

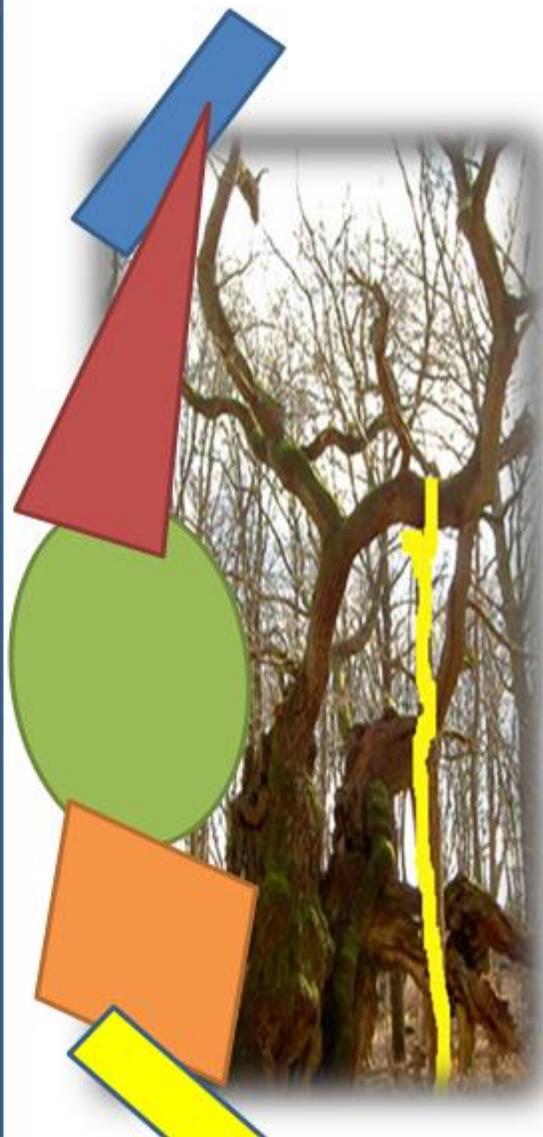


IL PAZIENTE GERIATRICO
NEL PERCORSO
OSPEDALE TERRITORIO

SABATO 26 MAGGIO 2018

sede OMCEO TERNI
"Sala Maurizio Gentile"

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI TERNI



DIMISSIONI PROTETTE E CONTINUITA' DELLE CURE NEL PAZIENTE GERIATRICO DEL TERZO MILLENNIO

SERGIO CATANZANI

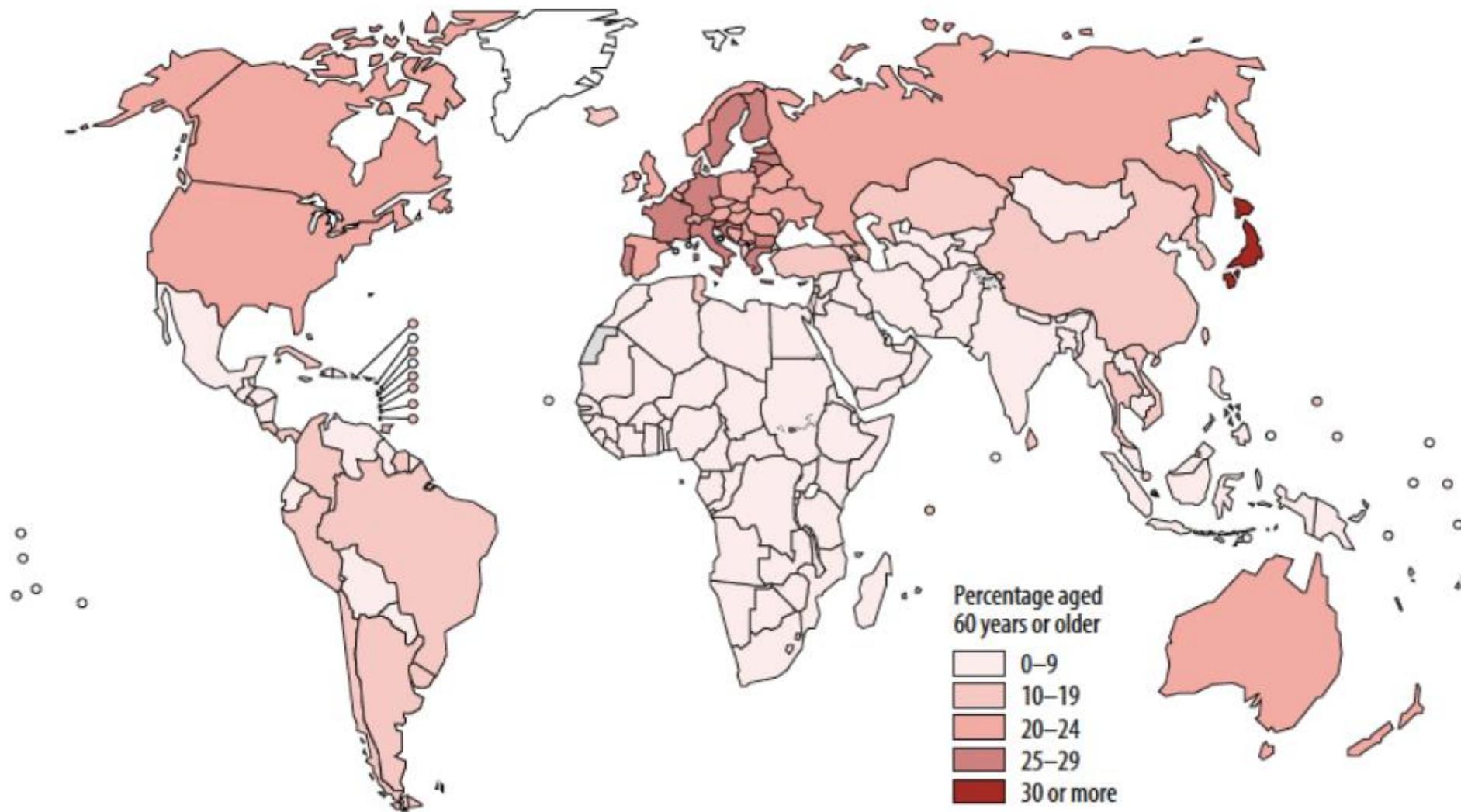
SSD GERIATRIA



A Z I E N D A
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI

Population aging

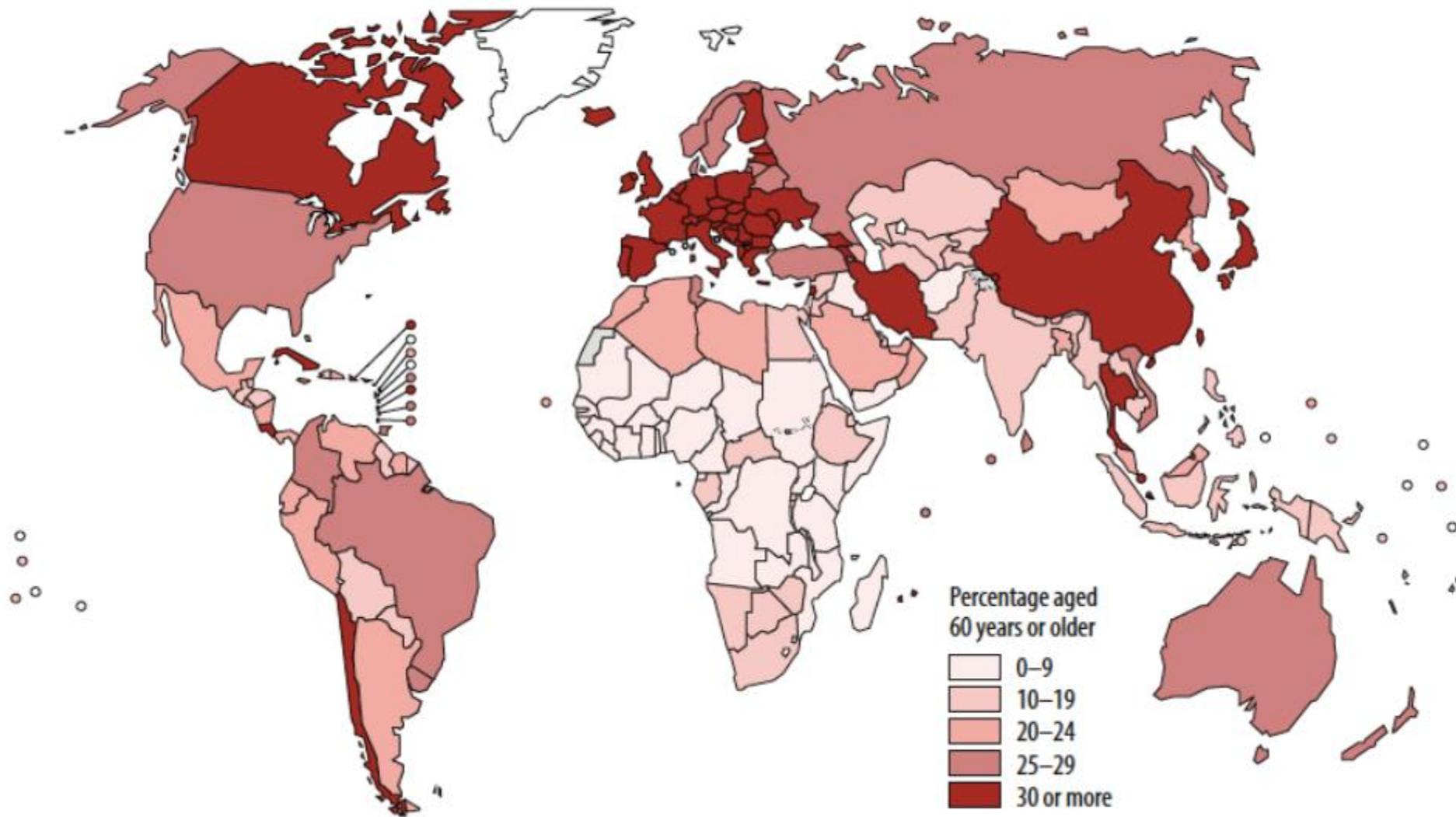
Proportion of population aged 60 years or older, 2015



World Health Organization 2015

Population aging

Proportion of population aged 60 years or older, 2050 projections



INTERNATIONAL

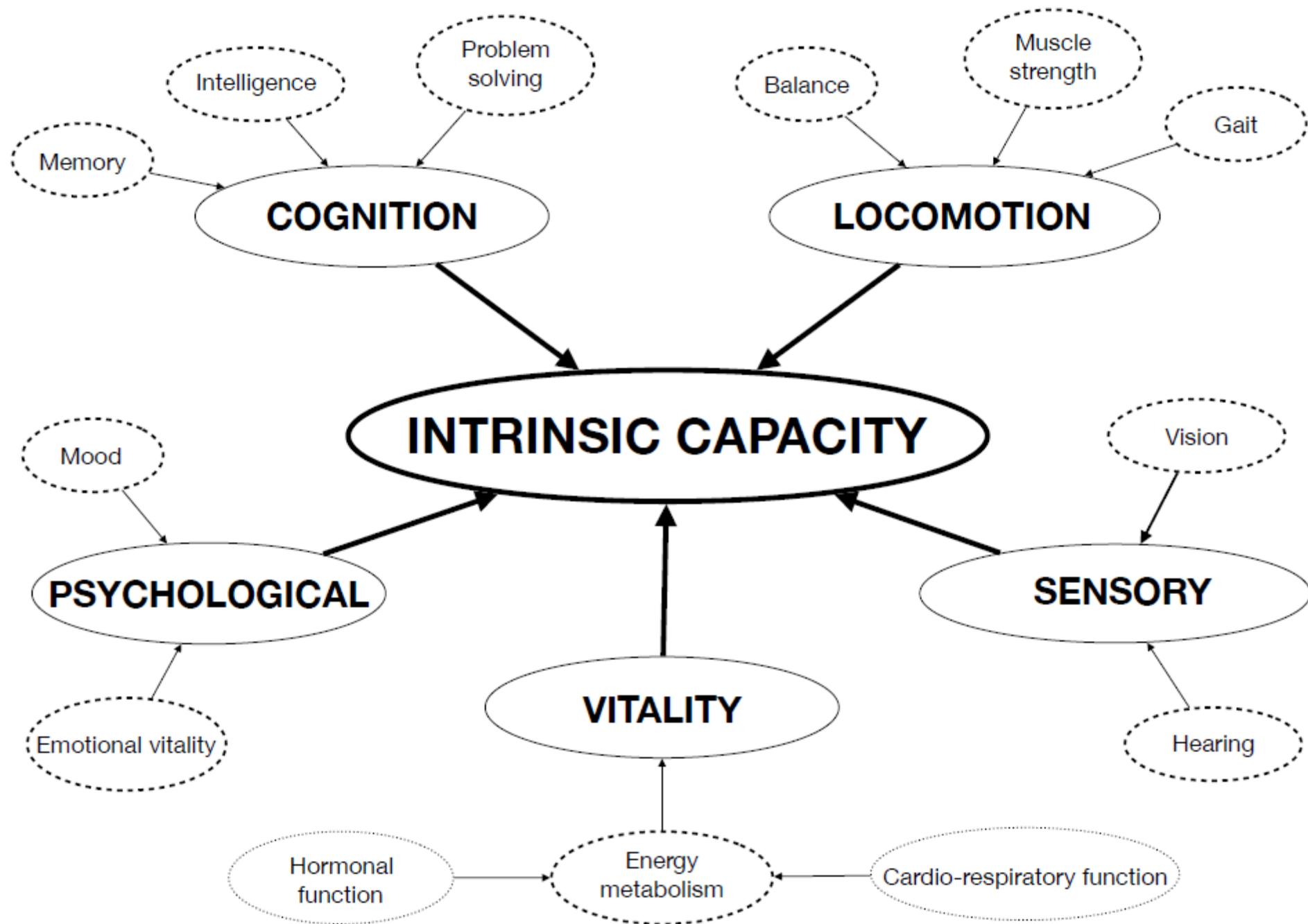


105-Year-Old Cyclist Rides 14 Miles In An Hour En Route To A World Record

January 4, 2017 · 2:44 PM ET



Robert Marchand (age 105 yo)
22.547 kilometers in an hour



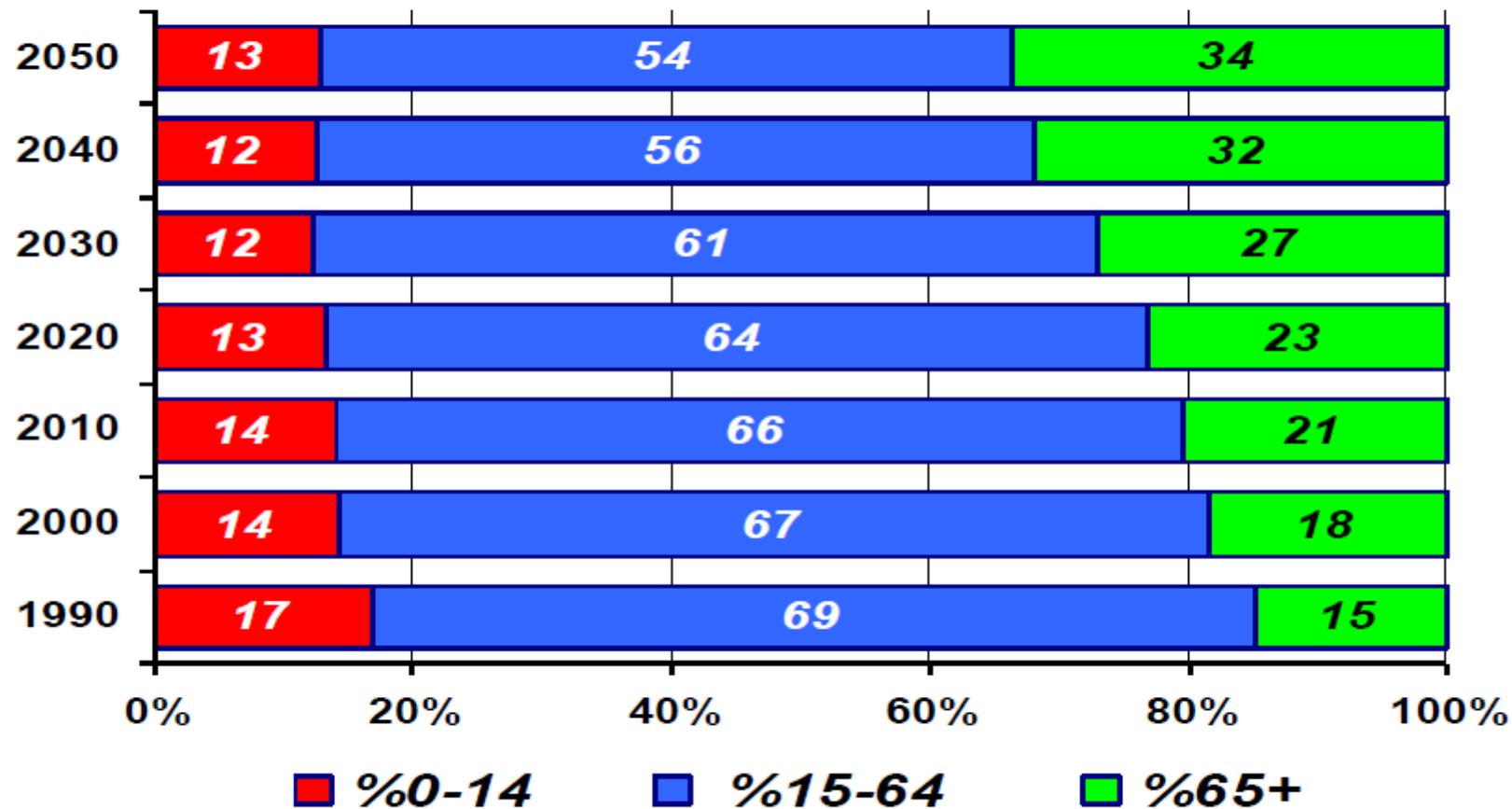


Defining the challenge

Noncommunicable diseases (NCDs) are the leading cause of death, disease and disability in the WHO European Region, accounting for more than 86% of deaths and 77% of the overall disease burden. This puts an increasing strain on health systems, economic development and the well-being of the population.



