

# LA CONTINUITA' DELLE CURE

Elisa Panzeri DIFRA ASST LECCO

Valutazione multidimensionale e collaborazione in équipe

## S.C. CONTINUITA' CLINICO ASSISTENZIALE

La Struttura Complessa di Continuità Clinico Assistenziale nasce con l'intento di colmare il vuoto assistenziale che si manifesta nel passaggio dall'ospedale al territorio e garantisce il governo clinico della continuità di cure ospedale-territorio per le persone in condizioni di cronicità complessa, fragilità, end stage assicurando l'appropriatezza dei percorsi attivati nella fase successiva ad un ricovero ospedaliero.

## Mission e obiettivi prioritari del Servizio Continuità delle Cure

- ✓ Ottimizzare ed implementare il coordinamento delle dimissioni protette nelle fasi successive al ricovero in degenza per acuti, governando l'attività di comunicazione, informazione e interazione tra i vari attori della rete assistenziale
- ✓ Standardizzare i processi assistenziali e riabilitativi che con maggiore frequenza necessitano di continuità di cura dopo un evento indice, con lo scopo di definire e validare  
“ Percorsi di cura assistenziali ” condivisi
- ✓ Valutare per mezzo di appropriati indicatori il corretto utilizzo e l'efficacia dei percorsi, descrivendo sia il livello organizzativo che il livello clinico

## LA RETE DELLA CONTINUITA' DELLE CURE

- La continuità delle cure non si esaurisce nel solo rapporto Ospedale-Territorio ma anche attraverso un'adeguata integrazione (interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale) all'interno di un sistema a rete.
- La rete è stata studiata e sviluppata secondo una logica molto semplice e precisa, fortemente orientata alla “persona malata,” nella quale la scelta non è più determinata dal “dove la metto” bensì dal “dove la curo meglio” in funzione della differenti complessità e delle specifiche necessità di cura e assistenza

## NASCITA ED EVOLUZIONE DEL SERVIZIO

GIUGNO 2001

- DEFINIZIONE DI PERCORSI PER DIMISSIONI PROTETTE E RICOVERI PROGRAMMATI: accordo tra le Direzioni Sanitarie delle Due Aziende (ASL e AO di Lecco)
- Il documento definisce il sistema di relazioni tra le due aziende per la gestione unitaria delle dimissioni ospedaliere protette e dei ricoveri programmati di assistiti in ADI

GENNAIO 2009

- Costituzione del Dipartimento Interaziendale della Fragilità tra ASL Lecco e AO Lecco
- È diventata sempre più impellente la necessità di garantire al malato una continuità assistenziale affinché non rimanesse solo con la sua malattia e per un maggior rispetto della mission dell'ospedale, luogo di cura per malati con eventi acuti

## 2015

- Legge Regionale n°23 del 11/08/2015, importanza del passaggio «dalla cura al prendersi cura» sottolinea la necessità di:
  - ✓ elaborare modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza,
  - ✓ attivare percorsi personalizzati di presa in carico, in un processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e di competenza delle autonomie locali
- Istituzione delle Agenzie di Tutela della Salute ATS in sostituzione alle Aziende Sanitari Locali e delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali ASST

## 2016

- Istituzione nell'ASST di Lecco e nel DIFRA della Struttura Complessa di Continuità delle cure
- Linee guida di Regione Lombardia sull'adozione POAS: obiettivi specifici
  - ✓ Organizzare nella fase ospedaliera di riacutizzazione di malattia, il riconoscimento del pz con condizioni croniche e la gestione dello stesso in percorsi personalizzati e strutturati in funzione dei diversi livelli di gravità
  - ✓ Realizzare l'integrazione dei servizi sanitari, socio-sanitari assistenziali per garantire una risposta personalizzata ai bisogni del pz anche durante la fase post-acuta e riabilitativa

2017

- I Lea nel DPCM 12 gennaio 2017, evidenziano l'assistenza distrettuale e l'assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale

2017

- Delibera ATS n° 634 del 30 ottobre 2017, «Recepimento ed adozione procedura Linee guida Valutazione Multidimensionale»
- Delibera ATS n° 635 del 30 ottobre 2017, «Recepimento ed adozione procedura Linee guida Percorso di Dimissione/Ammissione protetta»
- Procedura ASST n° 844 Dicembre 2017, «Applicazione Linee Guida percorso AMMISSIONE/DIMISSIONE PROTETTA nell'ambito del DIFRA attraverso l'UOC Continuità clinico Assistenziale»

