

LA DIMISSIONE PROTETTA

STRUMENTI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Paola Gobbi

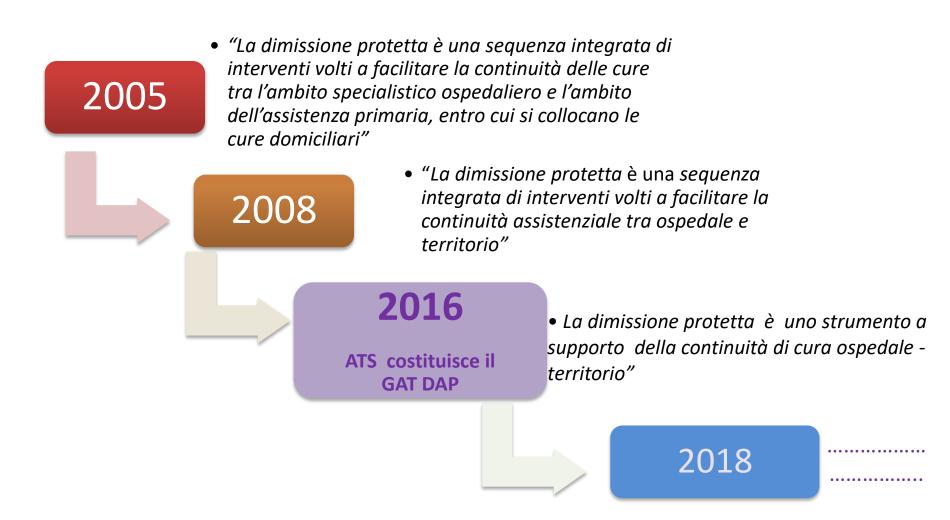
Infermiera, Coordinatore infermieristico, P.O.

U.O.S. Continuità Assistenziale

ATS Brianza, Monza



Evoluzione del concetto di dimissione protetta





Ricoveri ospedalieri anno 2017

1.208.097 popolazione residente di cui circa il 22% over 65 aa

186.219 - ricoveri totali di cui:

- > 102.421 residenti ATS ricoverati in ospedali ATS (55% del totale)
- 47.493 residenti ATS ricoverati in ospedali fuori ATS (25,5% del totale)
- > 36.305 non residenti ATS ricoverati in ospedali ATS

(19,5% di cui: 13% lombardi 4,5 % da fuori regione e 2% stranieri)



La rete ospedaliera sul territorio dell'ATS Brianza

La rete ospedaliera è rappresentata da:

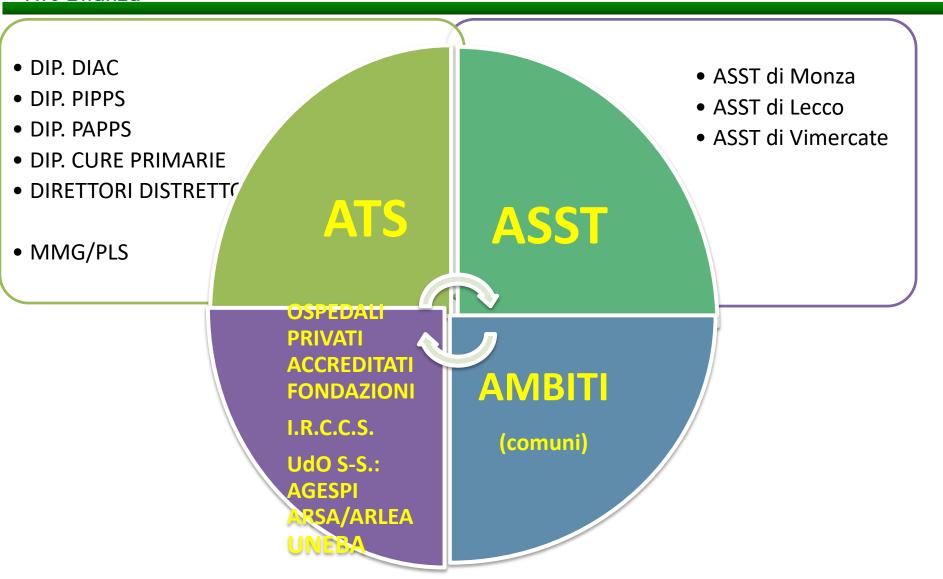
- 3 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)
- 1 IRCCS Pubblico
- 2 IRCCS privati
- 7 Enti privati accreditati

4.290 sono i posti letto (al 1.1.2017) accreditati a contratto (ordinari + day hospital) con un indice di **3,6 per 1000 abitanti**, comprensivi dei **letti di riabilitazione** (843 posti letto con un tasso dello 0,7 x 1000 abitanti)



G.A.T. D.P (istituito dall'ATS nel 2016)

ATS Brianza



Sistema Socio Sanitario



LINEE GUIDA ATS BRIANZA

PERCORSO DI
DIMISSIONE/AMMISSIONE
PROTETTA (DAP)

Delibera ATS n. 635 del 30 ottobre 2017

Sistema Socio Sanitario



ATS Brianza

635

PUBBLICATA ALL'ALBO ON-LINE IL

0 9 NOV. 2017

DELIBERAZIONE

DEL 30 011 2017

OGGETTO: Recepimento ed adozione Procedura "Linee Guida Percorso o Dimissione/Ammissione Protetta (DAP)"

