

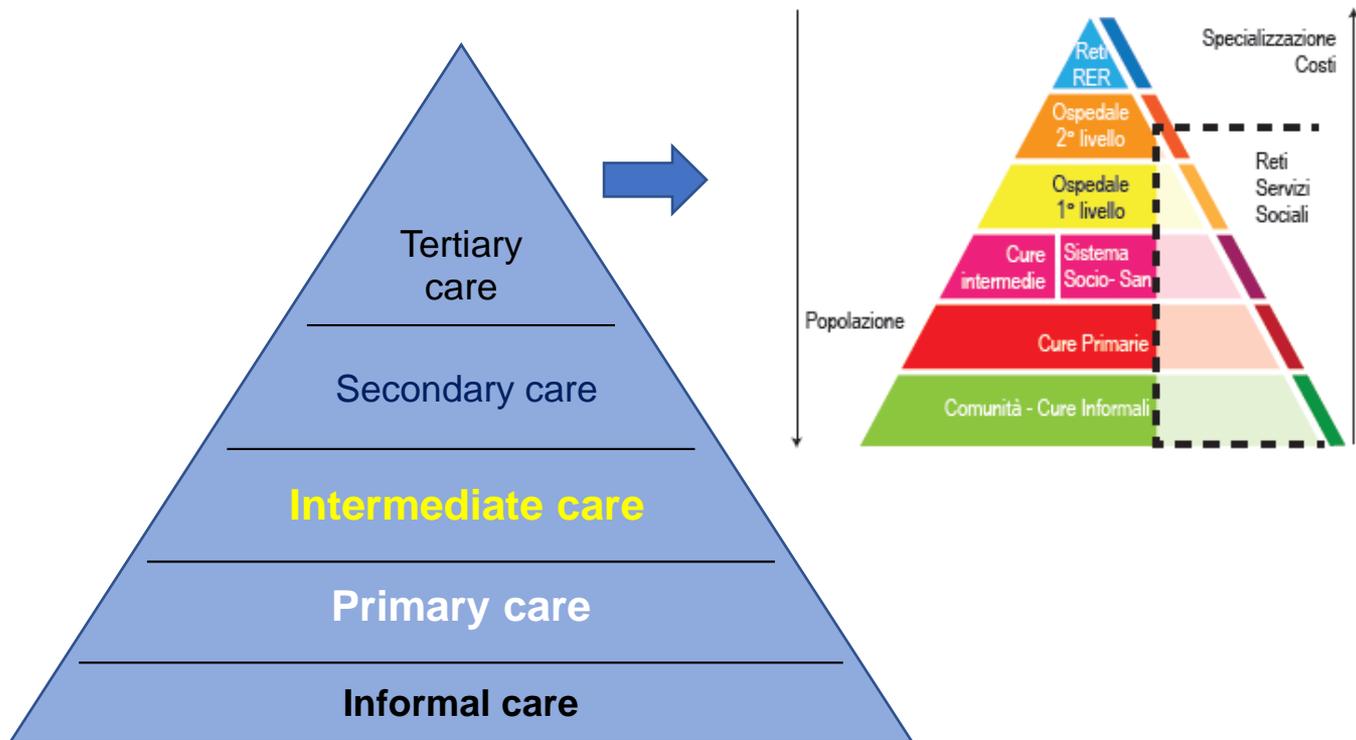
Cure intermedie / Ospedale di comunità e rafforzamento dell'assistenza territoriale

Barbieri Luca

Responsabile Servizio Assistenza Territoriale

Regione Emilia-Romagna

Piramide dell'assistenza



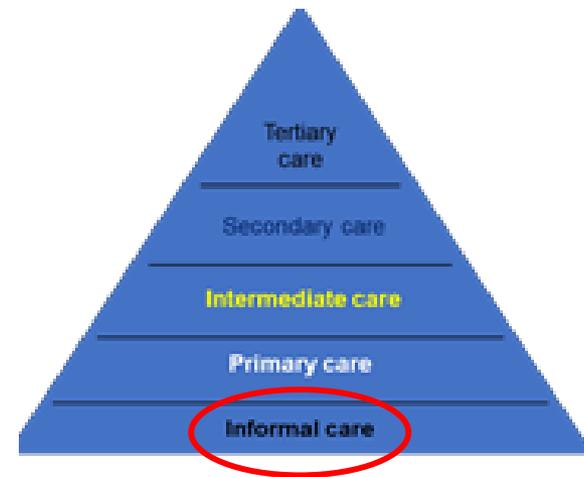
Che cos'è l'Assistenza Territoriale?

L'insieme

- ✓ delle strutture,
- ✓ dei servizi,
- ✓ dei processi,
- ✓ delle funzioni,
- ✓ dei professionisti e degli altri soggetti (singoli o in associazione)

che concorrono a realizzare l'assistenza della comunità e dei singoli individui attraverso le cure informali, primarie e intermedie, sia che si tratti di assistenza sanitaria sia che si tratti di assistenza sociale.

Informal care



Risposte non professionali a bisogni psico-sociali tendenti ad evitare la “sanitarizzazione” attraverso l’individuazione precoce dei fattori di rischio, dei bisogni non espressi e delle potenzialità della comunità locale

- Sostegno **all’auto-cura** (Self-care) e all’auto-mutuo-aiuto
- Lay care: **capacità di “cura”** di soggetti non professionisti, singoli o in associazione o in rete virtuale)

La rete informale di assistenza

	Personale dipendente Servizio Sanitario	Assistenti familiari (badanti) in regola	Collaboratori domestici (badanti + colf)
Italia	626.350	393.478	864.526
Emilia-Romagna	61.220	32.000	64.225

Fonte dati

Personale dipendente: Italia, Annuario Statistico Italiano 2016 (dato al 2013); Emilia-Romagna, Rapporto annuale sul Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (dato al 2014)

Badanti e colf: INPS – Dati Osservatorio lavoro domestico, (luglio 2018 per i dati regionali; 2017 per il dato nazionale)

Il caregiver nella rete di assistenza in Italia ed Emilia-Romagna

ITALIA -LEA (DPCM 12 gennaio 2017)

- ❖ Il Progetto di assistenza individuale (PAI) è redatto con il coinvolgimento del paziente e della sua famiglia
- ❖ Educazione terapeutica del paziente e dei suoi familiari
- ❖ Gruppi di sostegno per i pazienti e i loro familiari
- ❖ Supporto psicologico e sociale ai familiari

EMILIA-ROMAGNA (LR 2/2014)

- caregiver familiare:
persona che volontariamente e gratuitamente accudisce un familiare non in grado di prendersi cura di sé
- Linee attuative della Legge Regionale (DGR 858 / 2017)

EMILIA-ROMAGNA

linee attuative sul caregiver (DGR 858 / 2017)

Informazione e formazione caregiver

Informazione

- Accesso prestazioni sociali, socio-sanit. e sanitarie
- Opportunità e risorse operanti sul territorio

Formazione (individuale / di gruppo)

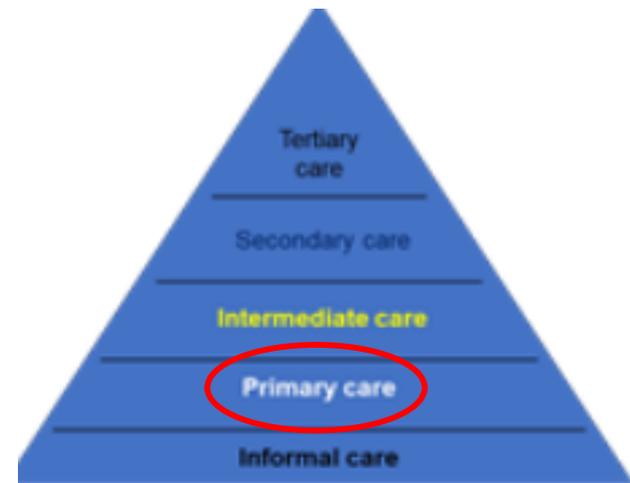
- Sostegno allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e all'autocura
- Empowerment del caregiver

Formazione dei professionisti

Sensibilizzazione rispetto a:

- coinvolgimento nel processo di cura ed assistenza;
- ascolto dei bisogni del caregiver.

Primary care: Assistenza primaria O Cure primarie ?



- L'**Assistenza primaria** comprende tutte le forme territoriali di assistenza compresa l'assistenza sociale (cd. Comprehensive primary care o Primary Health care).
- Le **Cure Primarie** fanno più specifico riferimento alla parte sanitaria e ai medici: le cure sono solo uno degli elementi che qualificano l'assistenza.

Primary Care e Primary Health Care: sinonimi? (2006)

There is a growing recognition internationally that the two terms describe **two quite distinct entities.**

Primary Care, the shorter term,

describes a narrower concept of "family doctor-type" services delivered to individuals.

Primary Health Care, a broader term

which derives from core principles articulated by the WHO and which describes an approach to health policy and service provision that includes both services delivered to individuals (Primary Care services) and population-level "public health-type" functions.

