

# Garantire la Continuità Assistenziale

## Esperienze di Case Management



**AICM** Associazione Italiana Case Manager

*3° Meeting di primavera*

*08 Aprile 2022 Montegrotto Terme*

# La Centrale Dimissioni Protette dell'ASST Papa Giovanni XXII di Bergamo

USC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali

Direttore Dr.ssa S. Cesa



***Franca Nozza Bielli***

***Coordinatrice Infermieristica***



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

La malattia è un evento critico che si inserisce all'interno del percorso di vita, modificandone gli equilibri e richiedendo continui aggiustamenti



**Mutamenti demografici e sociali  
pongono il tema della continuità  
assistenziale e dell'integrazione tra i  
diversi servizi sanitari e sociali al  
centro delle politiche sanitarie**



# QUALE SCENARIO?

NUOVI PARADIGMI DI TIPO EPIDEMIOLOGICO:

- ❖ CRESCITA DELL'ASPETTATIVA DI VITA - AUMENTO ETA' MEDIA
- ❖ CRESCENTI PROBLEMI SANITARI CARATTERIZZATI DA SITUAZIONE DI COMORBOSITA' E LIMITAZIONE NELL'ESPLETAZIONE DELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANE
- ❖ AUMENTO PATOLOGIE A FORTE IMPLICAZIONE PSICOSOCIALE
- ❖ ESIGENZA DI INTERVENTI INTERDISCIPLINARI E APPROCCIO GLOBALE ALLA PERSONA



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

# QUALE SCENARIO?

## NUOVI PARADIGMI DI TIPO SOCIALE:

- ❖ SCOLARIZZAZIONE DI MASSA E BENESSERE ECONOMICO
- ❖ MODIFICA DELLA PERCEZIONE DI BISOGNO DI CURA E ASSISTENZA DELLA POPOLAZIONE
- ❖ ASPETTATIVE IN TERMINI DI DIGNITA' E LIBERTA' DELLA PERSONA, CULTURA DEL DIRITTO E DELL'AUTODETERMINAZIONE DELLA PERSONA
- ❖ DIVERSITA' INTERCULTURALI
- ❖ ESIGENZA DI CONSIDERARE E TRATTARE IL PAZIENTE COME UN UNICO ESSERE E NON INSIEME DI PARTI DISTINTE TRA LORO
- ❖ NECESSITA' DI CONIUGARE L'APPLICAZIONE DELLA TECNOLOGIA PIU' SOFISTICATA ALL'UMANIZZAZIONE DEL RAPPORTO CON LA PERSONA MALATA



Una delle criticità maggiormente evidenziate dai cittadini nell'accesso ai servizi sanitari è l'insufficienza di continuità delle cure, ovvero il "vuoto" assistenziale, talora percepito come abbandono, quando sono necessarie per la cura molteplici interlocutori o modalità assistenziali"





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 della persona assistita*» ai diversi livelli della rete assistenziale tra ospedale territorio

Secondo la Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, la continuità delle cure 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.



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

La continuità assistenziale 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

(M. Trabucchi et al.)



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

SI PASSA QUINDI DAL CONCETTO DI

**“CURA”,**

DOVE L'OPERATORE SANITARIO E' «L'ESPERTO»



AL CONCETTO DI

**“PRENDERSI CURA”**

dei pazienti affetti da malattia cronica con l'obiettivo di contenere il deterioramento e sostenere le risorse esistenti, migliorando la qualità di vita.

**NESSUN INTERVENTO E' CERTO NEL RISULTATO NE' DEFINITIVO  
NEL TEMPO**



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

Intervengono

***PIU' OPERATORI, DI DIVERSA PROFESSIONALITA',***

in un contesto di ***RELAZIONI MULTIPLE***  
(con il paziente, i familiari, gli operato del territorio)

Gli interventi sono attivati in modo processuale:  
le prestazioni sono tra loro collegate con continue verifiche rispetto al  
raggiungimento degli obiettivi condivisi

**ORGANIZZAZIONE PER EQUIPE MULTIPROFESSIONALE**



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

I nodi critici del processo di continuità assistenziale sono

I passaggi da un setting di cura ad un altro

( es. dal ricovero ospedaliero al territorio e viceversa )

Si parla pertanto di

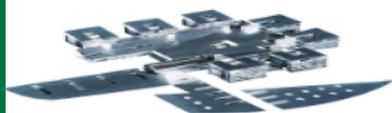
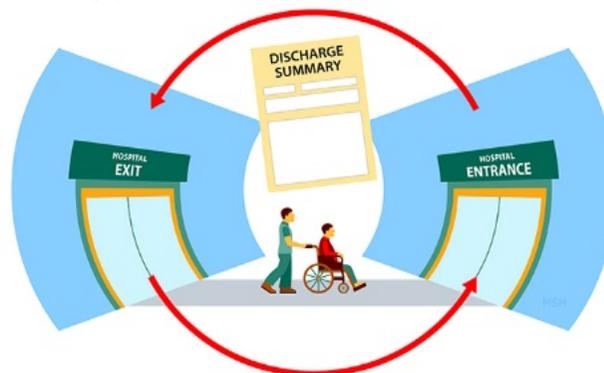
***DIMISSIONE PROTETTA***

ma anche di

***AMMISSIONE PROTETTA***

Intese come Percorso accompagnato,

basato su una migliore comunicazione tra le due realtà



Sistema Socio Sanitario

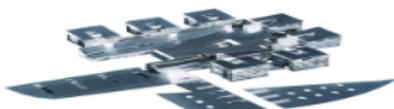


Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

# *Dimissione Protetta*

Con il termine “dimissione protetta” si intende l’insieme delle azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

