

FACSIMILE DI PROGRAMMA EVENTO FORMATIVO

Codice evento: -----

Titolo: “Le dimissioni difficili: strategie di facilitazione del processo di dimissione- scheda RAD SICA e scheda di Triage Sociale”

Date: 24 maggio 2022

Luogo e sede: CORSO FAD

RAZIONALE:

- Abstract dell'intero percorso formativo

La presente iniziativa formativa si pone l'obiettivo di sviluppare o migliorare e uniformare le conoscenze del personale di assistenza in merito al processo di dimissione e facilitare l'introduzione sistematica dello strumento di screening “RAD SICA”, all'interno delle UU.OO di degenza ospedaliera, agevolando:

- la raccolta delle informazioni per l'individuazione dei pazienti a rischio di dimissione difficile
- la presa in carico dei bisogni individuati,
- la continuità delle cure tra ospedale e territorio.

L'obiettivo generale è formare gli operatori preposti alle cure e all'assistenza del paziente ad identificare rapidamente la complessità della dimissione nelle prime fasi del ricovero e assicurare una rapida dimissibilità evitando di sottoporlo ai rischi della prolungata ospedalizzazione; infine formare l'infermiere ad utilizzare un approccio multidisciplinare coordinato.

L'Obiettivo specifico è quello di formare gli operatori alla corretta compilazione ed utilizzo della scheda RAD SICA al fine dell'implementazione della stessa nei contesti operativi.

- Premessa

Negli ultimi anni si è osservato un forte incremento di pazienti poli patologici, anziani, fragili, caratterizzati da riacutizzazioni, malattie croniche, riospedalizzazioni ripetute e difficoltà alla dimissione. La causa principale di dimissione ritardata, non sicura e di precoce riospedalizzazione è data dalla complessità della gestione dell'integrazione ospedale-territorio, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche e degenerative. Sempre più frequentemente, le corsie ospedaliere vengono occupate da pazienti anziani o molto anziani, poco o nulla autosufficienti, con malattie croniche riacutizzate, comorbidità, complicanze e postumi invalidanti, portatori di apparecchiature e protesi, spesso di non semplice gestione. Si tratta comunque di pazienti che per le loro caratteristiche cliniche richiedono spesso lunghi periodi di ricovero per una stabilizzazione sufficiente a garantire un rientro a domicilio in sicurezza. La drastica riduzione dei posti letto ospedalieri, giustificata da motivi economici contingenti, piuttosto che da una vera programmazione sanitaria, acuisce ancor di più la questione del “posto letto libero. La “dimissione difficile” rappresenta, pertanto, già oggi, il primo e forse più importante fattore eziologico di blocco del turn over ospedaliero. La dimissione difficile è una dimissione ritardata perché, nel rispetto della continuità terapeutica e assistenziale, necessita di un “consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre le potenzialità del paziente e dei suoi familiari” ed implica, pertanto, il coinvolgimento di

tutti i presidi sanitari, ospedalieri e territoriali: Distretto, Medico di famiglia, Residenze Assistite, Servizi Domiciliari, Servizi Sociali ecc... La dimissione protetta, che rappresenta la regola in pazienti con le caratteristiche descritte, prevede essenzialmente due modalità di assistenza post ospedaliera:

1. l'attivazione dei Servizi di Assistenza Domiciliare, da parte del medico di famiglia;
2. il ricovero in struttura residenziale, temporaneo o definitivo (RSA / Casa protetta/struttura riabilitativa).

Le problematiche esistenti, causa di impedimento e ritardi anche considerevoli nella dimissione del paziente dall'ospedale, in tal caso, sono essenzialmente di natura organizzativa e burocratica e riguardano in particolare:

- La comunicazione tra Medico Ospedaliero, Medico di famiglia e PUA;
- L'Unità di valutazione multidimensionale che a volte ritarda la presa in carico del paziente, specialmente se ricoverato in località diverse da quella di residenza;
- I Servizi Sociali del Comune di Residenza, che devono accertare il reddito familiare per deliberare l'impegno di spesa a favore del paziente "indigente", in caso di ricovero presso una struttura protetta;
- Le liste di attesa nelle RSA convenzionate.
- La criticità sociale: il ruolo della famiglia

Sempre più spesso accade che, nonostante il buon risultato clinico ottenuto durante il ricovero, la dimissione venga ritardata da problematiche di natura extra sanitaria. In particolare, la famiglia che dovrebbe accogliere il paziente ed assisterlo a casa, non è in grado di svolgere questo compito e/o rifiuta di farlo, fondamentalmente per le seguenti ragioni:

1. assenza di familiari (anziani soli, senza figli o discendenti diretti);
2. tutti i componenti della famiglia sono impegnati in attività lavorative a tempo pieno;
3. assistenza al paziente è comunque troppo gravosa ed impegnativa e richiede competenze e abilità particolari;
4. abitazione non adatta a ricevere un paziente con postumi invalidanti e richiederebbe interventi di ristrutturazione lunghi e costosi;
5. sussidi previsti dallo Stato sociale sono insufficienti e necessitano di integrazione economica, con costi talora insostenibili;
6. timore di non ricevere più lo stesso tipo di assistenza continuativa garantita in ospedale.

