

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

**DOTTORATO DI RICERCA IN
SCIENZE MEDICHE GENERALI E DEI SERVIZI**

Tematica di ricerca: Sanità Pubblica e Medicina del Lavoro

Ciclo XXVIII

Settore Concorsuale di afferenza: 06/M1

Settore Scientifico disciplinare: MED/42

**L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna:
modelli organizzativi e valutazione della qualità
dell'assistenza**

Presentata da: Dott.ssa Giulia Pieri

Coordinatore Dottorato:

**Chiar.mo Prof.
Nicola Rizzo**

Relatore:

**Chiar.ma Prof.ssa
Maria Pia Fantini**

Esame finale anno 2016

SOMMARIO

1. Introduzione	5
1.1. Integrazione ospedale-territorio e “cure intermedie”: una panoramica internazionale	5
1.2. Il contesto normativo e organizzativo italiano	8
1.3. Le Cure Intermedie nella filiera dei servizi per la fragilità e gli anziani.....	9
1.4. Quale evoluzione per le Cure Intermedie nelle regioni italiane?	12
1.5. Come valutare i servizi di Cure Intermedie: l’esempio inglese del National Audit of Intermediate Care	14
2. Quesiti e Obiettivi di ricerca	19
3. Setting.....	19
4. Sviluppo OBIETTIVI SPECIFICI	20
4.1. OS 1 – L’implementazione dell’Ospedale di Comunità nella RER: i tre casi di studio delle Aziende USL di Imola, Modena e della Romagna.....	20
La Struttura Residenziale di Cure Intermedie di Castel San Pietro Terme	21
L’Ospedale di Comunità di Fanano.....	22
L’Ospedale di Comunità di Forlimpopoli	23
4.2. OS 2 – Quali sono le caratteristiche dei pazienti presi in carico presso l’Ospedale di Comunità	27
Premessa.....	27
Obiettivi.....	27
Metodologia.....	27
Risultati	29
Discussione.....	40
4.3. OS 3 – Come individuare indicatori per una valutazione della qualità dell’assistenza erogata in Ospedale di Comunità	43
Premessa.....	43
Obiettivi.....	45
Metodologia.....	45
Risultati	47
Discussione.....	51
5. Conclusioni.....	53
Bibliografia.....	55
Appendici	58
Allegato 1 – Algoritmo per l’identificazione della classe di intervento (codici di procedura ICD-9-CM)	59
Allegato 2 – Algoritmo per l’identificazione della diagnosi principale e delle comorbidità	61
Allegato 3 – Questionario PREM.....	63

1. INTRODUZIONE

1.1. Integrazione ospedale-territorio e “cure intermedie”: una panoramica internazionale

È universalmente riconosciuto che la situazione attuale di prestazioni frammentate di tipo sanitario e sociale nell’assistenza ai pazienti anziani con multimorbidità e fragili, non garantisce cure efficaci, efficienti e soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie. La principale ed attuale sfida per i sistemi sanitari è dunque rappresentata dalla necessità di potenziare il coordinamento tra i servizi ospedalieri e territoriali, identificando ed attuando modalità innovative per un’erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari sempre più incentrate sul territorio, in grado di fronteggiare da un lato il cambiamento del contesto demografico-epidemiologico (invecchiamento della popolazione, aumento della prevalenza della patologia cronica, multimorbidità, fragilità, etc.) e dall’altro la crisi economica e la sempre minore disponibilità di risorse sia pubbliche, sia delle famiglie, che hanno portato ad una progressiva crescita e diversificazione di richieste di intervento sanitario e sociale (Fantini, 2013; Fantini, 2015).

Il Rapporto OASI 2010 (Compagni, 2010) ha evidenziato come nella letteratura internazionale il tema dell’integrazione presenti innanzitutto due prospettive interpretative:

- l’*intermediate care*, che ricopre tutte le aree di intervento intermedie tra l’ospedale ed il domicilio del paziente e che si caratterizza per il contenuto non solo sanitario ma anche socio-assistenziale delle prestazioni erogate e per il coordinamento multi-professionale;
- la *transitional care*, che si concentra sulle modalità di raccordo e di passaggio del paziente fra i diversi ambiti di assistenza.

Entrambe le tipologie di assistenza sono rivolte a pazienti che rischiano di diventare frequenti utilizzatori dell’ospedale in assenza di una adeguata rete di servizi alternativi, nello specifico:

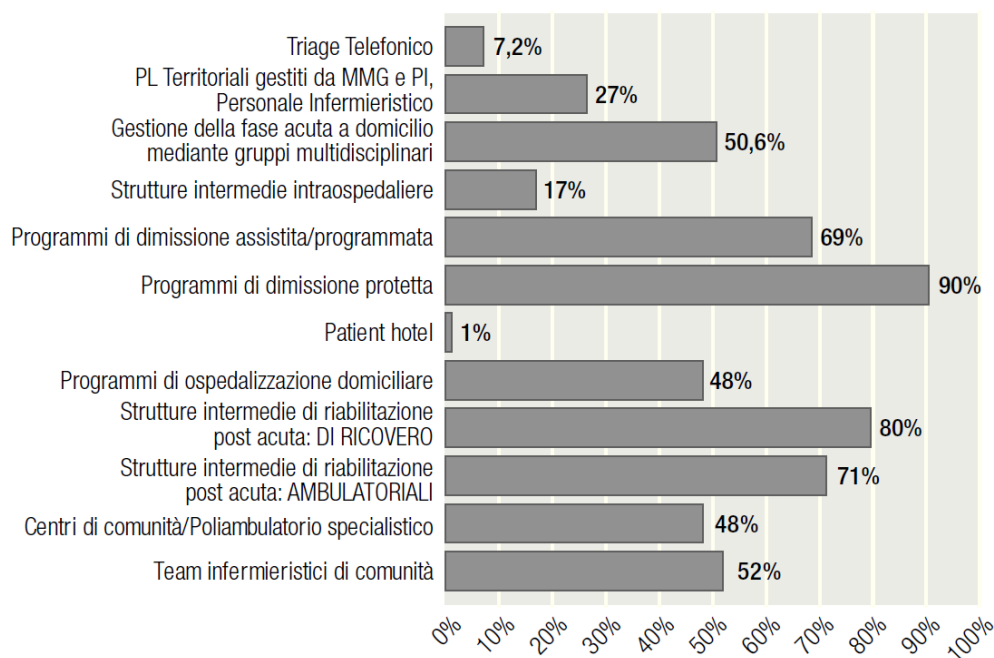
- post acuti in dimissione dall’ospedale;
- cronici stabilizzati per i quali occorre un costante monitoraggio delle condizioni di salute da parte di operatori professionali;
- cronici in buone condizioni di salute capaci di forme sostanziali di auto-cura.

L’analisi della letteratura descritta nel sopracitato Rapporto OASI identifica 12 diverse tipologie di servizi/strumenti/iniziativa/modalità di assistenza, tese a favorire l’integrazione tra ospedale e territorio: triage telefonico; posti letto territoriali gestiti da medici di medicina

generale e personale infermieristico; gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari; strutture intermedie intra-ospedaliere; programmi di dimissione assistita/programmata; programmi di dimissione protetta; *patient hotel*; programmi di ospedalizzazione domiciliare; strutture di ricovero intermedie di riabilitazione post-acuta; strutture ambulatoriali intermedie di riabilitazione post-acuta; centri di comunità/poliambulatori specialistici; team infermieristici di comunità. Le tipologie elencate, tuttavia, configurano modelli molto differenti tra loro (strutture fisiche, procedure/protocolli, etc.), in assenza quindi di un modello concettuale di riferimento univoco. Una successiva *survey* era volta a mappare quali delle sopra citate iniziative per l'integrazione fra l'ambito ospedaliero e territoriale erano quindi state avviate dalle ASL e con quali livello di diffusione e maturità (Figura 1.1).

Figura 1.1. Iniziative di integrazione ospedale territorio adottate dalle 83 ASL rispondenti alla survey descritta nel Rapporto OASI 2010

(Fonte: Rapporto OASI 2010, cap.16, Compagni et al.)



A livello internazionale, già da alcuni decenni si stanno sviluppando modelli di organizzazione dei servizi che consentano ai pazienti di lasciare precocemente la struttura ospedaliera o di evitare ospedalizzazioni non necessarie, potenziando la disponibilità di servizi socio-assistenziali a livello territoriale. Fin dagli anni '90 si parla a questo proposito di

“*intermediate care*”, con riferimento a **servizi** che hanno principalmente due ordini di obiettivi (Pearson, 2013; Mongardi 2013; Lenzi, 2014):

- “preventivi” - evitare le ospedalizzazioni non necessarie e fenomeni di “dimissione ritardata” (*delayed discharge*), rendendo disponibili alternative assistenziali all’ospedale, per rispondere ai bisogni sanitari con una intensità proporzionata alla necessità di cura e raggiungere una maggiore efficienza di sistema;
- “riabilitativi” - supportare la dimissione, facilitare l’accesso ai servizi di riabilitazione e recupero funzionale e favorire il rientro del paziente al domicilio.

Tuttavia dalla letteratura emergono anche alcune criticità (Pearson, 2013). Innanzitutto, le evidenze non sono concordi sull’efficacia e costo-efficacia dei servizi di “cure intermedie”; ci sono differenze spesso sostanziali rispetto a come le “cure intermedie” sono definite e implementate nei diversi Paesi; sussistono dubbi circa il numero e la tipologia di pazienti eleggibili che possono realmente beneficiare di questa tipologia di assistenza e conseguentemente su numero e composizione delle risorse assistenziali (*skill mix*) da mettere in campo.