Il futuro...



Fonte dati ISTAT: previsioni demografiche 2005 - 2050



IMPATTO DELLE MALATTIE CRONICHE



The chronic disease crisis

People with One or More Chronic Conditions Use:

- 76% of All Hospital Admissions
- 80% of Total Hospital Days
- 88% of All Prescriptions
- 96% of All Home Care Visits

Kane R et al. "Meeting the Challenge of Chronic Illness" (2005).





SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

LA DIMISSIONE OSPEDALIERA:

Per essere **sicura ed efficace** richiede

- **Comunicazione precisa con mezzi adeguati**
- **Descrizione dettagliata del piano terapeutico**
- **Evitare incomprensioni con il setting che riceve l'anziano**
- **Il setting deve essere il piu' adatto alle esigenze del malato**

IL PROBLEMA DELLE RI-OSPEDALIZZAZIONI

	Ri-ospedalizzazioni	Morti senza ri-ospedalizzazione
1 mese	21%	4%
6 mesi	48%	7%
12 mesi	59%	8%

67% dei pazienti ricoverati per condizioni mediche vengono ri-ospedalizzati o muoiono entro un anno!!!

Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program.
Stephen F. Jencks et al. N Engl J Med 2009;360:1418-1428



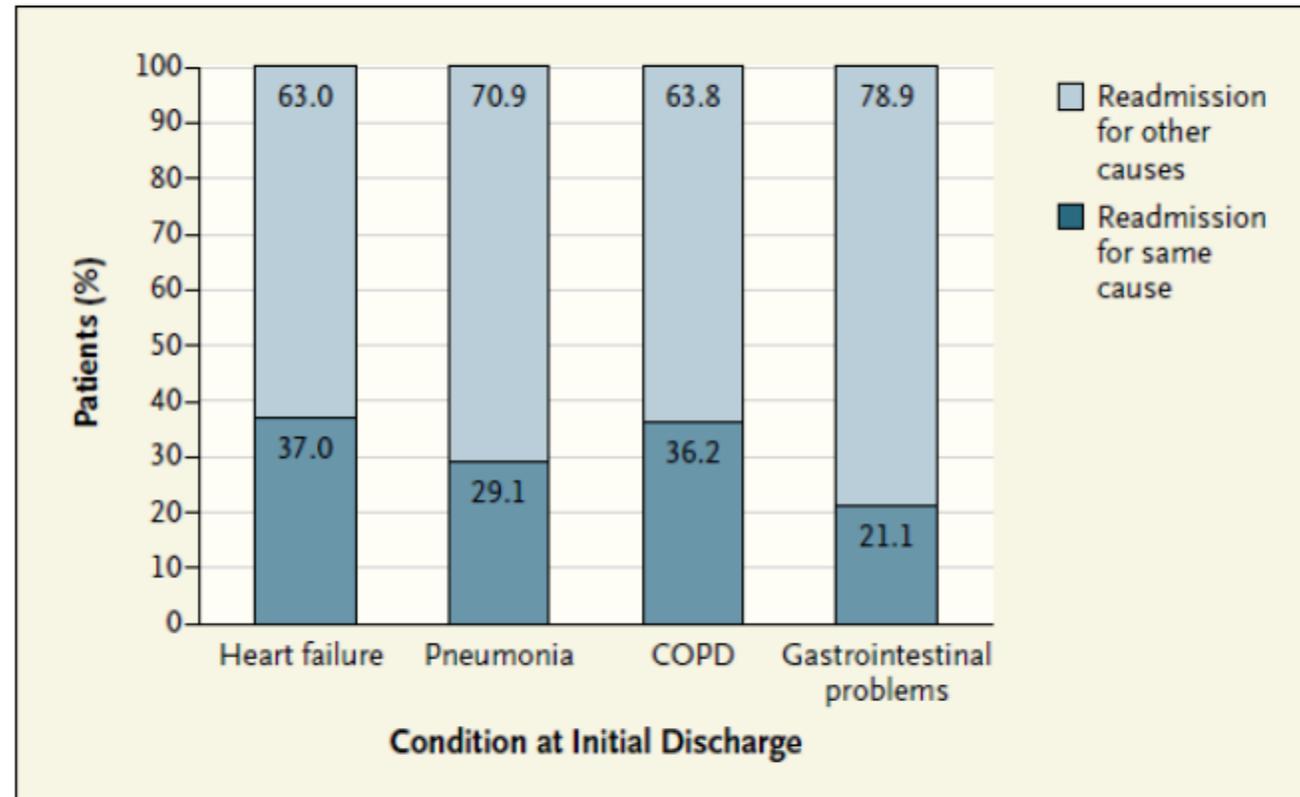
SINDROME POST-OSPEDALIZZAZIONE

- Condizione di **rischio generalizzato e transitorio** che favorisce l'insorgenza di patologie successivamente alla dimissione ospedaliera, quando si è clinicamente risolta la condizione acuta per la quale il paziente era giunto in ospedale.

Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome. An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. N Engl J Med 2013;



SINDROME POST-OSPEDALIZZAZIONE



Krumholz HM. Post-Hospital Syndrome. An Acquired, Transient Condition of Generalized Risk. N Engl J Med 2013;



IL PROBLEMA DELLE RI-OSPEDALIZZAZIONI

Studio FADOI-COMPLIMED

	Ri-ospedalizzazioni	Mortalità
1 mese	17%	8.2%
Da 1 a 6 mesi	33%	12.3%
Da 6 a 12 mesi	31%	7.3%

34% di mortalità cumulativa ad un anno!!!





World Health
Organization

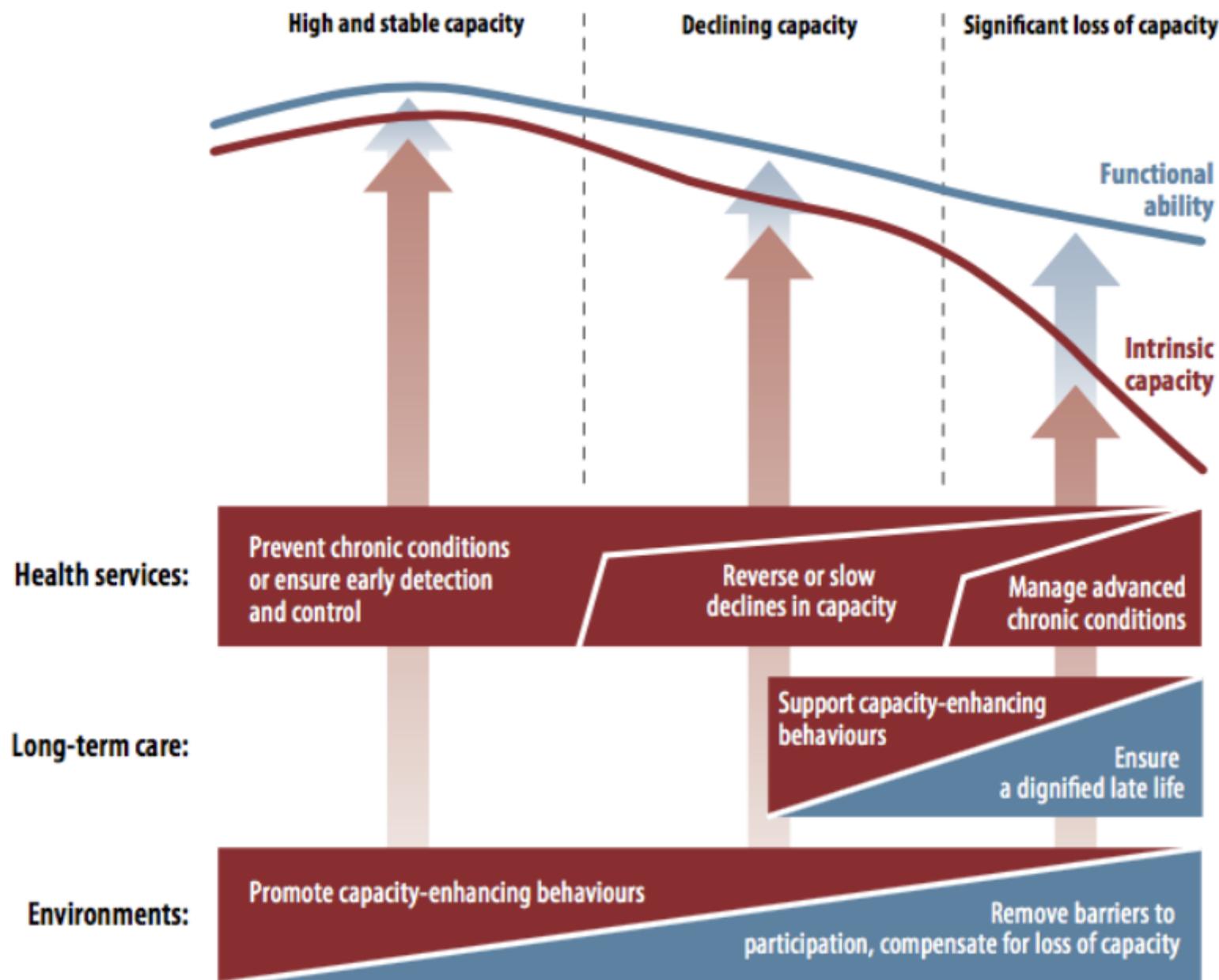


World Health
Organization

WORLD
REPORT
ON
**AGEING
AND
HEALTH**

www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/

Fig. 2.4. A public-health framework for *Healthy Ageing*: opportunities for public-health action across the life course





SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

RUOLO DELLA « MEDICINA DI TRANSIZIONE »

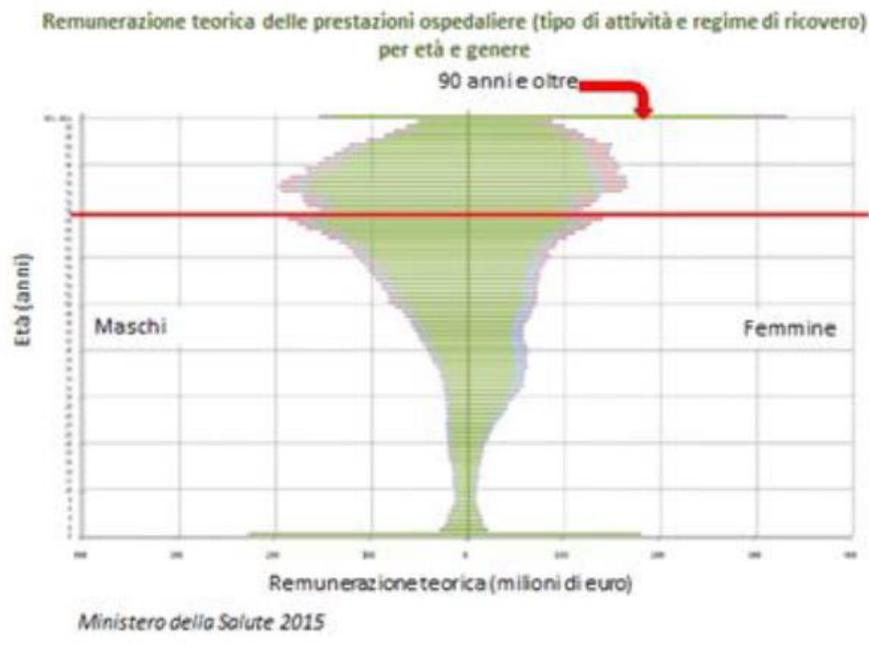
REALIZZAZIONE DELLA CONTINUITA' DELLE CURE NEI DIVERSI SETTING DELLA SANITA', DOVE L'OSPEDALE , CON IL SUO PRONTO SOCCORSO, DOVREBBE FUNGERE DA HUB.



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

GLI ANZIANI OCCUPANO ALMENO LA META' DELLE GIORNATE DI RICOVERO OSPEDALIERO

Manuale di Competenze in Geriatria



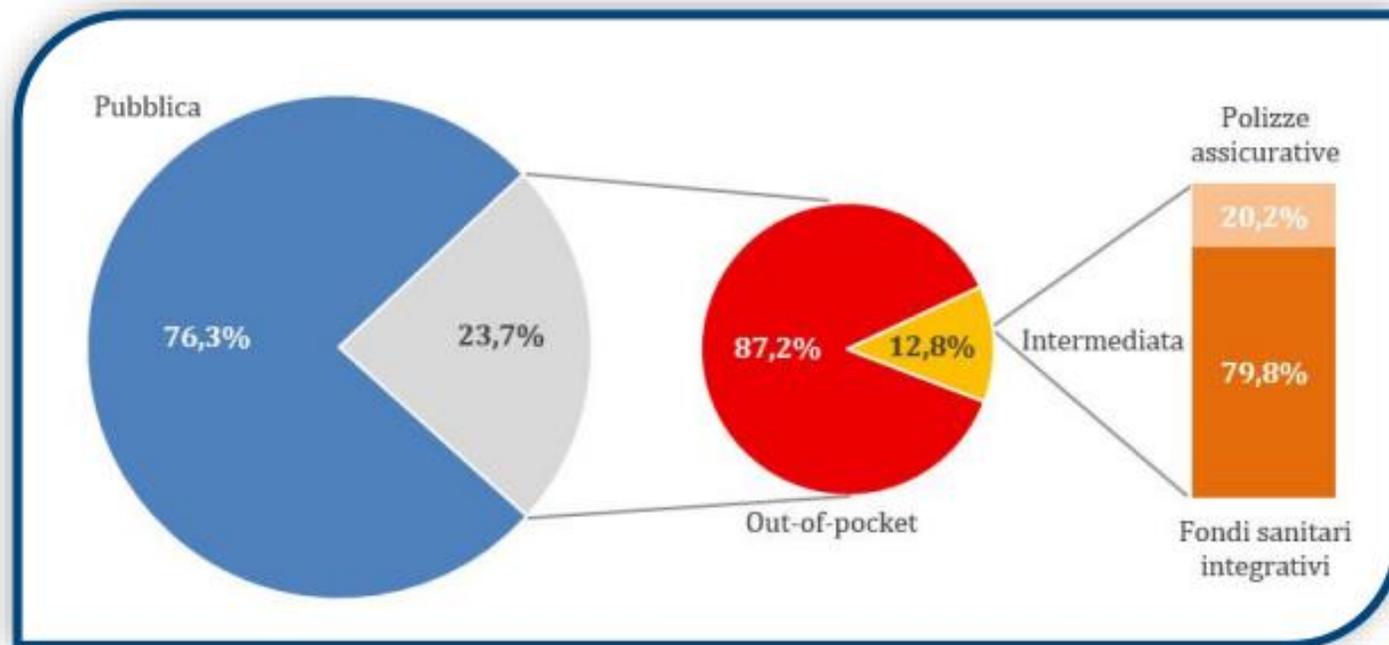
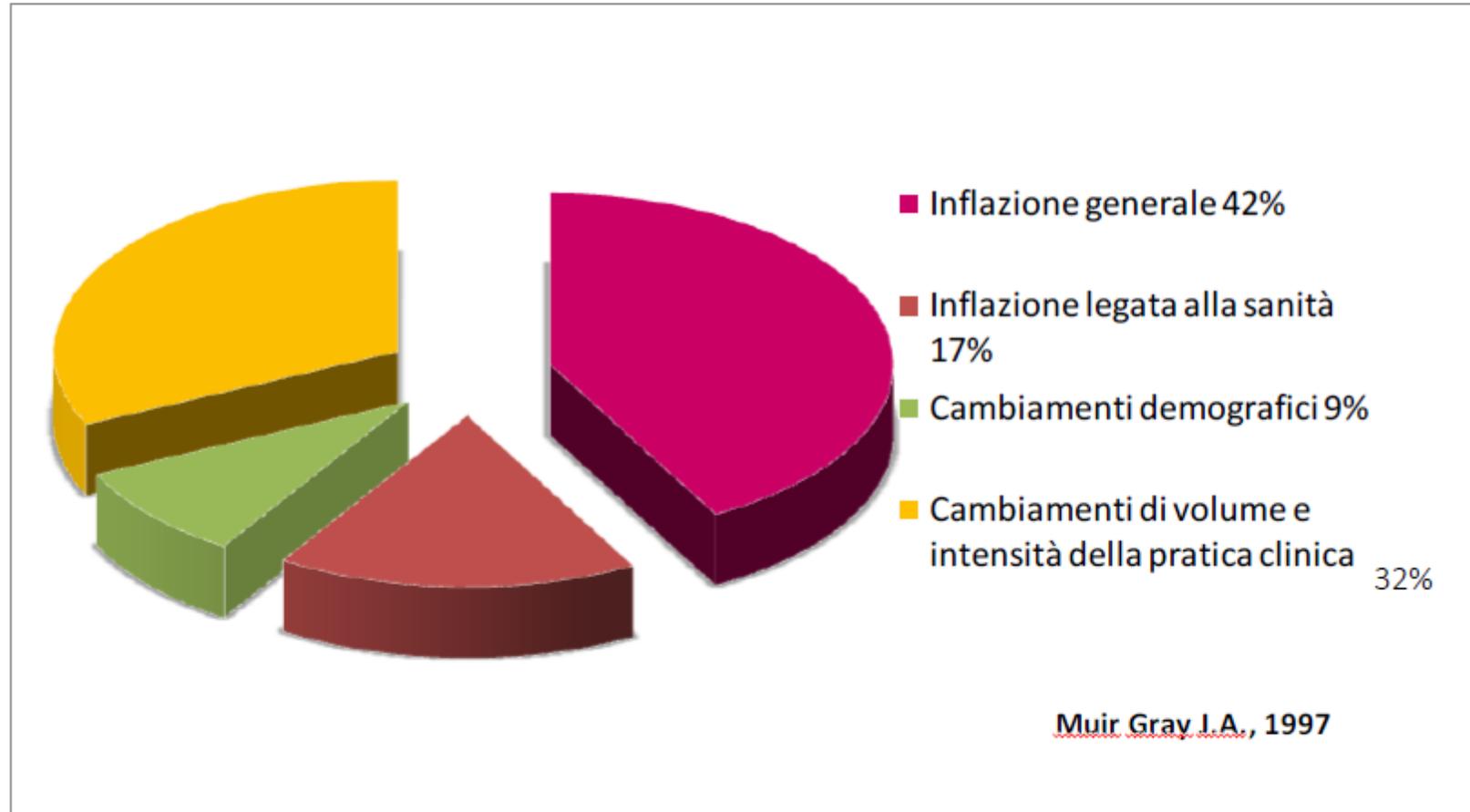