# I rischi delle dimissioni non pianificate

- ✚ Degenze impropriamente prolungate con rischio insorgenza di patologie legate alle pratiche sanitarie
- ✚ Setting post-ospedalieri non congruenti con i bisogni dei pazienti: aumento di disabilità e morbidità nei pazienti fragili
- ✚ Peggioramento della qualità della vita di pazienti e caregivers
- ✚ Ricoveri ripetuti (“frequent users”)
- ✚ Incremento evitabile del tasso di ospedalizzazione con difficoltà di sostenibilità economica dell’intero sistema sanitario



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

Il progetto della **Centrale Dimissioni Protette** nasce dall'idea di Strutturare un percorso condiviso tra **Azienda Ospedaliera, Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bergamo e Comune di Bergamo** per

Favorire il coordinamento della rete dei servizi intraospedalieri con i servizi territoriali socio sanitari e socio assistenziali per la presa in carico di persone con necessità di Continuità di cure dopo il ricovero ospedaliero

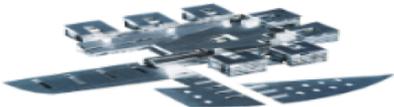
Rispondere ai bisogni di salute che nascono dalla condizione di fragilità, sostenendo la continuità assistenziale quale parte integrante della buona pratica clinica ed assistenziale

Istituita nel 2009 con protocollo d'intesa, come struttura afferente alla Direzione delle Professioni Sanitarie degli Ospedali Riuniti



# OBIETTIVI della CENTRALE DIMISSIONI PROTETTE

- ✚ Dimissioni appropriate
- ✚ Riduzione dei ricoveri impropri, ripetuti e/o oltre soglia
- ✚ Miglior utilizzo delle risorse sanitarie per contenere la spesa
- ✚ Personalizzazione dell'assistenza
- ✚ Riduzione dei tempi di degenza



Sistema Socio Sanitario



ASST Papa Giovanni XXIII

Unicità e valore aggiunto del progetto

***multiprofessionalità*** e le

***diverse provenienze*** degli operatori

Vi operava, infatti, ***personale infermieristico*** sia dell'Azienda Ospedaliera che dell'ASL e ***assistenti sociali*** dell'Ospedale (anticipando di fatto le indicazioni successivamente emanate dalla Legge Regionale di riforma del Sistema Socio-sanitario Lombardo)



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

# FUNZIONI DELLA CENTRALE

## OPERATIVA

Pianificazione di un percorso di dimissione che risponda ai bisogni sanitari e sociali della persona assistita, alle necessità espresse e concordate con il malato e la famiglia ed alla realtà territoriale

## INFORMATIVA EDUCATIVA

Sensibilizzazione di tutti gli operatori sanitari rispetto alla precoce segnalazione delle persone fragili

## OSSERVATORIO

Valutazione delle caratteristiche delle persone dimesse con Dimissione protetta



**Dimissione Protetta**  
non significa  
**Dimissione precoce**



Ma costruzione di un  
percorso condiviso tra i vari  
soggetti che hanno in cura  
la persona Fragile



Il protocollo per la dimissione ospedaliera protetta del paziente fragile individua 4 fasi operative fondamentali nell'ambito delle quali si snoda il percorso comunicativo, valutativo, organizzativo della dimissione;



# Fasi della dimissione protetta ospedaliera del paziente fragile

## SEGNALAZIONE

### OBIETTIVI

- . Individuare fin dall'ingresso le persone fragili che possono necessitare di un percorso di dimissione protetta.
- . Attivare precocemente la raccolta di informazioni di carattere assistenziale

## INQUADRAMENTO PROBLEMATICHE

### OBIETTIVI

- . Assicurare momenti di scambio fra operatori per inquadrare le problematiche e le possibili opzioni.
  - . Focalizzare le specifiche necessità e personalizzare la risposta
  - . Aggiornare le informazioni relative alla evoluzione delle condizioni cliniche
- Predisporre piano assistenziale

## PROGRAMMAZIONE DIMISSIONE

### OBIETTIVI

- . Realizzare un'organizzazione appropriata e tempestiva dei servizi necessari alla dimissione
- . Assicurare l'approvvigionamento degli ausili e presidi necessari
- . Verificare le condizioni cliniche del paziente in modo da stabilire le necessità di aggiustamento del programma di dimissione