Molteplici esperienze in termini di programmazione ed analisi di servizi di “cure intermedie” vengono in particolare dall’Inghilterra, dove diverse iniziative di ricerca su questo tema sono state promosse dal *National Health Service* e da numerose società scientifiche e associazioni professionali (Pearson, 2013; Mirza, 2013; NHS Benchmarking Network, 2014). Secondo quanto emerge dalle evidenze, nel contesto inglese i servizi di “cure intermedie” si caratterizzano per avere come obiettivo sia evitare le ammissioni in ospedale sia supportare al meglio il processo di dimissione dalle strutture di ricovero, garantendo assistenza a pazienti anziani e con condizioni complesse. Le “cure intermedie” possono offrire un supporto ai pazienti sia al domicilio sia in strutture residenziali o a ciclo diurno (es. *community hospital, nursing home*), rimanendo tuttavia un **servizio limitato nel tempo** (di regola, non più di sei settimane) e favorendo la permanenza al domicilio o eventualmente la transizione verso ulteriori forme di residenzialità a lungo termine. Il **focus** di questi servizi è primariamente la **riabilitazione** e il contrasto del declino funzionale e cognitivo dei pazienti, con un’attenzione particolare all’**educazione terapeutica** e all’**autocura** (*self-management, patient education*), assicurando **continuità e coordinamento** tra i diversi servizi (sanitari e sociali), garantendo la presa in carico da parte di un **team multidisciplinare** e prevedendo anche il **coinvolgimento delle famiglie/care giver**.

1.2. Il contesto normativo e organizzativo italiano

In **Italia**, a livello di pianificazione nazionale, i focus di intervento rilevanti per l'integrazione fra ospedale e territorio sono andati modificandosi negli anni: a partire dal **Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005** è stata accordata una maggiore rilevanza ed attenzione alla riabilitazione, mentre nel successivo **PSN 2006-2008** l'enfasi è stata posta sull'Ospedale di Comunità e sull'ospedalizzazione domiciliare (Compagni, 2010). Discorso a parte merita l'area delle cure palliative, per la quale sono già attivi da tempo percorsi dedicati. Lo **Schema di PSN 2011-2013** prevedeva, per la gestione della cronicità, un'organizzazione territoriale con possibilità di disporre di posti letto territoriali/servizi residenziali gestiti da Medici di Medicina Generale e personale infermieristico, all'interno di apposite strutture di cure intermedie. Indicazioni sul tema delle "strutture intermedie", come iniziative di continuità ospedale territorio che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, si ritrovano infine nel **Patto per la Salute 2014-2016** e nel successivo **Regolamento sugli standard ospedalieri** (DM n.70/2015), che demanda alle Regioni il compito di procedere al riassetto dell'assistenza primaria, domiciliare e residenziale, limitandosi a fornire alcune indicazioni relativamente alle caratteristiche principali delle "strutture intermedie", con particolare riferimento all'Ospedale di Comunità.

Coerentemente con gli indirizzi dei documenti nazionali, la **Regione Emilia-Romagna (RER)** ha intrapreso, con la DGR n.284/2013 ("Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario Regionale per il biennio 2013-2014"), un percorso di ridefinizione dei servizi territoriali e della rete ospedaliera con l'obiettivo di garantire la continuità delle cure e l'integrazione ospedale-territorio, in particolare per le persone con patologia cronica, potenziando i servizi assistenziali cosiddetti di "cure intermedie" e in particolare attivando strutture intermedie territoriali (Ospedali di Comunità). La RER sostiene la programmazione e gestione di un'assistenza a maggiore intensità a livello territoriale, sottolineando che essa dovrà progressivamente prepararsi ad integrare l'assistenza ospedaliera e a sostituirla ogni qual volta il ricovero non abbia valore aggiunto per le condizioni di salute della persona. Nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, in relazione alla riconversione dei posti letto ospedalieri, dovrà essere pertanto programmato lo sviluppo di strutture sanitarie territoriali intermedie di degenza temporanea, che dovranno assicurare ricovero e assistenza di natura prevalentemente infermieristica e rendere disponibili prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediche e chirurgiche di tipo ambulatoriale. Tali strutture territoriali intermedie potranno essere collocate all'interno delle Case della Salute (DGR n.291/2010) oppure all'interno dei

presidi ospedalieri, in aree appositamente ri-organizzate e gestite dai Dipartimenti delle Cure Primarie.

Con la DGR n.221/2015 (“Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure primarie”), si comincia quindi a definire formalmente il quadro normativo dell’Ospedale di Comunità, esplicitandone alcune caratteristiche fondamentali: criteri di accesso per i pazienti, requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, fino a declinare alcuni indicatori di processo e di esito per un monitoraggio della qualità ed efficacia dell’assistenza erogata.

1.3. Le Cure Intermedie nella filiera dei servizi per la fragilità e gli anziani

Le cure intermedie si inseriscono perfettamente nella logica della gestione proattiva del paziente, in particolare cronico, a livello territoriale. Se consideriamo la filiera per la fragilità e la *long term care* degli anziani, oggi le cure intermedie rappresentano da un lato un comparto ancora non adeguatamente sviluppato in termini di ricchezza delle dotazioni infrastrutturali e dall’altro quello più innovativo, dinamico e al centro delle attuali politiche sanitarie (Fantini, 2015).

A questo proposito, come discusso nell’articolo sopra citato (Fantini, 2015), sono evidenziabili in particolare tre assi di policy che stanno caratterizzando la scelta della RER e di molte altre regioni italiane, evocando anche i recenti indirizzi nazionali (Patto della Salute):

- popolare maggiormente le cure intermedie con lo sviluppo degli “ospedali di comunità”; questa scelta è coerente al forte orientamento allo sviluppo delle Case della Salute (o UCCP), su cui la RER sta puntando negli ultimi anni per garantire la continuità ospedale-territorio e l’integrazione tra professionisti appartenenti ai diversi setting assistenziali;
- focalizzare le strutture socio-sanitarie sui “ricoveri permanenti” e sui “ricoveri di sollievo” per le famiglie che assistono i propri anziani fragili o non autosufficienti a domicilio, per garantire un periodo di riposo assistenziale ai *care giver* e sostenere quindi la permanenza a casa dei soggetti fragili, scegliendo eventualmente di depotenziare la possibile missione delle strutture socio-sanitarie come luogo temporaneo di stabilizzazione o recupero post-ospedaliero, come dimostra la sospensione del monitoraggio dei dati di questo tipo di attività¹;

¹ Si fa qui riferimento alla recente modifica al tracciato del flusso informativo SIPS (Sistema Informativo Politiche Sociali). Il SIPS rappresenta una risorsa indispensabile per la programmazione e il coordinamento delle attività nel settore delle Politiche Sociali. Il SIPS è gestito dal Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche

- cercare di sviluppare ulteriormente l'Assistenza Domiciliare Integrata, anche grazie al protagonismo che potrebbero avere a questo proposito le Case della Salute.

Queste tre scelte prefigurano uno sviluppo delle cure intermedie come setting assistenziale aggiuntivo che si aggiunge ed integra l'ambito post-acuto ospedaliero e quello socio-sanitario.

La fattibilità di queste tre linee di policy si basa tuttavia su tre assunti impliciti:

(a) gli attuali livelli di appropriatezza dei ricoveri ospedalieri per acuti di pazienti anziani e fragili nonché dei ricoveri sub-acuti sono adatti e non necessitano significativi aggiustamenti;

(b) saranno previste risorse finanziarie aggiuntive per lo sviluppo e il potenziamento delle cure intermedie;

(c) la vocazione professionale dei Medici di Medicina Generale comprende anche quote di assistenza ospedaliera per pazienti sub o post acuti.

A fronte dei tre assunti che dovrebbero sostenere implicitamente il disegno di sviluppo delle cure intermedie proposto, occorre tuttavia considerare alcune non indifferenti criticità (Fantini, 2015): (a) è particolarmente difficile stabilire i confini tra acuzie e post-acuzie, soprattutto per i pazienti anziani, più spesso fragili e vulnerabili nonché a rischio di ulteriore perdita di autonomia. Occorre fare particolare attenzione a prevenire il rischio di cronicizzare il paziente anziano che viene ricoverato in ospedale, realizzando una completa e precoce presa in carico globale della persona già quando il paziente si trova ancora nel reparto per acuti (Salsi, 2010, e Piano d'indirizzo per la Riabilitazione, 2011), cercando di spostarlo il prima possibile in ambiti socio-sanitari, più attenti al recupero e mantenimento della funzionalità come la post-acuzie.

(b) Il panorama economico-finanziario che stiamo affrontando, e che verosimilmente continueremo ad affrontare nei prossimi anni, difficilmente potrà prevedere un arricchimento dell'offerta, se non in termini di spostamento di risorse da un compartimento dell'assistenza

Sociali della Regione Emilia-Romagna in collaborazione con le Amministrazioni provinciali. Il monitoraggio dell'offerta socio-assistenziale riguarda i presidi residenziali, i centri diurni e i servizi di assistenza domiciliare per le aree di utenza rispondenti agli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione regionale, ovvero anziani, minori, disabili, immigrati, adulti in difficoltà. Le informazioni raccolte alimentano la banca dati dei Presidi e dei Servizi socio-assistenziali e la banca dati degli enti titolari e gestori degli stessi. Mentre nel questionario SIPS 2011 era richiesto di specificare, rispetto ai posti totali della struttura, quanti fossero dedicati all'accoglienza temporanea rispettivamente "di sollievo" e "post-dimissione ospedaliera", questa informazione di dettaglio non è più presente nel questionario SIPS 2012, nel quale sono censiti i soli posti dedicati all'accoglienza temporanea "di sollievo", scomparendo l'informazione relativa all'accoglienza "post-dimissione ospedaliera". Viene quindi a mancare l'informazione rispetto a una tipologia di assistenza che rappresenta sicuramente un servizio importante tra quelli riconducibili alle "cure intermedie".

ad un altro. In questo contesto l'implementazione di modelli organizzativi di "cure intermedie" potrà essere sostenuta solo liberando risorse da ambiti assistenziali già esistenti e finanziati.