Figura 1. Ripartizione percentuale della spesa sanitaria (anno 2015)

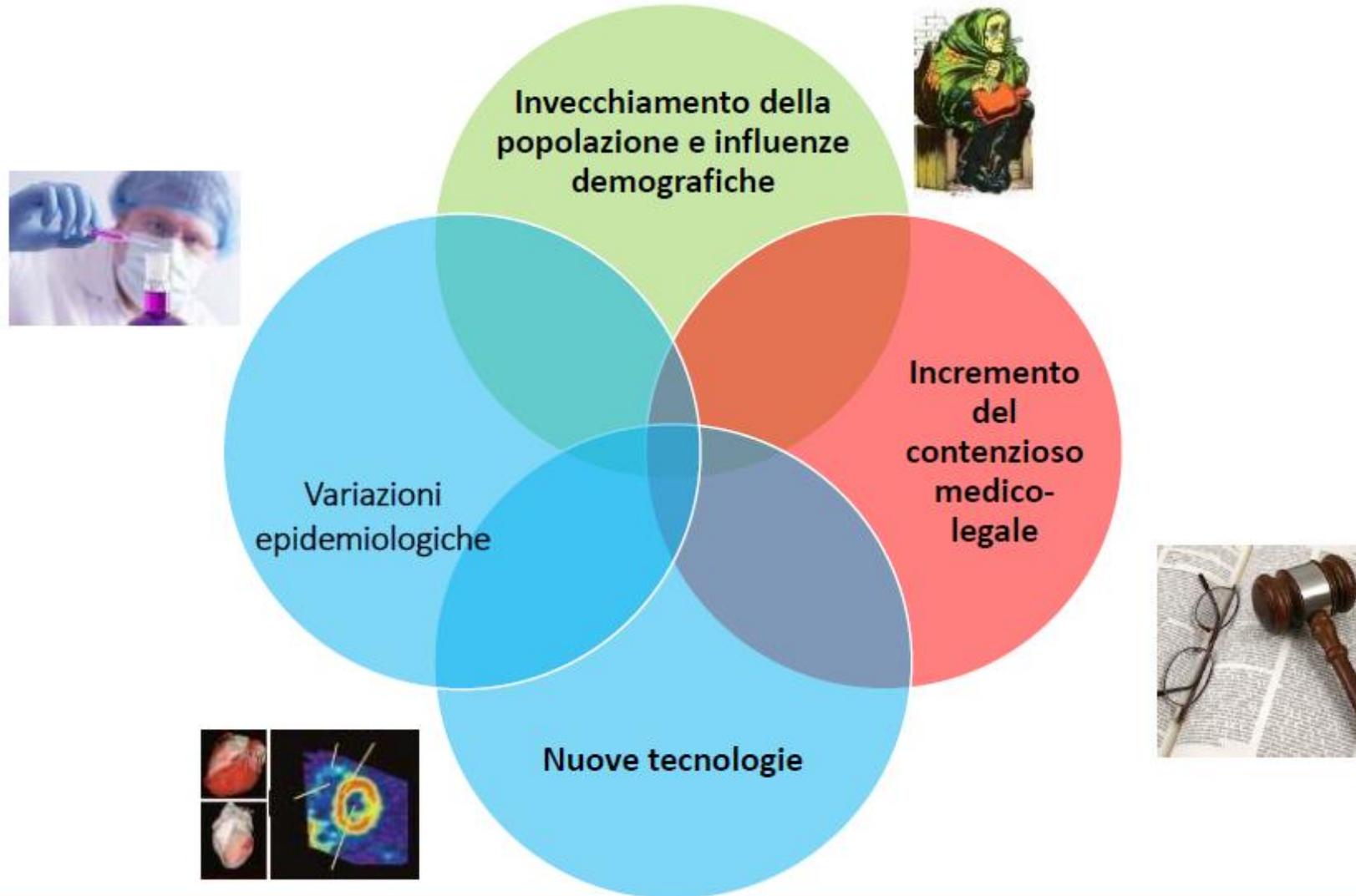
⁷ Corte dei Conti. Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica. Roma, 5 aprile 2017. Disponibile a: www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/_documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2017/volume_rapporto_coordinamento_fp_2017_2.pdf. Ultimo accesso: 31 maggio 2017.

⁸ Vecchietti M. RBM Assicurazione Salute su dati CEIS-CREA Sanità e Previmedical. Welfare Day, Roma 8 giugno 2016.

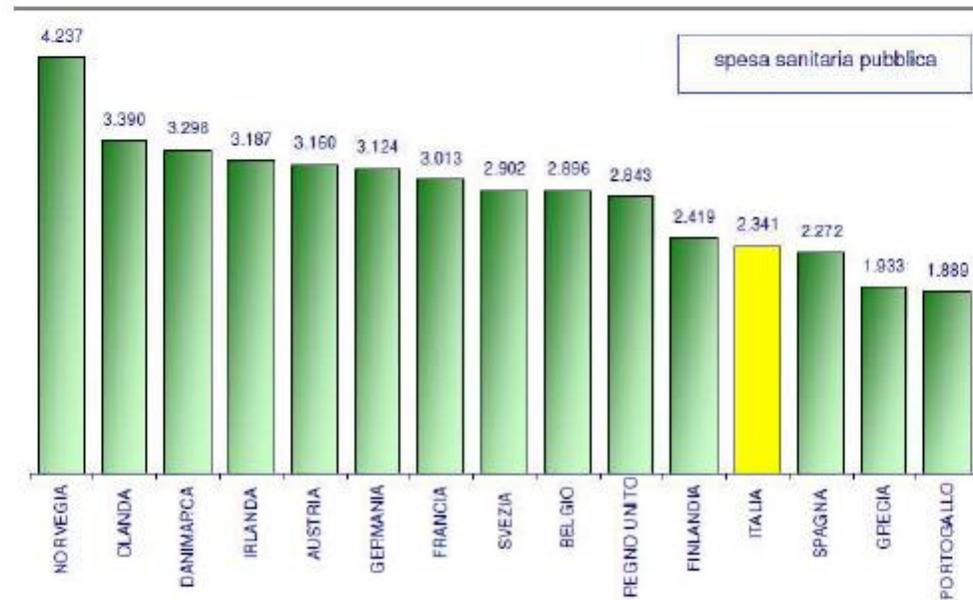
FATTORI GENERALI D'INCREMENTO DEI COSTI IN SANITÀ



ALCUNE CAUSE SPECIFICHE D'INCREMENTO DEI COSTI IN SANITÀ



- Nonostante il rapporto spesa sanitaria PIL sia lievemente inferiore rispetto ad altri paesi come Germania e Francia, la spesa sanitaria pubblica pro-capite è sensibilmente minore 30% e 23%, rispettivamente.



- La contrazione delle risorse economiche disponibili e i vincoli di finanza pubblica comportano misure di contenimento della sanità pubblica.



PECULIARITÀ DELLA SANITÀ

- Non tutto ciò che è nuovo è innovativo (chemioterapici)
- Non tutto ciò che è vecchio è obsoleto (la Metformina è tuttora farmaco di prima scelta nel trattamento del diabete).
- Non tutto ciò che è innovativo è sostenibile (nuovi trattamenti per HCV (?))
- Interventi ritenuti un tempo appropriati possono dimostrarsi inefficaci col tempo (lo screening dell'adenocarcinoma della prostata, mammografia per il ca. della mammella (?))
- Non tutto ciò che è appropriato è necessario (ex. Un nuovo ACE-inibitore)



IN SANITÀ È APPROPRIATO SE ...

- Sul piano **professionale (clinico)**: viene prescritto la terapia di efficacia provata, che presuppone il trasferimento delle prove scientifiche nella pratica clinica e che costituisce il necessario complemento alla Medicina Basata sull'Evidenza (EBM). È condizione necessaria, ma non sufficiente, per una buona medicina;
- Sul piano **organizzativo (gestionale)**: la terapia viene erogata in condizioni tali (ambito assistenziale, professionisti coinvolti) da “consumare” un'appropriata quantità di risorse (efficienza operativa).

Da M. Zanetti 1996



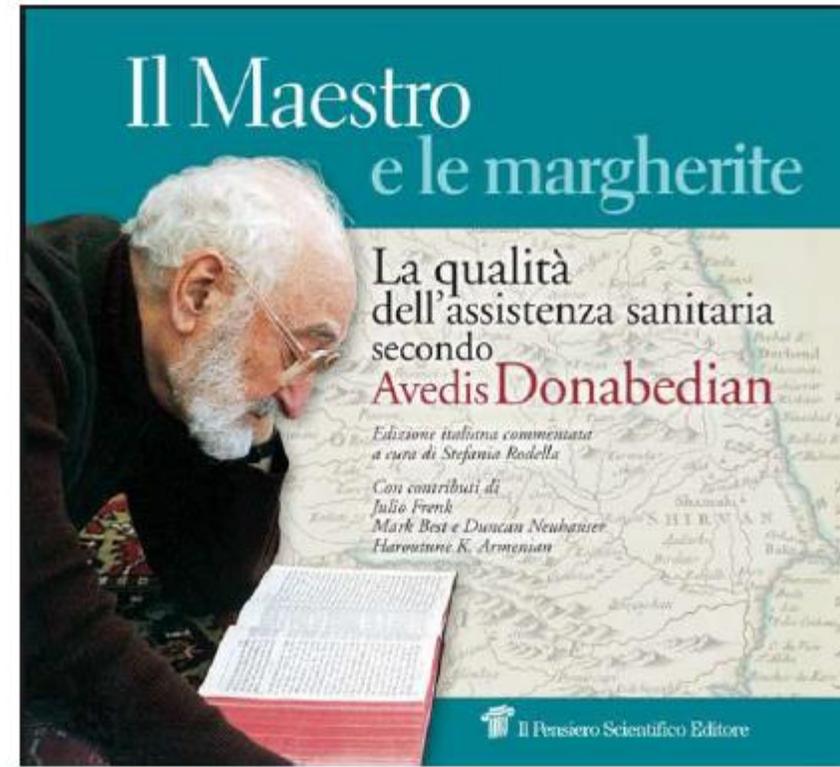
LA SOSTENIBILITÀ

- **La sostenibilità è la caratteristica di un processo o di uno stato che può essere mantenuto a un certo livello indefinitivamente.**
- **Lo sviluppo sostenibile è uno sviluppo che soddisfi i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri (Rapporto Brunland WCED 1987).**



LA QUALITA'

“Rapporto fra i miglioramenti ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili” (A. Donabedian)



- **Al medico moderno non è richiesto essere un esperto di CG, o di una delle sue branche, ma deve essere un cultore della materia**
 - Ogni scelta terapeutica, diagnostica o di percorso clinico è anche una scelta economica e di appropriatezza clinica e organizzativa, anche quando non si applichino i principi della CG
 - Al medico è sempre più richiesto di partecipare alla redazione di protocolli o di PDTA(Percorsi Diagnostici, Terapeutici, Assistenziali)
 - E' necessario possedere conoscenze multidisciplinari per discutere le problematiche organizzative, anche quando si abbia un profilo dirigenziale professionale (ex. scheda di budget)
- **Tuttavia, l'attuale preparazione universitaria soddisfa i bisogni clinici del giovane medico laureato e neospecialista, ma non offre strumenti per la gestione delle problematiche assistenziali.**



LE SCELTE IN SANITÀ COINVOLGONO TUTTI

- Esempio le dimissioni difficili: i pazienti che, superata la fase acuta, non sono autonomi per tornare a casa quando manca la possibilità di trasferirli in strutture per la subacuzie (ex: RSA)
 - I **decisori**: che devono allocare le risorse appropriatamente;
 - I **manager**: che devono progettare dei percorsi assistenziali idonei;
 - I **medici**: che devono contribuire a ottimizzare i processi di cura;
 - I **pazienti e familiari**: che devono comprendere che il ricovero prolungato in strutture non più idonee è contro il proprio interesse, esponendo a rischi di infezioni, malnutrizione, istituzionalizzazione, ecc...



Cambia la politica sanitaria

- peso crescente delle classi anziane
- diminuzione della mortalità grazie alle nuove terapie
- aumento delle malattie croniche gravi non suscettibili di trattamenti risolutivi
- riduzione della durata delle degenze ospedaliere: day-hospital e day-surgery
- disponibilità di nuove tecnologie di comunicazione e interscambio dati clinici
- necessità di un sistema coordinato di relazioni tra erogatori sanitari e sociali
- necessità di contenere la spesa sanitaria

14 mag
2013

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

Nel 2050 i 2/3 del budget Ssn andranno agli anziani

 [L'incidenza delle cronicità nelle geriatrie italiane. Possibili risparmi per la spesa sanitaria](#)

In Italia il 37,5% dei ricoveri prodotti dalle geriatrie afferisce a patologie croniche, con una tendenza a livello nazionale in aumento nel triennio 2009-2011. Questo equivale a 540 mila giornate di degenza ordinaria per erogare le quali occorrono circa 1.480 posti letto, con un utilizzo di risorse economiche di oltre 137 milioni di euro. Meno del 2 per cento dei dimessi dai reparti di geriatria con patologie croniche accede alla ospedalizzazione domiciliare.