Esiste poi un problema emergente, che si sta imponendo con sempre maggiore frequenza ed è quello rappresentato dai cittadini extracomunitari, più o meno regolari, che spesso trovano nell'ospedale l'unico rifugio, in attesa di una sistemazione migliore e al riparo da una drammatica espulsione che li riporterebbe nella situazione disperata da cui sono fuggiti e i "senza fissa dimora" categoria ancora più complessa.

Per gestire il tema della polipatologia, fragilità e dimissione pianificata sono state sviluppate varie strategie tra le quali la recente attivazione della Centrale di continuità Assistenziale (CCA), costituita nel 2019 e al cui interno sono incluse due servizi che offrono due tipologie di prese in carico:

Centrale di continuità Ospedale Territorio (CCOT) e Centrale Territoriale delle Cronicità (CCT) al cui interno operano rispettivamente gli infermieri Case e Care Manager in collaborazione "forte" altre figure professionali ospedaliere e territoriali in un'ottica di integrazione multidisciplinare. La loro funzione di cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, agisce da garante della continuità delle cure soprattutto per i soggetti "complessi" perché cronici e/o fragili.

La CCOT si pone come obiettivo la garanzia della continuità assistenziale tra l'ospedale e le diverse realtà territoriali, attraverso la presa in carico precoce dei soggetti fragili, l'individuazione del setting assistenziale post ospedaliero più appropriato, e la creazione di un percorso integrato con i servizi territoriali quali centri riabilitativi, lungodegenze, Hospice

e assistenza domiciliare. Il percorso di continuità assistenziale inizia con la valutazione dell'infermiere che accoglie il paziente in UO. Per questa valutazione viene redatta, all'ingresso del paziente in UO, la scheda di valutazione per la continuità assistenziale (Rad Sica), che rileva i dati relativi alla provenienza del paziente (domicilio, post acuzie, Rsa, clinica privata, lungodegenza), ai problemi clinico-assistenziali e ai criteri di dimissione (autonomia funzionale, integrità cognitiva, informazioni necessarie per riconoscere, monitorare e gestire i sintomi, isolamento sociale, eventuale presenza del caregiver). Insieme al coordinatore infermieristico e al Medico dell'UO l'infermiere verifica la presenza di pazienti eleggibili. Successivamente il coordinatore e/o l'Infermiere trasmette la valutazione del paziente (RAD SICA compilata tramite sistema informatizzato) alla Centrale CCOT. Il case manager, ricevuta la segnalazione, si reca presso l'UO, valuta il paziente assieme ai medici e infermiere o coordinatore, verifica la necessità di effettuare la valutazione multidimensionale (UVMO) per definire, in questo modo, il percorso più appropriato per il paziente nell'ambito residenziale o domiciliare.

Lo strumento RAD SICA contiene un elenco di items, anche molto semplici, che forniscono una fotografia del paziente al tempo "o"; successive valutazioni potrebbero rilevare modificazioni e restituire una uno stato di salute positivo se il paziente è migliorato, o negativo qualora dovesse essere peggiorato. È una scheda che permette l'integrazione con il paziente, i suoi familiari/caregivers e fra i professionisti, al fine di accrescere la sinergia fra tutti gli attori coinvolti.

La RAD SICA è in uso già da tre anni, nelle UU.OO ospedaliere del PO Nord il cui utilizzo ha però subito un arresto a causa della pandemia Sars covid2; oggi c'è la volontà di adottare questo strumento anche presso gli altri presidi ospedalieri, con lo scopo di uniformare e migliorare le procedure utilizzate in fase di dimissione dei pazienti.

La scelta dell'argomento di questo progetto formativo è quindi stata motivata da un obiettivo aziendale utile a far conoscere a tutti i futuri stakeholder lo strumento, e a creare dei momenti di incontro tra i professionisti con lo scopo di esaminare la RAD SICA e renderla adeguata al proprio ambiente lavorativo

OBIETTIVO GENERALE

Favorire/facilitare il processo di dimissione del paziente.