Il governo dei processi trasversali alle strutture del DIFRA, ai dipartimenti ospedalieri ed alle strutture esterne di offerta territoriale coinvolte nella Rete integrata di continuità clinico-assistenziale è affidato ad un

Responsabile di Processo con **PROFILO PROFESSIONALE INFERMIERISTICO**

in considerazione della prevalenza dei bisogni di natura prevalentemente assistenziale nei pazienti che necessitano di continuità delle cure

### **IL CASE MANAGER INFERMIERISTICO**

ha il compito di assicurare la gestione dell'intero processo di cura ed assistenza nell'ambito delle Reti Locali di Cure Palliative e di Long Term Care operando in modo trasversale alle strutture, indirizzando le risorse verso risultati di efficacia ed efficienza complessiva, promuovendo il governo clinico assistenziale ed il miglioramento continuo dei processi di cura e assistenza



## L'INFERMIERE CASE MANAGER DELLE DIMISSIONI PROTETTE

- ✓ Opera in stretto contatto con il personale infermieristico ed il personale Medico delle UU.OO. Ospedaliere.
- ✓ Contribuisce a programmare e ottimizzare durante il periodo di degenza i percorsi di continuità assistenziale che verranno posti in essere al momento della dimissione attraverso il coordinamento tra i servizi sanitari e sociali
- ✓ Favorisce i rapporti dei MMG con le Equipe mediche e infermieristiche ospedaliere e domiciliari in previsione della dimissione.
  - ✓ Mantiene i rapporti con la famiglia durante il percorso ospedaliero

## Altri compiti del Case manager infermieristico sono:

- ✓ integrazione tra le risorse dedicate al processo di continuità clinico-assistenziale nelle UO DIFRA e nelle UO ospedaliere che attivano le dimissioni protette;
- ✓ sviluppo dei rapporti con le strutture in Rete per la continuità clinico-assistenziale;
- ✓ supporto tecnico-professionale alla U.O.C. Continuità Clinico Assistenziale per la gestione delle dimissioni protette e dei ricoveri programmati per i malati con prevalenti bisogni assistenziali;
- ✓ supporto alla Direzione dipartimentale per l'analisi dei bisogni, l'implementazione dei processi di integrazione operativa, il monitoraggio delle prestazioni e la valutazione dei risultati.

## GLI ATTORI COINVOLTI

Gli operatori che assicurano la gestione di una dimissione protetta sul territorio sono:

- ✓ Infermiere case manager
- ✓ Coordinatore infermieristico
- ✓ Coordinatore fisioterapista
  - ✓ Assistente sociale
    - ✓ Geriatra
    - ✓ Fisiatra
  - ✓ Palliativista
    - ✓ MMG
    - ✓ ...

## LA DIMISSIONE PROTETTA

La dimissione protetta  
è una sequenza integrata di interventi  
volti a facilitare la continuità delle cure  
tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza primaria,  
entro cui si collocano le cure domiciliari.  
È uno strumento della continuità di cura ospedale-territorio

# MISSION

Prendersi cura  
della persona fragile che abbiamo di fronte  
con quella MALATTIA,  
in quel CONTESTO,  
con quella FAMIGLIA,  
con quelle persone che gli stanno intorno.  
Accompagnarla  
verso quei Servizi Territoriali  
in grado di occuparsi dei suoi bisogni

Lo strumento che favorisce la gestione di una dimissione/ammissione protetta sul territorio è  
**La piattaforma valutativa Inter RAI– portale ATLANTE**

Un sistema per l'applicazione degli strumenti di valutazione in reparto ospedaliero e al domicilio

- ✓ Contact Assessment
  - ✓ Necpal
- ✓ Scheda di Rischio Sociale
- ✓ Scheda RSA e Scheda UCI
- ✓ Indice di complessità assistenziale
  - ✓ Indice di Comorbilità

- ✓ Home Care
- ✓ Palliative Care
- ✓ Palliative Care Hospice
- ✓ Acute Care Comprehensive Geriatric Assessment
- ✓ Community Health Assessment,
  - ✓ BPSE

## Inter RAI Contact Assessment

È lo strumento che permette di supportare il processo decisionale di presa in carico della persona nell'ambito della rete dei servizi territoriali.