(c) Lo sviluppo professionale delle cure primarie sarà prevalentemente occupato dall'assistenza proattiva dei pazienti cronici leggeri che hanno oggi una prevalenza del 30% della popolazione. Questo focalizza la medicina generale sull'attività ambulatoriale e domiciliare, sul raccordo professionale con gli specialisti per la gestione attiva della cronicità, rendendo poco realistico un ulteriore investimento sull'acquisizione di competenze cliniche per la gestione ospedaliera di pazienti non autosufficienti.

Alla luce di queste considerazioni le cure intermedie possono essere inserite nella filiera dei servizi per la fragilità e per gli anziani (*long-term care*), suggerendo anche uno sviluppo alternativo di questo specifico settore che impone nuove e diverse riflessioni rispetto al tema della "transitional care" ovvero della gestione dei processi di transizione del paziente da un setting assistenziale all'altro. In questo senso, si rende necessaria una rivisitazione dei processi di *transitional care* in logiche integrate e di presa in carica complessiva del paziente, basate su fluidità, continuità e rapidità degli spostamenti (Fantini, 2015).

A questo proposito diventa particolarmente interessante e necessario prevedere la mappatura e la descrizione del percorso dei pazienti lungo l'intera filiera assistenziale (ospedale per acuto, lungodegenza, assistenza domiciliare o struttura socio-sanitaria).

In questo nuovo contesto organizzativo, gli Ospedali di Comunità potrebbero essere integrati e "valorizzati" attraverso un riposizionamento dell'attività di post-acuzie/lungo-degenza che progressivamente deve uscire dal setting "originale" dell'ospedale per acuti. Questo cambiamento può essere favorito "reindirizzando" l'attività di lungodegenza, che deve avere come obiettivo primario mantenere e rivitalizzare le autonomie residue del paziente, rendendo marginale la focalizzazione terapeutica alla malattia acuta. Fantini et al. individuano quattro leve che possono essere attivate contestualmente per favorire questi processi: (1) aumentare l'impronta assistenziale-infermieristica dei reparti di lungodegenza; (2) dislocare le lungodegenze fisicamente fuori dagli ospedali o in setting logistici ben distinti e separati; (3) utilizzare le strutture di lungodegenza, riviste e ripensate, anche per pazienti sub-acuti, che non siano dimessi dall'ospedale; (4) dedicare stabilmente posti letto temporanei nelle strutture socio-sanitarie ai pazienti post-acuti e sub-acuti, sfruttando la loro naturale vocazione assistenziale e le economie di scala già disponibili.

Si tratta quindi di un processo di trasformazione in parte funzionale, che rilegge le strutture di offerta oggi esistenti, modificandone il mix delle professioni coinvolte sia per quanto riguarda

la direzione delle strutture sia il lavoro di assistenza. In parte può essere anche un processo strutturale che sposta la lungodegenza fuori dall'ospedale per acuti, dedicando alcuni piccoli presidi in trasformazione esclusivamente alla post-acuzia, così come alcuni letti delle strutture socio-sanitarie. Ciò potrebbe anche favorire il cambio dei gestori, assegnando la responsabilità a soggetti che per vocazione sono abituati ad organizzare strutture di natura più socio-sanitaria che sanitaria per acuti, come ad esempio le Aziende pubbliche di servizio alla Persona (ASP). Uno sviluppo robusto della lungodegenza e dei posti letto temporanei post acuti nelle strutture socio-sanitarie, potrebbe inoltre aiutare a focalizzare maggiormente l'ospedale sul paziente e sulla fase acuta, liberando molti reparti di attività oggi spesso più assistenziali che realmente cliniche.

Questo disegno complessivo definisce peraltro più chiaramente le vocazioni per ogni componente del sistema: l'ospedale concentrato sulle fasi acute, la casa della salute e i MMG focalizzati sulla gestione attiva di patologie croniche, le cure intermedie come luogo di assistenza della post-acuzie e della sub-acuzie, accogliendo rapidamente i pazienti in dimissione ospedaliera e prevenendo le ospedalizzazioni improprie di natura assistenziale.

Il realismo di questo disegno sta nella sua sostenibilità economica perché i pazienti verrebbero complessivamente assegnati ad ambiti di assistenza più appropriati, con più forte vocazione assistenziale e meno costosi. Servirebbero meno posti letto ospedalieri per anziani, strutture di lungodegenza a più forte impronta assistenziale e meno clinica, sfruttando anche posti letto di strutture socio-sanitarie già attivi. Questa auspicabile rivisitazione della geografia dell'offerta e della gestione delle fasi di passaggio necessita anche di una nuova chiarezza informativa per il cittadino rispetto a tipologie e condizioni dei vari servizi disponibili.

Tutto questo apre nuove e interessanti piste di lavoro che necessitano futura ricerca: come accompagnare la modifica degli skill mix di tutti gli operatori coinvolti, quali criteri operativi di eleggibilità dei pazienti per i singoli setting assistenziali, quali sistemi di indicatori per il monitoraggio dell'efficacia e dell'appropriatezza dei servizi di cure intermedie e dell'intera filiera della fragilità e per anziani.

1.4. Quale evoluzione per le Cure Intermedie nelle regioni italiane?

Dai documenti programmatori nazionali e dalle diverse esperienze locali, quindi, risulta sempre più evidente come lo sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio stia assumendo un ruolo centrale e fondamentale per assicurare la continuità delle cure. Il riorientamento del focus del sistema di cure verso le cure primarie, le cure intermedie e la

gestione proattiva delle patologie croniche, per intercettare i bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana, fragile e con multimorbidità, è ormai un trend consolidato che trova sempre maggiori evidenze e rappresenta un caposaldo della futura programmazione sanitaria.

Le principali iniziative di continuità ospedale-territorio saranno soprattutto rappresentate da contesti assistenziali funzionalmente collocati fra l'ospedale per acuti ed il domicilio, costituiti da sistemi di cura eterogenei fra loro e differenti dal punto di vista strutturale e funzionale (ospedali di comunità, assistenza domiciliare integrata, ma anche posti letto temporanei in strutture socio-sanitarie, etc.), accomunati però dall'obiettivo di fornire servizi in un limitato arco temporale, a domicilio, in ambiente ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale, per evitare il ricorso improprio all'ospedale per acuti e l'istituzionalizzazione di lungo periodo non necessaria.

Gli eventi clinici che si manifestano in persone con patologie croniche (in età evolutiva o avanzata) conducono gradualmente alla rottura di un fragile equilibrio, riducendo progressivamente nel tempo l'autonomia del paziente. Questo accade principalmente subito dopo un evento acuto, quando l'intervento sanitario, concentrandosi sulla necessaria risoluzione dell'evento stesso, molto spesso finisce con il peggiorare il fragile quadro generale. Il momento intermedio fra la risoluzione di un nuovo evento acuto o di una riacutizzazione e il ritorno alla vita quotidiana di una persona con problemi di salute preesistenti (spesso di età avanzata) presenta quindi un rischio notevole di riduzione dell'autonomia preesistente, anche in maniera non reversibile.

La sfida che si apre oggi ai servizi di cure intermedie è quindi quella di intervenire subito dopo o in corso di risoluzione dell'evento acuto per valorizzare la funzionalità residua, riportando la persona al massimo livello di autonomia possibile. In questi contesti la multidimensionalità del bisogno degli utenti di cure intermedie comporta necessariamente interventi multidisciplinari da parte di equipe, formate non solo dai vari professionisti coinvolti (Medico specialista, Medico di medicina generale, Infermiere, altri professionisti dell'area sia sanitaria che sociale), ma dagli stessi malati e loro familiari: solo in questo modo potrà essere infatti possibile incidere positivamente sulla qualità della vita del malato.

Nel contesto normativo ed organizzativo in costante evoluzione, in cui un'attenzione particolare è posta sul tema delle "cure intermedie", è però necessario porsi alcuni interrogativi:

- *Che cos'è il sistema delle "cure intermedie", quali i suoi obiettivi, a quali tipologie di pazienti è rivolto, e con quali modalità di erogazione?*

- *Come può il settore delle “cure intermedie” porsi nella prospettiva di favorire il coordinamento e l’integrazione dell’assistenza sanitaria e sociale producendo valore aggiunto per la persona?*

Per rispondere a questi quesiti e per una corretta programmazione e valutazione di impatto del sistema di “cure intermedie”, occorre **costruire esperienze e strumenti di monitoraggio e valutazione comparativa**, applicando i principi e la metodologia dell’*Health Service Research* per supportare le Aziende sanitarie nella valutazione della qualità ed efficacia in termini di: accessibilità, utilizzo delle risorse e appropriatezza dello skill-mix, definizione di *outcomes* riferiti alle autonomie dei pazienti e percezione/soddisfazione per l’assistenza ricevuta. Il monitoraggio e la valutazione di efficacia dei servizi di Cure Intermedie dovrà essere poi arricchito da attente valutazioni di costo-efficacia.

Da questo punto di vista, un esempio particolarmente interessante ci viene fornito ancora una volta dall’Inghilterra e nello specifico, dall’iniziativa del *National Audit of Intermediate Care*.

1.5. Come valutare i servizi di Cure Intermedie: l’esempio inglese del National Audit of Intermediate Care

Il *National Audit of Intermediate Care* (NAIC) è un audit sulla committenza ed erogazione delle Cure Intermedie in Inghilterra e Galles, realizzato dal *NHS Benchmarking Network* in collaborazione con la *British Geriatrics Society* e altre associazioni e società scientifiche inglesi. L’audit viene condotto ciclicamente dal 2012, e nel 2014 circa la metà del Servizio Sanitario Nazionale risulta coinvolto nel progetto. Il NAIC è suddiviso in due livelli: un audit “organizzativo”, che raccoglie dati annuali su copertura, modelli, accessibilità, attività, finanziamento, staff-mix, qualità ed esiti, e un audit “a livello dell’utilizzatore del servizio”. In particolare, gli indicatori di esito utilizzati per l’audit “a livello dell’utilizzatore del servizio” comprendono l’Indice di Bathel Modificato (MBI), il punteggio Sunderland e il *Therapy Outcome Measures* (TOMs), oltre ad una indagine sulla percezione/soddisfazione per l’assistenza ricevuta (che ha portato alla validazione di un questionario sviluppato ad hoc, in collaborazione con l’Università di Leeds, per l’utilizzo nell’ambito del NAIC: il *Patient Reported Experience Measure - PREM*) (Teale, 2015).

