

**Progetto sperimentale PASS -  
Prevenzione delle “dimissioni difficili”**

Dott.ssa Claudia Dessanti  
Referente S.C. Pianificazione Strategica,  
Organizzazione Aziendale e Governance

Sommario

<b>Introduzione .....</b>	<b>3</b>
<b>Profilo di salute della Regione Sardegna .....</b>	<b>4</b>
<b>Concetto di salute .....</b>	<b>6</b>
<b>Il paziente al centro dell'assistenza .....</b>	<b>7</b>
<b>Modello organizzativo sperimentale PASS .....</b>	<b>9</b>
<b>Operatori coinvolti nel PASS .....</b>	<b>11</b>
<b>Punto Unico di Accesso (PUA) .....</b>	<b>12</b>
<b>Unità di Valutazione Territoriale (UVT) .....</b>	<b>12</b>
<b>Obiettivi .....</b>	<b>13</b>
<b>Materiali e metodi.....</b>	<b>14</b>
<b>Adozione di una scheda di prevenzione delle dimissioni difficili sulla     base della raccolta e dell'analisi dei dati nelle precedenti fasi (Scala di     BRASS).....</b>	<b>14</b>
<b>Conclusioni .....</b>	<b>18</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>20</b>

## **Introduzione**

L'invecchiamento demografico registrato negli ultimi decenni rappresenta un fenomeno che interessa la popolazione mondiale ed in particolare i paesi industrializzati. Questo fenomeno risulta particolarmente evidente in Italia, dove nei prossimi quarant'anni, la popolazione ultrasessantacinquenne da sola rappresenterà circa un quarto della popolazione residente. L'invecchiamento della popolazione determina un aumento delle patologie croniche, le quali incidono fortemente sulle condizioni di fragilità dell'anziano<sup>1</sup>.

Inoltre, con l'introduzione del Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 18 dicembre 2008 "Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere" si è passati dal finanziamento delle prestazioni ospedaliere da parte del Servizio Sanitario Nazionale sulla base dei giorni di ricovero ad una politica sanitaria che prevede che venga rimborsato solo quanto effettivamente erogato sulla base della specifica prestazione resa.

Un altro fattore da non sottovalutare nella valutazione della complessa gestione del paziente anziano fragile è il cambiamento della struttura familiare, con conseguente difficoltà nell'individuazione del care giver in grado di accogliere e prendersi cura della persona anziana.

La caratterizzazione delle nuove patologie ed il prolungamento dell'età media non permettono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti, si rende perciò necessario affrontare in modo nuovo e qualificato le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità, poli-patologia e di disabilità, destinate ad aumentare progressivamente nei prossimi anni. Si rende necessario, quindi, un nuovo modello assistenziale per la presa in carico che consenta di ripensare l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini in un'ottica di equità e di sviluppo della sanità

di iniziativa. Questo nuovo approccio al processo assistenziale si rivolge in maniera integrata ai percorsi ed interessa l'integrazione multidisciplinare dei professionisti del servizio socio-sanitario regionale e la valutazione multidimensionale del bisogno.

### ***Profilo di salute della Regione Sardegna***

La popolazione residente della regione Sardegna al 01.01.2022 ammonta a 1.579.181 residenti, di cui 772146 maschi e 807035 femmine (Fonte Dati: GeoDemo ISTAT). Dal punto di vista demografico, risulta più significativo conoscere la composizione per fasce d'età della popolazione per poter analizzare il processo di invecchiamento e i numerosi fenomeni sociali, economici e culturali connessi. L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressiva, stazionaria o regressiva a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana<sup>2</sup>. Nello specifico, l'analisi demografica mostra una popolazione così composta: i residenti di età compresa tra 0 e 14 anni rappresentano l'11% della popolazione regionale, quelli tra i 15 e i 39 anni rappresentano il 25%, la popolazione di età compresa tra i 40 e i 64 anni rappresenta il 40% e gli over 65 anni rappresentano il 24% della popolazione sarda (Fig.1).

