

# INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA IN HUMANITAS

## LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

Andrea LABRUTO<sup>(a)</sup>, Santina GIUFFRÈ<sup>(b)</sup>, Andrea Carlo LONATI<sup>(a)</sup>,  
Elena AZZOLINI<sup>(a)</sup>, Michele LAGIOIA<sup>(a)</sup>

(a) Direzione Medico Sanitaria Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI), Italia

(b) Servizio di Continuità delle Cure Humanitas Clinical and Research Center, Rozzano (MI), Italia

### INTRODUZIONE

L'ambiente ospedaliero è il luogo in cui emergono in modo evidente le necessità assistenziali dei pazienti affetti da una patologia avanzata e/o cronica. Il percorso di gestione globale ha inizio nel momento in cui i clinici forniscono al caregiver, se presente, una comunicazione circa: patologia, prognosi e opzioni di terapia. Conseguentemente, nell'ambito di una **équipe multiprofessionale**, la presa in carico da parte dell'assistente sociale pone le basi per una integrazione delle istanze cliniche, assistenziali e sociali fino a quel momento frammentate, fornendo un unico interlocutore al nucleo «paziente-rete degli affetti» con l'obiettivo di una **presa in carico globale**. La tematica di questa elaborazione è inserita all'interno di una cornice legislativa: l'integrazione sociosanitaria, infatti, è fortemente voluta da a livello nazionale e sviluppata in Lombardia a partire dal **Libro Bianco sullo sviluppo del Sistema Sociosanitario** (Milano, 30 Giugno 2014). La proposta di tale documento è orientata a conseguire i seguenti obiettivi:

- prendersi cura in modo integrato e globale dei bisogni della persona, anche attraverso una valutazione multidimensionale;
- sviluppo dell'assistenza sociosanitaria e sociale per l'accompagnamento delle persone nelle fasi di fragilità del ciclo di vita, con particolare riferimento all'invecchiamento;
- promozione di un'integrazione funzionale efficace degli interventi sanitari e sociosanitari attraverso il raccordo tra i soggetti che erogano cure territoriali, ospedaliere e di assistenza sociosanitaria (superando la contrapposizione tra ospedale e territorio).

Suddivisione dei casi per fascia d'età



### CONTENUTI

I pazienti fragili con bisogni assistenziali complessi e/o con una riduzione totale/parziale delle autonomie, hanno la necessità di essere accompagnati con programmi assistenziali verso il territorio senza discontinuità. L'ospedale alla dimissione si interfaccia con due sistemi assistenziali: il sistema residenziale e il sistema domiciliare.

Il **Servizio di Continuità delle Cure (SECC)** di Humanitas Research Hospital gestisce il percorso assistenziale per i pazienti il cui bisogno non si conclude durante la fase di ricovero, fornendo supporto alla pianificazione della dimissione presso altra struttura o l'attivazione di un'assistenza domiciliare. Lo scopo dell'analisi è duplice valutando: l'attività dell'assistente sociale attraverso i volumi di pazienti segnalati al SECC e la tipologia di percorso offerto alla dimissione. Le azioni per l'integrazione sociosanitaria sono promosse da:

- Organismi legislativi, in particolare regionali, per la riorganizzazione e ottimizzazione dell'offerta esistente (**top-down**);
- Professionisti e gruppi di lavoro con iniziative volte a promuovere le istanze raccolte dalla pratica quotidiana (**bottom-up**).

### BIBLIOGRAFIA

- Normativa Regionale, **Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia**, Milano il 30 Giugno 2014
- Bissolo G., Fazzi L., **Costruire l'integrazione sociosanitaria**, Carocci Faber, 2005
- Degani L., Mozzanica R., **Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi**, Maggioli Editore, 2009

A fronte di bisogni complessi, dunque, è necessario promuovere un'integrazione sociosanitaria sviluppata su tre livelli:

- **Istituzionale**, si fonda sulle necessità di promuovere collaborazioni fra diverse istituzioni con il fine di definire obiettivi di salute comuni, promuovendo collaborazioni fra diverse istituzioni;
- **Gestionale**, si esplica attraverso il rapporto instaurato fra gli enti erogatori e trova fondamento nel coordinamento dei processi/risorse;
- **Professionale**, fa riferimento al rapporto fra singoli operatori sanitari e sociali e si basa sul lavoro congiunto e di équipe.

