



Reggio Emilia 2009

Distretto Sanitario Imperiese

Distretto Sociale Imperiese



Il progetto : promuovere una maggior conoscenza della non autosufficienza nei familiari e nel paziente , migliorare la gestione assistenziale anche attraverso programmi di promozione e di educazione sanitaria



La non autosufficienza è il problema socio sanitario principale nell'imperiese

Gli anziani sono ca. 20000 , più del 26% della popolazione.

Il 13% della popolazione ha più di 75 anni (9600)

In alcune località montane si arriva ad una percentuale del 70 - 80% di anziani sul totale della popolazione



- Il 51% dei ricoveri ospedalieri è determinato da pazienti d'età sup ai 65 aa
- 80 ca sono annualmente le nuove domande per il FRNA (scheda AGED)
- 800 ca i pz in carico all'ADI

Attività:



Identificazione precoce dei pazienti
che richiedono pianificazione della
dimissione

Attivazione precoce dei percorsi di
presa in carico territoriale,
attraverso coinvolgimento dei
servizi socio sanitari territoriali



**-Soggetti coinvolti:
operatori sanitari (I.P. medici)
operatori sociali (ass.sociali, custodi soc)
familiari e badanti**



**-Strategie di partecipazione:
collaborazione tra Ospedale (reparti di
degenza), territorio (distretto e ADI) e
Comuni (servizi sociali) e cooperative
(Custodi socio sanitari)**



-Obiettivo: individuare i bisogni socio assistenziali dell'anziano fragile n.a. al momento del ricovero in Ospedale e programmare una rete di servizi per la sua gestione al domicilio



Strumenti utilizzati:

- Questionario di rilevazione del bisogno sociale (Brass Index)
- Unità di Valutazione Multidimensionale in Ospedale

- Identificazione livello rischio
dimissione difficile

Rischio basso – no programmazione
dimissione, intervento di educazione
terapeutica (se necessaria)

Rischio medio, alto – attivazione
immediata del percorso dimissione
protetta da parte della struttura
ospedaliera





Azioni:

- Presa in carico dell'utente
- Attivazione UVM

Attivazione assistenza con personale ADI

- Attivazione custode socio sanitario

Azioni:

- Gli interventi del personale sanitario e sociale sono diretti a creare le condizioni per il mantenimento nella propria abitazione del pz non autosufficiente, limitando al massimo l'ospedalizzazione



Strategie di intervento:

- assegnazione di un dermatologo esperto in les. da decubito all'ADI che a domicilio addestra le assistenze ad un'attento monitoraggio e una corretta gestione del malato
(movimentazione, igiene etc)
- attivazione di una reperibilità specifica del MMGG per i familiari

Strategie di intervento:

- interventi di educazione sanitaria sui familiari e badanti da parte dei medici e infermieri dell'ADI
- Interventi mirati anche a domicilio dei medici ospedalieri
 - futuri interventi formativi sui custodi socio sanitari forniti dal comune

Gli stakeholder nella governance del servizio di cure primarie



Il Piano di
comunicazione
Aziendale

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Criticità

- L'urgenza della dimissione spesso prevale sull'appropriatezza delle scelte
- Degenza Media alta
- Re-ricoveri come soluzione all'inappropriatezza del percorso

Il passaggio tra ospedale e territorio richiede pianificazione e condivisione obiettivi

Dimissione



Processo

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Obiettivi :

- Mantenimento/recupero autonomia nelle persone anziane attraverso la definizione di percorsi assistenziali appropriati
- Integrazione socio-sanitaria
- Contenimento delle giornate di degenza
- Riduzione dei re-ricoveri

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Strumenti:

- BRASS Index
- Costituzione Unità Valutazione Geriatrica Ospedaliera
- Unità Valutazione Multidisciplinare Distrettuale

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Metodo:

- Individuazione strutture per sperimentazione
- Somministrazione scheda BRASS entro 48 ore dal ricovero a pazienti over 65
- Classificazione secondo indice di rischio di ricovero prolungato
- Attivazione precoce percorso continuità assistenziale attraverso Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera e Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale

CONTINUITA' ASSISTENZIALE definizione del percorso

- 1. Somministrazione scheda BRASS a tutti pazienti over 65, degenti nelle strutture individuate per la sperimentazione, entro 48 ore dal ricovero
- 2. Identificazione livello rischio dimissione difficile
 - ▶ Rischio basso – no programmazione dimissione, intervento di educazione terapeutica (se necessaria)
 - ▶ Rischio medio, alto – attivazione immediata del percorso dimissione protetta da parte della struttura ospedaliera

Presa in carico dei casi complessi ad elevata necessità di integrazione sociosanitaria

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare



Contenuti del nuovo protocollo UVM

La segnalazione

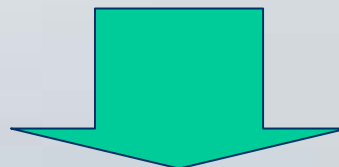
Medico Medicina Generale

Assistente sociale

Medico ASL



Allegato 3



SPORTELLO UNICO DISTRETTUALE



Contenuti del nuovo protocollo UVM

L' attivazione dell'U.V.M.- Codifica della priorità



■ BSC

- ▶ Definizione della “fisionomia” del Progetto:
 - Prospettive
 - Aree chiave di risultato
 - Indicatori di performance

■ Attori

- ▶ Direttore Sanitario Distretto
- ▶ Referenti ASL Distretto SocioSanitario
- ▶ Referente ASL Direzione Aziendale
- ▶ Soggetti chiave

KPA 1- REVISIONE PROTOCOLLO

KPA n. 1 – Nome REVISIONE PROTOCOLLO

DIMENSIONE	INNOVAZIONE
DESCRIZIONE	<p>Capacità del gruppo di lavoro di definire un Protocollo condiviso nella sostanza e non solo nella forma da parte degli Stakeolder chiave:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Direttore Dipartimento Staff Ø Direttori Sanitari e Sociale Distretti Ø Responsabile U.O. Assistenti Sociali Ø Responsabile U.O. Professioni Sanitarie Ø Direttore Direzione Sanitaria Presidio Unico Ospedaliero Ø Rappresentante aziendale MMG/PLS Ø Direttore Dipartimentale Cure Primarie Ø Direttore Dipartimentale Salute Mentale e Dipendenze.
PESO	10%
KPI	1.1 CONSENSO PRELIMINARE SOGGETTI CHIAVE
	1.2 PARTECIPAZIONE SOGGETTI CHIAVE
	1.3 FIRMA PROTOCOLLO

KPI Firma protocollo soggetti chiave

KPI	Firma Protocollo da parte dei soggetti chiave
CODICE ID	1.3
PROSPETTIVE	Innovazione
KPA	Revisione protocollo
SIGNIFICATO	Misura il grado di validazione del protocollo
RAZIONALE	L'assenza di validazione pregiudica l'applicazione del protocollo
PESO	40%
MODALITÀ DI CALCOLO	N. Soggetti chiave /N.Soggetti chiave
UNITÀ DI MISURA	%
SISTEMI ALIMENTANTI	Manuale
OWNER	Dipartimento di Staff
VALORE OBIETTIVO	100%
MIGLIORAMENTO	Se si ottiene una partecipazione tra 55% e 100%, non si riconvoca la riunione e si effettuano incontri ad hoc con gli assenti (entro 1 mese) fino ad arrivare ad una informativa del 100%. Se si ottiene un valore inferiore al 55%, si riconvoca la riunione
FREQUENZA	Al termine della plenaria di presentazione del protocollo definitivo, con eventuale aggiornamento al termine degli incontri ad hoc per gli assenti.
REGOLE DI WARNING	Verde se > o = a 90% Giallo se < 90% o maggiore = di 80% Rosso se < 80%

