



68° CONGRESSO
NAZIONALE **SIGG**

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



Le Dimissioni Protette nel *real world*

**Il ruolo del Geriatra nella definizione e
nel governo dell'appropriatezza di
transizione tra il setting di cura
ospedaliero e territoriale**

Lorenzo Espa
Geriatra
Responsabile ADI
Distretto Sociosanitario di Carbonia
ASL Sulcis Iglesiente

Presidente SIGG Sardegna



La gestione delle transizioni di setting: un ponte tra i livelli di assistenza

H

I problemi di transito all'interno della rete tra setting di cura diversi hanno a che fare con target di popolazione di una certa complessità (non sempre e non solo sanitaria) che difficilmente si riesce a gestire con pratiche o procedure standard poiché richiedono interventi personalizzati

T

Uno snodo cruciale nell'assistenza al paziente complesso è la pianificazione delle cosiddette "transizioni", ossia il passaggio da un setting di cura ad un altro



La dimissione ospedaliera non è più solo una questione prettamente sanitaria ma sta diventando sempre di più un problema sociale



Ospedali, anziani dimessi 7 giorni più tardi. Oltre 2 giornate di degenza improprie. L'indagine FADOI

Gennaio 16, 2023

👁 1435

OGNI ANNO OLTRE 2 MILIONI DI GIORNATE DI DEGENZA IMPROPRIE PER LA DIFFICOLTÀ A DIMETTERE GLI ANZIANI SOLI

È il peso che ricade indebitamente sulla sanità pubblica a causa delle carenze del sistema di assistenza sociale, ma anche dei servizi territoriali sanitari poco attrezzati alla presa in carico di questi pazienti. La survey condotta in 98 strutture indica che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.

Il motivo? Il 75,5% dei pazienti anziani rimane impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'Adi. E il tutto ha un costo per il Ssn di circa un miliardo e mezzo l'anno.



la Repubblica

SALUTE

L'allarme "letti bloccati" in ospedale: un milione di malati anziani non torna a casa

di Donatella Zorzetto

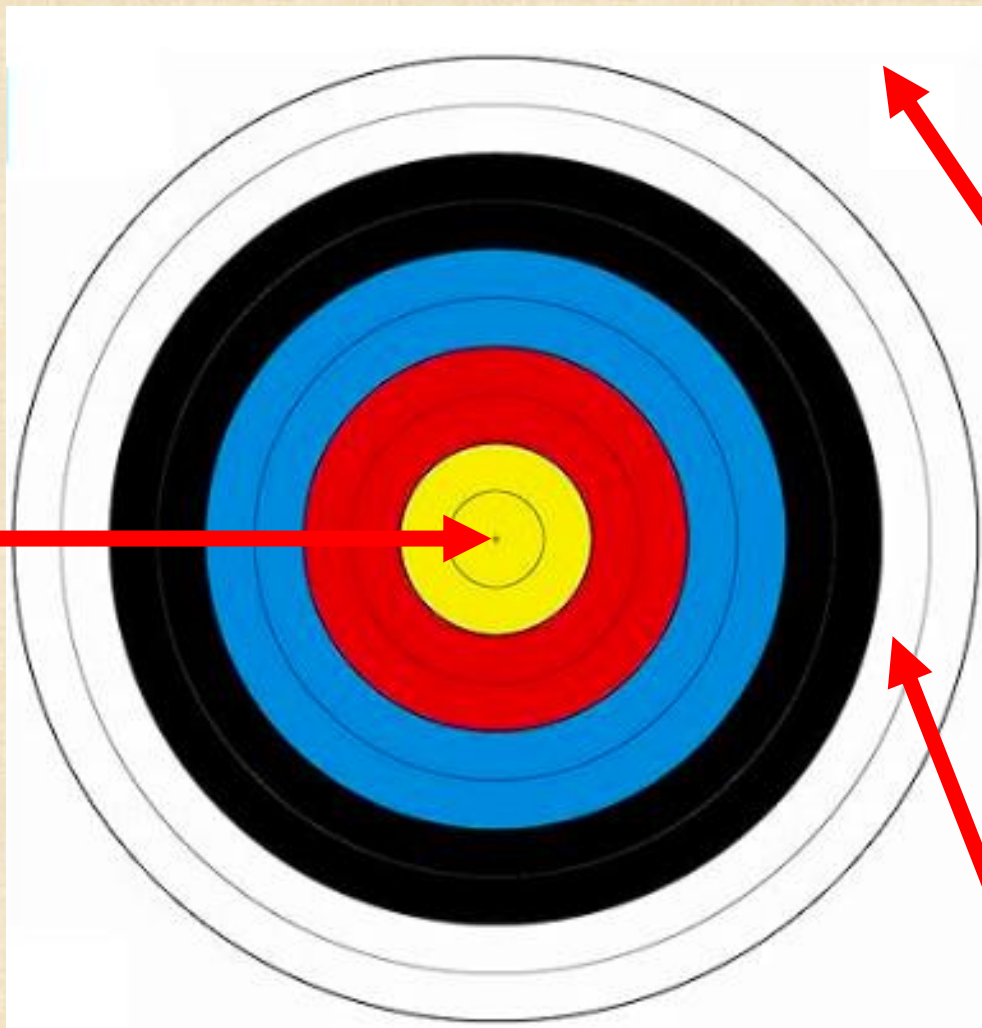
Hanno dai 70 anni in su, spesso ricoverati per malattie croniche, e prolungano impropriamente il ricovero di almeno una settimana perché non sanno dove andare. L'appello di Fadoi e Longeva: "Urgente una rete di servizi sul territorio"

BED BLOCKER





Dimissioni Protetta



Bed Blockers

Dimissioni Difficile



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Piano Nazionale della Cronicità

INTEGRAZIONE H-T

Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

*«L'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, **attraverso** nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e **"dimissioni assistite" nel territorio, finalizzate a ridurre il drop-out dalla rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità**».*



PIANO NAZIONALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI 2021-2023

Agosto 2021

Denominazione: Dimissioni protette per utenza che può fare riferimento ad un domicilio.