L'indice di vecchiaia della popolazione, espresso dal rapporto tra il numero degli ultra sessantacinquenni ogni 100 individui di età inferiore ai 15 anni, risulta pari a 212,0 valore superiore a quello nazionale (173,1). Un altro importante valore da tenere in considerazione nella scelta delle politiche sociali è l'indice di dipendenza strutturale, dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, che presenta un valore pari a 53,8%, inferiore rispetto a quello nazionale (56,3). Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato

di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente.

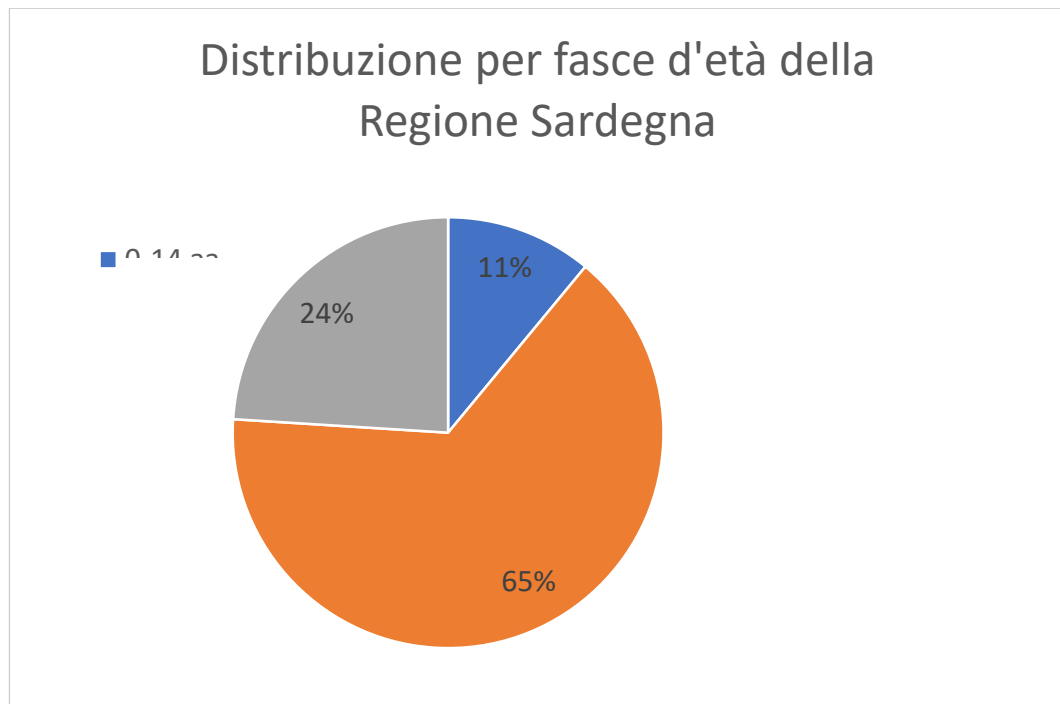


Fig.1

L'invecchiamento della popolazione interessa tutta la regione Sardegna, e i dati delle singole province mostrano un indice di vecchiaia superiore alla media italiana (Fig.2).