KPA 5-Appropriatezza richieste

KPA n.5 – APPROPRIATEZZA RICHIESTE

DIMENSIONE	PROCESSO
DESCRIZIONE	Capacità del percorso di presa in carico di generare domande appropriate
PESO	20%
KPI	5.1 TOTALE DOMANDE UVM NON CONFORMI ALLA PROCEDURA
	5.2 DOMANDE UVM NON CONFORMI ALLA PROCEDURA REINVIATE AL PROPONENTE ENTRO 10 GG
	5.3 DISCORDANZA PRIORITA' CODICE COLORE

KPI Discordanza priorità

KPI	Discordanza su priorità indicata con codice colore UVM
CODICE ID	5.3
PROSPETTIVE	PROCESSO
KPA	APPROPRIATEZZA RICHIESTE
SIGNIFICATO	Si intende misurare l'appropriatezza della domanda distinta per servizio di provenienza (ATS, Ospedali, Cure Primarie, Salute Mentale) riguardo la priorità attribuita dal richiedente
RAZIONALE	L' assenza di una adeguata assegnazione di priorità da parte del richiedente comporta un ritardo dell'eventuale presa in carico di casi urgenti
PESO	50%
MODALITÀ DI CALCOLO	UVM attivate con codifica colore diversa da proponente distinta per richiedente /totale UVM attivate
UNITÀ DI MISURA	%
SISTEMI ALIMENTANTI	Distretto
OWNER	Distretto Sociosanitario Ventimigliese (Giuseppe Di Diadoro)
VALORE OBIETTIVO	10%
MIGLIORAMENTO	In caso di % Uvm discordanti > 50% rivalutazione dei percorsi di segnalazione
FREQUENZA	Trimestrale
REGOLE DI WARNING	Verde se % Uvm respinte < o = 10% Giallo se % UVM respinte > 30% ed < 40% Rosso se % UVM respinte > o = 40%

KPA 9-Efficacia della presa in carico

KPA n.9- EFFICACIA DELLA PRESA IN CARICO

DIMENSIONE	PROCESSO
DESCRIZIONE	Capacità da parte del sistema di fornire risposte adeguate rispetto ai bisogni rilevati
PESO	40%
KPI	9.1 TASSO OSPEDALIZZAZIONE DURANTE PRESA IN CARICO
	9.2 TASSO DECESSI DOMICILIO PZ ONCOLOGICI TERMINALI
	9.3 TASSO INGRESSO LISTA ATTESA RESIDENZIALITA'

KPI Tasso Ospedalizzazione

KPI	TASSO OSPEDALIZZAZIONE DURANTE PRESA IN CARICO
CODICE ID	9.1
PROSPETTIVE	PAZIENTI E FAMIGLIA
KPA	EFFICACIA DELLA PRESA IN CARICO
SIGNIFICATO	Si intende misurare la percentuale dei ricoveri in ambiente ospedaliero per gli utenti per i quali è stato attivato un Piano individuale di assistenza
RAZIONALE	L'assenza di ospedalizzazione di utenti per i quali è stato predisposto un PIA costituisce un indicatore di efficacia relativamente agli interventi messi in atto per la gestione di casi complessi.
PESO	40%
MODALITÀ DI CALCOLO	totale ospedalizzazioni/totale piani di assistenza attivati
UNITÀ DI MISURA	%
SISTEMI ALIMENTANTI	Distretto
OWNER	Dipartimento di Staff
VALORE OBIETTIVO	30%
MIGLIORAMENTO	Se % ospedalizzazioni > 50% segnalazione Direzione Aziendale
FREQUENZA	Trimestrale
REGOLE DI WARNING	Verde se % ospedalizzazioni < o = 30 % Giallo se % ospedalizzazioni > o uguale 30% ed < 40% Rosso se % ospedalizzazioni > 40%