L'anno 2017 il giorno del mese di CTTO (SCE), in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale dr. Massimo Giupponi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO:

- che la L.R. n. 23/2015 rilevando l'importanza della realizzazione del passaggio "dalla cura al prendersi cura" sottolinea la necessità della "elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino..... in un processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali";
- che il DPCM 12/01/2017 "Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza di cui all'art.1, c. 7 del D.Lgs.vo n. 502/92" prevede che "siano privilegiati gli interventi integrati che favoriscono la permanenza delle persone a domicilio e che sia garantita la valutazione multidimensionale" (art.21, c.4) e "individua nella azienda sanitaria locale il soggetto che assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio" (art.22, c.1);

DATO ATTO che in coerenza con quanto indicato dai provvedimenti sopra indicati, l'ATS ha attivato un Gruppo di Approfondimento Tecnico con le ASST di Lecco, Monza e Vimercate e le strutture pubbliche del privato accreditato afferenti al territorio ATS, con l'obiettivo di rendere concreto un percorso di dimissioni protette uniforme sul proprio territorio, e che tale Gruppo ha elaborato il documento "Linee Guida Percorso di Dimissione /Ammissione Protetta (DAP)";

VISTO il sopra citato documento "Linee Guida Percorso di Dimissione /Ammissione Protetta (DAP)" REV. 0 ID 2937 allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale, redatto dal Coordinatore del GdL ATS/Ambiti/ASST;

CONSIDERATO che le Linee Guida sono state approvate dalle Direzioni dei Dipartimenti PIPSS, PAAPS e Cure Primarie;

DATO ATTO che il sopra-citato documento è stato condiviso in Cabina di Regia in data 13 luglio u.s. e comunicato al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci che ne ha preso atto in data 19 luglio u.s.;

RITENUTO, al fine di dare rilievo e riconoscimento istituzionale alla attività interaziendale svolta, di procedere, attraverso provvedimenti deliberativi, al recepimento delle Linee Guida congiuntamente elaborate;

SU PROPOSTA del Responsabile dell'UOC Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale;

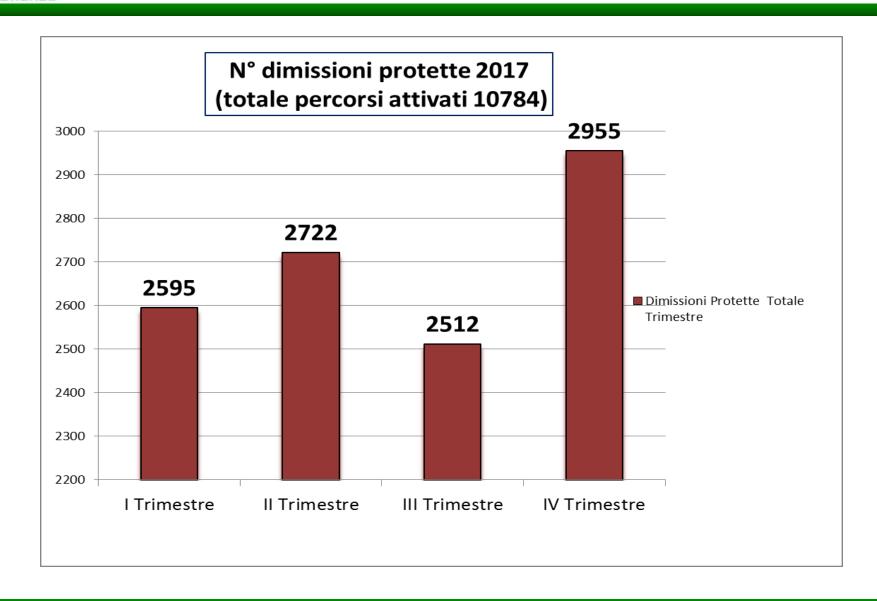
VISTA l'attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile dell'HOC Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale:



Dimissioni Protette anno 2017

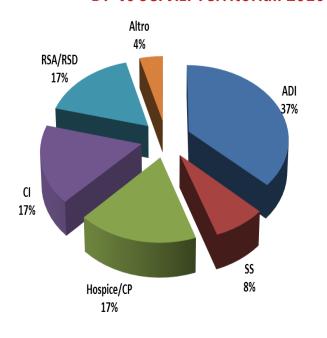
		D	imissio	ni Protet	te anno	2017	
	ADI	RSA	Cure Intermedie	Riabilitazioni	Servizi Sociali Comunali	Altri	Totale trimestre
l Trimestre	624	184	173	1082	138	394	2595
II Trimestre	525	264	223	1104	119	487	2722
III Trimestre	523	254	224	842	117	552	2512
IV Trimestre	574	298	254	1203	134	492	2955
Totale anno	2246	1000	874	4231	508	1925	10.784