Primary Health Care (1978)



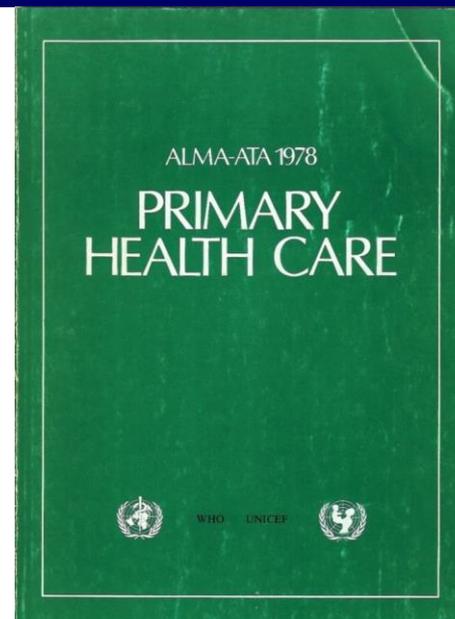
Dichiarazione di Alma Ata 1978

L'Assistenza Sanitaria Primaria

è l'**assistenza sanitaria essenziale** basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, **resa accessibile a tutti** gli individui e famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possano sostenere in ogni stadio del loro sviluppo, nello spirito dell'auto-fiducia e della auto-determinazione.

Essa è parte integrale sia del sistema sanitario del paese, del quale essa assume la funzione centrale ed è punto focale, sia dello sviluppo generale sociale ed economico della comunità.

Essa è il **primo livello di contatto** degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese, portando **l'assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora** e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza .



L' Assistenza Primaria in Europa (2014)



La Commissione Europea (DG Santè) ha definito l'assistenza primaria come un
*«sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da **team multiprofessionali e multidisciplinari**, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra **i pazienti e i loro caregiver** in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure»* (27 febbraio 2014)

Alta base della piramide la prevenzione primaria: La lettura integrata del rischio cardiovascolare presso le Case della Salute su popolazione sana

... il target

uomini e donne 45 e 55 anni sani

Piattaforma informatica a supporto degli MMG e Infermieri della Casa della Salute

The screenshot shows a web interface for a cardiovascular risk assessment tool. At the top left, there is a logo of a heart with a pulse line and the text 'La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare'. At the top right, the logo of the Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna is visible. The main content area has a light blue background and features a sidebar on the left with a 'Area Riservata' section containing a user icon and a 'Logout' button. The main text area is titled 'La lettura integrata della carta del rischio cardiovascolare' and contains the following information:

È un progetto di chiamata attiva per la prevenzione del rischio cardiovascolare della Regione Emilia-Romagna promosso la lettura integrata della carta per la valutazione del rischio cardiovascolare ai medici e soggetti maschi e femmine che compiono nell'anno rispettivamente 45 e 55 anni. Prima di questo età, infatti, gli eventi cardiovascolari sono rarissimi, in età più alta, si hanno più soggetti ad alto rischio, ma l'obiettivo della prevenzione è quello di anticipare il più possibile tali interventi.

Si chiamerà prevalentemente:

- l'operatore con chiamato il soggetto che richiederà la carta di alto rischio;
- la raccolta di informazioni, mediante questionario strutturato, su eventuali precedenti eventi cardiovascolari, su comportamenti e stile di vita e per determinare alcuni parametri;
- l'applicazione della carta del rischio cardiovascolare.

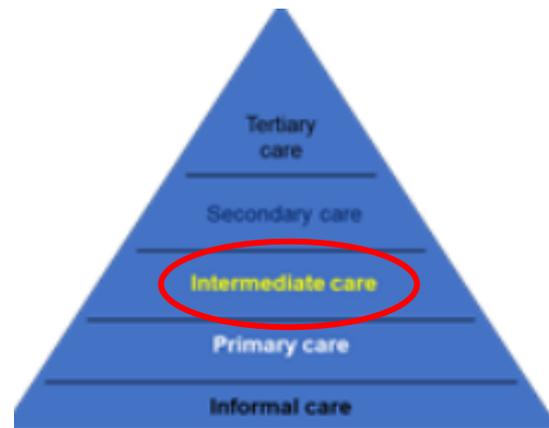
La carta è applicabile solo su soggetti che non hanno avuto precedenti eventi cardiovascolari e coronari e che non presentano altri indicatori del fatto di rischio (pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg e inferiore a 10 mmHg e colesterolemia totale superiore a 200 mg/dl e inferiore a 130 mg/dl).

Prevenzione primaria: la lettura integrata del rischio cardiovascolare

- **Soggetti sani di età 45 anni per gli uomini e 55 anni per le donne**
- **intervista** per raccogliere informazioni su precedenti eventi cardiovascolari, comportamenti e **stili di vita**
- **profilo di salute** e grado di rischio applicando la carta del rischio cardiovascolare
- valutazione congiunta Medico-Infermiere
 - **In assenza** di rischi, consigli su sani stili di vita
 - **In presenza** di rischi, interventi per influenzare positivamente lo stato di salute (consulenza nutrizionale, disassuefazione dall'alcol e dal fumo, ecc.)
- Follow-up a a 3-6 mesi come rinforzo e valutazione della compliance rispetto alle iniziative proposte

Chiamati attivamente circa 10.000 cittadini

Cure intermedie



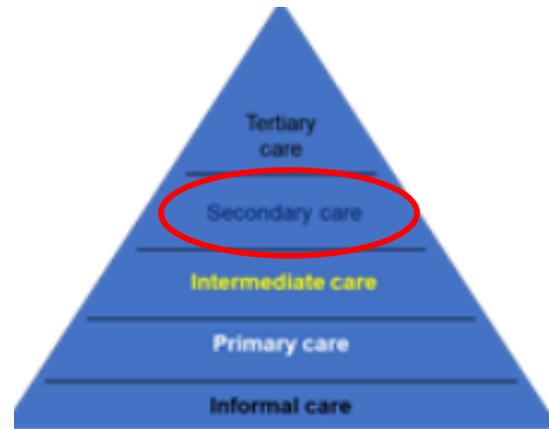
Servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari, che comprende «strutture» come

- Centrali Operative sanitarie e sociali
- Ospedali di comunità
- Ambulatori infermieristici per la continuità dell'assistenza
- ADI
- Hospice
- Residenze per anziani, pazienti con disturbi mentali

rivolti a soggetti non autosufficienti o che necessitano di assistenza domiciliare/residenziale in alternativa al ricovero ospedaliero o come completamento di un percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale,

con l'obiettivo di massimizzare il recupero dell'autonomia e mantenere il paziente più prossimo possibile al proprio domicilio.

Secondary care: Assistenza Ospedaliera



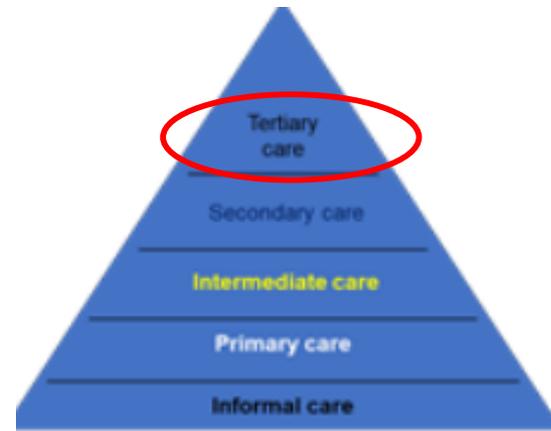
- **1° livello:** “vocazione territoriale”

Servizi di Pronto Soccorso ed Emergenza,
area medico-geriatrica e riabilitativa,
area chirurgica per interventi di bassa/media complessità

- **2° livello:** “vocazione specialistica” su base metropolitana

Servizi specialistici - tecnologie e competenze evolute
(es. Cardiologia con emodinamica interventistica,
Neurochirurgia, Rianimazione pediatrica e neonatale)

Tertiary care



Funzioni che richiedono:

- ✓ elevatissima specializzazione,
- ✓ per attività numericamente limitate,
 - ✓ ma molto complesse,
- ✓ bacino di riferimento regionale

(es.: rete dei trapianti, rete delle malattie rare, rete traumatologica etc...)