Il progetto offre un quadro completo dei servizi che supportano le persone anziane o fragili a rischio di essere ricoverati oppure che sono già state dimesse da un ospedale per acuti, ma rimangono a rischio per la presenza di patologie croniche. La rilevazione avviene in quattro differenti categorie di servizi di Cure Intermedie:

1. **Crisis Response:** servizi di risposta alle crisi che forniscono assistenza a breve termine per un massimo di 48 ore.
2. **Bed Based Services:** servizi ospedalieri di base che forniscono assistenza in strutture dotate di posti letto, quali per esempio, i *Community Hospitals*.
3. **Home Based Services:** servizi domiciliari di base che forniscono assistenza direttamente nelle case delle persone attraverso un team multi-specialistico, in particolare attraverso l'intervento di infermieri e fisioterapisti.
4. **Re-ablement:** servizi di re-inserimento che forniscono assistenza al domicilio, attraverso un team di professionisti del settore sociale, per aiutare le persone a vivere in modo indipendente.

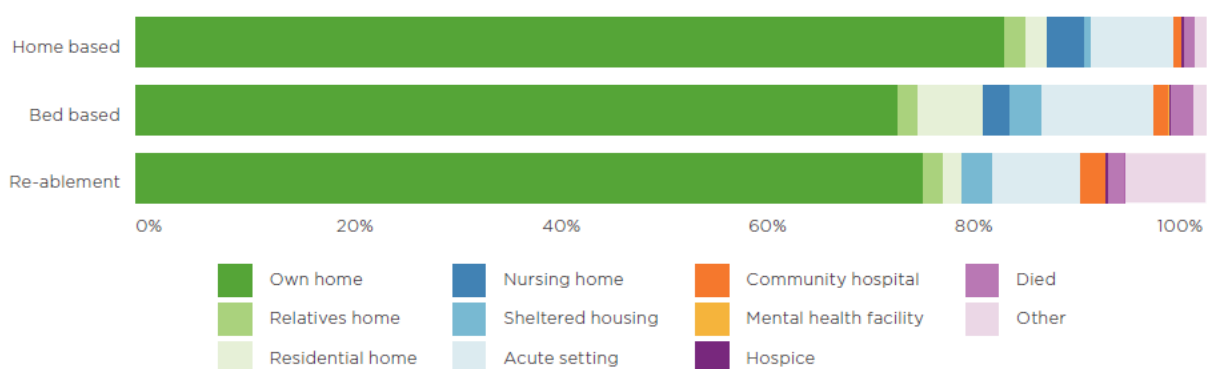
Obiettivo del NAIC è cercare di dare una risposta a cinque interrogativi principali:

1. Le Cure Intermedie funzionano?
2. Le Cure Intermedie sono costo-efficaci?
3. Il sistema è in grado di fare la differenza?
4. Quali sono le caratteristiche di un buon servizio di Cure Intermedie?
5. Come si può portare avanti l'idea?

I risultati dell'audit (edizione 2015) sembrano essere incoraggianti.

Figura 1.2. Destinazione del paziente alla dimissione, per categoria di servizi di CI

(Fonte: National Audit of Intermediate Care Summary Report, 2015)



Relativamente al primo interrogativo, i dati che descrivono la destinazione del paziente alla dimissione (utilizzata come *proxy* di esito) evidenziano ad esempio come al termine di un servizio di CI “residenziale”, oltre il 70% dei pazienti rimane al proprio domicilio e meno del 10% viene ammesso in una struttura per acuti (Figura 1.2).

Il 70% dei pazienti che utilizzano questi servizi mostrano un miglioramento nel punteggio Sunderland, misurato al termine del servizio di CI “domiciliare”; un ulteriore 20% mantiene il punteggio iniziale. Un analogo miglioramento viene registrato per l’85% dei pazienti che utilizzano un servizio di CI “residenziale” (valutato come differenziale nel punteggio MBI). In generale, i pazienti riportano un’esperienza positiva: ad esempio, nell’ambito dei servizi di CI “domiciliari” il 96% dei pazienti risponde “Sì - sempre” alla domanda “In generale, mi sono sentito trattato con rispetto e dignità?”. Anche il punteggio complessivo (mediana) appare discretamente elevato (Figura 1.3): pari a 10 (su 12) per entrambe le due tipologie di servizi di cure intermedie “domiciliari” (“home-based” e “re-ablement”) e pari a 10,5 (su 14) per i servizi di cure intermedie “residenziali” (“bed-based”).

Un elemento particolarmente importante per la qualità e l’efficacia delle Cure Intermedie sembra essere la presa in carico da parte di un team multidisciplinare: i dati dell’audit infatti mostrano come gli esiti (misurati come MBI oppure punteggio Sunderland, a seconda della natura residenziale o domiciliare del servizio) sembrano migliorare all’aumentare del numero di tipologie di professionisti coinvolti nella presa in carico del paziente (Figura 1.4).

Per quanto riguarda la sostenibilità del sistema, in Inghilterra l’offerta di servizi di Cure Intermedie rappresenta ancora una minima parte dell’intera offerta sanitaria e assistenziale (ciò è molto evidente, ad esempio, per i servizi di “risposta alla crisi”, rispetto alle ammissioni in Pronto Soccorso). Al momento non ci sono peraltro evidenze che facciano ipotizzare un aumento del finanziamento nazionale. A fronte di queste considerazioni, i tempi di attesa per i servizi di Cure Intermedie aumentano nei tre anni dell’audit, e ciò è indicativo di una crescente pressione su questa tipologia di servizi. Nel 2014, il tempo medio di attesa per l’attivazione di un servizio di CI “domiciliare” è di 6 giorni.

Figura 1.3. L'esperienza dell'utilizzatore del servizio
 (Fonte: National Audit of Intermediate Care Summary Report, 2015)

Figure 6.2.2: PREM summary score home based and re-ablement services NAIC 2015

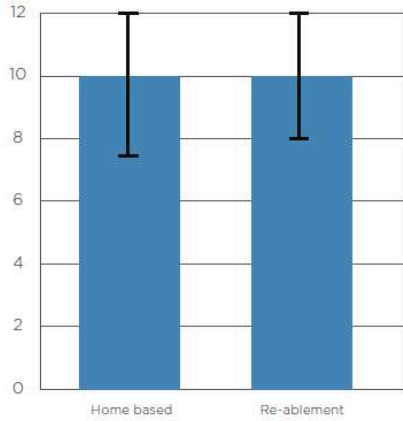


Figure 6.2.3: PREM summary score bed based services NAIC 2015

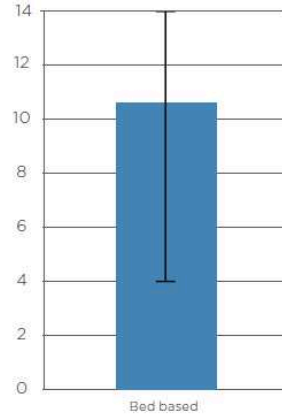
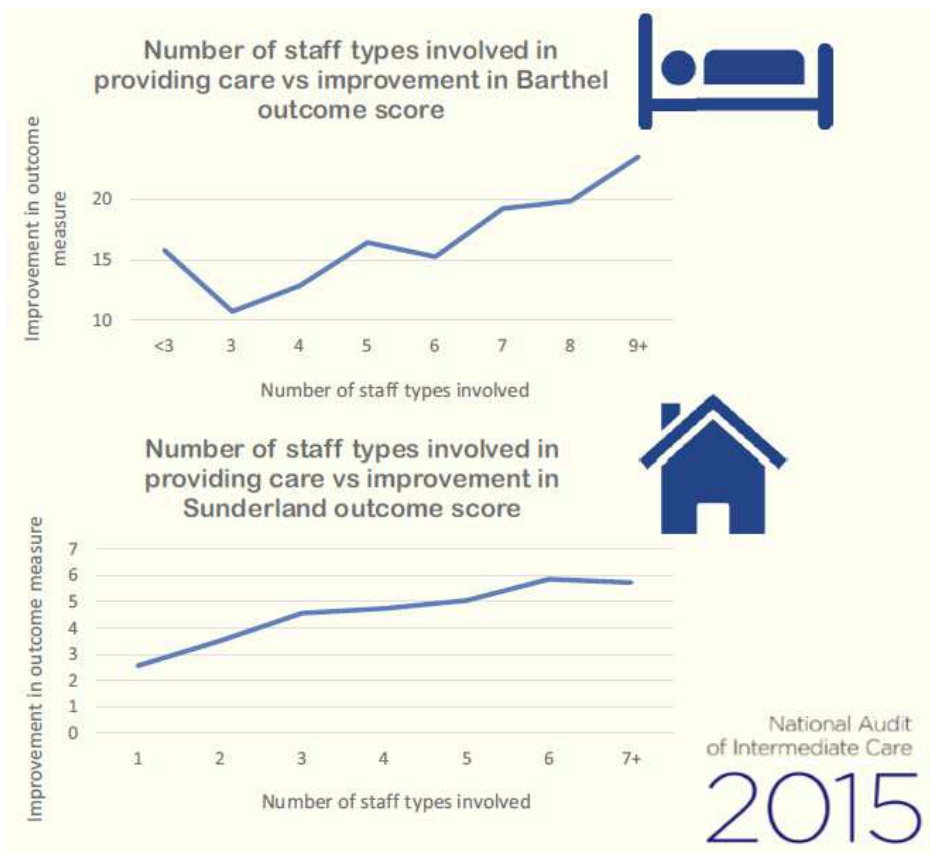


Figura 1.4. Relazione tra skill-mix e outcome
 (Fonte: National Audit of Intermediate Care Summary Report, 2015)



Risulta implicito che per migliorare e potenziare i servizi di Cure Intermedie, occorre sviluppare ulteriormente sistemi di monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi erogati: il NAIC è stato condotto anche nel 2015 e a novembre saranno presentati i risultati della nuova edizione.

