

fficina delle Idee

IL CAMBIAMENTO NASCE DAI PROFESSIONISTI

L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

*nella nuova rete ospedale, territorio,
casa come luogo di cura*

Dott. Roberto Corsi ASL Roma 6 Direttore Sanitario Aziendale, Dott. Pierluigi Vassallo ASL Roma 6 Direttore f.f. Dipartimento del Territorio, Dott.ssa Cinzia Sandroni ASL Roma 6 Direttore UOC Professione Infermieristica, Dott. Claudio Federici ASL Roma 6 Dirigente delle Professioni Sanitarie, Dott.ssa Nadia Lolli ASL Roma 6 Dirigente delle Professioni Sanitarie, Dott.ssa Simonetta Bartolucci ASL Roma 6 UOC Professione Infermieristica, Dott.ssa Cristiana Pizzicannella ASL Roma 6 Coordinatore Infermieristico Distretto Sanitario H3-IFeC

RETE Territoriale ASL ROMA 6

La ASL Roma 6 tutela la salute della popolazione (574.976) insistente nell'ambito territoriale coincidente 21 Comuni suddivisi in 6 Distretti Sanitari. Il complesso dell'area di competenza, comprende la porzione sud della Provincia di Roma, ed è caratterizzata da due distinte realtà geografiche e socio economico:
-I Castelli Romani, territorio ricomprende i Comuni collinari e montani del complesso dei Colli Albani;
-Il Litorale Latino, territorio ricomprende le città della porzione sud del litorale Romano.

- ✓ Potenziamento strutture territoriali: Accessibili – Inclusive - Sicure
- ✓ Riorganizzazione modelli assistenziali: Efficienti - Efficaci-Qualità
- ✓ Assistenza integrata e multidisciplinare: Equipe Multi Professionali

- ✓ Trattamento Multidimensionale-Progetto Salute
- ✓ Personalizzazione dell'Assistenza- Universalità-Uguaglianza ed Equità



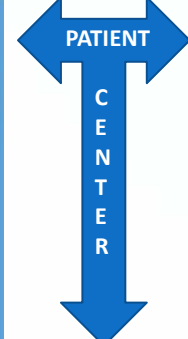
DM 77/22 Governance Modello di erogazione dei servizi

Introduction

La pandemia da Sars-Cov 2 ha puntato i riflettori sull'importanza dell'assistenza territoriale-domiciliare quale organizzazione per garantire ai cittadini prestazioni sanitarie appropriate ai bisogni di salute. La Asl Roma 6 con il Modello Organizzativo **Infermiere di Famiglia e di Comunità** (IfeC) operativo dal 2020 e l'attivazione di nuovi servizi: L'API e la Centrale di Telemonitoraggio per pazienti Covid positivi in isolamento domiciliare, ha garantito ai cittadini Cure Territoriali appropriate al bisogno di salute emergente. Decongestionando i **PS** e le UUO Covid. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nel perseguire il potenziamento delle attività Distrettuali e il rafforzamento e valorizzazione dei Servizi Territoriali richiama all'input di realizzazione degli **Ospedali di Comunità-OdC**. In tale contesto l'IfeC, con le specifiche funzioni di ruolo, attiva la Presa in Carico della persona del caregiver nei diversi **Setting Assistenziali**: Cure Primarie/Intermedie, tutte le Strutture della Rete di Servizi-COT-Telemedicina-Ospedali-RSA

INFERMIERE DI FAMIGLIA E COMUNITÀ'

DISTRETTI SANITARI E COMUNI DI AFFERENZA	POPOLAZIONE STIMATA (2019)	IFeC DM/77	MMG PLS
DH1 Frascati, Monteporzio, Montecompatri, Colonna, Rocca Priora, Rocca di Papa, Grottaferrata	96.901 residenti	IFeC/3000:	TOT. MMG TOT/373 PLS 74
DH2 Albano Laziale, Ariccia, Genzano di Roma, Castel Gandolfo, Lanuvio, Nemi	109.901 residenti	IFeC/3000:	
DH3 Marino, Ciampino	82.330 residenti	IFeC/3000:	
DH4 Pomezia, Ardea	112.686 residenti	IFeC/3000:	
DH5 Velletri, Lariano	103.958 residenti	IFeC/3000:	
DH6 Anzio, Nettuno	103.570 residenti	IFeC/3000:	



OSPEDALE DI COMUNITÀ'

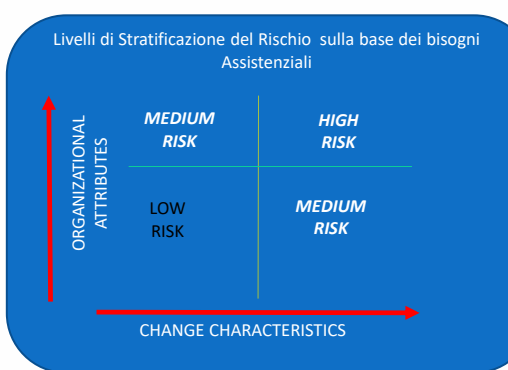
Delibera Regionale n. 1005 del 30 dicembre 2021		
	Oggi	PNRR
DH 6.1	CdS- Rocca Priora	Casa di Comunità
DH 6.2	EX-PO di Albano	Casa di Comunità
DH 6.2	EX-PO di Genzano	Casa di Comunità
DH 6.3	PO di Marino	Casa di Comunità
DH 6.4	Loc. Macchiozza Pomezia	Casa di Comunità
DH 6.6	CdS Villa Albani Anzio	Casa di Comunità

Transitional Care dei Fragili coinvolgimento e condivisione con i MMG/PLS

Methodology

La scelta Organizzativa della ASL Roma 6, per perseguire le indicazioni del DM/77, è stata quella di istituire 7 gruppi di progetto con il mandato di sviluppare le linee di implementazione del **PNRR-Assistenza Territoriale Diffusa**. Si è proceduto alla stratificazione della popolazione residente secondo il modello della prospettiva del **Population Health Management** in base alla gravità e alla valutazione dei modelli di presa in carico. Questa differenziazione risulta indispensabile per costruire il Progetto Salute e definire i Bisogni di Salute. I Professionisti Sanitari hanno strutturato, condiviso e realizzato protocolli e procedure per l'integrazione/Presa in Carico tra Ospedale e Territorio utili a garantire la **Transitional Care** e la **Casa come Primo luogo di Cura**

Costruire i Servizi sui BISOGNI e non più orientati solo all'Offerta



Popolazione Residente nella ASL Roma 6 con patologie croniche > 65 aa TOT. 110197	
Patologia	ASL Roma 6
Iperensione arteriosa	107450
Diabete	37195
Ipotiroidismo	36878
BPCO	29237
Demenza	2940
Malattia di Parkinson	2074
IMA	1749



I gruppi di progetto Cure Primarie e **IFeC e OdC** lavorando in sinergia, hanno definito le strategie e gli interventi di **Sanità di Iniziativa**, rispetto i sottogruppi della popolazione fragile che necessita di trattamenti multidisciplinari utili al miglioramento/mantenimento dello stato di salute anche attraverso il ricovero **ponte** presso l'OdC

Results

L'OdC svolge funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Le attività dell'IfeC vs i servizi dell'OdC garantiscono alle persone una maggiore **accessibilità e appropriatezza** degli interventi sanitari e sociali offerti dalla Azienda. In caso di stabilità clinica con necessità di assistenza infermieristica continuata e all'insorgenza di nuovi bisogni di salute che necessitano di **Engagement Formativo**, l'IfeC attiva il MMG per valutazione e proposta di ricovero presso l'OdC e viceversa a favore della continuità assistenziale e il rientro a domicilio

TARGET UTENTI OSPEDALE DI COMUNITÀ' IFECC

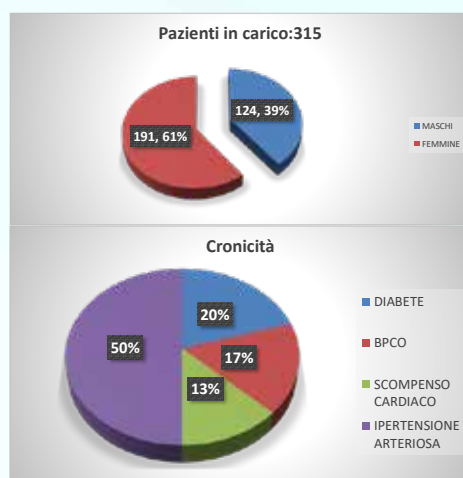
- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio-ospedale
- pazienti che necessitano di assistenza «alfabetizzazione» paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio
- pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo
- supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale



“Engagement Proattivo” con interventi specifici per bisogno di salute Intercettato Finalità di evitare accessi impropri al PS/ricoveri, favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio



“Statistical patient data” Range di riferimento 09.09.21-09.09.22

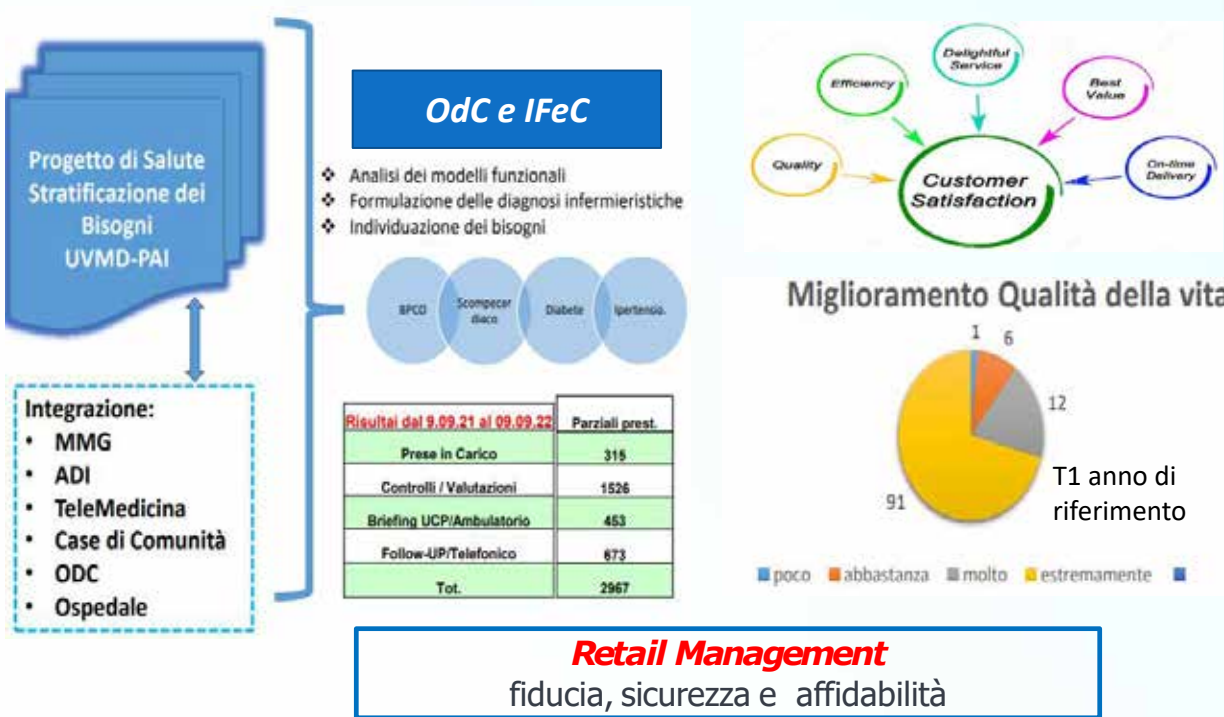


Riduzione del 16% dei Modelli Disfunzionali alla prima valutazione: T 0 → T 1

Conclusion

Il DM 77/22 dà input al **Sistema Salute** di implementare gli **OdC** e trasversalmente la figura dell'**IFeC sul e nel territorio** come **Gatekeeper** per fornire alla Comunità servizi che facilitino il punto di entrata nel Sistema Sanitario per:

- ✓ Erogare servizi: valutativi, preventivi, di mantenimento dello stato di salute e di intercettazione precoce dell'eventuale modifica
- ✓ Coordinamento dell'assistenza al fine di garantire la continuità delle cure
- ✓ Economicità di **Sistema**
- ✓ Operare sui bisogni fisici, psicologici e sociali del singolo e della comunità



Retail Management

fiducia, sicurezza e affidabilità

Bibliografia:
Legge 77/20-PNRR-DM71/22-DM77/22
Garant Morgan, Images Le metafore dell'organizzazione-Franco Angeli ed. 2022





MI FIDO: RIMANGO A CASA MA NON SONO SOLO

PROSSIMITÀ-CO-PROGETTAZIONE-RESPONSABILITÀ CONDIVISA

PROGETTO IDEATO E REALIZZATO DALL'ASSISTENTE SOCIALE DELLA ASL VC LORELLA PERUGINI COMPONENTE DIRETTIVO NAZIONALE SUNAS
sunas.nazionale@gmail.com – cell. 3454661267

Prossimità = consapevolezza a condividere un bisogno qualificato tra più persone accomunate da vicinanza territoriale e a sentire come propri i problemi di chi ti è vicino.

Da qui nasce la risposta di coloro che esprimono il bisogno non solo come meri fruitori di un servizio o di una prestazione, ma anche in parte come produttore dello stesso, diventando risorsa attiva della comunità assumendo un ruolo importante nel sistema di infrastrutturazione sociale dei territori.

Bisogno qualificato = bisogno su cui misuriamo il grado di civiltà e di progresso di una società, da quelli primari, come mangiare, vestirsi, avere una casa, ai bisogni di cure e farmaci a quelli relativi al decoro del luogo in cui si vive, ai bisogni relazionali.

Da queste considerazioni nasce il progetto avviato in collaborazione con associazioni di volontariato per formare i “**Custodi sociali**”.

Durante la pandemia il SSPA ha adottato misure di carattere urgente e straordinarie per le situazioni di isolamento sociale e familiare, situazioni di persone fragili e vulnerabili in condizioni di difficoltà economiche assistenziali, non solo rivolte a utenti già conosciuti dai servizi ma anche verso persone non in carico e non conosciute dai servizi.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

- Implementare attività e prestazioni che spesso le istituzioni preposte, da sole, non sono in grado di erogare, attraverso la collaborazione di un Network per fare Community Building
- Valorizzare le reti del volontariato nella gestione di prestazioni di **assistenza leggera** = acquisto farmaci - consegna pasti - impegnative per visite e prescrizione farmaci - accompagnamento, ecc.
- Formare una nuova figura da inserire nella rete dei servizi integrati con un percorso specifico



- Il **Custode sociale** diventa quindi una nuova figura che insieme agli altri operatori interviene a supporto e sostegno delle situazioni di fragilità e vulnerabilità di persone non incaricate ai servizi. Il **Custode sociale** deve avere capacità di ascolto, osservazione e accoglienza verso le persone utilizzando modalità relazionali improntate sulla disponibilità/flessibilità e immediatezza.