Trend attuali

- Revisione del ruolo dell'ospedale
- Aggregazione degli ospedali in “poli” ad alta tecnologia
- Percorsi a intensità di cura differenziata
- Tendenza all'autofinanziamento
- Partecipazione dell'ospedale alla ricerca sulla cura della cronicità
- Sviluppo di reti di servizi sul territorio
- MMG consulenti/providers
- Ruolo enti locali (integrazione socio-assistenziale)

Il sistema dei servizi

- Non esiste competizione tra ospedale e territorio ma ***l'obiettivo è comune***: rispondere alla domanda di salute e di cura della persona
- In ambito sanitario ogni soggetto fornisce specifiche prestazioni in una prospettiva di ***sistema***, in collegamento e collaborazione con gli altri erogatori
- Occorre un rinnovato sistema integrato per soddisfare le ***aspettative attuali*** di prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione, assistenza
- L'ospedale non ha solo un ruolo di erogazione in proprio di prestazioni, ma anche funzione di ***supporto*** di altri servizi

L'ospedale

- Risponde all'urgenza-emergenza
- Ricoveri per le patologie acute
- DH - DS
- Risponde a quesiti diagnostici complessi
- Rete ambulatoriale come filtro al ricovero o follow-up (continuità)
- Dimissioni protette
- Call center per counselling a distanza

→ Alta intensità di cura
→ Media intensità di cura



L'ospedale come "nodo" della rete

Funzione di supporto:

PRE

- Azioni di prevenzione secondaria
- Interventi di educazione alla salute
- Lavoro sui percorsi diagnostici/LG con MMG e specialisti per l'appropriatezza

POST

- Ospedalizzazione domiciliare/ADI
- Telemedicina come centro di supporto

Il territorio

Prevenzione primaria e secondaria:

- fasce di età
- fattori di rischio
- patologie cronico-degenerative

Governo della domanda (appropriatezza)

Indirizzo dell'offerta (programmazione)

Percorsi assistiti attraverso i servizi

Continuum del ciclo di cura



Ospedali



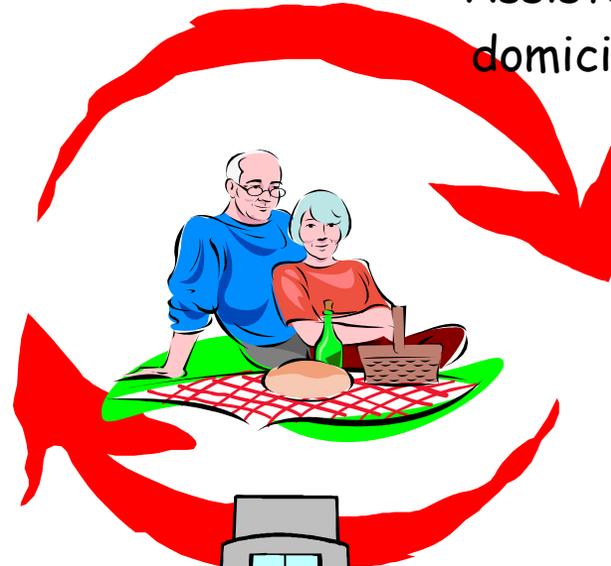
Assistenza
domiciliare



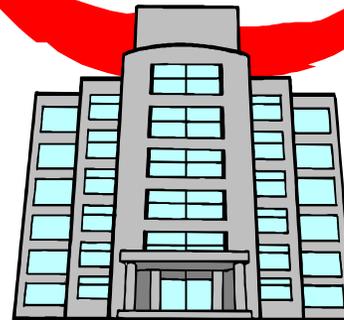
Specialisti sul
territorio



DH e
poliambulatori



MMG



Centri polifunzionali



Strumenti strategici per l'integrazione (intra- ed extraospedaliera)

- Un **ambiente virtuale** basato sulla cartella clinica elettronica, alimentata in tempo reale (record del paziente: EPR)
- Moduli di **teleconsulto** che permettano ai clinici di condividere le informazioni specifiche relative al singolo paziente.
- Strumenti di **teleassistenza domiciliare** (homecare) per la cura dei pazienti presso le loro abitazioni o presso il proprio MMG e per l'interazione con la rete sanitaria.

24 ORE
Sanità

I QUADERNI DI MEDICINA

CONNECTED CARE:
un'opportunità concreta
per la sanità del prossimo futuro.
L'Italia è pronta?

Supplemento al numero settembre del "Sole 24 Ore Quotidiano" - Periodico di medicina - L. 48/2004, art. 1, c. 1, DDD Roma

**future
health
index**
2017 | ITALY

La sanità oggi: stato dell'arte e scenario di evoluzione

- ⌚ In un mondo in costante evoluzione, anche i sistemi sanitari stanno subendo trasformazioni sostanziali. Quattro i trend principali che emergono:



Le risorse limitate nei sistemi sanitari promuovono il cambiamento verso un'assistenza sanitaria basata sul valore che:

- riduca i costi
- favorisca l'accesso
- migliori le prestazioni.



L'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e dei costi legati alle cure sono una miscela esplosiva cui la società deve fare fronte. In tutto il mondo governi, aziende e persone si trovano ad affrontare il problema di come gestire efficacemente l'intero *continuum of care* fatto di stile di vita, prevenzione, diagnosi, trattamento e assistenza domiciliare.



Il maggior coinvolgimento dei consumatori e una crescente attenzione al proprio stato di salute creano interessanti opportunità nell'area della prevenzione, che diventa così sempre più centrale all'interno del patient journey.



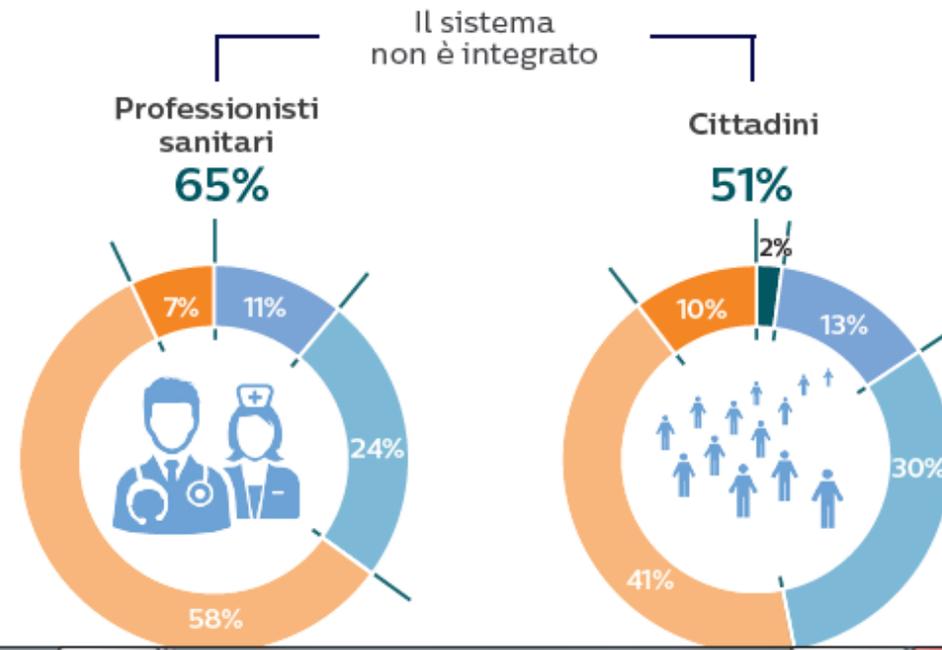
L'evoluzione tecnologica e la diffusione degli strumenti digitali offrono nuove opportunità anche per il sistema sanitario che è chiamato a rispondere alla sfida della digitalizzazione. Il Future Health Index prende le fila proprio da qui.

I professionisti ritengono molto importante che il sistema sanitario sia integrato

% Molto / abbastanza importante



⊕ Sono soprattutto i professionisti a percepire dall'interno che il sistema sanitario sia ancora lontano dai livelli di integrazione auspicati.

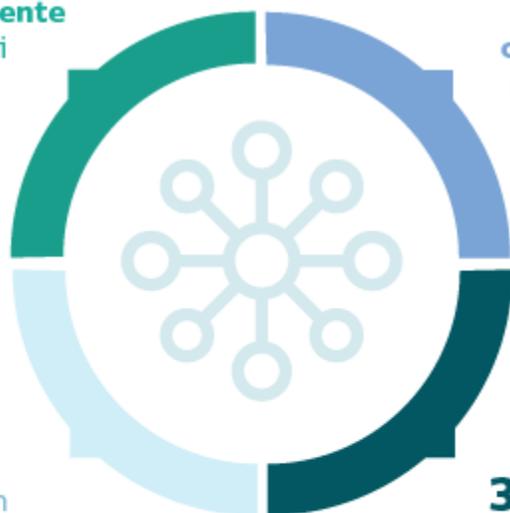


Si evidenzia un forte gap nella condivisione automatica delle informazioni

🕒 La Connected Care emerge come un'opportunità non ancora colta.

23% i casi in cui la cartella clinica **è stata automaticamente condivisa** tra i professionisti sanitari

25% i casi in cui la cartella clinica **non è stata condivisa** tra i professionisti sanitari

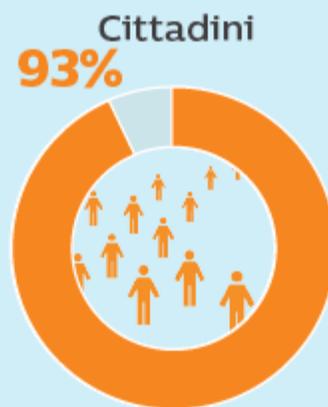


17% i casi in cui **non è stato necessario condividere** la cartella clinica

39% i casi in cui i pazienti hanno **condiviso** la cartella clinica **di persona**

% medie rilevate su pazienti affetti da almeno una patologia

Connected Care: una grande aspettativa da parte di cittadini e professionisti



- ① La quasi totalità degli intervistati rivela una forte attesa rispetto alla Connected Care: professionisti e cittadini sono pronti ad abbracciare la rivoluzione digitale, certi che porterà dei vantaggi concreti al loro modo di vivere la salute. Ora spetta al sistema sanitario fare la propria parte, supportato da partner che, come Philips, vedono nell'innovazione tecnologica la chiave per un futuro sostenibile della Sanità.

Teleconsulto

- servizi di “second opinion” (parere di un secondo specialista su un caso clinico)
- telediagnosi e teleconsulto
- comunicazione sincrona di immagini e segnali tra operatori sanitari
- trasmissione, riproduzione e refertazione di segnali provenienti da apparecchiature diagnostiche (fra strutture sanitarie o da strutture sanitarie a singoli operatori)

17 ott
2013

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 

MEDICINA E RICERCA

Indumenti che misurano la pressione, laboratori su quattro ruote, orologi che inviano gli allarmi: quando la tecnologia assiste l'anziano

Da sempre nelle società organizzate l'anziano è un elemento importante del progresso sociale, lo specchio cui guardano le giovani generazioni per trarre ispirazione e stimoli indispensabili per progettare il futuro sulla base di valori che hanno resistito alla prova dei fatti. Anche oggi dobbiamo considerare il vissuto e le esigenze degli anziani come stimoli all'ingegno e alla creatività della ricerca e della produzione tecnologica, per mettere a punto, produrre e offrire nuove soluzioni destinate a rendere più serena la stagione dei capelli d'argento.

Con questi obiettivi Italia Longeva - rete nazionale di ricerca sull'invecchiamento e la longevità attiva, istituita dal ministero della Salute, con la Regione Marche e l'Irccs



FEDERSANITÀ

Sanità digitale, tutti i dossier aperti all'attenzione del nuovo Governo

[Home](#) > [Sanità Digitale](#)

Troppi ritardi sulla sanità digitale. Ecco tutti i dossier che devono essere sul tavolo della nuova legislatura. Servirebbe una piattaforma orizzontale che fornisca i servizi territoriali di base idonei a supportare i processi assistenziali

21 Feb 2018

Tiziana Frittelli

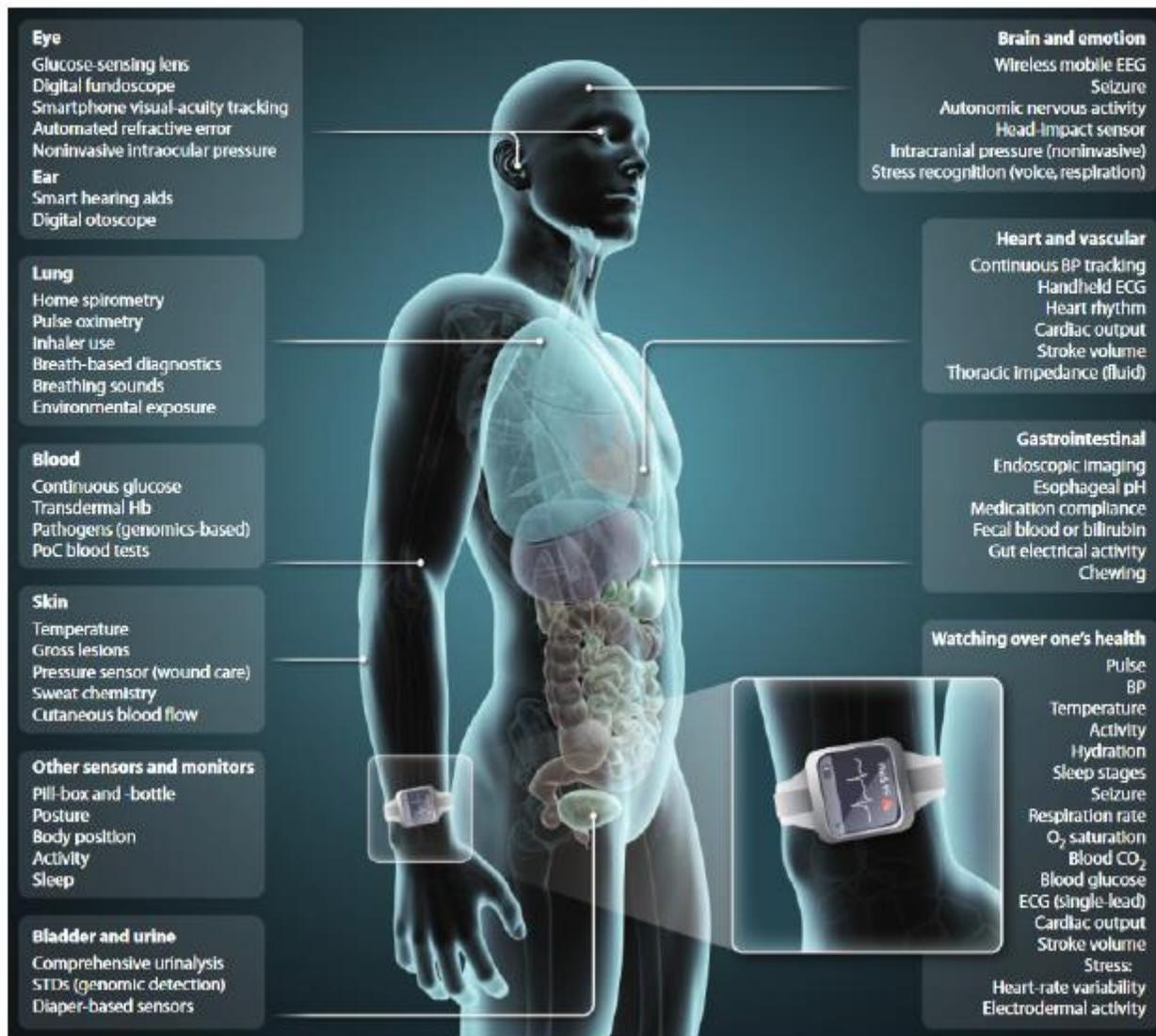
presidente Federsanità Anci



DIRETTA
LA7

The emerging field of mobile health

Steven R. Steinhubl,* Evan D. Muse, Eric J. Topol





HOSPITALIST.

**IL GOVERNO DELLA
COMPLESSITÀ IN
MEDICINA INTERNA
OSPEDALIERA**

I EDIZIONE

MASTER UNIVERSITARIO DI II LIVELLO



Hospitalist. Il Governo della Complessità in Medicina Interna Ospedaliera - Master II livello



IL PAZIENTE DEL TERZO MILLENNIO: ACUTO E POLIPATOLOGICO



Hospitalist. Il Governo della Complessità in Medicina Interna Ospedaliera - Master II livello



Maurizia Gambacorta

UOC Medicina Interna – Ospedale Media Valle del Tevere – Todi (PG)

ASL Umbria 1

CONTINUITÀ DI CURA – DEFINIZIONE

- Estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una **linearità di svolgimento degli interventi** fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza.
- La continuità assistenziale è quindi un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa **da un livello di cura ad un altro** sia esso domicilio, ospedale o altra realtà.



CONTINUITÀ DI CURA

- Secondo l'OMS, la continuità delle cure è uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento di un Servizio Sanitario, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura quello della **presa in carico** del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio e ospedale.
- Secondo la Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, la *continuity of care* è una componente della **qualità dell'assistenza** e consiste nella misura in cui l'assistenza necessaria ad un paziente è coordinata tra le varie figure cliniche, attraverso la organizzazione e nel tempo.



CONTINUITÀ DI CURA

- La continuità rappresenta, quindi, un **obiettivo** e insieme 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 (*Trabucchi M et al.*)



CONTINUITÀ DI CURA

- Il *continuum of care* è il combaciare di bisogni del paziente con un appropriato livello di servizi medici, assistenziali e sociali. Le fasi più delicate del percorso sono le **interfacce**, cioè i passaggi da un livello di responsabilità all'altro, da ospedale a territorio e viceversa, ma anche all'interno dello stesso livello di assistenza (*R. Natangelo. QA.2000:2*)





SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Negli ultimi vent'anni, in tutti i sistemi sanitari avanzati, si è assistito ad una progressiva deospedalizzazione che ha coinvolto anche il nostro Paese: negli ospedali italiani pubblici e privati, infatti, dal 1980 al 1999 il numero dei posti letto è diminuito del 48% (da 542 mila a 280 mila); le giornate di degenza del 45% (da 138 milioni a 76 milioni); la degenza media si è ridotta del 41% (da 12.9 a 7.7 giorni) - (Maciocco et al, 2004).

Anche per questo la dimissione dei pazienti “fragili” acquista una funzione decisiva per la “continuità assistenziale”, perchè dovrebbe rappresentare il momento in cui viene assicurata un'attenta valutazione clinico-assistenziale del malato stesso e vengono predisposte le operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori.



SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Dimissione protetta in 4 fasi

Possiamo identificare quattro fasi distinte del processo.

1. **Valutazione accurata del paziente**

Viene svolta in team e prevede un coinvolgimento del personale socio-sanitario sia ospedaliero che territoriale a livello multiprofessionale. È una fase complessa e 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). La corretta integrazione e condivisione delle informazioni in ottica multiprofessionale è determinante per garantire la continuità della cura.

