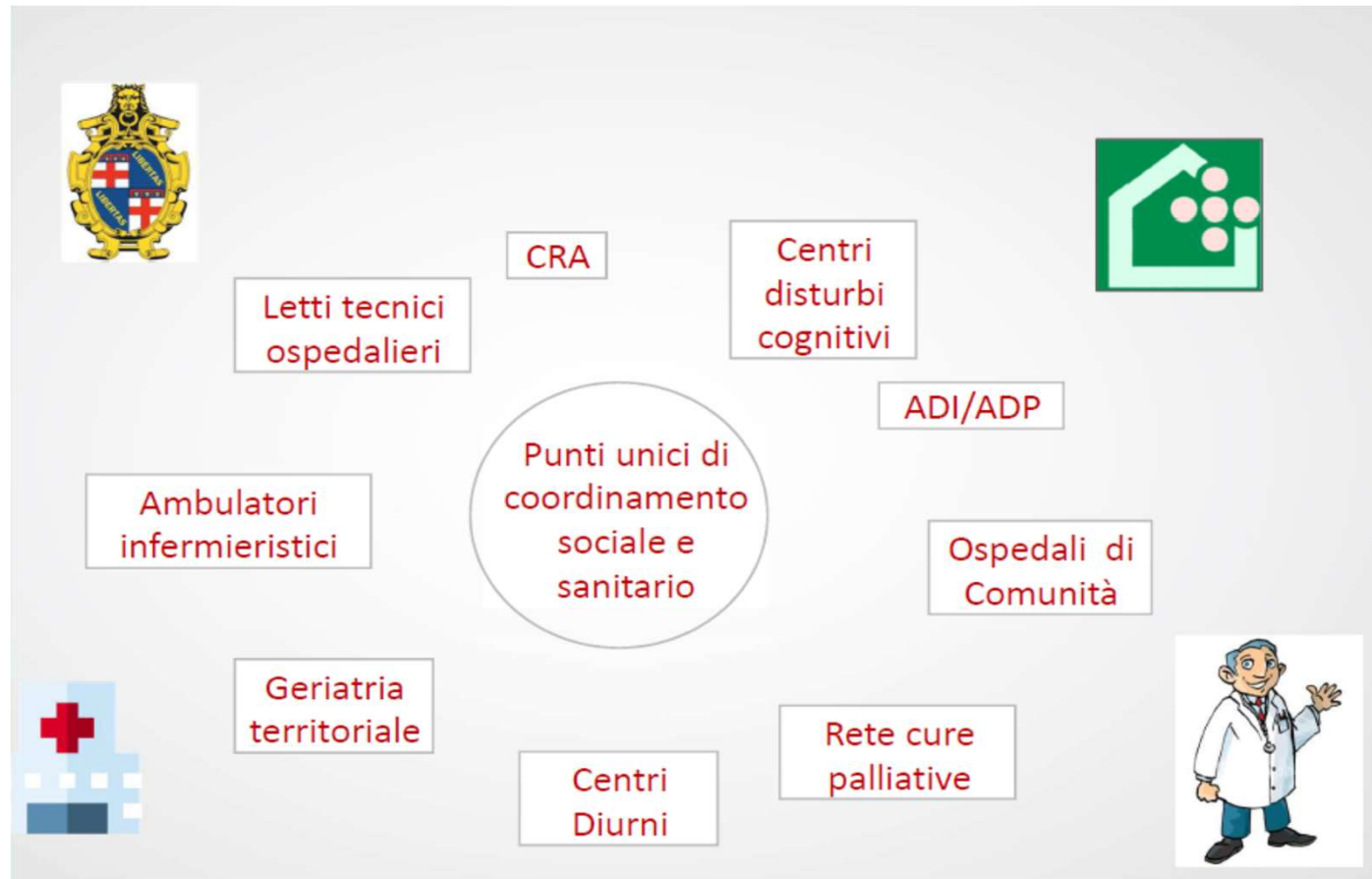


LE CURE INTERMEDIE NELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

LAVORO
IN
TEAM

EMPWERMNT
PAZIENTE
CAREGIVER

RISORSE
COMUNITA



Infermiere di Continuità

- costituisce assieme al Geriatra e all'Assistente Sociale il nucleo base del **Team delle Cure Intermedie**
- **promuove la valutazione** multiprofessionale e multidimensionale del paziente ed il **raccordo** tra MMG e PCAP con medico e infermieri del reparto segnalante
- **l'IdC in PS individua i pazienti arruolabili in un percorso di mantenimento della domiciliarità** attivando i necessari interventi per il rientro al domicilio
- assicura la valutazione delle risorse presenti e/o attivabili nella rete familiare
- promuove il progetto integrato di presa in carico più coerente alle necessità assistenziali del paziente/famiglia
- **presidia la continuità di percorso** fino alla dimissione in caso di ricovero