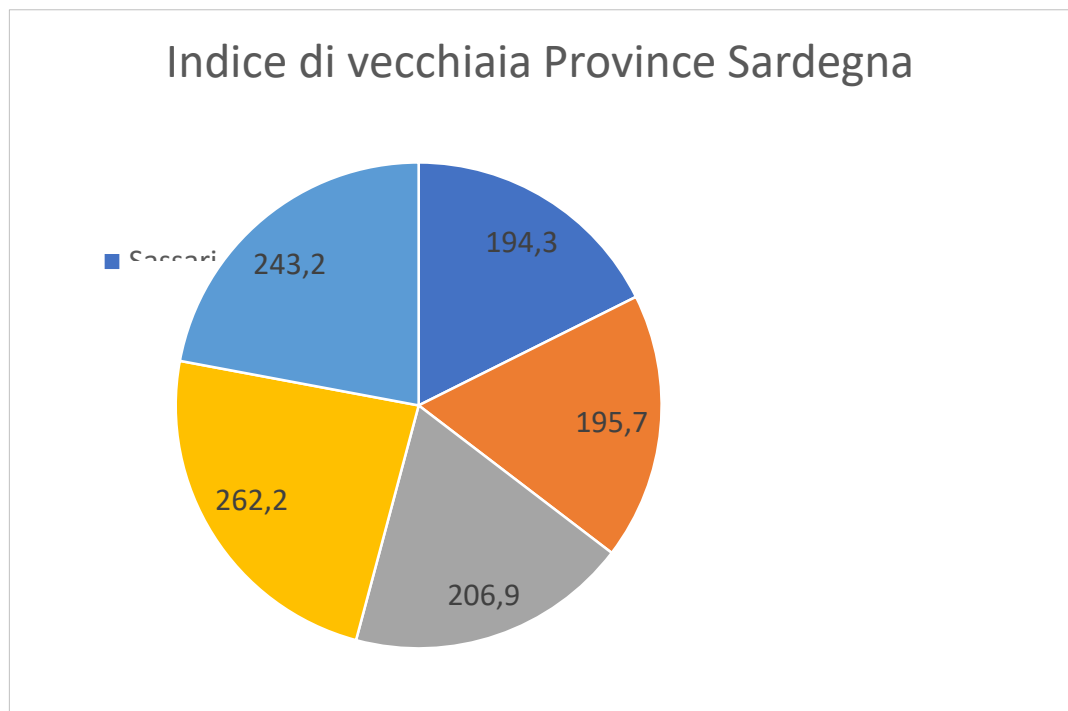


Fig.2

Alla luce di questi dati pare evidente come sia importante tenere bene in considerazione le tendenze socio-demografiche per poter effettuare una programmazione sanitaria che permetta di prevedere i bisogni e attuare una politica mirata e specifica.

### **Concetto di salute**

L'Organizzazione Mondiale della Salute nel 1948 definisce "La salute come uno stato di pieno benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o di infermità; inoltre afferma che il godimento di livelli il più possibile elevati di salute è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, senza distinzione di razza, religione, credo politico, condizione economica e sociale". Questo concetto è stato molto criticato, poiché la salute non è statica ma va considerata nella sua importanza di valore globale dove si ritrova non solo la dimensione fisica ma anche l'aspetto relazionale, emotivo e psicologico della persona rispetto alla società dove vive.

La concezione della salute data dall' O.M.S. porta a comprendere la persona sotto ogni sua dimensione, è quindi importante porre l'attenzione sugli interventi mirati che riguardano i servizi sociali ed i servizi sociosanitari del territorio e questo fa sì che il servizio sociale territoriale debba farsi carico anche della parte sanitaria. Tutto questo va a delineare un nuovo approccio che vede “nascere” una stretta relazione tra sociale e sanitario sotto il profilo sia professionale che istituzionale.

### ***Il paziente al centro dell'assistenza***

La dimissione ospedaliera viene di norma pianificata al termine di un periodo di ricovero finalizzato alla diagnosi e cura della malattia e all'assistenza della persona malata. Il momento della dimissione rappresenta attualmente una criticità nella gestione assistenziale dell'utente, in particolar modo la dimissione di pazienti “fragili” assume una funzione decisiva per la “continuità assistenziale”, in quanto rappresenta il momento nel quale viene assicurata un'attenta valutazione clinico-assistenziale del malato e vengono predisposte le operazioni necessarie, dal punto di vista gestionale, organizzativo ed informativo, per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la continuità delle cure uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché integra, al tradizionale concetto di cura, quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio ed ospedale. La continuità rappresenta, quindi, un obiettivo e una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza e per rispondere in modo efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane poste, in particolare, dai pazienti cronici, per definizione non guaribili, che devono essere curati per un lungo periodo<sup>3</sup>.

