

Il PNRR e la sfida del transitional care

Nella trasformazione della sanità italiana avranno un ruolo centrale il coordinamento e la continuità assistenziale



Circa vent'anni fa, la British Geriatric Society (la Società Britannica di Geriatria) ha definito il transitional care come quell'insieme di azioni che hanno l'obiettivo di assicurare il coordinamento e la continuità delle cure ricevute dal paziente trasferito al proprio domicilio o durante il trasferimento ad altri livelli di cura. Proprio dal transitional care passano le sorti della trasformazione della sanità italiana, che con i fondi disponibili grazie al PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) ha una grande occasione per rinnovarsi, andando incontro alle attuali esigenze sanitarie dei cittadini.

UNA SITUAZIONE DIVERSA DA GESTIRE

Con l'espressione "transitional care" si fa riferimento ai processi di transizione fra i diversi setting assistenziali su cui si può fare affidamento, ossia alla cura e alla presa in carico di tutte quelle persone che, a seguito di una variazione (negativa o positiva) del proprio stato di salute,

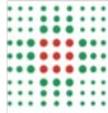
passano da un livello assistenziale a un altro. "In quest'orizzonte, non è importante individuare solo quale sia il tipo di struttura più idoneo a farsi carico delle cure e dei trattamenti necessari ai diversi assistiti/pazienti, ma anche elaborare processi operativi che consentano l'**armonizzazione della presa in carico tra i vari setting assistenziali**", osserva il dottor Paolo Parente, coordinatore del Gruppo di Lavoro "Primary Healthcare" della SIti (Società Italiana di Igiene) e dirigente medico in Direzione Strategica dell'Azienda Sanitaria Locale Roma 1. Al pari di altri Paesi, l'Italia ha organizzato il proprio SSN (Servizio Sanitario Nazionale) a partire da una prospettiva in cui a ricoprire i ruoli più importanti erano da un lato gli **ospedali** e dall'altro **medici di medicina generale**, che rappresentano i principali attori della garanzia della tutela del diritto alla salute sul territorio. Da qualche tempo a questa parte, la sanità pubblica si trova ad affrontare una complessità progressivamente maggiore, dovendo gestire l'aumento dell'età media della popolazione e il cambiamento epidemiologico a esso



Missione 5 (Inclusione e Coesione sociale): **prevenzione all'istituzionalizzazione come misura faro** delle politiche di governo rivolta ai soggetti fragili, tra cui persone con disabilità e anziani.

Missione 6: favorire la **continuità delle cure** per coloro che vivono in condizioni di **cronicità, fragilità o disabilità** e che vanno, pertanto, incontro ad un rischio di non autosufficienza, anche attraverso una **stretta integrazione fra il servizio sociale e sanitario**

Decreto 23 Maggio 2022 n. 77



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Investimento economico: PNRR



Necessarie: Conoscenze - Competenze



Per migliorare la qualità: valutare non il
“paziente” ma la “*persona*” non solo nella
cronicità ma anche in acuto



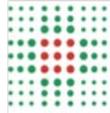


CERISMAS

**«PROGETTARE E SVILUPPARE PRATICHE
DI INTEGRAZIONE NEI PERCORSI DI CURA
ED ASSISTENZA NELLA COMUNITÀ
LOCALE»**



Ottobre 2021 - Settembre 2022



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



Obiettivi di apprendimento

- ✓ Creare un contesto di apprendimento per identificare, progettare, sviluppare e attuare processi di **integrazione nei percorsi di cura ed assistenza nella comunità locale**

- ✓ **OBIETTIVI**
 - ❖ **processi integrativi innovativi**, anche in logica di transitional care, nei confronti di pazienti fragili e affetti da comorbidità e multimorbidità
 - ❖ Promuovere le **relazioni tra i professionisti** che operano all'interno di diversi contesti e setting assistenziali
 - ❖ Valorizzare le **comunità professionali**