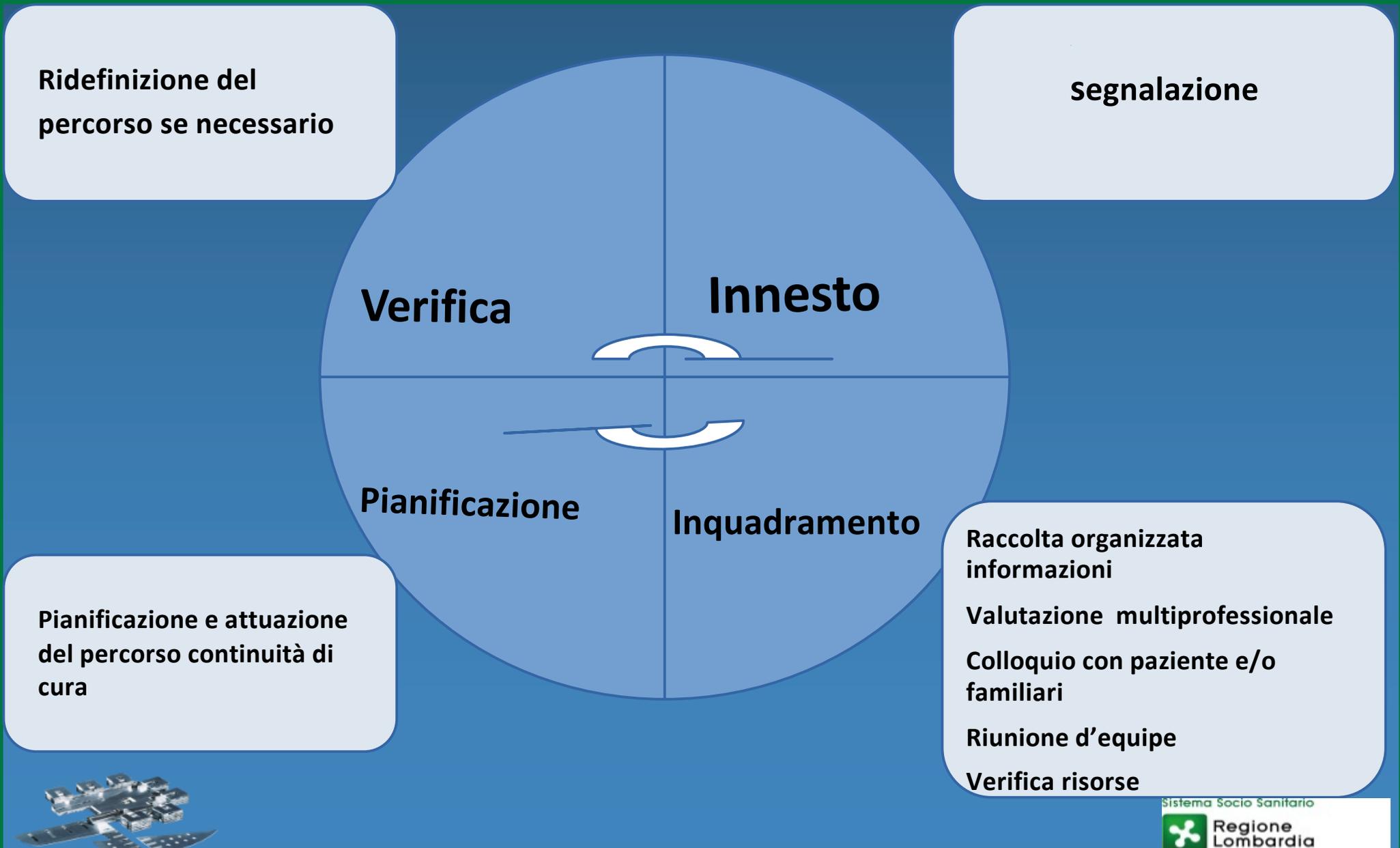
## DIMISSIONE E PRESA IN CARICO TERRITORIALE

### OBIETTIVI

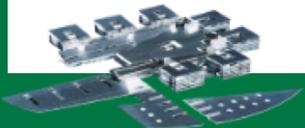
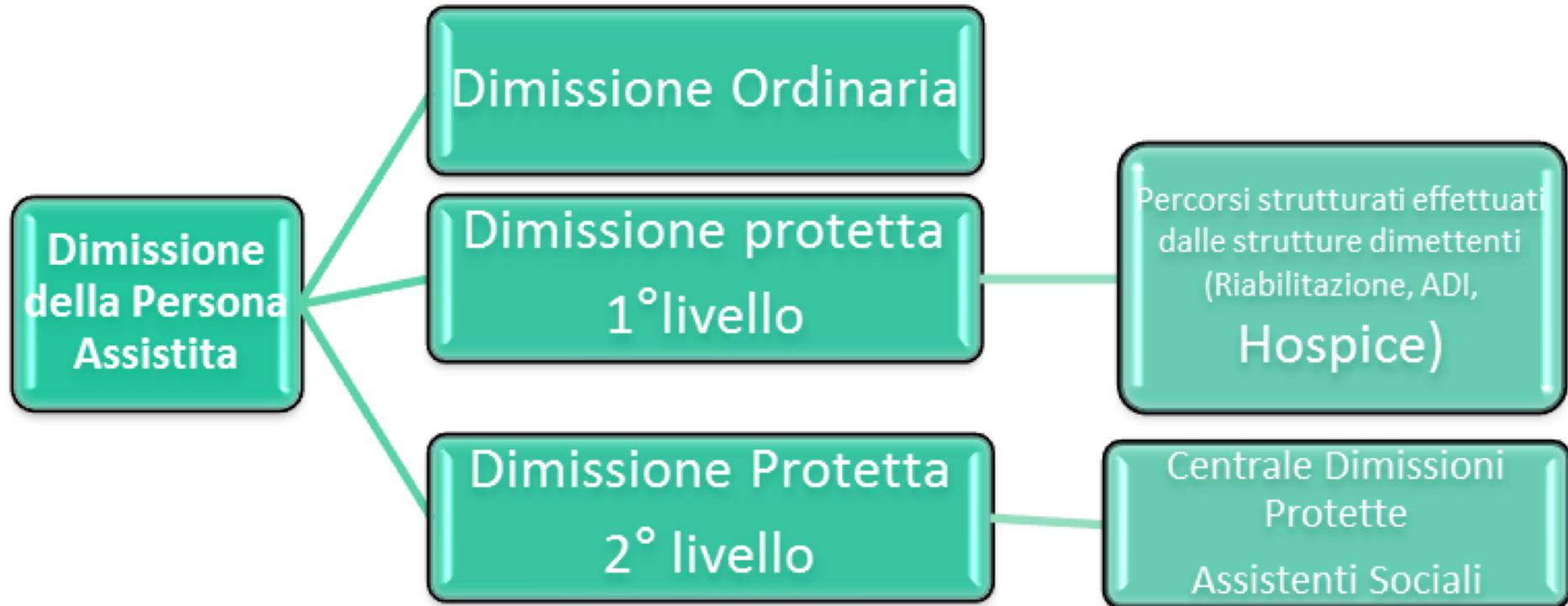
- .Trasferire tutte le informazioni necessarie alla presa in carico della persona
- .Garantire la continuità e la sicurezza nel passaggio dall'ospedale al domicilio o in struttura della persona
- .Evitare interruzione o ritardi dei trattamenti in corso
- .Assicurare l'attuazione del piano di assistenza presso il domicilio o in struttura extraospedaliera



# Dimissioni Protette: Processo



# La Dimissione nell'Ospedale Papa Giovanni XXIII



# SCHEDA RISCHIO SOCIALE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

N° Cartella Clinica \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto / U.O. \_\_\_\_\_

Operatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## GRIGLIA DI RILEVAZIONE RISCHIO SOCIALE

### 1. GRADO DI AUTONOMIA:

<input type="checkbox"/> Persona non autosufficiente
<input type="checkbox"/> Scarsamente orientato spazio/tempo
<input type="checkbox"/> Ricoveri ripetuti
<input type="checkbox"/> Mancate terapie
<input type="checkbox"/> Dipendenze
<input type="checkbox"/> Tentato suicidio
<input type="checkbox"/> Altro:

### 2. SOSTEGNO FAMILIARE/CAREGIVER:

<input type="checkbox"/> Assenza totale Familiare/Caregiver
<input type="checkbox"/> Familiare/Caregiver in difficoltà
<input type="checkbox"/> Abita da solo/a
<input type="checkbox"/> Senza fissa dimora
<input type="checkbox"/> Incuria
<input type="checkbox"/> Altro:

### SEGNALARE AL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE SE IN ENTRAMBI I PUNTI 1 e 2 È PRESENTE ALMENO 1 ITEM

<input type="checkbox"/> Neonato non riconosciuto
<input type="checkbox"/> Minore non accompagnato
<input type="checkbox"/> Puerpera infrasedicenne
<input type="checkbox"/> Sospetto maltrattamento
<input type="checkbox"/> Sospetto abuso sessuale

### Note per la Compilazione

**1. GRADO DI AUTONOMIA:** si rilevano una o più situazioni che possono condizionare la gestione autonoma della vita quotidiana e/o del percorso di cura al domicilio.

### 2. SOSTEGNO FAMILIARE/CAREGIVER:

- Assenza totale Familiare/Caregiver - non ha parenti diretti e/o persone di riferimento per la quotidianità;
- Familiare/Caregiver in difficoltà - le persone che lo assistono non riescono a far fronte ai suoi bisogni sociosanitari;
- Abita da solo/a - presenza di condizioni cliniche/assistenziali da monitorare;
- Incuria - condizioni igieniche personali considerate scadenti.



# SCHEDA

# BRASS

(Blaylock Risk

Assessment

Screening)

Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Papa Giovanni XXIII		SCHEDA IDENTIFICAZIONE PAZIENTE FRAGILE ED ATTIVAZIONE DIMISSIONI PROTETTE		ETICHETTA R.I.	
Motivo del ricovero		Familiare/ Care giver		Tel.	
Barriera linguistica					
<b>Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)</b> Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato					
<b>ETA' (una sola opzione)</b> 0 = 55 anni o meno 1 = 56 – 64 anni 2 = 65 – 79 anni 3 = 80 o più		<b>MODELLO COMPORTAMENTALE (contare ogni opzione valutata)</b> 0 = Appropriato 1 = Wondering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro			
<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 famiglia /badanti 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = vive solo senza alcun sostegno 5 = in assistenza domiciliare/residenziale		<b>MOBILITA' (una sola opzione)</b> 0 = Deambula 1 = Deambula con l'aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non Deambula			
<b>STATO FUNZIONALE (ogni opzione valutata)</b> 0 = Autonomo ( indipendente in ADL e IADL) 1 = Dipendente per Alimentazione /Nutrizione 1 = Dipendente per Igiene e Abbigliamento 1 = Dipendente per Andare in Bagno 1 = Dipendente per Spostamenti / mobilità 1 = Dipendente per Incontinenza intestinale 1 = Dipendente per Incontinenza urinaria 1 = Dipendente per Preparazione del cibo 1 = Dipendente per responsabilità nell' uso dei medicinali 1 = Dipendente per Capacità di gestire il denaro 1 = Dipendente per Fare acquisti 1 = Dipendente per utilizzo dei mezzi di trasporto		<b>DEFICIT SENSORIALI ( 1sola opzione)</b> 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi			
<b>STATO COGNITIVO ( una sola opzione )</b> (* ) sfere = spazio, tempo, luogo e sé 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 = Coma		<b>N° DI RICOVERI PREGRESSI O ACCESSI AL PS ( una sola opzione)</b> 0 = Nessuno negli ultimi tre mesi 1 = Uno negli ultimi tre mesi 2 = Due negli ultimi tre mesi 3 = Più di due negli ultimi tre mesi			
		<b>N° PROBLEMI CLINICI ATTIVI ( una sola opzione)</b> 0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici			
		<b>N. DI FARMACI ASSUNTI ( una sola opzione)</b> 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci			
		<b>PUNTEGGIO TOTALE</b> _____			
<b>PUNTEGGIO</b>		<b>INDICE DI RISCHIO</b>			
0 – 10 <b>BASSO RISCHIO</b>		Soggetti che non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è limitata			
11 – 19 <b>MEDIO RISCHIO</b>		Soggetti con situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione			
≥ 20 <b>ALTO RISCHIO</b>		Soggetti con problemi rilevati che richiedono con continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni			

Data compilazione \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ Firma del Compilatore \_\_\_\_\_

### DOMANDE DA RIVOLGERE AL PAZIENTE O ALLA PERSONA DI RIFERIMENTO

Esprime autorizzazione al contatto con la Centrale Dimissioni Protette/ Servizio Assistentisociale per un supporto nell'organizzare la continuità assistenziale dopo la dimissione ?

