



L'INTEGRAZIONE TRA I SERVIZI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE DELLA PERSONA FRAGILE

*L'ospedale e il territorio:
opportunità e criticità nell'integrazione socio-sanitaria*

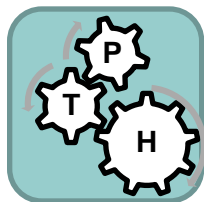
*Francesca Busa
Direttore Distretto Unico*

Il contesto attuale



INVECCHIAMENTO PROGRESSIVO DELLA POPOLAZIONE

Prevalenza delle patologie cronicamente degenerative (persone fragili con polipatologie associate e non autosufficienti)



SPOSTAMENTO del BARICENTRO dell'OSPEDALE al TERRITORIO e alla PREVENZIONE

Al fine di rispondere in modo più efficace, appropriato e sostenibile ai nuovi bisogni di salute

Il contesto

EVOLUZIONE DOMANDA SANITARIA

- ✓ Cambiamento struttura demografica, epidemiologica e sociale e del welfare
- ✓ richiesta prestazioni sanitarie indotte dal sistema
- ✓ pz orientato vs > empowerment

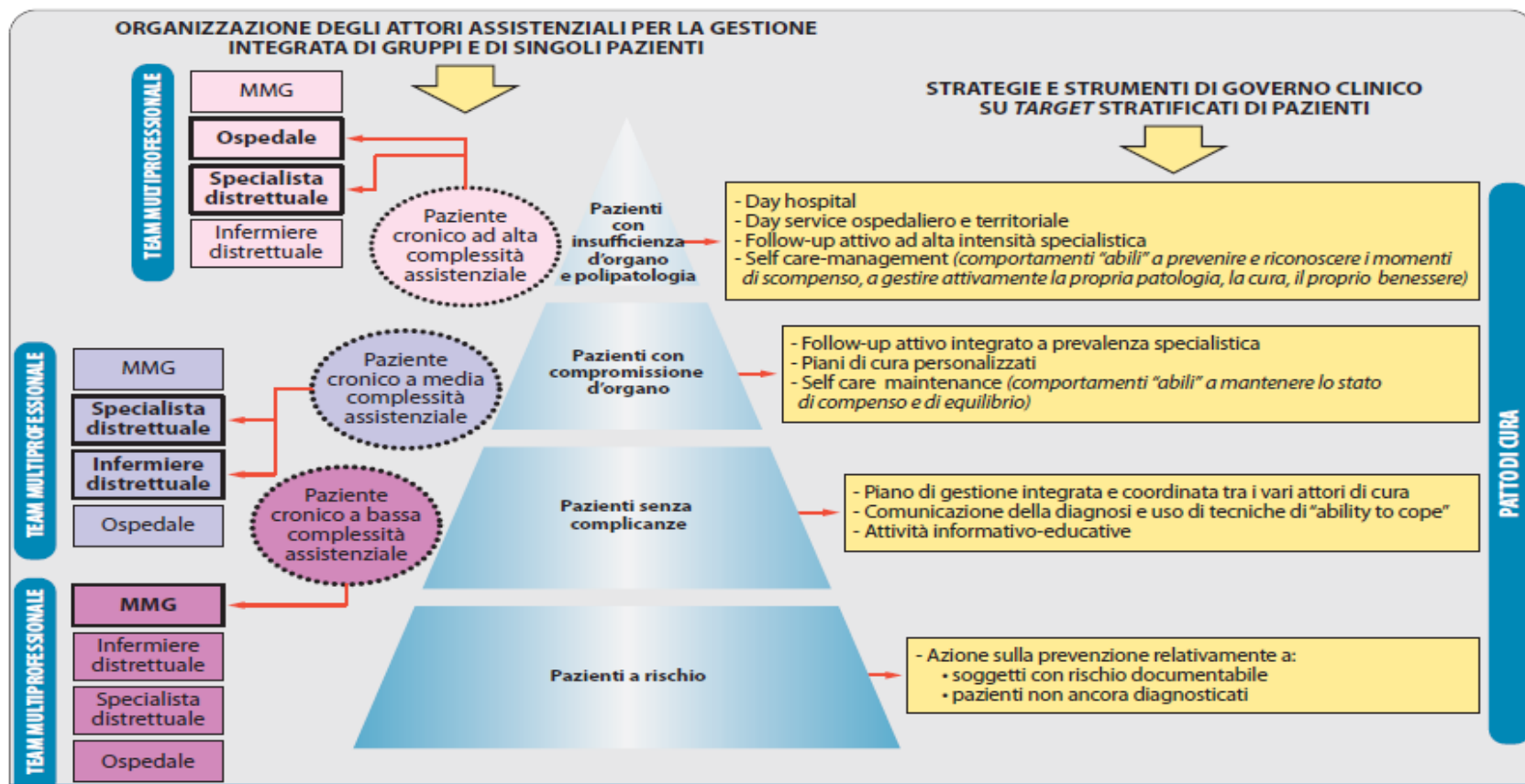


EVOLUZIONE OFFERTA SANITARIA

- ✓ Evoluzione forme organizzative H-Terr
- ✓ H vs Territorio (asimmetria tra H e Terr)
- ✓ Evoluzione professioni sanitarie e delle competenze

Stratificazione del rischio

La gestione integrata



Integrazione Ospedale Territorio

- Evoluzione della domanda e dell'offerta sanitaria
- Integrazione vs continuita'
- Continuita' assistenziale

Evoluzione della domanda e dell'offerta sanitaria (1)



Popolazione più **informata e consapevole**



Aumento della **domanda di salute**



Progresso della medicina e delle tecnologie applicate



Aumento dell'aspettativa di vita



Qualità degli anni di vita guadagnati



Aumento delle **patologie cronico degenerative**

Evoluzione della domanda e dell'offerta sanitaria (2)



Livello di **disabilità** che si sta assestando e spostando nelle **classi di età più avanzate**