Dimissioni Protette anno 2017



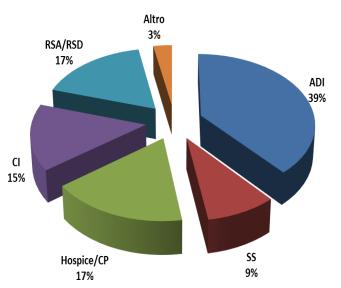


DP vs Servizi Territoriali 2016





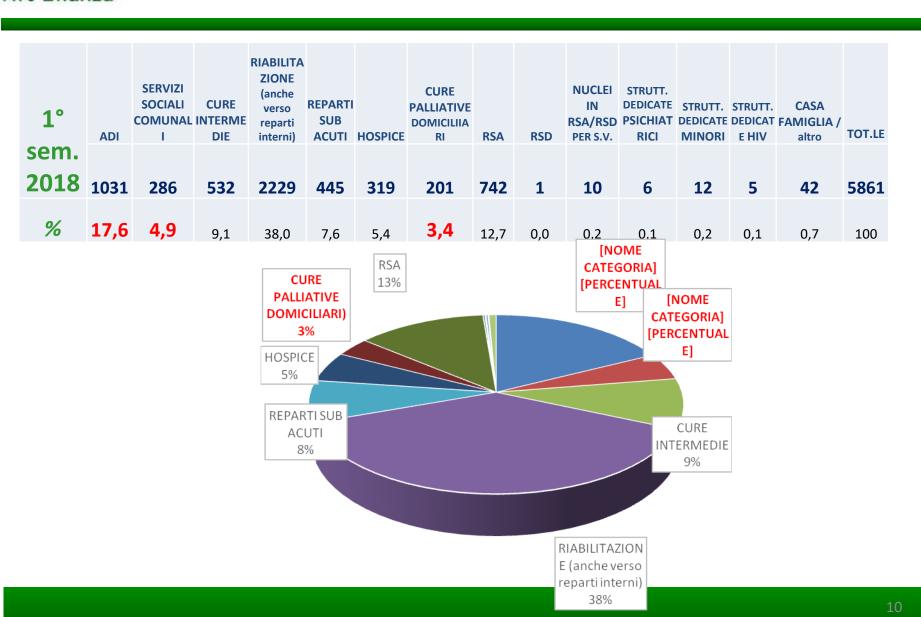
DP vs Servizi Territoriali 2017







Dimissioni Protette1°semestre 2018





Fasi del processo di Dimissione Protetta





ATS Brianza

Identificazione del caso come «difficile»

I fase del percorso

Permette la individuazione dei casi problematici già al momento dell'accesso in ospedale

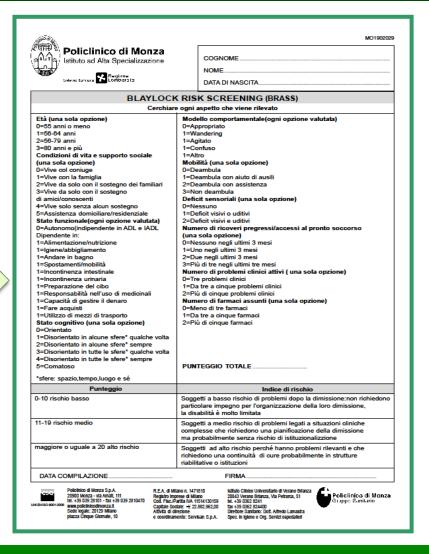
Come identificare i pazienti a rischio di dimissione difficile?



Brass

In letteratura la Blaylock Risk

Assessment Screening Score viene
descritta, per identificare i pazienti a
rischio di ospedalizzazione prolungata o
dimissione difficile e la necessità di
pianificare la dimissione





Brass

Policlinico di Monza			
Allufa Istituto ad Alta Specializzazione	COGNOME		
	NOME		
Enterior Surriana Lombara la	DATA DI NASCITA		
BLAYLOC	K RISK SCREENING (BRASS)		
Cerchia	re ogni aspetto che viene rilevato		
Età (una sola opzione)	Modello comportamentale(ogni opzione valutata)		
0=55 anni o meno	0=Appropriato		
1=56-64 anni	1=Wandering		
2=56-79 anni 3=80 anni e più	1=Agitato 1=Confuso		
Condizioni di vita e supporto sociale	1=Altro		
(una sola opzione)	Mobilità (una sola opzione)		
0=Vive col coniuge	0=Deambula		
1=Vive con la famiglia	1=Deambula con aiuto di ausili		
2=Vive da solo con il sostegno dei familiari	2=Deambula con assistenza		
3=Vive da solo con il sostegno	3=Non deambula		
di amici/conoscenti	Deficit sensoriali (una sola opzione)		
4=Vive solo senza alcun sostegno	0=Nessuno		
5=Assistenza domiciliare/residenziale Stato funzionale(ogni opzione valutata)	1=Deficit visivi o uditivi 2=Deficit visivi e uditivi		
0=Autonomo(indipendente in ADL e IADL	Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso		
Dipendente in:	(una sola opzione)		
1=Alimentazione/nutrizione	0=Nessuno negli ultimi 3 mesi		
1=Igiene/abbigliamento	1=Uno negli ultimi 3 mesi		
1=Andare in bagno	2=Due negli ultimi 3 mesi		
1=Spostamenti/mobilità	3=Più di tre negli ultimi tre mesi		
1=Incontinenza intestinale	Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)		
1=Incontinenza urinaria	0=Tre problemi clinici		
1=Preparazione del cibo	1=Da tre a cinque problemi clinici		
1=Responsabilità nell'uso di medicinali	2=Più di cinque problemi clinici		
1=Capacità di gestire il denaro	Numero di farmaci assunti (una sola opzione) 0=Meno di tre farmaci		
1=Fare acquisti 1=Utilizzo di mezzi di trasporto	1=Da tre a cinque farmaci		
Stato cognitivo (una sola opzione)	2=Più di cinque farmaci		
0=Orientato	2-1 ld di diique farifiaci		
1=Disorientato in alcune sfere* qualche volta			
2=Disorientato in alcune sfere* sempre			
3=Disorientato in tutte le sfere* qualche volta			
4=Disorientato in tutte le sfere* sempre			
5=Comatoso	PUNTEGGIO TOTALE		
*sfere: spazio,tempo,luogo e sé			
Punteggio	Indice di rischio		
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 istituzionalizzione		
maggiore o uguale a 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che		
	richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni		
DATA COMPILAZIONE	FIRMA		
Policilnico di Monza S.p.A. R.E.A. di N. 20900 Monza - Via Amali, 111 Cedistro In Cod. Fisc.) 2010 - Para 439 039 2810470 Cod. Fisc.)	FIRMA Idition 0. 1471510 Idition Cilinico Universitario di Verano Brianza procee di Nilazion 150 454 Verano Brianza, 51 250 454 Verano Brianza 250 454 Ve		