Descrizione sintetica:

La “**dimissione protetta**” è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell’Asl di appartenenza e dell’Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e “seguito” da un’adeguata assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall’ambiente ospedaliero o similare ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l’integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

Denominazione

Dimissioni protette per persone che non dispongono di un’abitazione.

Descrizione sintetica

Intese quali insieme di azioni che assicurano e facilitano il passaggio organizzato da un *setting* di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale, le dimissioni protette risultano essere di importanza fondamentale nei percorsi di cura delle persone in condizione di grave marginalità e senza dimora.

L’impossibilità di garantire *setting* di cura in assenza di domicilio impone che vengano individuate procedure specifiche riservate per questa fascia di popolazione caratterizzata da una particolare complessità legata al sovrapporsi di fragilità dovuta a emarginazione sociale, assenza di abitazione, e problemi di salute psicofisica.



Il **concetto di dimissioni protette** si inserisce nella mutata epidemiologia dei pazienti ricoverati che presentano condizioni di crescente disabilità, multimorbilità, politerapia farmacologica ed alto rischio per cadute, fratture, allettamento e perdita di autonomia.

La **transizione** da un'assistenza h24 ad un livello assistenziale ridotto crea difficoltà e frammentazione dei processi di cura ed assistenza in pazienti multiproblematici e non autosufficienti sotto il profilo sociosanitario, generando un carico assistenziale gravoso cui le famiglie, in ragione dell'evoluzione sociale, sono sempre meno in grado di far fronte.

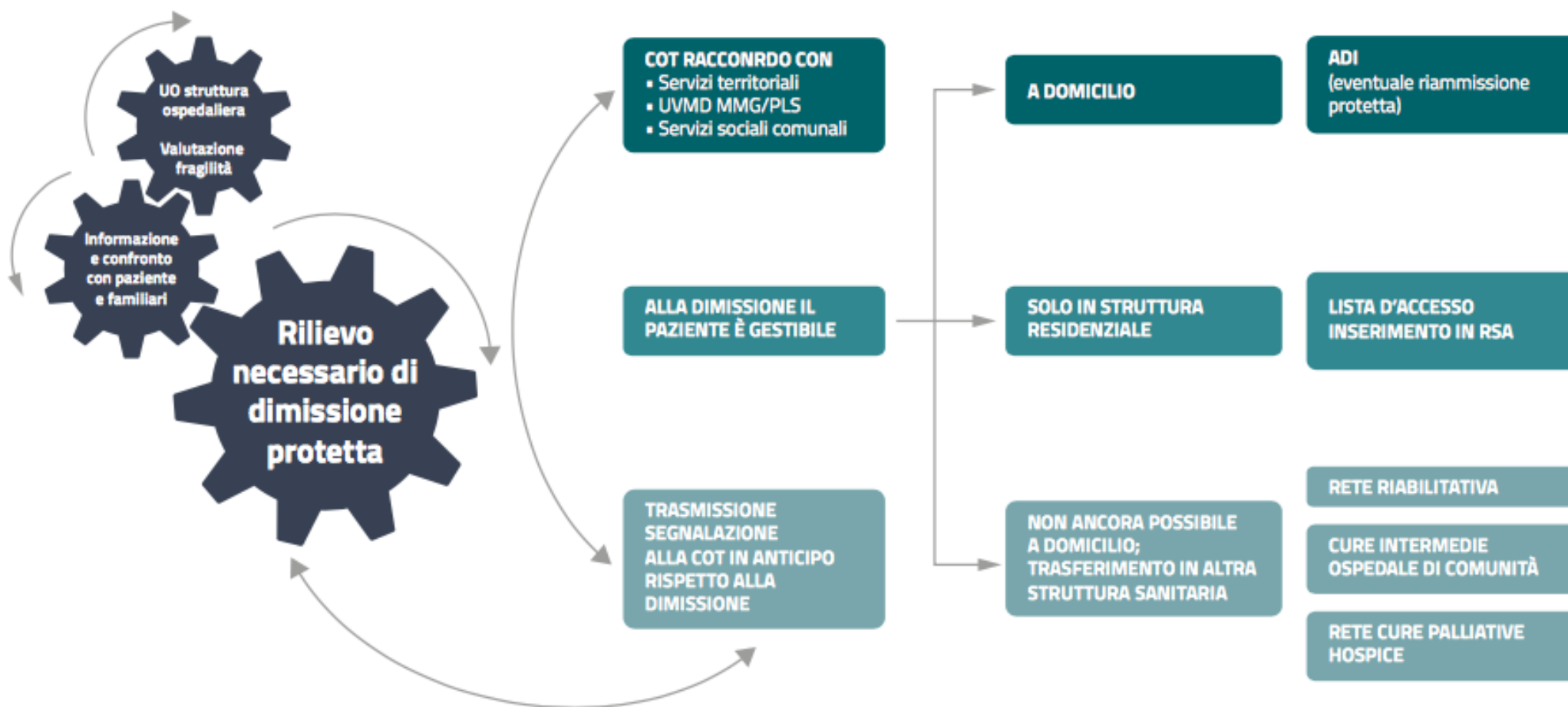
Il **percorso** della Dimissione Protetta (**più facile a dirsi che a realizzarsi?**):

- Definizione di un Protocollo (Procedura)
- Conoscenza del Protocollo/Procedura da parte di tutti gli operatori che vi prenderanno parte
- Identificazione degli operatori territoriali ed ospedalieri responsabili del percorso
- Individuazione delle attività di competenza di tutti gli attori

INTEGRAZIONE H-T
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA



La dimissione protetta – flussi



Dimissione Difficile



Dimissione Difficile

- Dimissione resa problematica dal fatto che essa, per poter essere attuata nel rispetto di una corretta continuità terapeutica ed assistenziale, implica un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che va oltre le reali possibilità del paziente e dei suoi familiari e che quindi rende necessario un coinvolgimento ed un'attivazione particolare dei presidi territoriali comprendenti i medici di famiglia, i servizi infermieristici ed assistenziali domiciliari, le lungodegenze extraospedaliere, le residenze sanitarie assistenziali, le case protette e le case di riposo (UVO, COT, ADI, OdC)
- Il paziente viene a trovarsi in una fase di dimissibilità clinica ma la dimissione non può essere tempestivamente realizzata per ostacoli di natura non clinica.