Per “dimissione difficile” intendiamo la dimissione che, nel rispetto della continuità terapeutica ed assistenziale, necessita di un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che vanno oltre la potenzialità del

paziente e dei suoi familiari implicando un coinvolgimento particolare di quei presidi territoriali comprendenti i medici di famiglia, i servizi infermieristici ed assistenziali domiciliari, le lungodegenze territoriali, le residenze sanitarie assistenziali, le case protette e le case di riposo<sup>4</sup>. Ciò si verifica quando ad un evento acuto, fa seguito una situazione di disabilità permanente o temporanea, che richiede una riorganizzazione familiare. La dimissione, in tali casi, deve essere considerata come un vero e proprio processo e non come un evento isolato; deve essere pianificata e dovrebbe iniziare già subito dopo il ricovero o non appena il paziente ha superato la fase critica o acuta.

Pianificare le dimissioni è un argomento fortemente dibattuto che si pone come obiettivo quello di garantire una dimissione al domicilio più sicura, cercando di prevenire le riammissioni e altri problemi che potrebbero allungare i periodi di cura ospedaliera e ulteriori disagi per il malato. Per poter pianificare la dimissione si rende necessario condividere la progettualità della stessa con l'assistito, in base alla sua storia, alle sue risorse e alla sua rete sociale.

Una valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e la conseguente formulazione del Piano di Assistenza Individuale, prima della dimissione dall'ospedale, deve essere garantita a tutti i pazienti "fragili" così da assicurare le cure più appropriate a soddisfare i bisogni assistenziali, nel setting assistenziale più appropriato, sia esso il domicilio (Cure Domiciliari Integrate), sia strutture di riabilitazione a ciclo continuo o a ciclo diurno o RSA, nonché le strutture socio assistenziali per la non autosufficienza come le Comunità Integrate per Anziani.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale al fine di assicurare la continuità delle cure nelle 24 ore e l'integrazione ed il raccordo funzionale fra i diversi servizi consentirebbe una risposta appropriata in luogo del ricorso eccessivo ed improprio del Pronto Soccorso.



Tutti i servizi e gli interventi di integrazione socio-sanitaria si concretizzano quindi, grazie a processi assistenziali che assicurano l'unitarietà della presa in carico dell'utente; al quale, grazie all'assistenza socio-sanitaria, dopo una valutazione multiprofessionale e multidisciplinare, viene garantita la continuità delle cure attraverso un progetto personalizzato d'intervento.

Il concetto di continuity of care viene definito nella Organizzazione Mondiale per la Sanità come un “valore” della persona e, la Carta dei Diritti dei Malati, definisce “il diritto alla continuità delle cure, compresa la collaborazione tra tutti gli operatori sanitari e/o le strutture”.

La continuità delle cure del soggetto è legata sia al suo bisogno di salute sia al suo contesto familiare e sociale, è importante quindi avere informazioni circa la storia del paziente in modo da disegnare un appropriato progetto di cura che tenga sempre presente sia il bisogno di salute del soggetto sia i suoi cambiamenti durante il percorso della malattia, sia la presenza o meno di una rete familiare e per fare ciò sarà importante, attraverso una buona relazione di aiuto, instaurare un rapporto di fiducia con l'utente.

### **Modello organizzativo sperimentale PASS**

Con Delibera del Commissario Straordinario n. 128 del 31.10.2019, l'ATS Sardegna ha emanato un documento con il quale ha indicato un modello organizzativo sperimentale (6 mesi) che prevede il coinvolgimento dei Punti di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri (PASS), orientati a garantire la presa in carico del paziente, tenendo conto della globalità dei suoi bisogni sociosanitari e del contesto familiare di riferimento, con l'obiettivo di facilitare i rapporti tra le strutture operative di assistenza delle strutture ospedaliere e la rete territoriale costituita dal sistema PUA-UVT,

in modo da garantire la continuità comunicativa (informazioni cliniche, terapeutiche e socioassistenziali) tra i vari setting assistenziali.

Tale modello presenta al suo interno indicazioni procedurali per la gestione della dimissione difficile, con obiettivi, target di pazienti, strumenti di valutazione, indicatori di processo e risultato e percorso formativo.

L'obiettivo è assicurare la continuità dell'assistenza attraverso la promozione di una appropriata dimissione del paziente fragile da un setting ospedaliero ad uno territoriale, mediante l'identificazione precoce degli assistiti che potrebbero presentare difficoltà alla dimissione e per i quali sia opportuno concordare con i servizi territoriali percorsi specifici che includano il necessario supporto ai pazienti e alle famiglie.

