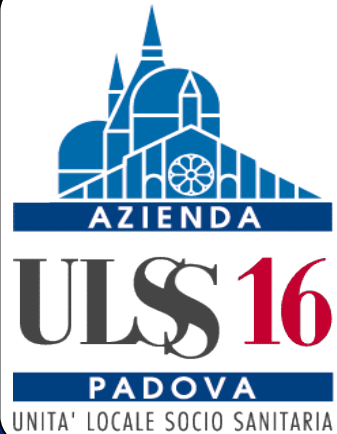


L'esperienza dell'ULSS 16 del Veneto nella Continuità Assistenziale

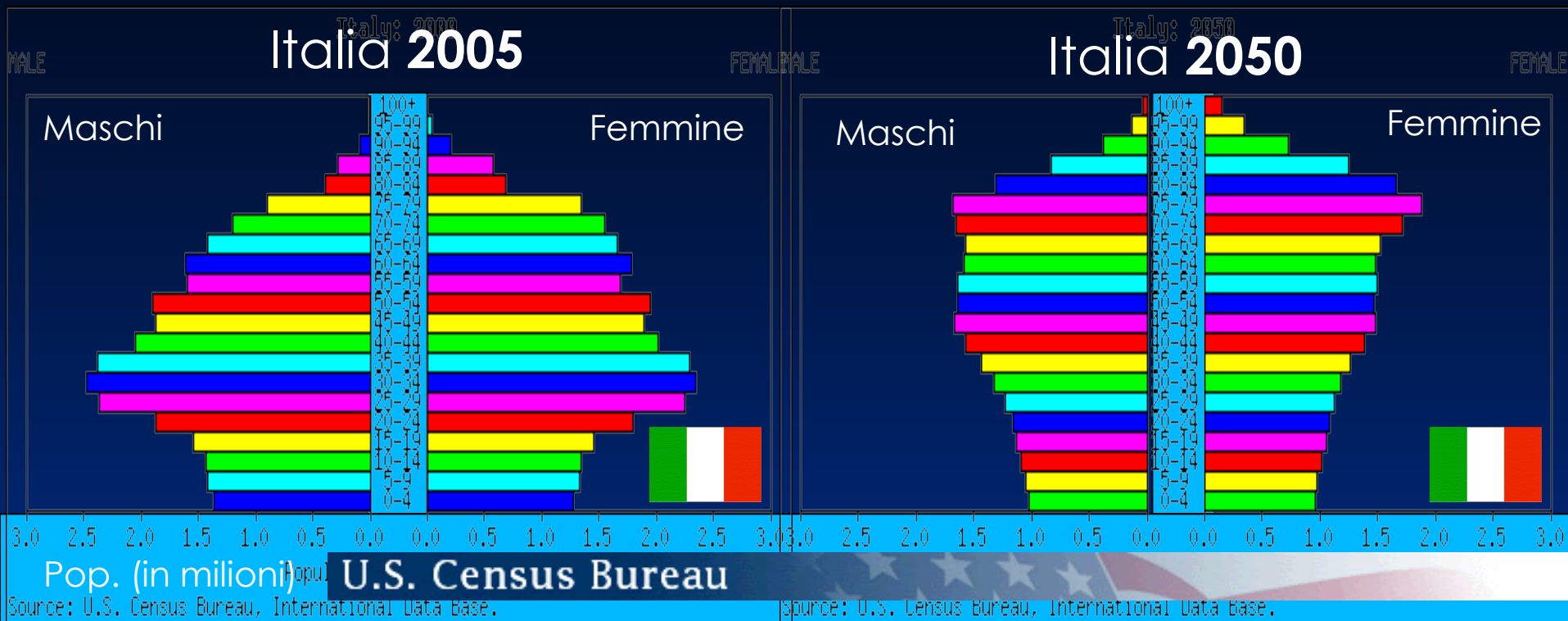


dott. Daniele Donato
ULSS 16 – Padova
Regione Veneto

27 giugno 2008 - Preceniccio

Premesse-1

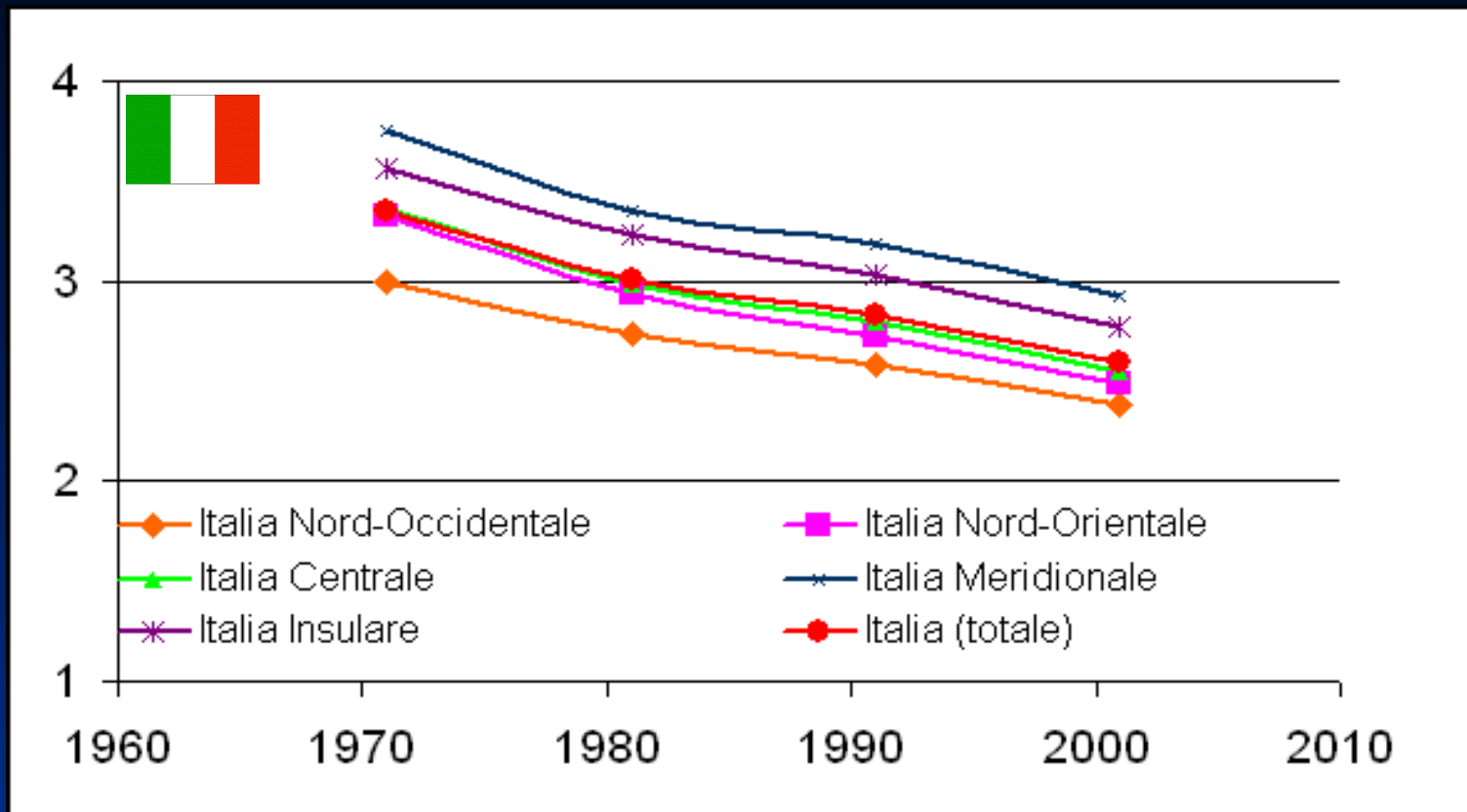
Transizione Demografica



Premesse-2

Transizione sociale

Numero medio di componenti per famiglia in Italia





REGIONE DEL VENETO

21 Aziende ULSS
2 Aziende Ospedaliere
7 Province



Azienda ULSS 16

Popolazione: > 400.000 ab.
(Circa il **20%** > 65 anni)

Direttore Generale:

Fortunato Rao

Direttore Sanitario:

Daniele Donato

Direttore Amministrativo:

Giovanbattista De Dominicis

Direttore Servizi Sociali:

Francesco Costantin

La rete dei Servizi per l'Anziano



3 Centri diurni:

Totale 100 posti

2 Hospice

Tot. 19 posti letto

**Ospitalità
temporanea**

**Assistenza
domiciliare
integrata**

**Residenze Anziani
Non Autosufficienti**

1929 posti letto

**Struttura
intermedia**

60 posti letto

**Nucleo Stati
vegetativi**

22 posti letto

**Privato pre-
accreditato**

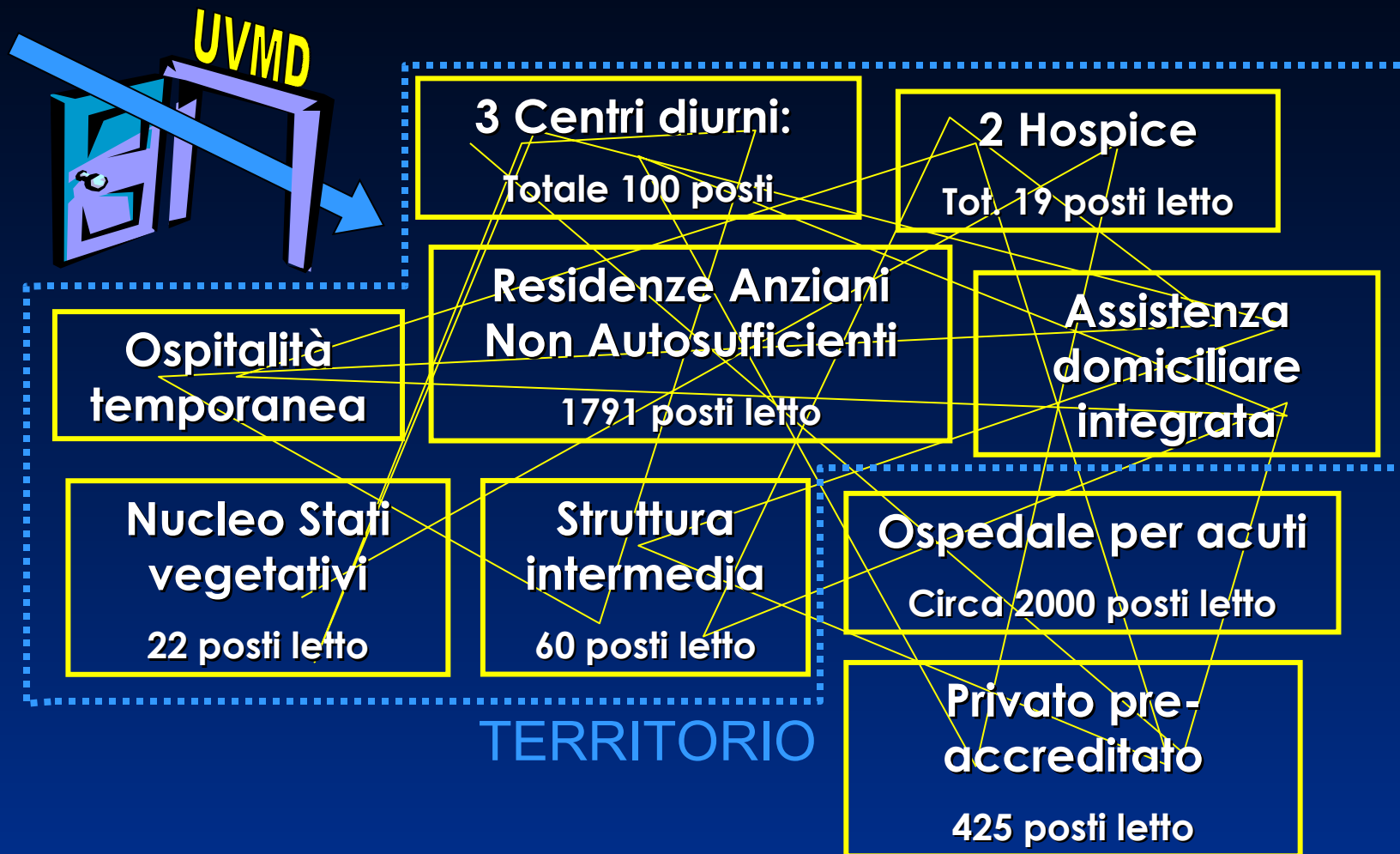
425 posti letto

Ospedale per acuti

Circa 2000 posti letto

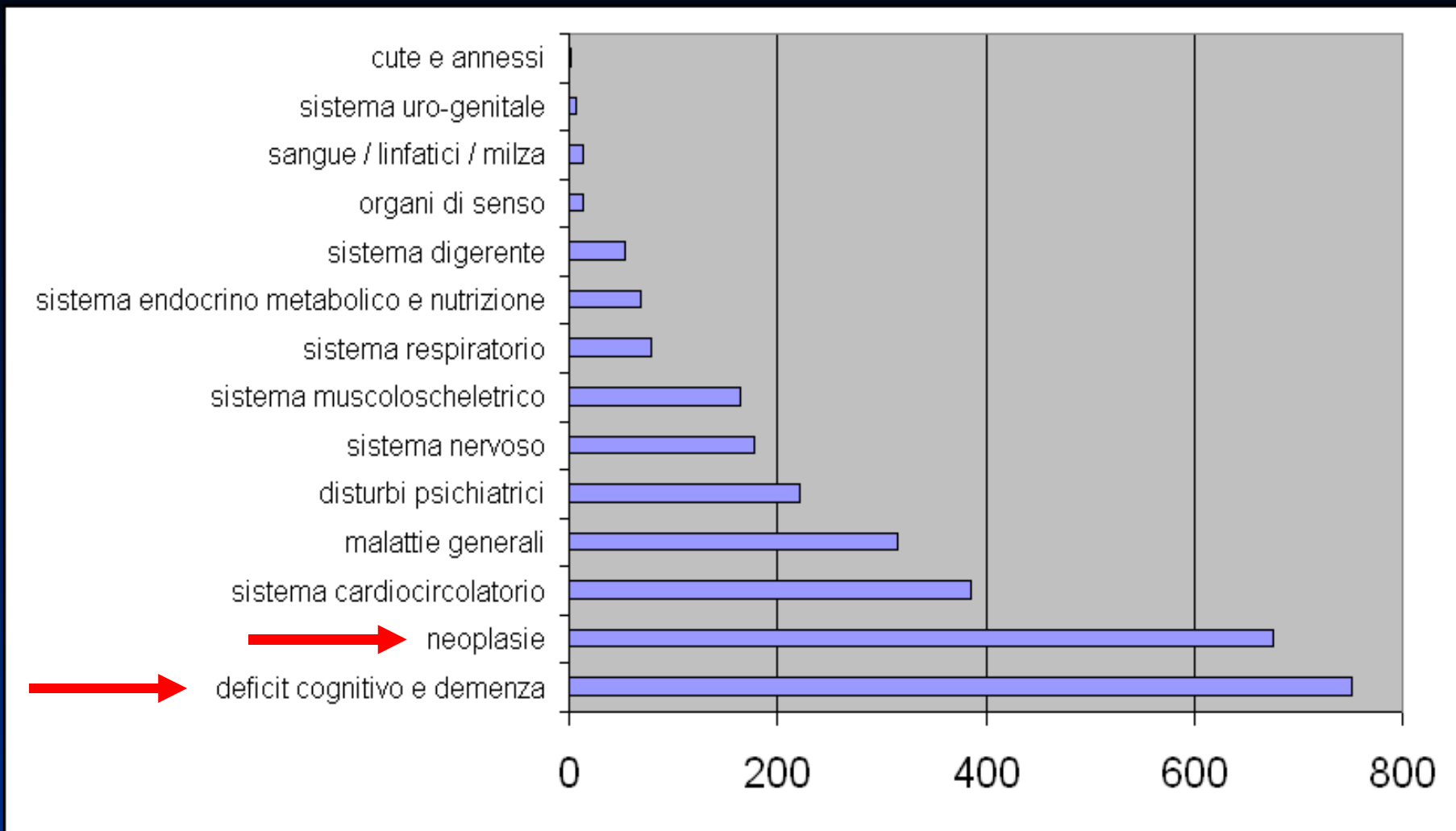


Bisogni di assistenza

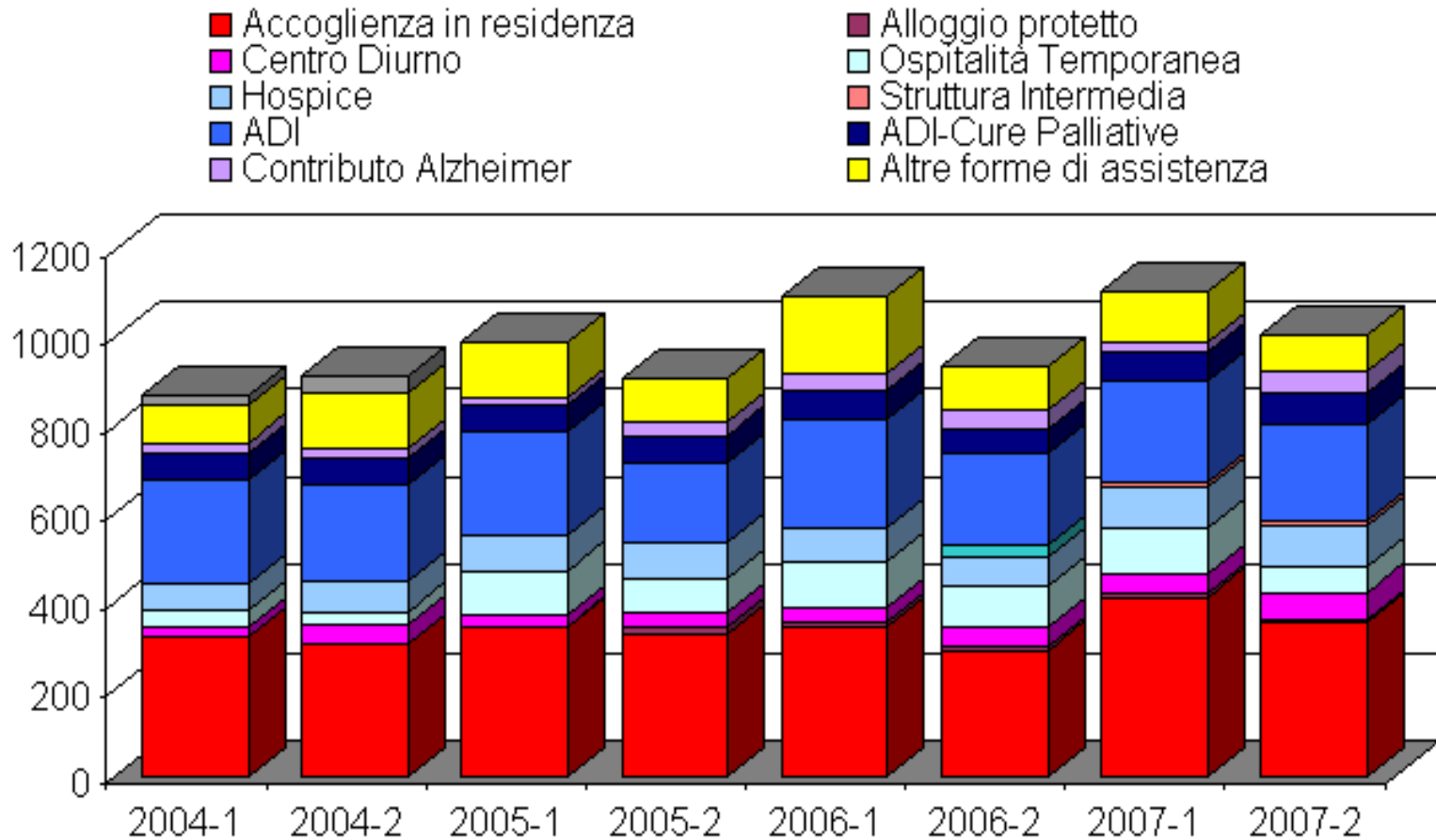


- © **valutare** in modo multidimensionale i bisogni sanitari, sociali, o sociosanitari complessi
- © **concordare le strategie** assistenziali fra diversi servizi anche nei casi in cui si riconosce che la rete dei servizi offre poche risorse adeguate per il bisogno
- © **verificare** i progetti assistenziali: costituisce parte integrante di ogni valutazione U.V.M.D. la programmazione della successiva U.V.M.D. di verifica (“al bisogno” nei casi stabilizzati; definendo una data precisa quando sia prevedibile una evoluzione dei bisogni.

Diagnosi Principale emersa in U.V.M.D



Progetto principale proposto in corso di UVMD di attivazione per semestre dal 2004 al 2007



NUOVI BISOGNI della persona anziana



- Triage Socio-Sanitario
- Struttura Intermedia
- Assistenza domiciliare
- Residenzialità temporanea
- Residenzialità temporanea Alzheimer
- Hospice
- Nucleo Stati Vegetativi
- Nucleo Alta Intensità Sanitaria (NAIS)

Triage Socio-Sanitario

PROBLEMA

- Frequente accesso al Pronto Soccorso del grande anziano con pluripatologia.
- La maggior parte dei problemi che porta alla richiesta di prestazione sanitaria è la riacutizzazione di una patologia cronica
- Questi pazienti vengono spesso etichettati come “codici bianchi” perché accedono al PS inappropriatamente,
- In alcuni casi, per la complessità socio-sanitaria della situazione vengono ricoverati
- Entrano così in un percorso a volte inappropriato di approfondimenti diagnostici che ne prolungano il ricovero, ne peggiorano il grado di autosufficienza e, in alcuni casi, ne rendono impossibile il rientro nell'ambiente sociale da cui provenivano.

CODICE ROSSO

Sono i casi più gravi, con pericolo di vita imminente. Il Pronto Soccorso blocca la propria attività e si prepara a ricevere il paziente aggraviando l'ambulatorio e i maggiori tecnologie disponibili. Per arrivare gli altri pazienti la stessa viene accesa l'insegna "Emergenza in corso".



ROTER KODEX

Kennzeichen für die dringenden Fälle, bei denen Lebensgefahr besteht. Das Personal der Erst- und Hilfe-Station unterbricht die Routine-Arbeit und übernimmt sofort diesen Patienten, der unverzüglich in den Schockraum gebracht wird. Die wartenden Patienten werden mittels Leuchtschild "Wartet für Gefahr" auf diesen Zustand hingewiesen.

CODICE GIALLO

Viene accettato ai pazienti con lesioni gravi, per i quali possono presentarsi l'ipotensione, il non delle grandi funzioni vitali (respiratoria, cardiocircolatoria, renale). Il personale del Pronto Soccorso si prepara per ridurre al minimo i tempi di attesa.



GELBER KODEX

Wird Patienten mit schweren Verletzungen oder Krankheiten zugewiesen, welche die Bestandsleistung einer der 5 wichtigsten Lebensfunktionen (Atmung, Herz-Kreislauf- und Nervensystem) zur Folge haben. Die Wartezeit wird dabei so kurz wie möglich gehalten.

CODICE VERDE

Sono i casi non gravi, il paziente non è in pericolo di vita e viene accettato dopo i casi più urgenti.



GRÜNER KODEX