- ✓ Laboratorio A
 - ❖ **Approcci di valutazione tempestiva della fragilità sociale dei pazienti che accedono all'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) Policlinico S'Orsola di Bologna per una gestione integrata e proattiva dei pazienti complessi**
- ✓ Laboratorio B
 - ❖ **Processi integrati di dimissione dall'AOU nel quadro di sviluppo delle agenzie di continuità assistenziale in atto in area metropolitana**
- ✓ Laboratorio C
 - ❖ **Processi di integrazione tra professionisti AOU e professionisti assistenza primaria (MMG e infermieri di comunità) per ridurre l'ospedalizzazione dei pz a domicilio o in CRA (con MMG) (accessi ripetuti in PS, ricoveri ripetuti, ricoveri brevi evitabili)**
- ✓ Laboratorio D
 - ❖ **Processi di integrazione tra i professionisti AOU e AUSL di Bologna e i professionisti delle CRA (con medici di struttura) per sostenere la qualità delle cure e dell'assistenza in contesti ad alta fragilità dei pz in CRA (con medici di struttura)**

Per migliorare bisogna prima misurare

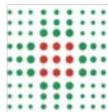
Analisi situazionale

- ✓ 30% degli accessi in PS pazienti con età ≥ 75 anni
- ✓ 50% dei ricoveri riguarda pazienti di età ≥ 75 anni

**Analisi
sperimentale**

Pazienti età ≥ 75 anni: fragile (TRST ≥ 2) vs non fragile

| | Totale | Età < 75 aa | Età ≥ 75 aa |
|------------------------------|-----------|---------------|--|
| Accessi dal 1/7/22 a 15/9/22 | 16967 | 13100 (77%) | 3807 (33%) |
| | | | |
| Età ≥ 75 aa | TRST < 2 | TRST ≥ 2 | (Dati su 3200 pazienti, mancano per 607) |
| Totale | 925 (29%) | 2275 (71%) | p<0.001 |
| Ricoveri | 299 (32%) | 1205 (53%) | p<0.001 |
| Ricovero sociale | 6 (0.6%) | 91 (4%) | p<0.001 |



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA

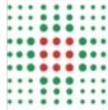


ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Valutazione / presa in carico del paziente fragile Pronto Soccorso Generale - Medicina d'Urgenza Policlinico di Sant'Orsola Bologna

- ✓ Prima dell'avvio del progetto non esisteva un *percorso dedicato*
- ✓ Dall'attivazione del progetto potenziamento del *servizio sociale ospedaliero*, assistente sociale dedicato al PS / Medicina d'Urgenza ed al progetto, potenziamento del sistema informatico con accesso diretto al territorio
- ✓ Possibilità di attivare direttamente da PS / Medicina d'Urgenza sia *setting di cure intermedie* che *servizi FAST* al domicilio
- ✓ Costituzione di un *team della cura intermedia dedicato* (ECA: Equipe di Continuità Assistenziale)





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Pronto Soccorso

Parametri di routine

- frequenza cardiaca
- pressione arteriosa
- saturazione O₂
- temperatura corporea
- livello di coscienza (AVPU)
- **TRST**: strumento di screening del declino funzionale e cognitivo



Triage Risk Screening Tool (TRST)

- 1) presenza di un **deficit cognitivo** (deficit cognitivo noto o stato di confusione mentale acuto)
- 2) **vivere soli e/o non avere caregiver**
- 3) difficoltà a camminare, difficoltà nei trasferimenti letto - poltrona, storia di cadute recenti
- 4) accesso in PS / ospedalizzazione negli ultimi 30/90 giorni (**frequent user**)
- 5) utilizzo ≥ 5 farmaci / die \rightarrow polifarmacoterapia
- 6) una delle 3 condizioni:
 - a) deficit nelle ADL
 - b) malnutrizione
 - c) abuso sostanze (alcol / farmaci / droghe)

Alto rischio di fragilità:

≥ 2 criteri positivi



Triage Risk Screening Tool (TRST)

Instructions: Please make a check mark in the appropriate box to indicate **presence** or **suspicion of any of the following**