Come da indicazione nel suddetto documento sono inseriti nel percorso i pazienti che presentano:

- condizioni di non autosufficienza e rischio di non autosufficienza anche per cause temporanee;
- necessità di assistenza infermieristica e/o riabilitativa e socio-assistenziale;
- perdita recente dell'autonomia successiva ad intervento chirurgico in fase post acuta, che necessita di interventi riabilitativi erogabili in strutture sanitarie e al domicilio;
- dimora non adeguata o assenza della stessa;
- carenza/assenza della rete familiare di supporto e sostegno.

I servizi attivabili sono:

- Cure Domiciliari Integrate (CDI);
- Cure Palliative Domiciliari (CPD);
- Strutture socio-riabilitative;
- RSA, Comunità Integrata;
- Hospice;
- assistenza integrativa, protesica ed ausili;
- assistenza farmaceutica.

Il paziente a rischio di dimissione difficile over 65 viene individuato con l'utilizzo della scheda BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) compilata dal personale infermieristico delle U.O. da effettuarsi entro 24-72 ore dal ricovero ed in base alla classe di rischio si segnala il caso al PASS.

Il PASS, ricevuta la segnalazione e acquisite le informazioni fornite dalla U.O. di ricovero del paziente, collabora con la U.O. ospedaliera alla individuazione del percorso di dimissione da proporre al sistema PUA-UVT territoriale competente, prevedendo la raccolta delle ulteriori informazioni con l'ausilio del set di Schede di Valutazione Multidimensionale e rilevazione standardizzata dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali<sup>4</sup>.

### ***Operatori coinvolti nel PASS***

Gli operatori coinvolti nel Punto di Accesso Unitario dei Servizi Sanitari nei presidi ospedalieri sono:

- Referente Medico Direzione medica di Presidio;
- Infermiere;
- Assistente sociale.

In particolare gli operatori del PASS, come più largamente indicato nel documento succitato:

- ricevono la richiesta di intervento per la dimissione difficile e/o protetta dalle UU.OO. ospedaliere;
- supportano le UU.OO. nella raccolta delle informazioni, fornendo consulenza specifica in ambito sanitario e/o sociale, interfacciandosi con il sistema PUA-UVT distrettuale e provvedendo all'inoltro a quest'ultimo delle richieste di intervento;
- partecipano, laddove richiesto dalla UVT distrettuale competente e/o UU.OO. ospedaliera/e, alle UVT effettuate in ospedale.

### ***Punto Unico di Accesso (PUA)***

Il PUA è il luogo fisico dove si attua la presa in carico globale della persona "fragile" e della sua famiglia; al suo interno si svolgono funzioni di accoglienza e di front-office, funzione di relazione ed ascolto, decodificazione dei bisogni, orientamento ai servizi e invio delle persone ai servizi sociosanitari.

Il PUA è, inoltre, il punto di riferimento per pazienti e famiglie cui possono rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi sociali, socio sanitari e sanitari del territorio di competenza del Distretto, alle prestazioni erogate, alle modalità e tempi di accesso<sup>5</sup>.

Le fonti di segnalazione più frequenti sono:

- Responsabile unità operativa ospedaliera
- Servizi sanitari territoriali
- Servizi residenziali
- Servizio sociale del Comune di residenza
- Medico di medicina generale
- Familiari o altri soggetti della rete informale.

Rappresenta il punto di coordinamento della presa in carico:

- decodificazione dei bisogni (semplici o complessi)
- in caso di bisogno complesso segnala la pratica all'Unità di Valutazione Territoriale (UVT)<sup>6</sup>.

### ***Unità di Valutazione Territoriale (UVT)***

È l'equipe multiprofessionale deputata alla Valutazione Multidimensionale e multidisciplinare delle condizioni di bisogno sociosanitario complesso e ha il compito di predisporre il Progetto Assistenziale Personalizzato o Individuale.