Wird jenen Patienten zugewiesen, welche mit kritischen Verletzungen und mit nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen in die Ersten-Hilfe-Station kommen. Hierbei kann die Wartezeit länger dauern.

CODICE BIANCO

Sono i casi meno gravi. Generalmente si tratta di situazioni che dovrebbero essere risolte dal medico di famiglia. I pazienti vengono comunque accolti ma solo dopo che il personale ha risolto i casi più urgenti.



WEISSER KODEX

Es handelt sich dabei um Fälle, die keine Dringlichkeit aufweisen und die nicht vom Hausarzt gelöst werden sollten. Diese Patienten werden von Schichtende, wenn alle dringenden Fälle behandelt sind.

Bisogno: Necessità di risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, **all'accesso in PS**

Bisogno: Necessità di risposta ai bisogni socio-sanitari complessi

Triage Socio-Sanitario

| | | |
|--|---|---|
| CODICE ROSSO Sono i casi più gravi, con pericolo di vita. Includono il Pronto Soccorso bloccato in preattesa e si preleva a favore il paziente appartenente l'ambulatorio a maggior tecnologia disponibile. Per arrivare gli altri pazienti si attende senza accesa l'assistenza "interamente in corso". |  | ROTTER KODEX Kritischsten für die dringenden Fälle, bei denen Lebensgefahr besteht. Das Personal der Ersten Hilfe. Sonders anreicht die Reaktionszeit wird übernommen oder diesen Patienten, die am weitesten in den Schockraum gebracht wird. Die wartenden Patienten werden mittel. In abschließend "Warten im Gang" auf diesen Zustand überwachen. |
| CODICE GIALLO Viene accettato ai pazienti con lesioni gravi, per i quali possono presentarsi l'evoluzione di una delle grandi funzioni vitali (respiratoria, circolatoria, nervosa). Il personale del Pronto Soccorso si preleva per ridurre al minimo i tempi di attesa. |  | GELBER KODEX Wird Patienten mit schweren Verletzungen oder Krankheiten aufgenommen, welche die Bestimmung einer der 5 wichtigsten Lebensfunktionen (Atmung, Herz-Kreislauf- und Nervensystem) zur Folge haben. Die Wartezeit wird dabei so kurz wie möglich gehalten. |
| CODICE VERDE Sono i casi non difficili. Il paziente non è in pericolo di vita e viene accettato dopo i casi più urgenti. |  | GRÜNER KODEX Wird jenen Patienten aufgenommen, welche mit kritischen Veränderungen der mit mehr lebensbedrohlichen Erkrankungen in die Ersten Hilfe-Straße kommen. Hierbei kann die Wartezeit länger dauern. |
| CODICE BIANCO Sono i casi meno gravi. Generalmente si tratta di pazienti che vengono accolti in ambulatorio, in famiglia, i pazienti vengono comunque assistiti ma solo dopo che il personale ha risolto i casi più urgenti. |  | WEISSER KODEX Es handelt sich dabei um Fälle, die keine Dringlichkeit besitzen und eigentlich vom Hausarzt gelöst werden sollten. - Patienten werden von Schichtende, wenn alle dringenden, Fälle abgeklärt sind. |

La sperimentazione di un percorso triage socio-sanitario che ha l'obiettivo:

- di valutare "in ingresso", sotto il profilo socio-sanitario, le persone anziane che si rivolgono al pronto soccorso (sperimentazione di un "trriage socio-sanitario");
- di individuare, con la consulenza di un medico geriatra e di un'equipe multiprofessionale (infermiere e assistente sociale) i bisogni di salute ed i percorsi e le risposte più appropriate per la gestione della fase di "urgenza" (diversificazione della risposta);
- di orientare e sostenere l'anziano e la famiglia nell'accesso ai servizi sanitari territoriali (ADI, ambulatorio integrato...); - di segnalare tempestivamente le situazioni di "fragilità" ai competenti servizi territoriali.