*Le dimissioni sono davvero difficili,
oppure
è più spesso difficile fare (programmare) le dimissioni?*

Dove la dimissione è difficile?

Reparto?

Paziente?

Famiglia?

Ambiente?

Supporto territoriale e sociale?



Fattori socio-assistenziali potenzialmente precipitanti la Dimissione

Il real world

- a) la Mancanza di rete familiare
- b) le Resistenze dei familiari a riprendere a casa il congiunto per motivi di carattere organizzativo, economico o altro
- c) la Necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi infermieristici e/o sociali
- d) la Necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio
- e) la Necessità di procedere a revisioni strutturali del domicilio o la necessità di trovare un nuovo domicilio caratterizzato da accessibilità e vivibilità adeguate ad una persona non più autonoma
- f) la Possibilità di garantire almeno un accesso al giorno del medico di famiglia quando ritenuto indispensabile
- g) la Necessità di reperire un'ideale sistemazione extrafamiliare, temporanea o definitiva, quando è ragionevolmente impossibile il ritorno al proprio domicilio
- h) Altre situazioni problematiche di natura non clinica (stato di abbandono, povertà, ecc.)

I luoghi della dimissione

Ageing in place

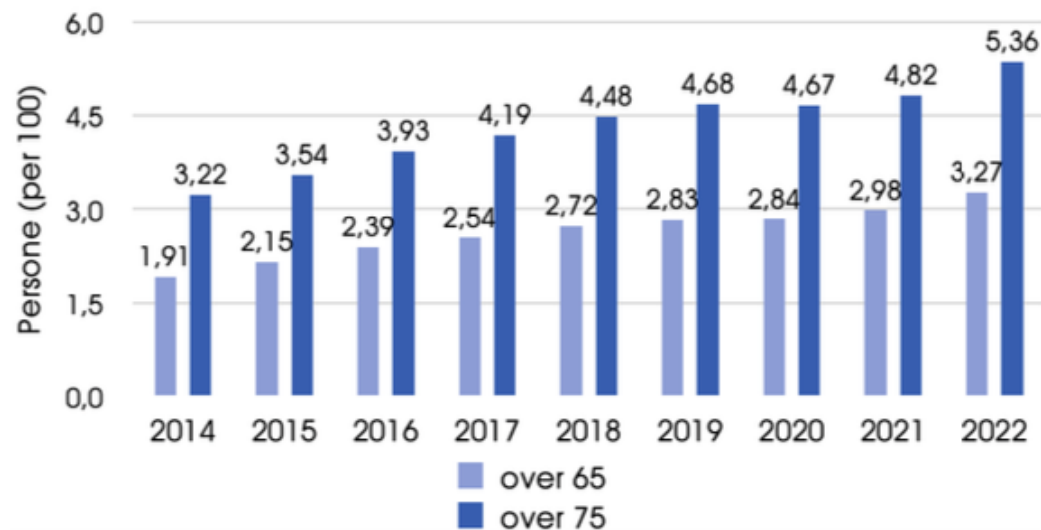


Figura 2.2. Percentuale di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

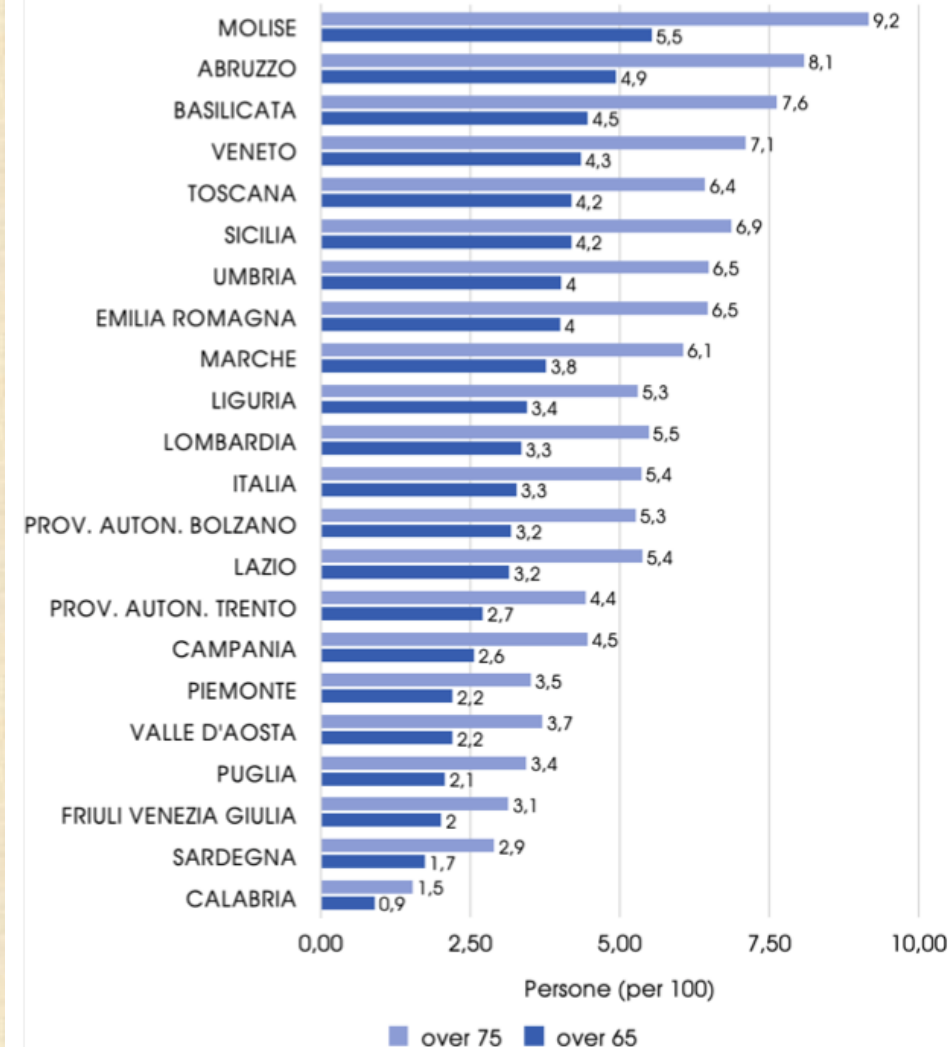
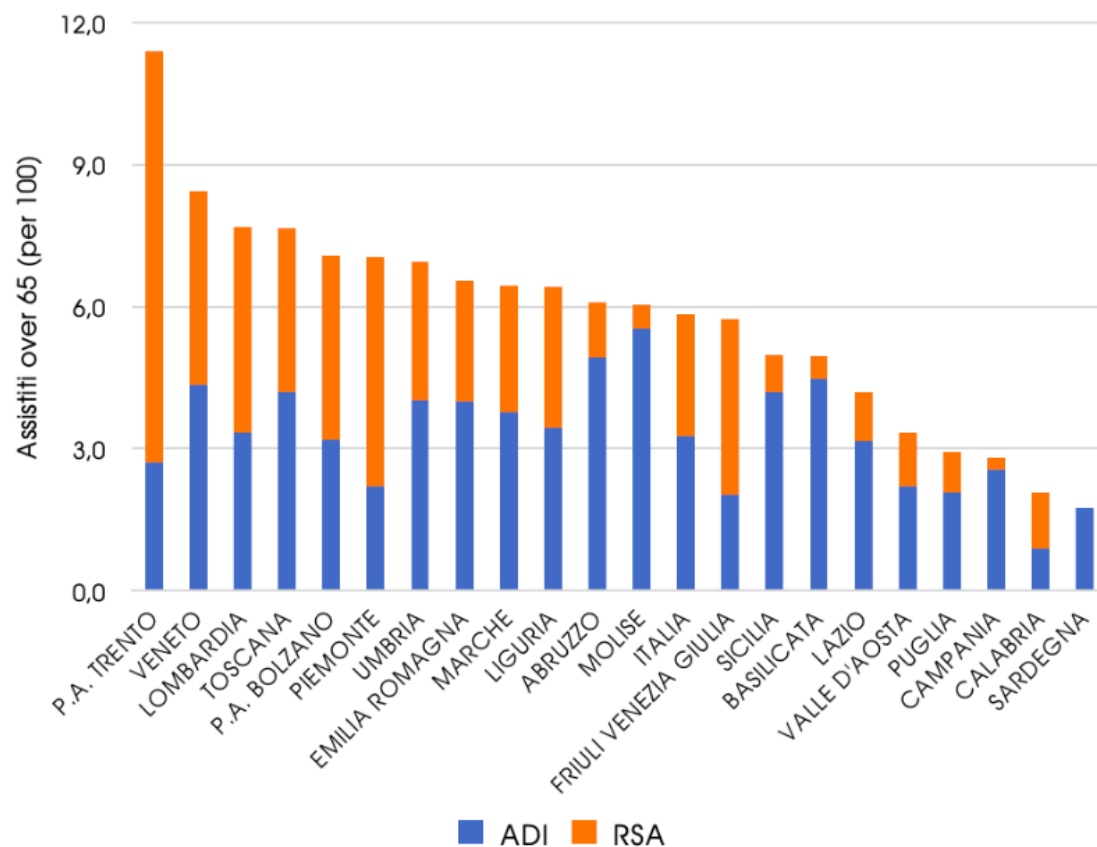


Figura 2.3. Percentuale di anziani over 65 assistiti in ADI. Dati relativi all'anno 2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.



I luoghi della dimissione

Figura 2.10. Confronto regionale tra la percentuale di anziani over 65 ricevuti ADI e residenti in RSA nel 2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.



I luoghi della dimissione

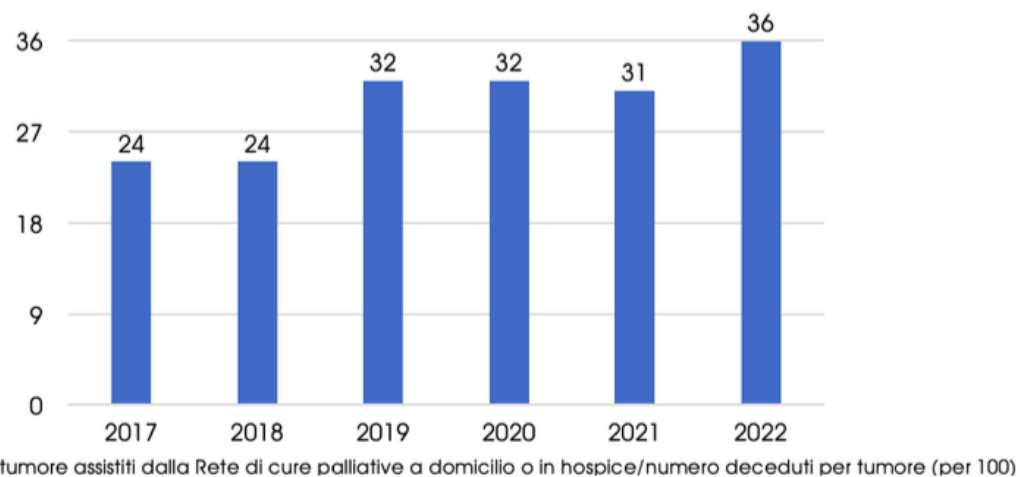


Figura 2.12. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) in Italia nel periodo 2017-2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

