



Università degli Studi di Perugia

Scuola di Specializzazione in Medicina Interna

Direttore: Prof. Elmo Mannarino

Dottorato di Ricerca in Medicina Clinica e Molecolare

Coordinatore: Prof. Elmo Mannarino

Integrazione Ospedale-Territorio e Continuità Assistenziale

Liliana Minelli

Dipartimento di Medicina Sperimentale

Seminario 28 Maggio 2015

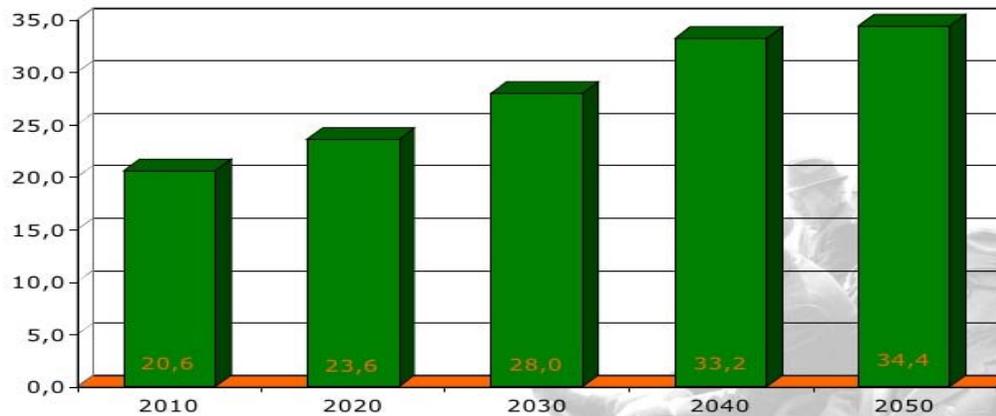
Contesto /analisi 1

1. Transizione demografica

Dipartimento di Sociologia - Università di Napoli "Federico II"

Le proiezioni demografiche

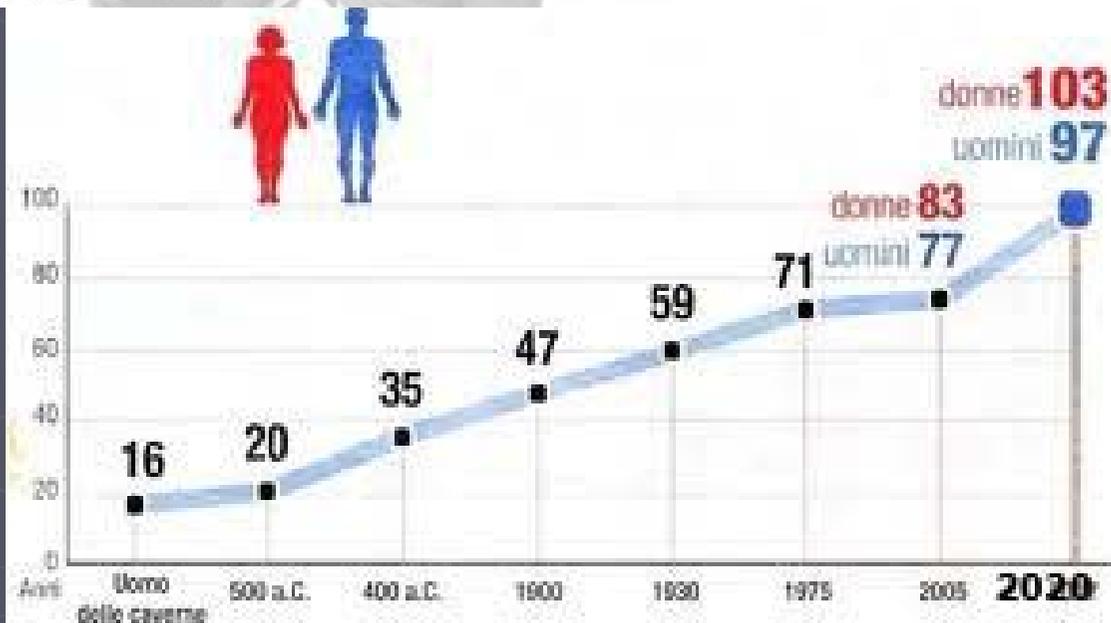
Proiezioni sull'incidenza percentuale della popolazione con oltre 65 anni
2010-2050 (ipotesi centrale)



Fonte: Istat, GeoDemo: Demografia in cifre, [http://demo.istat.it/], nostra elaborazione.