Triage Socio-Sanitario

CODICE ROSSO
Sono i casi più gravi, con pericolo di vita immediato. Il Pronto Soccorso blocca le prestazioni e si prepara a ricevere il paziente, attivando l'ambulatorio e la maggior tecnologia disponibile. Per arrivare gli altri pazienti in attesa viene accesa l'insegna "Intenzione in corso".

ROTER KODEX
Kennzeichen für die dringenden Fälle, bei denen Lebensgefahr besteht. Das Personal der Ersten Hilfe-Straße zureichende Reaktionszeit wird übernommen (oder diesen Patienten, die unversorglich in den Schockraum gebracht wird. Die wartenden Patienten werden mit der Leuchttafel "Notfall im Gange" auf diesen Zustand hingewiesen.

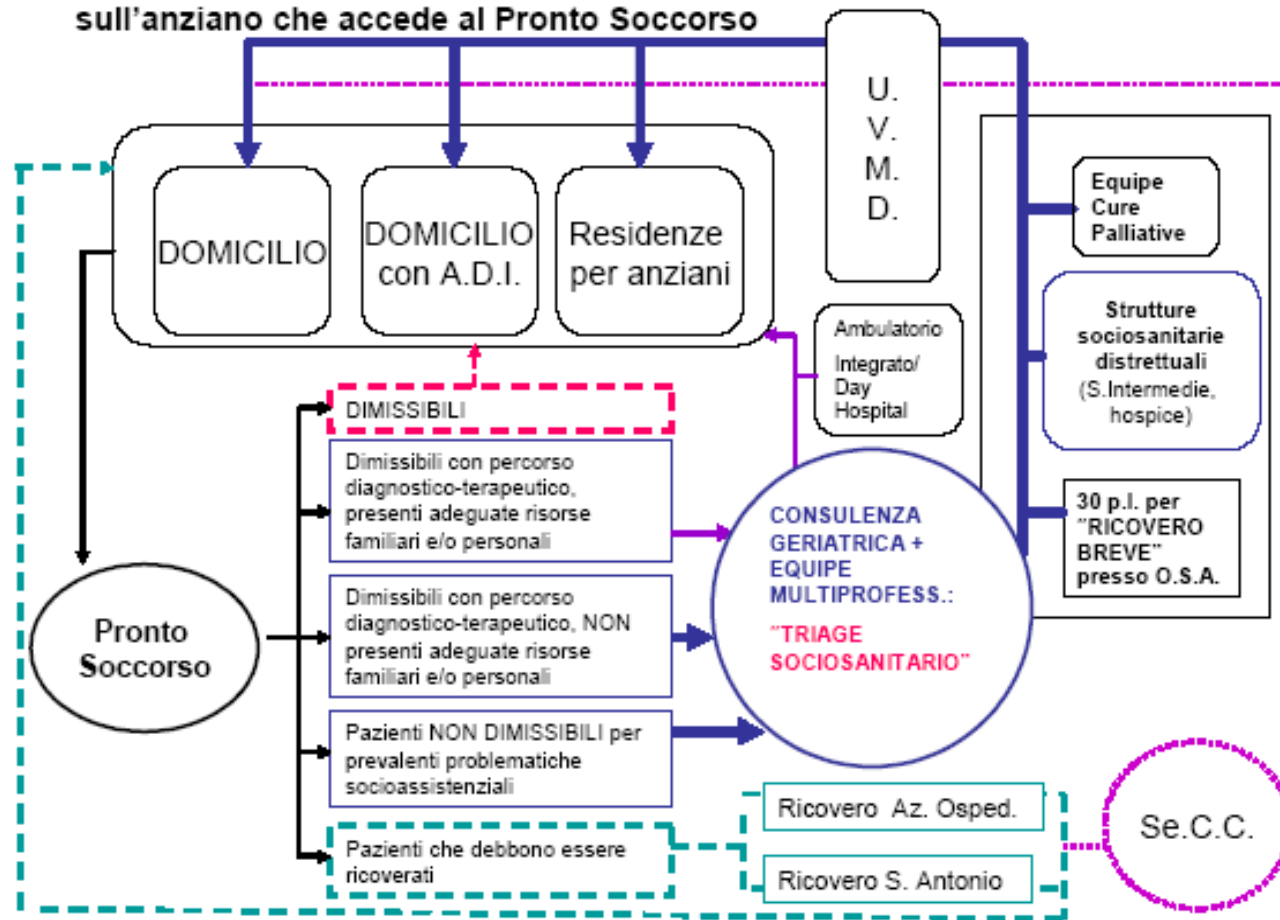
CODICE GIALLO
Non è accettato al pronto soccorso, gravi, per i quali può essere prevista l'elaborazione di una delle 7 grandi funzioni vitali (respiratoria, circolatoria, renale, funzionale vitale) (respirazione, circolazione, funzione vitale). Il Pronto Soccorso si prepara di nuovo.

GELBER KODEX
Wird Patienten mit schweren Verletzungen oder Krankheiten zugewiesen, welche die Bestimmungsgang einer der 7 wichtigsten Lebensfunktionen (Atmung, Herz-Kreislauf- und Nervensystem) zur Folge haben. Die Wartezeit wird dabei so kurz wie möglich gehalten.

GRÜNER KODEX
Wird jenen Patienten zugewiesen, welche mit leichten Verletzungen und mit milden lebensbedrohlichen Erkrankungszuständen in die Ersten-Hilfe-Station kommen. Hierbei kann die Wartezeit länger dauern.

WEISSER KODEX
Es handelt sich dabei um Fälle, die keine Dringlichkeit aufweisen und eigentlich vom Hausarzt gelöst werden sollten. Diese Patienten werden von der Schicht, wenn alle dringenden Fälle abgeklärt sind.

Sperimentazione del "trriage sociosanitario" sull'anziano che accede al Pronto Soccorso



Bisogno: Necessità di supporto al momento della **dimissione** dall'Ospedale per acuti

Nuovi Servizi

- **60** posti letto
- Attivata il 6 Dicembre **2002**
- Situata a Padova, all'interno di locali messi a disposizione dall'O.I.C. (Fondazione Opera Immacolata Concezione),

Struttura Intermedia (S.I.): Struttura di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare sia pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero funzionale, sia pazienti provenienti dal territorio per i quali il medico di medicina generale richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie.

Bisogno: Necessità di supporto al momento della **dimissione** dall'Ospedale per acuti

Nuovi Servizi

Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi, stabiliti dal DPR 14 gennaio 1997 e dalla DGRV N°44/CR del 6 Maggio 2002.

Personale medico: Geriatri (UO di Geriatria), Medici di continuità assistenziale, Medici di Medicina Generale + 1 dirigente medico del DSS n°1 (responsabilità igienistica, organizzativa e gestionale e gestione delle liste di attesa).

