



Regione Toscana

PIANO SANITARIO SOCIALE INTEGRATO REGIONALE 2018-2020

SCHEDA OPERATIVA N. 21

CONTINUITÀ OSPEDALE - TERRITORIO

Messaggio chiave

Assicurare la continuità e l'efficacia dei percorsi assistenziali finalizzati alla presa in carico sanitaria e sociosanitaria delle persone con un bisogno complesso, prevalentemente fragili, anziane, con disabilità o affette da malattia cronica. Garantire, nelle fasi di transizione tra l'ospedale e il territorio e tra il territorio e l'ospedale, modalità strutturate di raccordo tra gli operatori sanitari e sociali dei servizi territoriali, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e i professionisti dei reparti ospedalieri di ricovero.

Motivazione

La programmazione integrata sanitaria e sociale regionale ha tra le principali finalità la presa in carico globale della persona che necessita di un percorso di cura, riabilitazione o assistenza a seguito di un evento acuto o di una situazione di multiborbilità o cronicità.

La continuità, organizzativa e temporale, tra gli interventi erogati in ospedale e quelli erogati sul territorio, particolarmente nella fase post acuta della malattia, ma anche nella fase di riacutizzazione di una patologia cronica, o in presenza di difficoltà correlate alla situazione socio-familiare della persona, è l'obiettivo verso il quale devono convergere tutte le azioni pianificate dai vari professionisti che operano sia in ambito ospedaliero che territoriale, tramite l'adozione di modalità operative omogenee e condivise di intervento nelle fasi di passaggio tra i vari setting della rete clinico-assistenziale e la definizione di livelli di integrazione professionale formalmente strutturati.

Risulta pertanto evidente l'esigenza di rafforzare il processo di handover nella gestione dei percorsi di continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio, sia nell'ambito della gestione del rischio clinico che nella appropriata individuazione dei setting assistenziali, e di assicurare il passaggio delle informazioni necessarie alla corretta gestione del paziente e individuazione del setting di cura.

A tal fine sono da strutturare strumenti di intervento dedicati, sia a supporto delle dimissioni dall'ospedale sia per la selezione e l'indirizzo di alcune tipologie di ricoveri dal territorio, definendo criteri e modalità omogenee di valutazione che assicurino appropriatezza nella scelta del setting assistenziale e che contribuiscano ad identificare la graduazione della complessità assistenziale richiesta.

In tale contesto particolare attenzione deve essere posta alla individuazione di modalità e strumenti di verifica e segnalazione dei rischi legati alla sicurezza del paziente.

Target finale è il reinserimento della persona nel proprio contesto di vita assicurandole il miglior

livello di autonomia possibile.

Descrizione

Nell'ambito delle azioni positive volte a definire le modalità organizzative della continuità assistenziale territorio-ospedale-territorio la programmazione regionale individua le Agenzie di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT) come uno degli strumenti che, in sinergia con l'operato dei MMG, anche nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), e dei professionisti ospedalieri, assolvono il compito di governare l'interfaccia tra i reparti ospedalieri e i servizi territoriali, al fine di assicurare risposte appropriate ai bisogni del paziente in fase di dimissione ospedaliera o in fase di accesso, non in regime di urgenza, dal territorio.

Considerato il progressivo invecchiamento della popolazione, si registra inevitabilmente un aumento significativo del numero di persone affette da malattie croniche e di conseguenza un aumento di ricoveri per tali patologie; tali pazienti, al momento della dimissione ospedaliera al termine della fase acuta, frequentemente presentano ancora molteplici bisogni, clinici e assistenziali, che comportano un quadro definibile come dimissioni complesse. Inoltre occorre mettere in atto modalità di verifica e selezione degli accessi dal territorio di pazienti cronici ai ricoveri ospedalieri, per evitare ospedalizzazioni improprie.

L'Agenzia è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto. Agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zionali di riferimento, attivandosi già all'ingresso della persona in ospedale, e supporta le Direzioni di Presidio e i reparti di degenza per la pianificazione delle dimissioni. Presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM (Unità di valutazione multidisciplinare) zonale competente, oppure attivando le necessarie segnalazioni al PUA (Punto Unico di Accesso) zonale. Coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti. Si raccorda con le zone distretto di provenienza per i pazienti non residenti e ricoverati negli ospedali zionali di competenza dell'Agenzia. Coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il medico di famiglia. Coinvolge il paziente e la famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace. Attiva la procedura di fornitura degli ausili necessari affinché la consegna al domicilio avvenga prima della dimissione. L'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio svolge funzione di riferimento per le segnalazioni provenienti dal territorio, anche in caso di richiesta di inserimento in Cure Intermedie Residenziali. L'équipe dell'Agenzia è multiprofessionale ed è costituita da un medico di comunità, un infermiere, un assistente sociale, un fisioterapista. Si avvale della consulenza strutturata dello specialista fisiatra o geriatra. Il principale e innovativo punto di forza dell'ACOT è garantire ai pazienti in dimissione da un reparto ospedaliero in condizioni di limitata autonomia, la continuità terapeutica e assistenziale per assicurare la presa in carico multidisciplinare nel territorio. E' comunque necessario sviluppare in modo più strutturato modalità di raccordo con i MMG. E' stata inoltre definita e condivisa con i professionisti aziendali una modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa, che costituisce garanzia di modalità valutative omogenee dei pazienti sul territorio regionale.