Aumento popolazione
anziana

Aumento aspettativa di vita
alla nascita



Contesto /2

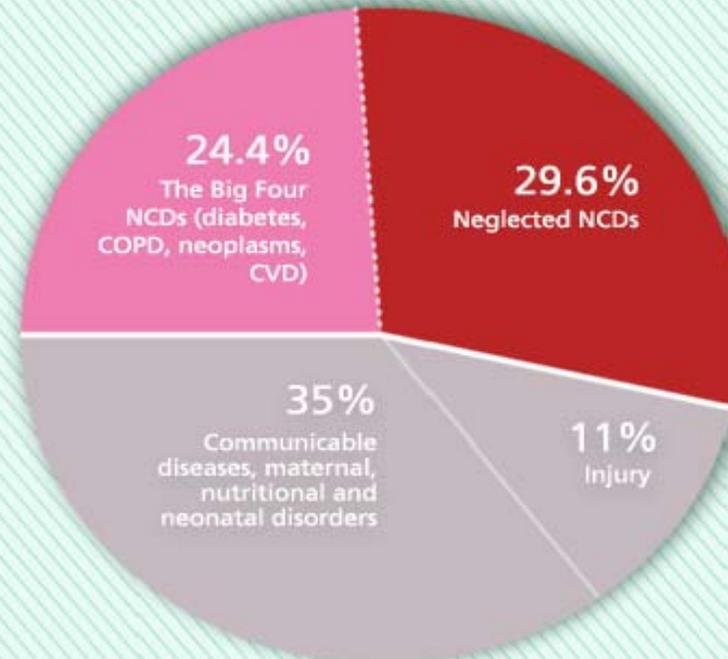
2. Transizione epidemiologica

- ▶ Aumento delle patologie croniche
- ▶ Aumento di plurimorbosità/comorbosità

“ Two out of every three years of healthy life lost on the planet are attributable to NCDs. Controlling the neglected NCDs is critical to emerging global health efforts to keep people alive, and healthy, into old age. ”

Alan D. Lopez, University of Melbourne, Australia

NCDs account for 54% of the total proportion of global DALYs.



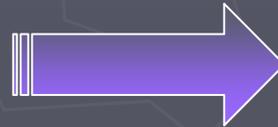
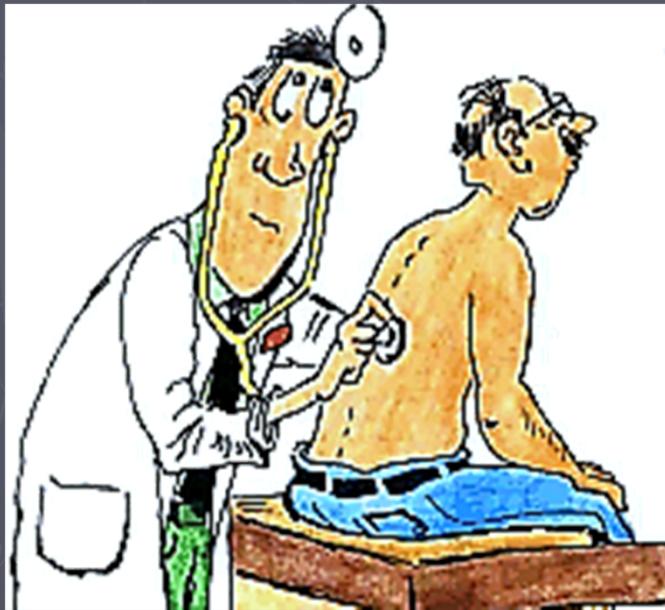
Due to an ageing population, neglected NCDs will become more of a global health burden. More needs to be done to increase awareness and research in this area.