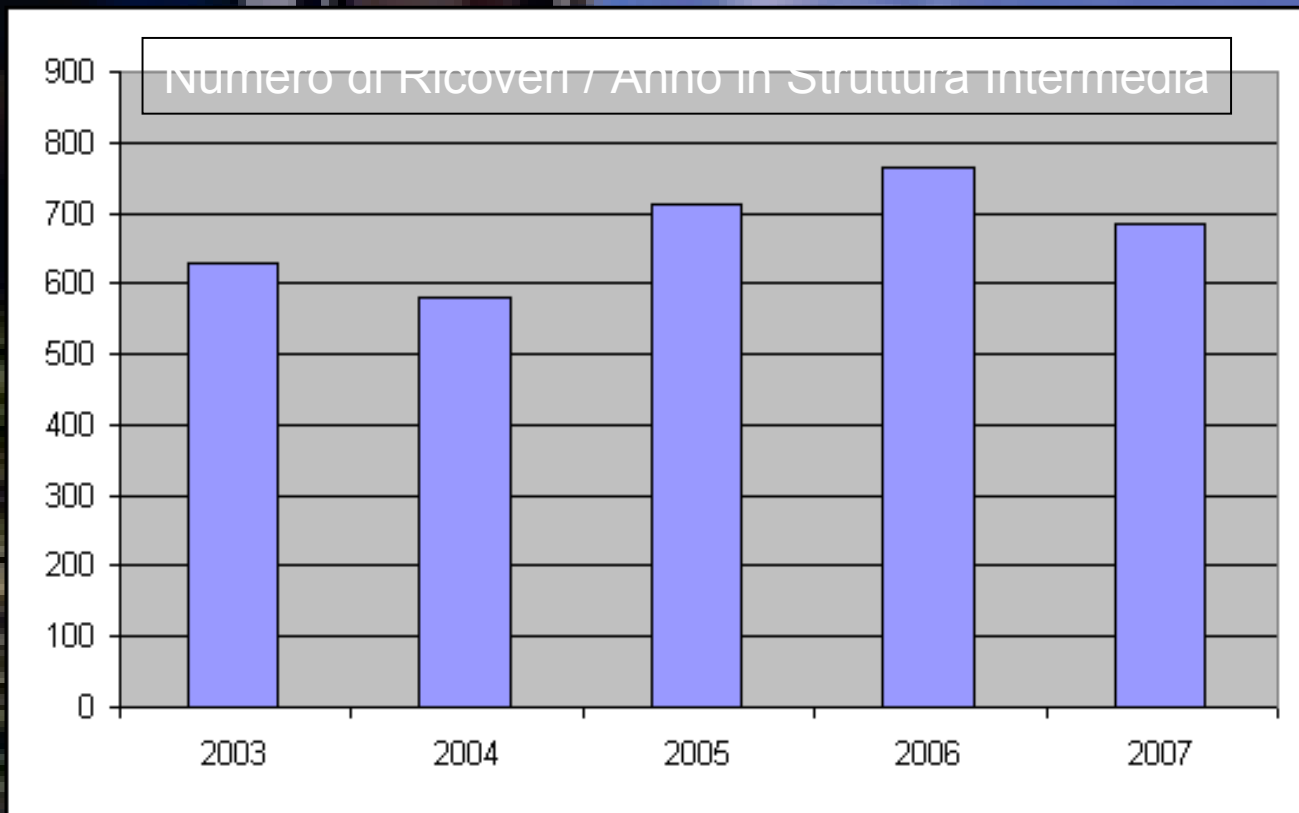
Personale non medico: 1 coordinatore del Servizio Infermieristico Aziendale + personale infermieristico, OSS/OSA, Fisioterapisti.

Fornitura dei farmaci e dei presidi tramite il Dipartimento Farmaceutico dell'ULSS con il protocollo già in vigore per le Residenze Protette.

Convenzione con Opera Immacolata Concezione onlus (spazi / personale / ecc...)

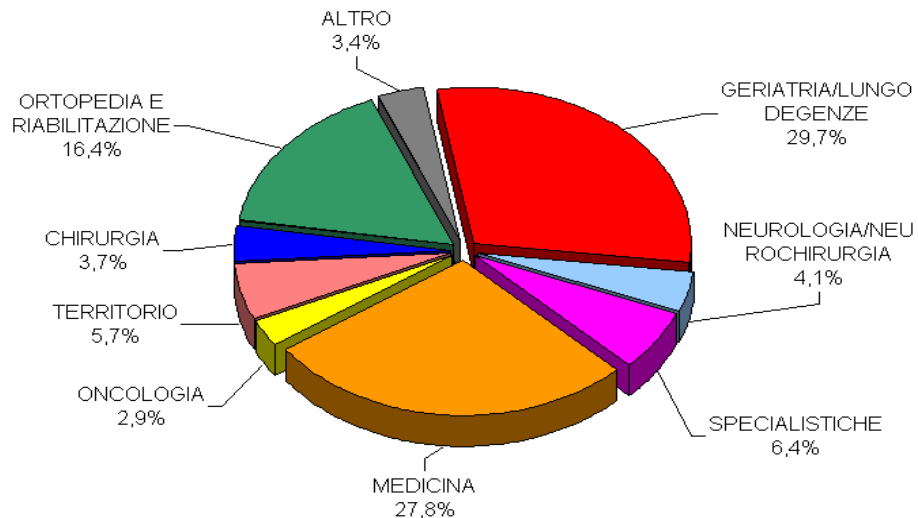
Nuovi Servizi

Struttura Intermedia

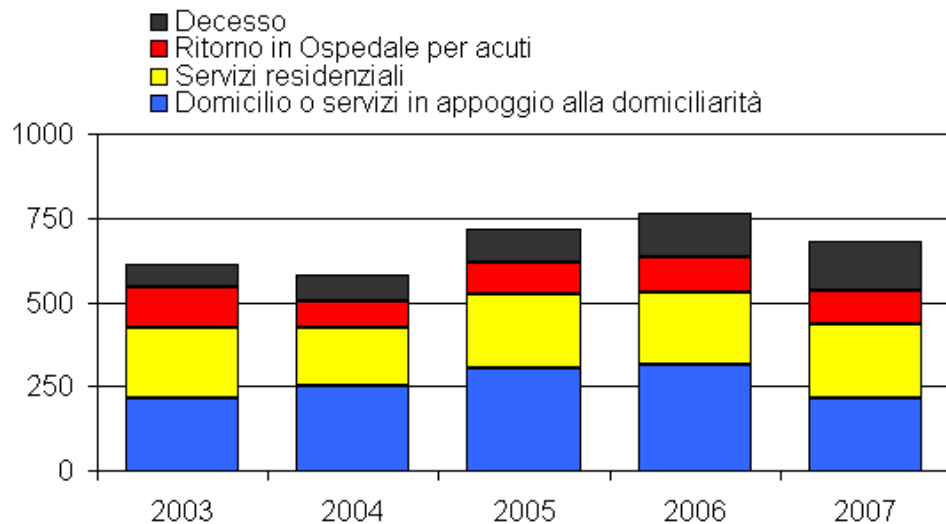


Nuovi Servizi

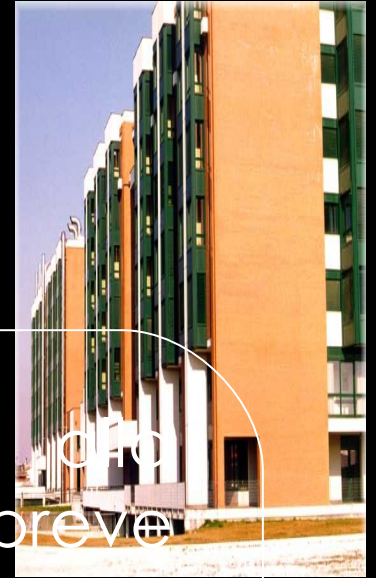
Provenienza degli Utenti della SI nel 2007



Dimissioni dalla struttura intermedia



Residenzialità Temporanea:



- ◆ È un tipo di servizio, in appoggio alla domiciliarità, che prevede una breve permanenza dell'anziano in strutture residenziali per anziani allo scopo di eseguire un trattamento riabilitativo, o per sollevare temporaneamente la famiglia dall'impegno assistenziale.
- ◆ Si accede tramite UVMD.
- ◆ Pagamento di retta alberghiera.

Bisogno: Necessità di dare sollievo ai care-giver a domicilio

Nuovi Servizi

Accoglienze, di natura temporanea, sia in strutture residenziali che semiresidenziali, destinate alle persone non autosufficienti assistite a domicilio, allo scopo di affrontare problematiche contingenti della famiglia che accoglie l'anziano.

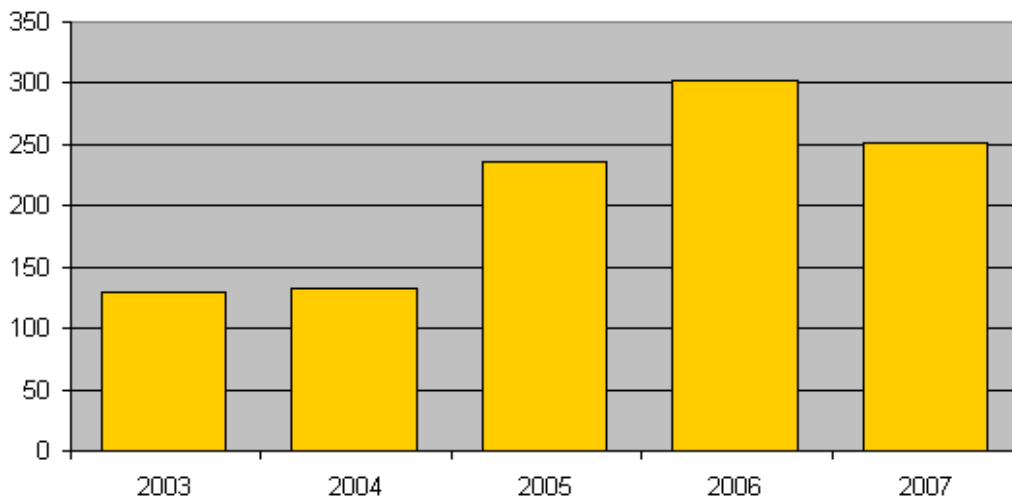
Per accedere al servizio la persona o la famiglia in difficoltà si rivolge al Punto Unico del distretto, al medico di famiglia o all'assistente sociale comunale;

Come per l'inserimento in struttura residenziale, l'UVMD propone l'intervento e applica i criteri di priorità.

