

**Sonia Ribera**  
Segreteria FP Medici Cgil



**INTEGRAZIONE TRA OSPEDALE E  
TERRITORIO  
LO SVILUPPO DEI SERVIZI ASSISTENZIALI**

24/11/2015

Seminario Spi Cgil Lombardia Evoluzione  
del sistema socio sanitario lombardo

# Obiettivi dell'integrazione ospedale - territorio

## ” Ricomporre il percorso di cura

- . Garantire continuità assistenziale tra i differenti livelli
- . Integrare le risposte sanitarie e socio-assistenziali
- . Introdurre politiche di prevenzione
- . Favorire approccio multidisciplinare e multiprofessionale

## ” Deospedalizzare il percorso di cura

- . Umanizzare il percorso di cura
- . Aumentare l'appropriatezza delle prestazioni erogate
- . Riallocare le risorse derivate

# Criticità strutturali

## “ Modelli assistenziali impostati sull’acuzie

- . Arco temporale breve
- . Focalizzati su aspetti sanitari
- . Molto tecnologizzati
- . Specialistici/settoriali

## “ Sistema tariffario che privilegia la prestazione

- . Concetto del DRG
- . Sistema dei Voucher

## “ Depotenziamento delle strutture deputate alla prevenzione

# Criticità strutturali

“ Quali modalità organizzative per realizzare integrazione ospedale – territorio?

- . Partenza dai distretti?
- . Partenza dall'ospedale?
- . Unità operative interaziendali?

“ Azione programmatrice su più livelli:

- . Implementazione dei servizi territoriali: SERT, consultori
- . Strutturazione di nuovi servizi: POT, PreSST
- . Sviluppo della medicina territoriale: medicina generale, medicina scolastica

# Il ruolo dell'ospedale

- “ Integrare le cure primarie
  - . Interventi diretti
    - “ di tipo diagnostico
    - “ terapeutico ad alta complessità
    - “ impostazione della terapia specialistica ambulatoriale
  - . Attività di consulenza per il MMG
    - “ tramite costituzione di un call center?
    - “ con la sperimentazione di attività specialistica c/o ambulatori di MG?
    - “ Nei POT?
- “ Erogazione diretta di prestazioni
  - . Servizi di Ospedalizzazione domiciliare

# Il ruolo del territorio

Soggetti principali nell'erogazione delle cure sanitarie:

## “ MMG

- . Percorsi diagnostici
- . Trattamento di base o di livello avanzato
- . Invio nella struttura ospedaliera/strutture cure intermedie/rete delle CP
- . Attivano ADI

## “ ASL

- . Specialistica ambulatoriale
- . Prevenzione e stili di vita
- . Consultori
- . SERT

# Il ruolo del territorio

Soggetti principali nell'erogazione delle cure sanitarie:

“ Strutture di cura a carattere socio-sanitario (bassa e media intensità assistenziale)

. Cure intermedie: clinico, sociale, assistenziale, riadattativo, demenza

“ UOCP (hospice)

“ RSA

# Il ruolo del territorio

Soggetti principali nell'erogazione delle cure socio-assistenziali:

“ Strutture che erogano assistenza sociale

- . Servizi sociali del Comune
- . Strutture residenziali
- . Centri diurni



# Il livello domiciliare

“ In ospedale:

- . Ciclo breve (prestazione)
- . Specializzazione
- . Scarsa flessibilità operativa
- . Elevato contenuto tecnologico
- . Alta intensità di cura
- . Costi elevati

# Il livello domiciliare

## “ Le cure domiciliari specialistiche

- . Erogano assistenza diretta
- . Offrono competenze specialistiche di alto livello
- . Cooperano alla messa in rete dei servizi
- . Favoriscono la continuità assistenziale
- . Rapporto diretto coi MMG
- . Facilitano l'accesso dei pazienti al livello assistenziale più appropriato