Fisioterapista di Continuità

- partecipa, se indicato, all'attività del TCI
- **garantisce (Ortogeriatría e Stroke) un "trriage" riabilitativo** con una precoce segnalazione e la pronta presa in carico nella modalità più adeguata al caso
- **predispone il piano per la presa in carico a domicilio entro le 24/48 ore dalla dimissione** (f
- se previsto dal Progetto Riabilitativo Individuale, **attiva una presa in carico domiciliare "fast"** con modalità ESD (*Early Supported Discharge*: dimissione a domicilio di un paziente stabile sotto il profilo clinico, accompagnata/assistita presso il domicilio da un team di professionisti entro 24/48 ore dalla dimissione stessa) che potrà essere seguita da una successiva fase in modalità programmata (nei tempi previsti per la attivazione di questa) oppure da un percorso estensivo nella rete ambulatoriale

AZIONI DI RIMODULAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE PER GARANTIRE LA CONTINUITÀ NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI

A partire dall'estate 2018 l'Azienda USL di Bologna ha avviato interventi finalizzati a sviluppare modelli di gestione dei pazienti cronici intesi a promuovere, quando appropriati, percorsi di cura e di presa in carico domiciliare o territoriale con l'obiettivo di ridurre i ricoveri ospedalieri evitabili e/o gli accessi in PS potenzialmente inappropriati di anziani fragili non autosufficienti tramite la predisposizione e l'applicazione di modelli di valutazione del paziente, applicabili al paziente fin dalla fase di accesso al PS, al fine di definire, ed attivare tempestivamente, percorsi assistenziali e setting di cura adeguati sul territorio.

AZIONI DI RIMODULAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE PER GARANTIRE LA CONTINUITÀ NELLA GESTIONE DEI PAZIENTI

■ **Gli interventi (10 Azioni)**

1. Mantenimento della domiciliarità nei pazienti che accedono al PS/OBI/MEU dell'Osp. Maggiore
2. Potenziamento dell'offerta di assistenza socio-sanitaria domiciliare
3. Aumento disponibilità di posti letto temporanei presso le CRA dei Distretti
4. Strutturazione di percorsi fast per prestazioni richieste dalle CRA
5. Collaborazione dei Medici Geriatri a supporto delle attività del Team di Cure Intermedie
6. Rimodulazione/potenziamento della Rete delle Cure Palliative
7. Integrazione delle attività del Numero verde e-Care per il sostegno alla fragilità con quelle del Team di Cure Intermedie/PCAP e Servizi Sociali
8. Estensione attività Punto di Coordinamento Assistenza Primaria (PCAP)
9. Estensione attività Assistenza Domiciliare
10. Estensione alla domenica mattina dell'apertura delle Case della Salute

COSA E' STATO FATTO - SERVIZI ATTIVI SUL TERRITORIO

- Attivazione Posti Letto di Cure Intermedie: maggio 2018 Vergato (10 PL), giugno 2018 Loiano (10 PL), febbraio 2019 Ospedale Bellaria (16 PL), altre attivazioni di PLTCI in fase di progettazione
- Attivazione Programma Cure Intermedie (2018)
- Sviluppo CdS (n.16 in Azienda al 31,12,2018)
- Sviluppo attività Team delle Cure Intermedie sia nel setting territoriale che ospedaliero
- Implementazione della figura dell'Infermiere di Continuità (setting territoriale ed ospedaliero)
- Implementazione della figura del Fisioterapista di Continuità
- Medicina di iniziativa: adozione e utilizzo sistematico dello strumento regionale dei "Profili di rischio (Risk-ER)" per la individuazione e la precoce presa in carico dei pazienti con condizioni di fragilità/multimorbilità e cronicità

COSA E' STATO FATTO - SERVIZI ATTIVI SUL TERRITORIO

- Accordo integrativo locale con MG su Medicina generale
 - ✓ Presa in carico fragili
 - ✓ Scompenso cardiaco cronico
 - ✓ Gestione integrata diabete
- Accordo con i Medici di Continuità Assistenziale per la presa in carico domiciliare nel fine settimana (dimissioni protette o mantenimento della domiciliarità dei pazienti con accesso al Pronto Soccorso)