Non autosufficienza che si pone come una vera emergenza per il futuro



Cambiamento della **struttura di famiglia**



Cambiamento dell'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari con **diminuzione rilevante dei posti letto ospedalieri** e conseguente **sviluppo dei servizi territoriali**



Alleanze per la realizzazione delle **reti dei servizi territoriali** per dare risposta assistenziale integrata e continuativa alla cronicità.

Integrazione vs continuita'

INTEGRAZIONE

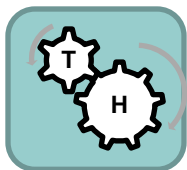
- ✓ Tra professionisti/risorse
- ✓ Tra setting assistenziali e all'interno degli stessi setting
- ✓ Tra servizi e tra professionisti
- ✓ Tra ambiti sanitario e sociale
- ✓ Tra paziente, professionisti, servizi



CONTINUITA' ASSITENZIALE

- ✓ Esperienza dell'interazione tra individuo e operatori che forniscono assistenza
- ✓ Fluidità del percorso
- ✓ Assistenza fornita nel corso del tempo

Rimodulazione dell'offerta intrastrutturale dei servizi



Mix fra acuzie H e offerta residenziale

Quanti pl per Medicine, strutture intermedie, riabilitazione intensiva o estensiva, RSA, Centri servizi, ODC, etc



Peso offerta territoriale

- + ADI -> n. casi complessi
- RSA -> n. casi bassa complessità



Quanti **utenti in carico ADI**



Chi è il **Case Manager / Care Manager**

Ambito di cure



Appropriatezza dell'ambito di cura



Dimensione dinamica sui percorsi d'uscita dall'ospedale

- la dimissione non è solo qualcosa di “burocratico amministrativo”
- condivisione di percorso con la persona e la sua famiglia

Fluidita' del percorso



Tra i **diversi setting assistenziali**



In caso di appropriatezza dell'ambito di cura è necessario considerare il **tempo di permanenza**