Il progetto “**Mi Fido**” si attiva mediante segnalazione al SSPA che valuta la richiesta, decodifica il bisogno e trasmette alla rete del volontariato competente per tipologia d'intervento la richiesta di prestazione definendo tempi e modalità di attuazione.



Il progetto **Mi Fido** ha permesso di offrire prestazioni innovative rispetto a quelle dei servizi esistenti, che sicuramente le

persone non avrebbero potuto ottenere da soli in autonomia, assieme ad azioni di facilitazione e di buona integrazione con i servizi esistenti.



Il progetto *Mi Fido: rimango a casa ma non sono solo* ha sperimentato in una parte di territorio dell'ASL VC un nuovo modello operativo di prossimità e vicinanza al cittadino innescando processi generativi per una società più inclusiva e solidale capace di



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute





Come nasce e si sviluppa l'Ospedale di Comunità nel Territorio delle Bormide.

Roberta Rapetti¹, Paola Cosma¹, Elena Colmia Franchino¹, Simona Visca¹, Marco Damonte Prioli¹, Luca Garra¹, Alberto Piacenza¹, Monica Cirone¹.

Roberta Rapetti, Responsabile Organizzazione Territoriale, Azienda sociosanitaria figure 2 – Savona – Italia
Paola Cosma, Coordinatore Infermieristico Ospedale di Comunità Cairo Montenotte, Azienda sociosanitaria figure 2 – Savona – Italia
Elena Colmia Franchino, Simona Visca, Infermiere S. C. Coordinamento Professioni Sanitarie Territoriali, Azienda sociosanitaria figure 2 – Savona – Italia
Marco Damonte Prioli, Direttore Generale, Azienda sociosanitaria figure 2 – Savona – Italia
Luca Garra, Direttore Sanitario, Azienda sociosanitaria figure 2 – Savona – Italia
Alberto Piacenza, Coordinatore Assistenza Domiciliare Fisioterapia, Azienda sociosanitaria figure 2 – Savona – Italia
Monica Cirone: Direttore Sociosanitario, Azienda sociosanitaria figure 2 – Savona – Italia

Introduzione

Un'aumentata aspettativa di vita e un incremento del numero di oldest-old, caratterizzati da una profonda fragilità sul piano fisico, sociale, psicologico ed emotivo, hanno reso necessario ripensare ad un nuovo modello di Sanità Territoriale, per erogare cure adeguate a persone con patologie croniche^{1,2}. In questa cornice, il DM 77/2022 definisce criteri e standard puntuali e l'Ospedale di Comunità (O.C.) rappresenta un luogo dove offrire assistenza di qualità e favorire la continuità delle cure³.

Materiali e Metodi

L'O.C. è una struttura sanitaria intermedia dedicata a soggetti che necessitano di interventi a bassa intensità clinica, non erogabili a domicilio. Il termine "Ospedale di Comunità" nasce negli anni '90 in Emilia Romagna⁴. Ad oggi, sono stati attivati numerosi O. C. che, seppur denominati in maniera diversa, hanno peculiarità e obiettivi simili⁴. L'O.C. di San Giuseppe di Cairo Montenotte, Azienda Sociosanitaria figure 2, è una realtà che si è evoluta nel tempo, inaugurato nel settembre 2020 come Area di Cure Infermieristiche e riabilitative Ospedale Territorio (ACIROT) si è trasformata a giugno 2022 in O. C.. Dispone di 20 posti letto e accoglie pazienti da ogni setting di cura. Gli obiettivi fondanti sono: rispondere ai bisogni di salute attraverso una presa in carico globale, creare una forte rete socio-assistenziale e definire percorsi di cura personalizzati. L'assistenza si basa sull'erogazione di interventi preventivi assistenziali ed educativi incentrati sulla persona e non solo sulla patologia. L'accesso alla Struttura avviene sulla base di criteri specifici, il lavoro si svolge in equipe interprofessionale e le dimissioni avvengono in maniera protetta con il coinvolgimento della rete socio-sanitaria, formale e informale. Sono presenti 2 case manager con funzione di gestori dei casi clinici complessi; quotidianamente sono svolti briefing e debriefing e predisposti PAI e PRI ad hoc.

Ringraziamenti

Si ringraziano gli operatori sanitari che hanno contribuito alla realizzazione di questa nuova Organizzazione.

Bibliografia

1. Mary Cabiddu, Paolo Luigi Colombelli, Percorso per la presa in carico multidisciplinare del malato oncologico anziano: dall'ospedale al territorio, PoliS-Lombardia
2. Quaderni del Ministero della Salute, Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano, n. 6, novembre-dicembre 2010
3. Decreto 23 maggio 2022, n. 77 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale
4. Giovanni Fattore, Francesca Meda e Michela Mereghaglia, Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro, Rapporto OASI 2021

Risultati

Dal 7.09.2020 al 17.10.2022 sono stati ricoverati 547 pazienti, 541 provenienti da ospedale e 6 da domicilio, di cui 211 maschi e 336 femmine, con età media di 80 anni. Il tasso di occupazione è sempre stato oltre il 70%, la degenza media di 18 giorni. Le destinazioni post dimissione sono elencate in tabella 1, le problematiche prevalenti in tabella 2. Gli eventi avversi registrati sono: cadute in 29 pazienti (5%), LDD 1 caso, 1 decesso per morte improvvisa, 14 pazienti trasferiti in reparti per acuti in urgenza.

DESTINAZIONE POST DIMISSIONE	N° PAZIENTI
Domicilio	336
RSA	60
Reparti per acuti	38
Reparti Covid dedicati	13
Deceduti	13
Reparti di riabilitazione intensiva	11
Hospice	8
TOTALE	547

Tabella 1 - Destinazione post dimissione

PROBLEMATICHE	N° PAZIENTI
Ortopediche	200
Mediche	248
Chirurgiche	28
Neurologiche	39
Sociali	32
TOTALE	547

Tabella 2 - Problematiche prevalenti

Conclusioni

Le azioni assistenziali ed educative messe in atto sono state di natura biopsicosociale. Gli aspetti sanitari, sociali e psicologici del singolo sono stati equamente considerati ed inseriti in un unicum al fine di rendere l'assistito il protagonista della propria cura in un percorso di educazione terapeutica che ha teso verso una maggiore autonomia. L'ascolto attivo e la costruzione di una relazione sono stati punti essenziali. Nonostante la pandemia abbia reso difficile l'accesso in Ospedale, il personale ha sempre mantenuto vivo il rapporto familiare ed amicale con l'uso di dispositivi tecnologici, quali tablet e telefono.



Ospedale di Comunità e Bed Management Ospedaliero

dr. Saverio Ungheri – Dirigente Medico DMPO Gallarate – Somma L.do – ASST Valle Olona
dr. Alberto Schizzarotto– Direttore Medicina Somma L.do – ASST Valle Olona
dr. Marino dell’Acqua – Direttore Socio Sanitario ASST Valle Olona
dr. Roberto Gelmi – Direttore Medico DMPO Gallarate – Somma L.do

INTRODUZIONE

Grazie ai fondi del PNRR l’ASST Valle Olona ha previsto di realizzare 2 Ospedali di Comunità (OdC) presso la città di Somma L.do entro il 2024.

Tali Strutture sono classificate come afferenti alle «cure intermedie», destinate pertanto ai ricoveri brevi per pazienti con bisogni di salute a bassa intensità clinica.

Gli OdC contribuiranno a fornire assistenza più appropriata ai cittadini riducendo gli accessi impropri al pronto soccorso e garantendo il supporto al processo di dimissione ospedaliera grazie all’integrazione con gli altri servizi sanitari, quali servizi sociali e associazioni di volontariato, servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e servizi di emergenza urgenza territoriali¹⁻².

MATERIALI E METODI

In questo studio si valuta l’impatto teorico dei primi 10 posti letto, prossimi all’apertura, dell’OdC all’interno dell Presidio di Somma L.do sul *turn over* dei posti letto del reparto di Medicina ubicato all’interno della medesima Struttura.

Per farlo è stato analizzato il *case mix* delle diagnosi principali dei DRG prodotti dal reparto di Medicina di Somma L.do, valutando la tipologia di ricoveri ordinari nell’anno 2019 che avrebbe potuto usufruire di questo nuovo modello, garantendo così un maggior *turn over* dei posti letto e una presa in carico più appropriata dei pazienti con maggiori bisogni di assistenza clinica.

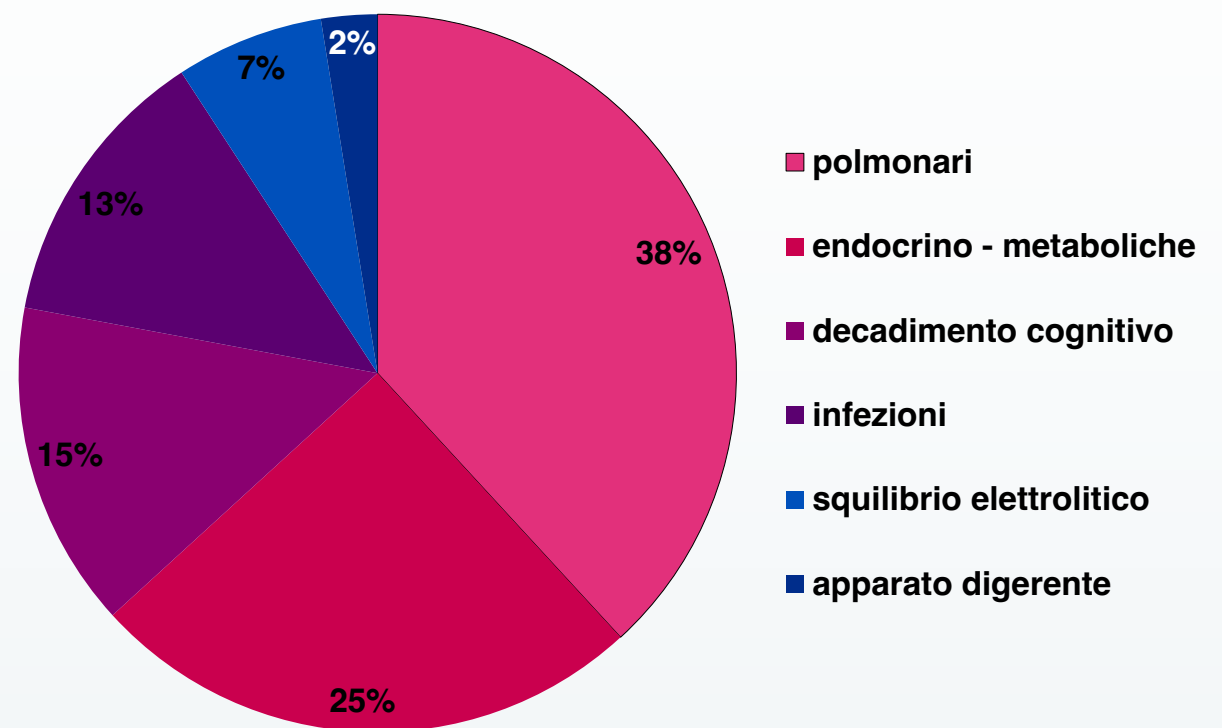
La fonte dei dati è stata il software ADT WEB in uso presso tutte le UU.OO dell’ASST Valle Olona.

RISULTATI

Rispetto alle 300 diagnosi principali individuate nei DRG dei ricoveri effettuati nel 2019 dal reparto di Medicina ne sono state individuate 45 che rispondono maggiormente ai criteri di appropriatezza clinica e assistenziale per l’OdC di Somma L.do³.

Tali diagnosi appartengono all’area medica in pazienti già stabilizzati ai quali sia stato iniziato un trattamento infusionale, iniettivo o fisioterapico non effettuabile a domicilio.

Nel seguente grafico si illustrano le macro aree delle patologie individuate:



CONCLUSIONI

Lo studio presentato dimostra quanto siano numerosi i ricoveri che potrebbero beneficiare della presa in carico di un OdC.

Le 3 aree di maggiore interesse riguardano le malattie dell’apparato respiratorio, come le bronchiti e polmoniti, le endocrino-metaboliche, come il trattamento del diabete mellito cronico scompensato, e il decadimento cognitivo, che può comportare difficoltà gravi nell’idratazione ed equilibrio elettrolitico, nell’alimentazione e nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Area Patologia	n. ricoveri	degenza media
polmonari	350	11
endocrino - metaboliche	109	7
decadimento cognitivo	313	16
infezioni	274	17
squilibrio elettrolitico	109	10
apparato digerente	50	15

Valutando la degenza media di questi ricoveri in un anno e la successiva presa in carico dei pazienti stabilizzati nell’OdC il reparto di Medicina di Somma L.do potrebbe guadagnare **1172** giorni di degenza da dedicare ai pazienti con maggiori bisogni di salute, riducendo così i tempi di *boarding* del Pronto Soccorso e favorendo il più rapido *turn over* dei posti letto.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - G.U. Serie Generale n. 144 del 22/06/2022;
- 2 - Deliberazione n. XI/6426 del 23/05/2022;
- 3 - Deliberazione n. XI / 6760 Seduta del 25/07/2022.



Valutazione HTA per il nuovo Ospedale di Comunità di Somma L.do

dr. Saverio Ungheri – Dirigente Medico DMPO Gallarate – Somma L.do – ASST Valle Olona
arch. Alessandra Bonfanti – Ufficio Tecnico Patrimoniale ASST Valle Olona
dr.ssa Maria Scaccia- infermiere di famiglia e comunità specialist – ASST Valle Olona
dr. Danilo Zanotta - Centro Servizi Cronicità - Nucleo Dimissioni Protette – ASST Valle Olona
dr. Marino dell'Acqua – Direttore Socio Sanitario ASST Valle Olona
dr. Roberto Gelmi – Direttore Medico DMPO Gallarate – Somma L.do

INTRODUZIONE

I sistemi sanitari devono costantemente adattarsi ad un ambiente in continua evoluzione che rifletta la natura stessa delle minacce alla salute pubblica ed è necessario affrontare costantemente queste tendenze grazie all'analisi delle «tecnologie» sanitarie (*health Technology Assessment-HTA*), contribuendo all'individuazione di politiche sanitarie sicure, efficaci, incentrate sui pazienti e mirate a ottenere il massimo valore¹.

MATERIALI E METODI

Si è analizzato, sfruttando la metodologia HTA, l'impatto dei primi 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità (OdC) di Somma L.do sul reparto di Medicina ubicato presso la medesima Struttura.