Il gruppo di ricerca dell'Università di Bologna è coinvolto in un progetto di collaborazione con il *NHS Benchmarking Network*, per una condivisione delle informazioni e riflessioni sui risultati del NAIC, al fine di valutare quali possibili ricadute conoscitive ed esperienziali è possibile trarre per i nostri sistemi nazionale e regionali. Dal momento che non esistono ad oggi *best practice* riconosciute su questi ambiti, è solo dallo studio di casi e dai confronti nazionali e internazionali che è possibile trarre ispirazione per identificare soluzioni innovative per le politiche sanitarie e l'organizzazione dei servizi.

2. QUESITI E OBIETTIVI DI RICERCA

Il quesito di ricerca che si voleva affrontare nell'ambito della presente tesi è duplice: da un lato si voleva indagare il profilo dei pazienti che accedono all'Ospedale di Comunità, per determinare se è possibile identificare dei fenotipi caratteristici; quindi si voleva valutare in che modo l'assistenza nell'Ospedale di Comunità può condizionare gli esiti per i pazienti.

Per rispondere ai suddetti quesiti di ricerca, l'obiettivo generale era studiare il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità (OsCo), così come implementato in alcune realtà della Regione Emilia-Romagna (RER), e analizzare l'assistenza erogata ai pazienti all'interno degli Ospedali di Comunità, affrontando i seguenti obiettivi specifici:

1. descrivere il modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità nella RER, rappresentando tre casi di studio;
2. definire, dal punto di vista sia clinico che organizzativo, le caratteristiche dei pazienti che vengono assistiti nell'Ospedale di Comunità;
3. individuare indicatori di valutazione pertinenti rispetto al setting e agli obiettivi assistenziali dell'Ospedale di Comunità, introducendo come misura di esito anche la qualità dell'assistenza secondo la prospettiva del paziente;

3. SETTING

Oggetto della ricerca sono stati tre Ospedali di Comunità della Regione Emilia-Romagna:

- la **Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI) di Castel San Pietro Terme** (Azienda USL di Imola)
- l'**Ospedale di Comunità di Fanano** (Azienda USL di Modena)
- l'**Ospedale di Comunità di Forlimpopoli** (Azienda USL della Romagna)

4. SVILUPPO OBIETTIVI SPECIFICI

4.1. OS 1 – L’implementazione dell’Ospedale di Comunità nella RER: i tre casi di studio delle Aziende USL di Imola, Modena e della Romagna

Nella Regione Emilia-Romagna risultano attivate 15 strutture di Cure Intermedie (dato aggiornato al 05/03/2016; fonte: SISEPS, Regione Emilia-Romagna): 4 nel territorio dell’Ausl di Parma (due di queste non sono Ospedali di Comunità, ma “moduli” dedicati a riabilitazione estensiva e lungo-assistenza), 1 nell’Ausl di Reggio Emilia, 2 nell’Ausl di Modena, 1 nell’Ausl di Imola, 3 nell’Ausl di Ferrara e 4 nell’Ausl della Romagna (Forlì e Cesena).

Una prima fase della ricerca ha previsto un’analisi descrittiva preliminare dei tre Ospedali di Comunità oggetto dello studio, per acquisire le principali informazioni sugli assetti gestionali, i modelli organizzativi e gli strumenti in uso per misurare i risultati clinico-assistenziali.

A questo scopo, è stata utilizzata una “*Scheda di rilevazione sullo stato di attuazione degli Ospedali di Comunità (OsCo)*”, predisposta ad hoc, compilata dai responsabili delle strutture di Fanano, di Castel San Pietro Terme (CSPT) e di Forlimpopoli.

La scheda comprendeva tre domande aperte per descrivere le motivazioni che hanno determinato l’apertura dell’Ospedale di Comunità, i criteri di accesso e per il ricovero; quindi, più item a risposta multipla erano rivolti ad indagare l’organizzazione delle attività clinico-assistenziali e riabilitative, il numero, la tipologia e l’orario di servizio delle figure professionali presenti nella struttura e indagava il modello organizzativo attuato per garantire l’assistenza medica nelle 24 ore per le urgenze.

L’intento era conoscere le caratteristiche della struttura dell’OsCo, i principi che ne hanno ispirato la realizzazione e se l’OsCo è inserito all’interno di una Casa della Salute. Si è inteso inoltre specificare se il responsabile clinico fosse un medico dipendente o convenzionato SSN o un Medico di Medicina Generale (MMG) o se vi fossero altre opzioni. Si è chiesto nello specifico di indicare a chi facessero capo il coordinamento organizzativo e quello gestionale. Ai compilatori è stato inoltre richiesto se l’OsCo rappresentasse una struttura concepita per accogliere pazienti inviati dal MMG, dalle strutture territoriali o per accogliere pazienti provenienti da reparti ospedalieri o da strutture private accreditate. Inoltre si è voluto conoscere le modalità di ricezione della richiesta della proposta di ricovero e della sua successiva valutazione, nonché della gestione della lista di attesa.

Infine è stato chiesto se l'équipe di professionisti sanitari dell'OsCo redige il Piano Assistenziale Individuale (PAI) in modo condiviso, multidisciplinare e multi-professionale.

La Tabella 4.1.1 riporta in sintesi le caratteristiche principali dei tre OsCo, raccolte attraverso la rilevazione effettuata (16/02/2015).

La Struttura Residenziale di Cure Intermedie di Castel San Pietro Terme

Nel contesto imolese, l'OsCo di Castel San Pietro Terme è strutturalmente collocato all'interno della Casa della Salute di CSPT (originata dalla trasformazione del precedente stabilimento ospedaliero di CSPT) e si compone di due settori fra loro funzionalmente integrati:

- la Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI)
- l'Hospice Territoriale (HT)

La SRCI rappresenta il modello evolutivo che supera la tradizionale U.O. di Lungodegenza Post-Acuzie ospedaliera a gestione clinica, ed è una unità organizzativa a gestione infermieristica, dedicata ad ospitare persone fragili, con quadri clinici anche complessi ma relativamente stabili, con alta componente di non-autosufficienza, che deve assolvere contemporaneamente agli obiettivi di:

- ridurre il carico di pazienti in fase post-acuta presente nei reparti ospedalieri per acuti, garantendo una dimissione precoce e sicura, offrendo un livello di cure e più utile ed appropriato (funzione post-acuta in dimissione);
- evitare i ricoveri di natura inappropriata, offrendo una disponibilità a bassa soglia di accesso per casistica di tipo sub-acuto (funzione sub-acuta in ingresso).

L'HT è anch'esso una unità organizzativa intermedia a gestione infermieristica, dedicata all'assistenza di soggetti in fase terminale di malattia che non necessitano di protezione e assistenza specialistica continuativa, non più rispondenti alle terapie specifiche volte alla guarigione e che non possono essere adeguatamente assistiti a domicilio con cure palliative.

La SRCI e l'HT operano in spazi distinti ma in stretta sinergia e con un consistente grado di integrazione delle equipe infermieristiche e della componente clinica. L'HT accoglie elettivamente i pazienti oncologici terminali, mentre i pazienti terminali non oncologici possono essere assistiti anche presso la SRCI, che è prevalentemente orientata al trattamento di patologie cronico-degenerative non oncologiche momentaneamente scompensate o riacutizzate.

Oggetto specifico della presente ricerca è la SRCI.

Rispetto alla rilevazione effettuata al 16/02/2015, le informazioni raccolte sono riferibili alla fase di avvio (quindi, transitoria) del progetto di realizzazione dell'OsCo di CSPT, durante la quale era prevista l'attivazione di 28 PL collocati presso gli spazi che ospitavano la Lungodegenza ospedaliera, al quarto piano dello stabilimento ospedaliero di Castel S.Pietro. A seguito dei lavori di ristrutturazione completati nel corso dell'estate 2015, la SRCI è stata quindi ricollocata nell'area ad essa destinata, inaugurata il 09/11/2015. Nella sua sede definitiva la SRCI è costituita da un modulo composto da un numero variabile, a seconda delle necessità, di 21-24 posti residenziali, composto da tre stanze a tre letti, sette stanze a due letti e due stanze ad un letto.

Anche dal punto di vista organizzativo (rispetto a quanto sintetizzato in Tabella 3.1.), la fase transitoria di avvio del progetto ha previsto una riduzione della presenza in struttura del medico specialista ospedaliero: a partire da luglio 2015 il medico specialista è presente in struttura per 6 ore al mattino, dal lunedì al venerdì, mentre al pomeriggio la SRCI è gestita in maniera autonoma dal personale infermieristico.

L'Ospedale di Comunità di Fanano

L'OsCo di Fanano nasce il 01/01/2014 dalla riconversione dei 15 posti di RSA decisa dalla Direzione generale dell'AUSL di Modena con Delibera n. 251 del 30/12/2013.

Nei mesi precedenti, un gruppo aziendale coordinato dal Direttore Socio-Sanitario Aziendale e del quale facevano parte Rappresentanti del DITRA (Dipartimento Assistenziale Infermieristico Tecnico Riabilitativo), del Dipartimento Cure Primarie, delle Direzioni di Distretto aveva elaborato un documento generale per definire un modello organizzativo/assistenziale ad hoc in seguito adattato all'esigenze Distrettuali.

L'OsCo di Fanano afferisce all'Unità Operativa di Cure Primarie di Pavullo.

L'assistenza all'interno dell'OsCo di Fanano è erogata in un modulo assistenziale di 15 posti letto a gestione infermieristica. Il coordinamento del modulo è in carico ad un Coordinatore Infermieristico con funzioni gestionali ed organizzative, con attenzione alla programmazione dei ricoveri/dimissioni.

L'assistenza medica è garantita da un MMG con una presenza di 12 ore settimanali distribuite su 6 giorni. L'assistenza è garantita da infermieri coadiuvati da personale di supporto (OSS e O.T.A.S.S.) nell'arco delle 24 ore e da un Coordinatore Infermieristico nel ruolo di Case Manager.