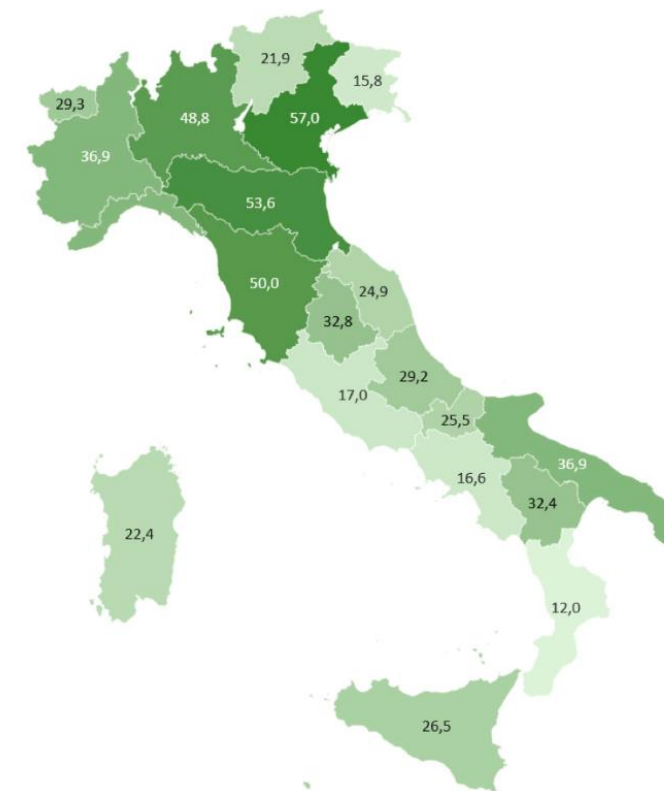
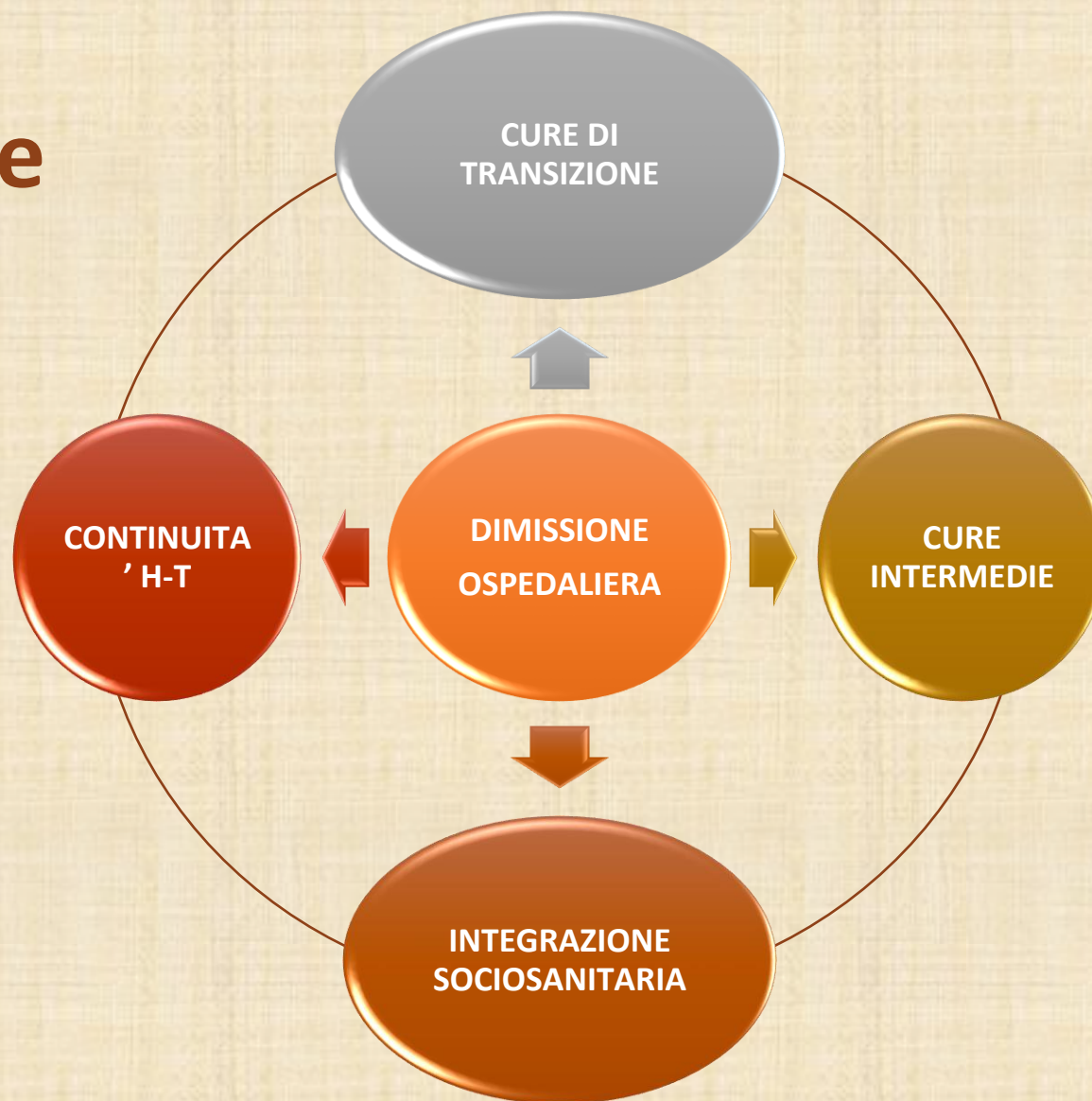


Figura 2.13. Rapporto tra numero di deceduti per patologia tumorale riceventi cure palliative e il numero dei malati deceduti per malattie tumorali (per 100) nel 2022.

Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

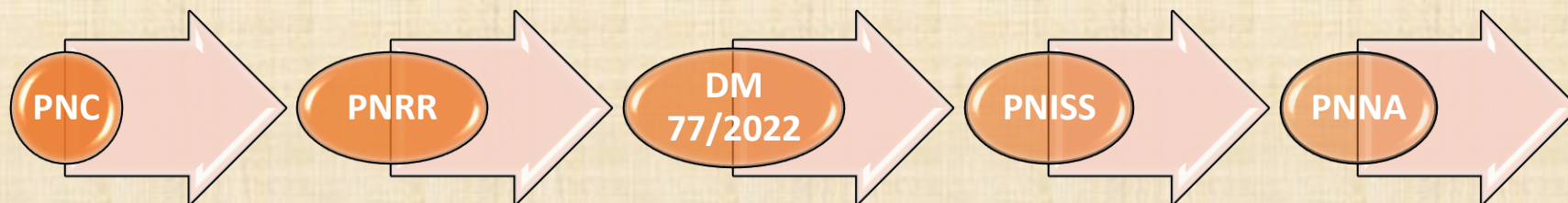


I nodi della rete





Il contesto normativo per la governance della Complessità (Cronicità, Fragilità e Disabilità)