La rete dei servizi sociali

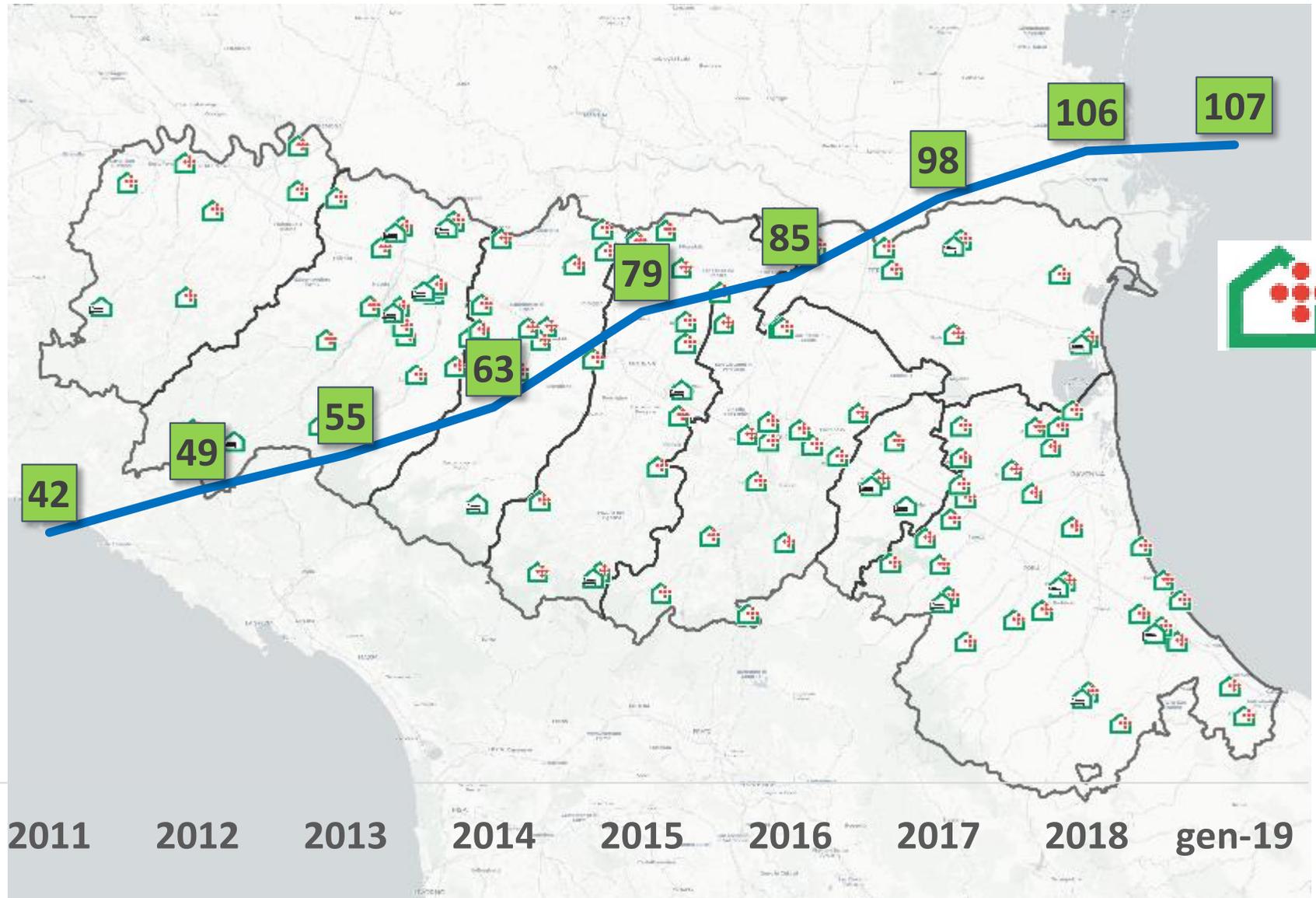
- A livello internazionale si pone nell'Assistenza primaria, dal punto di vista pratico «stesso livello di assistenza delle Cure Intermedie»
- Deve collegarsi attivamente con tutti gli altri livelli della assistenza e della cura
- Sistema di gestione e finanziamento autonomo

**Comprende servizi e progettualità
rivolti a cittadini (fragili / non autosufficienti) e loro caregiver,
finalizzati alla promozione:**

- della autonomia,
- della qualità della vita,
- della prevenzione della non-autosufficienza,

a partire dalla valutazione iniziale del caso !

Le Case della Salute: luogo elettivo per l'integrazione tra Sociale e Sanitario



Si lavora per aree trasversali di intervento

Prevenzione e promozione della salute

- Gruppi di educazione alla salute
- Progetti di comunità su stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, alcol, fumo)
- Camminate della salute
- Incontri tra professionisti e popolazione
- Vaccinazioni in età pediatrica e adulta
- Prevenzione obesità infantile
- Screening oncologici
- Progetto antibioticoresistenza

Benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni

- Promozione allattamento al seno
- Percorso nascita, IVG, sterilità
- Percorso maltrattamento e abuso sui minori
- Progetto adolescenza (DGR 590/2013)
- Disagio psichico e consumo sostanze nei giovani
- Prevenzione violenza domestica e sessuale
- Cronicità in età pediatrica
- Programma DSA

Popolazione con bisogni occasionali-episodici

Popolazione generale che ricorre alle attività presenti nella Casa della Salute per un problema di salute circoscritto e un periodo di tempo delimitato

Tra le nuove attività: accoglienza, valutazione, *counselling* per problemi di natura psicosociale nella popolazione adulta

Prevenzione e presa in carico della cronicità

- Gruppi sui corretti stili di vita
- Lettura integrata del rischio cardiovascolare
- Programma Leggieri
- Programma Budget di Salute (DGR 1554/2015)
- Percorso DCA (DGR 1298/2009)
- Percorso alcol
- Identificazione e presa in carico popolazione fragile
- Palestre Etiche, AFA ed EFA
- PDTA condizioni croniche nell'adulto (diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Sclerosi multipla)
- Gestione infermieristica proattiva e integrata (MMG, Specialisti, assistente sociale, ...)

Non Autosufficienza

- Disturbi cognitivi e Programma demenze
- Programma SLA
- Prevenzione cadute in casa
- Percorsi socio-sanitari salute mentale (DGR 1423/2015)

Rete cure palliative

Percorso di cure palliative per garantire la continuità clinico-assistenziale nei nodi della rete (DGR 560/2015)

Metriche per l'individuazione delle Cure Intermedie

1. LOGICA STRUTTURALE:

focus sulle strutture e/o i servizi

2. LOGICA PER PROCESSI:

a partire dalla definizione di ampi insiemi
di attività e ai ruoli organizzativi

3. LOGICA PER FUNZIONI:

a partire da specifiche attività
e dai compiti professionali

1. LOGICA STRUTTURALE: focus sulle strutture e/o i servizi

- ✓ Definiamo «intermedie» **tutte le strutture (e/o i servizi) che ospitano o prendono in carico i pazienti temporaneamente** nel passaggio tra l'ospedale e il domicilio (o la struttura socio-assistenziale)
- ✓ Rientrano a pieno titolo nella definizione le strutture per la riabilitazione intensiva ed estensiva, la lungodegenza, i posti letto per i pazienti cronici post-acute e sub-acute, gli **Ospedali di Comunità**
- ✓ Gli **Hospice** e le strutture a vocazione socio-assistenziale possono essere classificate come intermedie quando la permanenza è limitata nel tempo, perché prelude al rientro domiciliare
- ✓ Anche il servizio di **assistenza domiciliare integrata** e l'attività specialistica ambulatoriale sono talvolta considerabili come cure intermedie (es. *follow up* post dimissione)

L'organizzazione del territorio e delle cure intermedie

Principali unità organizzative:

- **Distretto**
- **Dipartimento Cure Primarie**
- **Casa della Salute**
- **Dipartimenti specialistici territoriali** (Salute Mentale, Sanità Pubblica, Materno-infantile, Cronicità, Long Term Care, Cure Palliative)
- **Setting erogativi** (Centri riabilitativi ospedalieri o territoriali, Hospice, Casa Residenza Anziani,....)

2. LOGICA PER PROCESSI:

a partire dalla definizione di ampi insiemi di attività
e ai ruoli organizzativi

- ✓ **Discharge management:** reinserimento post-dimissione a domicilio o in struttura socio-assistenziale. Il responsabile può essere ad es. un infermiere di continuità assistenziale.
- ✓ **Reclutamento**
- ✓ **Case management:** programmazione e monitoraggio delle attività di cura e assistenza a 3-4 anni. Il responsabile può essere un infermiere quando le attività terapeutiche programmate sono relativamente limitate in quantità e complessità (cronici ai primi stadi, fine vita). Altrimenti, un profilo medico.
- ✓ **Clinical management:** definizione e monitoraggio del Piano Assistenziale Individualizzato annuale. Il responsabile ha un profilo tipicamente clinico.
- ✓ **Erogazione prestazioni**

Metriche per l'individuazione delle Cure Intermedie: alcune considerazioni

- Processi e strutture** (che siano setting di cura, luoghi fisici oppure organizzativi) **non coincidono**. L'attività dei professionisti è sempre più trasversale rispetto alle strutture. Emerge una crescente frammentazione che deve essere governata
- Sono ancora **deboli** i sistemi operativi per governare (programmare e monitorare) i **processi**. Del resto, dai sistemi informativi, alla gestione del personale, alle ripartizione delle risorse finanziarie e tecnologiche, prevale ancora il focus sulle strutture.
- La tendenza, nel recente passato, è stata quella di creare degli organigrammi a matrice raddoppiando le strutture, mentre sarebbe utile impostare le matrici per esprimendo le **interconnessioni tra strutture e processi**.
- Il cambiamento è ostacolato dalla rigidità dei perimetri professionali, anche se dobbiamo tenere conto della **scarsità dei medici**.