2. **Analisi delle abilità funzionali**

Permette di capire quali sono le abilità psico-fisiche della persona, cosa è in grado di fare, qual è il suo grado di autonomia, quali disabilità o quali ridotte funzionalità sono presenti, Inoltre permette di capire quali risorse la persona è capace di attivare per affrontare la malattia e per raggiungere gli obiettivi di cura.

3. **Analisi del sistema di supporto sociale**

Permette di sondare il supporto sociale intorno al paziente per capire che il tipo di supporto da eventualmente attivare in caso di scarsa presenza o totale assenza, ad esempio, di care givers.

4. **Definizione del setting assistenziale appropriato**

È la fase finale che nasce dal confronto tra la valutazione del paziente fatta e quanto viene offerto dai servizi territoriali, la loro adeguatezza e rispondenza alle necessità evidenziate. Garantisce al paziente la miglior prosecuzione della cura.

PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA'

1. Forte **integrazione** tra l'assistenza primaria, centrata sul medico di medicina generale, e le cure specialistiche
2. **continuità assistenziale**, modulata sulla base dello stadio evolutivo e sul grado di complessità della patologia
3. ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel **percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare**



PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA'

4. potenziamento delle cure domiciliari e la **riduzione dei ricoveri ospedalieri**, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza"
5. sviluppo di modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e **non solo clinici**



PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA'

QUALE OBIETTIVO?

“quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità della vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini”.



PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA'

- “Il Piano segna una svolta importante nell’approccio alla malattia: **la persona diviene il centro del sistema di cure**, grazie alla costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici che la inseriscono in un **piano di assistenza** il più possibile **personalizzato**;
- **il paziente** quindi non è più utente “passivo” delle cure, ma **collabora attivamente** alla gestione della sua condizione, arrivando a definire con l’equipe un percorso di cura che gli consenta di convivere con il suo quadro patologico e di 'fare fronte' alla patologia”



La DIS...continuità delle cure



Momenti di criticità:

- Passaggio di consegne (handover) a fine turno
- Trasferimenti tra Unità Operative
- Trasferimenti tra diverse strutture assistenziali
- **Cambio di regime assistenziale in rete (ospedale-territorio)**
 - Perdita di informazioni
 - Interruzione nella adeguata erogazione del processo assistenziale



CRITICITA'

- Scarsa comunicazione tra medici ospedalieri e MMG
- Modifiche della terapia durante l'ospedalizzazione
- Inadeguata comprensione da parte del paziente della diagnosi, della terapia e del follow up
- Dimissione con iter diagnostico non completo



LA DIMISSIONE



- Rappresenta l'anello debole del passaggio della persona assistita da un servizio all'altro
- È l'aspetto cruciale del piano di assistenza che risponde al diritto della **persona** e della **sua famiglia** di essere coinvolti ed accompagnati in ogni sua fase
- La dimensione clinica **non** è quindi l'unico criterio che definisce la dimissibilità del paziente



PIANIFICAZIONE DELLA DIMISSIONE

PROGETTARE ED ORGANIZZARE UN PIANO INDIVIDUALIZZATO DI DIMISSIONE

- Non tutte le persone assistite necessitano di una dimissione pianificata
- Il piano di dimissione è un percorso attivato durante la degenza che può risolversi con **interventi educativi** che rendono la persona indipendente
- Altre volte il piano di dimissione prevede la presa in carico e da quel momento si parla di **continuità assistenziale**



NODI CRITICI DELL'OFFERTA SANITARIA NELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

- **Mancanza di pianificazione sui tempi della dimissione**
- **Carico assistenziale elevato richiesto ai familiari non preparati adeguatamente e lenta attivazione dei servizi territoriali**
- **Scarsa attenzione ai bisogni dei gruppi fragili**
- **Carenza del sistema delle cure intermedie**
- **Carenza di strutture residenziali**



LA PRESA IN CARICO ATTUALE

Problemi/ostacoli

PER LA PERSONA ASSISTITA E LA SUA FAMIGLIA

- Scarsa conoscenza dei servizi formali ed informali a disposizione e sulla modalità di accesso agli stessi
- Difficoltà nel disbrigo delle pratiche burocratiche
- Disagio e senso di abbandono dei care givers



**COMPROMISSIONE DELLA LORO PARTECIPAZIONE
ATTIVA AL PROCESSO DI
RIENTRO E PERMANENZA A CASA**

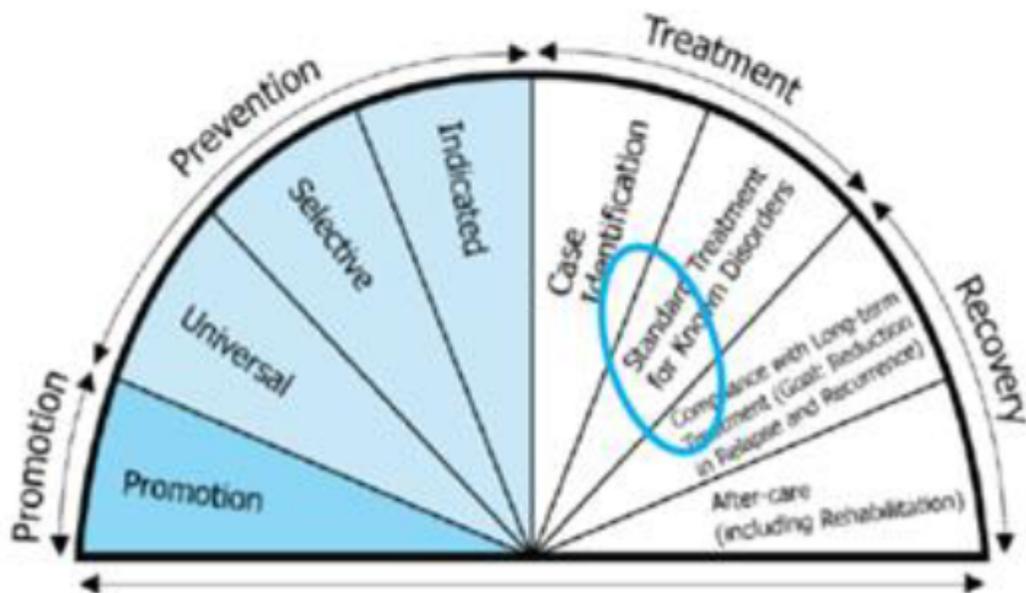




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

IL PROBLEMA DEGLI ANZIANI “BED BLOCKERS”

Un paziente anziano viene definito “*Bed Blocker*” quando pur essendo dimissibile (sta abbastanza bene o ha completato l’iter diagnostico terapeutico) non può lasciare l’ospedale perché non è stato predisposto un percorso di continuità assistenziale. Si tratta in genere di donne molto anziane con multipatologia e disabilità (ADL ridotte) e con problemi sociali e psicologici di solitudine. In questi casi la qualità nell’organizzazione del sistema sanitario non è perseguita: ospedale e territorio rimangono due entità molto lontane.



Case manager



- Opera in stretto contatto con il personale Medico/Infermieristico delle Unità operative Ospedaliere.
- Valuta, pianifica e coordina la Dimissione Protetta ponendo al centro del percorso i bisogni della persona fragile e della sua famiglia
- Seleziona i servizi più adeguati necessari a soddisfare i bisogni emersi
- Favorisce i rapporti fra MMG, le Equipe mediche e infermieristiche ospedaliere e domiciliari attraverso la comunicazione tempestiva, diretta e chiara delle informazioni riguardanti la persona fragile.



L'INFERMIERE CASE MANAGER IN ITALIA

GESTORE DEL CASO ATTRAVERSO:

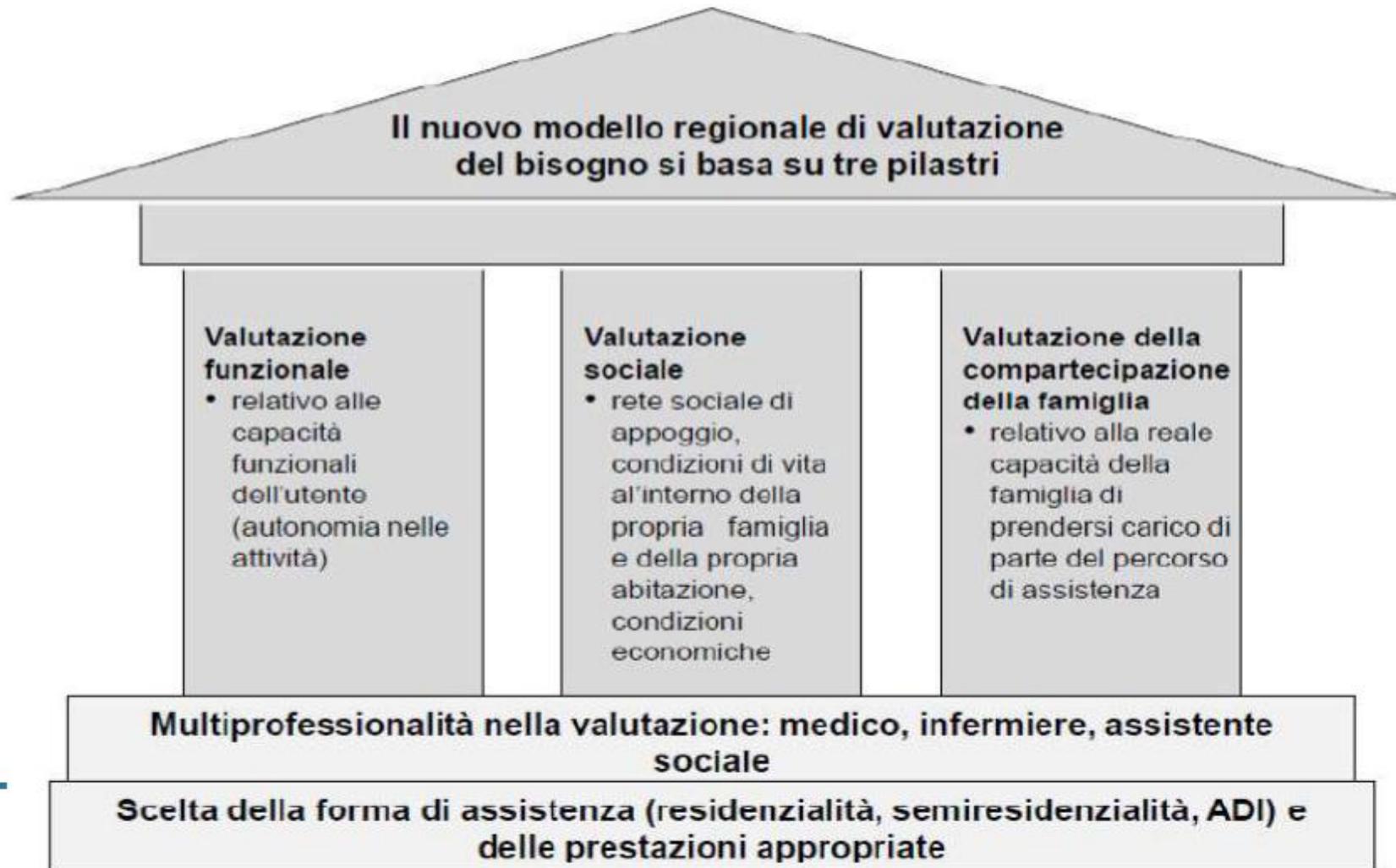
- 1) LA MESSA IN RETE DI TUTTI I SERVIZI SANITARI E SOCIALI E LE RISORSE INFORMALI PRESENTI SUL TERRITORIO
- 2) INTERFACCIA TRA IL PAZIENTE , I SUOI FAMILIARI E LE DIVERSE STRUTTURE SANITARIE



***LA SUA AZIONE SI CONCRETIZZA NEL SUPPORTARE
L'INTEGRAZIONE DELLE RISPOSTE SOCIO-SANITARIE
INTORNO ALL'ASSISTITO***



La nuova valutazione del bisogno



PERCORSO *PATIENT-CENTERED*

Associazioni di
Volontariato

Unità d'Offerta
Cure Domiciliari

Hospice

IL MALATO
E LA
FAMIGLIA

Presidi
Ospedalieri

R.S.A.
I.D.R.

Servizi sociali/tutelari
comunali

M.M.G.



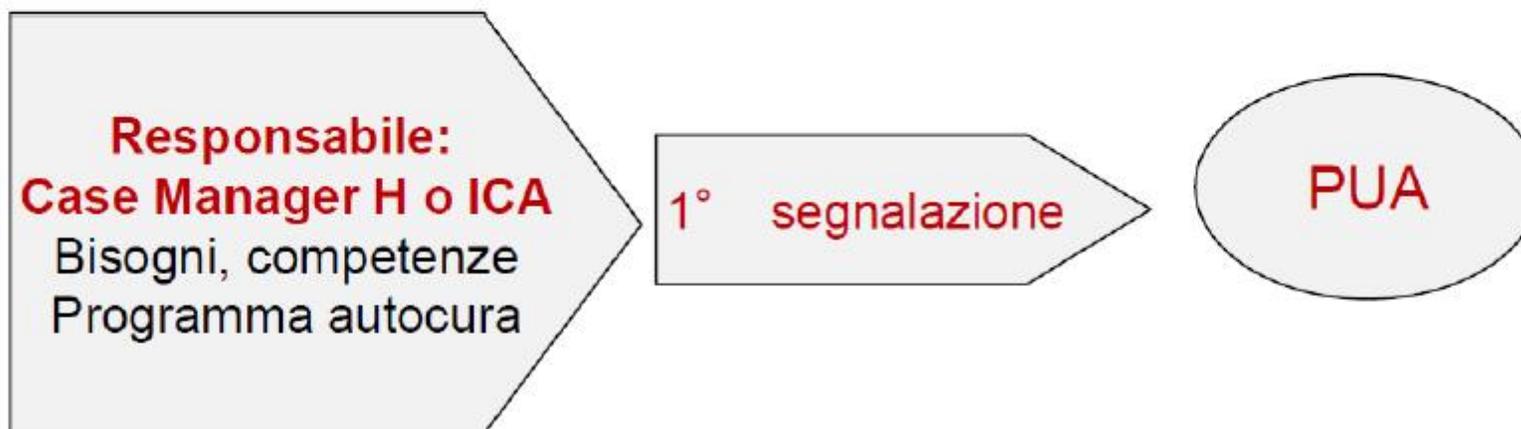
H

livello

FASI PRESA IN CARICO INTEGRATA -1



1. Valutazione mediante scala di BRASS (per il rischio di dimissione difficile entro 48 ore dall'ingresso)
2. Invio scheda di segnalazione al PUA entro 48 ore



SCALA DI BRASS: BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING

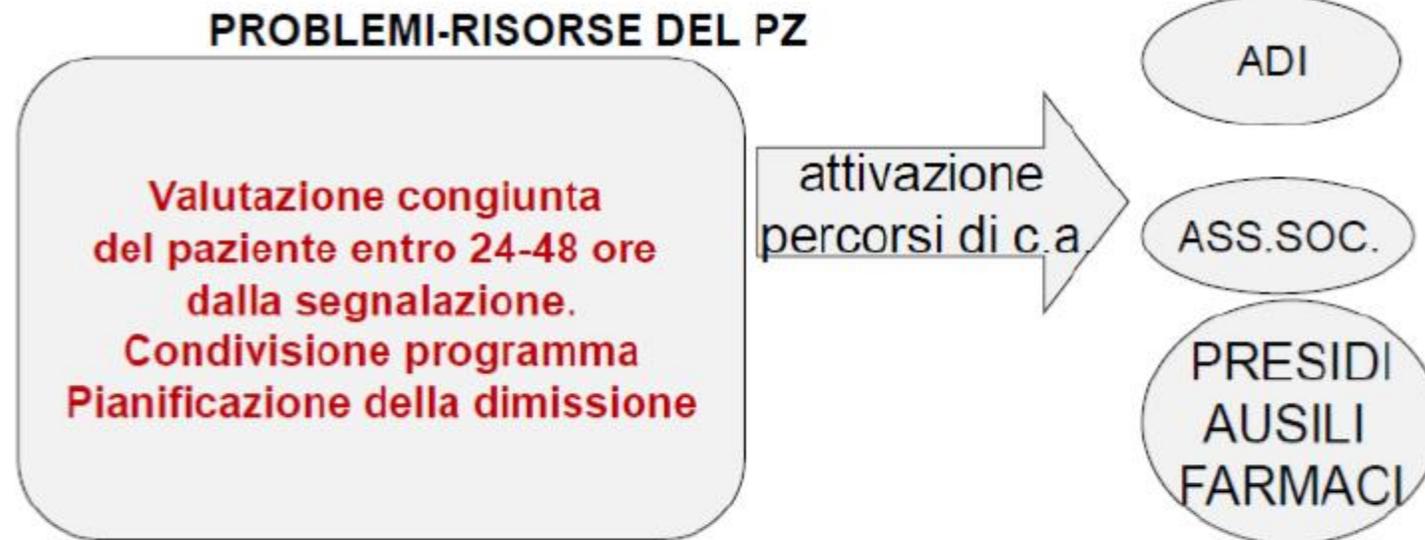
Identifica i casi a rischio di:

- Prolungata ospedalizzazione
- Dimissione difficile

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



FASI PRESA IN CARICO INTEGRATA -2



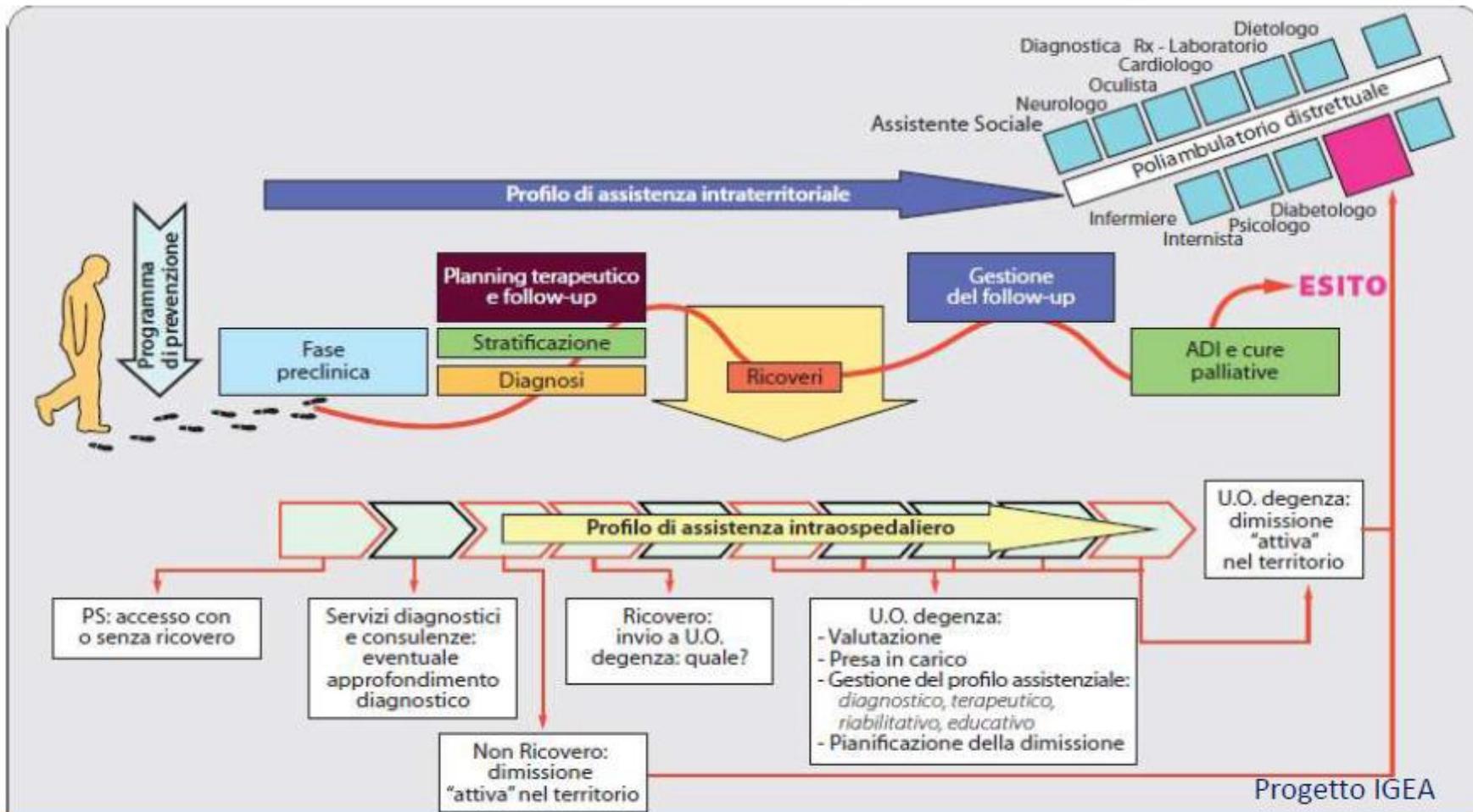
FASI PRESA IN CARICO INTEGRATA -3



- CM → educazione terapeutica del paz/caregiver
- CM → verifiche in itinere del grado di autonomia raggiunto
- INF/AS + medico + CM → piano di assistenza post-dimissione



PERCORSI ASSISTENZIALI INTRAOSPEDALIERI INTEGRATI CON IL TERRITORIO



Quando la dimissione è veramente protetta?



- ✓ Quando la segnalazione avviene almeno 3 giorni prima della dimissione
- ✓ Quando tutti gli ausili e i presidi sono a domicilio
- ✓ Quando il care-giver è stato adeguatamente informato ed istruito



Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review

Luke O. Hansen, MD, MHS; Robert S. Young, MD, MS; Keiki Hinami, MD, MS; Alicia Leung, MD; and Mark V. Williams, MD

Interventi pre-dimissione

- Educazione del paziente
- Discharge planning (dimissione protetta)
- “Riconciliazione” delle terapie farmacologiche
- Programmazione di un appuntamento di follow-up.

Ann Int Med, 2011, vol 155, n. 8



Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review

Luke O. Hansen, MD, MHS; Robert S. Young, MD, MS; Keiki Hinami, MD, MS; Alicia Leung, MD; and Mark V. Williams, MD

Interventi post-dimissione

- Comunicazione tempestiva alle cure primarie di tutte le informazioni relative al paziente.
- Presa in carico tempestiva e follow-up da parte delle cure primarie.
- Follow-up telefonico.
- Linee dedicate di assistenza telefonica per i pazienti.
- Visite domiciliari eseguite dallo staff infermieristico per verificare la compliance terapeutica e l'appropriatezza del follow-up ambulatoriale, oltre che per monitorare la sintomatologia.



Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review

Luke O. Hansen, MD, MHS; Robert S. Young, MD, MS; Keiki Hinami, MD, MS; Alicia Leung, MD; and Mark V. Williams, MD

Interventi bridging

- Transition coaches: infermieri che forniscono specifiche istruzioni al paziente prima della dimissione e che dopo la sua dimissione eseguono le visite domiciliari
- Continuità assistenziale tra ospedale e territorio.
- Istruzioni di dimissione patient-centered.



Interventions to Reduce 30-Day Rehospitalization: A Systematic Review

Luke O. Hansen, MD, MHS; Robert S. Young, MD, MS; Keiki Hinami, MD, MS; Alicia Leung, MD; and Mark V. Williams, MD

- Nessun intervento, **utilizzato da solo**, è regolarmente associato a una riduzione delle re-ospedalizzazioni a 30 giorni.
- Alcuni interventi sembrano particolarmente promettenti: in particolare le **istruzioni di dimissione patient-centered** e il **follow-up telefonico**, inclusi in tutti i trial controllati e randomizzati, hanno sempre migliorato l'efficacia della dimissione.
- Nonostante i limiti metodologici rilevati dagli stessi Autori, sembra che gli interventi più efficaci siano quelli che prevedono differenti modalità di **informazione e coinvolgimento del paziente** perché trasformano la dimissione ospedaliera da un processo che il paziente "subisce", a un processo in cui viene attivamente coinvolto.



CONTINUITA' DELLE CURE...è una realtà?

BMJ

BMJ 2012;344:e1129 doi: 10.1136/bmj.e1129 (Published 16 February 2012)

Page 1 of 1

NEWS

A quarter of physicians rate their hospital's continuity of care as poor or very poor

Zosia Kmietowicz

More than a quarter (28%) of consultant physicians say that their hospital's ability to deliver continuity of care is either poor or very poor.



9 gen
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 🐦

TAG

Medicina generale

Ospedale

Day hospital

Pediatria

LAVORO E PROFESSIONE

Il paradosso di un paese “vecchio”, ma con un’assistenza geriatrica scadente

di Raffaele Antonelli Incalzi, presidente Società italiana di gerontologia e geriatria (Sigg)

Che l'Italia sia un paese di anziani, il più vecchio al mondo dopo il Giappone, è noto a tutti. Forse è meno ovvio che la qualità della vita di chi invecchia è funzione della rete relazionale e sociale, la quale dipende in larga misura dalla presenza dei giovani. L'insieme stesso dei supporti sociali è realmente efficiente se fondato su una consistente presenza di giovani: è difficile invecchiare in un paese di vecchi, ed è questa, purtroppo, la condizione in cui si invecchia in Italia, specie in alcune regioni. Solo misure volte a promuovere la famiglia e la natalità, sulla scorta dell'esempio di paesi come la Svezia e la Francia, potranno riequilibrare il rapporto tra le classi di età, permettendo agli anziani di godere di un sostegno affettivo ed economico altrimenti carente.



5 feb
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | 

TAG

Malattie e disturbi
mentali

Livelli essenziali di
assistenza - LEA

Medicina generale

Pediatria

MEDICINA E RICERCA

Italia anziana ma poco attenta ai suoi 13 milioni di over 65

di *red.san.*

È un paese di anziani il nostro, ma non è “per” gli anziani. È ancora scarso l'accesso ai servizi sociali e la promozione di misure per l'invecchiamento attivo, dall'istruzione nella terza età alle tecnologie che aiutino nella quotidianità. E per livello di indipendenza, ovvero aderenza a stili di vita salutari, attività fisica, assenza di rischio di povertà fra gli anziani siamo diciassettesimi in Europa: serve migliorare, anche nell'assistenza sanitaria tuttora inadeguata per una popolazione che invecchia sempre di più. I LEA non prevedono la visita geriatrica, in parallelo diminuiscono i geriatri: nel 2017-2018 sono solo 164 gli specializzandi in geriatria, a fronte di 396 futuri pediatri. In un Paese con oltre 13 milioni di over 65 è invece necessario garantire una maggiore sicurezza sanitaria ma anche sociale, ambientale e domestica agli anziani. La strada passa dalla tecnologia e anche da



13 feb
2018

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Assistenza sanitaria

Livelli essenziali di
assistenza - LEA

Malattie e disturbi
dell'apparato
cardiocircolatorio

Medicina generale

LAVORO E PROFESSIONE

Vecchiaia senza sicurezza, una bomba socio-sanitaria pronta a esplodere

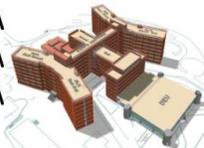
di *Raffaele Antonelli Incalzi* (presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria)

Il bisogno di sicurezza è tanto più avvertito quanto più si è deboli. Gli anziani malati e disabili rappresentano la popolazione a maggior rischio di insicurezza. Aiutarli significa garantire la sicurezza nelle quattro dimensioni che la caratterizzano: medica, sociale, domestica e ambientale. Sono dimensioni strettamente interrelate. Ad esempio, reddito ed educazione bassi, dimensione sociale, condizionano negativamente lo stato di salute, dimensione medica, ma la cattiva salute, causando disabilità accresce il fabbisogno di supporto sociale. La netta separazione dell'assistenza sociale da quella sanitaria in Italia accentua il rischio di un supporto inadeguato e peggiora il rapporto costo-efficacia dell'assistenza. In realtà esistono molti strumenti e pratiche operative in grado di accrescere la sicurezza nelle sue varie dimensioni. Nell'ambito sociale, il vero strumento di





AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI



Il Servizio della Continuita' delle Cure

L'integrazione ospedale territorio: il modello della presa in carico

Maria Grazia Proietti
Perugia 30 novembre 2012

HAER. No. NY-88-5



AZIENDA OSPEDALIERA " S.MARIA "
Via Tristano di Jannuccio
Partita IVA 00679270553
TERNI

UFF. Dir. San. PROT. n. 80/0n.50 TERNI 10 FEB. 1999
OGGETTO: Progetto "dimissioni protette"

- DR.SSA PROETTI MARIA GRAZIA
Sede

Gentile dott.ssa Proietti
mi riferisco alla Sua proposta "Progetto Dimissioni Protette".

La validità della proposta è di assoluto rilievo, soprattutto in relazione alle difficoltà che alcuni reparti hanno nel dimettere i pazienti per mancanza di idonea organizzazione extra-ospedaliera.

Mi permetto tuttavia, avendo peraltro preso visione del progetto analogo attuato all'Ospedale Niguarda (che Ella gentilmente mi ha accluso), di fare alcune osservazioni:

1. Potrebbe risultare eccessivo ridurre la sperimentazione alla solo Sezione Donne dell'Istituto di Patologia Medica; ciò in quanto proprio dall'esperienza del Niguarda si ricava che con il coinvolgimento di ben sei reparti si sono effettuate in un anno n. 67 dimissioni protette; temo che coinvolgendo troppo pochi "letti" otterremmo un numero così basso di dimissioni protette da non poter convalidare la positività dell'iniziativa.
2. E' parte sostanziale dell'esperienza milanese l'esistenza nel territorio della USSL n. 37 di un servizio attivamente funzionante di Assistenza Domiciliare Integrata, che costituisce il fondamentale presupposto per la effettuazione di dimissioni protette.
Andrebbe verificato se ciò accade per l'ASL di Terni; se così non fosse si correrebbe il rischio che il progetto non dia i risultati sperati, per cause esterne all'Azienda Ospedaliera.

Ritengo, pertanto, che Ella possa utilmente approfondire gli aspetti di cui sopra, con particolare riguardo al rapporto con i medici di medicina generale.

Nel ringraziarLa per la consueta e stimata capacità propositiva, Le invio ogni cordialità.

Distinti saluti

dip.med/progetto
VP/la



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Vincenzo Panella)

HAER. No. NY-88-5



Advancing Integration for a Dignified Ageing



EUROPEAN
COMMISSION

Regione Umbria

***Progetto per la Continuità Assistenziale tra ospedale e territorio:
creazione del Centro interaziendale tra l'Azienda Ospedaliera
S.Maria e l'Asl 4 di Terni***



Popolazione in Umbria :

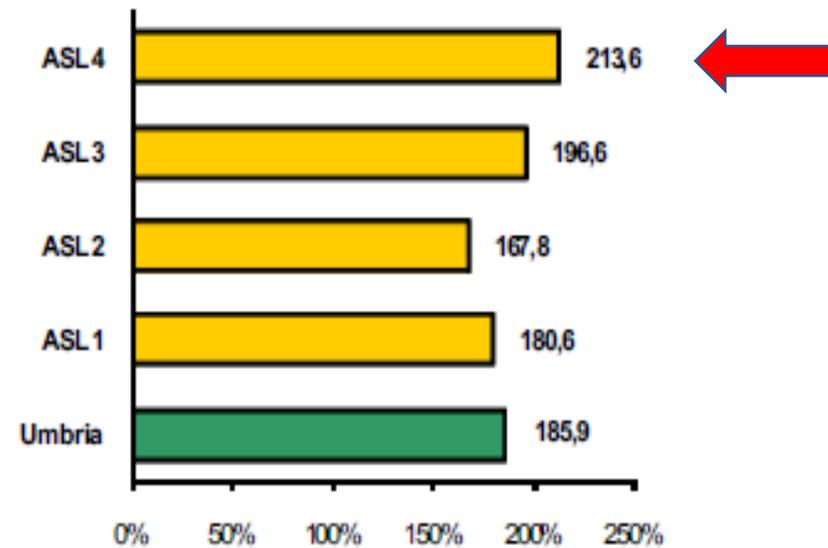
Abitanti	892.967
Sesso femminile	52 %
Rapporto medio di mascolinità	93,7/100
Stranieri	7,3 %
Di cui < 18 anni	23 %
Popolazione > 65 anni:	23% (preced 1991 : 19 %) : + 4%
Popolazione > 75 anni:	4,5 % M 7,4 % F (11,9 % tot)

Dati: PSR 2009-2011

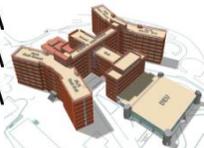


Indice di Vecchiaia: ASL

Figura 6 – Indice di vecchiaia per ASL: Umbria 2007



HAER. No. NY-88-5



Regione Umbria

**atto della G.R.n.392 del 7/4/2004 delibera la
costituzione in via sperimentale del
Centro Interaziendale**

per la

Continuità Assistenziale

tra Territorio

**e Ospedale presso l'Azienda Ospedaliera di
Terni**

HAER No. NY-88-5



Anche un viaggio di un milione di chilometri inizia con un primo passo... (filosofo cinese del VI secolo)



**L'Azienda Ospedaliera nel settembre 2004
dispone la costituzione del Centro
Giugno 2005 inizia la sperimentazione
effettiva ,poi estesa a tutti i reparti**

HAER. No. NY-8-5



**Regione Umbria D.G.R. 4011 del
7/6/2011 attuazione Sistema
ATLANTE (VAOR ADI per UVM,Centri
Salute,RSA e Contact Assesment per
pazienti ricoverati)**

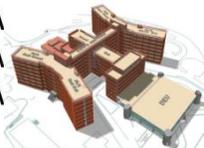
**Novembre 2011 Azienda Ospedaliera
S.Maria Terni Delibera attuazione
Servizio Continuità delle Cure,
comprensiva di quanto stabilito dalla
Regione Umbria**

HAER No. NY-88-5



Linee di Indirizzo per il riordino del SSR, Assessore Regionale Sanita' 26/9/2011

- ✓ ..Si è assistito nelle A.O. umbre ad un ampliamento della funzione di Ospedale di territorio con oltre il 76% dei ricoveri provenienti dalle ASL di riferimento con una prevalenza della media e bassa assistenza e un incremento del ricovero di ultrasettantenni nelle degenze di area medica...
- ✓ ...le A.O. umbre dovranno avere come obiettivo di garantire **CONTINUITA' ASSISTENZIALE** tra il trattamento in acuzie e la presa in carico della post acuzie.