Per effettuare tale valutazione sono state analizzate le dimensioni economiche, sociali, etiche, organizzative, la sicurezza e, infine, la potenziale efficacia sul percorso di integrazione ospedale – Territorio².

La fonte dei dati è stata il software ADT WEB, l'analisi delle richieste effettuate al Nucleo di Dimissioni Protette per i pazienti fragili ricoverati presso la Medicina di Somma L.do e il preventivo dei lavori per la realizzazione dell'OdC.

RISULTATI

Di seguito si riporta l'esito della valutazione HTA effettuata:

Sociale: il futuro OdC garantirà la riqualificazione dell'Ospedale Angelo Bellini di Somma L.do, consentendo di svilupparne maggiormente la componente di cure sub – acute e la conseguente presa in carico di pazienti cronici con minori bisogni di salute;

Organizzazione: inizialmente saranno impiegati 6 infermieri, 8 OSS e 1 medico già assunti in ASST Valle Olona.

Sicurezza: l'OdC sarà ubicato all'interno dell'Ospedale Angelo Bellini e pertanto non serviranno trasferimenti esterni. In caso di urgenze cliniche l'Ospedale è inoltre dotato di una guardia internistica anche in orario notturno.

Impatto economico: a fronte di una spesa di **20.000 euro** per le opere strutturali propedeutiche all'apertura dei primi 10 posti letto nel nuovo OdC si è calcolato un risparmio di **330.000 euro/anno** grazie alle giornate di degenza guadagnate dal reparto di Medicina ubicato presso la medesima Struttura.

Etica: potenziando il percorso di presa in carico territoriale si potrà garantire il più appropriato utilizzo dei posti letto del reparto di Medicina e un aiuto concreto a tutti i pazienti fragili con necessità cliniche ed assistenziali di minor gravità. Solo nel **2022** sono state gestite **91** pratiche di consulenza dal Nucleo di Dimissioni Protette relative a potenziali pazienti candidabili per l'OdC.

Efficacia: la presa in carico presso l'OdC consentirà di ridurre le giornate di degenza dei ricoveri presso il reparto di Medicina di Somma L.do, destinando così tali letti alla presa in carico dei pazienti più gravi con maggiori necessità di salute. Rispetto all'anno 2019 si avrebbe un guadagno di **1172** giornate di degenza.

CONCLUSIONI

L'approccio HTA ha consentito una valutazione multidimensionale del progetto nel contesto iniziale dell'ospedale Angelo Bellini di Somma L.do.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Rapporto sulla spesa rilevata dalle Strutture Sanitarie pubbliche del SSN per l'acquisto di dispositivi medici anno 2019 – 28/04/2021.
- 2 - Deliberazione n. XI / 6760 Seduta del 25/07/2022.



Per una sanità più integrata: L'OSPEDALE DI COMUNITÀ

RISULTATI

L'Ospedale di Comunità facilita la stabilizzazione della dimissione del paziente ospedaliero; si attiva nel recupero funzionale e nell'insegnamento dell'autocura oppure come inizio di un ricovero sociosanitario per persone non autosufficienti in attesa di trovare una collocazione stabile.

In base alle attività svolte si propone, nella tabella sinottica, l'organizzazione del personale.

RUOLO	FABISOGNO PERSONALE	QUANTITATIVO ORARIO	PIANO DI LAVORO
MMG	2	4 ORE SU 6/7 GIORNI	Il Medico di Medicina Generale è il responsabile della cura globale del paziente . Non si occupa della cura della malattia del singolo organo o apparato, bensì della cura olistica della persona all'interno della società in cui vive. Collabora assieme all'Internista per la stesura di PAI (piano assistenziale individuale).
MEDICO	5	12 ORE PRESENZA + PRONTA REFERIBILITÀ NOTTURNA / FURNA FESTIVA	L' internista è un medico specializzato in medicina interna; come tale si occupa dello studio, della diagnosi, della cura e della prevenzione di moltissimi disturbi di varia natura – epatologici, autoimmuni, allergologici, gastroenterologici, reumatologici e di tutte le altre problematiche di medicina generale – non suscettibili di un approccio chirurgico. Collabora con MMG per la stesura di PAI ed ha la responsabilità clinica dei ricoverati presso l'OdC.
COORDINATORE INFERMIERISTICO	1	8 ORE	Il Coordinatore infermieristico svolge un sostanziale ruolo di collegamento tra la parte assistenziale clinico-organizzativa e gli obiettivi aziendali. Il Case Manager prende in carico il caso , cioè si occupa di coordinare i processi, garantendo la continuità della cura e favorendo la compliance del paziente e del suo nucleo di appartenenza.
INFERMIERE	6	24 ORE	L' Infermiere : a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.
OSS	8	24 ORE	Operatore sociosanitario (OSS) è una figura di supporto infermieristico, garantisce l'assistenza di base per favorire il benessere psico-fisico e sociale della persona. Lavora in simultaneità con tutte le professioni sanitarie. Svolge attività in piena autonomia dietro indicazione del personale medico ed infermieristico su tutto ciò che riguarda l'assistenza ai bisogni primari del paziente come attività di igiene, riordino dell'ambiente del paziente; mentre per tutte le altre mansioni l'OSS è una figura di supporto.
FISIOTERAPISTI	2	4 ORE	Il fisioterapista svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della mobilità, valuta e individua il bisogno di salute del paziente, se necessario lavorando anche in équipe multidisciplinare; pratica autonomamente, con responsabilità e titolarità, attività terapeutica per la riduzione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, utilizzando terapie fisiche, manuali e occupazionali; propone l'adozione di ausili, addestra il paziente al loro uso e ne verifica l'efficacia, verifica le rispondenze della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

Borsani E. – ASST Valtellina Alto Lario (Sondrio)

Pietrantonio F. – UOC Medicina Interna – Ospedale dei Castelli, ASL Roma 6, Roma.

Lago Pato, Chiesa in Valmalenco, Sondrio.

INTRODUZIONE

La DGR Lombardia 6760 prevede per ogni distretto almeno un Ospedale di Comunità. Cos'è l'Ospedale di Comunità? Come si inserisce all'interno della sanità territoriale lombarda? Lo scopo di questo lavoro è quello di ipotizzare un modello attuabile in una comunità montana ad esempio la Valtellina. La popolazione della Valtellina è di circa 200.000 abitanti dislocati su un territorio di oltre 300 km.



MATERIALI E METODI

L'OdC è una struttura sanitaria di ricovero che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti del Distretto in cui è situato; può esser di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati. Le sue finalità possono quindi essere di stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso; di recupero funzionale e insegnamento di procedure di autocura complesse oppure di inizio di ricovero sociosanitario per non autosufficienti, in attesa di trovare una collocazione stabile. L'accesso dei pazienti avviene su segnalazione del reparto di dimissione, del Pronto Soccorso per prevenire ricoveri inappropriati o su segnalazione del medico curante, in tutti i casi mediata dalla COT (centrale operativa territoriale). L'OdC è destinato a ricoveri brevi, di massimo 30 giorni, per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Un OdC in grado di operare correttamente dovrebbe essere costituito da 15 posti letto.



ASST SONDRIO ATTUALIZZAZIONE PRIN - MEDIORE ACS RETI DI PROVVISORIA, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE (CDC - ODC - COT)									
NO. FIGURE INFO MUPPE	ASST	COMUNE	INDIRIZZO	PROSPETTIVA	CDC	ODC	COT		
1	VALTELLINA ALTO LARIO	Sondrio	Via Fretta 152/19	Ente locale	X				
2	VALTELLINA ALTO LARIO	Bormio	Via Agnè 8	SSR	X				
3	VALTELLINA ALTO LARIO	Trasno	Via Pedrotti 57	SSR	X				
4	VALTELLINA ALTO LARIO	Sondrio	Via Strada 35	SSR	X				
5	VALTELLINA ALTO LARIO	Chiavenna	Via Canova 4	SSR	X				
6	VALTELLINA ALTO LARIO	Verdegno	Via Marini 1	SSR	X				
7	VALTELLINA ALTO LARIO	Dorogio	Via Tre Pini	Ente locale	X				
8	VALTELLINA ALTO LARIO	Barbosa di Val d'Asta	Via strada 215	SSR	X				
9	VALTELLINA ALTO LARIO	Trasno	Via Comasco Valgella 1	Ente locale	X				
10	VALTELLINA ALTO LARIO	Chiesa Valmalenco	Via Roma 100	Ente locale	X				
11	VALTELLINA ALTO LARIO	Sondrio	Via Bello 1	SSR	X				
12	VALTELLINA ALTO LARIO	Sondrio	Via Zibian 33	SSR	X				
13	VALCANONICA CA	Edölo	Piazzale Donatori di Sangue 1	SSR	X				
14	VALCANONICA CA	Brivio	Via Molino 2	SSR	X				
15	VALCANONICA CA	Darfo Boario Terme	Via Barbolini 3	SSR	X				
16	VALCANONICA CA	Cadegino	Via Mazzanti 101	Ente locale	X				
17	VALCANONICA CA	Phogno	Località San Cristoforo	Ente locale	X				
18	VALCANONICA CA	Porto di Legno	Piazzale Europa	SSR	X				
19	VALCANONICA CA	Barro Infresno	Piazza Sordani 1,2	Ente locale	X				
20	VALCANONICA CA	Orzinuovi	Via Marconi 15	Ente locale	X				
21	VALCANONICA CA	Edölo	Via Marconi 142	SSR	X				
TOTALE					18	7	2		

CONCLUSIONI

È necessario anticipare i bisogni dei pazienti e seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale.

Utenza più soddisfatta delle cure, maggiore capacità del malato di seguire il trattamento grazie a una maggior preparazione sia personale che dell'assetto familiare sulle nuove condizioni di salute.

Rete territoriale più collaborativa coi diversi servizi e maggiore comunicazione tra ospedale e medici di medicina generale.

La figura professionale dell'Infermiere acquisirebbe così una riqualificazione innovativa e moderna.



La Sanità accanto al paziente: L'OSPEDALE DI COMUNITÀ.

RISULTATI

L'Ospedale di Comunità facilita la stabilizzazione della dimissione del paziente ospedaliero; si attiva nel recupero funzionale e nell'insegnamento dell'autocura oppure come inizio di un ricovero sociosanitario per persone non autosufficienti in attesa di trovare una collocazione stabile. In base alle attività svolte si propone, nella tabella sinottica, l'organizzazione del personale.

RUOLO	FABISOGNO PERSONALE	QUANTITATIVO ORARIO	PIANO DI LAVORO
MMG	2	4 ORE 50 h/7 GIORNI	Il Medico di Medicina Generale è il responsabile della cura globale del paziente. Non si occupa della cura della malattia del singolo organo o apparato, bensì della cura olistica della persona all'interno della società in cui vive. Collabora assieme all'infermiere per la stesura di PAI (piano assistenziale individuale).
MEDICO	5	32 ORE PRESENZA + PRONTA SOCCORSO 24h NOTTURNA / FURINA FESTIVA	L'infermiere è un medico specializzato in medicina interna, come tale si occupa della storia, della diagnosi, della cura e della prevenzione di moltissime distese di varia natura - epatologiche, autoimmuni, allergologiche, gastroenterologiche, reumatologiche e di tutte le altre problematiche di medicina generale - non suscettibili di un approccio chirurgico. Collabora con MMG per la stesura di PAI ed ha la responsabilità clinica dei ricoverati presso l'OdC.
COORDINATORE INFERMIERISTICO	1	8 ORE	Il Coordinatore Infermieristico svolge un sostanziale ruolo di collegamento tra la parte assistenziale (clinico-organizzativa) e gli obiettivi assistenziali. Il Case Manager, prende le cariche il caso, cioè si occupa di coordinare i processi, garantendo la continuità della cura e favorendo la compliance del paziente e del suo nucleo di appartenenza.
INFERMIERE	6	24 ORE	L'infermiere: a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'assistenza infermieristica; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche-terapeutiche; e) assiste sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali; f) per l'implementazione delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto; g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.
OSS	8	24 ORE	Operatore sociosanitario (OSS) è una figura di supporto infermieristico, garantisce l'assistenza di base per favorire il benessere psico-fisico e sociale della persona. Lavora in sinergia con tutte le professioni sanitarie. Svolge attività in piena autonomia dietro indicazione del personale medico ed infermieristico su tutto ciò che riguarda l'assistenza ai bisogni primari del paziente come attività di igiene, riabilitazione dell'ambiente del paziente, mentre per tutte le altre mansioni l'OSS è una figura di supporto.
FISIOTERAPISTI	2	4 ORE	Il fisioterapista svolge in via autonoma, o in collaborazione con altre figure sanitarie, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione nelle aree della motricità, valuta e individua il bisogno di salute del paziente, se necessario lavorando anche in équipe multidisciplinare, pratica autonomamente, con responsabilità e fiducia, attività terapeutica per la riduzione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive, utilizzando terapie fisiche, manuali e occupazionali, propone l'adozione di ausili, addestra il paziente al loro uso e ne verifica l'efficacia; verifica la rispondenza della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale.

INTRODUZIONE

La DGR Lombardia 6760 prevede per ogni distretto almeno un Ospedale di Comunità. Cos'è l'Ospedale di Comunità? Come si inserisce all'interno della sanità territoriale lombarda? Lo scopo di questo lavoro è quello di ipotizzare un modello attuabile in una comunità montana ad esempio la Valtellina. La popolazione della Valtellina è di circa 200.000 abitanti dislocati su un territorio di oltre 300 km.



MATERIALI E METODI

L'OdC è una struttura sanitaria di ricovero che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero e si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti del Distretto in cui è situato; può esser di sostegno alle dimissioni ospedaliere o di prevenzione di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati. Le sue finalità possono quindi essere di stabilizzazione del paziente ospedaliero dimesso; di recupero funzionale e insegnamento di procedure di autocura complesse oppure di inizio di ricovero sociosanitario per non autosufficienti, in attesa di trovare una collocazione stabile. L'accesso dei pazienti avviene su segnalazione del reparto di dimissione, del Pronto Soccorso per prevenire ricoveri inappropriati o su segnalazione del medico curante, in tutti i casi mediata dalla COT (centrale operativa territoriale). L'OdC è destinato a ricoveri brevi, di massimo 30 giorni, per pazienti che hanno bisogno di interventi sanitari a bassa intensità clinica. Un OdC in grado di operare correttamente dovrebbe essere costituito da 15 posti letto.

CONCLUSIONI

È necessario anticipare i bisogni dei pazienti e seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale.

Utenza più soddisfatta delle cure, maggiore capacità del malato di seguire il trattamento grazie a una maggior preparazione sia personale che dell'assetto familiare sulle nuove condizioni di salute.

Rete territoriale più collaborativa coi diversi servizi e maggiore comunicazione tra ospedale e medici di medicina generale.