La PRESA IN CARICO

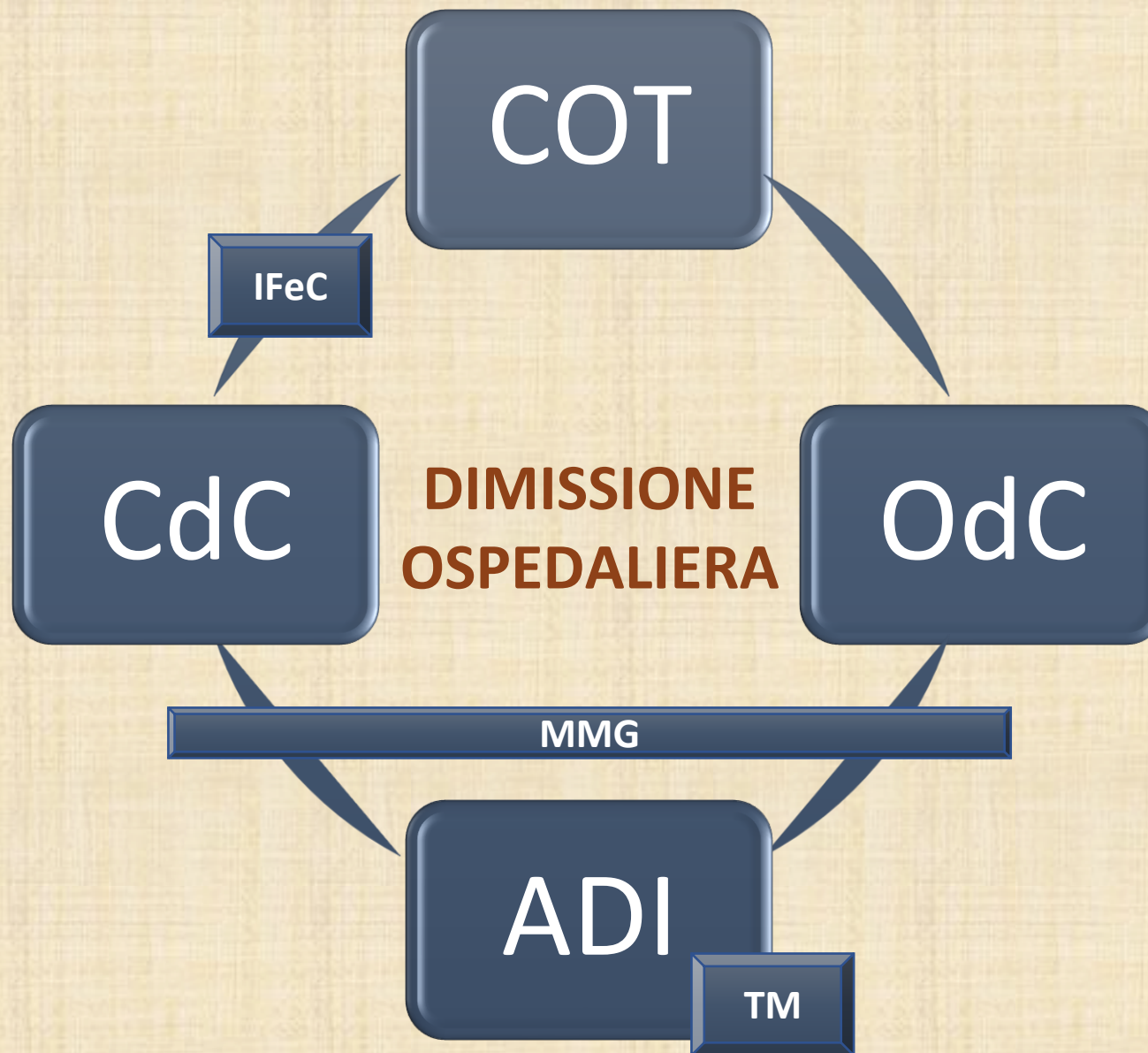
LA VISIONE
AI PALO!

L'OPPORTUNITA?
!
Strategia e metodologia

LA SVOLTA
(LEA +LEPS)!