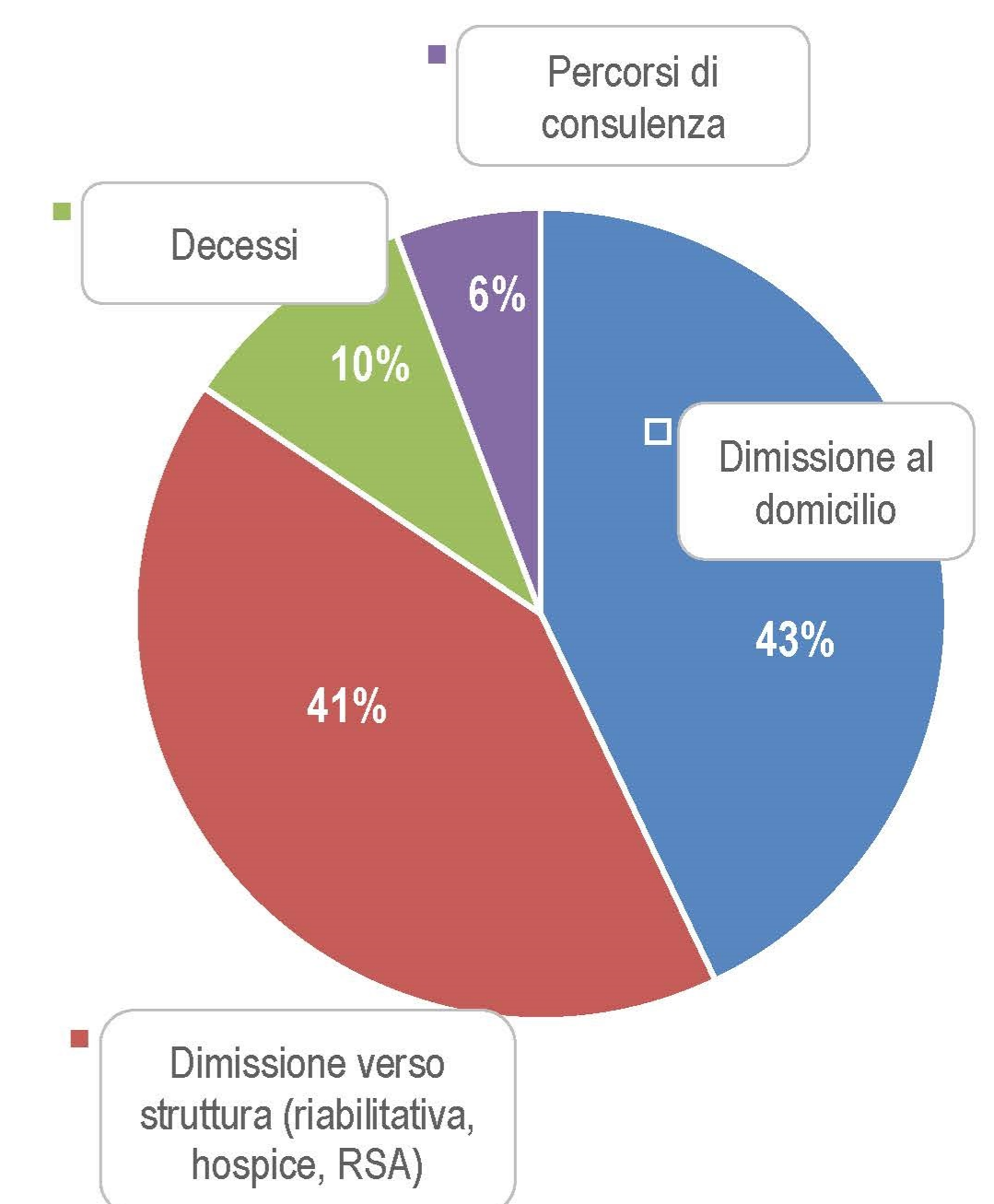
A tutti i livelli lo sforzo da compiere è quello di armonizzare i linguaggi, le competenze e le attività professionali.

Nell'anno 2018, si sono registrati 30.764 ricoveri di cui 1.972 segnalati al SECC (6,4%), con una media di 8 segnalazioni al giorno (253 giorni lavorati) il SECC ha lavorato secondo i metodi descritti integrando, favorendo e agevolando la dimissione protetta del paziente.

Dal totale delle segnalazioni, sono stati presi in carico 1.829 casi (92,7%). Di questi, le dimissioni sono state 785 (43%) verso domicilio, 759 (41%) verso struttura (riabilitativa, hospice o RSA). Inoltre sono stati registrati 179 decessi intraospedalieri e avviati 106 percorsi di consulenza (segnalazione al servizio sociale territoriale, indicazioni per ottenimento di presidi, etc.).

Unità operative dei pazienti presi in carico ed esito del percorso alla dimissione

UNITÀ OPERATIVA	#	%
Area medica generale e specialistica	869	45,3 %
Area ortopedica	325	16,9 %
Area oncologica medica	269	14,0 %
Area riabilitativa	240	12,5 %
Area chirurgica generale e specialistica	215	11,2 %



### CONCLUSIONI

Dall'analisi dei casi si è potuto constatare come un rilevante numero di pazienti dimessi ha avuto necessità di un **supporto integrato sociale e assistenziale**. La dimissione ospedaliera è avvenuta in tempi congrui e nel rispetto delle necessità dei pazienti. L'intervento dell'assistente sociale è apparso più efficace quando declinato in **équipe multiprofessionale** collaborando alla gestione delle necessità emerse rendendo solido e strutturato il rapporto professionale anche con altri organismi del territorio. In conclusione, l'integrazione è avvenuta in modo **patient centered** considerando i bisogni globali e non frammentati e favorendo il lavoro di équipe con protocolli condivisi fra i professionisti.