Ha 3 obiettivi fondamentali:

- ✓ Definire l'urgenza della valutazione di secondo livello
- ✓ Registrare i dati clinici essenziali per una successiva valutazione globale e approfondita
- ✓ Fornire informazioni minime per consentire l'immediata attivazione del servizio

## Inter RAI Necpal

È uno screener fondamentale per l'identificazione precoce della necessità di Cure Palliative

Attraverso la domanda sorprendente e attraverso indicatori clinici di gravità e progressione di malattia

- Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?
  - Chi richiede l'approccio palliativo? Il pz, il caregiver, il medico?



## LA RICHIESTA DI DIMISSIONE PROTETTA:

### IL REPARTO APRE IL PERCORSO SULLA PIATTAFORMA SISTEMA ATLANTE

in base alla tipologia di “percorso” che intende attivare, il reparto è tenuto a compilare uno o più test che devono essere agganciati alla scheda comune a tutte le pratiche, denominata Richiesta di Dimissione Protetta

- Adi Infermieristica e FKT: CONTACT ASSESSTMENT
- Cure palliative/Hospice: NECPAL + CONTACT ASSESSTMENT
- Cure subacute Interne: CONTACT ASS + CIRS + INDICE COMPLESSITA' ASS.
- Intervento assistente Sociale: CONTACT ICA CIRS + SCHEDE INSERIMENTO RSA/UCI

LA PIATTAFORMA E' IN CONTINUA EVOLUZIONE E POTENZIAMENTO ....

## GLI STEP DELLA VALUTAZIONE

- ✓ Verificare la corrispondenza fra bisogno segnalato e bisogno rilevato.
- ✓ BISOGNO RILEVATO TRAMITE STRUMENTI DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
- ✓ Valutare livelli di consapevolezza paziente/famiglia, fondamentale nel caso di segnalazione per Cure palliative. L'esperienza ci insegna che i pazienti in ospedale spesso sono meno consapevoli di chi si presenta con richiesta dal domicilio.
- ✓ Centrare l'attenzione della famiglia sul carico assistenziale che dovrà sostenere.
- ✓ Avviare e supportare le famiglie negli adeguamenti del setting domiciliare: domanda invalidità e misure integrative, ricerca assistente familiare, fornitura ossigeno, ausili e presidi...
- ✓ Agevolare interazione tra ospedale e operatori del territorio.

## INDICI DI VALUTAZIONE



CHES LITE: identifica il rischio di aggravamento delle condizioni cliniche della persona.

Ha un punteggio che varia da 0 a 5, dalla stabilità clinica ad un'alta instabilità clinica. È predittivo di eventi avversi (riospedalizzazione, decesso, dolore, ma anche dello stress del care-giver)



INDICE DI FRAGILITA': aiuta a determinare la complessità assistenziale e favorisce la pianificazione di un percorso di cura appropriato. Il punteggio varia da 0 a 1.

0-0,25 fragilità assente – 0,25- 0,4 fragilità leggera – 0,4-0,55 fragilità moderata – 0,55-1 fragilità severa



PHP Profilo di salute della persona, riassume dal punto di vista multidimensionale la compilazione del CA elaborando, tramite ALGORITMI, gli items compilati e fornendo i punteggi degli indici di valutazione; favorisce la progettazione del Piano Assistenziale Individuale.

## 1. ALGORITMO



a. Necessità urgente di una valutazione

5



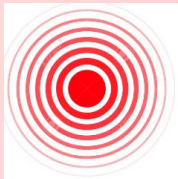
b. Necessità urgente di servizi

3



c. Necessità di programma per recupero funzionale

5



PAIN SCALE è uno degli strumenti per la misurazione delle caratteristiche soggettive del dolore provato dal paziente, valore numerico da 0 a 4 da dolore assente a intensità severa

## ADEGUAMENTO DEI PERCORSI

**QUANDO IL PERCORSO IPOTIZZATO PER IL PAZIENTE** non è realmente perseguibile si chiede al reparto di riformulare la richiesta di Dimissione Protetta .