Ricoveri Temporanei

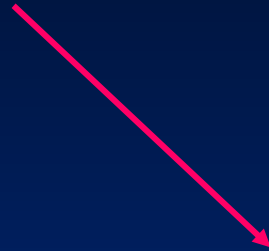


Progetti di Soggiorno Temporaneo (UVMD)



Servizi in appoggio alla Domiciliarità

- Residenzialità Temporanea
- Struttura Intermedia
- Centro Diurno
- Hospice



Sollievo alla Famiglia

Orientamento al ritorno **a casa**



Assistenza Domiciliare



Spettro diverso di servizi gratuiti forniti a domicilio da ULSS e comuni e differenziati a seconda delle esigenze del cittadino:

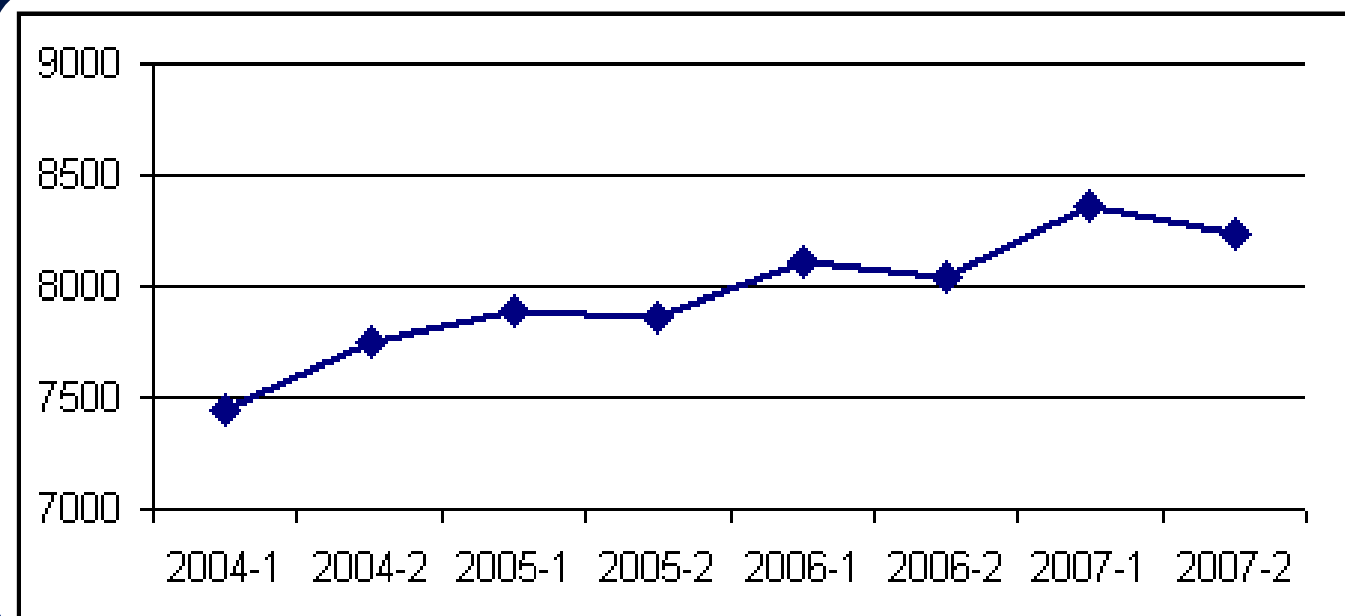
- ASSISTENZA DOMICILIARE
- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA:
 - *SOCIO-SANITARIA*
 - *INFERMIERISTICA*
 - *RIABILITATIVA*
 - *ADIMED*

Si accede tramite UVMD o comunque su autorizzazione da parte del distretto socio sanitario.

Assistenza Domiciliare



Numero utenti in assistenza domiciliare per semestre, negli anni 2004, 2005, 2006 e 2007



Bisogno:

Necessità di cure palliative a domicilio

ADI Cure Palliative



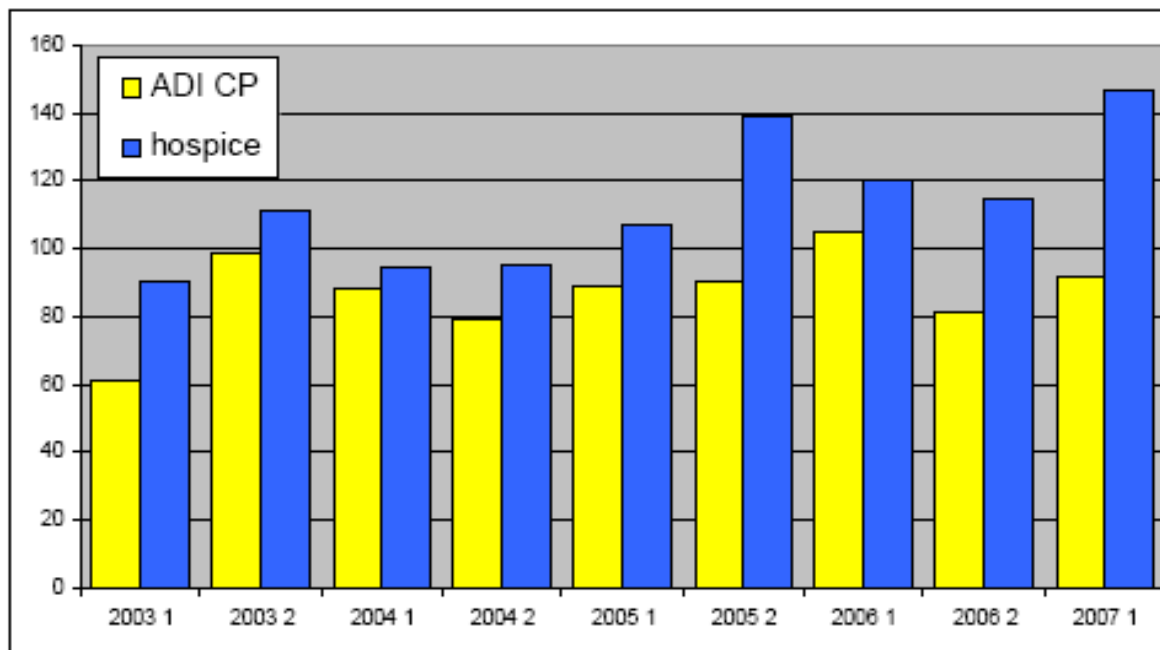
- Particolare regime di assistenza domiciliare integrata per pazienti in cure palliative, gestibili a domicilio.
- La terapia antidolorifica e di supporto viene effettuata nell'abitazione del malato.
- Accesso gratuito tramite UVMD

Bisogno:
Necessità di cure palliative a domicilio

ADI Cure Palliative



Numero di UVMD nei distretti dell'ULSS 16, con progetto nell'ambito delle cure di fine vita (ADI-Cure Palliative ed Hospice)



Bisogno: Necessità di cure palliative non gestibili a domicilio

Nuovi Servizi

Struttura per malati terminali, con necessità di cure palliative e non gestibili a domicilio. Le cure hanno l'obiettivo di migliorare il più possibile la qualità della vita, sia con l'adeguamento dell'ambiente ai bisogni del degente, che tramite un valido sostegno psicologico diretto al paziente e ai suoi familiari; le cure mediche, l'assistenza infermieristica, psicologica, riabilitativa e alberghiera sono fornite dalla sinergia tra pubblico e privato. Il programma d'intervento per ogni paziente ricoverato è stabilito settimanalmente dell'intera équipe.