* Please complete for all patients 75+ years of age*

| | | |
|----|--------------------------|---|
| 1. | <input type="checkbox"/> | History of cognitive impairment (poor recall or not oriented) |
| 2. | <input type="checkbox"/> | Difficulty walking / transferring or recent falls |
| 3. | <input type="checkbox"/> | Five or more medications |
| 4. | <input type="checkbox"/> | ED use in previous 30 days or hospitalization in previous 90 days |
| 5. | <input type="checkbox"/> | Lives alone and/or no available caregiver |
| 6. | <input type="checkbox"/> | ED staff professional recommendations: |
| | <input type="checkbox"/> | Nutrition / weight loss |
| | <input type="checkbox"/> | Incontinence |
| | <input type="checkbox"/> | Failure to cope |
| | <input type="checkbox"/> | Medication issues |
| | <input type="checkbox"/> | Sensory deficits |
| | <input type="checkbox"/> | Depression / low mood |
| | <input type="checkbox"/> | Other _____ |

If 2 or more factors identified: Referral to GEM Nurse Referral to GEM Nurse not indicated
 Referral to Social Work when GEM nurse not available

Name / Signature: _____ Date (d/m/y): _____

Time: _____

Date GEM assessed: _____ Time GEM assessed: _____

Progetto Fragilità

Partenza:
15 gennaio 2024

Pazienti età ≥ 65 che arrivano in PS

Valutazione con **TRST**
(esclusi pz chirurgici e destinati a terapie intensive - semintensive)