La figura professionale dell'Infermiere acquisirebbe così una riqualificazione innovativa e moderna.

Borsani E. – ASST Valtellina Alto Lario (Sondrio)

Pietrantonio F. – UOC Medicina Interna – Ospedale dei Castelli, ASL Roma 6, Roma.

Lago Paù, Chiesa in Valmalenco, Sondrio.



OSPEDALE DI COMUNITÀ DI LORETO : LA DEGENZA IN CURE INTERMEDIE E LE ATTIVITÀ DELL'AMBULATORIO INFERMIERISTICO



A.M. Frascati¹ M.G.Zagaglia², P. Graciotti², M. Mari³ D.Giovannini¹, N. Storti⁴
1_H di Comunità Loreto AV2, 2_Direzione Infermieristica AV 2, 3- Dip.Salute Mentale AV2, 4_ Direzione Generale ASUR

Introduzione

Il PNRR ha tra i suoi obiettivi l'implementazione dei servizi di prossimità e di presa in carico territoriale. Risultano fondamentali la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei Servizi tra cui l'Ospedale di Comunità che acquisisce un ruolo centrale per la tutela del paziente fragile/cronico. All'interno di questa struttura è possibile usufruire di una serie di servizi tra cui la degenza e le attività ambulatoriali, servizi necessari al fine di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso, ridurre le gg di degenza e facilitare la dimissione dagli ospedali per acuti.

Tabella 1

Cure Intermedie ODC Loreto																		
	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21	giu-21	lug-21	ago-21	set-21	ott-21	nov-21	dic-21	TOT	%				
Ricoveri	10	8	21	13	14	18	14	16	16	18	9	13	170					
n. dall'ospedale (reparto)(torrette)	6	3	5	5	8	5	3	5	4	7	2	5	58	34				
n. dal domicilio	2	0	5	2	3	4	4	7	5	3	1	4	40	23,5				
n. dall'ospedale (PS)									1	1			2	1,17				
n. struttura protetta socio-sanitaria	1	2	6	0	2	1	2	0	2	0	3	0	19	11,17				
n. da struttura per riabilitazione					1								1	0,6				
n. da altro (intra-osped)	1	3	5	6	1	7	5	4	4	7	3	4	50	29,4				
Degenza media	36,90	20,6	22,6	24,1	36,2	25,9	27,7	29,3	27,6	28,0	26,7	27,3	27,74					
n. decessi	6	3	1	2	3	4	2	1	5	8	6	5	46	27,06				
n. dimissioni	5	3	0	3	4	4	3	4	7	4	0	4	41	24,12				
n. trasferimenti in H	1	3	1	1	4	2	2	0	2	1	1	3	21	12,35				
n. trasferimenti (RSA, RP, etc)	1	6	1	6	3	7	7	8	2	3	2	5	51	30				

Tabella 2

Attività Ambulatorio Infermieristico 2021														
	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-20	giu-21	lug-21	ago-21	set-21	ott-21	nov-20	dic-21	TOT	%
Cartella nuovi accessi	78	43	49	38	57	74	65	42	53	46	32	31	608	
Medicazioni varie	71	58	94	108	120	140	187	173	160	133	89	88	1421	37,44
Lavaggio picc,port,cvc	41	44	39	48	65	56	59	29	41	34	48	39	543	14,31
Terapia im, sc	19	29	22	48	69	46	54	29	37	52	34	60	499	13,15
Terapia ev (antib, ferro)	53	65	65	72	116	111	118	80	99	130	99	67	1075	28,33
Stomia	10	8	10	9	7	9	8	6	6	6	8	8	95	2,5
TOT PRESTAZIONI	194	203	279	323	377	436	426	317	343	355	278	264	3795	
ADAV (accessi venosi)	5	6	9	7	10	7	8	16	11	9	4	10	102	
ECG	0	16	28	19	20	22	21	2	26	18	18	13	203	
Prelievo ven. diabete	28	23	35	28	27	30	18	0	33	32	32	19	305	
N.A. emotrasf	36	21	23	27	21	28	14	9	20	9	13	10	231	
n. sacche emotrasf	16	17	19	22	21	27	24	16	23	23	18	16	242	
N. salassi	20	11	23	25	21	19	18	11	19	29	18	16	230	

Materiale e metodi

Lo studio osservazionale riferito all'anno 2021 è stato effettuato presso l'U.O. di Cure Intermedie di Loreto dell'Area Vasta n. 2. I dati raccolti ed elaborati attraverso un database costruito ad hoc sono relativi al numero dei ricoveri e alla modalità / provenienza in entrata e in uscita dell'utente, nonché alla degenza media. Nel contempo sono state analizzate le attività infermieristiche garantite dall'Ambulatorio Infermieristico presente all'interno della Casa di comunità.

Obiettivo dello studio

Monitorare nell'anno 2021 l'andamento dei ricoveri e delle attività ambulatoriali infermieristiche afferenti alla U.O. di Cure Intermedie dell' OdC di Loreto (AN).

Risultati

*Dall'analisi dei dati si evidenzia una provenienza dell'utenza rispettivamente del 64,5% da strutture per acuti e del 23,5% dal domicilio. La degenza media si attesta intorno a 27 gg il cui valore rientra perfettamente nei criteri della normativa vigente. Per quanto riguarda il dato relativo alla dimissione si evince che sono stati dimessi verso il proprio domicilio il 24,12% dei pazienti, il 12,35% sono stati trasferiti in ospedali per acuti, mentre il 30% è stato trasferito presso strutture residenziali. (Tab.1)
Gli accessi presso l'Ambulatorio Infermieristico sono stati n°3795 e le prestazioni maggiormente erogate hanno riguardato medicazioni (37,44%) e terapia iniettiva (28,33%). (Tab.2)*

Conclusioni

*La l'U.O. di Cure Intermedie e l'ambulatorio infermieristico hanno avuto un andamento costante nell'accettazione dei ricoveri e degli accessi ambulatoriali provenienti dall'ospedale e dal territorio anche durante il periodo dell'emergenza legata alla Pandemia da COVID-19.
I dati mostrano un sistema di fruizione da parte degli utenti costante ed attivo. L'Ospedale di comunità nel periodo pandemico si è dimostrato un valore aggiunto nella rete sanitaria rappresentando una sede di riferimento per i diversi bisogni dell'utenza concretizzandosi come struttura di prossimità.*

Bibliografia

- Regione Marche (2015) Decreto della Giunta Regionale n. 452 del 2014 "Case della Salute", n. 960 del 2014 "Regolamentazione Cure Intermedie", n. 791 del 2014 "Linee di indirizzo cure domiciliari" /
- Regione Marche (2016) Decreto della Giunta Regionale n. 139 del 2016 'Adeguamento delle case della Salute tipo C ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard qualitativi, strutturali e tecnologici, relativi all'assistenza ospedaliera di cui al D.M.70 /2015. Revisione della D.G.R. 735/2016 D.G.R. 90/2013 e D.G.R. 1476/2013.
- <https://www.mef.gov.it/focus/Il-Piano-Nazionale-di-Ripresa-e-Resilienza-PNRR>



Ambulatori Infermieristici di Prossimità: l'esperienza nel comune di Arcevia del Distretto Sanitario Territoriale n.4 di ASUR-Marche AV2

Mencarelli E.*, Becci M.*, Borra D.*, Giovannini D.***, Marini A.*

*Asur Marche Area Vasta 2 – Distretto Sanitario Territoriale Senigallia

** Asur Marche Area Vasta 2 – Dirigenza delle Professioni Sanitarie

INTRODUZIONE

La realtà descritta nel presente elaborato, precorre e sottolinea quanto esplicitato nel PNRR, mostrando l'importanza dell'integrazione organizzativa e la necessità di strutture in un contesto rurale/montano, notoriamente "distante" dai convenzionali punti di accesso ai servizi, quale quello del Distretto Sanitario Territoriale n.4 nel Comune di Arcevia che già nel '99 dava avvio alla sperimentazione di un Ospedale di Comunità.

MATERIALI E METODI

Il presente elaborato si prefigge di valutare l'attività ed il valore aggiunto del Punto di Assistenza Territoriale (PAT) e in particolare dell'Ambulatorio Infermieristico (AI) inserito nella "Zona Montana" del Comune di Arcevia, che dista 45 km dal Distretto Sanitario di riferimento (Distretto di Senigallia) e dal Presidio Ospedaliero Unico. Attraverso la consultazione dei sistemi informativi che hanno permesso l'estrazione del numero di accessi e prestazioni eseguite nei PAT/AI, si è fatto un confronto rispetto alla popolazione residente.

RISULTATI

Popolazione residente Comune di Arcevia *Tab.1*

Under-65	Over-65	Totale
2882 (63,8%)	1637 (36,2%)	4519 (100%)

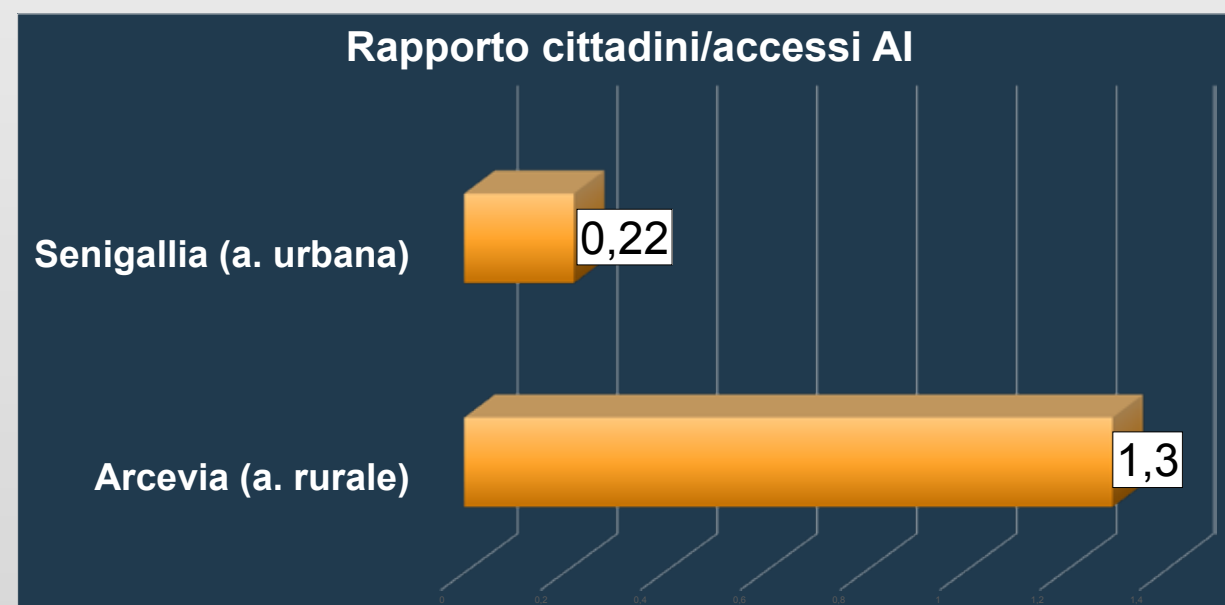
La popolazione della Terza età raggiunge un'alta percentuale rispetto al totale. Popolazione che ha una maggiore necessità assistenziale, di cura e di monitoraggio, ma che allo stesso tempo in questo contesto territoriale è distante dai punti di accesso ai servizi sanitari e dal Presidio Ospedaliero.

Nella *Tab.2* vengono riportati il numero di accessi nel triennio 19-21

ACCESSI PAT E AI ARCEVIA 2019-2021	
2019	6318
2020	5355
2021	6076

Considerando i dati riportati in *Tab.1* e *Tab.2* emerge che, in media, ogni cittadino del comune di Arcevia ha eseguito almeno un accesso al PAT/AI nell'arco temporale considerato.

Utile il confronto con l'Ambulatorio Infermieristico sito nel Distretto di Senigallia (dato analizzato 2021): si tenga conto che, la popolazione residente nei 2 comuni è differente per numerosità: 4519 cittadini per il comune di Arcevia, 44706 per il comune di Senigallia. Il *Grafico 1* mette in relazione il numero di accessi/bacino di utenza dei rispettivi Ambulatori Infermieristici.



CONCLUSIONE

Appare evidente che, l'esistenza del PAT e dell'AI inserito in un contesto rurale montano arruola un numero elevato di utenti che altrimenti si sarebbero dovuti recare, anche per procedure non complesse, presso il Presidio ospedaliero di Senigallia o presso la sede del Distretto Sanitario sempre sito a Senigallia o addirittura avrebbero dovuto rivolgersi verso servizi e strutture terze. Tutto ciò con ricadute organizzative negative sia per i servizi (sovrappollamento), ma soprattutto per gli assistiti con un ritardo o addirittura una rinuncia all'accesso alle cure.

Nel contesto urbano l'accesso ai servizi ambulatoriali specialistici è decisamente facilitato, a scapito però a volte dell'assenza di percorsi strutturati che gestiscono il cittadino nella sua globalità. Sono spesso presenti una serie di percorsi iper-specialistici focalizzati alla prestazione più che alla presa in carico della persona.

Vista l'esperienza maturata negli anni e la domanda dei cittadini alla luce delle emergenti condizioni socio-demografiche e sanitarie è necessario riflettere su una questione: Punto di Assistenza Territoriale e Ambulatorio Infermieristico a gestione multi-disciplinare, sul modello di Arcevia, non rappresenterebbero una risposta efficace ed un valore aggiunto anche in un contesto urbano?

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Sito istituzionale Ministero della Salute – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (<https://www.agenas.gov.it/pnrr>)
- Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (Allegato 1), D.M. 71, Ministero della Salute, 2022
- Regolamento Asur Cure Intermedie, Punto di Assistenza Territoriale e Ambulatori Infermieristici, Det. Asur 670/17, 2017
- Ospedale di Comunità di Arcevia, Alessandro Marini, 2009
- Sito istituzionale ISTAT, 2022



Forum Risk Management

obiettivo sanità & salute



P.N.R.R. Missione 6 . Investimenti Strutturali e Tecnologici Gli ospedali di comunità – Correlazione investimenti / risparmi annui

Nitti F.¹ - Dimatteo T.²

1 Direttore Unita' Controllo di Gestione Asl BT - 2 Direttrice Generale Asl BT

Introduction

Con uno stanziamento totale di 20,23 miliardi di euro, la Missione ha l'obiettivo di affrontare in maniera sinergica gli aspetti critici del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), allineando i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, migliorando le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, promuovendo la ricerca e l'innovazione e sviluppando competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale. La Missione 6 si articola in 2 componenti.

M6C1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Con uno stanziamento di 9 miliardi di euro, la Componente intende rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. La Componente si articola in 3 investimenti e una riforma.