Beneficiari

Persone prevalentemente fragili, anziane o con disabilità o affette da malattie croniche, con bisogni sanitari, sociosanitari e assistenziali che frequentemente necessitano di una presa in carico multiprofessionale, le cui condizioni cliniche non comportano comunque la attivazione di un livello di intensità di cure tale da giustificare la permanenza in un reparto ospedaliero, ma che esprimendo un

alto livello di intensità assistenziale richiedono un accompagnamento per una appropriata collocazione domiciliare o residenziale.

Azioni da sviluppare

Al fine di migliorare la sostenibilità ed efficacia del sistema è opportuno sviluppare le seguenti azioni:

- verifica costituzione e assetto organizzativo delle ACOT presso tutti i presidi ospedalieri, secondo le previsioni degli atti di indirizzo regionali;
- definizione modalità strutturate di contatto e raccordo con MMG-AFT e servizi territoriali (UVM) finalizzate anche al governo dell'accesso dal territorio ai ricoveri ospedalieri di pazienti fragili e/o anziani e/o cronici, non in regime di urgenza;
- verifica e monitoraggio degli strumenti di valutazione adottati (modulistica dedicata e algoritmi), della successione ed integrazione dei diversi interventi e dell'utilizzo delle varie tipologie di setting in funzione delle condizioni cliniche e sociali della persona;
- costituzione tavolo permanente con referenti ACOT per il governo condiviso delle attività e delle criticità;
- facilitazione della partecipazione attiva e consapevole, al percorso di presa in carico, del paziente e della sua famiglia, da perseguire con azioni di educazione e supporto (criterio del "coinvolgimento attivo dell'utente"), finalizzato anche a consegnare allo stesso strumenti conoscitivi ed operativi per una corretta autogestione delle proprie problematiche in un'ottica, quando possibile, di progressiva desanitarizzazione.

Matrice delle responsabilità ed indicatori connessi

Azioni	Livello responsabilità regionale	Livello responsabilità Azienda USL Zona Distretto/SdS	Indicatori di risultato
Verifica costituzione e assetto organizzativo delle ACOT presso tutti i presidi ospedalieri, secondo le previsioni degli atti di indirizzo regionali	- Coordinamento, indirizzi e monitoraggio	- Attivazione ACOT in ogni presidio ospedaliero - Organizzazione formale delle modalità operative di ACOT	- Numero ACOT attivate su numero presidi ospedalieri regionali = 100% - adozione di almeno 1 atto deliberativo a livello aziendale
Definizione modalità strutturate di contatto e raccordo con MMG-AFT e servizi territoriali (UVM) finalizzate anche al governo dell'accesso dal territorio ai ricoveri ospedalieri	- Coordinamento referenti AFT per definizione obiettivi - Proposta di indirizzi per il governo dei percorsi con accesso dal territorio	- Azioni mirate per l'integrazione dei professionisti coinvolti, il raccordo con i MMG-AFT, definizione necessità formative e formazione - Proposta di indirizzi per il governo dei percorsi con accesso dal territorio	- Numero di AFT coinvolte nel processo di diffusione degli assetti organizzativi - Aggiornamento indirizzi regionali sui percorsi
Verifica e monitoraggio strumenti di valutazione (modulistica dedicata e algoritmi), della successione ed integrazione dei diversi interventi e dell'utilizzo delle varie tipologie di setting in funzione delle condizioni cliniche e sociali della persona;	- Monitoraggio annuale e valutazione esiti	- Monitoraggio utilizzo strumenti valutazione - Verifica percorsi dei pazienti a seguito valutazioni ACOT: report attività	- Utilizzo strumenti dedicati di valutazione a livello zonale = 100%

Costituzione tavolo permanente con referenti ACOT per il governo condiviso delle attività e delle criticità	- Coordinamento tavolo e definizione obiettivi	- Partecipazione referenti - Sviluppo e organizzazione azioni per costituzione rete - Individuazione procedure e modalità operative quanto più possibile omogenee e condivise per ACOT	- Formalizzazione del tavolo
--	--	--	------------------------------

Indicatori già previsti nel piano

Indicatori relativi all'obiettivo specifico n.4 e n.15 (pag. 223 e pag.225 PSSIR 2018-2020)