# Il sistema della Rete

La rete come strumento per garantire la continuità assistenziale

- . Integra strategie
- . Integra operatività
- . Integra responsabilità
- . Ottimizza utilizzo delle risorse
- . Favorisce **appropriatezza delle prestazioni**

Rete orizzontale e verticale:

- . Cooperazione nella gestione del paziente tra professionisti diversi
- . Flessibilità organizzativa per il passaggio del paziente tra livelli assistenziali

# Le dimissioni critiche

## “ Dimensione del fenomeno:

- . Giornate di ricovero oltre soglia fino a 19-20% dei ricoveri in DO
- . Riguardano tutte le aree: medica, chirurgica, ortopedica, oncologica, neurologica
- . Sottraggono disponibilità di pl all'utenza acuta
- . Peggiorano il fenomeno del sovraffollamento del PS (boarding)
- . Gravano sui costi (giornate non rimborsate)

# Le dimissioni critiche

## “ Cause di dimissione ritardata

### . Inappropriatezza dell'ammissione:

- “ ricoveri per motivi sociali
- “ Livello assistenziale inappropriato

### . Cause di processo

- “ Ritardo nell'esecuzione di indagini/consulenze
- “ Ritardo nell'esecuzione di interventi chirurgici

### . Difficoltà alla programmazione della dimissione

- “ Motivi sociali (degenti extra comunitari)
- “ Motivi psichiatrici
- “ Complessità clinica

# Le dimissioni critiche

## “ Criticità rilevate

- . La fragilità clinica e sociale (anziani soli, dipendenze) complica il processo di dimissioni
- . Ruolo degli assistenti sociali ospedalieri non strutturato
- . Risposta inadeguata dei servizi sociali territoriali
- . Scarso ruolo dell'ADI
- . Critico l'accesso alle cure intermedie per i criteri di accesso
- . Assenza di una valutazione collegiale dei bisogni (infermieri)
- . Percorso per dimissione critica gestito dal medico e non dai servizi sociali

# La centrale dimissioni protette

## “ Struttura multiprofessionale

- . Costituita da: Infermieri, assistenti sociali, operatori ss
- . Collaborazione diretta di: medici specialisti, MMG, psicologi, fisioterapisti

## “ Collocazione

- . Nell'ambito della ASST
- . Inizialmente nell'ospedale
- . Rapporti di collaborazione con Enti Locali

# La centrale dimissioni protette

## “ Mappatura dell’offerta

- . Tipologia di offerta
- . Localizzazione geografica
- . Criteri di accesso

## “ Revisione dei processi di dimissione

### . Interni all’ospedale

- “ PDTA/prassi
- “ Schede valutazione del bisogno (sanitario e sociale)
- “ Schede di segnalazione

### . Esterni all’ospedale

- “ Trasferimento in altre strutture
- “ Riaffidamento al MMG



# La centrale dimissioni protette

- “ Regola le relazioni coi servizi territoriali
  - . Facilita i percorsi di dimissione dall’ospedale
    - “ Revisione criteri accreditamento strutture intermedie in base ai bisogni
    - “ Predisposizione di una scheda unica di messa in nota
    - “ Definizione di strumenti di valutazione unificati
  - . Punto di appoggio per i pazienti cronici, assistiti sul territorio
    - “ Percorsi facilitati per ricovero in fase di riacutizzazione
- “ Identificazione precoce delle dimissioni critiche
  - . Tramite scheda multidimensionale condivisa
  - . Coinvolgimento precoce della struttura (entro 3-4 die)

# Conclusioni

- “ Valutare la costituzione di servizi innovativi
- “ Sperimentazione di nuove modalità organizzative di integrazione
- “ Modelli sostenibili per la continuità di cura
- “ Identificare la corretta collocazione degli operatori addetti all'interno della rete dei servizi già esistenti
- “ Necessità di un sistema governato, non di servizi autoreferenziali
- “ **Identificazione di modelli assistenziali partendo dai bisogni e non dalla sostenibilità economica**