SI

NO



# Indicatori di fragilità sociale

- ❖ Compromissione grado di autonomia
- ❖ Situazione abitativa difficile o barriere architettoniche
- ❖ Senza dimora
- ❖ Povertà culturale o trascuratezza
- ❖ Abuso di sostanze, disagi psichici
- ❖ Rete familiare e sociale di sostegno problematica, insufficiente o inesistente
- ❖ Problemi economici del paziente e/o famigliari
- ❖ Ricoveri o accessi al Pronto Soccorso ripetuti



# Valutazione MULTIPROFESSIONALE IN REPARTO

## **Raccolta informazioni sanitarie :**

- ❖ Diagnosi accertata o presunta
- ❖ Condizioni cliniche attuali e previsioni rispetto al momento di dimissione
- ❖ Bisogni assistenziali residui ipotizzabili dopo la dimissione
- ❖ Ipotesi di durata della degenza

## **Raccolta informazioni su rete familiare :**

- ❖ Presenza/assenza di familiari di riferimento attivi
- ❖ Grado di consapevolezza della persona e dei familiari rispetto lo stato di malattia
- ❖ Accertamento dell'informazione ad astito e/o familiari rispetto l'attivazione della Centrale Dimissioni Protette



# Colloquio con assistito e/o familiari di riferimento

Il primo colloquio con i familiari dell'assistito, deve prevedere:

- ❖ Presentazione reciproca con introduzione della motivazione del colloquio
- ❖ Raccolta dati sensibili dell'assistito:  
Storia personale – Familiare – Lavorativa – Economica Sociale – Abitativa
- ❖ Informazioni su situazione sanitaria precedente al ricovero e su quella attuale
- ❖ Informazioni su bisogni assistenziali precedenti al ricovero e modalità di risposta agli stessi :  
(se già fruitori di servizi territoriali quali ADI, SAD, C.D., assistenza privata, ecc...)
- ❖ Consulenza su pratiche burocratiche, benefici economici, ammortizzatori sociali
  - . informazioni se già riconosciuta invalidità civile, eventuali indicazioni su modalità di  
Inoltro domanda di riconoscimento,
  - . benefici legge 104
  - . informazioni su eventuale opportunità inoltro domanda inabilità lavorativa
  - . informazioni su eventuale necessità inoltro nomina amministratore di sostegno



# Colloquio con assistito e/o familiari di riferimento

- ❖ Condivisione ipotesi possibili percorso di continuità assistenziale
- ❖ Raccolta consenso verbale a condividere informazioni con servizi socio sanitari territoriali e strutture residenziali
- ❖ Riepilogo e restituzione dei contenuti del colloquio e rispettivi impegni
- ❖ Programmazione ulteriori colloqui, se necessari
- ❖ Scambio dei riferimenti telefonici/mail per eventuali contatti

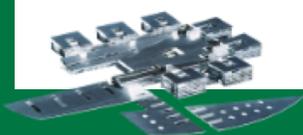


# Procedure per situazioni specifiche

- ❖ Dimissione del bambino complesso
- ❖ Percorso per valutazione paziente con dipendenza da inserire in comunità di recupero



## La rete della Continuità assistenziale



## La rete della Continuità assistenziale



# Criticità

- ✚ Pazienti oncologici non autonomi, ma non ancora considerati in fase di fine vita.
- ✚ Pazienti oncologici in trattamento con farmaci in File F
- ✚ Pazienti oncologici in trattamento radioterapico
- ✚ Pazienti dializzati, difficilmente trasferibili in strutture riabilitative/subacuti/cure intermedie.
- ✚ Pazienti psichiatrici con età superiore a 65 anni, per i quali i percorsi specifici non sono più accessibili.
- ✚ Pazienti tracheotomizzati e ventilati ma non in situazione di Stato vegetativo (per i quali invece è previsto un percorso specifico).
- ✚ Pazienti Disabili Adulti senza deficit cognitivi;
- ✚ Minori in attesa di Provvedimento Autorità Giudiziaria.
- ✚ Stranieri con gravi disabilità (Stati vegetativi, mielolesi), irregolarmente soggiornanti: l'STP riguarda i soli bisogni sanitari ma non quelli socio sanitari.



# Nuove prospettive DGR 4811 del 31 Maggio 2021

Linee di sviluppo del Sistema Socio-sanitario Lombardo delineato dalla

DGR 23 del 2015: :

- ✚ Costituzione **Centrali Operative Territoriali (COT)** quali punti di accesso territoriali per facilitare e governare la rete d'offerta socio-sanitaria
- ✚ Definizione di protocolli e percorsi gestiti dalle COT per la dimissione dei pazienti fragili con il coinvolgimento di MMG, specialisti e Assistenti sociali
- ✚ Continuità assistenziale, presa in carico della cronicità
- ✚ Realizzazione delle Case della comunità (oggi Presst) per coordinare tutti i servizi offerti
- ✚ Realizzazione degli **Ospedali di Comunità**, strutture di ricovero che collocano tra il ricovero ospedaliero del paziente acuto e le cure territoriali a gestione prevalentemente infermieristica
- ✚ Inserimento della nuova figura dell'**Infermiere di Famiglia e Comunità (IfeC)**, professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, quale Casemanager





# Rete dei Servizi:      Rete Informale

## Assistenza erogata da non professionisti

(rete parentale ed amicale, vicinato, volontariato, volontariato organizzato )

Integra/ supplisce la rete formale per servizi quali:

- Cucinare
- trasporto
- igiene personale
- fare la spesa
- compagnia
- pulizie domestiche



# Rete dei servizi: Rete Formale

## **SERVIZI ASSISTENZIALI DOMICILIARI**

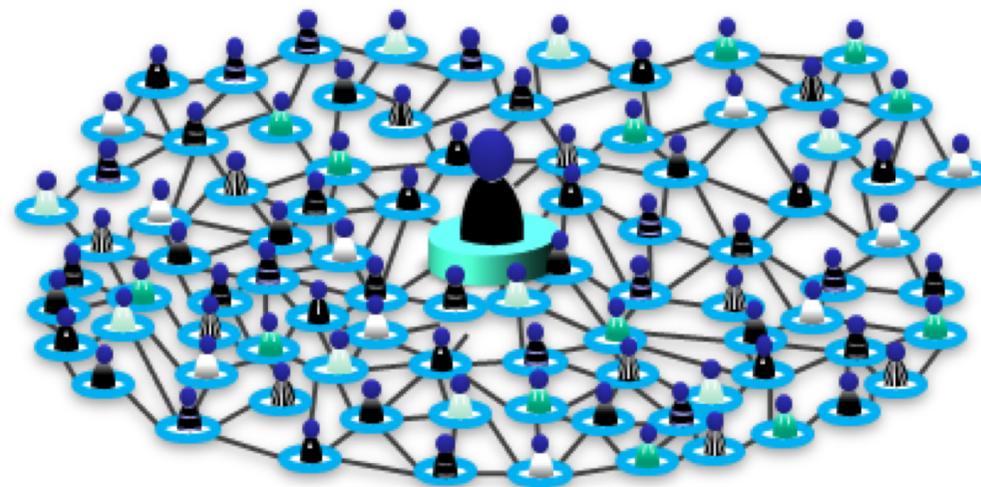
Progetto “Tornare a casa”, Servizio Assistenza Domiciliare, Telesoccorso, Pasti, Assistenza Domiciliare Integrata, UCP-DOM