ANNO 2019 - NUOVI STANDARD PER I PRONTO SOCCORSO DELLA
REGIONE EMILIA - ROMAGNA

***PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO
IN EMERGENZA URGENZA***

AUSL BOLOGNA
ISTITUZIONE
TASK FORCE AZIENDALE
PS



INTERVENTI FINALIZZATI A **PREVENIRE IL RICORSO AL PS** NEI CASI GESTIBILI A LIVELLO TERRITORIALE

- attivazione presso le Case della Salute di ambulatori specialistici di Geriatria Territoriale per la tempestiva presa in carico, in stretta integrazione con il MMG, dei pazienti anziani/fragili e dei casi complessi
- presenza di Team delle Cure Intermedie presso le strutture territoriali al fine di "intercettare" e prendere in carico il paziente attivando percorsi (clinici, assistenziali, socio-sanitari) in grado di evitare l'accesso del paziente al PS per problematiche gestibili a livello territoriale
- strutturazione di percorsi con le CRA (es. consulto/consulenze da parte di Specialisti Geriatri Ospedalieri e Territoriali, offerta percorsi "fast" di erogazione di prestazioni) al fine di limitare il ricorso al PS
- potenziamento offerta visite da parte della Geriatria Territoriale ed attivazione linea telefonica dedicata ai MMG, ai Medici delle CRA e al PS da parte dei CDCD per la gestione dei pazienti con disturbi comportamentali
- consolidamento e sviluppo percorsi di invio dei pazienti, da parte del MMG, ai Letti Tecnici di Cure Intermedie



INPUT





LE AZIONI DI MIGLIORAMENTO ALL'INTERNO DEI PS

Riduzione
del tempo
di
permanenza
in Pronto
Soccorso

Triage dinamico: conversione dell'attesa da passiva a "attiva" al fine di facilitare i flussi e ridurre i tempi di processo per gruppi di utenti con complessità intermedia (verdi) e sintomatologia definita, attraverso la presa in carico precoce a livello di Triage avviando profili di trattamento assistenziali, test diagnostici e di laboratorio in attesa della visita medica. Questo modello prevede un supporto Fast del medico per le richieste di indagini radiologiche

Estensione e consolidamento dei **Percorsi Fast** a ulteriori branche specialistiche (Ostetricia, Ginecologia, Dermatologia, Chirurgia Minore) per gruppi di utenti con mono-sintomatologia identificabili già in fase di Triage

Realizzazione di un **Area Open Space** per il trattamento dei codici a complessità intermedia a seguito dell'assegnazione del codice colore verde, con presa in carico immediata degli stessi, attraverso una prima rapida valutazione superando la logica del setting ambulatoriale attuale adottando un modello che prevede la contemporanea di più equipe clinico assistenziali nello stesso spazio lavorativo con maggiore interrelazione/supporto tra le stesse e maggiore efficienza e efficacia



MANTENIMENTO DELLA DOMICILIARITA' PER EVITARE IL RICOVERO DOPO L'ACCESSO AL PS

- Presenza in PS-OBI-MEU dell'OM dell'Infermiere di Continuità (IdC) per individuazione precoce di pazienti arruolabili in un percorso di mantenimento della domiciliarità evitando il ricovero. La riammissione alla rete territoriale avviene previa valutazione multidisciplinare da parte dell'IdC, dell'Assistente Sociale (Ospedaliero o del PRIS), del Medico di PS, coinvolgimento del Geriatra del Team Cure Intermedie e dei famigliari e/o caregiver.

La riammissione alla rete territoriale dei pazienti valutati in PS-OBI-MEU dal team multidisciplinare può essere accompagnata da uno o più interventi di supporto a rapida attivazione:

- Attivazione rapida (entro 24-48 h) di interventi di assistenza socio-sanitaria domiciliare
- Attivazione e consegna rapida (entro 24-36 h) di ausili/presidi prescritti in fase di valutazione
- Possibilità di usufruire di posti letto CRA a "pronto accesso" ad attivazione diretta del AS/PRIS per accogliere temporaneamente pazienti con condizioni di fragilità socio-sanitaria in attesa della attivazione dei percorsi di presa in carico territoriale/domiciliare presso il Distretto di residenza