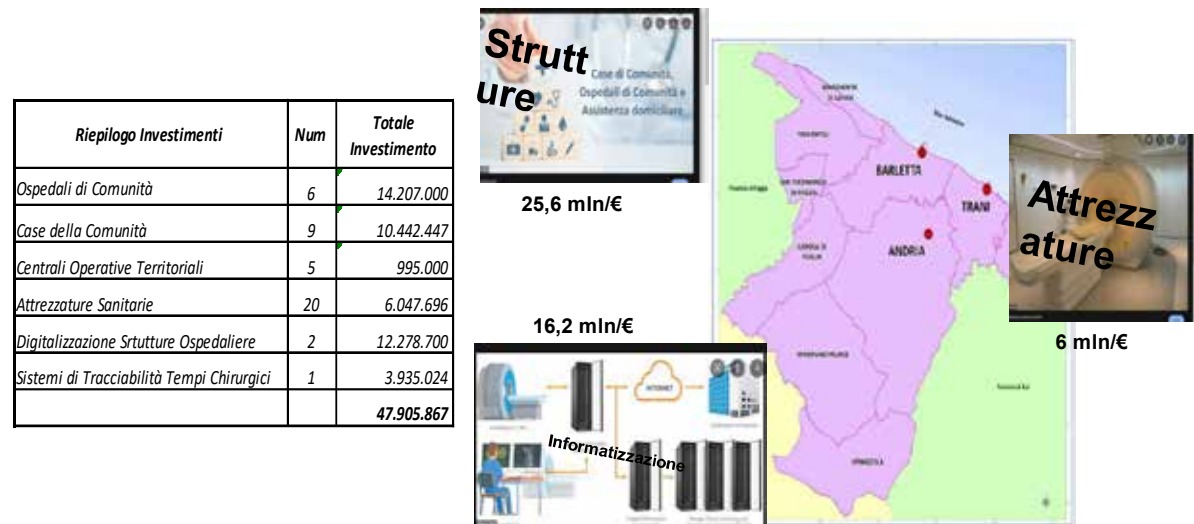
M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Con uno stanziamento di 11,23 miliardi di euro, la Componente ha come obiettivo lo sviluppo e l'innovazione della sanità pubblica, valorizzando gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici. La componente si articola in 2 aree d'intervento.

Il presente lavoro illustra la programmazione degli investimenti previsti nell'Asl BT (Barletta – Andria – Trani), una prima stima del fabbisogno numerico e finanziario necessario a garantire a regime il funzionamento delle nuove strutture, e possibili vantaggi in termini di impiego delle risorse relativamente agli ospedali di Comunità.

Results

Investimenti Complessivi per 47,8 milioni di euro



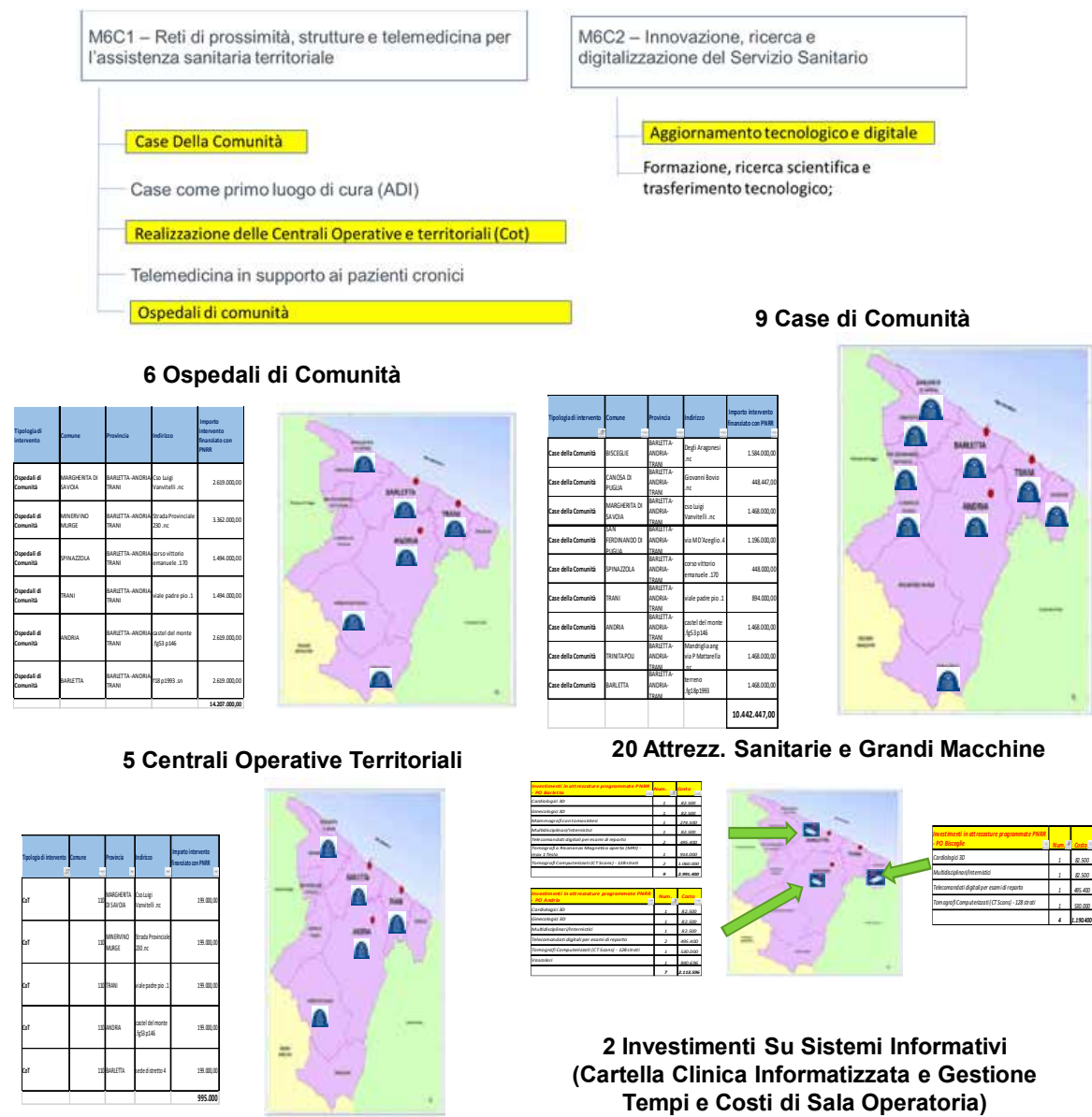
Organico Previsto e Fabbisogno Finanziario Annuo

Fabbisogno Per Singola Struttura			
	Ospedali DI Comunità	Case di Comunità	Centrali Territoriali
Medici	1		
Infermieri	9	5	6
Altri Coll. Prof. Sanitari	2		
Operatori Socio Sanitari	6		
Altre Unità di Supporto		5	2
MMG / PLS		10	
Specialisti		Vari	

Fabbisogno Unità Per Strutture Asl BT			
	Ospedali DI Comunità	Case di Comunità	Centrali Territoriali
Medici	6	0	0
Infermieri	54	45	30
Altri Coll. Prof. Sanitari	12	0	0
Operatori Socio Sanitari	36	0	0
Altre Unità di Supporto	0	45	10
Totale Dipendenti	108	90	40

Stima Costo Annuo Per le 20 Strutture Asl BT			
	Ospedali DI Comunità	Case di Comunità	Centrali Territoriali
Numero Strutture Previste	6	9	5
Medici	534.000	0	0
Infermieri	2.538.000	2.115.000	1.410.000
Altri Coll. Prof. Sanitari	564.000	0	0
Operatori Socio Sanitari	1.332.000	0	0
Altre Unità di Supporto	0	1.665.000	370.000
Totale Dipendenti	4.968.000	3.780.000	1.780.000

Methodology



Conclusion

La realizzazione di posti letto aggiuntivi presso gli ospedali di comunità (120 p.l. nella sola Asl BT), consentirà di decongestionare le strutture ospedaliere, liberando posti letto nei reparti medici e chirurgici da destinare ad assistiti che richiedono assistenza con maggiore intensità di cura.

Tenuto conto che il solo costo medio per giornata di degenza del personale dipendente assegnato ai reparti medici e chirurgici degli ospedali Asl, è mediamente pari al doppio del costo medio giornaliero che si sosterrà per giornata di degenza negli ospedali di comunità (vedasi al riguardo tabella seguente), si stima nella sola Asl BT che attraverso un utilizzo con tasso di occupazione del 90% dei 6 ospedali di comunità, si potrà ottenere **un risparmio annuo di circa 6,9 milioni di euro annui, che ripagherà in meno di 7 anni, l'intero investimento effettuato sulla missione 6 pari a 47 milioni di euro.**

	Costo ann	Modulo 20 P.L. Reparto Chirurgico		Modulo 20 P.L. Reparto Medico		Modulo 20 P.L. Ospedale di Comunità	
		Unità	Costo	Unità	Costo	Unità	Costo
Dirigenti Medici	95000	12	1.140.000	8	760.000	1	95.000
Personale Infermieristico	42000	20	840.000	15	630.000	11	462.000
Operatori Socio Sanitari	37000	8	296.000	5	185.000	6	222.000
Personale Ausiliario	34000	4	136.000	4	136.000		
Totale		44	2.412.000	32	1.711.000	18	779.000
Giorate di Deg. Annuie (20 Pl * 365GG)			7300		7300		7300
Costo per gg. Di deg solo personale			330,41		234,38		106,71
Costo Medio Personale per GG. Deg.				Media 282,39726			106,71
Risparmio Giornaliero per GG di Degenza							175,68
Giorate Degenza Annuie dei 6 Ospedali di comunità Asl BT (6 * 20 Pl * 365GG) - Tasso Occ.ne Stim 90%							39420
Stima Minori Costi Annui							6.925.500

Acknowledgements

ITALIANO, Governo. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Roma, Palazzo Chigi, 2021, 25.
PROFETI, Stefania; BALDI, Brunetta. Le regioni italiane e il PNRR: la (vana) ricerca di canali d'accesso all'agenda. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2021, 16.3: 432-457.
GUIDA, Pier Luigi. PNRR e Smart governance. *PNRR e Smart governance*, 2021, 4-5.
LUPO, Nicola. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alcune prospettive di ricerca per i costituzionalisti. 2022.

L'Igienista Orale e l'Ospedale di Comunità: La prevenzione sinergica per il paziente fragile

Antonia Sinesi - Igienista Dentale, libera professionista (Canosa di Puglia BT)
Giovanna Mosaico - Igienista Dentale , libera professionista (Carovigno BR)
Gianna Maria Nardi – Professore Associato Sapienza Università di Roma

Introduction

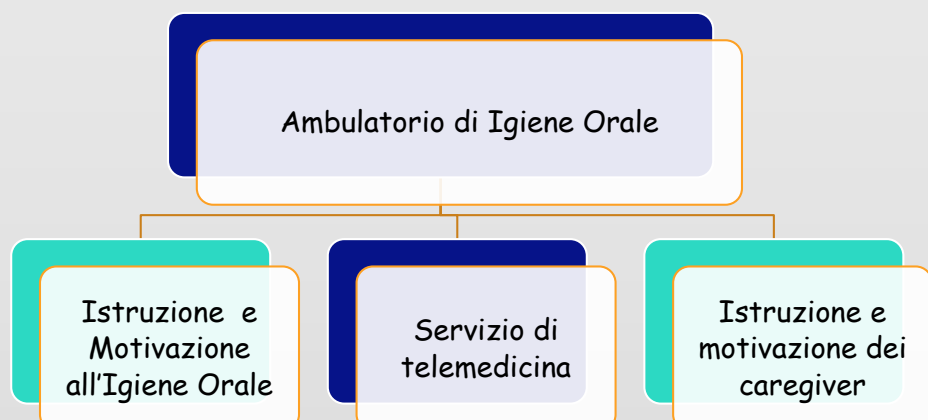


L'Ospedale di Comunità è un presidio sanitario di cure intermedie con tempi di degenza brevi, per pazienti che necessitano di un periodo di stabilizzazione clinica, monitoraggio e rimodulazione della terapia dopo la dimissione da reparti per acuti, e per quelli provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica e/o la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare al fine di prevenire un ricovero ospedaliero inappropriato. In questi pazienti è importante e fondamentale l'igiene orale per la prevenzione delle patologie del cavo orale, il controllo del biofilm orale per evitare patologie sistemiche gravi o il peggioramento di una condizione sistemica già compromessa.



Methodology

All'interno dell'ospedale di comunità è necessario e opportuno inserire un ambulatorio di Igiene Orale e Prevenzione



Results

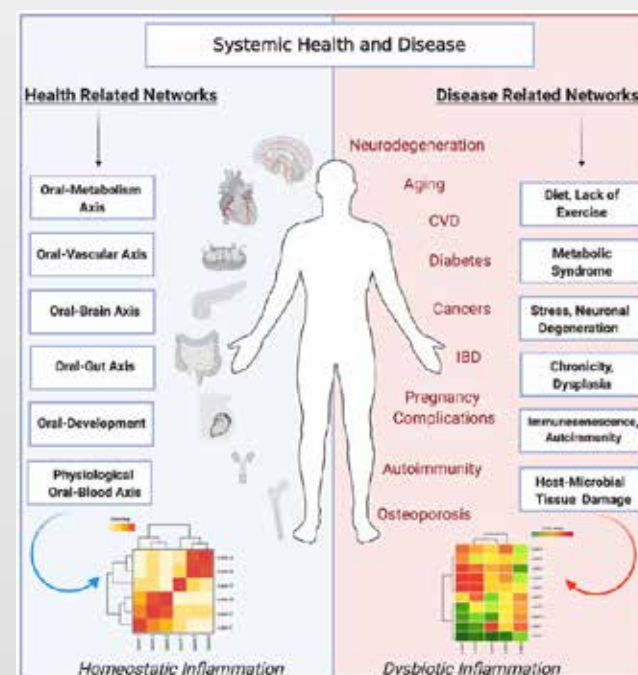


L'igiene orale con il controllo del biofilm batterico, sono fondamentali per ridurre i rischi associate a malattie sistemiche determinate da una disbiosi del cavo orale. Un attento e puntuale controllo del biofilm batterico in associazione ad una eubiosi del microbiota orale determinano una riduzione dell'infiammazione orale e sistemica attraverso un abbassamento importante dei mediatori chimici dell'infiammazione come le citochine, la proteina c reattiva e VES. Nei pazienti allestiti il controllo della placca batterica compresa quella linguale determina una diminuzione di rischio di patologie polmonari. Tutto questo si traduce in una minore prescrizione di farmaci, di una diminuzione del problema sanitario legato alla farmaco resistenza ma soprattutto un risparmio economico per il SSN.



