

PROGETTO SPERIMENTALE DI STRUTTURA INTERMEDIA ASSIMILABILE ALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ (ODC)

DOTT. ANTONIO POGGIANA

Direttore Generale

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina - ASUGI

PROGETTO SPERIMENTALE DI STRUTTURA INTERMEDIA ASSIMILABILE ALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ (ODC)

DOTT. ANTONIO POGGIANA

Direttore Generale
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina - ASUGI

Il Progetto sperimentale di Struttura Intermedia assimilabile all'Ospedale di Comunità (OdC) di cui al DM 77 è originato dalla necessità di intervenire per ovviare alla criticità, acuitasi nel periodo post pandemico, di utilizzo inappropriato del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Cattinara.

La Direzione Strategica di ASUGI ha avviato un approfondimento sistematico dal quale sono emersi elementi di criticità tra di loro concatenati.

CRITICITÀ

riduzione di offerta complessiva di PL territoriali in RSA rispetto al periodo pre pandemico: la persistente riconversione a struttura intermedia dedicata a persone Covid - positive di una RSA, a gestione diretta aziendale, pur con la contestuale estensione dell'offerta mediante attivazione della totalità di PL autorizzati e accreditati presso le altre tre RSA convenzionate di area giuliana, ha comportato una contrazione **dell'offerta complessiva attuale pari a 19 PL rispetto al 2019.**

CRITICITÀ

- **prolungamento della durata di degenza media nelle strutture di ricovero di Medicina Interna** a causa della saturazione di offerta nei PL di RSA, acuita dalle persone che vi permangono per motivi non più sanitari, che ha concorso anche al rallentamento del turn-over nel setting di ricovero per acuti ripercuotendosi quindi sulla capacità di ricovero da parte del PS;
- **il permanere presso il Pronto Soccorso**, anche per giorni, di persone che vi hanno avuto accesso per motivazioni di natura sanitaria, ma per le quali il ricovero ospedaliero non è clinicamente motivato e, nel contempo, il rientro immediato al proprio domicilio non è indicato o praticabile.

INDICAZIONI PROGRAMMATORIE

MINISTERO DELLA
SALUTE –
DECRETO 23 maggio
2022, n.77.
Regolamento recante la
definizione di modelli e
standard per lo sviluppo
dell'assistenza territoriale
nel Servizio sanitario
nazionale.

- L'**Ospedale di Comunità (OdC)** è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla **rete di offerta dell'Assistenza Territoriale** e svolge una **funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero**, con la finalità di **evitare ricoveri ospedalieri impropri o di 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.

L'**OdC** è una **struttura sanitaria in possesso dei requisiti** strutturali, tecnologici ed organizzativi **che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti**, nonché la **misurazione dei processi e degli esiti**.

- L'**OdC**, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, **non è ricompreso nelle strutture residenziali** (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502").

#sanita2030

- **DGR 1446 dd. 24/09/2021** (“LR 22/2019. *Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale*”), **rettificata dalla DGR n. 1965 dd. 19/12/2021** (“LR 22/2019. DGR 1446/2021 Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale. Rettifica errori materiali”): **definisce N. PL di Ospedale di Comunità che ASUGI dovrà gradualmente realizzare** sul proprio territorio di riferimento, anche a superamento degli attuali setting di RSA, dovendo adeguare l’offerta di tali strutture intermedie alla nomenclatura e alla tassonomia nazionale (Post-acuzie estensiva, Ospedale di Comunità). Non risultano peraltro ancora formalizzati i criteri e gli standard regionali di accreditamento e le relative tariffe per i PL di OdC.

- **DGR 1896, dd. 7 dicembre 2022** (“PNRR M6. DM 77. Programma regionale dell’Assistenza Territoriale. Approvazione preliminare”), **la Regione Friuli Venezia Giulia** ha ravvisato “la **necessità di implementare a livello regionale la riforma dell’assistenza territoriale definendo standard e processi sul territorio regionale in attuazione del suddetto DM 77**”. E nell’Allegato al capitolo 2.2.3 chiarisce che “**le strutture per le cure intermedie svolgono una funzione intermedia tra l’assistenza ospedaliera, riservata alle patologie acute e complesse, e i servizi erogati in sede di assistenza sociosanitaria domiciliare e di assistenza specialistica ambulatoriale e ne riporta i contenuti specifici.**”
- **DGR 2042, 29 dicembre 2022, PROGRAMMA REGIONALE DELL’ASSISTENZA TERRITORIALE** – approvazione definitiva

ASUGI con Decreto n. 506 dd. 25 maggio 2022, da parte sua, ha adottato il proprio “Piano aziendale di realizzazione dei nuovi modelli di Assistenza Territoriale. Ridefinizione delle funzioni, riorganizzazione e sviluppo territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza”, a recepimento e in coerenza con le indicazioni nazionali in materia (PNRR e DM 77).