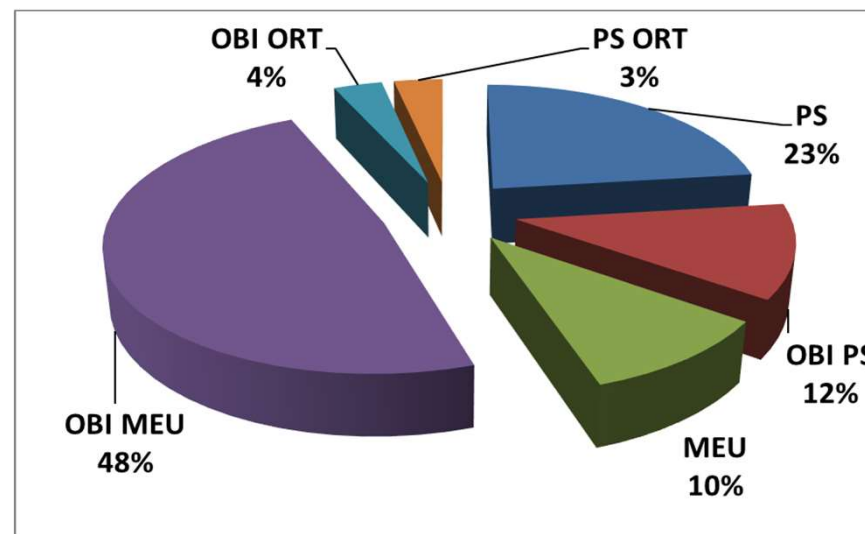
PROCESSO MANTENIMENTO DELLA DOMICILIARITA': FASI E TEMPISITCHE

INTERCETTAZIONE	Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5	Fase 6
SEGNALAZIONE ALL' IdC DEL PAZIENTE DICHIARATO DAL MEDICO DIMISSIBILE DAL PUNTO DI VISTA CLINICO	approfondimenti con segnalante	colloquio con paziente e familiari: analisi del bisogno	verifiche servizi attivi attraverso sistemi informatici e collegamenti con territorio identificazione servizi necessari e modalità di presa in carico (definizione progetto)	condivisione del progetto di dimissione con paziente e familiari: presentazione progetto di presa in carico, approfondimenti informativi, rinforzi educativi, orientamento ai servizi, verifica acquisizione delle informazioni e accettazione della proposta di presa in carico	Attivazione servizi fast	Dimissione
Tempi	15'	40'	40'	1 ora	10'	0

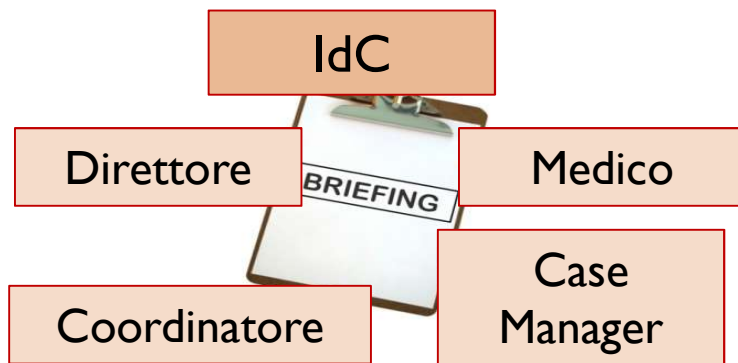
PROGETTO IDC IN PS/OBI/MEU OSPEDALE MAGGIORE PERIODO 18.06.2018 - 31.3.2019

Complessivamente i pazienti segnalati dall'IDC sono stati **356**, così suddivisi:

PS + OBI PS	MeU + OBI MeU	PS ORTOP + OBI Ortop.
124	208	24



PROGETTO IDC IN PS/OBI/MEU OSPEDALE MAGGIORE PERIODO 18.06.2018 - 31.3.2019

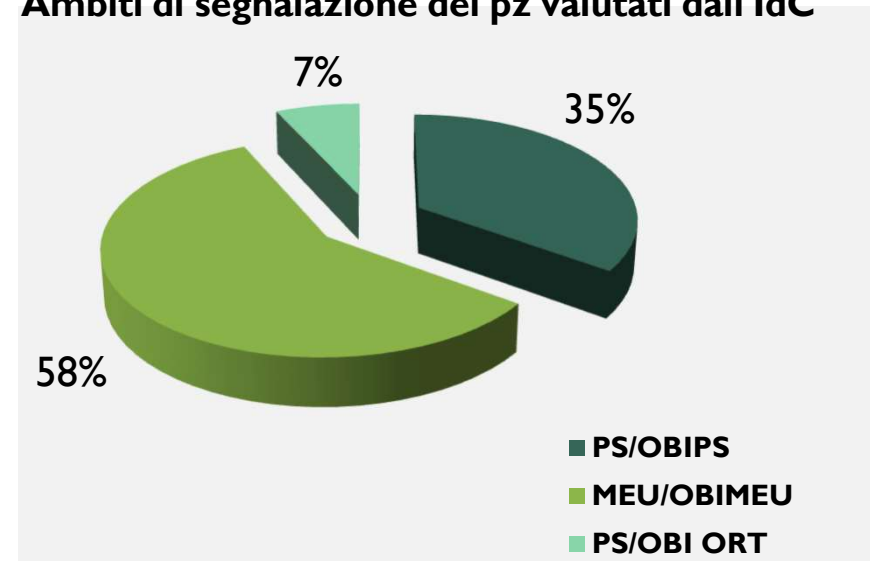


- Nel **43%** dei casi la motivazione di accesso è rappresentata da **traumi/cadute**
- Nel **63%** dei casi i pazienti **non erano in carico ai servizi territoriali**

Fascia d'eta'

< 75 anni	49	36%
> 75 anni	88	64%

Ambiti di segnalazione dei pz valutati dall'IdC



ATTIVITA' IDC I° TRIMESTRE 2019

INDICATORI DI ATTIVITA' IdC periodo 1/1/19 - 31/3/19

-N. Pz che hanno effettuato accesso in PS-OBI-MEU valutati da IdC nel 1° trimestre 2019 137

-N. pz dimessi da PS-OBI-MEU dopo valutazione IdC /totale dei pz valutati da IdC 96

Per 28 casi è stata attivata valutazione socio sanitaria **PRIS** e **UVMS** ai quali sono seguiti l'attivazione di 2 percorsi in CRA, 4 in letti Tecnici (2 Loiano, 2 Bellaria), 3 strutture residenziali private; 26 di assistenza domiciliare, 7 forniture fast di ausili; 10 altri servizi - In **44 casi non sono stati attivati nuovi servizi**

n. pz ricoverati da PS dopo valutazione IdC /totale dei pz valutati	41
x motivi clinici	37
x difficoltà socio assistenziali (2 SFD)	4

5 pz con re-accessi al PS nell'arco dei 3 mesi :	3 SFD
	1 resid. Fuori provincia
	1 pz con Amminist. Sostegno rifiuta la badante

PZ. Valutati da IdC nei rep. Degenza	21
Totale pz. valutati da IdC in OM nel trimestre	158

Nessun ricovero per opposizione al percorso di dimissione proposta da IdC



OUTPUT





INTERVENTI PER **OTTIMIZZARE LA DURATA DEL RICOVERO** A SEGUITO DI ACCESSO AL PS

- pianificazione anticipata delle dimissioni con programmazione delle stesche 7 giorni su 7
- precoce valutazione da parte Team Cure Intermedie/Infermiere di Continuità per attivazione percorso di dimissione protetta
- possibilità di attivazione ADI e C.A. per eventuali necessità di intervento al domicilio di pazienti dimessi durante il fine settimana
- attivazione di percorsi di riabilitazione domiciliare (Fisioterapista di Continuità)



PIANIFICAZIONE ANTICIPATA DELLA DIMISSIONE IN AREA MEDICA

L'azione prevede la valutazione congiunta del paziente all'ingresso in reparto da parte del Case Manager e del clinico attraverso colloquio anche con familiari di:

- rischio alla dimissione (BRASS Index)
- Stato funzionale prima dell'evento
- Servizi attivi
- Valutazione dei pazienti con rischio > di I I nel briefing di reparto per identificazione del percorso di segnalazione:
- Dimissione possibile a domicilio: segnalazione del paziente al PCAP/Servizio Sociale
- Dimissione difficile: segnalazione del paziente al Team di Cure Intermedie
- Dimissione non possibile per necessità di progetto clinico/riabilitativo: segnalazione CeMPA

"LE NUOVE AZIONI"

- PIANIFICAZIONE ANTICIPATA DELLE DIMISSIONI
- DIMISSIONI 7 GIORNI SU 7 (AREE MEDICHE)
- APERTURA DEGLI AMBULATORI INFERMIERISTICI NELLE CASE DELLA SALUTE LA DOMENICA
- ESTENSIONE ASSISTENZA DOMICILIARE NEL FINE SETTIMANA
- RIORGANIZZAZIONE CENTRALE METROPOLITANA POSTACUZIE
- PROGETTO TELEMEDICINA (Tecnoassistenza per monitoraggio cronici nel setting domiciliare) PRESSO DISTRETTO APPENNINO BOLOGNESE
- UTILIZZO DI TECNOLOGIE SMART (*SMART WORKING*) per una comunicazione veloce tra ospedale e territorio e per uno scambio di informazioni e di competenze che permettono di ridurre i tempi di valutazione multiprofessionale