## **SERVIZI SEMIRESIDENZIALI – DIURNI**

Centro diurno integrato

## **SERVIZI RESIDENZIALI**

Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)



# RETE DEI SERVIZI

Servizi domiciliari a carico del comune

Modalità di  
accesso

Su richiesta  
dell'utente o familiari  
agli uffici del Servizio  
Sociale Comunale

Costo dei  
servizi

a carico dell'utente  
e/o in  
compartecipazione  
del Comune in base al  
reddito (ISEE)



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi domiciliari a carico del SSN

Modalità di  
accesso

Su richiesta del Medico di  
Medicina Generale, che può  
essere attivato da equipe  
ospedaliere per assicurare  
continuità delle cure

Costo dei  
servizi

a carico del Servizio  
Sanitario Nazionale (gratuiti  
per l'assistito)



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi domiciliari a carico del SSN

**Assistenza Domiciliare programmata (ADP)** monitoraggio clinico da parte attraverso accessi programmati da parte del Medico di Medicina Generale

**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** eroga prestazioni prevalentemente sanitarie di pertinenza infermieristica, riabilitativa o specialistica e si concludono quando sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dal Piano Assistenziale Individuale (PAI) o in seguito a ricovero permanente in struttura. Sono previsti diverse tipologie di credit/voucher a seconda dell'intensità assistenziale necessaria.



# RETE DEI SERVIZI

Servizi domiciliari a carico del SSN

**UCPDOM (Unità Cure Palliative Domiciliari)** si tratta di assistenza domiciliare specialistica per persone con bisogni assistenziali molto elevati con attivazione di cure palliative .



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

# Servizi domiciliari di Ambito

## ***PROGETTO TORNARE A CASA***



### Obiettivi

Supporto alle famiglie nella fase del rientro al domicilio nell'immediatezza della dimissione dalla struttura ospedaliera( es. per riorganizzare l'ambiente domestico, dotarsi di ausili, richiedere un'assistenza, apprendere manovre di mobilitazione della persona malata, contattare il medico di assistenza primaria per le impegnative, recarsi in farmacia per i medicinali prescritti)

### Beneficiari

persone adulte ed anziane non autosufficienti, senza supporto familiare o di care giver (anziani che vivono soli o conviventi con un'altra persona anziana e a coloro la cui rete familiare viva una condizione di fragilità, momentanea o durevole, che siano in fase di dimissione dalle strutture sanitarie) residenti nei comuni dell'Ambito 1 di Bergamo (Bergamo, Torre Boldone, Orio Al Serio, Sorisole, Ponteranica e Gorle

### Costi

**gratuito**. Resta a carico dell'utente il pagamento del servizio di trasporto (ove richiesto) al domicilio

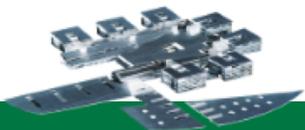


# Servizi domiciliari di Comune/Ambito

**Servizio di assistenza Domiciliare (SAD)** Eroga prestazioni non sanitarie, finalizzate al supporto delle Attività di vita quotidiana (ADL) e disbrigo pratiche burocratiche (IADL)

Risponde con personale qualificato (ASA o OSS) ai bisogni di aiuto domestico dell'anziano/disabile che vive solo o con un congiunto anziano; l'attività svolta è finalizzata al recupero, mantenimento e sviluppo del livello di benessere ed autonomia della persona

- **Pasti al domicilio** consegna di pasti caldi al domicilio, spesso in collaborazione con associazioni di volontariato, con possibilità di richiedere diete specifiche.
- **Custodia Sociale**(attività di prossimità) consente il monitoraggio quotidiano dei soggetti più esposti al rischio di isolamento sociale.
- **Telesoccorso** consente di allertare con un semplice pulsante, che può essere indossato, familiari e/o persone di riferimento, o una centrale operativa, in tempo reale, in caso di emergenza.



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi residenziali

### Ricoveri temporanei a carico del SSR

● **Ricoveri per cure subacute:** L'attività di cure subacute, introdotta in Lombardia con il Piano socio sanitario regionale 2010-2015, nasce come nuova forma di assistenza al malato che si pone fra la fase acuta della patologia, gestita con ricovero ospedaliero, e il rinvio alle strutture territoriali. L'obiettivo è favorire il recupero della maggiore indipendenza possibile e rendere più agevole per il paziente e i suoi familiari il ritorno a casa.



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi residenziali



### Ricoveri temporanei a carico del SSR

**Ricoveri per cure subacute:** Ricovero in struttura sanitaria, alla conclusione della fase acuta, quando sono ancora presenti bisogni di monitoraggio clinico ed assistenza medica e/o infermieristica non gestibile a domicilio

**Modalità di accesso:** compilazione di una scheda a cura del medico e del personale infermieristico

La **Centrale Dimissioni Protette** gestisce i contatti con le strutture coinvolte nella sperimentazione, propone il caso e concorda la dimissione.