3. LOGICA PER FUNZIONI:

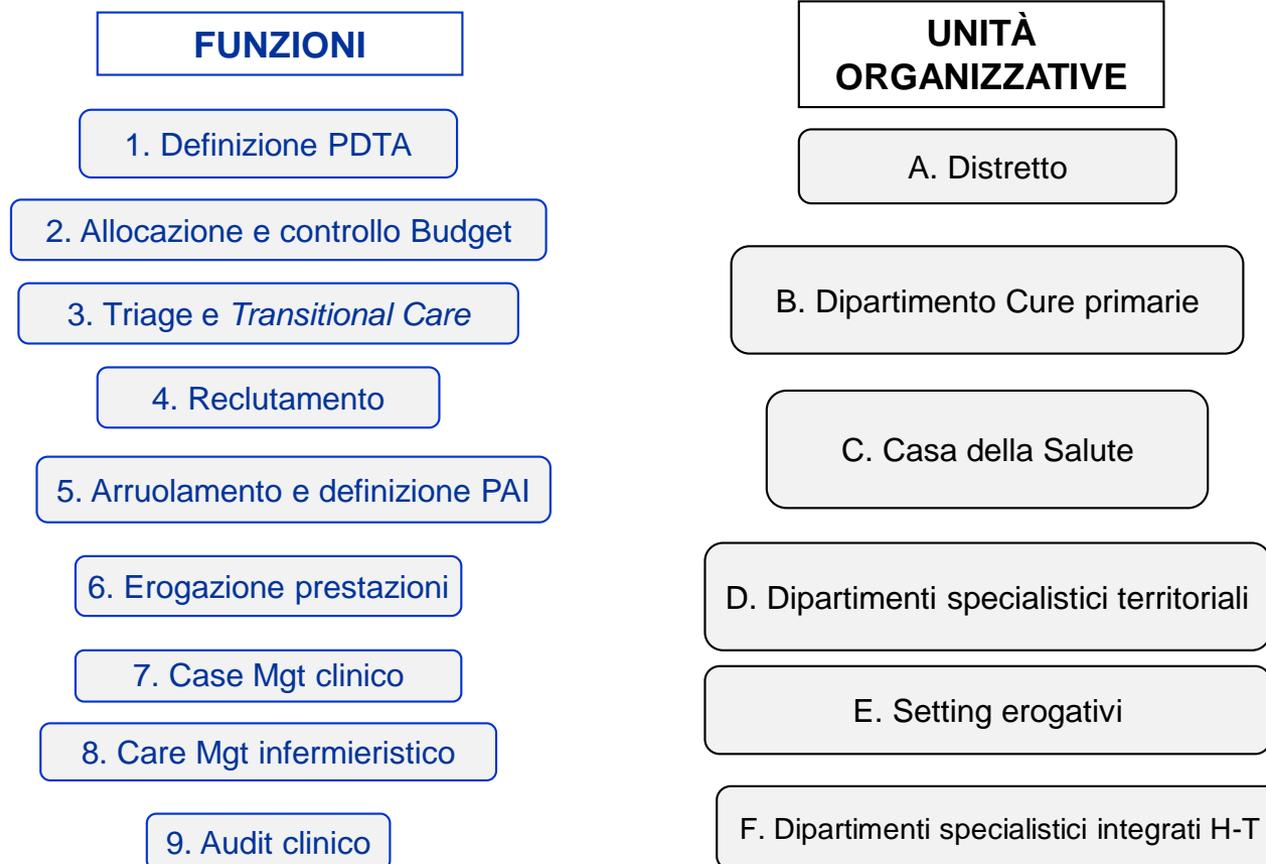
a partire da specifiche attività e dai compiti professionali

- ✓ **Selezione patologie**, a partire da incrocio database amministrativi, ma anche da Pronto Soccorso
- ✓ **Certificazione bisogni**: es. Unità Valutazione Multidimensionale
- ✓ **Triage**: determinazione in merito all'eleggibilità dei pazienti nei programmi di presa in carico e orientamento ai servizi privati dei pazienti non eleggibili
- ✓ **Case management**: programmazione e monitoraggio
- ✓ **Sintesi clinica** tra i piani terapeutici delle singole patologie e relativo monitoraggio
- ✓ Erogazione di **prestazioni specialistiche**

Metriche per l'individuazione delle Cure Intermedie: principali funzioni

1. **Definizione Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)** e *Knowledge management* clinico
2. **Allocazione e controllo budget di consumo per produttore/setting assistenziale** (es. riabilitazione, specialistica, Casa Residenza Anziani, Assistenza Domiciliare Integrata)
3. **Triage e *Transitional Care***: prioritizzazione pazienti più gravi e invio verso ambito di cura appropriato
4. **Reclutamento**: funzione diffusa (Pronto Soccorso, screening, Medico Medicina Generale)
5. **Arruolamento e costruzione Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)** (affidato a clinical manager, che varia a seconda dello stadio della patologia)
6. **Erogazione** di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative
7. ***Case Management* clinico** (sostegno alla *compliance* del paziente)
8. ***Care Management* infermieristico** e socio-sanitario
9. **Audit e governo clinico** (*compliance* rispetto ai PDTA – PAI sul lato dei professionisti)

Come distribuire le funzioni tra le principali unità organizzative?



Come distribuire le funzioni tra le principali unità organizzative?

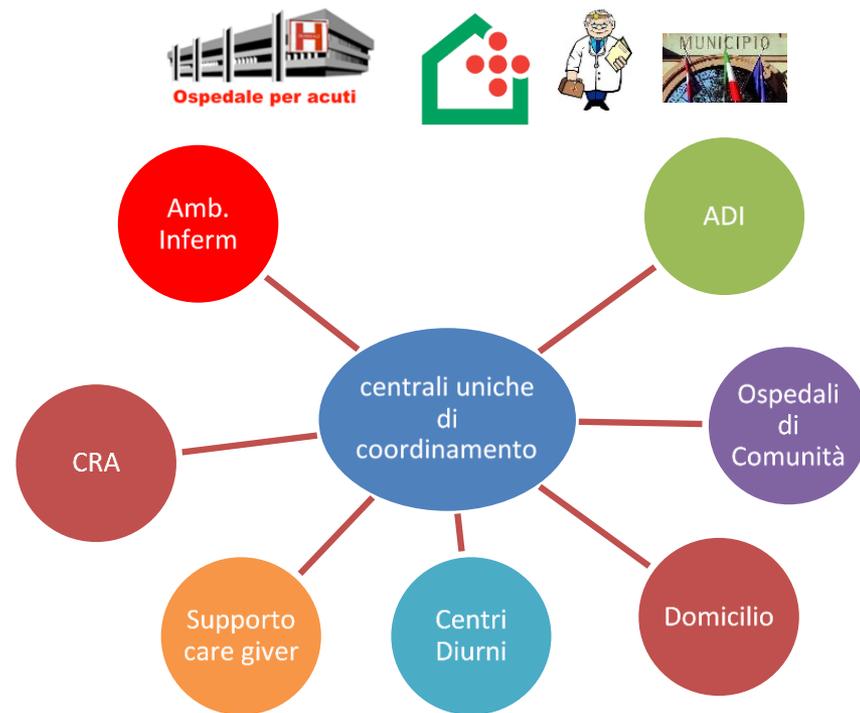
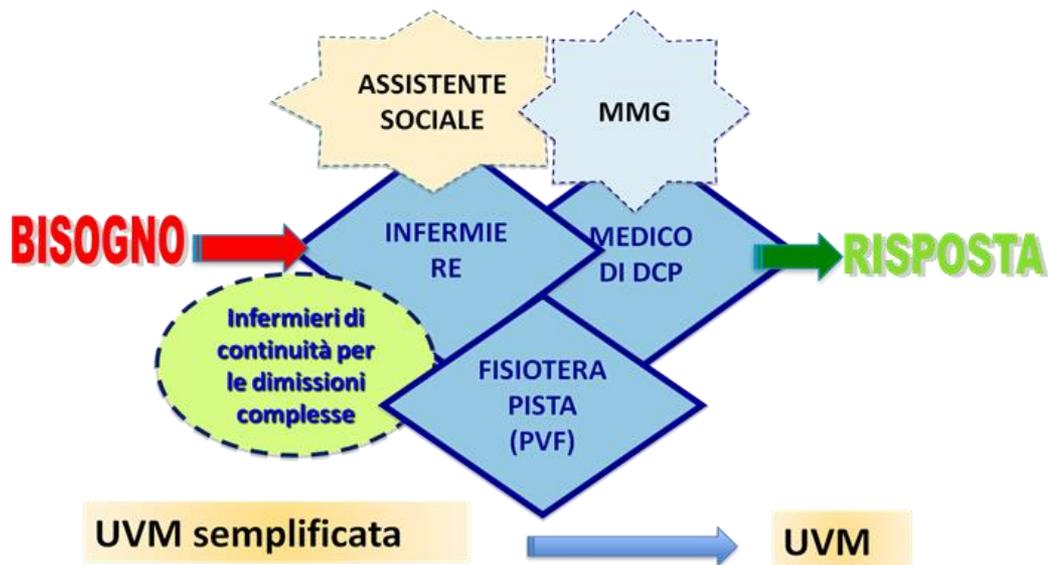
Alcune considerazioni

- **Alcune unità organizzative spesso dispongono di pochi professionisti:** ciò impedisce di svolgere alcune funzioni. È il caso dei distretti in alcune realtà aziendali.
- Per questo, e per non tralasciare le esigenze dei territori che sono fisiologicamente diversificate, è giusto **chiedere alle Aziende Sanitarie di definire l'abbinamento tra funzioni ed equità, ma non bisogna forzarle su soluzioni omogenee.** Anche la differenziazione intra-aziendale è condivisibile.
- L'idea-chiave è quella di definire gli stessi obiettivi (o quantomeno obiettivi confrontabili) per le aziende regionali, **misurare il loro operato a partire dagli stessi indicatori, lasciare libertà sul mix di strumenti da utilizzare.**

Cure Intermedie in Emilia-Romagna: PUASS, PCAP??