Variabili indagate

Età

Situazione abitativa/supporto sociale

Stato funzionale

Stato cognitivo

Modello comportamentale

Mobilità

Deficit sensoriali

Numero precedenti ricoveri/accessi in PS

Numero di problemi medici attivi

Numero di farmaci



Brass - Classi di Rischio

Rischio Basso (0-10)

Soggetti a basso
 rischio di problemi
 successivi alla
 dimissione e quindi
 scarsa necessità
 distendere un piano di
 dimissione.

Rischio Medio (11- 20):

- Soggetti con problematiche
- complesse che richiedono una pianificazione della
- <u>dimissione</u>. Solitamente non è richiesta
- l'istituzionalizzazione dopo la dimissione.

Rischio alto (21/40)

- Soggetti con problematiche complesse
- e tali da richiedere una pianificazione della dimissione. I
- pazienti sono ad alto rischio di non ritornare nella propria abitazione.



Segnalazione da parte delle UU.OO

II Fase

segnalazione del caso

Consiste nella attivazione

- del percorso "dimissione protetta"
- da parte del coordinatore della U.O

quando il punteggio della scala di Brass risulta essere uguale o maggiore di 11 entro
24/48 ore
dalla
individuazione
dei fattori
di rischio
per non
autosufficienz

tramite

 Compilazione della scheda di segnalazione per dimissione protettae/ o segnalazione telefonica



Le Brochure



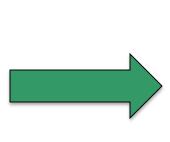


Sistema Socio Sanitario



ATS Brianza







PROCEDURA

TITOLO

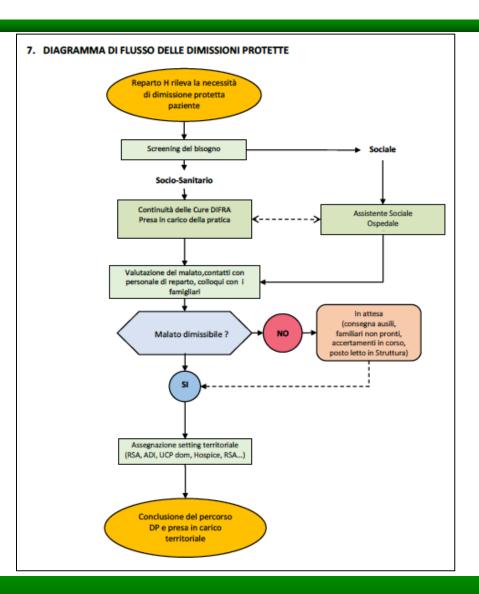
APPLICAZIONE LINEE GUIDA PERCORSO AMMISSIONE/DIMISSIONE PROTETTA (DAP) – Delibera ATS n. 635 del 30/12/2017 recepita da ASST con delibera n. 844 del 29/12/2017 nell'ambito del l'oppartimento della Fragilità attraverso la UOC Continuità Clinico Assistenziale

	Nominativo	Struttura	Data
	Corinna Balatti	Dipartimento Fragilità	15/06/2018
Gruppo di redazione:	Giorgio Beretta	Dipartimento Fragilità	15/06/2018
	Massimo Re	Dipartimento Fragilità	15/06/2018
Verificato da:	Fabio Lombardi	UOC Continuità Clinico Assistenziale	20/06/2018
Approvato da:	Gianlorenzo Scaccabarozzi	Dipartimento Fragilità	22/06/2018