La presa in carico in OsCo è primariamente rivolta a:

- pazienti affetti da patologia cronica nota in fase di riacutizzazione clinica provenienti dal domicilio o da Strutture Ospedaliere ed extraospedaliere;

- pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio con un’instabilità clinica associata a disagio sociale e/o scarso supporto familiare;
- pazienti con condizioni di fragilità sanitaria (anche temporaneamente non autosufficienti) associata a disagio sociale affetti da patologia post-acute in via di stabilizzazione;
- pazienti bisognosi di trattamenti riabilitativi;
- pazienti con esiti neurologici, pazienti critici o con bisogni complessi non temporaneamente gestibili al domicilio.

L’accesso in OsCo può avvenire sia dal territorio che dall’ospedale:

- dall’ospedale: il trasferimento viene gestito dal Reparto inviante, con la compilazione della scala NEWS e della scheda di presentazione da far pervenire al Coordinatore Infermieristico dell’OsCo, con il supporto del PUASS (Punto Unico di Accesso Socio-Sanitario) a cui compete il monitoraggio del percorso per la messa in atto delle azioni di competenza;
- dal territorio: il MMG (Fanano-Sestola-Montecreto) presenta il caso direttamente al Coordinatore Infermieristico dell’OsCo o tramite il PUASS se il paziente proviene dai restanti Comuni del Distretto.

Per accedere all’OsCo il paziente deve rispondere ai specifici criteri:

- Punteggio scala NEWS² compreso tra 0 e 4.
- Diagnosi già definita
- Prognosi già definita
- Programma di trattamento già ipotizzato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia

L’Ospedale di Comunità di Forlimpopoli

L’OsCo di Forlimpopoli, inaugurato nel Dicembre 2013, è stato il primo Ospedale di Comunità ufficialmente attivato in Regione, se escludiamo, sempre nel territorio forlivese, l’esperienza del Country Hospital, attivato a Modigliana nel 1996 ma solo recentemente inserito nell’Anagrafe regionale delle strutture di Cure Intermedie.

L’OsCo è collocato all’interno della Casa della Salute di Forlimpopoli (di tipologia “grande”, sec. la DGR 291/2010), che si rivolge al bacino d’utenza dei comuni di Forlimpopoli e Bertinoro. L’OsCo ha una dotazione di 28 posti letto, a gestione infermieristica. La responsabilità organizzativa e gestionale è di tipo infermieristico, mentre la responsabilità

² National Early Warning Score (NEWS): misurazione standardizzata della gravità della malattia: linea guida. (SNLG Regioni; 24).

clinica è affidata medici specialisti dipendenti dell’Azienda sanitaria (nello specifico, il referente clinico è il medico geriatra). È stata introdotta una reperibilità pomeridiana del MMG, mentre la copertura nei notturni, prefestivi e festivi è affidata al medico di Continuità Assistenziale.

L’accesso alla struttura è definito dalla UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), su proposta di ricovero de MMG oppure del medico ospedaliero (in caso di pazienti in dimissione dall’ospedale).

L’OsCo di Forlimpopoli è l’unico, dei tre OsCo analizzati, ad avere implementato una cartella clinica integrata informatizzata.

Al fine di facilitare e migliorare l’integrazione tra i diversi professionisti coinvolti nella presa in carico dei pazienti presso l’OsCo, sono organizzati degli incontri di equipe settimanali (briefing del mercoledì) e vengono condotti audit su casi specifici particolarmente critici.

Tabella 4.1.1. Caratteristiche degli Ospedali di Comunità presi in esame

Fonte: Scheda di rilevazione sullo stato di attuazione degli Ospedali di Comunità (OsCo)
(Rilevazione al 16/02/2015)

ANAGRAFICA	SRCI di Castel San Pietro Terme	OsCo di Fanano	OsCo di Forlimpopoli
Indirizzo sede	Viale Oriani 1, Castel San Pietro Terme (BO)	Via Sabbatini 31, Fanano (MO)	Via Duca d’Aosta, Forlimpopoli (FC)
Data attivazione	11/04/2014	01/01/2014	02/12/2013
Collocazione sede	In struttura polifunzionale non ospedaliera (Casa della Salute di Castel San Pietro Terme)	In struttura polifunzionale non ospedaliera	In struttura polifunzionale non ospedaliera
N° posti letto	28	15	28
N° camere	13	8	16
Bacino di utenza	136.786	40.996	160.000
MMG/bacino di utenza	95	6	140
NCP/bacino di utenza	5	1	11
Motivazione del progetto	Riorganizzazione della rete ospedaliera; riconversione di PL ospedalieri (lungodegenza); valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie e integrazione tra ospedale e territorio	Riconversione di struttura socio-sanitaria (RSA)	Riconversione di struttura ospedaliera
Modalità organizzative			
Responsabilità organizzativa e gestionale	Infermieristica	Infermieristica	Infermieristica
Responsabilità clinica	Medico specialista ospedaliero (UOC Geriatria e Lungodegenza; UOC Oncologia)	MMG	Medico Ausl
Criteri di accesso al ricovero	– Pazienti con problemi cronici riacutizzati che hanno completato il percorso diagnostico	– Punteggio scala NEWS 0-4, con nessun parametro >2 – Diagnosi e prognosi già	– Stabilità clinica o riacutizzazione patologia cronica – Diagnosi e prognosi già

	<p>della fase acuta, ma che necessitano di ulteriore stabilizzazione clinica, monitoraggio continuo e/o consolidamento e aggiustamento della terapia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pazienti con bisogni socio-sanitari - Pazienti che necessitano di riattivazione funzionale - Pazienti che necessitano di cure ad alta complessità assistenziale 	<p>definita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programma terapeutico-riabilitativo definito ma non interamente completato - PAI condiviso con paziente e famiglia 	<p>definita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programma terapeutico-riabilitativo definito ma non interamente completato - Pazienti clinicamente dimissibili dall'ospedale ma impossibilità di eseguire cure al domicilio
Criteri di priorità per il ricovero	<i>Non previsti</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti residenti nel territorio/distretto del NCP di Fanano-Sestola-Montecreto, provenienti dal domicilio, da strutture residenziali o dall'ospedale - Assenza di alternative assistenziali al ricovero in OsCo - Impossibilità di eseguire cure al domicilio per inadeguatezza del domicilio e/o sintomatologia non controllabile al domicilio 	Data di inserimento in lista di attesa al ricovero
Modalità di accesso al ricovero			
Struttura proponente	Ospedale	Ospedale e Territorio	Ospedale e Territorio
Struttura che riceve la richiesta di ricovero	SRCI	OsCo	OsCo
Gestione delle liste di attesa	Coordinatore infermieristico	Punto Unico di Accesso	Coordinatore Infermieristico
Durata prevista di degenza	42 giorni	30 giorni	42 giorni
N° PL gestiti dal medico Ausl	28	0	24
N° PL gestiti dal MMG	0	15	4
N° MMG che hanno effettivamente partecipato alle attività OsCo nel 2014	0	1	13
Attività clinica			
Responsabile clinico (presenza gg/settimana)	Medico Ausl (6 gg/sett)	MMG (6 gg/sett)	MMG (5 gg/sett) e Medico Ausl (6 gg/sett)
Medici (presenza gg/settimana)	<ul style="list-style-type: none"> - Geriatra (6 gg/sett) - Oncologo (3 gg/sett) 		
Attività assistenziale			
Coordinatore Infermieristico (gg/settimana e ore)	Sì (5 gg per 36 ore/sett)	Sì (6 gg per 36 ore/sett)	Sì (5 gg per 36 ore/sett)
Case Manager (gg/settimana e ore)	Sì (5 gg per 30 ore/sett)	Sì (6 gg per 36 ore/sett)	Sì (6 gg per 36 ore/sett)
N° complessivo infermieri (ore/sett)	8 (240 ore/sett)	6 (168 ore/sett)	14 (336 ore/sett)
N° infermieri presenti al mattino (lun-ven)	3	1	2
N° infermieri presenti	2	1	2

al pomeriggio (lun-ven)			
N° infermieri presenti di notte (lun-ven)	1	1	2
N° complessivo OSS	11	8	14
N° OSS presenti al mattino (lun-dom)	4	2	4
N° OSS presenti al pomeriggio (lun-dom)	3	1	3
N° OSS presenti di notte (lun-dom)	2	1	1
Attività riabilitativa / specialistica			
Fisioterapista	Sì	Sì	Sì
– gg/settimana	– 5 gg/sett	– 5 gg/sett	– 5 gg/see
– ore/settimana	– 35 ore/sett	– 15 ore/sett	– 100 ore/sett
– n° in turno	– 2	– 1	– 5
Altre figure professionali	– Cardiologo (per consulenza) – Altri specialisti (per consulenza)	– Cardiologo (1 gg/sett) – Radiologo (1 gg/sett) – Fisiatra (1 gg/sett) – Ortopedico (1 gg/sett) – Ginecologo (1 gg/sett) – Psichiatra (1 gg/sett)	– Cardiologo (1 gg/sett) – Radiologo (3 gg/sett) – Fisiatra (5 gg/sett) – Dermatologo (1 gg/sett) – ORL (1 gg/sett) – Psichiatra (1 gg/sett)
Continuità assistenziale (medica)			
Medico presente nella struttura	Sì	Sì	Sì
Pronta disponibilità del medico referente del caso	Sì	Sì	No
Consulenza telefonica del medico referente del caso	Sì	Sì	Sì
Giorni feriali			
mattino	Medico Ausl presente in struttura	MMG presente in struttura	Medico Ausl presente in struttura
pomeriggio	Medico Ausl presente o reperibile	MMG reperibile	MMG reperibile telefonicamente
notte	CA presente in struttura	CA presente in struttura	CA presente in struttura
Sabato			
mattino	Medico Ausl presente in struttura	MMG presente in struttura	Medico Ausl presente in struttura
pomeriggio	CA presente in struttura	MMG reperibile	MMG reperibile telefonicamente
notte	CA presente in struttura	CA presente in struttura	CA presente in struttura
Domenica e Festivi	CA presente in struttura	CA presente in struttura	CA presente in struttura
Documentazione sanitaria			
Cartella clinica informatizzata	No	No	Sì
Cartella clinica integrata	Sì	Sì	Sì
PAI	Sì	Sì	Sì
Piano di dimissione	Sì	Sì	Sì
Equipe utilizza indicatori di esito	Sì (Barthel Index Modificato, Braden, Conley, Painad)	Sì (Barthel Index Modificato, Braden, Conley, NRS/Painad)	Sì (Barthel Index Modificato, Brass, Morse, NRS/Painad)
Sono previste riunioni di equipe (frequenza)	Sì (mensili)	Sì (mensili)	Sì (settimanali)
L'equipe svolge attività di addestramento del care giver	Sì	Sì	Sì
L'addestramento del care giver è documentato in cartella clinica	Sì	No	Sì

4.2. OS 2 – Quali sono le caratteristiche dei pazienti presi in carico presso l’Ospedale di Comunità

Premessa

Quello dell’Ospedale di Comunità è un modello organizzativo relativamente recente, sul quale tuttavia è puntata particolare attenzione, sia a livello nazionale (DM 70/2015) che regionale. La RER, in particolare, ha individuato nell’OsCo un elemento fondamentale nell’ambito del completamento dei percorsi di riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali (DGR 2040/2015).