PCAP - STRUTTURA



Gli Ospedali di Comunità nella pianificazione/programmazione nazionale e regionale

1. Case della salute e Medicina d'iniziativa
2. Riorganizzazione rete ospedaliera e territoriale integrata
3. Cure intermedie e sviluppo Ospedali di comunità
4. Bud
5. Ric
6. Pr
7. R
8. :

Regione Emilia-Romagna
Assessorato al Welfare e alle Politiche Abitative

IL PIANO SOCIALE E SANITARIO DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA



SERIE GENERALE
Anno 156° - Numero 127

Sped. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma



GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Roma - Giovedì, 4 giugno 2015

PARTE PRIMA

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA MARMORA, 349 - 00187 ROMA
 AMMINISTRAZIONE PRESSO TUTTI I PREFETTURI E SOGIA DELLO STATO - VIA SARAJEVO, 102 - 00187 ROMA - SPEDIZIONE IN A.B. - L. 103/03
 PIAZZA VENEZIA, 1 - 00187 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alla Serie Generale, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonomia numerazione:
 1ª Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
 2ª Serie speciale: Comunità europee (pubblicata il lunedì e il giovedì)
 3ª Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)
 4ª Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)
 5ª Serie speciale: Concorsi pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in Gazzetta Ufficiale, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@gustiziact.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, è fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@gustiziact.it

SOMMARIO

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI	Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali
<p style="text-align: center;">Ministero della salute</p> <p>DECRETO 2 aprile 2015, n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G0084) Pag. 1</p>	<p>DECRETO 28 aprile 2015 Annullamento del decreto 3 marzo 2014, recante la «Modifica al decreto 16 febbraio 2012 con il quale è stata rinnovata l'autorizzazione al laboratorio ARFAM - Agenzia regionale per la prevenzione ambientale delle Marche - Dipartimento provinciale di Macerata, al rilascio dei certificati di analisi nel settore vitivinicolo». (15A04133) Pag. 36</p>
<p style="text-align: center;">Ministero dell'economia e delle finanze</p> <p>DECRETO 27 maggio 2015 Individuazione dei criteri per la destinazione, da parte dell'Associazione nazionale dei comuni italiani, dei componenti delle versioni delle commissioni censuarie locali e centrali. (15A0413) Pag. 35</p>	<p>DECRETO 28 aprile 2015 Annullamento del decreto 11 dicembre 2014, recante il «Rinnovo dell'autorizzazione al Laboratorio chimico merceologico azienda speciale della CCIAA di Napoli, al rilascio dei certificati di analisi nel settore vitivinicolo». (15A04135) Pag. 37</p>



L'Ospedale di comunità nel DM 70/2015

Il DM 70/2015 definisce in modo articolato le caratteristiche dell'ospedale di comunità (OSCO). Si tratta di una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico presente nelle 24 ore, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o da pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN, e la responsabilità igienico - organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

L'OSCO prende in carico prevalentemente pazienti che necessitano di:

-sorveglianza infermieristica continuativa

-interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare);

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni e l'accesso può avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

Gli OsCo rappresentano un setting di cura sanitario

19 Ospedali di Comunità: 270 posti letti

Azienda	Denominazione	Comune	Data inizio	Riconversioni letti H	Posti letto
Piacenza	Bobbio	Bobbio	01/01/2017	si	24
Parma	OsCo e modulo di lungoassistenza	San Secondo Parmense	01/03/2013	si	20+10
	Riabilitazione Estensiva	San Secondo Parmense	22/01/2014		
Parma	Borgo Val Di Taro	Borgo Val Di Taro	01/03/2015	si	16
Parma	Colorno	Colorno	01/01/2017	No Presso una CRA	6
Parma	Collecchio	Collecchio	08/02/2017	No Presso una CRA	6
Parma	Langhirano	Langhirano	01/01/2018	No Presso una CRA	6
AOU Parma	Aosp Parma	Parma	19/12/2016	si	14
R. Emilia	Villa Minozzo	Villa Minozzo	01/01/2014	No Presso una CRA	3
Modena	Fanano	Fanano	01/01/2014	ex CRA	15
Modena	Castelfranco Emilia	Castelfranco Emilia	26/10/2015	si	17
Bologna	Vergato	Vergato	01/01/2018	si	10
Bologna	Loiano	Loiano	25/06/2018	si	10
Imola	Castel San Pietro Terme	Castel San Pietro Terme	11/04/2014	si	21
Ferrara	Comacchio	Comacchio	01/06/2014	si	20
Ferrara	Copparo	Copparo	01/06/2014	si	20
Romagna	Forlimpopoli	Forlimpopoli	01/11/2013	si	28
Romagna	Rubicone	Savignano Sul Rubicone	01/01/2014	si	6
Romagna	Di Mercato Saraceno	Mercato Saraceno	01/01/2014	No Presso una CRA	4
Romagna	Modigliana	Modigliana	01/01/2015	Già Country Hospital	14

Fonte: Anagrafe regionale strutture sanitarie e socio-sanitarie

Programmazione degli Ospedali di Comunità nelle CTSS

- **Piacenza:** 1
- **Reggio Emilia:** potenziamento dei posti letto già presenti a Villa Minozzo
- **Modena:** 1
- **Bologna:** 3
- **Romagna:** 6 + potenziamento dei posti letto di Savignano sul Rubicone e Mercato Saraceno

19 Ospedali di Comunità in RER

Elementi chiave:

- **Empowerment** pazienti e care-giver
- **Le risorse della comunità** (volontariato , associazionismo...)

Modello organizzativo:

- ✓ Moduli di circa **15-20 posti-letto a gestione infermieristica**
- ✓ La responsabilità clinica è del MMG o Specialista Ausl
- ✓ La valutazione multidimensionale del paziente
- ✓ Il Piano Integrato e Individualizzato di cura (PAI), concordato attivamente tra operatori sanitari e sociali, pazienti e caregiver.
- ✓ Infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS) e altri professionisti come i fisioterapisti quando necessario;

Pazienti eleggibili

- **pazienti, prevalentemente con multimorbidità** provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa
- **pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio** per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente , comunque non meritevoli di ricovero presso ospedale per acuti
- **Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL**, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi
- Necessità **formazione/educazione/addestramento** del paziente e del caregiver prima dell'accesso a domicilio.

Motivi di Ricovero

- Sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa
- Patologia cronica riacutizzata
- Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica
- Educazione/addestramento del paziente e del caregiver
- Riattivazione funzionale
- Interventi riabilitativi/rieducativi monodistretto o completamento di interventi estensivi
- Acuzie minori

Indicatori scheda 3 PSSR

Evidenza di una analisi in ambito Aziendale (Aziende Sanitarie e CTSS) delle strutture identificabili come Ospedali di Comunità;
verbali delle CTTS

Report di monitoraggio del livello di realizzazione e programmazione degli OsCo nei singoli territori;
in fase di redazione

Progetto regionale di valutazione di impatto del modello organizzativo:

- sull'appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali (ad es. ricoveri evitabili, dimissioni tempestive);
- sulla salute dei pazienti (ad es nel miglioramento dell'autonomia attraverso scale di valutazione come la Barthel Modificata);
- l'esperienza dei pazienti con questionario ad hoc;
- l'esperienza dei professionisti coinvolti;