Difra 43 – rev. 00 Giugno 2018



Il modello attuale

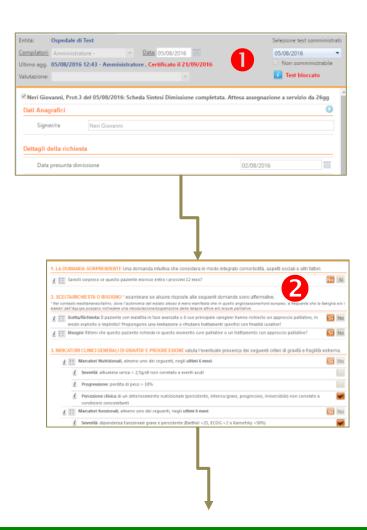




Il workflow informatico della DP

1. Richiesta di dimissione protetta accedendo dall'applicativo ospedaliero.

 Il professionista ospedaliero legge il bisogno con NECPAL o interRAI Contact Assessment





ATS Brianza

Il workflow informatico della DP

3 – 4 Gestione del caso e Sintesi Dimissione protetta

Governo del processo visione condivisa dello stato della pratica dimissione protetta



Inter RAI Home Care

E' lo strumento di valutazione primaria per l'assistenza residenziale per anziani e servizi domiciliari, adottato da alcuni anni da Regione Lombardia per la VMD delle persone eleggibili per l'ADI, ed inserito nel FaSas – HP.

Inter RAI Contact Assessment (interRAI CA)

Ha lo scopo di supportare il processo decisionale di presa in carico della persona nell'ambito della rete dei servizi territoriali.

Lo strumento ha tre fondamentali obiettivi:

- □sostenere il processo decisionale circa l'urgenza della presa in carico, l'urgenza di una valutazione di secondo livello e sulle opportunità riabilitative della persona valutata; □registrare i dati clinici essenziali delle persone che non riceveranno successivamente una valutazione globale e approfondita;
- □fornire le informazioni minime per consentire l'immediata attivazione di un servizio, in attesa di procedere al completamento della valutazione attraverso gli altri strumenti della Suite interRAI.



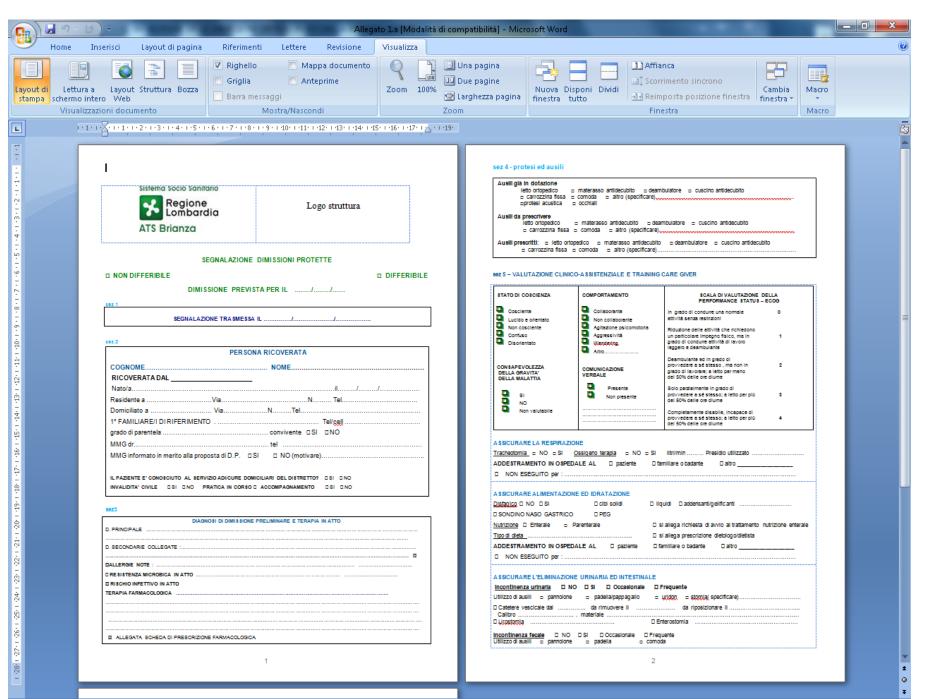
InterRai Contact Assesment è' caratterizzato da un numero di item contenuto se paragonato ad uno strumento di VMD di 2° livello ed offre indicazioni sulla necessità della presa in carico territoriale, sulla tempestività dell'attivazione dei servizi e sull'urgenza di una valutazione multidimensionale completa.

La compilazione dello strumento origina in automatico, grazie ad algoritmi dedicati:

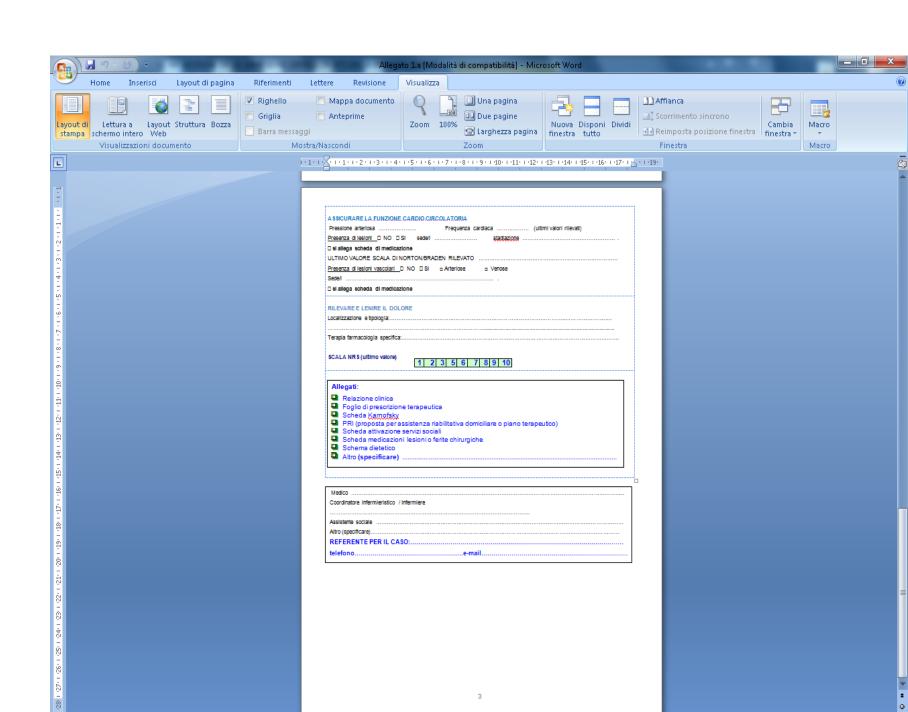
- ❖un Profilo di salute Personale (PHP) che contiene la valutazione dei seguenti Item: stato cognitivo, umore, grado di autonomia, sintomi, stato nutrizionale e la presenza di scale aggiuntive quali la CHESS Lite Scale e la Pain Scale.
- ❖La CHESS (Changes in Health, End-Stage Disease, Signs, and Symptoms Scale) identifica il rischio di aggravamento delle condizioni cliniche della persona. Ha un punteggio che varia da 0 (stabilità clinica) a 5 (alta instabilità clinica) ed è predittivo di eventi avversi quali il decesso, la riospedalizzazione, l'istituzionalizzazione, il dolore, lo stress del care giver
- ❖La Pain Scale è uno degli strumenti di misurazione delle caratteristiche soggettive del dolore provato dal paziente.

http://www.interrai.org/scales.html

Eta'	> 75 ANNI
Situazione familiare	solo;vive con un familiare non in grado di dare supporto
Stato funzionale	Compromissione in: - Alimentarsi in modo autonomo - Mobilizzazione - Igiene - Eliminazione urinaria
Stato cognitivo	Non presente Disorientato nello spazio e/o tempo
Comportamento	Confuso Agitato
Mobilità	Cammina con aiuto Non cammina
Ricoveri pregressi	Si, negli ultimi 3 mesi
Problemi clinici attivi	Più di 3 problemi/patologie presenti
Farmaci	Terapia in corso con 5 o più principi attivi



■ □ □ □ 68% □ □ □



÷
-
Ξ
-
÷
-
-
Ň
-
Ξ
m
-
-
4
-
Ξ.
-
ė
-
-
Γ.,
-
-
-
Ξ.
-
ġ
-
Ξ
Ξ
-
À
Ξ.
Ξ
-
-
1.43-1.
-
1.43-1.
1 - 14-1 - 13-1 -
1.43-1.
1 - 14-1 - 13-1 -
1 15 1 14 1 13 1 2
1 - 14-1 - 13-1 -
1 15 1 14 1 13 1 2
1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 15 1 14 1 13 1 2
1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (18) 1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (18) 1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (19) (18) (17) (16) (15) (14) (13) (
1 (18) 1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (19) (18) (17) (16) (15) (14) (13) (
1 (20) 1 (19) 1 (18) 1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (19) (18) (17) (16) (15) (14) (13) (
1 (20) 1 (19) 1 (18) 1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
0.1 (21) 1 (20) 1 (19) 1 (18) 1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
1 (20) 1 (19) 1 (18) 1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
0.1.52 (1.51) (1.50) (1.19) (1.18) (1.17) (1.16) (1.15) (1.14) (13) (1.5)
0.1 (21) 1 (20) 1 (19) 1 (18) 1 (17) 1 (16) 1 (15) 1 (14) 1 (13) 1 (
0.1.52 (1.51) (1.50) (1.19) (1.18) (1.17) (1.16) (1.15) (1.14) (13) (1.5)
1 (23 (1) (22 (1) (21) (1) (20) (1) (19 (1) (18 (1) (17) (1) (16 (1) (15) (1) (14 (1) (13) (1))
0.1.52 (1.51) (1.50) (1.19) (1.18) (1.17) (1.16) (1.15) (1.14) (13) (1.5)
1 (23 (1) (22 (1) (21) (1) (20) (1) (19 (1) (18 (1) (17) (1) (16 (1) (15) (1) (14 (1) (13) (1))
-1 24 1 23 1 22 1 22 1 21 1 20 1 19 1 18 1 17 1 16 1 15 1 15 1 14 1 13 1 2
1 (23 (1) (22 (1) (21) (1) (20) (1) (19 (1) (18 (1) (17) (1) (16 (1) (15) (1) (14 (1) (13) (1))
1.25 1.24 1.23 1.22 1.22 1.21 1.20 1.19 1.18 1.17 1.16 1.15 1.14 1.13 1.
-1 24 1 23 1 22 1 22 1 21 1 20 1 19 1 18 1 17 1 16 1 15 1 15 1 14 1 13 1 2