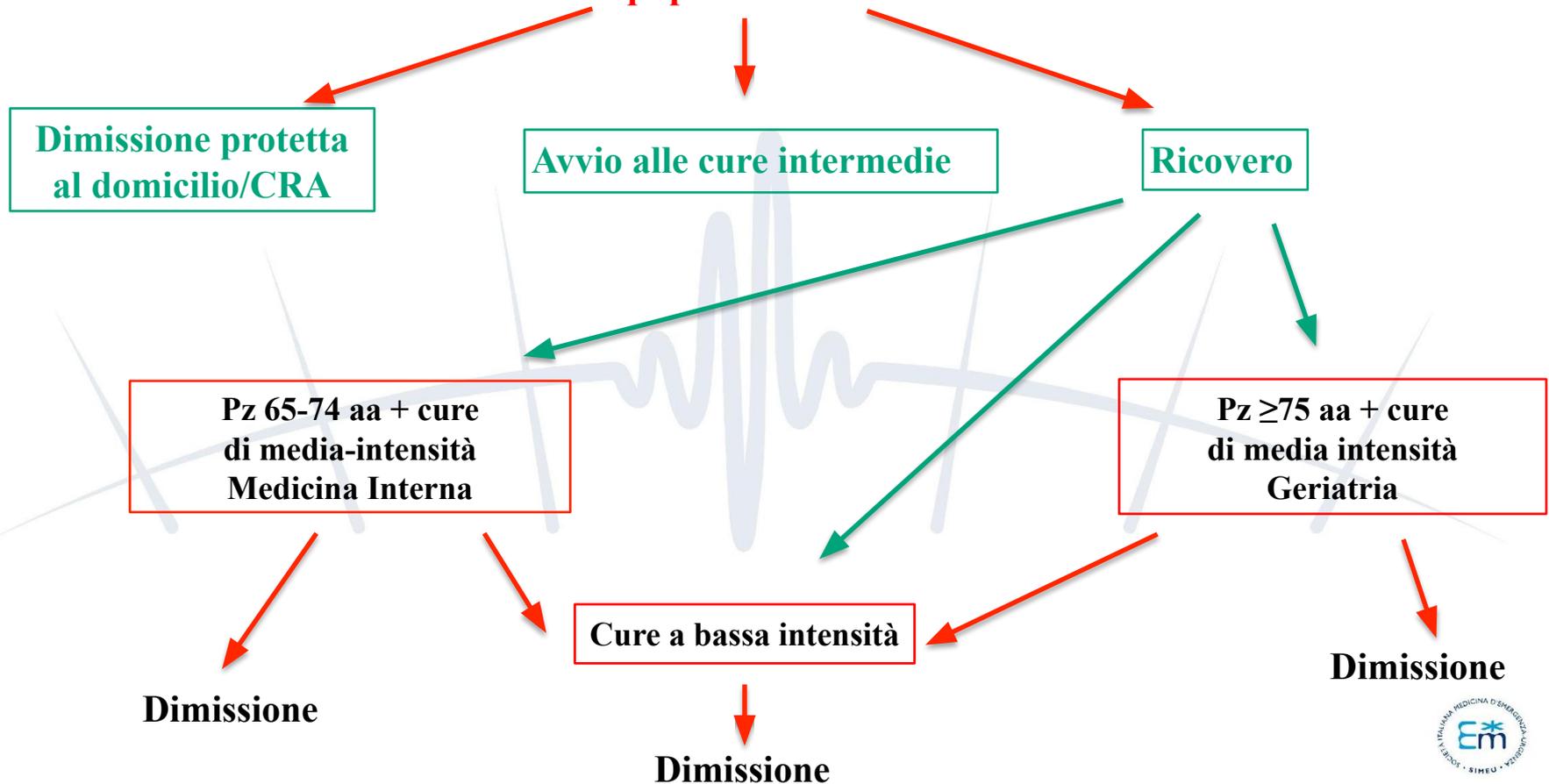
TRST < 2

Esclusione dal percorso

TRST ≥ 2

**Medicina D'Urgenza
Settore Fragilità**

Intervento dell'Equipe di Continuità Assistenziale



Equipe di Continuità Assistenziale (ECA)

- ✓ Geriatra
- ✓ Infermiere esperto di transitional care
- ✓ Assistente Sociale

- ✓ Dal lunedì al venerdì
- ✓ Dalle ore 12 alle ore 14-30 - 15



Medicina d'Urgenza - Settore Fragilità

Valutazione clinica abituale + *valutazione muldidominio*:

- 1) il dominio clinico
- 2) il dominio cognitivo
- 3) il dominio funzionale
- 4) il dominio sociale



Medicina d'Urgenza - Settore Fragilità

- ✓ *dominio clinico*: valutare se la problematica clinica acuta può essere gestita entro i tempi massimi previsti per l'Osservazione Breve senza necessità di ricovero, mettendo in campo le strategie diagnostiche - terapeutiche disponibili
- ✓ *dominio cognitivo - funzionale - sociale*: valutazione congiunta dei professionisti sanitari del reparto e dell'ECA
- ✓ se necessaria: attivazione **valutazione fisiatrica** da parte dello specialista coinvolto nel progetto (favorire la mobilitazione precoce)

Medicina d'Urgenza - Settore Fragilità

Valutazione multidimensionale “precoce” garantisce i tre principi fondamentali alla base della corretta gestione dei pazienti fragili per il mantenimento delle autonomie funzionali e favorire il rientro a domicilio:

- ✓ Appropriatelyzza di setting
- ✓ Pianificazione della dimissione
- ✓ Anticipazione dell'attivazione dei servizi ritenuti necessari per ridurre il tempo di degenza

Medicina d'Urgenza - Settore Fragilità

Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

Percorso 1. Paziente dimissibile a domicilio

- ✓ dimissione ordinaria (senza attivazione dei servizi)
- ✓ dimissione protetta (rapida attivazione dei servizi di cura territoriale, assistenziali, sociali, rete delle cure palliative)



Medicina d'Urgenza - Settore Fragilità

Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

Percorso 2. Paziente acuto

Previsto un periodo di ricovero:

- ✓ reparto di Medicina Interna dedicato per età < 75 anni
- ✓ reparti di Geriatria per età ≥ 75 anni



Medicina d'Urgenza - Settore Fragilità

Valutazione multidimensionale e multiprofessionale

Percorso 3. Paziente stabile e/o post-acuto

- ✓ Pazienti stabilizzati entro le 72 ore: trasferimento in setting di cure intermedie intra o extraospedaliero



Risultati preliminari: dal 15 gennaio 2024 al 15 aprile 2024

| | |
|-------------------------|-------------------|
| Totale | 461 (63,5% donne) |
| Età media | 85 |
| Età > 75 anni | 427 (92,6%) |
| Cadute | 25,6% |
| TRST medio | 4 |

| Macrocategorie principali di ricovero | |
|---------------------------------------|----|
| Demenza | 99 |
| IVU | 79 |
| Trauma | 74 |
| Polmonite | 52 |
| Scoppio cardiaco | 48 |
| Sepsi | 45 |
| Cardiologia | 30 |
| Subocclusione intestinale | 26 |
| Neoplasia | 24 |
| Delirium | 23 |
| Sincope | 21 |
| Problema sociale | 17 |
| Problema psichiatrico | 12 |

| Totale pazienti | Totale valutazioni ECA | Età media | BRASS media |
|------------------------|-------------------------------|------------------|--------------------|
| 461 | 234 (51%) | 85 anni | 19 |

| | | |
|---|-----|-------|
| Dimissione a domicilio | 135 | 29,3% |
| Ricovero per acuti Policlinico Sant'Orsola | 169 | 36,5% |
| Ricovero Ospedale Privato Accreditato | 107 | 23,2% |
| Cure intermedie | 37 | 8% |
| Autodimissione | 2 | 0,4% |
| Decesso | 12 | 2,6% |

