

## Dopo l'ospedale meglio a casa



Libro bianco  
della Buona Sanità



### Descrizione

Creare un percorso di assistenza domiciliare intensiva per anziani soli e non autosufficienti dopo le dimissioni ospedaliere, che permetta al paziente di rimanere nel proprio ambiente di vita e di ricevere l'assistenza quotidiana di un fisioterapista, un infermiere o di un operatore sociosanitario.

E che al tempo stesso fornisca un reale supporto agli operatori ospedalieri e territoriali. Lavorando su questa ipotesi di partenza, nel dicembre del 2010 l'Azienda USL 4 di Prato ha deciso di potenziare la risposta domiciliare successiva al ricovero e favorire il rientro a casa del paziente senza transitare da un inappropriato e oneroso ricovero in RSA.

Per realizzare questo progetto l'Azienda ha così attivato il Servizio per la continuità assistenziale ospedale-territorio (SCAHT), che aveva appunto come obiettivi specifici quello di migliorare la gestione della pianificazione delle dimissioni, garantire un percorso sicuro per favorire il rientro al domicilio degli anziani dimessi dall'ospedale 'proteggendone' le dimissioni e aumentare l'offerta stessa e la differenziazione delle risposte domiciliari, valorizzando e supportando le capacità assistenziali attive dei *caregiver* familiari e/o del personale professionale incaricato dalle famiglie (badanti). Il progetto, dal titolo evocativo, "Dopo l'Ospedale meglio a casa", costato circa 260mila euro l'anno in larga parte finanziati dai fondi della Regione Toscana, è stato concepito inizialmente come una sperimentazione della durata di 12 mesi, ma visti i risultati soddisfacenti ha ottenuto dopo il primo anno un ampliamento del progetto per ulteriori 12 mesi, con l'intento di prendere in carico circa 260 utenti/anno.

Il servizio, garantito da una équipe multiprofessionale in cui sono presenti un infermiere, un assistente sociale e un fisioterapista, coinvolti a vario titolo nella programmazione progettuale, prevede la prima visita domiciliare entro 24/48 ore dalla dimissione e definisce un piano educativo specifico per paziente e *caregiver*, finalizzato a supportare l'autogestione della condizione di disabilità.

L'équipe garantisce in particolare un *follow up* telefonico o domiciliare settimanale, fino al termine del programma.

Destinatari del servizio, previsto per un massimo di 30 giorni in via ordinaria, prorogabili fino ad un massimo di 45, indipendente dal reddito personale e familiare del paziente e rivolto prioritariamente agli anziani fragili ricoverati presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, gli assistiti over 65 e i pazienti con limitata autonomia funzionale, con bisogno di assistenza alla persona e di supporto educativo e con contesto familiare assente.

Il progetto dell'Azienda pratese ha permesso dunque di indirizzare i piani di assistenza personalizzati (PAP) verso interventi mirati al mantenimento dell'anziano non autosufficiente nel proprio ambiente quotidiano, limitando gli inserimenti residenziali a quei casi dove effettivamente le condizioni cliniche e ambientali non consentivano l'attivazione di altri tipi di supporto assistenziale.

L'incremento dei progetti domiciliari è così passato da una quota di circa il 30% del 2010 al 56% nel 2011 e al 61% nel 2012, con contestuale riduzione dei progetti residenziali. Parallelamente si sono ridotte le giornate di ricovero dei pazienti presi in carico dal progetto, passate da una media di 23,5 del 2010 a 20,4 nel 2011, fino ad arrivare a 17,4 nel 2012.

E alla fine, come giusto corollario considerata la qualità del progetto, è arrivata anche la soddisfazione degli utenti, che nell'81% dei casi, chiamati a valutare il servizio offerto, hanno espresso un voto compreso tra 8 e 10.