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER LE DIMISSIONI PROTETTE "AREA SOCIALE"

II Signor/ṛa	······································
nato/a	
residente a	nn
	nn.
Vive solo/a: □NO □SI specificare	e:
Situazione del nucleo famigliare =	altri soggetti in età > 75 anni 🐧
	altri componenti con patologie significative, n.º
Q	uali? 🛮 fisiche 🗅 psichiche 🗅 situazione di dipendenza 🗅 altro
Rete familiare in grado di support	are o SI o NO o non valutabile
Frequenza dei familiari nelle visite	in ospedale
Invalidità: aSI %aNO a	in corso - Indennitá di accompagnamento a SI a NO a in corso
Situazione della persona al momento	o del ricovero e/o nella permanenza in ospedale rispetto a:
abbigliamento (es: trascuratezza)	
alimentazione (es: disidratazione, m	ahutrizione)
altro	
Accessi al Pronto Soccorso/Ricov	reri ricorrenti = NO = SI frequenza negli ultimi sei mesi
Bisogno di somministrazione di fa	ırmaci di semplice esecuzione, ma non delegabili al soggetto □NO □SI
Motivo	
Paziente già seguito: dai Servizi S in ADI a SI a NO distretto di	ociali del Comune 🗉 SI 🚊 NO
Segnalato ai Servizi Sociali della	
referente	
Note dell'AS ospedaliera	
□ Relazione allegata	
Non accordo con i famigliari sul p a dichiarata difficoltà di accudimento a difficoltà a sostenere eventuali cos a altro	
Sintesi accorditra referenti osped	lalieri e famigliari di riferimento
(indicare i soggetti coinvolti)	-
Data N	lome, cognome, qualifica dell'operatore che segnala
	e mail



L

2 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 2 - 1 - 3 - 1 - 4 - 1 - 5 - 1 - 6 - 1 - 7 - 1 - 8 - 1 - 9 - 1 - 10 - 1 - 11 - 1 - 12 - 1 - 13 - 1 - 14 - 1 - 15 - 1 - 16 - 1 - 12 - 1 - 18 - 1 - 1

Barra messaggi



Logo struttura

PROPOSTA PER ASSISTENZA RIABILITATIVA DOMICILIARE

DATA RICOVERO DATA PREVISTA PER LA DIMISSIONE
DIAGNOSI RIABILITATIVA
AUTONOMIA FUNZIONALE PRE-MORBOSA: a nessuna a parziale a completa

Obiettività clinico-funzionale:

NOME E COGNOME

Funzione o compito	Incapace di eseguire il compito	Tenta di eseguire il compito ma è insicuro	Richiesta aiuto moderato	Richiesta aiuto minimo	Totalmente indipendente
lgiene personale	0	1	3	4	5
Fare il bagno	0	1	3	4	5
Nutrirsi	0	2	5	8	10
Uso del bagno	0	2	5	8	10
Salire le scale	0	2	5	8	10
Vestirsi	0	2	5	8	10
Controllo dell'intestino	0	2	5	8	10
Controllo della vescica	0	2	5	8	10
Deambulazione	0	3	8	12	15
Sedia a rotelle*	0	1	3	4	5
Trasferimento sedia/letto	0	3	8	12	15
Totale					

Sintesi valu	tazione clinico-funzionale
Mobilizzazio	ne segmentaria:o attiva o attiva assistita o passiva
Passaggi po	sturali:::: in autonomia ::::::::::::::::::::::::::::::::::::
Stazione sed	luta: mantenuta oslono
Stazione ere	tta: 🗅 in autonomia 🗅 possibile con assistenza 🗅 non possibile
Cammino::::	in autonomia o con assistenza o con ausilio o non possibile dal
Altro	
Oblettivi ria	bilitativi: ⊢ recupero neuromotorio / funzionale
	n recupero autonomie <u>pre-ricovero</u>
	ntraining educazionale care glyer (mobilizzazione pz / utilizzo auelli /adeguamento ambie
	naitro
Progetto RI	abilitativo Individuale:
-	costurali/trasferimenti = miglioramento coordinazione/eg.ulibrio
	-
	autonomo / assistito /.con ausilii o prevenzione danni da ipomobilità o educazione dei çaçe, giyaç
Altro (specifi	care)
Programma	riabilitativo Individuale:
Augill in us	0
A40111111111111111111111111111111111111	
Ausili preso	zritti: n letto ortopedico n materasso antidecubito n deambulatore n carrozzina pieghev
- comoda -	n cuecino antidecubito en eolieva pereone en altro
T COMIC CO	Todalita dilitatoration Tropical potential II dilitationi
Proposta di	trattamento: prestazionale p due accessi/settimana p tre accessi/settimana
Note	·
	atra (nome connome) firma
Medico Fisi	
Medico Fisi	atra (nome cognome) firma
Medico Fisi	



ALTRI STRUMENTI DI VALUTAZIONE PER DIMISSIONI PROTETTE

NNAI (Nursing Needs Assessment Instrument)

Trattasi di uno strumento di valutazione dei bisogni infermieristici per pazienti adulti ospedalizzati, utilizzato dagli operatori dell'assistenza domiciliare per ricavare i dati di ammissione necessari per valutare i pazienti, pianificare le cure e comunicare con altri membri del personale in merito alle esigenze dei pazienti. La validità non è stata testata.