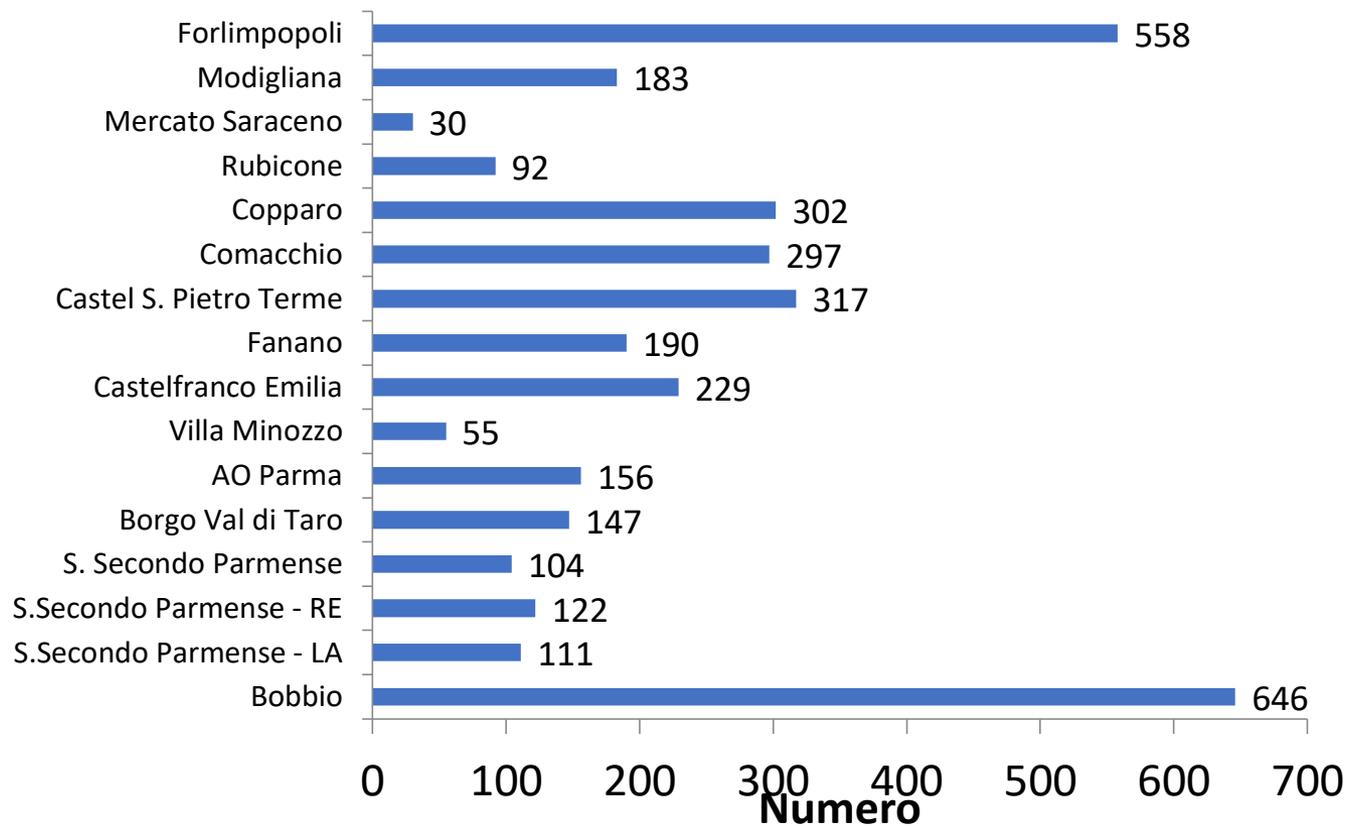
in corso di realizzazione

Un po' di numeri.....

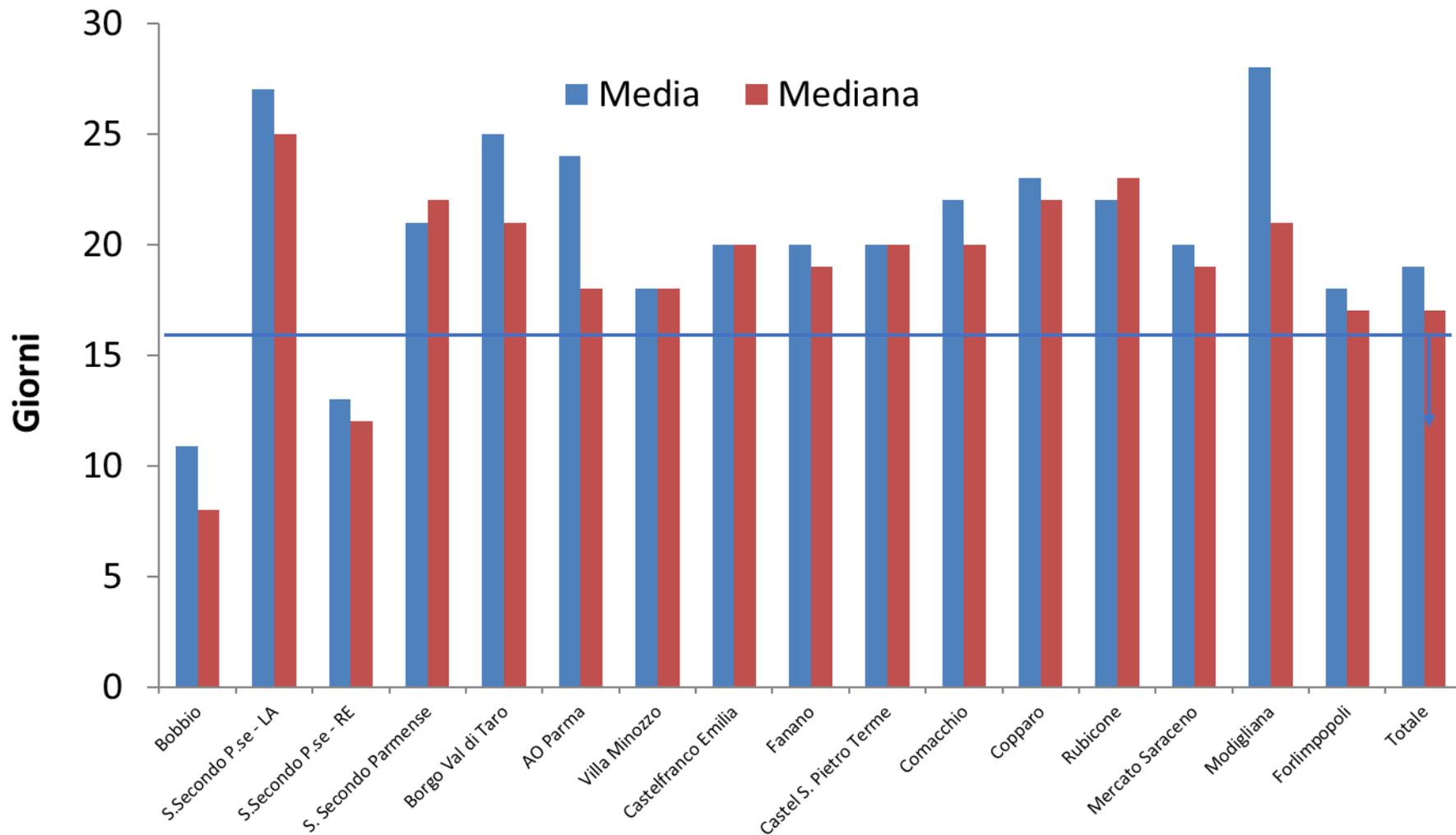


3.509 dimessi nel 2017

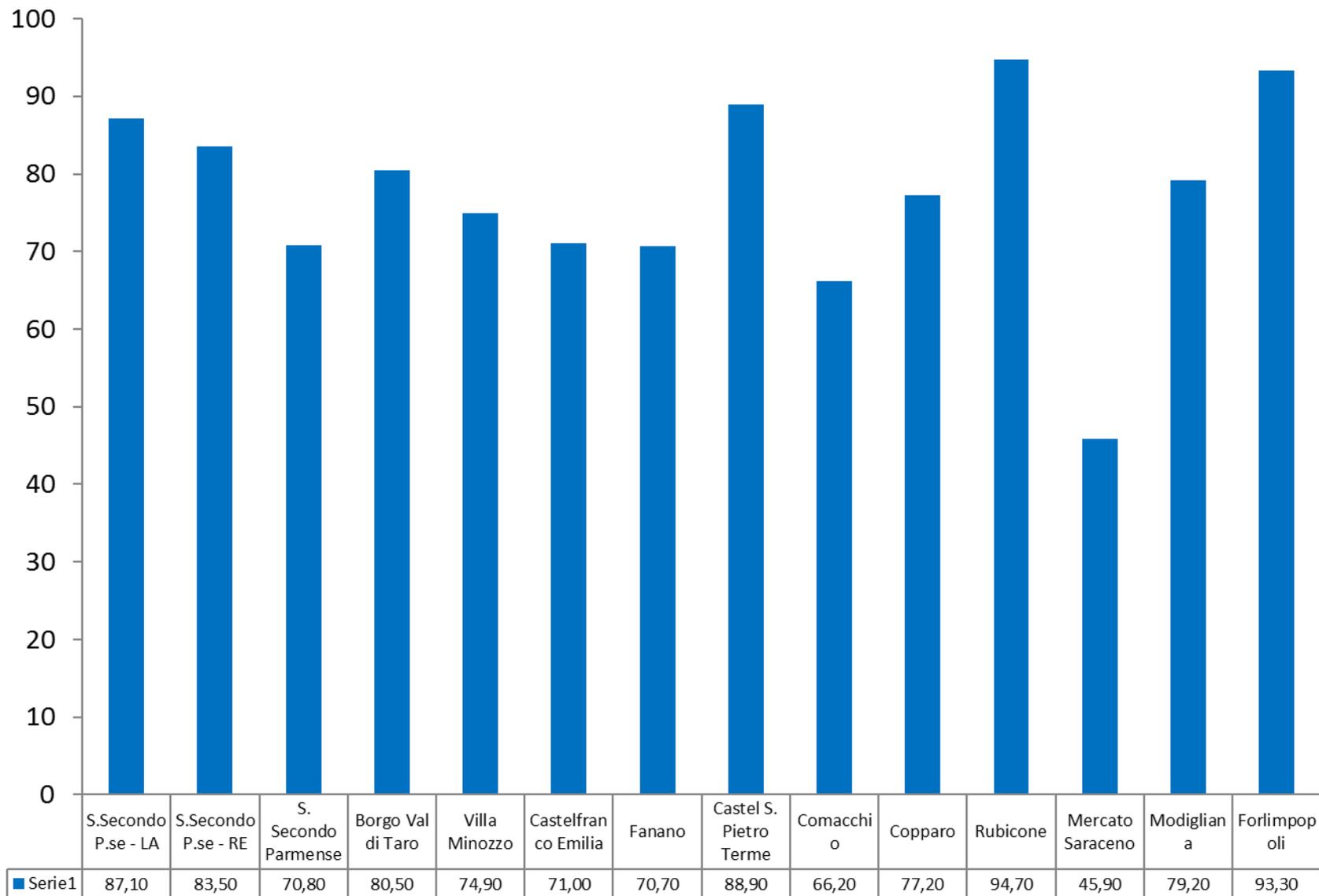
3.815 dimessi 2018 (ottobre)