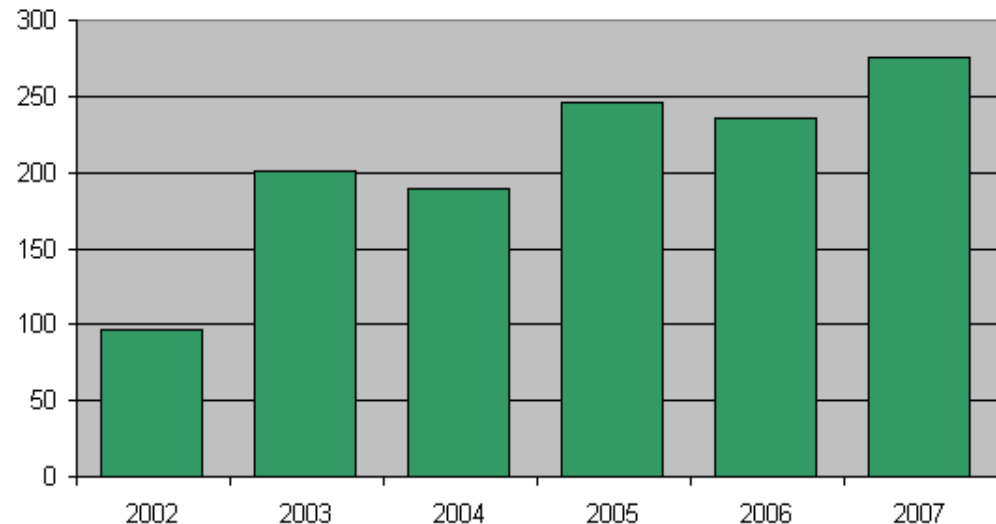
- 2 Strutture, per un totale di 19 posti letto
- Servizi presenti a partire dal 2002

Nuovi Servizi

- Il lavoro dell'Hospice è fortemente integrato con quello dell'equipe che eroga le cure palliative domiciliari.
- Il progetto di ingresso in Hospice viene deciso in UVMD dalle varie figure. Esistono procedure semplificate per ammissioni "in urgenza" (no burocrazia!).
- Settimanalmente è previsto un audit clinico (scheda STAS)

Hospice

Progetti di Ingresso in Hospice (UVMD)



Centri Diurni (semiresidenzialità):



Servizio di accoglienza a carattere diurno con attività :

- SANITARIE
- SOCIALI
- ASSISTENZIALI
- RIABILITATIVE

Realtà di tipo innovativo, destinata ad anziani con diversi livelli di dipendenza. che fornisce un sostegno alle famiglie.

Prevede il pagamento di una retta giornaliera.

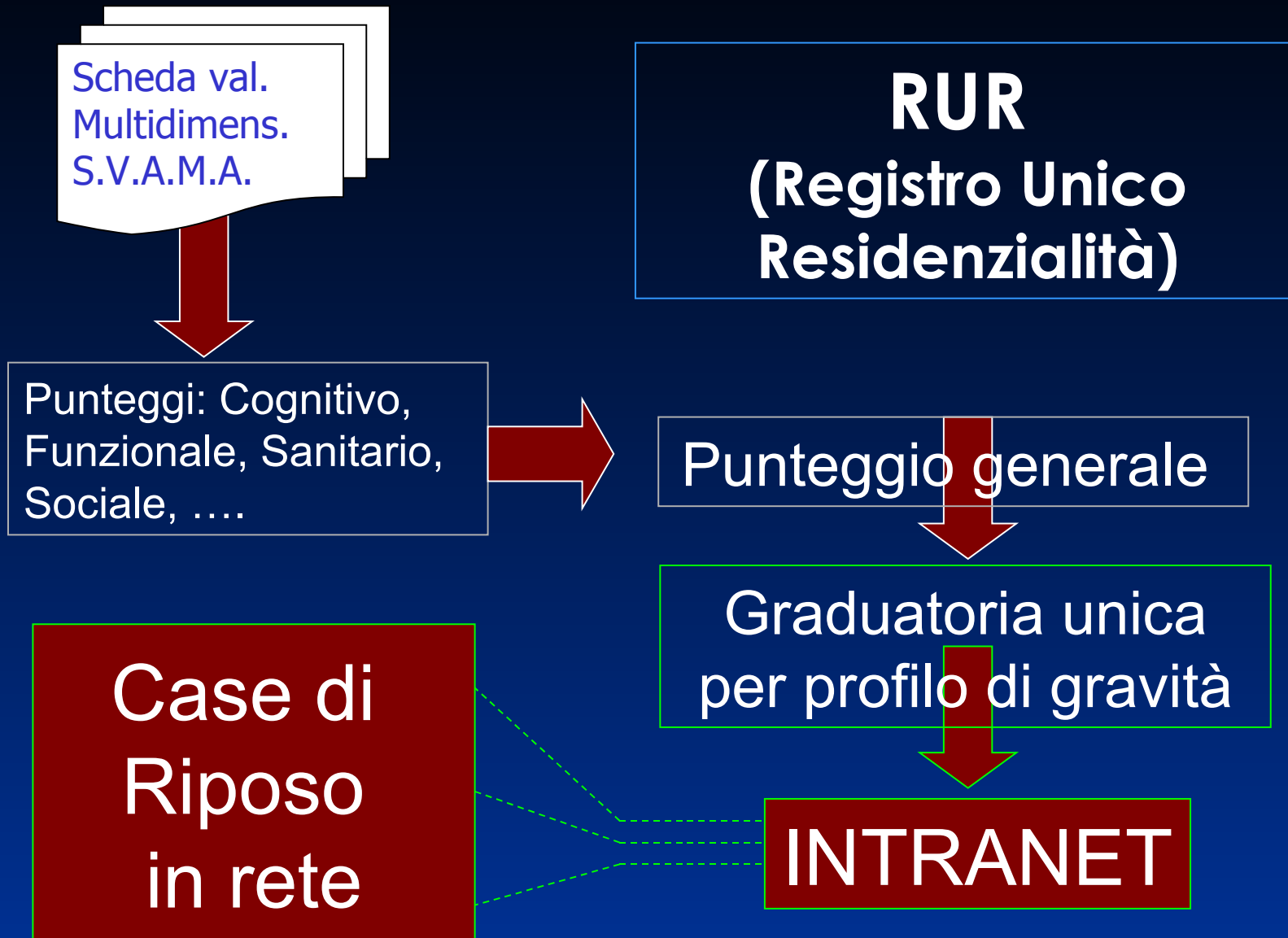
Residenzialità:



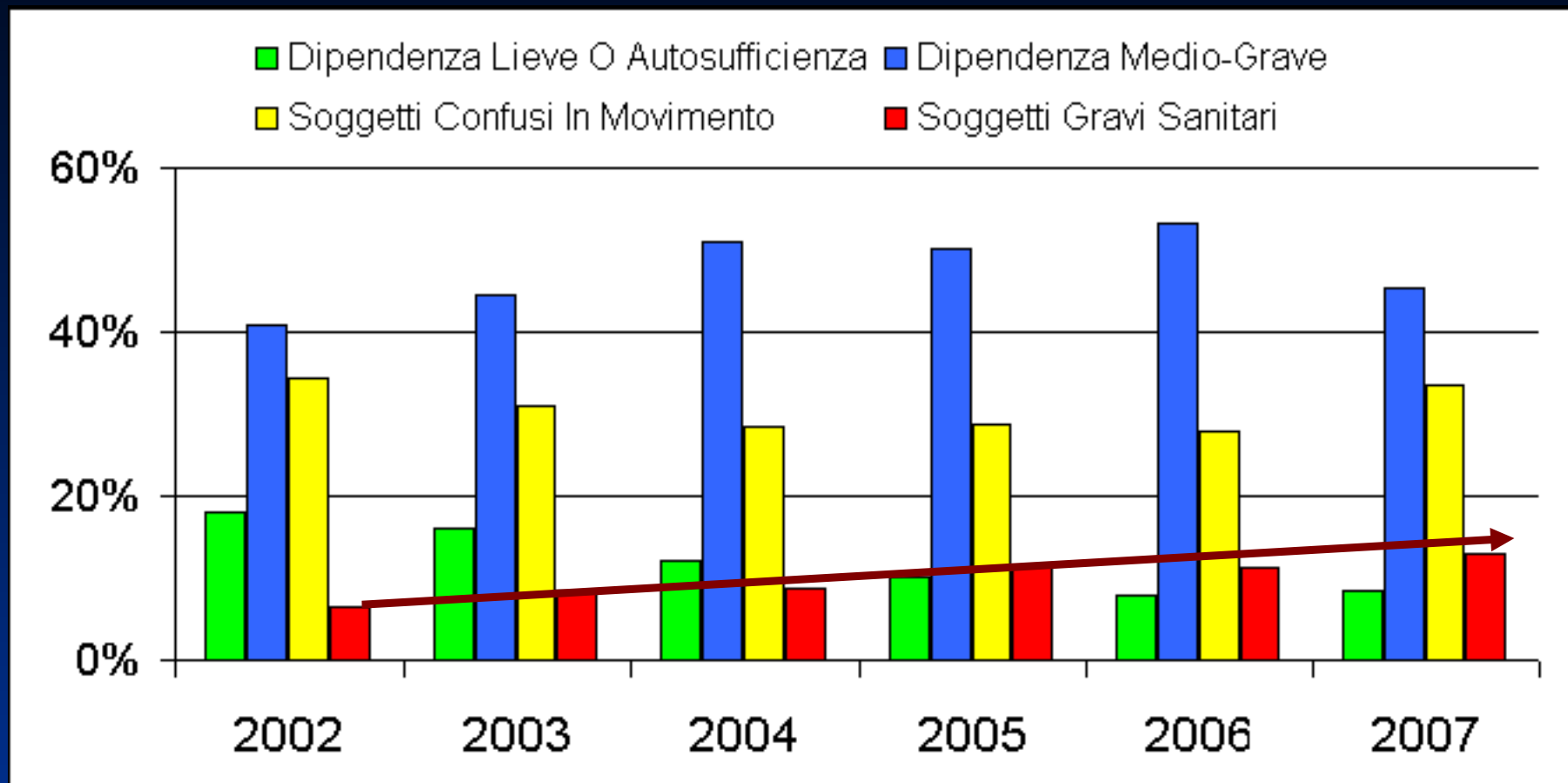
- ◆ Residenze per Anziani Autosufficienti
- ◆ Residenze per Anziani Non Autosufficienti
 - ◆ Intensità Minima-Ridotta
 - ◆ Intensità Media
- ◆ Nuclei specializzati:
 - ◆ Alta Intensità
 - ◆ Alzheimer
 - ◆ ...