PRA (Probability of Repeated Admission);

Il PRAPlus è uno strumento di valutazione proattiva utilizzato per identificare **problemi di salute, fattori di rischio e probabilità di rischio degli anziani nel programma Medicare Advantage.**Attuato nel luglio 1997, il programma PRAPlus utilizza un questionario per valutare il probabile utilizzo dei servizi, la probabilità di ricovero ripetuto e altri bisogni relativi alla salute. Il questionario viene inviato a tutti i membri quando si iscrivono al programma Medicare Advantage e contiene dati auto-segnalati che vengono inviati volontariamente

HARP (Hospital Admission Risk Profile)

E' un semplice strumento che può essere utilizzato per identificare i pazienti con un rischio di declino funzionale a seguito di ospedalizzazione. Può essere utilizzato per identificare quei pazienti che beneficerebbero di una pianificazione della dimissione ospedaliera, soprattutto anziani.



Protocollo

"Facilitazione di dimissione e presa in carico dei pazienti fragili e/o anziani dal Pronto Soccorso"

ID 04002, condiviso dal GAT DP il 3.05.18

Obiettivo

Delineare ulteriori percorsi di accompagnamento di persone dimesse da strutture ospedaliere che, per condizioni clinico-assistenziali o di vulnerabilità sociale, necessitano di un ulteriore accompagnamento e reperimento di risorse ad hoc.

Indicatore

Predisposizione protocollo ad hoc (entro il 31.12.2018)

Azioni d'intervento proposte

Introduzione nel triage di item specifici

Il triage rappresenta lo strumento di valutazione di ingresso del paziente in **PS.** E' un processo dinamico, volto a garantire il livello e la qualità di cura più appropriate alle necessità del paziente.

Nei confronti del paziente "fragile", anziano, non autosufficiente le variabili socio-ambientali possono influire sul motivo dell'accesso al P.S.: pertanto diventa indispensabile considerare nella fase di triage, oltre alla condizione clinica specifica, anche variabili quali rete familiare, difetti sensoriali, problematiche psicosociali, eventuale attivazione di servizi del territorio.

A questo fine sono state prese in considerazione alcune scale di valutazione semplici e di facile applicazione in un contesto rapidamente dinamico quale il pronto soccorso di cui si suggerisce l'introduzione.

ISAR (Identification of Seniors At Risk)

1. Prima della patologia acuta che ti ha portato in PS, avevi bisogno che qualcuno ti aiutasse regolarmente? 0: no 1: sì 2. Pensi che avrai bisogno di più aiuto del solito in seguito alla patologia acuta che ti ha portato in PS?

0: no 1: sì

3. Sei stato in ospedale per più di una notte negli scorsi 6 mesi?

0: no 1: sì

4. In generale, ci vedi bene?

0: no 1: sì

5. In generale, hai problemi seri di memoria?

0: no 1: sì

6. Prendi più di 3 medicine al giorno?

0: no 1: sì

Lo screening è positivo se il punteggio è superiore a 2.

Questionario autosomministrato composto da 6 domande a risposta "sì/no" che indaga lo stato funzionale, ricoveri recenti, presenza di deficit cognitivi e visivi, polifarmacoterapia (uso abituale di più di 3 farmaci).

Un punteggio ≥2 (range 0-6) suggerisce un aumentato rischio di declino funzionale, ritorno in 32. PS, ricoveri ospedalieri, istituzionalizzazione e morte entro 6 mesi

Triage Risk Screening Tool

Il paziente è considerato ad alto rischio se è presente deterioramento cognitivo o due o più degli altri criteri.

- presenza di deterioramento cognitivo (es. disorientamento, incapacità di eseguire comandi semplici, diagnosi precedente di demenza o delirium)
- vive da solo/non si riesce a reperire un caregiver
- difficoltà nella deambulazione o storia recente di cadute
- ospedalizzazione/accesso in PS negli ultimi 30 giorni
- 5 o più farmaci
- valutazione da parte dell'infermiere per sospetto di: abuso/negligenza nell'assunzione di farmaci non compliance farmacologica sospetto di abuso di sostanze problemi nelle IADL o ADL (es. assunzione di cibo, problemi nei trasferimenti) altro (specificare)

Triage Risk Screening Tool - significato

- Questionario composto da 6 domande a risposta "sì/no" che indagano la presenza di sintomi di declino cognitivo, solitudine o assenza di un caregiver, difficoltà nei trasferimenti o storia di recenti cadute, recenti ricoveri in ospedale o visite in PS, polifarmacoterapia; il sesto elemento è una raccomandazione professionale infermieristica circa la presenza di neglect, scarsa compliance con i farmaci, abuso di sostanze, problemi nelle attività strumentali della vita quotidiana o di altro tipo.
- Il test è positivo se vi è deficit cognitivo o per un punteggio ≥2 negli altri fattori di rischio e suggerisce aumentato rischio di declino funzionale, utilizzo di PS, ricovero ed istituzionalizzazione a 30 e 120 giorni da una visita in PS.

ATS Brianza