Conclusion

Elaborare percorsi preventivi e assistenziali integrati in un'ottica multidisciplinare è essenziale per la salute del paziente. Interventi educative e preventivi rivolte alle persone assistite e ai caregiver potrebbero migliorare le condizioni di salute orale e sistemica del paziente. La telemedicina è da considerare come un ulteriore punto di forza, utile al monitoraggio della persona assistita a domicilio e al supporto dei caregiver. La presenza degli Igienisti Dentali negli ospedali di comunità potrebbero ridurre notevolmente le spese terapeutiche e trasformare i bisogni di salute della popolazione da attività di cura ad attività di prevenzione



Acknowledgements

1. Jun-Chieh J Tsay at al. Lower airway dysbiosis affects lung cancer progression. Cancer Discov. 2021 Feb; 11(2): 293-307
2. Espinoza JL, Harkins DM, Torralba M, Gomez A, Highlander SK, Jones MB, Leong P, Saffery R, Bockmann M, Kuelbs C, et al. 2018. Supragingival plaque microbiome ecology and functional potential in the context of health and disease. mBio. 9(6):e01631-18.
3. Jun-Chieh J Tsay at al. Lower airway dysbiosis affects lung cancer progression. Cancer Discov. 2021 Feb; 11(2): 293-307
4. Borilova Linhartova P, Poskerova H, Tomandlova M, Bartova J, Kankova K, Fassmann A, Izakovicova Holla L. 2019. Interleukin-1 gene variability and plasma levels in Czech patients with chronic periodontitis and diabetes mellitus. Int J Dent. 2019:6802349.





ASL NUORO

Screening della Retinopatia diabetica mediante retinografo con il supporto dell'intelligenza artificiale

Daniela Salaris, Liliana Marteddu, Alessandra Soro, Loreda Litterio, Chiara Strafurini, Antonella Ruiu, Bastianina Pira, Paolo Bianco,
Talia Serra, Rosalia Polo, Luisa Sollai, Paolo Cannas, Francesco Zavattaro, Alfonso Gigante

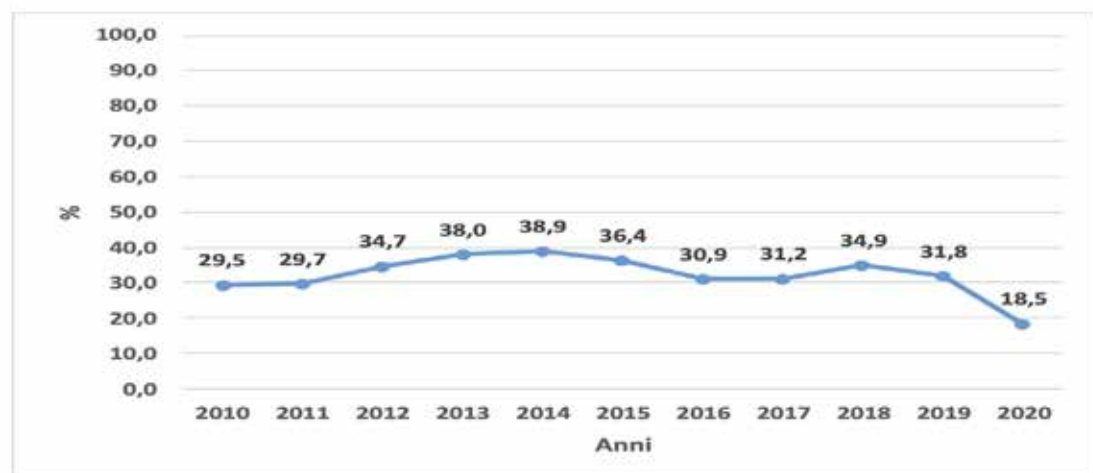


CANTIERE SANITÀ

INTRODUZIONE

La Retinopatia Diabetica (RD) costituisce nei paesi industrializzati la principale causa di cecità legale tra i soggetti in età lavorativa. Almeno il 30% della popolazione diabetica ne è affetta e la prevenzione si basa sullo screening per la ricerca di lesioni retiniche a rischio, che ha il miglior rapporto costo/benefico tra gli esami praticati in Medicina. Malgrado le linee guida, solo il 35% dei soggetti viene sottoposto allo screening annuale per la RD (in Sardegna 31,8% vedi tabella).

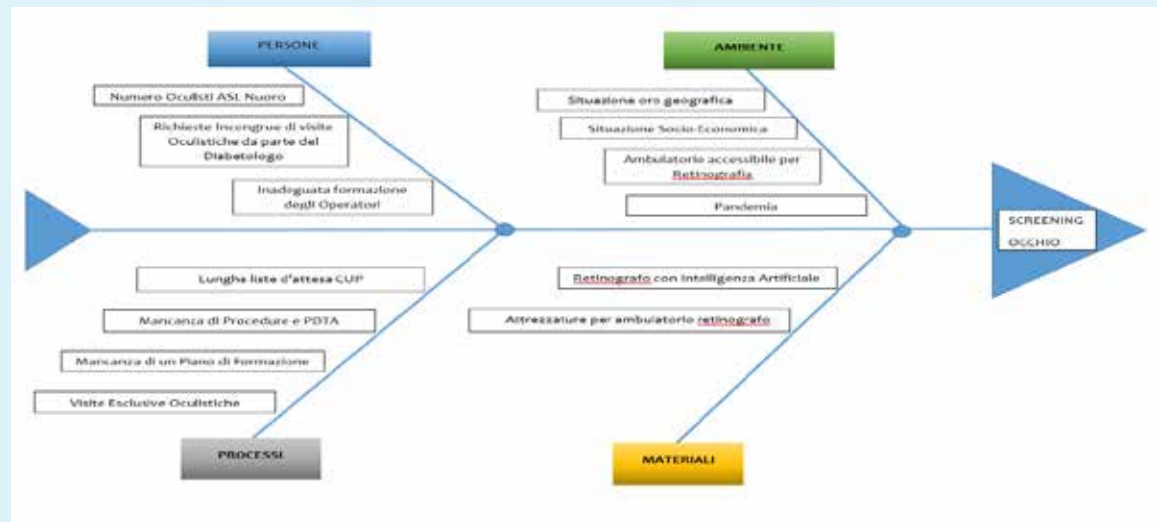
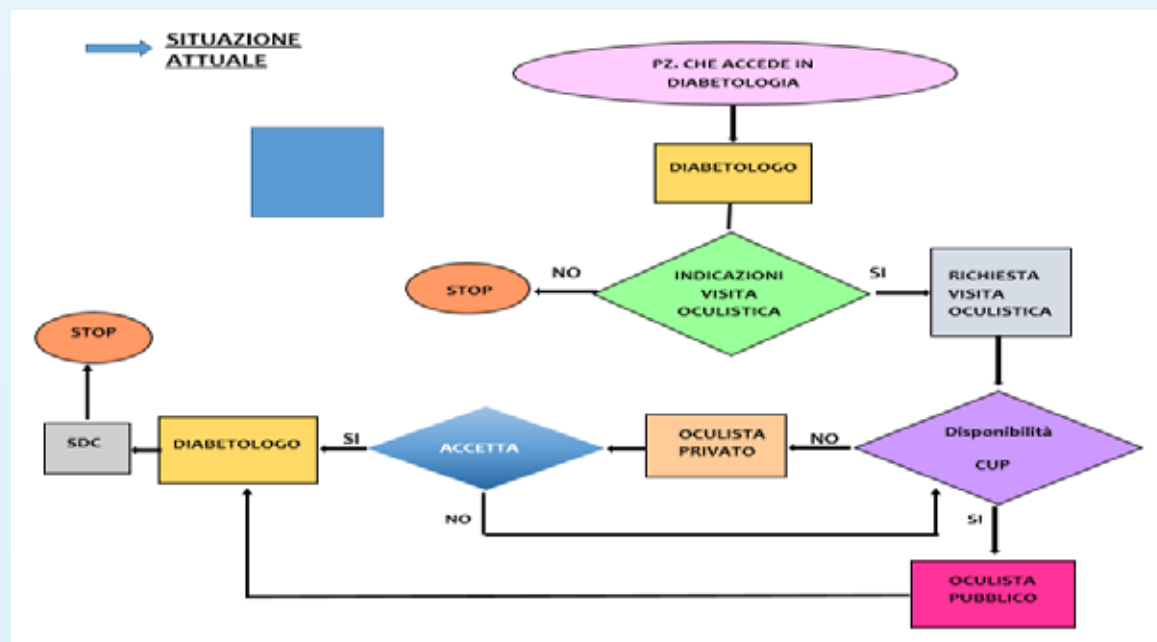
Soggetti monitorati per retinopatia diabetica (%)



La Retinografia (RET), esame che, rispetto all'oculare, presenta il vantaggio di poter essere eseguita da un operatore ben formato (non necessariamente un medico) e non richiede la dilatazione della pupilla. Il progetto prevede che in presenza di segni patologici, il medico valuta la necessità di proseguire con accertamenti ulteriori tramite richiesta di consulenza oculistica (abbiamo ideato una condivisione dello stesso database con gli specialisti). I pazienti non idonei alla RET seguono il percorso classico. A questo scopo abbiamo acquisito recentemente un "Sistema di Intelligenza Artificiale" (IA) automatizzato (Dairet) in grado di acquisire direttamente le immagini sulla cartella informatizzata e generare report di indirizzo oculistico sulla eventuale lesione per un approfondimento specialistico.

METODOLOGIA

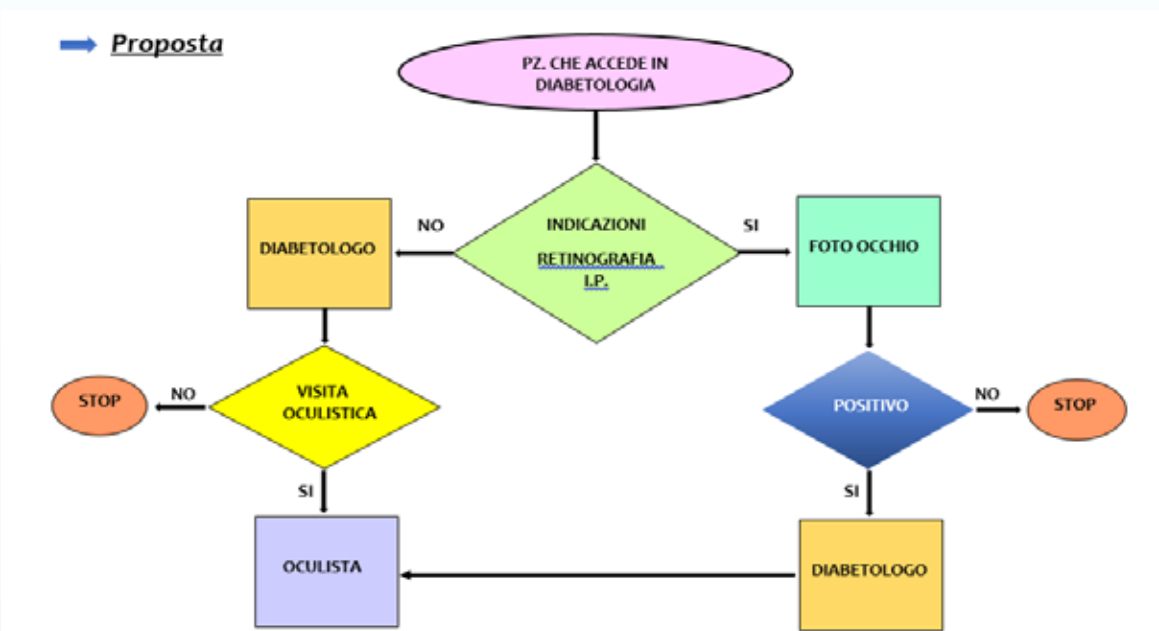
Un'analisi dello stato **Attuale** mediante i **Diagrammi di flusso** e di **Ishikawa** ha consentito di individuare le principali criticità nella gestione dei pazienti che si devono sottoporre a screening per la RD. In base alle evidenze riscontrate abbiamo progettato una **Proposta** di screening individuando attraverso una Matrice di Responsabilità ruoli e tempi.



RISULTATI

A livello progettuale sono state identificate le possibili soluzioni implementabili atte al raggiungimento dei risultati attesi misurabili a breve, medio e lungo termine con un percorso di presa in carico del paziente con diabete da parte del personale infermieristico mediante il percorso "Retinografo".

Il risultato atteso è uno screening superiore al 50% ed un numero di RET di 800 nel 2023 e 1500 nel 2024.



CONCLUSIONI

Con il progetto di "Retinografo" ci si prefigge l'obiettivo migliorare quantitativamente lo screening della RD riservando la visita oculistica ai soggetti che hanno già la RD o maculopatia e riducendo l'accesso per visite non necessarie allo specialista.

Matrice di responsabilità			
COSA	DETTAGLIO	CHI	TEMPI
Formazione Operatori	Tutti il personale della Diabetologia verrà formato all'esecuzione della Retinografia	Personale già formato della Diabetologia/Occhio Poliambulatorio Nuoro	Novembre 2022
Procedure/PDTA	Redazione e presentazione al DG ASL Nuoro	Gruppo di lavoro	Novembre 2022
Materiali	Acquisto materiale necessario all'utilizzo del Retinografo	Coordinatore Diabetologia	Novembre 2022
Condizione del Database	Creazione account per accesso alla cartella informatizzata della Diabetologia	Responsabile Diabetologia/Informatica ASL	Novembre 2022
Esecuzione Retinografia	Esecuzione della foto dell'occhio ed inserimento per la processazione con Intelligenza Artificiale	Infermieri Format	Novembre 2022
Ambulatorio dello Screening dell'occhio	Stato attuale Ambulatorio per lo screening dell'occhio con postazione Informatizzata	Responsabile Diabetologia	Novembre 2022

Tappe del processo:

- 1) Formazione degli operatori.
- 2) Realizzazione una procedura per l'esecuzione della Retinografia
- 3) Acquisizione dei materiali per l'esecuzione regolare dell'esame
- 4) Creazione di un Database comune a Diabetologia ed Oculistica
- 5) Esecuzione di 800/1500 Retinografie all'anno in Diabetologia
- 6) Istituzione dell'Ambulatorio dello screening della RD

BIBLIOGRAFIA

https://www.aemmedi.it/files/Linee-guida_Raccomandazioni/2002/2002-screening-diagnostica-trattamento-retinopatia-diabetica



Forum Risk Management
obiettivo sanità salute



Un cantiere oltre il cantiere: coinvolgere i professionisti nella co-progettazione di un ospedale di cure intermedie

Riccardo Novi*, Valeria Mori*, Roberta Tammaro*, Fabio Poggetti*, Annarita Chiarelli°, Paolo Del Guerra^

*Fondazione Madonna del Soccorso Onlus (FMS), Fauglia (PI); °Az. Ospedaliero Universitaria Careggi, ^Az. USL Toscana Centro, R. Toscana

Introduzione

La FMS è una ONLUS fondata dal vescovo di S. Miniato (PI), che gestisce 2 RSA (101 posti residenziali, 28 diurni). Nel 2021 si è concretizzata l'opportunità di realizzare un ospedale di cure intermedie (OCI) con 2 moduli da 20 posti letto (fig.1A) nel territorio dell'Azienda USL Toscana Centro, con facile accesso da 5 ospedali pubblici (fig.1B), che garantisce ai reparti (medicina, ortopedia) un agevole flusso in uscita, e altrettanto in entrata all'OCI. La Direzione ha deciso di coinvolgere gli operatori in un'esperienza di co-progettazione.