Follow the scientific debate at: <http://bit.ly/NeglectedNCDs>

Contesto /3

3. Transizione tecnologica

- Aumento tecnologia
 - ▶ Diagnostica
 - ▶ Ospedaliera
 - ▶ Terapeutica



Contesto /4

4. Transizione organizzativa

a) diminuzione n° ospedali
diminuzione posti letto
diminuzione degenza ospedaliera

b) Ieri 3 figure

- Medico
- Chirurgo
- Apothecary (chimico)

c) oggi si stima che ogni pz veda in media 2 medici e 5 specialisti/anno, oltre che altri servizi diagnostici/ farmacie



continua...

Aumento di "utenti" anziani e con patologie croniche che:

- ricorrono più spesso ai servizi sanitari e all'ospedalizzazione;
- richiedono tempi di degenza spesso "lunghi";
- > bisogno assistenziale;
- spesso presentano perdita di autonomia;
- spesso necessitano di integrazione sanitaria e sociale

continua...

- ▶ Il soggetto cronico richiede un *paradigm shift*:

da interventi "episodici/di breve durata" (*assistenza per condizioni acute*) ad interventi di "lunga durata/ di assistenza ampia" (*long term care/comprehensive care*) per coloro che hanno bisogni continui

Contesto / azioni

Fase avanzata/terminale



Evoluzione dell'offerta

▶ Hospital centered care



▶ Patient centered care



▶ Person centered care

Da ruolo passivo a ruolo **attivo**

Documenti utili per l'INNOVAZIONE della risposta assistenziale (1)

- ▶ Health21 (OMS,1998 -Health for all; health in all policies)

>4 strategie per l'azione:

- strategia multisettoriale per affrontare i determinanti di salute
- sviluppo di programmi di assistenza clinica orientati ai risultati di salute (outcomes/esiti)
- assistenza sanitaria di primo livello *INTEGRATA* e orientata alla famiglia ed alla comunità, sostenuta da rete ospedaliera flessibile ed efficiente
- processo di partecipazione di tutti i settori della società (vari setting promotori di salute)

Documenti utili per l'INNOVAZIONE della risposta assistenziale (2)

Health21

> obiettivi significativi

- obiettivo 8 - **Ridurre le malattie non trasmissibili** (NCDs)
. *programmi integrati* per ridurre i fattori di rischio comuni
(fumo, alimentazione sana, esercizio fisico, alcol, stress) →
approccio CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention)
- obiettivo 15 - **Integrazione dell'assistenza sanitaria** (*tra servizi, tra operatori*)

Documenti utili per l'INNOVAZIONE della risposta assistenziale (3)

► Piano sanitario 2010-2013 (PSN)

Il PSN individua pazienti (pz) che maggiormente necessitano di **CONTINUITA'** nelle cure:

- pz post-acuti dimessi dell'ospedale che corrono rischi elevati di ritorno improprio all'ospedale
 - *necessitano di competenze cliniche ed infermieristiche con l'affidamento ad un "case manager", in una struttura dedicata o a domicilio*
- pz cronici, stabilizzati sul territorio con elevati bisogni assistenziali, a rischio di ricoveri inappropriati
 - *il percorso di cura richiede una forte integrazione tra team multidisciplinari con luogo di cura il domicilio o una struttura protetta*
- pz cronici complessivamente in buone condizioni di salute, che risiedono al domicilio e hanno le caratteristiche necessarie per essere educati all'autocura e al self empowerment (diabete, asma)

Documenti utili per l'INNOVAZIONE della risposta assistenziale (4)

► Piano sanitario 2010-2013 (PSN)

L'offerta dei *servizi di continuità* possono essere:

- . Servizi domiciliari
- . Servizi residenziali
- . Servizi semiresidenziali
- . Sostegni al lavoro privato di cura

Documenti utili per l'INNOVAZIONE della risposta assistenziale (5)

- ▶ Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano del 10 luglio 2014 - **Patto per la salute 2014 – 2016**

Art. 3

- . Sostenibilità finanziaria
- . Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
- . Realizzazione della **continuità assistenziale** dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente
- . Garantire alle persone con disabilità, un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete

Documenti utili per l'INNOVAZIONE della risposta assistenziale (6)

► Patto per la salute 2014 – 2016

Art. 4

- . Umanizzazione delle cure
- . Valutazione della qualità assistenziale

Art. 5

- . Assistenza territoriale

- Modello multiprofessionale ed interdisciplinare con istituzione di

Aggregazioni funzionali Territoriali (AFT; bacino di utenza di ~ 30000 abitanti; MMG e PLS) e

Unità complesse di cure primarie (UCCP; presa in carico medicina convenzionata + personale dipendente dal SSN -come voleva il decreto Balduzzi del 2012)

- Integrazione verticale e orizzontale
- Percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) condivisi
- Chiara definizione dei ruoli
- Approccio proattivo e di iniziativa

Intermediate Care (NHS Plan, 2003)

A range of integrated services that are intended to:

- . Promote faster recovery from illness
- . Prevent unnecessary admission to an acute hospital bed
- . Support timely discharge
- . Reduce avoidable use of long term care
- . Maximise independent living

Chronic Care Model

Il paziente cronico non si sente più "abbandonato" ma, all'interno di un percorso assistenziale condiviso, viene preso in carico e seguito da un team multiprofessionale

- un minor accesso agli ambulatori dei mmg, un accesso regolato ai servizi specialistici (ci si va quando serve)
- un minor numero di ricoveri inappropriati (solo se al di fuori dei parametri condivisi tra tutti)
- una effettuazione di esami più appropriata (solo se e quando servono!)

Integrated healthcare (1)

Coordinato e coerente set di servizi pianificati, gestiti ed erogati a singoli ed a gruppi attraverso un insieme di strutture organizzate, professionisti coordinati e volontariato/caregiver.

L'**essenza dell'IH** è che le persone ricevano servizi assistenziali (best practice based) **SE** ne hanno bisogno, **QUANDO** e **DOVE** ne hanno bisogno per ottimizzare lo stato di salute e che tutti i servizi siano erogati in maniera efficiente (cost-efficient)

Long term care:

- . pazienti che necessitano di cure a lungo termine e/o ad elevata complessità clinico-gestionale (*problematiche legate a cronicità, disabilità e fragilità*)

Rete:

- . modello di presa in carico del pz solido e flessibile (*insieme di nodi autonomi caratterizzati da interdipendenza organizzata*)
- . ponte tra ospedale e territorio che favorisce l'integrazione socio-sanitaria a tutti i livelli di assistenza

Integrated healthcare (2)

► Passaggio da un setting assistenziale ad un altro:

• **Transitional Care** → Azioni concepite per assicurare coordinamento e continuità di cura quando i pz vengono trasferiti o da una struttura ad un'altra o da una intensità di cura ad un'altra (Colemon e Boult 2003)

Esempi: protocolli di trasferimento da un reparto ospedaliero per acuti

> Stabilità clinica (monitoraggio MIS- medico infermieristico e strumentale); completamento iter diagnostico

...continua...

- ▶ *Dimissioni programmate*: valutazione del bisogno assistenziale e piano di dimissione personalizzato definito dal medico ospedaliero e comunicato ai referenti dell'assistenza nel territorio → MMG, PLS
- ▶ *Dimissioni protette*: dimissioni da un reparto di degenza di un pz che ha problemi-sanitari e/o socio sanitari- per i quali è necessario definire una serie di interventi terapeutico-assistenziali (PAI) al fine di garantire la CONTINUITA' assistenziale → *intervento integrato di varie figure (professionisti dell'ospedale, del territorio, MMG, PLS, dell'assistenza sociale, della famiglia)*

...continua...