Strutture che erogano il servizio:

- Clinica San Francesco
- Casa di Cura Palazzolo (Bergamo)
- Clinica Castelli
- Policlinico Ponte san Pietro e Policlinico di Zingonia
- Presidi Ospedalieri di Lovere, Piario, San Giovanni Bianco, Calcinato, Romano di Lombardia



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi residenziali

### Ricoveri temporanei a carico del SSR

#### Ricoveri per cure postacute:(D.g.r. 4 Aprile 2012 – n° IX/3239)

Percorso sperimentale per pazienti adulti/anziani che, conclusa la fase acuta e subacuta, necessitano di ulteriore periodo di assistenza residenziale a bassa intensità sanitaria e ad alta intensità assistenziale , per preparare il reinserimento nel loro contesto sociale di vita o per un “accompagnamento” verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi sociosanitari

**Modalità di accesso:** compilazione di una scheda di segnalazione da parte del medico di reparto

La **Centrale Dimissioni Protette** invia la documentazione al CeAD competente per l'autorizzazione al ricovero e individua la struttura disponibile all'accoglienza

Strutture che erogano il servizio:

RSA - Albino, Almenno SS, Laxolo, Scanzorosciate, Brembate Sopra, Tavernola Bergamasca, Treviglio



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi residenziali

### Ricoveri temporanei a carico del SSR

### Ricoveri per cure intermedie:(D.g.r. 10 Aprile 2015 – n° X/3383)

Trasforma il Percorso sperimentale delle cure postacute , confermando i requisiti assistenziali , abolendo l'autorizzazione del CEAD 1

**Modalità di accesso:** compilazione di una scheda di segnalazione da parte del medico di reparto

La **Centrale Dimissioni Protette** invia la documentazione alle strutture disponibile all'accoglienza

Strutture che erogano il servizio:

RSA - Albino, Almenno SS, Laxolo, Scanzorosciate, Brembate Sopra, Tavernola Bergamasca, Treviglio



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi residenziali

### Ricoveri temporanei a carico del SSR

**Ricoveri di sollievo per SLA:** la DGR 10160/09 prevede la possibilità per pazienti affetti da malattia del motoneurone assistiti alla donmicilio , di usufruire di ricovero di sollievo per la durata massima di 90 gg/annui anche frazionabili, in una o più unità di offerta (RSA, RSD o posti di riabilitazione generale geriatrica in Strutture Riabilitative Socio Sanitarie) a carico del SSR.



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi residenziali

### Ricoveri temporanei

**Ricoveri di soccorso** : Accordo tra Comune di Bergamo e RSA Carisma per per Accessi in RSA per percorsi di continuità assistenziale per persone sole o con rete parentale in difficoltà. La degenza non può superare i 90 giorni. Il costo della degenza in situazioni può esser in parte a carico del comune.

**Ricoveri di sollievo**: ricoveri di natura temporanea nelle Rsa, di norma in posti autorizzati ma non accreditati - a completo carico dell'utente o della famiglia.



# RETE DEI SERVIZI

## Servizi residenziali

### RETE RESIDENZIALE

● Posti letto per i pazienti in **SVP**. Attualmente sono disponibili in regime di riabilitazione generale geriatrica (25 PL al Don Orione, 14 PL Fondazione Maria Ausiliatrice) o posti letto in Rsa (ante DGR 6220/07) e 5 PL in RSA/RSD post DGR 6220/07 .

● Ricoveri a tempo indeterminato per le persone affette da **malattie dei motoneuroni** e in particolare da **SLA** in RSA o in RSD; l'onere della retta a carico della famiglia passa a carico del fondo Sanitario regionale, nel caso di ricovero permanente presso RSA o RSD.



# RETE DEI SERVIZI

## RETE SEMIRESIDENZIALE

**CENTRI DIURNI INTEGRATI (CDI)** servizi organizzati da Residenze Sanitarie Assistenziali che offrono agli assistiti, anche parzialmente non autosufficienti o affetti da decadimento cognitivo, adeguata assistenza per tutta la giornata, senza interrompere i legami affettivi e sociali.

### OBIETTIVI:

Offrire spazio assistito e sicuro

Supportare le famiglie nell'assistenza durante le ore diurne

Stimolare l'anziano a mantenere le capacità residue e allontanare l'istituzionalizzazione



# RETE DEI SERVIZI

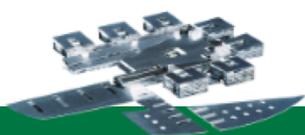
## Servizi residenziali



**RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)**: unità di offerta destinata a persone con compromissione del livello di autonomia con età – di norma- superiore a 65 anni. La copertura del costo giornaliero è data da una quota a carico del fondo sociosanitario e una quota a carico delle famiglie e/o Comuni .

**RSA Aperte** : prestazioni di natura sociosanitaria, finalizzate a supportare la permanenza al domicilio di persone con demenza certificata, anziani non autosufficienti, invalidi civili al 100%, che non usufruiscano di altre misure e/o interventi regionali, per sostenere il mantenimento delle capacità residue e rallentare il decadimento delle diverse funzioni, evitando e/o ritardando il ricorso al ricovero definitivo in struttura, ad offrire un sostegno al caregiver nell'espletamento delle attività di assistenza.

**RSD (Residenza Sanitarie Disabili)** : sono una unità di offerta residenziale destinata a persone disabili gravi dai 18 ai 65 anni, non assistibili a domicilio, in condizioni di disabilità –fisica, psichica, sensoriale, dipendenti da qualsiasi causa..