Fig.1 – OCI “Maria Regina” - Loc. Orentano. Castelfranco di Sotto (PI)
(A) Progetto preliminare
(B) Inserimento nel territorio; in rosso i cinque ospedali di riferimento



Risultati

Ad esito del tirocinio è stato proposto un piano di lavoro preliminare con tempi e percorsi di lavoro.

La soddisfazione espressa (fig.3) nei confronti del progetto era elevata (range 4.5-6/6).

Fig.3 – Soddisfazione espressa dagli operatori del focus group 1.

Legenda:

PSD=privacy, socialità, dignità

CV=comfort visivo

CE=comfort ambiente esterno

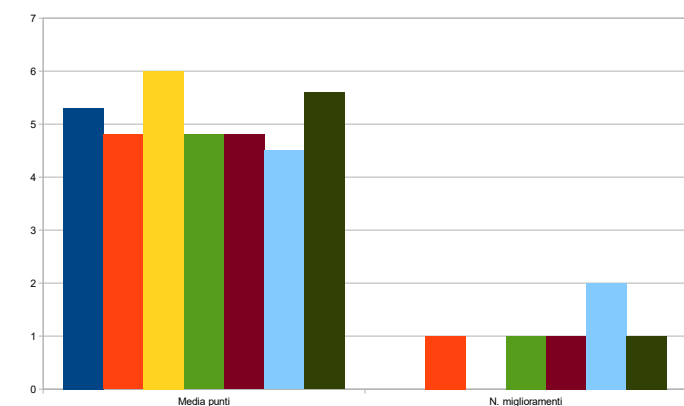
CI=controllo interno

P&I=percorsi e indicazioni

I&A= interni e arredi

FS= funzionalità struttura

S=aspetti legati allo staff



In fig.4 i principali miglioramenti.

Fig.4 – Principali miglioramenti progettuali individuati attraverso il focus group 1.



Il FG 2 ha individuato 62 items, esclusi i doppioni, ha condiviso l'esigenza di sviluppare un sistema di gestione a supporto dell'OCI e digitalizzare la documentazione sanitaria.

La Direzione ha poi istituito un gruppo di lavoro dove gli operatori riferiscono a cadenza settimanale sugli items individuati e ne propongono altri.

Metodi

La co-progettazione è iniziata con la ricognizione della normativa (DM 77/22; LR Toscana 51/09 e smi; altre norme cogenti) e la predisposizione della documentazione tecnico-sanitaria richiesta per gli atti necessari alla realizzazione dell'OCI (fig.2).



Fig.2 – Atti richiesti per l'apertura dell'OCI secondo le norme vigenti.
Verde: atti già in possesso di FMS
Rosso: atti da ottenere
(*) Organi tecnici pubblici coinvolti nei procedimenti

Una versione modificata del **metodo ASPECT** (1) con 7 aree (cfr. fig.3) e 45 items è stata impiegata per guidare un focus group di 7 operatori (FG1), che esprimevano un voto (1 – 6) sulla soddisfazione per l'item sul progetto esistente.

Il coordinatore infermieristico e il referente OSS destinati all'OCI hanno svolto un tirocinio in 2 strutture di CI per sviluppare il progetto assistenziale.

Un secondo focus group (FG2) ha esaminato il tema con l'ausilio di un **affinity diagram** (**metodo KJ**) (2), con 4 gruppi di costrutti: assunti di fondo, requisiti, processi/metodi, risorse/vincoli.

Conclusioni

È ad oggi molto rilevante la mole di adempimenti – pur giustificata dalla natura di beni e interessi in gioco – per la realizzazione di un OCI, che risultano molto più onerosi per un ente privato.

La partecipazione degli operatori è stata vissuta come un'opportunità, ma anche come un impegno serio.

Il clima è stato molto positivo per il contributo sia agli aspetti strutturali che alla progettazione funzionale e di sicurezza.



Fig.5 – Il Vescovo di San Miniato (dal 27 novembre vescovo di Arezzo), mons. Andrea Migliavacca, benedice la prima pietra dell'Ospedale di Comunità “Maria Regina”

Chi non riesce a pianificare sta progettando di fallire
Winston Churchill

BIBLIOGRAFIA

- Chaham A, Harry S, Peter A. Design criteria for privacy-sensitive healthcare buildings. Int J Eng Technol 2016;8:32-39.
- <https://asq.org/quality-resources/affinity>.



RECLUTAMENTO, RETENTION E SVILUPPO delle PROFESSIONALITÀ NEI PRESIDII di PROSSIMITÀ dell'AZIENDA USL TOSCANA sud est

CHRISTIAN RAMACCIANI ISEMANN¹, GIOVANNI BECATTINI²

¹ VOC DIREZIONE INFERMIERISTICA ZONA DISTRETTO E PRESIDIO OSPEDALIERO VALDICHIANA, AMIATA SENESE E VALDORCIA, AZIENDA USL TOSCANA sud est
² DIRETTORE, VOC DIREZIONE INFERMIERISTICA ZONA DISTRETTO E PRESIDIO OSPEDALIERO VALDEISA, AZIENDA USL TOSCANA sud est
CHRISTIAN.RAMACCIANIISEMANN@USISUDEST.TOSCANA.IT

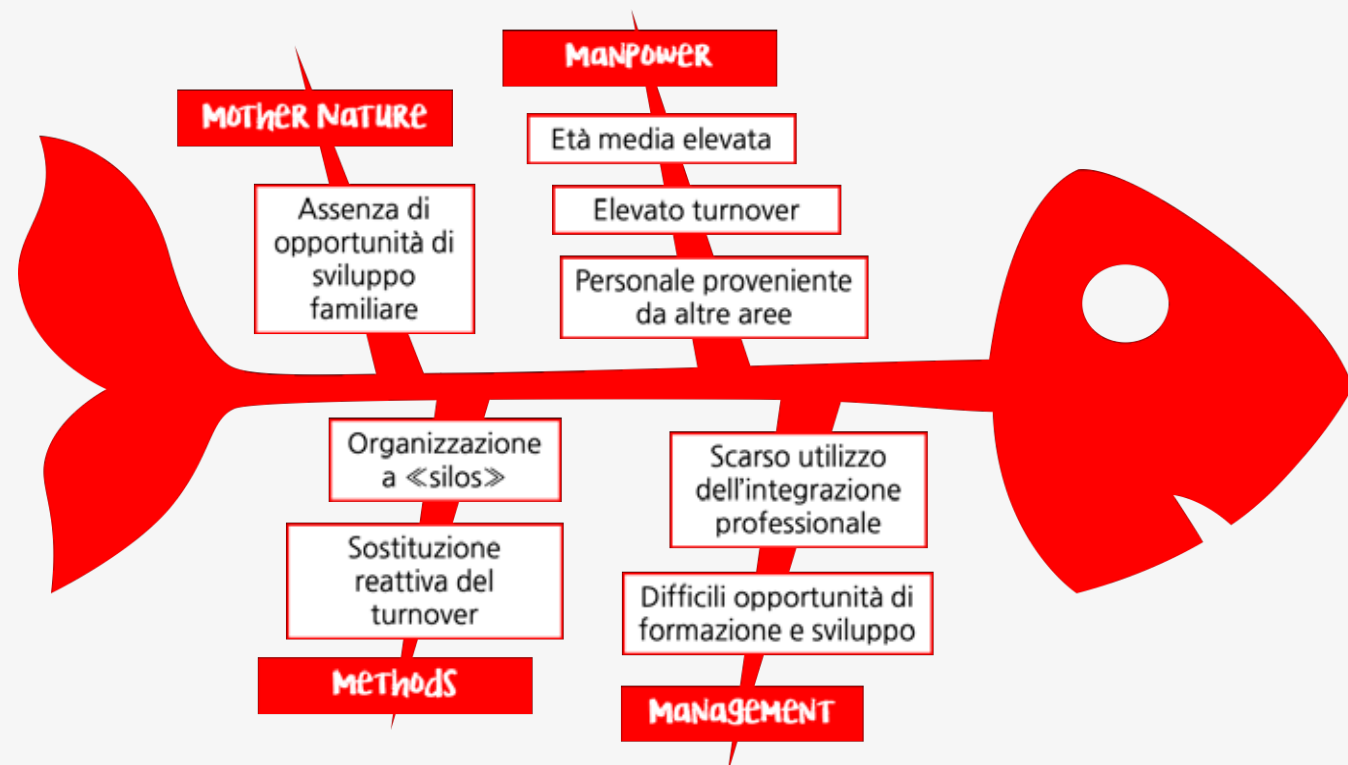
INTRODUZIONE

Analogamente ad altre realtà nazionali, l'Azienda USL Toscana sud est (TSE) opera in un territorio molto vasto, con strutture sanitarie talvolta ubicate in piccoli centri poco popolati e distanti dalle aree urbane di riferimento. Gli ospedali di prossimità soffrono storicamente di un **elevato turnover** di personale dato dalla **maggiore attrattività** di strutture sanitarie limitrofe ai luoghi di residenza degli operatori o comunque ubicate nelle aree maggiormente urbanizzate; la Regione, pertanto, ha sottolineato l'importanza della tematica nel Piano socio-sanitario integrato regionale [1]. La World Health Organization ha già analizzato e discusso del problema individuando alcune raccomandazioni per migliorare l'**attrattività**, il **reclutamento** e la **retention** degli operatori sanitari nelle aree rurali attraverso quattro aree di intervento: **formazione**, **normativa**, **incentivazione economica**, **sostegno alla vita personale e professionale** [2]. La letteratura suggerisce inoltre l'**adattamento delle misure** al contesto, il miglioramento della **qualità del management**, l'importanza di un **approccio multiprofessionale** e del **coinvolgimento delle comunità** [3].

MATERIALI E METODI

È stata svolta un'**analisi organizzativa** negli ospedali di prossimità della USL TSE secondo il modello sistemico di Vaccani-Tonelli [4], con l'inserimento in un diagramma di Ishikawa delle problematiche riscontrate in quattro categorie del 8M framework [5]. Contestualmente sono state individuate alcune **misure di miglioramento** nelle aree di intervento individuate dalla **World Health Organization** [2].

RISULTATI



Le problematiche riscontrate nell'analisi organizzativa riguardano quattro categorie:

Mother nature (ambiente): Assenza di opportunità di **sviluppo familiare** nelle aree interne;

Manpower (manodopera): Prevalenza di personale proveniente da zone non interne ed **età media più elevata**, associate all'elevato turnover;

Methods (metodi): Utilizzo di un **modello organizzativo "a silos"** e modello reattivo di sostituzione del turnover;

Management: Scarso utilizzo dell'**integrazione professionale**, difficili opportunità di **formazione e sviluppo**.

DISCUSSIONE

Sono stati individuati e stratificati su due livelli (**breve termine**: **retention** e **sviluppo delle professionalità**; **medio- lungo termine**: **programmazione** e **reclutamento** delle risorse) degli interventi con relativi livelli di responsabilità: **strategico** (dipartimento delle professioni), **tattico** (direzione infermieristica), **operativo** (titolari di **incarico di organizzazione** nelle aree interne).

LIVELLO OPERATIVO

- Job rotation tra setting
- Revisione delle modalità gestionali (turnistica H12, facilitazioni orarie)

LIVELLO TATTICO

- Allargamento delle competenze, anche attraverso l'integrazione professionale
- Incentivazione economica indiretta (attività integrativa in compensazione del personale assente)
- Monitoraggio del turnover in uscita

LIVELLO STRATEGICO

- Formazione specifica per il middle management dei presidi di prossimità
- Forecasting delle sostituzioni
- Costruzione di tavoli interaziendali per la mobilità degli operatori tra aziende sanitarie limitrofe alla USL TSE
- Consolidamento della strategia ESTAR sullo scorrimento delle graduatorie verso le aree interne
- Organizzazione di incontri di presentazione su opportunità formative e professionali a cura degli Ordini delle Professioni infermieristiche
- Creazione di atti congiunti tra amministrazioni, USL e OPI per l'implementazione ed erogazione di borse di studio ad hoc
- Percorsi formativi tailored nei setting assistenziali delle strutture di prossimità, in collaborazione con l'Università

Per il monitoraggio degli interventi possono essere utilizzati come indicatori il tasso di turnover, il numero di operatori provenienti dalle aree interne, le misure di job e patient satisfaction, lo stability index.

Le misure, una volta adeguate al contesto organizzativo, possiedono la potenzialità di affinare la gestione degli operatori perfezionando contestualmente il livello dell'assistenza anche sulla base del concetto di Magnet hospital.

Bibliografia

1. L'assistenza sanitaria nelle aree interne ed insulari. Allegato 18 alla Delibera di Giunta della Regione Toscana (DGRT) n. 273 del 2.3.2020.
2. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. World Health Organization; 2010.
3. Retention strategies and incentives for health workers in rural and remote areas: what works? Australian Primary Health Care Research Institute (APHCRI); 2009.
4. Vaccani R. Riprogettare la sanità - Modelli di analisi e sviluppo, Carocci Faber, Roma, 2012.
5. Bradley E. Reliability engineering: a life cycle approach, Boca Raton: CRC Press; 2016.





L'esperienza di un Ospedale di Comunità in Veneto



Bullo C. ¹, Sartor G. ¹, Frasson E. ², Lombardo F. ¹, Bartolotta R. ¹

1–Distretto Socio–Sanitario di Asolo – AULSS2 Marca Trevigiana; 2–Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università degli Studi di Padova

INTRODUZIONE

A livello nazionale l'Ospedale di Comunità è stato concepito con il PSN 2006-2008 ma solo con il DM 70/2015 è stato maggiormente definito. La Regione Veneto con la DGR 2718/2012 ha definito le strutture intermedie, tra cui gli Ospedali di Comunità (OdC). L'OdC afferente al distretto di Asolo (AULSS2 Marca Trevigiana) ha iniziato le proprie attività il 01/12/2021. La struttura è privata accreditata con 30 posti letto. Il bacino d'utenza è il distretto di Asolo (249.214 residenti, 21,5% over-65). In epoca Covid, l'OdC ha servito anche i due Distretti di Treviso (419.838 residenti, 22,5% over-65) in quanto l'OdC di loro pertinenza è stato convertito in struttura Covid. Al momento la struttura sta accogliendo solo pazienti in dimissione dagli ospedali, ma è prevista in un prossimo futuro l'accoglienza di pazienti dal territorio. Questa analisi riguarda i degenti nei primi mesi di attività.