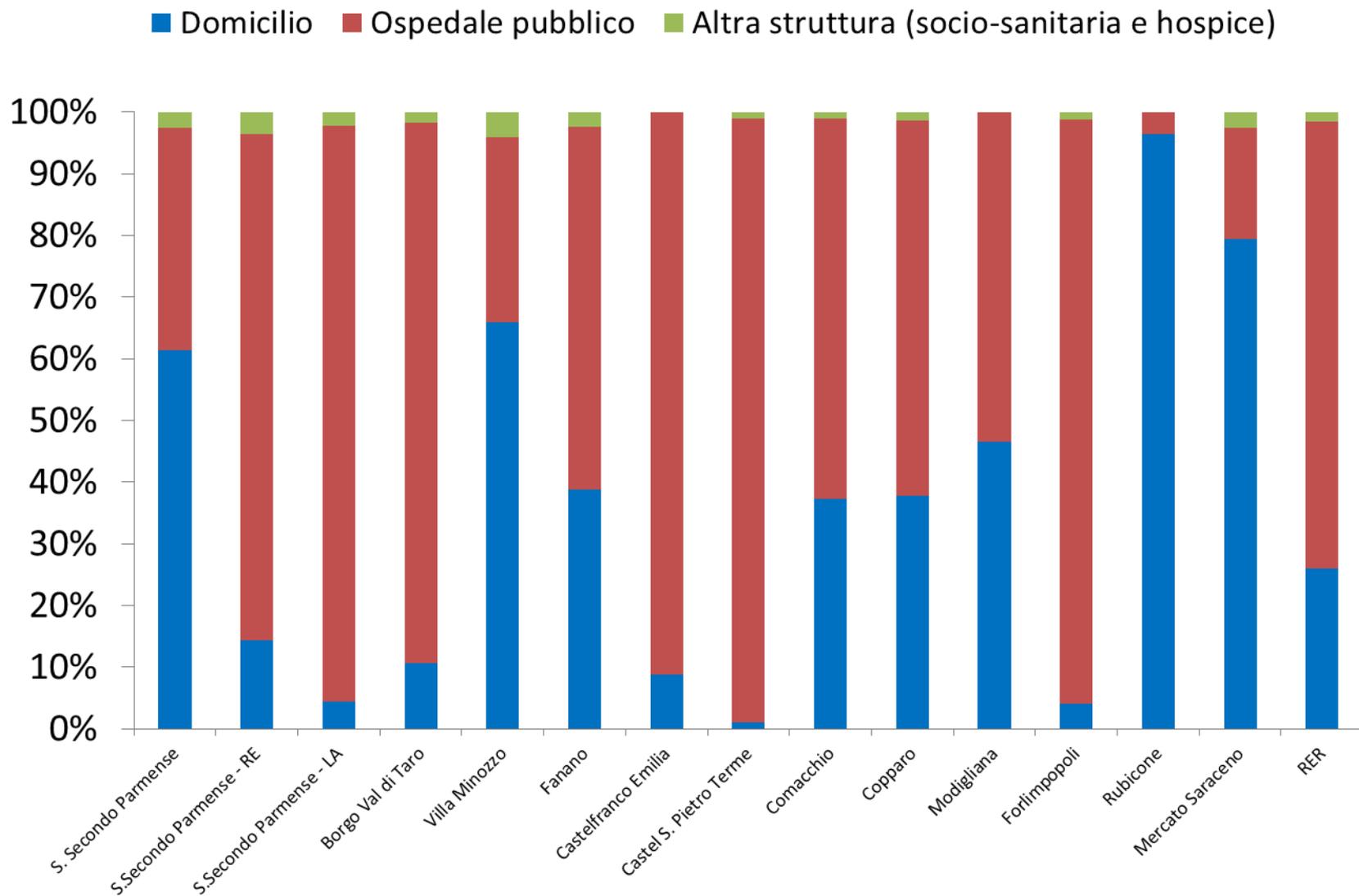
Durata media (19 giorni) e mediana di degenza (17 giorni)