A questo proposito, appare particolarmente importante, ai fini di una corretta pianificazione e programmazione strategica, una volta definiti e condivisi a livello regionale e locale i criteri che regolano l’ingresso in OsCo, riuscire a tracciare un profilo caratteristico dei pazienti che effettivamente accedono a tali strutture.

La Struttura Residenziale di Cure Intermedie di Castel San Pietro Terme rappresenta un setting particolarmente adatto ad individuare un profilo dei pazienti presi in carico in quanto il 98% dei pazienti che accedono alla struttura provengono dall’ospedale per acuti (e, tranne alcuni casi, dall’ospedale di Imola) (*fonte dei dati: Flusso SIRCO, gennaio-settembre 2015*). In questa fase di definizione del modello di analisi è stata presa pertanto in considerazione solo la SRCI di CSPT.

Obiettivi

Scopo dell’analisi era descrivere le caratteristiche dei pazienti (*case-mix*) che accedono all’Ospedale di Comunità (SRCI di CSPT), ricostruendo per ciascun paziente l’episodio di cura che è esitato in un’ammissione nella SRCI.

L’obiettivo era quello di individuare, tra i pazienti che accedono alla SRCI, sottotipi con profili socio-demografici e clinico-assistenziali differenziati, come elemento conoscitivo a supporto delle decisioni sulla riorganizzazione dell’offerta ospedaliera e territoriale, nell’ottica di sviluppare e implementare i servizi di cure intermedie.

Metodologia

La coorte dei **pazienti dimessi dal 01/01/2015 al 30/09/2015 dalla SRCI di CSPT** (in caso di pazienti con più di un ricovero in SRCI, si è considerato il primo ricovero effettuato nel periodo di riferimento) è stata descritta in base alle caratteristiche di seguito dettagliate:

- **RICOVERO IN SRCI** (*fonte dati: SIRCO*): età, genere, Azienda USL di residenza, stato civile, livello di istruzione, provenienza del paziente, proposta di ricovero,

motivo di ricovero, diagnosi principale, problema socio-familiare rilevato all'ammissione;

- RICOVERO OSPEDALIERO CHE HA PORTATO ALL'AMMISSIONE IN SRCI (*fonte dati: SDO*): disciplina di dimissione, tipo di ricovero (programmato/urgente), diagnosi principale, interventi, tipo DRG;
- RICOVERI OSPEDALIERI DEI DUE ANNI PRECEDENTI (*fonte dati: SDO*): profilo di comorbidità.

Gli interventi eseguiti nell'ambito del ricovero ospedaliero che ha portato all'ammissione del paziente in SRCI ("ricovero ospedaliero indice") sono stati classificati, con l'ausilio di uno specifico algoritmo³, come:

- diagnostici minori (interventi diagnostici non in sala operatoria);
- terapeutici minori (interventi terapeutici non in sala operatoria);
- diagnostici maggiori (interventi diagnostici in sala operatoria);
- terapeutici maggiori (interventi terapeutici in sala operatoria).

Per stimare la complessità clinica dei pazienti si è cercato di definire un "profilo di comorbidità". La diagnosi principale è stata indagata e descritta nel ricovero ospedaliero indice; le comorbidità sono quindi state indagate sia nel ricovero ospedaliero indice (in diagnosi secondaria) sia nelle ospedalizzazioni occorse nei due anni precedenti (sia in diagnosi principale che secondaria).

Le diagnosi sono state classificate in 33 gruppi utilizzando un algoritmo definito modificando l'algoritmo di Elixhauser (Quan, 2005; Pieri, 2014); l'algoritmo è stato quindi ulteriormente integrato per mappare la presenza di frattura del femore, sia come patologia principale nel ricovero ospedaliero indice, sia come pregressa frattura nella valutazione delle comorbidità nei due anni precedenti (Lenzi, 2014).

Con l'obiettivo di studiare il *case-mix* dei pazienti ammessi in OsCo, identificando sottogruppi di pazienti, omogenei al loro interno e disomogenei l'uno rispetto all'altro per un insieme di caratteristiche socio-demografiche e clinico-assistenziali, è stata eseguita una *two step cluster analysis*. Le differenze tra i gruppi risultanti sono state quindi analizzate attraverso i test t di Student, χ^2 di Pearson, U di Mann-Whitney e il test esatto di Fisher, in funzione della tipologia delle variabili considerate.

Le analisi statistiche sono state condotte con il software IBM SPSS Statistics, versione 23.0.

³ È stato utilizzato l'algoritmo, basato sull'ICD9-CM, sviluppato dall'Agency for Healthcare Research and Quality americana nell'ambito del progetto HCUP (AHRQ, 2012; <http://www.hcup-us.ahrq.gov/>)

Risultati

Nel periodo di riferimento (01/01/2015-30/09/2015) sono stati dimessi dalla SRCI di CSPT 257 pazienti. Di questi, 20 pazienti avevano un doppio ricovero, mentre un ulteriore caso risultava anonimizzato (Codice Fiscale non inviato nel flusso regionale secondo quanto previsto dalla Legge 135/1990 e DSP 309/1990). Sono stati pertanto analizzati 236 pazienti con primo ricovero in SRCI nel periodo di riferimento.

L'età media dei pazienti alla dimissione dalla SRCI era di 83,1 anni (84,0 per le femmine e 81,6 per i maschi); la mediana dell'età era 85,0. La proporzione di pazienti con età maggiore o uguale a 75 anni era pari all'86,4%.

La maggior parte (83,9%) dei pazienti risultava senza titolo di studio o con licenza elementare. La degenza media era di 18,2 giorni (range: 1-71 giorni). Nel 55,5% dei casi, la degenza media era compresa tra 11 e 30 giorni; per il 30,9% fino a 10 giorni e nel 13,6% dei casi di 31 giorni e oltre.

Il motivo di ricovero in OsCo risultava essere nella maggior parte dei casi la “*sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa*” (codificato in 95 ricoveri, di cui 53 come unico motivo del ricovero) o il “*monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica*” (codificato in 78 ricoveri, di cui in 51 come unico motivo del ricovero).

Come descritto nella Tabella 4.2.1, per il 70,8% dei pazienti viene dichiarata l'assenza di problemi sociali, rilevati al momento dell'ammissione (“*nessun problema sociale rilevato*”). Il 22,8% (31 pazienti) “*vive solo*”; la percentuale sale al 38,2% % dei pazienti (52 pazienti) se consideriamo anche i pazienti per cui viene indicata una “*assenza o inadeguatezza del caregiver*”; di questi pazienti, 2 sono in carico ai servizi sociali (per un totale di 9 soggetti in carico ai servizi sociali, tra i pazienti assistiti in OsCo).

Tabella 4.2.1. Problemi socio-familiari rilevati all'ammissione in SRCI (N=236 ricoveri).

Fonte dati: Flusso SIRCO, 2015

PROBLEMA.1:	PROBLEMA.2:	PROBLEMA.3:	freq
00 Nessun problema rilevato			167
01 In carico ai servizi sociali			9
01 In carico ai servizi sociali	04 Problemi di autonomia/disabilità fisica	08 Vive solo/a	1
01 In carico ai servizi sociali	08 Vive solo/a		1
02 Problemi relazionali/comportamentali/psichiatrici			3

02 Problemi relazionali/comportamentali/psichiatrici	04 Problemi di autonomia/disabilità fisica	08 Vive solo/a	1
04 Problemi di autonomia/disabilità fisica			3
04 Problemi di autonomia/disabilità fisica	06 Difficoltà economiche	09 Assenza o inadeguatezza del Caregiver	1
04 Problemi di autonomia/disabilità fisica	07 Difficoltà abitative	09 Assenza o inadeguatezza del Caregiver	1
04 Problemi di autonomia/disabilità fisica	09 Assenza o inadeguatezza del Caregiver		2
07 Difficoltà abitative			1
07 Difficoltà abitative	08 Vive solo/a		1
08 Vive solo/a			23
08 Vive solo/a	09 Assenza o inadeguatezza del Caregiver		4
09 Assenza o inadeguatezza del Caregiver			18
			236

Particolarmente interessante, nella coorte osservata dei pazienti dimessi dalla SRCI di CSPT, è la distribuzione per età: si osserva infatti che il 13,6% dei pazienti ha un'età inferiore a 75 anni (Tabella 4.2.2). Suddividendo la coorte in due gruppi in base all'età (< 75 anni e ≥ 75 anni), si evidenzia che i due gruppi di pazienti sono significativamente diversi (p=0,009) per prevalenza di comorbidità: i soggetti con età inferiore a 75 anni presentano comorbidità nel 77,4% dei casi, a significare che probabilmente la permanenza in SRCI di questi soggetti relativamente “meno anziani” è verosimilmente legata a una effettiva maggiore complessità della condizione clinica. Effettivamente, andando ad analizzare le condizioni patologiche, nella diagnosi principale del ricovero in SRCI per questi pazienti vengono riportate nel 28,2% dei casi condizioni neoplastiche e nel 40% dei casi condizioni assimilabili a riacutizzazioni. Allo stesso tempo i soggetti di età inferiore a 75 anni che entrano in SRCI richiedono sorveglianza continuativa o stabilizzazione/gestione di una riacutizzazione, rimanendo in SRCI per un tempo più breve (il 71,9% dei pazienti ha una degenza fino a 15 giorni), mentre i soggetti più anziani nel 47,4% dei casi sono ammessi in SRCI per la gestione di un percorso riabilitativo e rimangono in SRCI più a lungo (il 53,9% dei pazienti rimane in SRCI per 16 o più giorni).