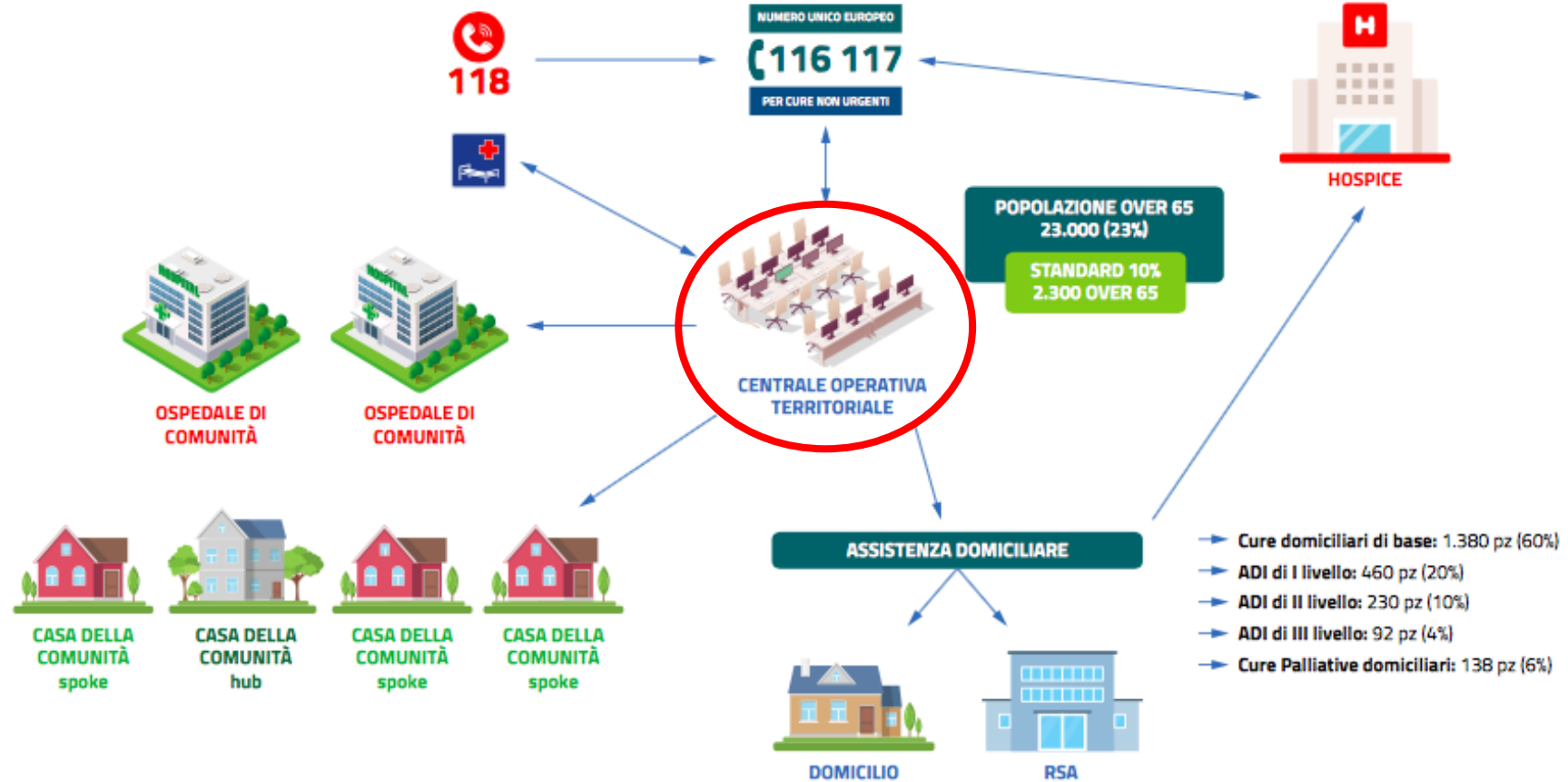


**La nuova
Governance
è nel
DISTRETTO**





Il sistema organizzativo



DISTRETTO (100.000 ABITANTI)



Cochrane Database of Systematic Reviews

- Riduzione del tasso di riospedalizzazione +
- Riduzione della degenza +
- Impatto sullo stato di salute /
- Riduzione dei costi /
- Soddisfazione dei pazienti ++

Discharge planning from hospital (Review)

Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID, Shepperd S

Published online 2022 Feb 24. doi: [10.1002/14651858.CD000313.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub6)

Authors' conclusions

A structured discharge plan that is tailored to the individual patient probably brings about a small reduction in the initial hospital length of stay and readmissions to hospital for older people with a medical condition, may slightly increase patient satisfaction with healthcare received. The impact on patient health status and healthcare resource use or cost to the health service is uncertain.



«Geriatrizzare» il PNRR

Ambulatori della Fragilità



Case della Comunità (CdC) e presa in carico della persona

Ospedali di comunità (OdC)

La presa in carico della fragilità non solo clinica ma anche sociale

Luoghi ideali per la diffusione della cultura geriatrica di diagnosi, cura e riabilitazione

Assistenza domiciliare

Regia Geriatrica della Complessità

Le Centrali operative territoriali (COT)



PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

D/EP/Lazio Dipartimento di Epidemiologia Servizio Sanitario Regionale Regione Lazio - ASL Roma 1

**L'ASSISTENZA TERRITORIALE
Ospedalizzazioni evitabili**

**Una corretta gestione clinica
dei pazienti a livello
territoriale permette di ridurre
la progressione della patologia
e di evitare il ricorso
all'ospedalizzazione**

Edizione 2023

Figura 46

Scompenso cardiaco: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Italia, 2022

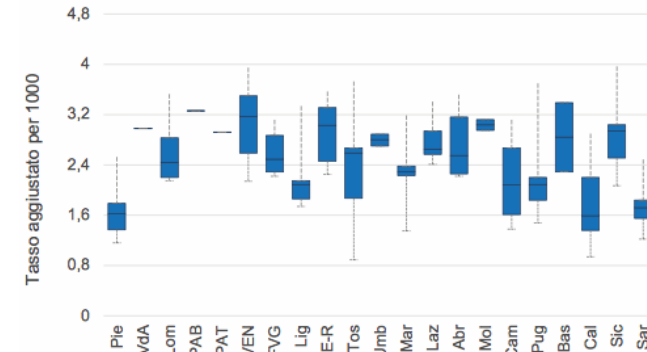
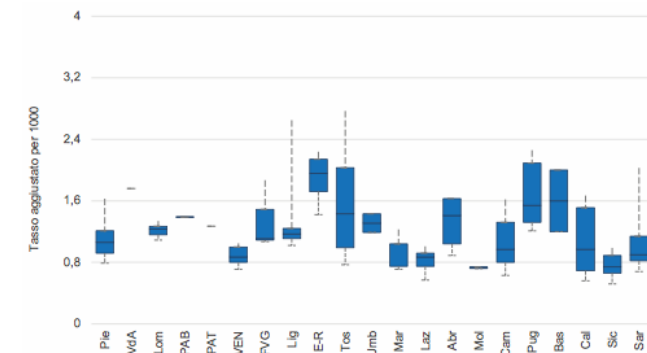


Figura 47

Broncopneumopatia cronica ostruttiva: tassi di ospedalizzazione per area geografica. Italia, 2022





REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 7/11 del 28.2.2023

BEST PRACTICE REGIA GERIATRICA

“Ritornare a casa PLUS”

Interventi di sostegno alla domiciliarità per le persone con disabilità gravissime

Linee di indirizzo integrate 2023/2025



→ Livello Assistenziale Dimissioni Protette

Descrizione delle condizioni socio sanitarie:

Persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infrasessantacinquenni ad esse assimilabili, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, in dimissioni protette da un contesto sanitario per la prosecuzione delle cure a domicilio.

Si tratta, nello specifico, di un intervento volto a sostenere il passaggio dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, favorendo il rientro delle persone in dimissioni protette presso la propria abitazione di residenza, ovvero, per le persone senza dimora, presso strutture di accoglienza.