MATERIALI E METODI

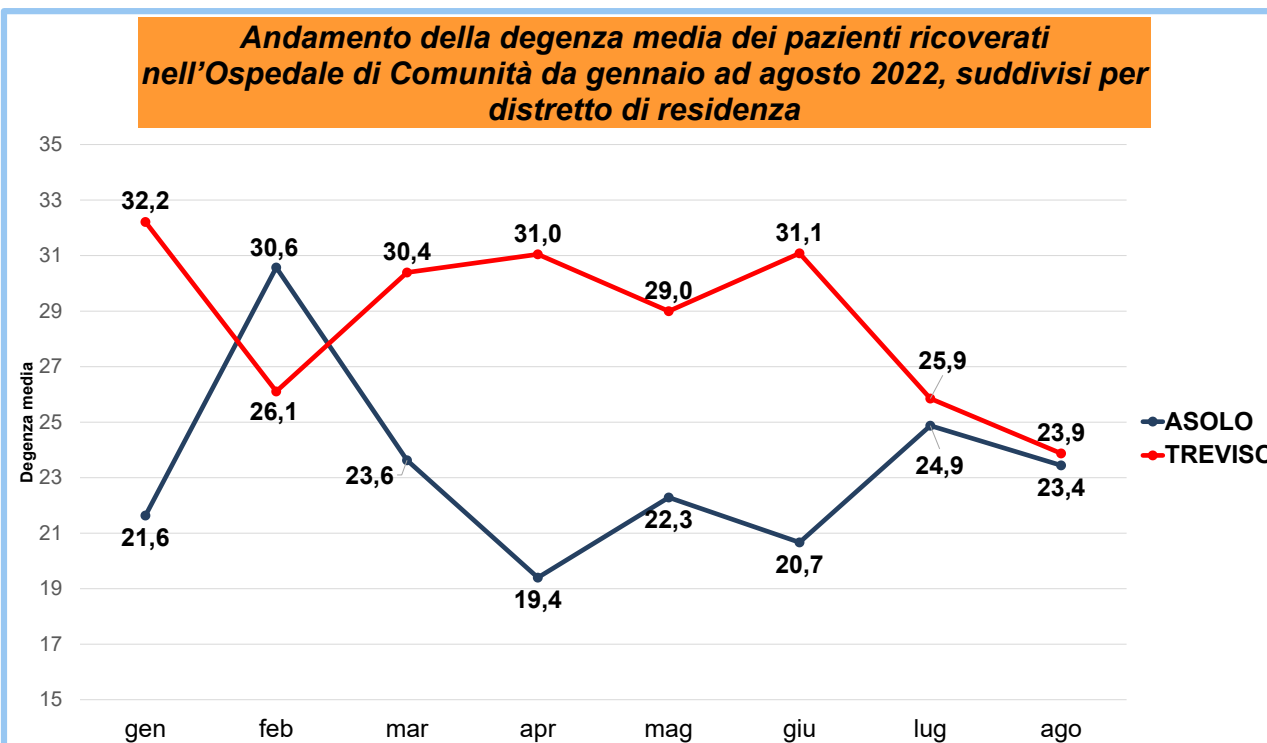
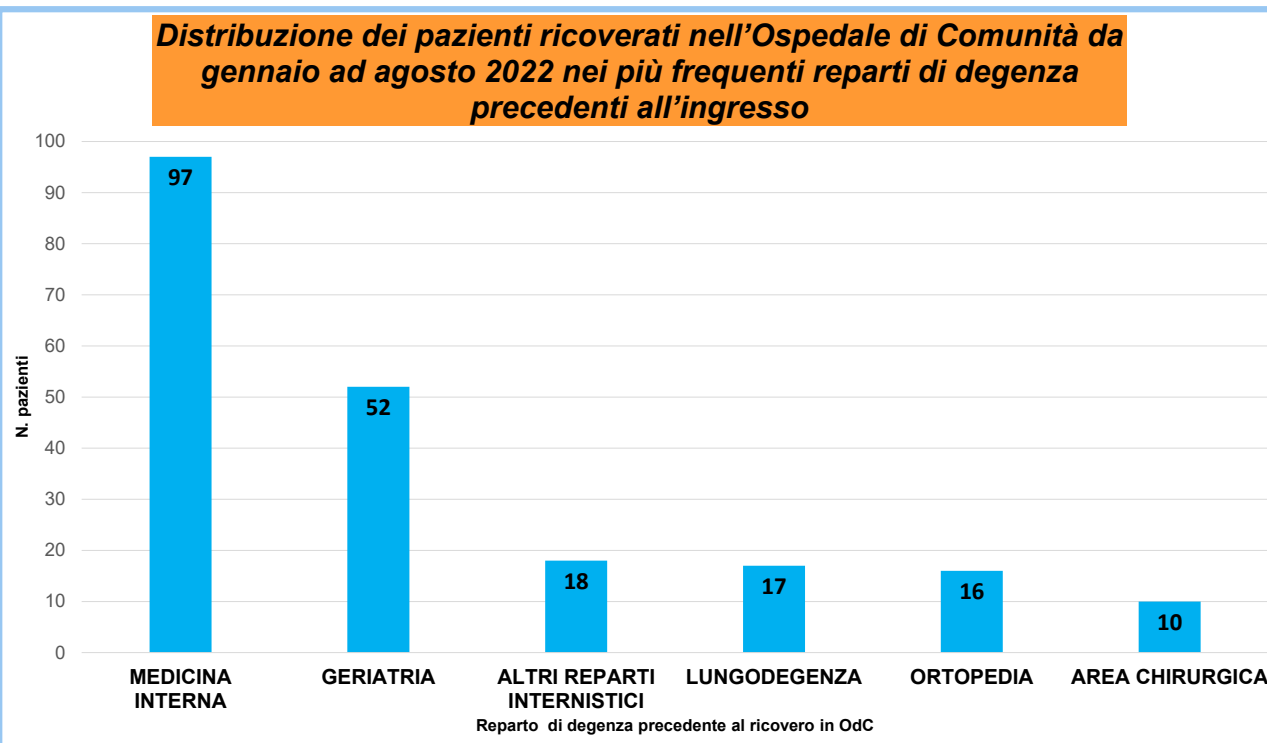
Sono stati analizzati i dati raccolti dall'U.O.C. Cure Primarie del Distretto Socio - Sanitario di Asolo per i pazienti ammessi in OdC tra il 01/01/2022 e il 30/08/2022 e per quelli inseriti in OdC dal 01/04/2022 sono state raccolte anche le informazioni riguardanti i motivi di ingresso e il progetto di uscita.

RISULTATI

Il totale dei pazienti nel periodo sono 260 (41,9% residente nel Distretto di Asolo, il 58,1% nei Distretti di Treviso; 48,9% femmine e 51,1% maschi). L'età media è 82,6 anni per le donne e 75,8 per gli uomini. Il 65,8% dei ricoverati ha più di 75 anni. La maggior parte dei degenti proviene da reparti di area medica. La degenza media è pari a 26,3 giorni. Suddividendo in base alla residenza dell'utente, è di 23,4 giorni per il Distretto di Asolo e a 28,4 per i Distretti di Treviso: tale differenza trova ragione in particolare in un sottogruppo di pazienti che si possono definire "casi sociali" poiché hanno problematiche sociali/economiche la cui soluzione necessita del coinvolgimento dei servizi sociali comunali, che è maggiormente rappresentato dai pazienti provenienti dal bacino di Treviso (13) rispetto al bacino di Asolo (4), con peraltro una degenza media nettamente superiore (47,6 VS 20,8 giorni), aspetto quest'ultimo che si evidenzia anche per i casi ammessi in OdC in attesa di ingresso in Centro Servizi per Anziani - CSA (32,5 VS 24 giorni). La percentuale di degenze oltre le 6 settimane è del 12,7%. Nel 60% dei casi il setting di dimissione previsto all'ingresso all'OdC è coinciso con quello effettivo. Il setting di dimissione è stato un CSA nel 34,6% dei casi, il domicilio nel 40,4%, l'ospedale per un nuovo ricovero nel 11,5% dei casi (metà dei casi per ricovero per acuti, la restante parte per ricovero riabilitativo o intervento chirurgico programmato), un'altra struttura intermedia nel 5,4% del totale. L'8,1% dei pazienti sono deceduti in OdC, essendo previsto che la struttura funga anche da hospice.

CONCLUSIONI

La degenza media risulta comunque essere in linea o addirittura inferiore ai dati presenti in letteratura per strutture simili. Per ottimizzare la durata della degenza è importante definire prima dell'ingresso il progetto di uscita dall'OdC e, se possibile, stimare la durata della degenza. Il percorso deve essere condiviso con il medico del reparto di provenienza, il caregiver e ove possibile con il paziente. Ruolo centrale di coordinamento è svolto dalla Centrale Operativa Territoriale (COT). Il coinvolgimento di queste figure e la definizione chiara del progetto ha permesso nel corso dei mesi di ridurre le degenze oltre le 6 settimane e di ridurre la degenza media. Circa il 50% degli ingressi in OdC ha come motivazione problematiche assistenziali non gestibili a domicilio nel breve termine. Benché non sia la mission prevalente dell'OdC gestire tale casistica, ciò ha permesso di dare una risposta all'iperafflusso di pazienti nei reparti per acuti, specialmente nel periodo pandemico. I ricoveri in OdC per alcune motivazioni sanitarie come l'antibioticotераpia parenterale prolungata con somministrazioni plurigiornaliere (per esempio per endocarditi, osteomieliti, spondilodisciti, ecc.) hanno consentito di ridurre il tempo di degenza negli ospedali per acuti.



Distribuzione per motivo di ingresso e degenza media dei pazienti ricoverati nell'OdC* da aprile ad agosto 2022, suddivisi per distretto di residenza e complessivamente		Distretto di residenza					
		ASOLO		TREVISO		TOTALE	
		N. (%) di colonna	Degenza media (gg)	N. (%) di colonna	Degenza media (gg)	N. (%) di colonna	Degenza media (gg)
Motivo di ingresso	Antibioticotераpia parenterale prolungata con somministrazioni plurigiornaliere (es. endocarditi, osteomieliti; spondilodisciti)	16 (19,8)	21,7	4 (3,6)	17,8	20 (10,4)	20,9
	Attesa hospice / funzione di hospice	2 (2,5)	36,5	5 (4,5)	19,0	7 (3,6)	24,0
	Attesa ingresso CSA**	21 (25,9)	24,0	25 (22,5)	32,5	46 (24,0)	28,6
	Attesa rientro a domicilio - adeguamento abitazione; formazione caregiver; attivazione contributi ICD***; presidi	10 (12,3)	16,2	21 (18,9)	23,0	31 (16,1)	20,8
	Attesa rientro a domicilio - positività Covid conviventi	1 (1,2)	12,0	4 (3,6)	18,0	5 (2,6)	16,8
	Attesa URT****	3 (3,7)	21,3	1 (0,9)	13,0	4 (2,1)	19,3
	Caso sociale / problematiche economiche per badante o CSA** / problemi assistenziali non gestibili dalla famiglia	4 (4,9)	20,8	13 (11,7)	47,6	17 (8,9)	41,3
	Medicazione (es. complessa, VAC-therapy, post-chirurgica)	1 (1,2)	23,0	1 (0,9)	28,0	2 (1,0)	25,5
	Recupero/riattivazione funzionale - (es. post-chirurgia, post-trauma, post-ictus, post-allettamento/ricovero)	11 (13,6)	23,5	21 (18,9)	29,1	32 (16,7)	27,2
	Rimodulazione terapia (es. disionemia, dolore, diabete, scompenso, ossigenoterapia, gestione alimentazione/bilancio calorico)	5 (6,2)	30,2	10 (9,0)	24,2	15 (7,8)	26,2
Scarico (es. frattura di femore)		7 (8,6)	35,9	6 (5,4)	38,3	13 (6,8)	37,0

TABELLA 1. *OdC = Ospedale di Comunità; **CSA = Centro Servizi per Anziani; ***ICD = Impegnativa di Cura Domiciliare; ****URT = Unità Riabilitativa Territoriale; N = numero; gg = giorni

Distribuzione per setting di dimissione e degenza media dei pazienti ricoverati nell'OdC* da gennaio ad agosto 2022, suddivisi per distretto di residenza e complessivamente		Setting di dimissione											
		CSA**		DOMICLIO		ALTRA STRUTTURA INTERMEDIA		RICOVERO		DECESSO		TOTALE	
		N. (% di riga)	Degenza media (gg)	N. (% di riga)	Degenza media (gg)	N. (% di riga)	Degenza media (gg)	N. (% di riga)	Degenza media (gg)	N. (% di riga)	Degenza media (gg)	N. (% di riga)	Degenza media (gg)
Distretto di residenza	ASOLO	43 (39,4)	25,5	42 (38,5)	22,3	7 (6,4)	21,7	12 (11,0)	24,5	5 (4,6)	15,2	109	23,4
	TREVISO	47 (31,1)	36,0	63 (41,7)	25,0	7 (4,6)	28,4	18 (11,9)	29,2	16 (10,6)	18,6	151	28,4
	TOTALE	90 (34,6)	30,9	105 (40,4)	23,9	14 (5,4)	25,1	30 (11,5)	27,3	21 (8,1)	17,8	260	26,3

TABELLA 2. *OdC = Ospedale di Comunità; **CSA = Centro Servizi per Anziani; N = numero; gg = giorni

Confronto tra il setting di dimissione previsto all'ingresso nell'OdC* e il setting di dimissione effettivo per i pazienti ricoverati da aprile a agosto 2022		Setting di dimissione effettivo					
		CSA**	DOMICILIO	ALTRA STRUTTURA INTERMEDIA	RICOVERO	DECESSO	TOTALE
Setting di dimissione previsto	CSA**	68,3%	12,7%	1,6%	7,9%	9,5%	100,0%
	DOMICILIO	16,7%	58,3%	5,6%	13,9%	5,6%	100,0%
	ALTRA STRUTTURA INTERMEDIA	7,1%	21,4%	35,7%	14,3%	21,4%	100,0%

TABELLA 3. *OdC = Ospedale di Comunità; **CSA = Centro Servizi per Anziani

BIBLIOGRAFIA

- PSN 2006 – 2008
- DM 70/2015
- DM 77/2022
- DGRV n. 2718/2012
- DGRV n. 2683/2014
- DGRV n. 2108/2014
- DGRV n. 136/2022