LA SPERIMENTAZIONE DELLA STRUTTURA INTERMEDIA ASSIMILABILE ALL'OSPEDALE DI COMUNITÀ (OdC)

La sperimentazione è stata determinata dalla **necessità di rendere oggettivamente misurabili una serie di parametri** (di standard, di processo, di esito, di costo effettivo) che, una volta positivamente testati, verranno resi applicabili in seno ad ASUGI nella progressiva realizzazione di quanto indicato dalla programmazione nazionale e regionale.

SCOPO

ASUGI ha avviato la **sperimentazione di una Struttura Intermedia assimilabile all'Ospedale di Comunità (OdC)**, propedeutica alla sua compiuta realizzazione per evitare ricoveri impropri o favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere dei fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio, svolgendo una funzione intermedia tra il domicilio ed il ricovero ospedaliero.

SOGGETTI COINVOLTI

ASUGI ha stipulato una **Convenzione con l'Azienda Pubblica Servizi alla Persona «ITIS»** per poter attivare la sperimentazione.

L'ASP è in possesso delle necessarie idoneità ed autorizzazioni all'esercizio e dei requisiti organizzativi, gestionali, di dotazione strumentale e di personale ed ha garantito i posti letto necessari all'esigenza di ASUGI.

AMBITO DELLA SPERIMENTAZIONE

Il vettore dell'accoglimento in OdC è dettato da criteri clinici, prima che dal setting di provenienza. È stato peraltro identificato il Pronto Soccorso quale canale prioritario di invio alla sperimentazione di Ospedale di Comunità, da estendere progressivamente a pazienti provenienti da altri setting, al fine di contribuire al miglioramento dell'appropriatezza di accesso al ricovero per acuti da parte di persone fragili con patologie croniche, provenienti da domicilio o da altra struttura.

DESTINATARI

La sperimentazione territoriale è rivolta a pazienti residenti o con domicilio sanitario nell'area giuliana che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che abbisognano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio.

NON SONO AMMESSI NEI PL DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ:

- ricoveri di tipo esclusivamente sociale
- ricoveri con caratteristiche assistenziali che rientrano nei LEA propri delle residenze per anziani non autosufficienti.

CRITERI DI ACCESSO

In applicazione del DGR 1896, la **popolazione target** di pazienti assistiti è:

- **pazienti fragili e/o cronici**, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- **pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità**, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- **pazienti che necessitano di assistenza** nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- **pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo**, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

LIVELLI DI RESPONSABILITÀ , in applicazione di quanto dettato dall'Allegato alla DGR 1896	
Responsabilità strategica e di coordinamento progettuale:	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Sanitario di ASUGI • Direttore dei Servizi Sociosanitari di ASUGI • Direttore SC Direzione delle Professioni Sanitarie • Direttore Generale di ITIS
Responsabilità igienico-organizzativa:	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale
Responsabilità clinica:	<ul style="list-style-type: none"> • ogni Dirigente medico operante in struttura
Referente per le attività cliniche in struttura:	<ul style="list-style-type: none"> • Dirigente medico
Responsabilità assistenziale:	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinatore infermieristico individuato da ITIS
Sono state, inoltre, attribuite le seguenti responsabilità:	<ul style="list-style-type: none"> • Referente ASUGI per la continuità assistenziale, gestione flussi in entrata e uscita, UVM, in raccordo con i coordinatori infermieristici delle unità anziani • Referente per la gestione dei flussi informativi e data manager
ITIS si impegna a fornire il personale infermieristico, operatori sociosanitari e della riabilitazione secondo gli standard previsti dal protocollo della sperimentazione.	

DURATA DEL RICOVERO

- Il ricovero ha una **durata** di norma compresa tra i **15 e i 20 giorni**, con estensione massima ai 30 giorni, In considerazione delle categorie eleggibili
- La durata del ricovero viene decisa in UVM, da svolgersi entro 72 ore dall'accoglienza in struttura, che predispone il Piano Assistenziale Individuale (PAI).
- Alla UVM partecipano tra gli altri il coordinatore infermieristico dell'OdC ed i familiari della persona accolta.