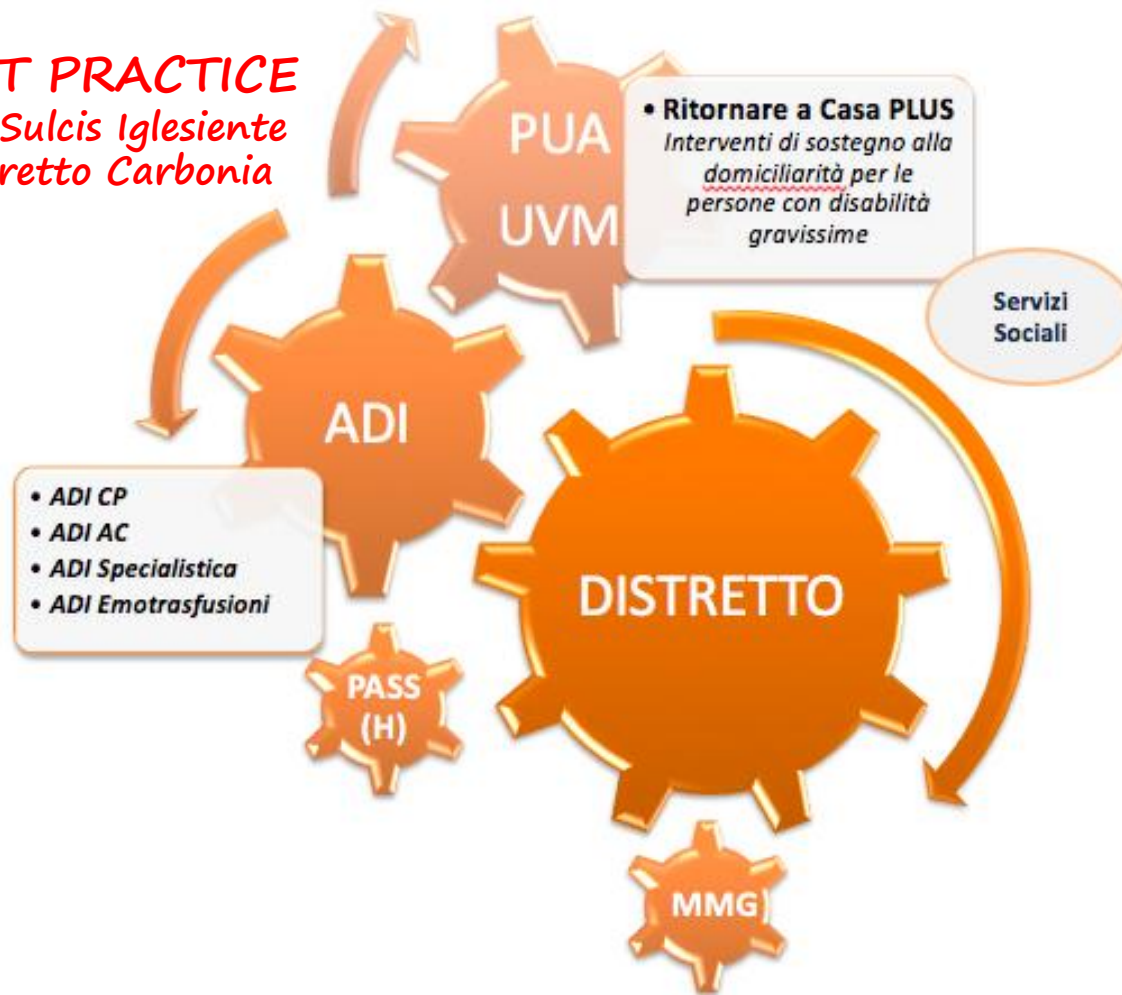


Regia geriatrica della domiciliarità:

Valutazione, Presa in cura, Stesura PAI, Monitoraggio, Gestione delle attività di supporto



BEST PRACTICE
ASL Sulcis Iglesiente
Distretto Carbonia



E con l'avvio della COT?

La Centrale delle Centrali (COT, ADI, IFeC)



CRITICITA'

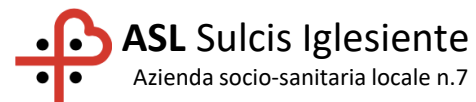
- **PNRR e DM77 e Ministero con standard organizzativi generali non specifici per il nostro territorio e non applicabili nell'immediato**
- **Carenza di figure sanitarie specifiche in ambito ospedaliero e territoriale (MMG) per l'attuazione della presa in carico integrata**
- **Carenza di posti letto in RSA nel nostro territorio**



68° CONGRESSO NAZIONALE SIGG

Ritorno al futuro

FIRENZE, 13-16 DICEMBRE 2023
PALAZZO DEI CONGRESSI



Direttore Generale: Dott.ssa Giuliana Campus



*Scuola di Specializzazione in Geriatria
Università degli studi di Cagliari
Direttore: Prof.ssa Antonella Mandas*



**“Geriatric ASL Sulcis Open Day (GerSOD)
Categorizzazione e
gestione della fragilità del paziente anziano nel territorio”**

**STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA
ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO**



I nuovi spazi della Geriatria: *La sfida*

- La Geriatria oggi è davvero un valore aggiunto nell'assistenza agli anziani?

Non più sufficiente solo un ruolo clinico «passivo» di attesa

- Oltre le mura ospedaliere per migliorare l'assistenza ospedaliera:

Ruolo clinico e organizzativo del Geriatra nei Distretti, nelle Cdc, negli OdC, nelle COT e nell'ADI

- ✓ *DOC-onnect the dots*
- ✓ *Geriatric Long Term Care*

- «Case Manager» dell'integrazione ospedale-territorio

- Sviluppare e guidare la Medicina di Transizione

- Promuovere non solo la *Continuità* delle cure ma anche il *Coordinamento* delle cure



In che modo?

- **Potenziando e diversificando la formazione delle nuove generazioni**
- **Acquisendo competenze organizzative-manageriali**
- **Stimolando le società scientifiche affinché il cambiamento sia recepito in una nuova vision a livello normativo nazionale**