



Implementazione di un percorso ospedaliero per intercettare i pazienti che necessitano di continuita' assistenziale

Riccardo Papalia

Dirigente Medico - SC Direzione Medica di Presidio

Ospedale Regionale di Aosta, Azienda USL della Valle d'Aosta

INTRODUZIONE

- L'Azienda USL della Valle d'Aosta ha implementato nel giugno del 2015 un percorso interno all'ospedale per individuare precocemente i pazienti che necessitano di continuità assistenziale ospedale-territorio
- È stata istituita un' "*Équipe* di Prosecuzione del Percorso Assistenziale" che prende in carico precocemente i pazienti fragili segnalati dai reparti ospedalieri o dai Servizi socio-sanitari territoriali o dai familiari/rete sociale e definisce un percorso di presa in carico del paziente quando dimissibile.
- La DMP ha quindi monitorato l'attività dell'*Équipe*.

CONTENUTI

- Sono state definite la composizione, la sede, e l'orario di servizio dell'attività dell'*Équipe*, coordinata da un medico di DMP) e composta da:
 - n°1 Medico della DMP
 - n°2 Assistenti Sociali ospedalieri
 - n°1 Infermiere e n°1 Fisioterapista di territorio
- Il progetto ha individuato la Scala di valutazione dell'Indice di BRASS come strumento per i reparti per segnalare precocemente all'*Équipe* i pazienti fragili.
- Per la raccolta dei dati dei bisogni sociali, assistenziali e riabilitativi dei casi, l'*Équipe* ha utilizzato strumenti cartacei e informatici.

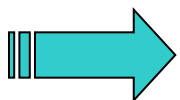
CONTENUTI

- La DMP, ha raccolto ed inserito su Excel i dati di attività (luglio-dicembre 2015) dell'*Équipe*, che ha svolto attività di:
 - 1 Valutazione multiprofessionale e multidisciplinare dei casi segnalati dai reparti, dall'utente, dai familiari o dai servizi socio-sanitari territoriali;
 - 2 Verifica della completezza e analisi del contenuto della scheda di BRASS pervenuta dai reparti;
 - 3 Valutazione dei bisogni contingenti sociali, assistenziali e riabilitativi dei casi;
 - 4 Monitoraggio del decorso clinico-assistenziale e degli aggiornamenti dei casi segnalati;
 - 5 Definizione del percorso di dimissione del paziente, in accordo coi reparti e tenendo conto dell'autodeterminazione del paziente e delle risorse della rete familiare;
 - 6 Invio della documentazione necessaria all'eventuale attivazione dell'UVMD o dei servizi sociali e di invio di una e-mail agli operatori ospedalieri e territoriali e ai servizi interessati contenente:
 - i dati del paziente;
 - il progetto condiviso;
 - i bisogni sociali, infermieristici e riabilitativi per attivare i servizi territoriali alla dimissione.

CONTENUTI

I dati di attività dell'*Équipe* hanno mostrato che:

- 1) Il 66,9% del totale delle segnalazioni dei casi sono provenute dai reparti con un *trend* in leggero miglioramento rispetto all'inizio dell'attività dell'*Équipe*;
- 2) il numero delle UVMD ha mantenuto un *trend* sostanzialmente stabile nel periodo;
- 3) Sono pervenuti 505 casi all'*Équipe*, pari al 7% del totale dei pazienti dimessi dall'ospedale, con un *trend* sostanzialmente stabile nel periodo;
- 4) Nell'intero semestre, la maggior parte delle segnalazioni dei casi ai servizi territoriali hanno coinvolto il Servizio Sociale;
- 5) La maggior parte dei pazienti presi in carico dall'*Équipe* nel post-ricovero hanno ricevuto un'assistenza domiciliare con o senza assistenza familiare/privata (26,8% del totale), con un *trend* sinusoidale nel periodo, mentre si rileva un brusco calo del Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) nei mesi di novembre e dicembre 2015;



○ L'Area Ospedaliera e l'Area Territoriale hanno monitorato il percorso mediante incontri tra i responsabili di progetto e relazioni bimestrali.

CONCLUSIONI

- È stato avviato un processo di integrazione ospedale-territorio, ma occorre una formazione/informazione ai medici, infermieri e coordinatori infermieristici dei reparti per:
 - 1 Valutare il bisogno di continuità assistenziale a partire da una situazione di stabilizzazione clinica
 - 2 Ottimizzare i tempi di attivazione e le risorse disponibili

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