INDICATORI DI ATTIVITÀ/PERFORMANCE/ESITO

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• N. gg di Degenza in OdC• N. di pazienti inviati da Pronto Soccorso• N. di pazienti inviati da altri reparti• N. di ricovero in ospedale per acuti da ricovero in OdC• N. di pazienti inviati da Pronto Soccorso• N. riospedalizzazioni a 30 giorni da dimissione OdC | <ul style="list-style-type: none">• N. di trasferimenti da OdC vs RSA, vs domicilio, vs Struttura Residenziale• Completezza nella redazione della cartella di ogni paziente accolto (parte clinica e parte assistenziale, per quanto di rispettiva competenza e responsabilità)• Presenza del PAI entro 72 h dall'accoglimento |
|---|--|

DURATA DELLA SPERIMENTAZIONE

La sperimentazione avrà una durata di 12 mesi.

È stata avviata in 2 step:

- 1° Step: avvio di un modulo di N. 20 PL, dal 20 dicembre 2022 al 31 gennaio 2023
- 2° Step: avvio di un secondo modulo di N. 20 PL, dal 01 febbraio 2023 al termine della sperimentazione.
- PL Totali: N. 40

DATI ATTIVITÀ DAL 20 DICEMBRE 2022 A MAGGIO 2023

Ricoveri totali: N. 261 persone accolte di cui N. 165 femmine e N. 96 maschi

- Età media 82 anni, Mediana 87 anni e Moda 89

Dimissioni: N. 230

Decessi in struttura: N. 4

Degenza media: 18 giornate (raccomandazione 15- 20 gg con un massimo di 30 gg)

Ricoveri Totali dal 20 Dicembre 2022 a Maggio 2023

TOTALE	FEM	MAS	ETÀ MEDIA	MEDIAN A ETÀ	MODA ETÀ	DEGENZA MEDIA
261	165	96	82	87	89	18

Suddivisione per età

<65	65 - 74	75 - 84	85 - 99	>= 100
20	34	79	122	6

ANDAMENTO

Mensili	Accoglimenti	Dimissioni	Decessi
Dic. 2022	22	2	0
Gen. 2023	35	35	1
Feb. 2023	53	47	2
Mar. 2023	61	48	0
Apr. 2023	53	57	1
Mag. 2023	37	41	0

Termine sperimentazione Dicembre 2023

PROVENIENZE ACCOGLIMENTI

Ospedale AG	Ospedale AI	RSA	Domicilio	Hospice	PS AG	PS AI	CDR	Med.
47%	1%	1%	7%	0	33%	0	0	11%

INDICATORI DI UTILIZZO E STRUTTURA:

- **Intervallo di turnover** (n. di gg medio in cui il PL rimane libero): 2,3 gg
- **Tasso di utilizzo** (occupazione media del periodo in esame): 81%, percentuale fortemente condizionata dai periodi di attivazione del 1° e 2° modulo

NB: Il dato aggregato medio risente dei due periodi di attivazione: il primo e della struttura fino ai 20 PL concluso il 31/12/2022 ed il secondo di apertura degli ulteriori 20 PL a partire dal 01/02/2023, con il raggiungimento del tetto massimo di 40 PL il 17/03/2023

Nel dettaglio l'**indice di turnover** e la **percentuale di utilizzo** nel periodo di interesse:

	Dicembre	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio
Int. Turn	2,3	0,3	5,8	1,7	1,8	3,0
Tass. Ut.	77%	98%	72%	92%	92%	89%

DIMISSIONI: N. 230

DESTINAZIONE ALLA DIMISSIONE:

Ospedale AG	RSA	Domicilio	Hospice	PS AG	CDR <small>Casa di Riposo</small>	Decesso
6%	18%	44%	1%	9%	20%	2%

ESITO SPERIMENTAZIONE

- Attualmente i **percorsi in ingresso e uscita** (transizioni) grazie alla collaborazione tra i diversi operatori stanno dando **buoni risultati in termini di appropriatezza e tempistica**, come evidenziato dalla degenza media e dall'indice di turnover.
- In questa prima fase i **percorsi in ingresso** sono stati concordati con i **reparti ospedalieri** e soprattutto con il **PS** e la **Medicina d'Urgenza** per impedire ricoveri ospedalieri non appropriati.
- Sono in via di **definizione accordi con MMG** per potenziare gli ingressi dal domicilio.

ESITO SPERIMENTAZIONE

- **La sperimentazione** del modello di struttura intermedia assimilabile all'Ospedale di Comunità è **oggetto di analisi**, confronto e valutazione degli esiti a cura del **Gruppo di Progetto**, costituito dai quattro responsabili di coordinamento progettuale, integrato con il supporto di tutti gli altri responsabili.
- È stata **coinvolta l'Area Welfare** per l'opportunità di concorrere alla proposta di criteri di accreditamento e di definizione di tariffe conseguenti. Questo consentirà di descrivere i livelli di efficienza, di efficacia, di appropriatezza e di adeguatezza degli standard di struttura e di processo, i cui risultati verranno messi a disposizione di tutti gli interessati.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)