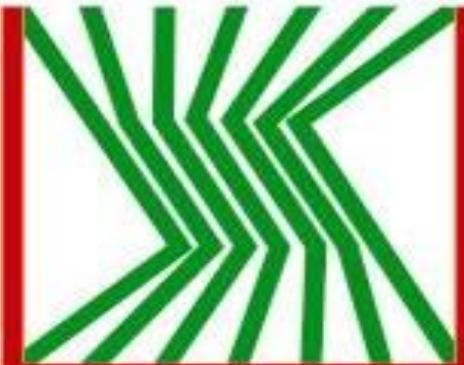


Servizio Continuità delle Cure:

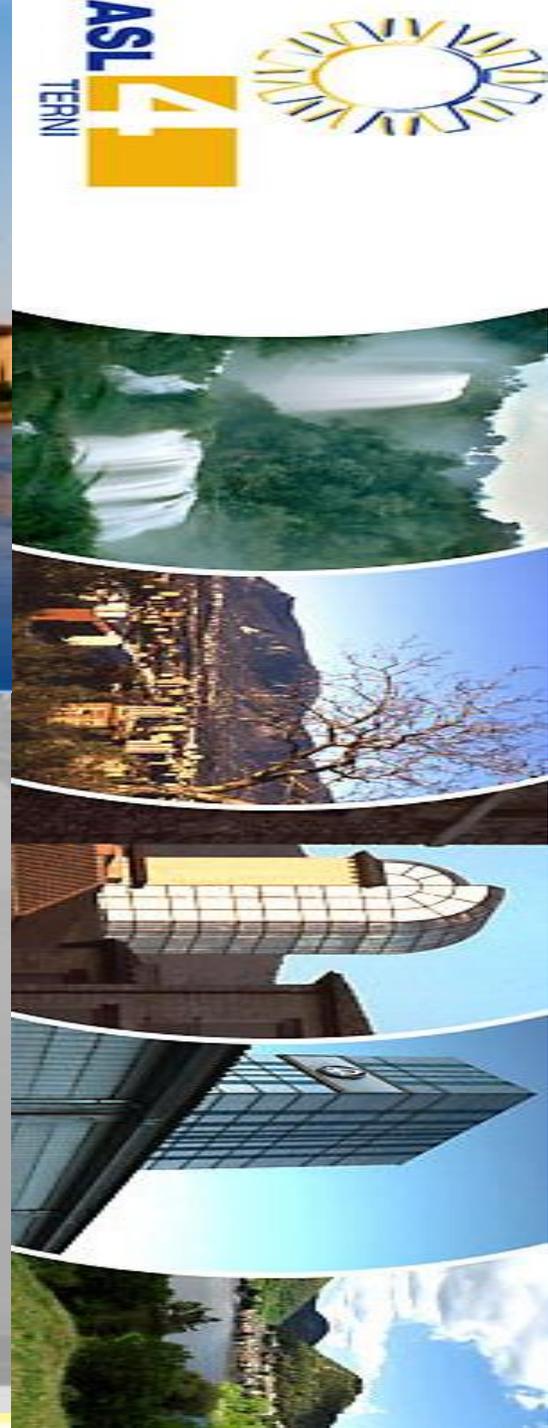
**Punto di verifica all'interno A.O.
Collegato con i S.T. ASL n. 4 per
ATTIVAZIONE percorso Continuità delle
Cure con PRESA IN CARICO alla
dimissione**

**Uso razionale risorse attraverso un
adeguato coordinamento di tutte le
attività ed i servizi dell'Ospedale e ASL 4**

**A Z I E N D A
O S P E D A L I E R A
S A N T A M A R I A
T E R N I**

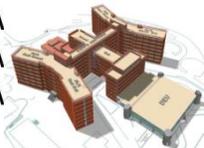


**Centro Interaziendale per
la Continuità delle Cure
tra ospedale e territorio**





AZIENDA
OSPEDALIERA
SANTA MARIA
TERNI



HAEK. No. NY-88-5

Un unico software per la *governance*

URL: <http://www.sistematlante.it>



Sistema Atl@nte è un modello per la gestione dei servizi alla persona. Un modello che fa della persona utente un soggetto attivo del servizio e che pone la salute e la qualità della vita come valori di riferimento del pensare e dell'agire dell'organizzazione.

La caratteristica fondamentale di Sistema Atl@nte è la sua capacità di adattarsi alle diverse esigenze operative delle organizzazioni che lo adottano. Lo stesso strumento è infatti usato in contesti diversi, che spaziano dal singolo servizio della rete territoriale, fino all'intera Azienda Sanitaria Locale o Regione.

La Suite InterRAI e il copyright internazionale Dal mese di novembre 2006 Studio VEGA e Spazio Informatico sono licenziatari InterRAI. Gli unici a poter produrre e distribuire in Italia la SUITE di strumenti InterRAI con licenza. La Suite comprende, tra l'altro:

- InterRAI Contact Assessment
- InterRAI-Long Term Facility (VAOR-RSA)
- InterRAI-Home Care (VAOR-ADI)
- InterRAI Palliative Care

Tutti sistemi validati per la Valutazione Multidimensionale.

Il prodotto prevede anche la gestione del sistema RUG III - ITA, ossia la versione italiana del sistema di classificazione americano utilizzato da diverse Regioni Italiane (rif. Progetto Mattone 12).

Nasce così un prodotto di terza generazione che integra:

- Lo strumento VAOR (ADI-RSA) come strumento validato di VMD.
- Lo strumento Contact Assessment per lo screening di primo contatto da utilizzare a livello di Punto Unico di Accesso, di Ospedale o di Unità di Valutazione.
- Lo strumento VAOR (RSA) come utile completamento del sistema RUG-III offrendo allo stesso il sistema di valutazione multidimensionale.
- Lo strumento Sistema Atl@nte che offre all'insieme un supporto efficiente di gestione in rete delle informazioni per la governance di sistema.

5 ott
2015

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

TAG

Medicina generale

Prestazioni
sanitarie

Assistenza sanitaria

Aziende sanitarie
locali - ASL

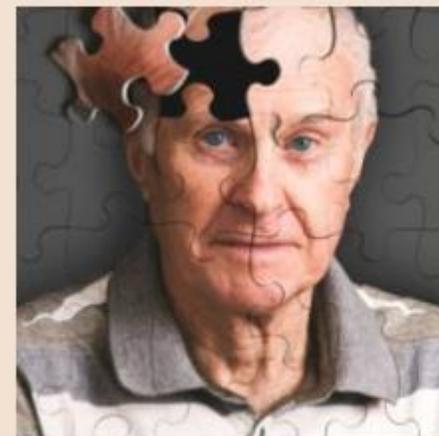
MEDICINA E RICERCA

5 **24** Il protocollo InterRAI occasione tutta da cogliere per la valutazione dell'anziano

di *Roberto Bernabei (presidente di Italia Longeva, Direttore del Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia dell'Università Cattolica di Roma)*

In Italia, ancora oggi, si registra una pluralità di strumenti di valutazione degli anziani assistiti a domicilio o nelle tante residenze sanitarie. Metodi differenti, messi in campo nei diversi contesti regionali e spesso individuati di volta in volta, senza alcuna validazione e a prescindere da qualunque sistema a rete, che consenta un confronto e un interscambio di evidenze e “best practice”.

Come dire che nella presa in carico dell'anziano non viene utilizzata alcuna “check list” uguale per tutti. Non è diffusa, cioè, una lista di domande e di controlli necessari, individuati e validati a livello centrale. Eppure un simile protocollo esiste, ed è stato messo a punto da un gruppo internazionale di oltre 100 ricercatori, provenienti da 40 Paesi, che lo ha



Attivazione definitiva di Atlante per uniformare le procedure di valutazione

Applicazione tempestiva della Continuità' delle Cure per ridurre la degenza media e la re - ospedalizzazione

Affermare ,soprattutto sul piano etico e culturale ,la necessità di spostare l'attenzione dalla cura della malattia alla presa in carico del paziente

Prevedere un calendario di incontri tra Ospedale e Territorio per discutere casi critici e proposte di miglioramento



Convegno di Studio
*Ospedale per intensità di cura:
di cosa parliamo quando ne parliamo?*

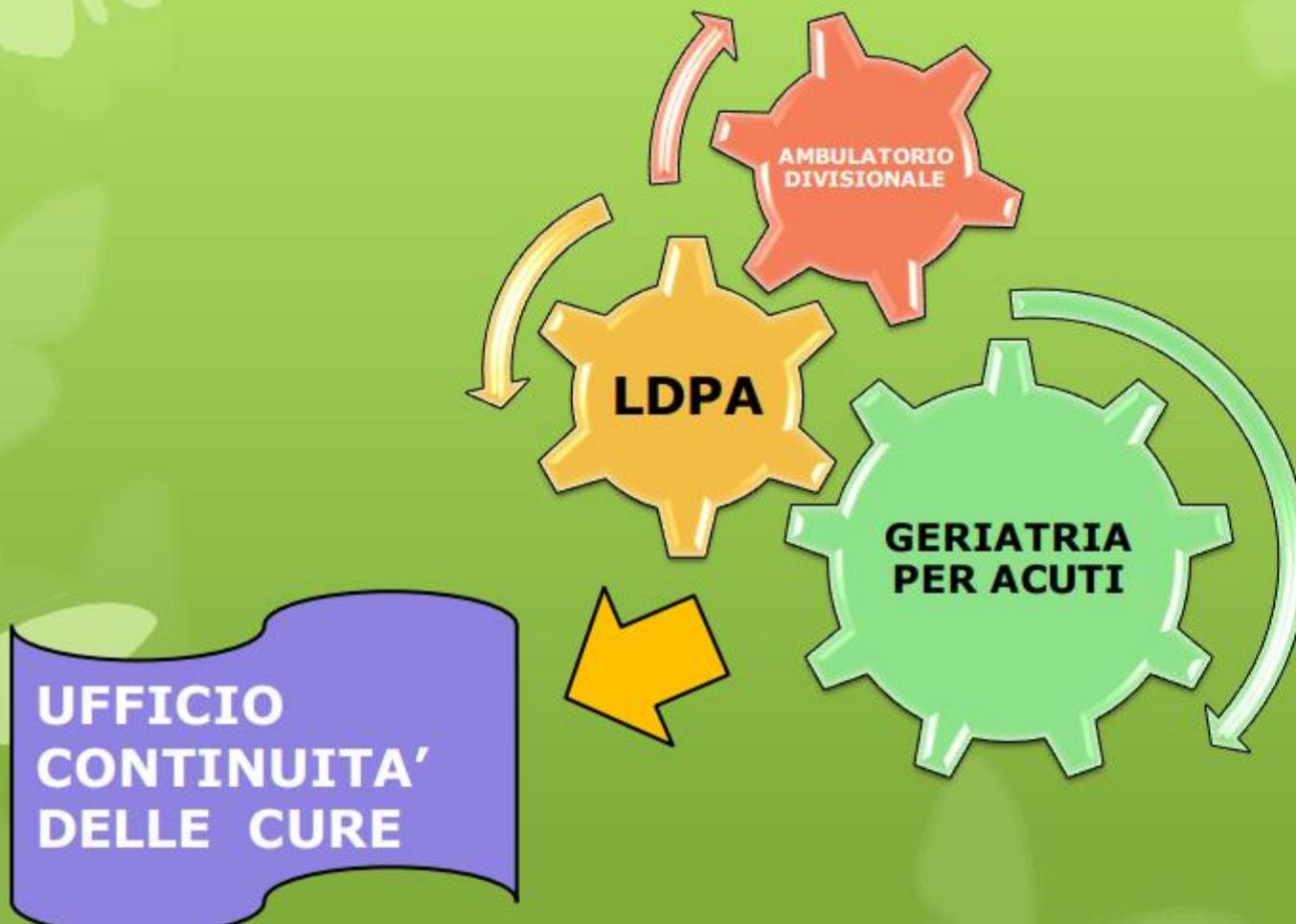


17
Giugno
2016

Responsabile Scientifico:
Dr. Maurizio Dal Maso

Sede del Convegno:
Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia
Via Mazzieri 3 - Terni
Aula 1 "Camillo Valori"

STRUTTURA DI GERIATRIA E LDPA



LDPA: I VANTAGGI :

- 1) ACCELERARE IL TURN OVER DEI
REPARTI PER ACUTI (DIMINUZIONE P.L.
CORRIDOI, LETTI IN APPOGGIO)**
- 2) STABILIZZAZIONE DEI RISULTATI
TERAPEUTICI OTTENUTI**
- 3) RECUPERARE L'AUTONOMIA FUNZIONALE
PRECEDENTE AL RICOVERO**
- 4) PREPARARE I PERCORSI DI « OUTPUT »
MIGLIORI POSSIBILI (DIMINUZIONI RE-
RICOVERI)**



INTEGRAZIONE
OSPEDALE - TERRITORIO


il paziente è al centro



Le trasformazioni in atto



- Regioni, Aziende Ospedaliere e Sanitarie sostengono le **trasformazioni strutturali indispensabili** per realizzare l'**integrazione ospedale-territorio**
- **logica della “presa in carico”** per superare il vecchio modello prestazionale
 - passaggio ad un modello **Hub-Spoke** per i diversi centri
 - **riorganizzazione dell'attività clinica-assistenziale** per patologie complesse, croniche, anziani, ...
 - riorganizzazione dell'attività clinica-assistenziale **per percorsi clinici o percorsi di cura**



Le sfide da affrontare

- garantire il **corretto accertamento e inquadramento dei pazienti**
- assicurare il **passaggio di consegne** fra operatori e realtà diversi
- garantire il **corretto flusso di informazioni, notifiche e feedback**
- **armonizzare modalità operative differenti**



- informatizza i percorsi infermieristici e assistenziali in maniera integrata con i percorsi clinici
- supporta l'intero processo di presa in carico del paziente e di gestione della dimissione complessa
- include il diario multi-professionale, il PAI e il processo di dimissione

II PUA-UVM



- gestisce la presa in carico del paziente
- gestisce la pianificazione delle attività di prima visita
- permette la gestione delle unità di valutazione
- gestisce la fase di valutazione, anche con la redazione di specifici test e scale
- consente la stesura del verbale, con l'invio delle lettere di comunicazione e la gestione del PAI informatizzato
- gestisce i posti letto delle strutture di low care

Lo scambio di informazioni



La procedura gestisce lo **scambio di informazioni** tra i domini applicativi in modo che gli ospedali ed i PUA possano **collaborare per individuare una adeguata sistemazione** per i pazienti prossimi ad una dimissione.

- Il portale del paziente e del care giver 2.0 per affrontare scenari destrutturati:
 - gestire i **processi complessi** che richiedono una forte componente di scambio e condivisione di informazioni non strutturate
 - coinvolgere tutti gli attori: **famiglie, care giver**, professionisti
 - realizzare l'**empowerment**



CONCLUSIONI

- I percorsi di cura non possono considerarsi conclusi all'interno dell'ospedale né identificarsi solo con l'assistenza primaria, ma necessitano di **integrazione tra livelli assistenziali** di diversa intensità e complessità
- La continuità delle cure non deve essere una sovrapposizione strutturale ma uno sviluppo funzionale ed organizzativo che relaziona tra loro strutture e professionisti ospedalieri e territoriali con la **mission di orientare il percorso del cittadino**
- Deve inoltre essere caratterizzata anche dalla **bidirezionalità**, cioè la possibilità di attivare percorsi dall'Ospedale al Territorio ma anche inversamente o verso altri setting assistenziali.