L'UVT ha il compito di individuare ed attivare la risposta assistenziale più appropriata per il paziente con bisogno sociosanitario complesso nel pieno rispetto della volontà e della libertà di scelta dello stesso.

In particolare, opera in modo da:

- favorire la permanenza del paziente fragile nell'ambito familiare il più a lungo possibile e nelle condizioni più adeguate;
- agevolare il rientro del paziente nell'ambiente familiare dopo eventuale permanenza presso strutture residenziali;
- ricercare il miglioramento della qualità di vita del paziente qualunque sia il setting assistenziale offerto;
- coinvolgere e valorizzare tutte le risorse del territorio e quelle familiari al fine di una migliore assistenza;
- razionalizzare la spesa sociosanitaria.

## **Obiettivi**

L'organizzazione ospedaliera in Sardegna sconta una carenza di programmazione e governo complessiva che ha comportato un ricorso all'ospedale per acuti, in alcuni casi, come risposta ad un bisogno che avrebbe dovuto trovare risposte più appropriate in altri setting assistenziali o in altri livelli assistenziali.

Il tasso di ospedalizzazione, come anche gli indici di performance, e un ricorso eccessivo ed improprio del Pronto Soccorso sono da ritenersi conseguenti anche ad un livello inadeguato di assistenza territoriale che deve essere potenziata al fine di assicurare la continuità delle cure nelle 24 ore e l'integrazione fra i diversi servizi assistenziali. Il potenziamento delle dimissioni protette, secondo protocolli condivisi tra l'ospedale e i servizi territoriali organizzati a livello di distretto, è ritenuta un'efficace

misura per migliorare l'efficienza dell'assistenza ospedaliera, consentendo di ridurre il numero di giornate di ricovero inappropriate.

Sulla base di tali considerazioni, la finalità di tale progetto è la proposta di adozione di una scheda di prevenzione delle “dimissioni difficili” che possa agevolare i reparti nella programmazione delle dimissioni già dal momento del ricovero.

## **Materiali e metodi**

### ***Adozione di una scheda di prevenzione delle dimissioni difficili sulla base della raccolta e dell'analisi dei dati nelle precedenti fasi (Scala di BRASS)***

In letteratura la Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) viene descritta, per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o dimissione difficile e la necessità di pianificare la dimissione. Questa scala andrebbe compilata entro le 72 ore dall'ammissione in reparto.

Le variabili indagate sono:

- età
- situazione abitativa/supporto sociale
- stato funzionale
- stato cognitivo
- modello comportamentale
- mobilità
- deficit sensoriali
- numero precedenti ricoveri/accessi al Pronto Soccorso
- numero di problemi medici attivi
- numero di farmaci assunti

In base al punteggio ottenuto, le classi di rischio si suddividono in:

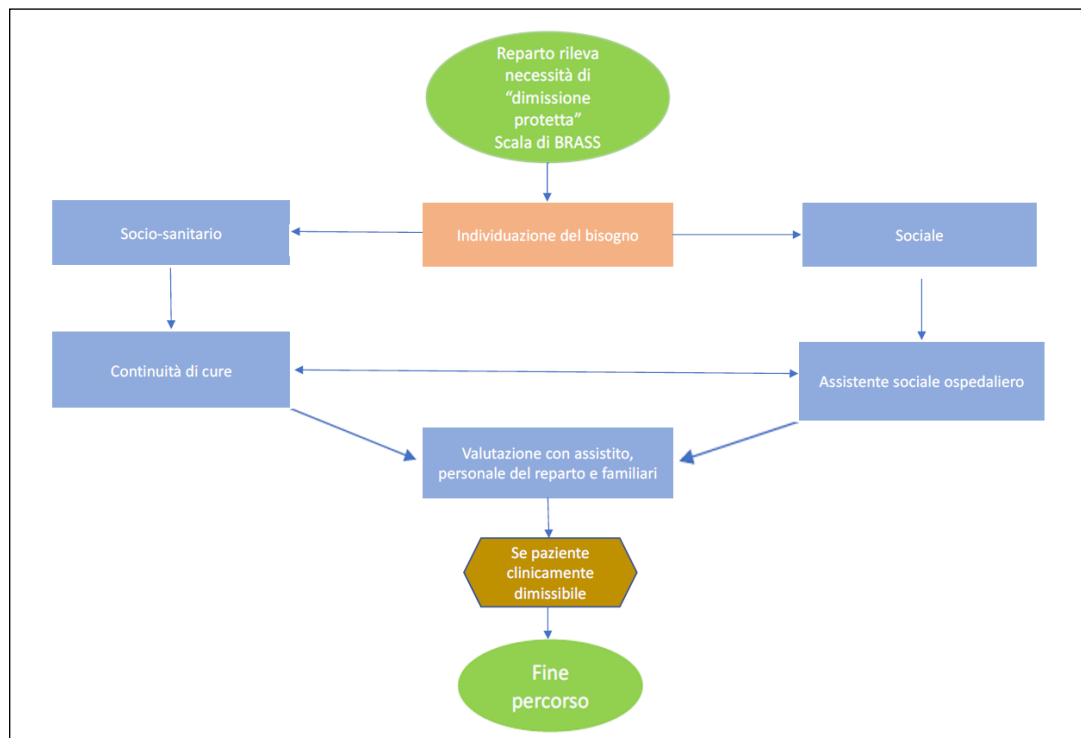
- basso rischio (0-10): Soggetti a basso rischio di problemi successivi alla dimissione e quindi scarsa necessità di stendere un piano di dimissione;

- medio rischio (11-20): Soggetti con problematiche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione. Solitamente non è richiesta l'istituzionalizzazione dopo la dimissione;
- alto rischio (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;

Una volta compilata la scala BRASS, sulla base del punteggio ottenuto, dovrebbe avvenire la segnalazione del “caso” al PASS: 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 autosufficienza.

L'obiettivo dell'utilizzo della scheda BRASS (Fig. 3) è di prevedere le potenziali “dimissioni difficili” già entro 72 ore dall'ammissione in reparto per poi dare il via alla presa in carico del paziente all'interno di un percorso dedicato alle “dimissioni difficili”.

Importantissimo, in questa fase, individuare il bisogno principale dell'assistito che potrebbe determinare una difficoltà nel rientro al domicilio (sociale o socio-sanitario) e in base a questo individuare le figure professionali che meglio possano prendere in carico la situazione del malato, in modo da poter organizzare una dimissione con il maggior preavviso possibile, fino alla presa in carico territoriale. A solo titolo esemplificativo, viene di seguito riportata una proposta di percorso per le dimissioni difficili (Diagramma):



Diagramma



BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS)	
Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato	
<p><b>Età (una sola opzione)</b>            0 = 55 anni o meno            1 = 56 – 64 anni            2 = 65 – 79 anni            3 = 80 anni e più</p> <p><b>Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione)</b>            0 = Vive col coniuge            1 = Vive con la famiglia            2 = Vive da solo con il sostegno della familiare            3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti            4 = Vive solo senza alcun sostegno            5 = Assistenza domiciliare/residenziale</p> <p><b>Stato funzionale (ogni opzione valutata)</b>            0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)            Dipendente in:            1 = Alimentazione/nutrizione            1 = Igiene/abbigliamento            1 = Andare in bagno            1 = Spostamenti/mobilità            1 = Incontinenza intestinale            1 = Incontinenza urinaria            1 = Preparazione del cibo            1 = Responsabilità nell'uso di medicinali            1 = Capacità di gestire il denaro            1 = Fare acquisti            1 = Utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p><b>Stato cognitivo (una sola opzione)</b>            0 = Orientato            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</p> <p><i>* sfere: spazio, tempo, luogo e sè</i></p>	<p><b>Modello comportamentale (ogni opzione valutata)</b>            0 = Appropriato            1 = Wandering            1 = Agitato            1 = Confuso            1 = Altro</p> <p><b>Mobilità (una sola opzione)</b>            0 = Deambula            1 = Deambula con aiuto di ausili            2 = Deambula con assistenza            3 = Non deambula</p> <p><b>Deficit sensoriali (una sola opzione)</b>            0 = Nessuno            1 = Deficit visivi o uditivi            2 = Deficit visivi e uditivi</p> <p><b>Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione)</b>            0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi            1 = Uno negli ultimi 3 mesi            2 = Due negli ultimi 3 mesi            3 = Più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p><b>Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione)</b>            0 = Tre problemi clinici            1 = Da tre a cinque problemi clinici            2 = Più di cinque problemi clinici</p> <p><b>Numero di farmaci assunti (una sola opzione)</b>            0 = Meno di tre farmaci            1 = Da tre a cinque farmaci            2 = Più di cinque farmaci</p> <p><b>PUNTEGGIO TOTALE</b> _____</p>
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 istituzionalizzazione
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