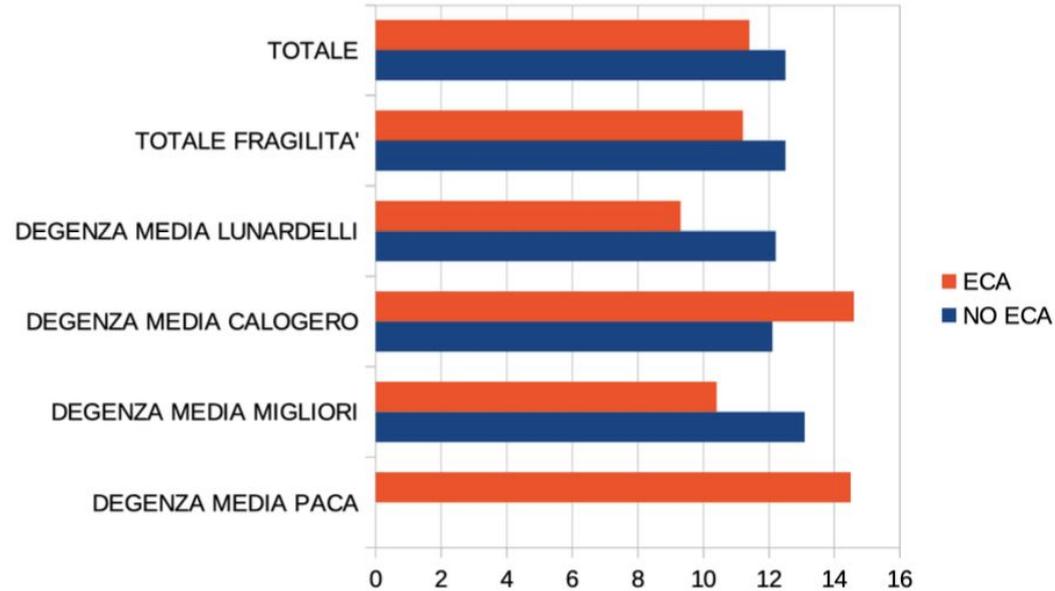
**Dimissione
protetta**

30%

| | Fragilità (461) | No fragilità (350) |
|--|--------------------|-----------------------|
| Ricovero per acuti Policlinico Sant'Orsola | 169 36,6% | 194 55,4% |
| Dimissione a domicilio | 135 29,2% | 90 25% |
| Ricovero Ospedale Privato Accreditato | 107 23,2% | 56 16% |
| Cure intermedie | 37 8% | |
| Decesso | 12 2,6% | 6 1,7% |
| Rifiuta ricovero | 2 0,4% | 4 1,9% |

Tempi medi di degenza (15 gennaio-15 marzo)

| | N° totale | DM ECA | DM No ECA |
|------------------|-----------|-----------|-----------|
| Totale OSO | 124 | 11,4 (64) | 12,5 (60) |
| Totale fragilità | 104 | 11,2 (55) | 12,5 (49) |
| Calogero | 32 | 14,6 (17) | 12,1 (15) |
| Lunardelli | 43 | 9,2 (25) | 12,2 (18) |
| Migliori | 29 | 10,4 (13) | 13,1 (16) |
| PACA | 17 | 14,5 (17) | / |



La catena del soccorso del paziente fragile

Riconoscimento
precoce
(TRST)

Valutazione
multiprofessionale
multidimensionale
precoce

Equipe di
continuità
assistenziale
(ECA)

Identificazione
precoce
setting
più appropriato

Continuità
ospedale
territorio







XIII congresso nazionale

simeu

GENOVA 30 MAG - 1 GIU 2024