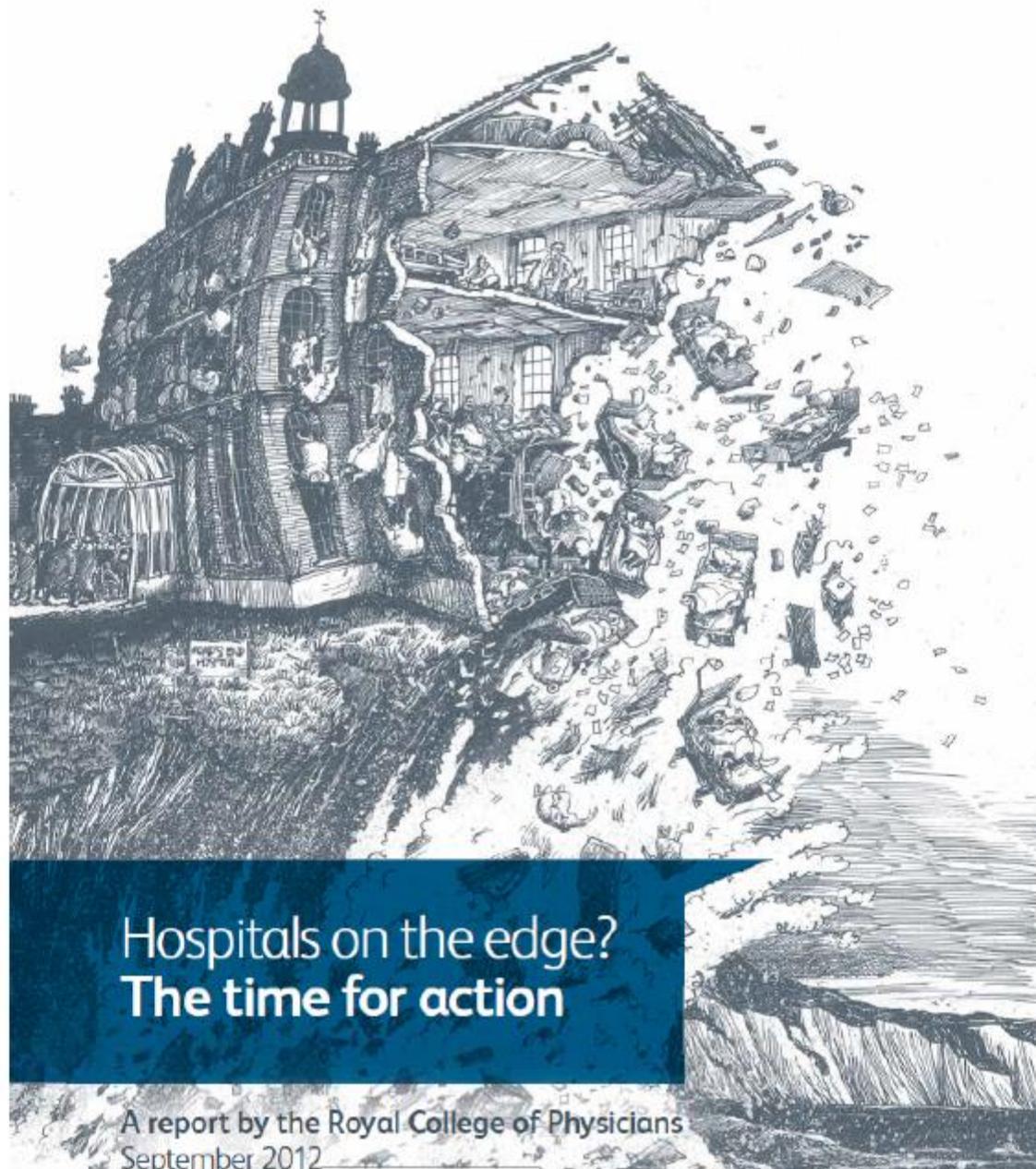


CONCLUSIONI

L'integrazione ospedale-territorio è utile e necessaria per :

- **il paziente**: continuità di assistenza
- **l'ospedale**: miglior utilizzo nell'erogazione delle cure
- **il sistema**: efficienza e appropriatezza





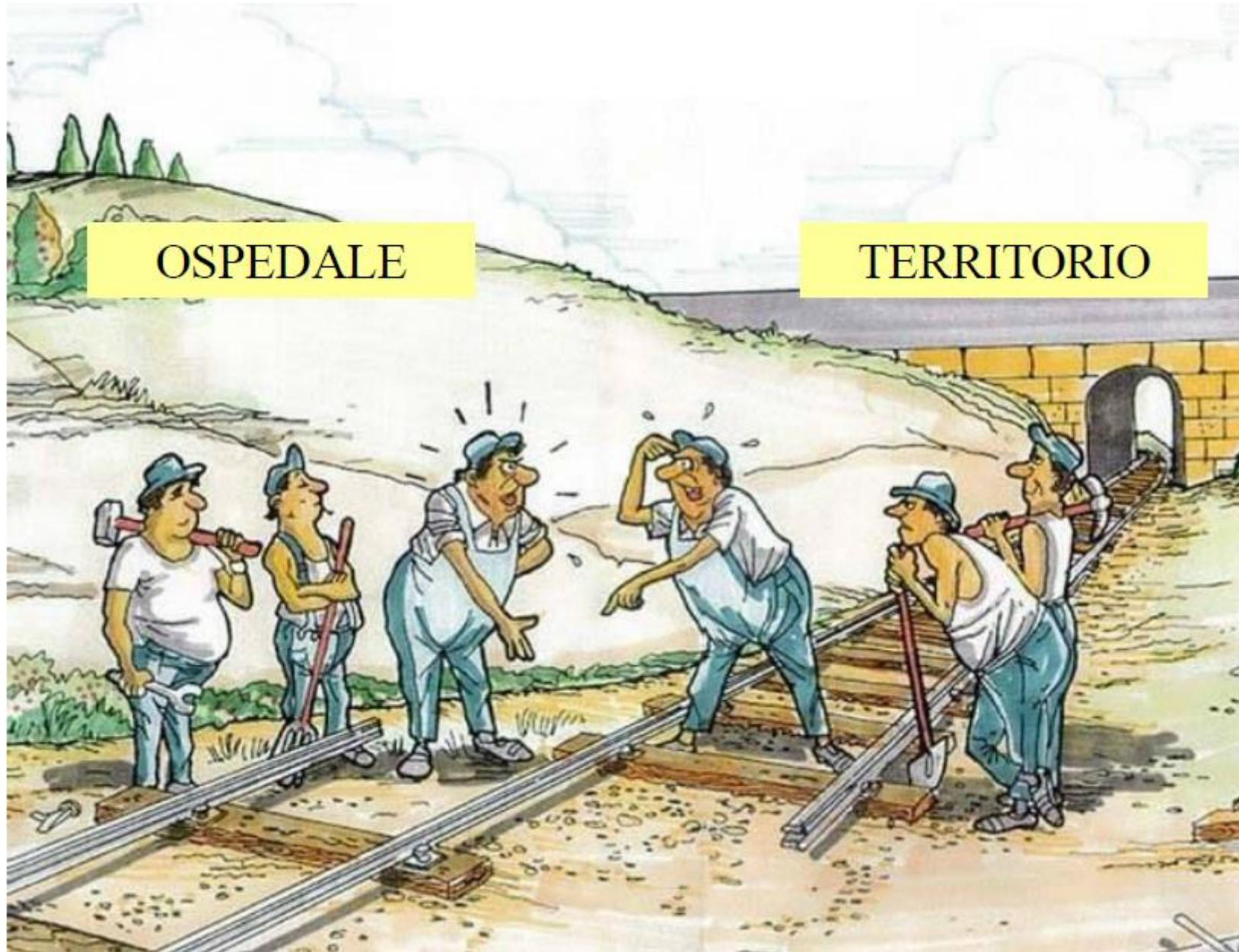
Hospitals on the edge? The time for action

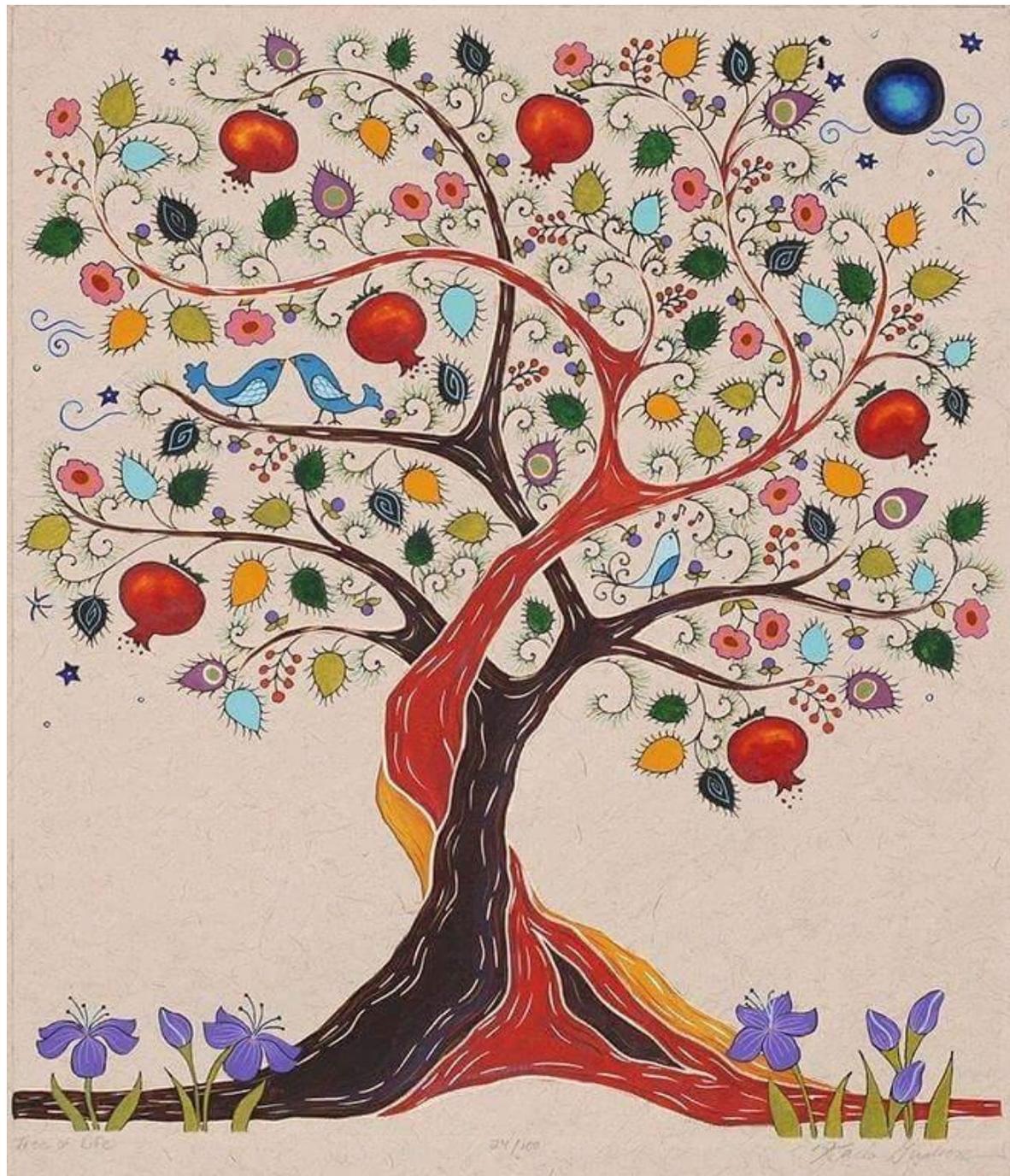
A report by the Royal College of Physicians
September 2012

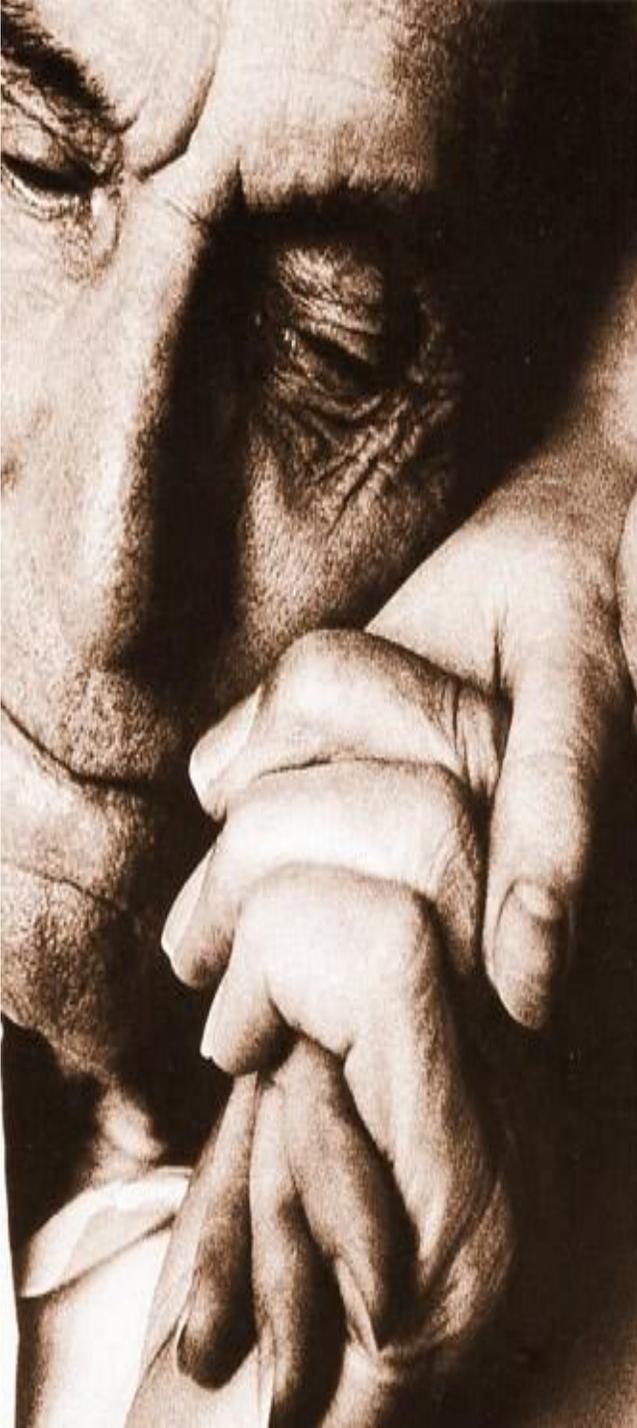


OSPEDALE

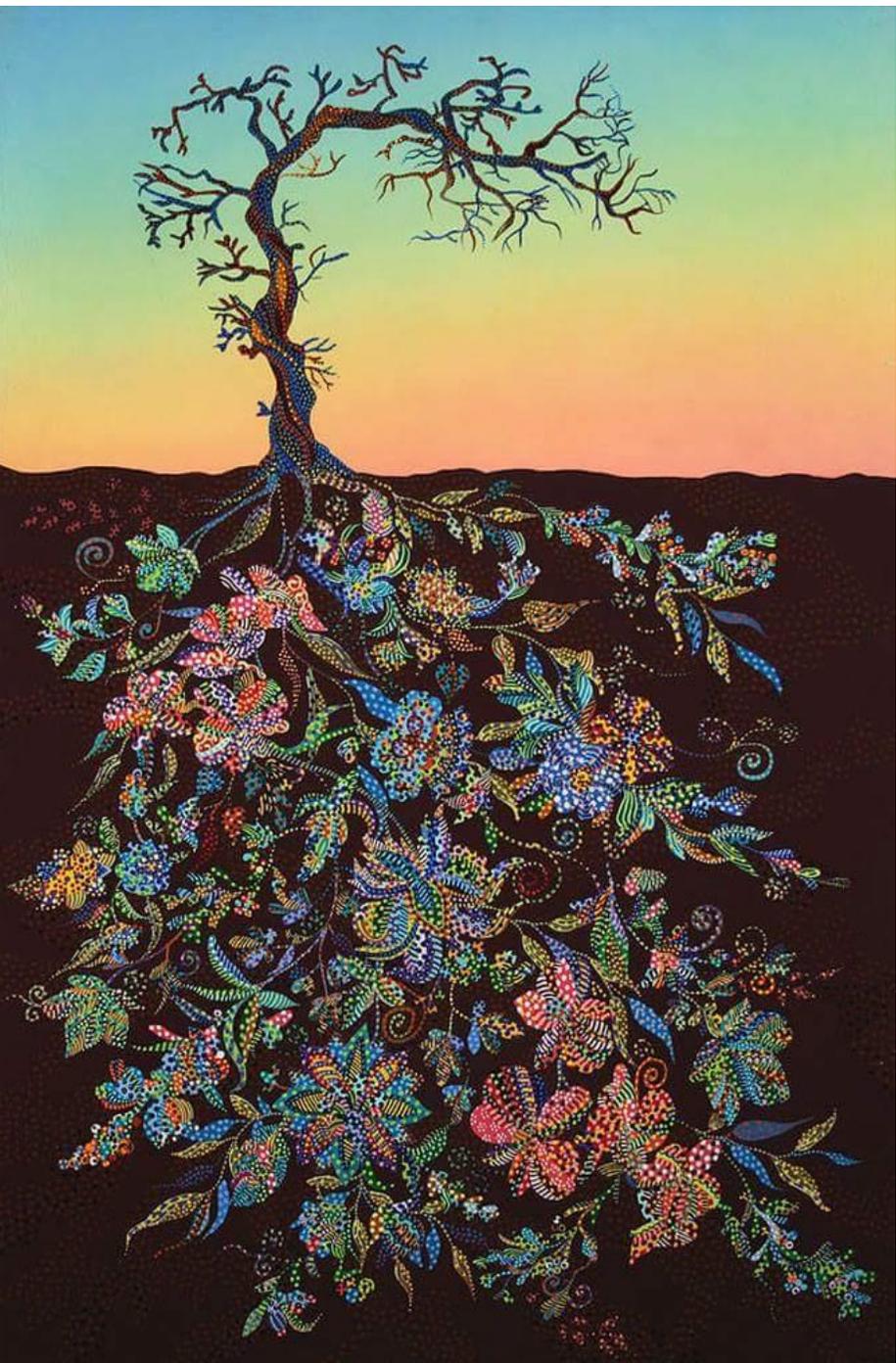
TERRITORIO







**La speranza ha due bellissimi figli:
lo sdegno e il coraggio.
Sdegno per le cose come sono,
il coraggio per cambiare.
(Sant'Agostino)**



IL PAZIENTE GERIATRICO
NEL PERCORSO
OSPEDALE TERRITORIO

SABATO 26 MAGGIO 2018

sede OMCEO TERNI
"Sala Maurizio Gentile"

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI TERNI