Fig. 3

## **Conclusioni**

Il percorso del paziente che porterà ad una dimissione può essere, pertanto, articolato in quattro fasi:

- 1) Valutazione accurata del paziente con coinvolgimento del personale socio-sanitario ospedaliero: è una fase di estrema importanza che deve presupporre dei protocolli e dei percorsi di intervento e di approccio al paziente strutturati, condivisi ed integrati delle diverse professionalità coinvolte (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, ecc.);
- 2) Analisi delle abilità psicofisiche dell'assistito e delle sue risorse;
- 3) Valutazione del supporto sociale intorno alla persona per capire quale aiuto attivare prima della dimissione dall'ospedale;
- 4) Definizione del setting assistenziale appropriato per garantire al paziente la miglior prosecuzione della cura.

Da quanto detto, i vantaggi di una dimissione programmata in tal modo appaiono chiari: l'aumento dell'aderenza alla terapia, l'empowerment delle équipe mediche, la riduzione dei ricoveri inappropriati, la riduzione delle probabilità di ospedalizzazione a breve termine, la diminuzione delle dimissioni ritardate, la diminuzione delle complicanze post-ricovero, la maggior soddisfazione dei pazienti e delle famiglie, il miglioramento della qualità percepita dei servizi, riduzione costi diretti e indiretti.

La scheda BRASS, utilizzata diffusamente in numerose strutture ospedaliere, è uno strumento efficace per mettere in evidenza già dalla "fase di ingresso" del paziente possibili difficoltà che i sanitari potrebbero riscontrare al momento della dimissione: infatti, consente di identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata e che hanno bisogno di piani di dimissione.

Pertanto, è particolarmente opportuno che il personale sanitario, nel prendersi cura del paziente nella sua globalità, consapevole della rilevanza del problema "dimissioni difficili", assuma un ruolo proattivo

attraverso la promozione dell'uso di uno strumento dimostratosi utile e valido e come la scheda BRASS.

## **Bibliografia**

- 1) Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane. Le buone prassi. (n.d.). Disponibile 14 Febbraio, 2020, da <http://www.projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Percorsi-di-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi.pdf>.
- 2) Indici demografici e Struttura Sardegna. (n.d.). Disponibile 29 Febbraio, 2020, <https://www.tuttitalia.it/sardegna/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>
- 3) Trabucchi M. et al., Rapporto Sanità 2001: la continuità assistenziale, Fondazione Smith Kline, ed. il Mulino, 2001
- 4) Attivazione dei pass (punti di accesso unitario dei servizi sanitari ospedalieri): indicazioni per la sperimentazione della organizzazione e l'articolazione di procedure per la gestione delle "dimissioni difficili/protette". (2019, 4 Settembre), da [https://www.atssardegna.it/documenti/12\\_111\\_20191031113818.pdf](https://www.atssardegna.it/documenti/12_111_20191031113818.pdf)
- 5) Disposizioni operative Punto Unico di Accesso (PUA) e Unità di Valutazione territoriale (UVT) Percorso assistenziale delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e delle Cure Palliative Domiciliari (CPD). (n.d.), da [https://www.atssardegna.it/documenti/12\\_465\\_20190702140714.pdf](https://www.atssardegna.it/documenti/12_465_20190702140714.pdf)
- 6) R. Mete, P. Salvadori Il Distretto e i nuovi LEA: un'ulteriore opportunità per la promozione della salute, 2017