## DGR 23 dell'11 Agosto 2015:

### Legge di Riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo

#### punti salienti della riforma

- **riequilibrio dell'asse di cura ospedale-territorio** in una logica di valorizzazione di entrambi i sistemi e di continuità assistenziale
- **reale integrazione tra sanitario, socio sanitario e sociale** nella **presa in carico** della persona
- messa a sistema di soluzioni per garantire **la presa in carico e la continuità assistenziale** delle cronicità e delle fragilità
- **superamento della frammentazione** dell'organizzazione territoriale
- **separazione delle funzioni** (programmazione, erogazione, controllo)
- **valorizzazione del territorio** (sussidiarietà orizzontale non come principio ma come criterio organizzativo, nuovo ruolo per le associazioni di volontariato)



# DGR 23 dell'11 Agosto 2015:

## Legge di Riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo

### PUNTI SALIENTI DELLA RIFORMA

#### La rivoluzione degli ospedali

Le Aziende Ospedaliere si trasformano in Aziende socio-sanitarie territoriali (**ASST**), che faranno anche assistenza sul territorio.

Con la nuova strutturazione sono previsti due settori aziendali veri e propri: l'ospedale e il sociale, uno condotto dal direttore sanitario e l'altro condotto dal direttore socio-sanitario



# DGR 23 dell'11 Agosto 2015:

## Legge di Riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo

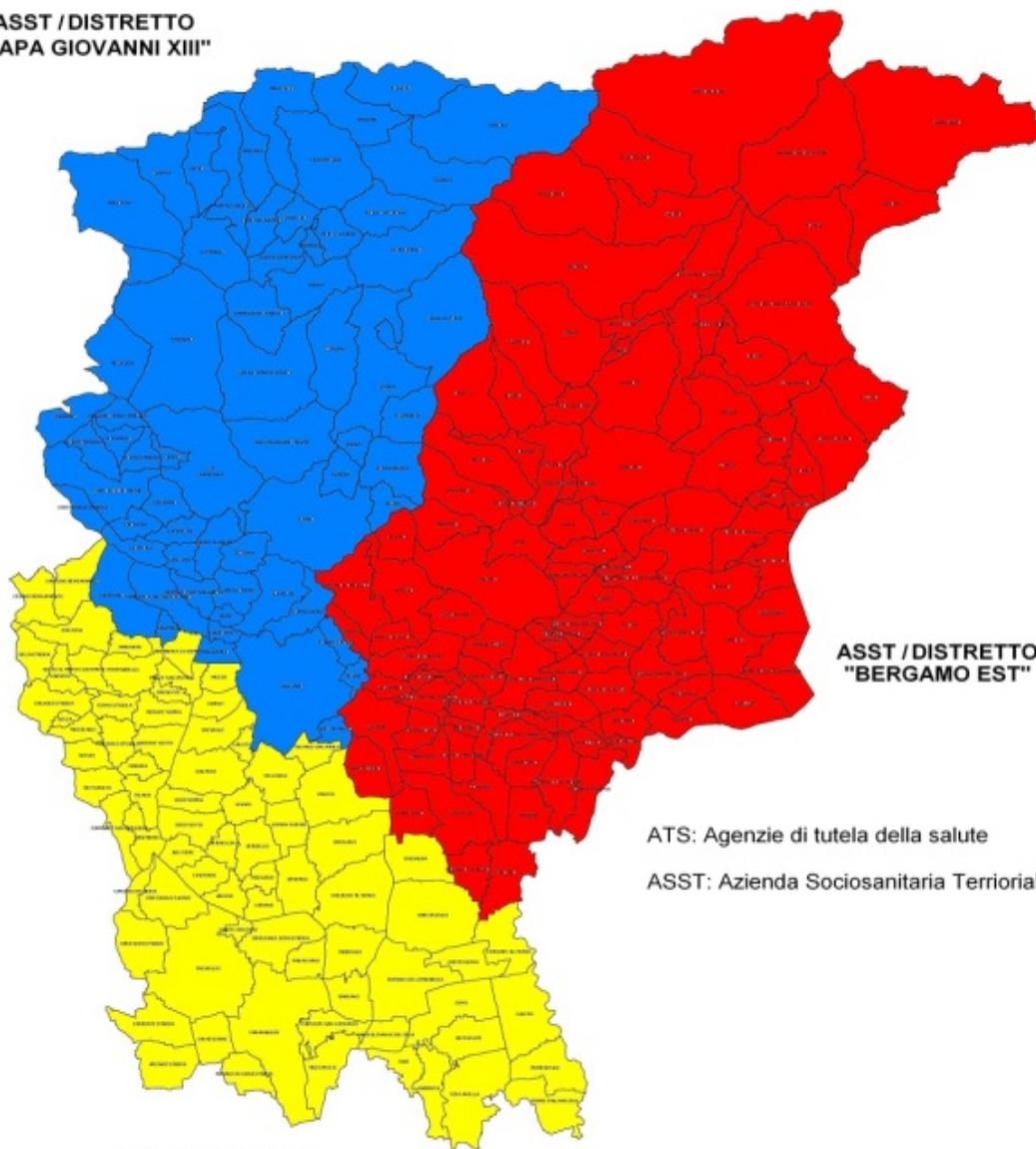
### PRESA IN CARICO delle cronicità

- ribadisce l'orientamento di presa in carico della persona nel suo complesso e nel rispetto della libera scelta
- stabilisce la necessità di attivare, modalità innovative di presa in carico del paziente cronico e fragile
- organizzare una nuova modalità di presa in carico integrata dei bisogni del paziente cronico secondo un modello proattivo d'assistenza ... in collegamento funzionale con le Unità Complesse di Cure Primarie

Per garantire:

1. presa in carico sanitaria in presenza di necessità di follow-up specialistici di lungo termine o di particolare complessità
2. presa in carico socio-sanitaria e sociale per assicurare il supporto delle diverse unità d'offerta territoriale

**ASST / DISTRETTO  
"PAPA GIOVANNI XIII"**

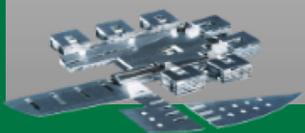


**ASST / DISTRETTO  
"BERGAMO EST"**

ATS: Agenzie di tutela della salute

ASST: Azienda Sociosanitaria Territoriale

**ASST / DISTRETTO  
"BERGAMO OVEST"**



Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia**

**ASST Papa Giovanni XXIII**