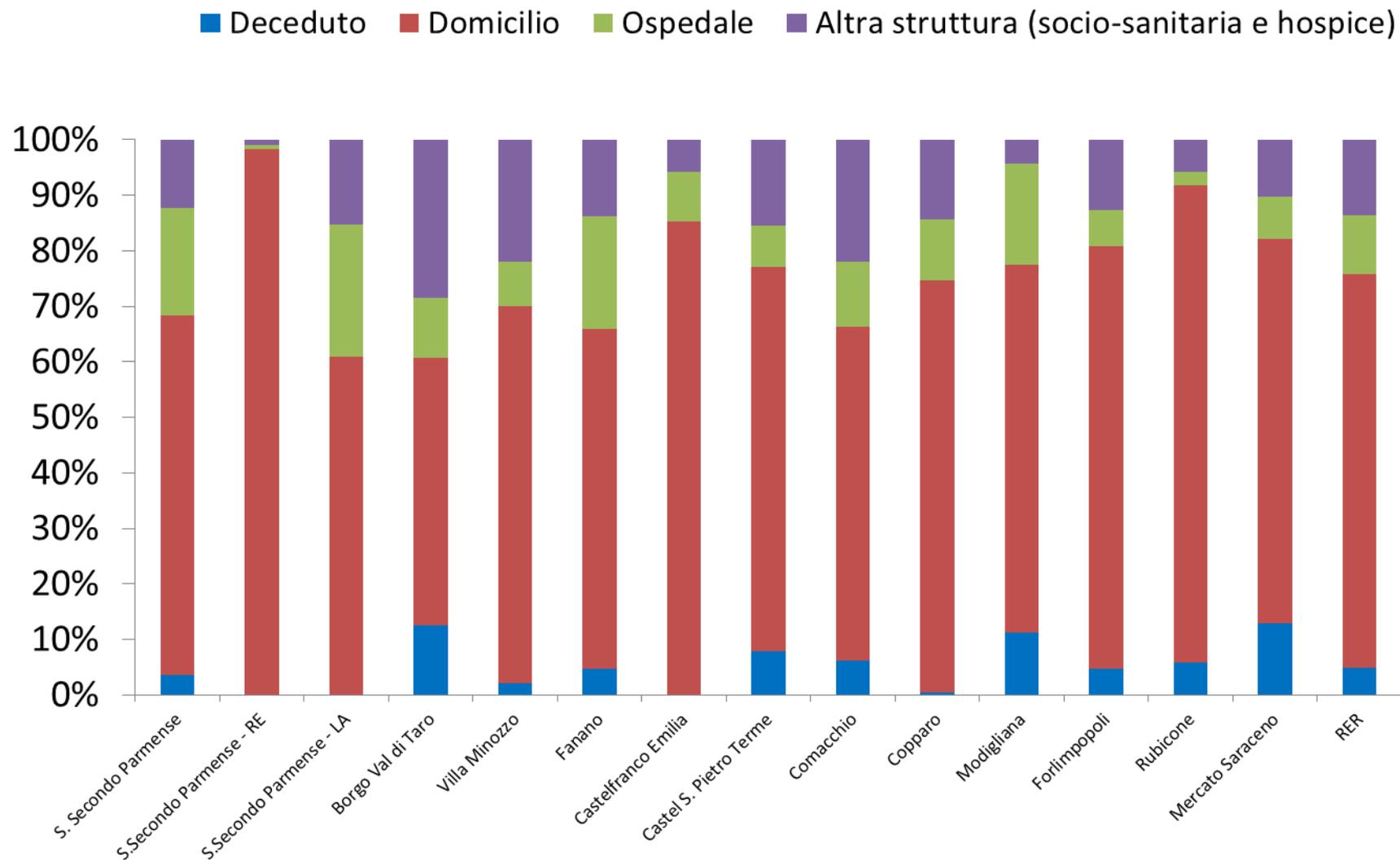
Indice di occupazione



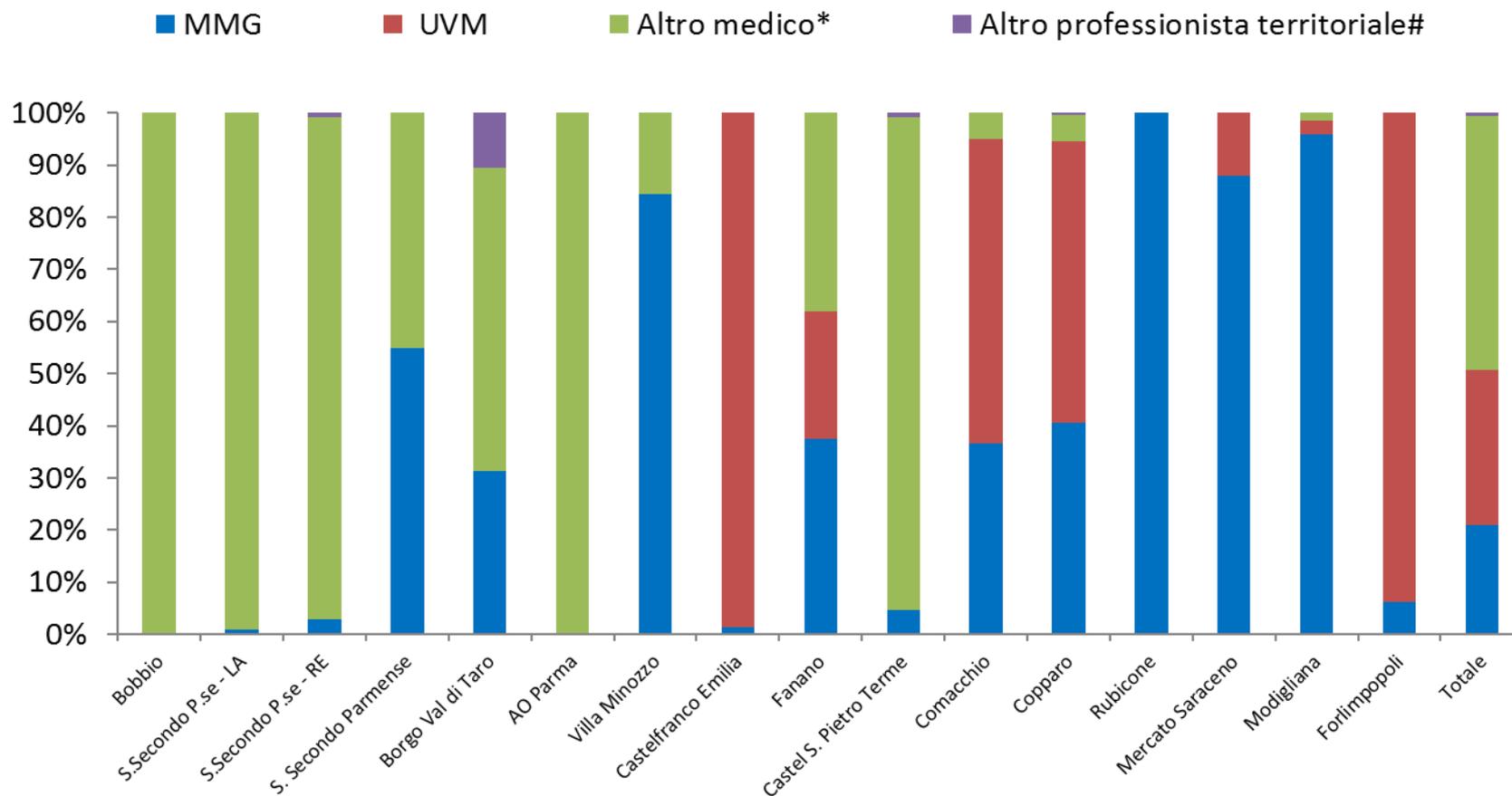
L'invio in OsCo viene soprattutto dall'ospedale



La dimissione dall'OsCo è principalmente al domicilio



Distribuzione per proposta di ricovero

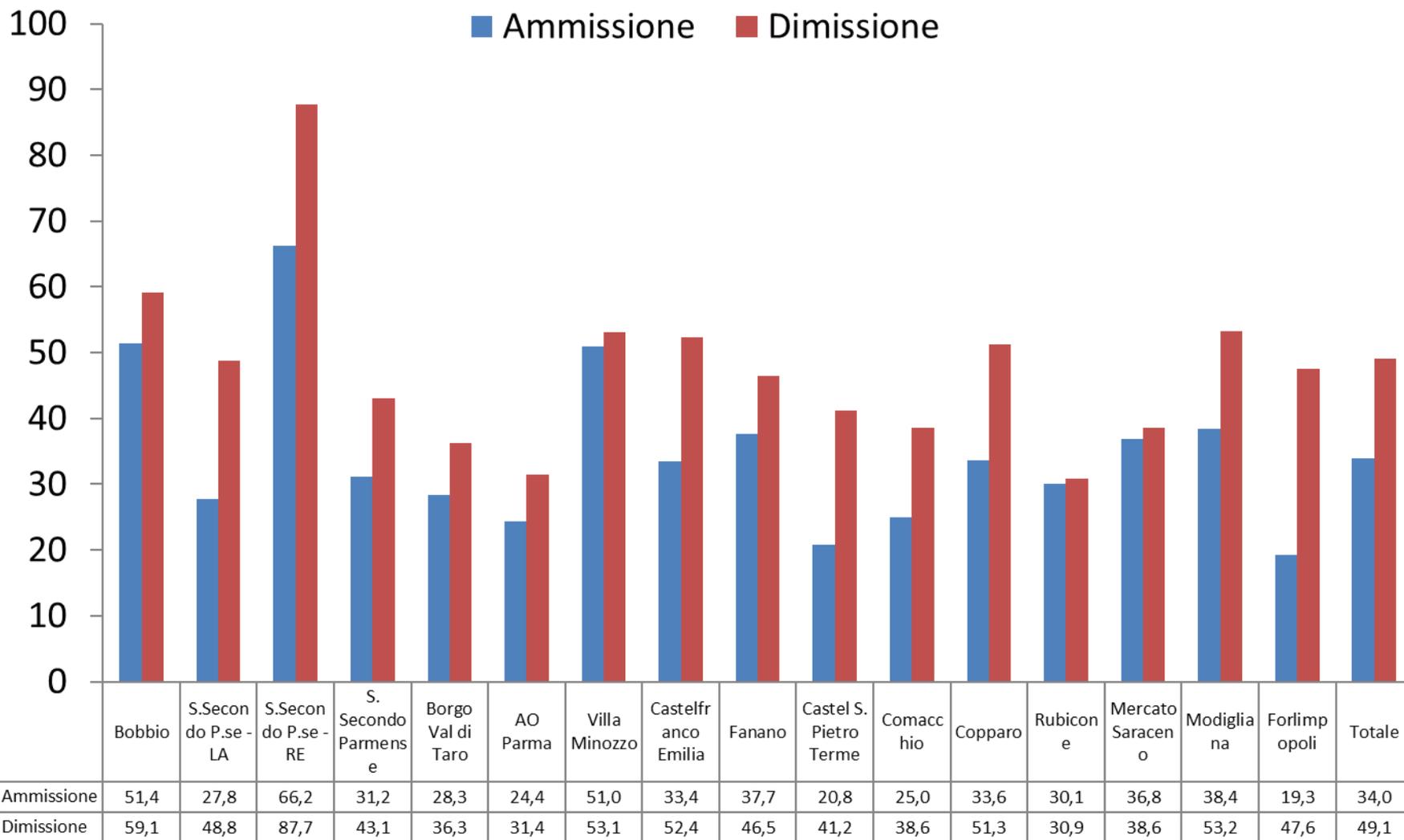


Nota:

* – altri medici del SSN

– infermieri, fisioterapisti

Indice di Barthel



Confronto 2016-2017-2018

	2016	2017	Var. assoluta	Var. %
Numero OSCO	12	16	4	33,3
Posti letto (n)	194	244	50	25,8
Numero dimessi (n)	2.386	3.509	1.123	47,1
Degenza media (giorni)	22	19	-3	-13,6
Degenza mediana (giorni)	20	17	-3	-15,0
I. occupazione medio (%)	77,3	77,4	0,1	0,1

Ospedali di comunità: questioni aperte...

- Efficacia
- Efficienza (costi)
- Dimensionamento (letti tecnici)
- Collocazione (ospedali, strutture private)
- Assistenza medica (MMG, specialisti)
- Mission (quali differenze con le CRA ad invio diretto da dimissione ospedaliera)
- Requisiti e inserimento nei LEA



In Italia: l'Assistenza Territoriale nei LEA ?

Nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):

- prevenzione collettiva e sanità pubblica
- assistenza distrettuale
 - assistenza di base,
 - emergenza sanitaria territoriale,
 - assistenza farmaceutica,
 - assistenza integrativa,
 - assistenza specialistica ambulatoriale,
 - assistenza protesica,
 - assistenza termale,
 - assistenza sociosanitaria – domiciliare e territoriale, assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale



In attesa del documento di indirizzo Nazionale sugli Ospedali di Comunità...



Grazie