► PIC - Percorso Integrato di Cura

- . Orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico
- . Basato sull'EBM, linee guida, best-practice (*le decisioni sono supportate dalla condivisione dei PDTA*)
- . Riproducibilità/uniformità delle azioni/procedure/prestazioni
- . Scambio di informazioni/chiarzza per l'utente e per gli operatori (*sistema informativo a supporto delle attività di cura e di autocura*)
- . Coinvolgimento risorse di comunità

Fasi del processo assistenziale long term care

- ▶ Accesso (*intercetta il bisogno di assistenza a seguito di segnalazioni provenienti da attori diversi: MMG, dimissioni protette ospedaliere, servizi sociali, familiari..*)
- ▶ VMD e PAI (*valutazione multidimensionale e piano assistenziale individualizzato*)
 - Integrazione tra necessità sanitarie e sociali, esplora le diverse dimensioni della persona (*clinica, funzionale, cognitiva, relazionale*)
 - Coordinamento attuativo
 - ▶ Ruoli (*case manager*)
 - ▶ Meccanismi operativi tra varie figure
 - ▶ Implementare il percorso integrato di assistenza socio sanitario individuato
 - Monitoraggio (*valutazione periodica dell'assistito*)

Flussi informativi per il monitoraggio

- ▶ I flussi informativi del NSIS mettono a disposizione informazioni relative all'assistenza erogata al pz cronico nei diversi setting assistenziali (*emergenza-urgenza e ricovero, prestazioni specialistiche, assistenza farmaceutica convenzionale, assistenza territoriale/domiciliare...*)
 - . Flusso - ricovero/emergenza urgenza (SDO;EMUR)
 - . Flusso - assistenza residenziale e semiresidenziale (FAR)
 - . Flusso - assistenza domiciliare (SIAD)
 - . FSE (fascicolo sanitario elettronico, LG 10/2/2011; *patient summary*)
 - strumento di gestione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici dei cittadini/pz
 - favorisce una visione globale ed unificata dello stato di salute del soggetto
 - favorisce la gestione integrata dei percorsi di cura e assistenza (sicurezza, privacy)

...continua...



Fonte: Mariadonata Bellentani

Luogo organizzativo dell'integrazione: ruolo del Distretto

- ▶ **Distretto:** sede del riordino dell'assistenza primaria (primary health care), dello sviluppo dei programmi di medicina/sanità di iniziativa, del rapporto fiduciario tra la persona e la rete dei servizi territoriali
- ▶ ... *i Distretti sono i principali interlocutori della medicina generale e pediatria di base per garantire anche l'appropriatezza della spesa farmaceutica, del ricorso allo specialista e dei ricoveri, nonché **la presa in carico delle persone** con problemi di cronicità e di non autosufficienza....sono il luogo dell'erogazione delle prestazioni di cure domiciliari, di cure palliative e di fine vita, di cure intermedie (RSA, ospedali di comunità, casa della salute...)*

Fonte: Catanelli M et al. Regione Umbria

Luogo organizzativo dell'integrazione: ruolo del Distretto

► Nel Distretto si attua:

- . Gestione tecnica del processo organizzativo di presa in carico istituzionale dell'assistito con bisogno di salute complesso
- . Facilitazione dell'attuazione della continuità assistenziale (tra diverse unità operative del territorio e tra ospedale/territorio)
- . Rendicontazione e comunicazione delle azioni svolte nell'ambito del sistema di primary health care
- . Punto di riferimento certo per il cittadino (PUA)

Jg. Sanità Pubbl. 2014; 70: 171-184

Valutazione della qualità dei servizi di continuità assistenziale in Umbria

Rossana Pasquini ^{}, Giuseppe Angeli^{**}, Emilio Duca [^], Libiana Minelli ^{**}*

- ^{*} Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione
Università degli Studi di Perugia
- ^{**} Dipartimento di Medicina Sperimentale - Università degli Studi di Perugia
- [^] Direttore Regionale Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza, Regione Umbria

Anno XIV numero **38** 2015

Trimestrale dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali

Prezzo Editoriale SpA
Circolo di Abbonamento Postale 705 - Roma

monitor

→ Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

38

Focus on Il nuovo Regolamento sugli standard ospedalieri • La sfida del Ssn • La riorganizzazione delle reti ospedaliere in Umbria, in Piemonte, nel Lazio e in Sicilia. **Idee e commenti** Il punto di vista dell'Aiop, di Cittadinanzattiva e della Fism. **Agenas on line** Il Protocollo d'Intesa Agenas e Sna