ESPERIENZA DELL'INTERAZIONE TRA INDIVIDUO E OPERATORI CHE FORNISCONO ASSISTENZA (di vista del paziente):



- Continuità e coerenza informativa e dei medical record
- Efficace comunicazione tra professionisti e servizi e con il pz
- Flessibilità per adattarsi ai bisogni del paziente nel tempo
- Assistenza assicurata nel tempo
- Assistenza garantita da uno specifico professionista con il quale il pz sviluppa un'alleanza terapeutica

PRESA IN CARICO → CONTINUITA' ASSISTENZIALE



Per la persona e la sua famiglia:

... significa ...

sentirsi presi in carico da un professionista che è a conoscenza del percorso ospedaliero, che è in grado di sviluppare un piano assistenziale e di seguirlo nel tempo



Per i professionisti:

... significa ...

avere sufficienti informazioni e conoscenze sulla persona e la sua famiglia ed applicare al meglio le competenze

Criticità 1

FAMIGLIA



Scarsa valorizzazione del ruolo della famiglia e delle risorse informali come partners del team assistenziale: PROPORRE IL RIENTRO A DOMICILIO...SEMPRE

“ Dopo l’ospedale meglio a casa ”



La preparazione delle persone/famiglia alla dimissione potrebbe aumentare l’adesione ai programmi assistenziali/terapeutici

Criticità 2



Continuità assistenziale sanitaria e sociale nel passaggio da un setting assistenziale all'altro



Percorsi clinico-assistenziali poco rappresentativi del proseguo post-dimissione:

- veloce attivazione dell'**ADI**
- sviluppo di **PDTA** (*“confronto multiprofessionale”, “gestione per processi”, “appropriatezza”*)
- *funzione unitaria della **specialistica** ambulatoriale* nella gestione dei casi + o – complessi (*“offerta diversificata”, “ambulatori dedicati”, “accessi domiciliari”*)
- **TELEMEDICINA / TELEASSISTENZA** (*“diagnosi e refertazione a distanza”*)

Criticità 3



Previsione dei bisogni dell'utente

“ Giocare d'anticipo”



Monitoraggio e accompagnamento



Integrazione tra i vari strumenti informatici per favorire la comunicazione

Criticità 4



Passaggio di informazioni e condivisione della “storia” con altri professionisti

es: informazione a MMG su ricovero del proprio assistito e segnalazione della modifica delle performance dell'assistito
riconciliazione terapeutica durante la transazione di cura)



Tempestività nella raccolta delle informazioni in fase H e nell'attivazione delle risorse necessarie nel momento immediatamente successivo alla dimissione (es. rapporto con i comuni-presenza di sportello SAD in H?)



Pianificazione della dimissione

- informazione MMG
- attivazione veloce dell'ADI
- addestramento del care giver prima della dimissione

Criticità 5



Il piano di assistenza, aspetto critico della presa in carico della persona, potrebbe rispondere anche a:

- diritto di autodeterminazione
- di accompagnamento della persona e della sua famiglia in tutte le fasi della vita (es. malattia, fragilità sociale e sanitaria, testamento biologico, fine vita, ...)



Per la dimissione, **non solo esclusività della dimensione clinica**, ma anche:

- della dimensione assistenziale
- della fragilità della persona
- del nucleo familiare
- dei setting assistenziali extraospedalieri
- delle competenze dei professionisti socio sanitari

Criticità 6

C
O
M
U
N
I
C
A
Z
I
O
N
E

Paziente

(diagnosi, evoluzione malattia...)

Professionisti

In modo stabile e strutturato

Verso l'esterno

(Carte dei Servizi, Sito ...)

Criticità 7

C
O
M
U
N
I
C
A
Z
I
O
N
E

**Coordinamento e Collaborazione
con il Dipartimento di
Prevenzione**

Rapporto con i comuni