OBIETTIVI INTERMEDI

Comprensione della potenzialità dello strumento RAD SICA nel predire la dimissibilità

OBIETTIVO SPECIFICO

Compilazione corretta della RAD SICA da parte dei professionisti coinvolti

I DESTINATARI del percorso formativo sono: professionisti sanitari e sociali dei presidi ospedalieri e territoriali. Il corso sarà articolato in più edizioni, in modo da garantire un'adeguata formazione a tutti gli operatori.

PROGRAMMA DETTAGLIATO

I° INCONTRO		Martedì 24 maggio 2022 (giorno della settimana)			
ORARIO	Durata	ARGOMENTO	<u>Metodologia</u> <u>Didattica</u>	Docente	sostituto (obbligatorio)
Ore 08,30	15’	Registrazione dei partecipanti e pre-test			
Ore 09,00	10’	Presentazione dell’iniziativa e introduzione al tema	Lezione frontale	Dott.ssa T. Lorena Di Lenola	Dott.ssa Cristina Bortolotto
Ore 09,15	45’	Il paziente complesso/fragile	Presentazione di casi concreti	Dott. Paolo Fusco	Dott.ssa T. Lorena Di Lenola
Ore 10,00	45’	Le fasi del percorso di dimissione	Lezione frontale	Dott. Valentino Coppola	Dott. Paolo Fusco
Ore 10,45		Pausa caffè			
Ore 11,15	45’	Progetto di “Continuità Assistenziale” tra Ospedale e Territorio	Presentazione di casi concreti	Dott.ssa Roberta Biaggi	Dott. Valentino Coppola
Ore 12,00	45’	La Centrale di Continuità Ospedale Territorio (CCOT)	Presentazione di casi concreti	Dott.ssa Cristina Bortolotto	Dott.ssa T. Lorena Di Lenola
Ore 13,00	60’	Pausa pranzo			
Ore 14,00	40’	Scheda di screening RAD SICA	Lezione integrata con filmati	Dott.ssa Cristina Bortolotto	Dott.ssa T. Lorena Di Lenola
Ore 14,40	40’	I SERVIZI SOCIALI nella presa in carico dei soggetti fragili		Dott.ssa Gerarda Molinaro	Ore 14,00
Ore 14,40	30’	Scheda di TRIAGE SOCIALE	Lezione integrata con filmati	Dott. Lorenzo Forte	Dott.ssa Silvia Meschino
Ore 15,10	20’	Percorso riabilitativo per la dimissione	lezione frontale	Dott. Roberto Tozzi	\Dott. Paolo Fusco
Ore 15,30	40’	Percorsi di dimissione vs territorio	Lezione frontale	Dott. Lorenzo Forte	Dott.ssa Silvia Meschino
Ore 16,15		Pausa caffè			
Ore 16,30	45’	Attività del PUA in integrazione con l’ospedale	Lezione integrata con filmati	Dott.ssa Silvia Meschino	Dott. Lorenzo Forte
Ore 17,15	45’	Il colloquio con il familiare per inserimento nelle strutture territoriali	Dimostrazioni tecniche	Dott.ssa Sofia Trabacchin	Dott.ssa Silvia Meschino
Ore 18,00	15’	Verifica dell’apprendimento	Test		
Ore 18,15		Chiusura lavori			

DETTAGLIO METODOLOGIA DIDATTICA

Indicare per ogni metodologia didattica la durata effettiva, anche inferiore ad un'ora

DIDATTICA FRONTALE

- A. **Lezioni magistrali** (HH:MM)
- B. **Lezione frontale** standard con dibattito tra discenti ed esperto/i guidato da un conduttore (l'esperto risponde) **(02,45)**
- C. **Tavole rotonde** con dibattito tra esperti (non simposi o corsi brevi) (HH:MM)

DIDATTICA ATTIVA

- D. **Esecuzione diretta da parte** di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche (HH:MM)
- E. **Role playing** (00:60)
- F. **Lavoro a piccoli gruppi e/o** individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione delle conclusioni in sessione plenaria con esperto. (HH:MM)

DIDATTICA INTERATTIVA

- G. **Dimostrazioni tecniche** senza esecuzione diretta da parte dei partecipanti **(01,25)**
- H. **Presentazione e discussione di problemi o** di casi didattici in grande gruppo **(02,25)**
- I. **Lezione integrata con filmati**, questionari, casi didattici flash di stimolo, ecc. **(02,45)**

TOTALE ORE (10:00)

NB

Il sistema, riguardo al campo dei minuti, prevede che si possano immettere solo 15, 30, 45 minuti.