Modalità di Accesso a Residenzialità

Necessità Accesso prioritario per le situazioni più complesse



Suddivisione per Profilo Assistenziale delle U.V.M.D con progetto di ingresso in struttura residenziale



Aumento nel tempo dei casi GRAVI SANITARI

Bisogno: Necessità di cure ad alta intensità sanitaria in RSA

Nuovi Servizi

Nuclei Alta Intensità Sanitaria (NAIS)

- Tipologia di Nucleo introdotta con l'obiettivo di fronteggiare necessità assistenziali e sanitarie complesse e di ridurre il ricorso a ricoveri impropri.
- Necessario per la crescente domanda di dimissione dalle strutture sanitarie di pazienti anziani non ancora stabilizzati, con importanti co-morbilità, o che necessitano di assidui controlli sanitari anche a causa di tracheotomie, PEG, ossigeno terapia, ventilatori meccanici, ecc.

Importante
comorbilità,
Tracheostomia
PEG,
Ossigenoterapia a
lungo termine,
Ventilazione
meccanica

- L'assistito provvede ad una quota giornaliera di 14,50 € a parziale copertura della quota alberghiera.
- Tale somma è inferiore all'importo mensile di accompagnamento

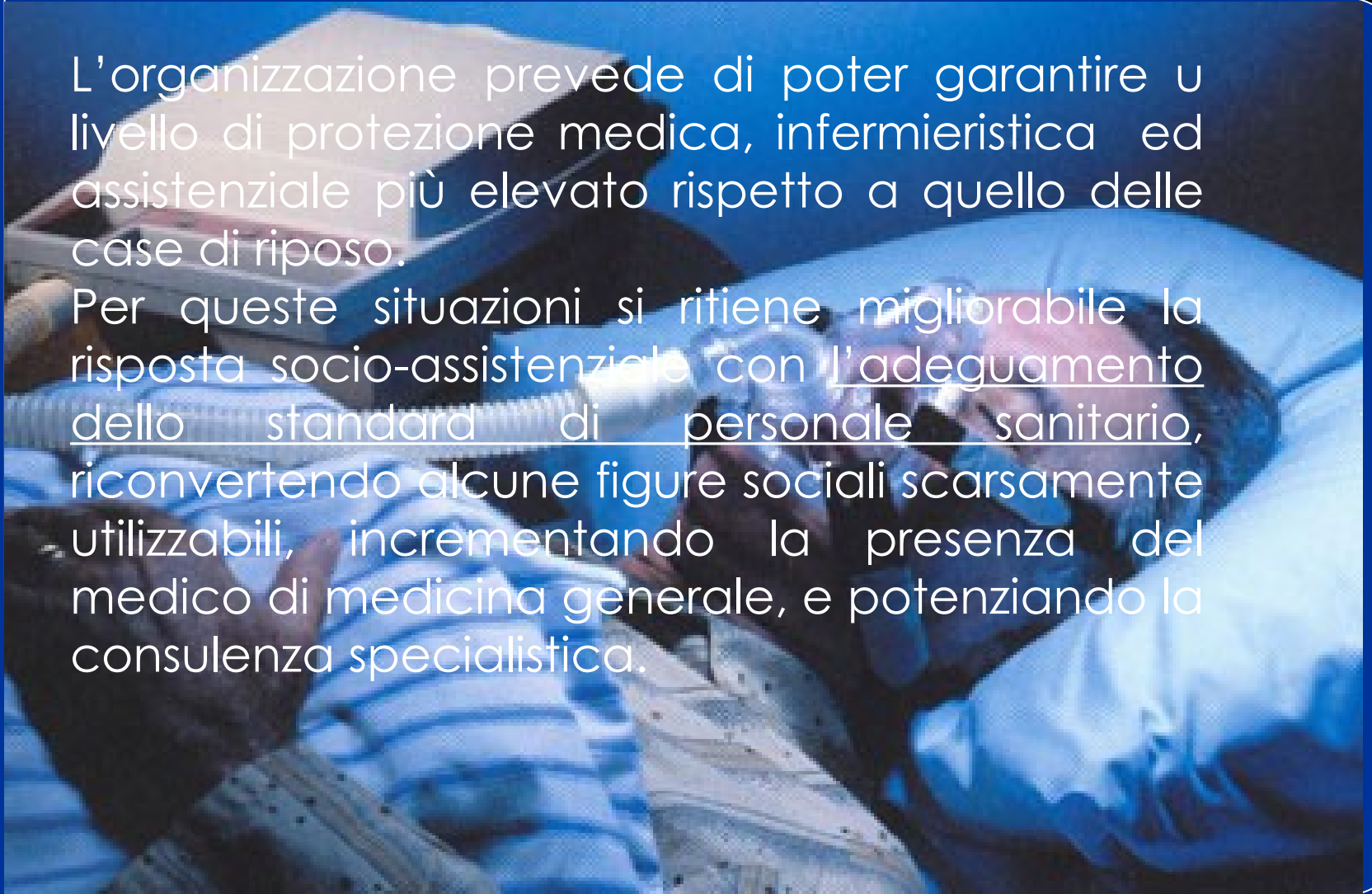
Bisogno: Necessità di cure ad alta intensità sanitaria in RSA

Nuovi Servizi

Nuclei Alta Intensità Sanitaria (NAIS)

L'organizzazione prevede di poter garantire un livello di protezione medica, infermieristica ed assistenziale più elevato rispetto a quello delle case di riposo.

Per queste situazioni si ritiene migliorabile la risposta socio-assistenziale con l'adeguamento dello standard di personale sanitario, riconvertendo alcune figure sociali scarsamente utilizzabili, incrementando la presenza del medico di medicina generale, e potenziando la consulenza specialistica.



Nuovi Servizi

Generalmente pazienti in stato vegetativo sono assistiti con varie modalità: una parte di loro rimane ospitata, anche per lungo tempo, nei reparti ospedalieri per acuti, una parte viene assistita a domicilio con il supporto della assistenza domiciliare, ed un numero crescente viene ospitato dalle sezioni per pazienti non autosufficienti delle case di riposo o nelle RSA, anche se questi pazienti richiedono un profilo assistenziale molto elevato. Nel nucleo rivolto alle persone in S.V. sono accolti soggetti, soprattutto in stato post-anossico da 1-5 anni, dopo specifica valutazione medica.

22 posti letto

Attivato nel Settembre 2003

Situato a Padova, in locali messi a disposizione dall'O.I.C.



Nuovi Servizi

Bisogno: sostegno ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie

Casa Madre Teresa di Calcutta



Centro Polifunzionale di accoglienza e assistenza ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie

Ammissione tramite UVMD

20 posti Centro Diurno Riabilitativo (demenza lieve-moderata)

20 posti Centro Diurno Assistenziale (demenza moderata-grave)

Posti per Residenzialità Temporanea

Conclusioni

- Nell'ultimo quinquennio L'ULSS 16 ha sviluppato una serie di iniziative, in ambiti diversi (ospedale, territorio) mettendo **l'anziano fragile** al centro della rete dei servizi (Progetto Anziano). Per migliorare le condizioni di salute (fisica, psichica e sociale) ed aumentare il benessere e l'autonomia degli anziani, sono state proposte e sviluppate nuove modalità organizzative
- Differenziando i propri servizi, la residenzialità e la semiresidenzialità si pongono sempre più spesso anche un prezioso appoggio ai servizi domiciliari, entrando da protagonista nella presa in carico dell'anziano all'interno di una **rete di servizi integrata**.
- Con questa filosofia sia nell'area della Domiciliarità che in quella della Residenzialità si stanno sviluppando **nuovi servizi e nuove realtà**, al fine di dare ad ogni anziano una risposta personalizzata ai suoi bisogni di salute.
- Grande risorsa per una differenziazione dei servizi sono i progetti di **collaborazione tra ente pubblico e privato sociale**