**OVVERO:**

**LA RICHIESTA ORIGINALE IN ATLANTE RIMANE ATTIVA** ma viene integrata dai medici, infermieri e/o coordinatori infermieristici tramite la compilazione di test aggiuntivi, necessari per intraprendere un percorso che veda un esito diverso da quello ipotizzato alla prima segnalazione

Gli operatori sono chiamati a sostenere una interazione continua fra di loro con i pazienti e con le famiglie

**COSICCHE'**

**LA DIMISSIONE PROTETTA SIA REALMENTE UN PERCORSO PERSONALIZZATO ED IL RISULTATO DI UN PROCESSO DI INTEGRAZIONE MULTIDISCIPLINARE COME INDICATO DALLA LEGGE DI RIFERIMENTO**

## LA SINTESI DI DIMISSIONE

È lo strumento che favorisce la comunicazione con il servizio territoriale attivato per proseguire il percorso di cura, tutelando la persona e la sua famiglia, curandola nell'ambiente più idoneo, con l'obiettivo di pianificare la migliore assistenza per garantire la salute e il benessere.

Permette alle varie figure professionali coinvolte nella valutazione di:

- ✓ documentare la raccolta dati e l'individuazione dei bisogni,
- ✓ formulare degli obiettivi attraverso la pianificazione dell'assistenza,
- ✓ riassumere le valutazioni effettuate

## COMPETENZA E RESPONSABILITA'

Identificare precocemente, con un approccio multidimensionale, le persone eleggibili per le cure palliative simultanee per agire in modo integrato, pianificato e condiviso,

favorendo

la pianificazione anticipata delle cure, la revisione e l'aggiustamento del programma di cure, il controllo dei sintomi, la qualità di vita, il comfort del pz e della famiglia

evitando

rischi di riospedalizzazione, trattamenti inappropriati, ulteriori complicanze e gli effetti del declino funzionale.

Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale imminente di malattia

## TEMPO DI VALUTAZIONE E CONDIVISIONE

Il tempo della valutazione multidimensionale e della relazione è tempo di cura.

Necessario e fondamentale per valutare l'elevata complessità di ogni singola situazione,

per definire il Piano di Assistenza Individuale,

che coinvolge tutti i professionisti offerti dal sistema socio-sanitario,

il paziente e la sua famiglia.



## VALUTAZIONE E PIANIFICAZIONE

La stesura del PAI tiene conto delle valutazioni effettuate in ambito ospedaliero, analizzando:

- ✓ Bisogni fisici, sociali, psicologici e spirituali
- ✓ Fragilità e intermittenza dei problemi (dolore, malnutrizione, problemi cutanei, cadute, la perdita delle ADL, ...)
- ✓ Instabilità clinica e traiettoria dell'evoluzione di malattia (oncologica, insufficienza d'organo, neurodegenerativa)
- ✓ Comorbilità
- ✓ Contesto familiare e abitativo, presenza e adeguatezza del caregiver (invecchiamento, famiglie unipersonali, difficoltà economiche,...)

## CONDIVISIONE

Le volontà del pz e dei familiari devono essere allineate e condivise con l'equipe.  
Criteri inderogabili per la presa in carico in CP è la condivisione del percorso di cura, la consapevolezza della diagnosi e della prognosi, il rispetto dei principi etici.

Questi aspetti devono essere:

- ✓ indagati e manifestati durante il colloquio conoscitivo e la presentazione del servizio,
  - ✓ confermati durante la prima visita, alla presa in carico,
    - ✓ mantenuti e rafforzati durante il percorso di cura
    - ✓ osservati e rivalutati davanti a un evento inatteso

## OBIETTIVO GENERALE

PREVENIRE LA SOFFERENZA DEL PAZIENTE NEL FINE VITA,  
SUPPORTARE IL CARE GIVER E IL NUCLEO FAMILIARE,  
RIDURRE IL NUMERO DI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO,  
IL NUMERO DEI RICOVERI IN STRUTTURE PER ACUTI,  
RIDURRE LA DEGENZA MEDIA;

ACCELERARE I PERCORSI DI DIMISSIONE PROTETTA,  
INDIVIDUARE E ASSEGNARE OGNI PAZIENTE AL SETTING DI CURA PIU' APPROPRIATO,  
GARANTIRE AL CITTADINO IL DIRITTO AD ACCEDERE ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE E DI TERAPIA  
DEL DOLORE (Legge 38, 15 Marzo 2010)