Tabella 4.2.2. Caratteristiche che differenziano in maniera statisticamente significativa (test del Chi-quadrato di Pearson) il gruppo di pazienti in SRCI con età inferiore a 75 anni.

		Età < 75 aa	Età ≥ 75 aa	Totale
Multimorbosità	0-1 comorbidità	7 (22,6%)	97 (47,8%)	104 (44,4%)
	≥ 2 comorbidità	24 (77,4%)	106 (52,2%)	130 (55,6%)
Motivo del ricovero in OsCo	Riabilitazione	9 (28,1)	93 (47,4%)	102 (44,7%)
	Sorveglianza continuativa / riacutizzazione	23 (71,9%)	103 (52,6%)	126 (55,3%)
Durata degenza in OsCo	1-15 giorni	23 (71,9%)	94 (46,1%)	117 (49,6%)
	≥ 16 giorni	9 (28,1%)	110 (53,9%)	119 (50,4%)

Il 98,3% dei pazienti ammessi in SRCI risultava proveniente da una struttura ospedaliera pubblica; in 229 casi (97%) è stato effettivamente possibile risalire al ricovero ospedaliero indice, linkando i due flussi informativi (SIRCO e SDO).

La degenza media per il ricovero ospedaliero indice era di 13,2 giorni. Le principali discipline di ammissione del ricovero ospedaliero indice erano (Figura 4.2.1): Medicina generale (33,9%), Ortopedia e traumatologia (27,5%), Medicina d’urgenza (17,8%), Geriatria (10,6%). Le principali discipline di dimissione erano quindi (Figura 4.2.2): Medicina generale (41,5%), Lungodegenza (22,5%), Geriatria (15,3%), Ortopedia e traumatologia (11,9%).

Il 93,6% dei ricoveri indice era di tipo urgente; solo in 5 casi il ricovero era programmato.

La classificazione degli interventi effettuati durante il ricovero indice (interventi codificati nelle SDO di 224 pazienti) ha evidenziato la situazione riportata nella Tabella 4.2.3: il 33,9% dei pazienti ha subito un intervento classificabile come “terapeutico maggiore” (dando origine a un DRG di tipo chirurgico), mentre il 38,8% e il 27,2%, rispettivamente, sono stati sottoposti a intervento “terapeutico minore” oppure “diagnostico minore”, dando origine in entrambi i casi ad un DRG di tipo medico.

Tabella 4.2.3. Classificazione degli interventi del ricovero ospedaliero indice, per tipo DRG.

	DRG chirurgico	DRG medico	Totale
Diagnostico Minore	0	61 (27,2%)	61
Terapeutico Minore	0	87 (38,8%)	87
Terapeutico Maggiore	76 (33,9%)	0	76
Totale	76	148	224

Figura 4.2.1. Frequenza di ricoveri (ricovero ospedaliero indice), per disciplina di ammissione (N= 229 ricoveri in SRCI)

Fonte dati: Banca dati SDO

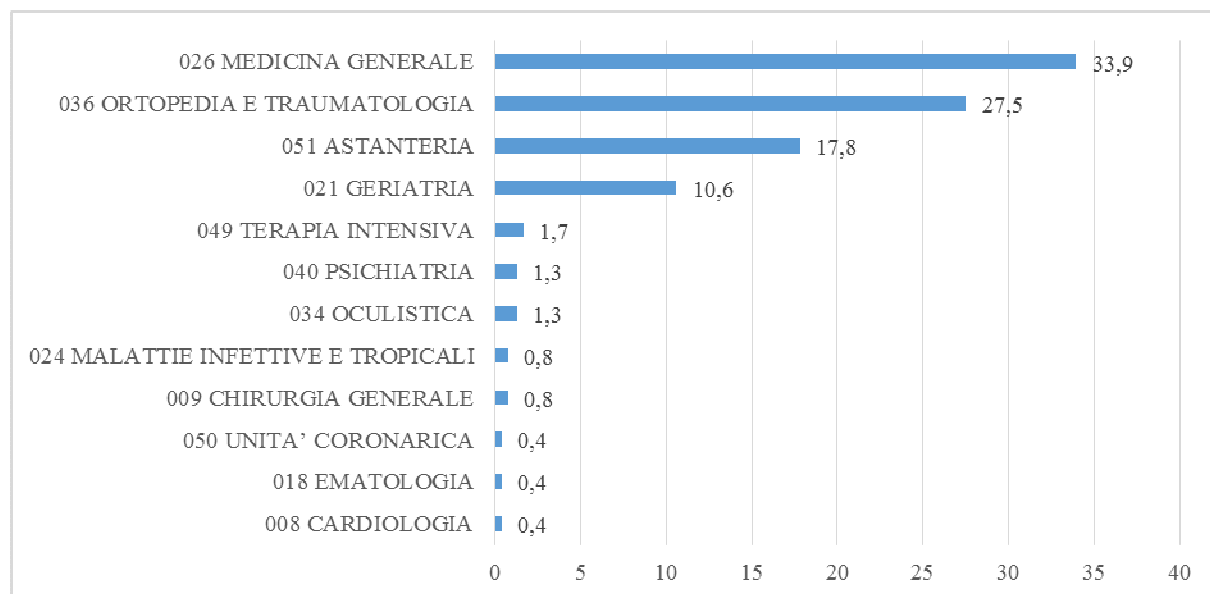
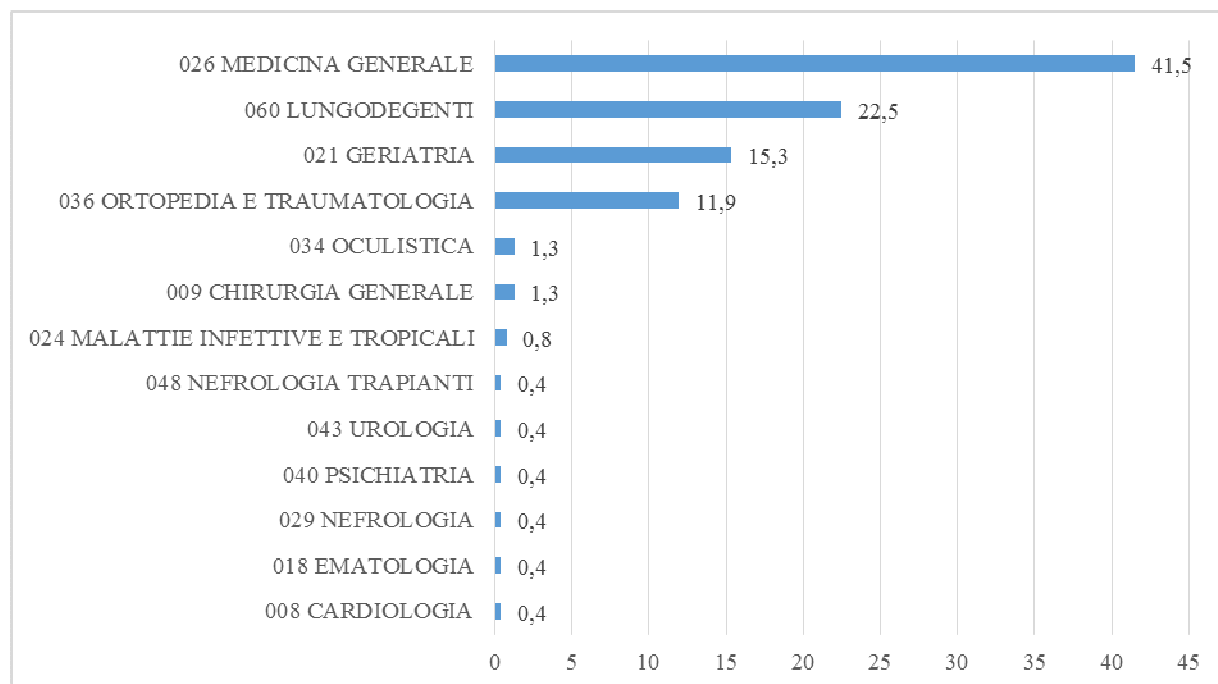


Figura 4.2.2. Frequenza di ricoveri (ricovero ospedaliero indice), per disciplina di dimissione (N= 229 ricoveri in SRCI).

Fonte dati: Banca dati SDO.



L'analisi della patologia principale, condotta sia nel ricovero in SRCI che nel ricovero ospedaliero indice, ha evidenziato che la diagnosi più frequente, in entrambi i ricoveri, è legata a una frattura (femore o spalla). Nel ricovero ospedaliero indice seguono, in ordine di frequenza, diagnosi riconducibili a “patologia infettiva di organi e apparati”, insufficienza respiratoria e condizioni “non classificabili” attraverso l'algoritmo utilizzato per individuare le comorbidità (prevalentemente condizioni patologiche di tipo “acuto”), patologie infettive di organi e apparati e neoplasie (Figura 4.2.3).

Il gruppo “patologie infettive di organi e apparati” è stato aggiunto ai gruppi dell'algoritmo originale avendo osservato una discreta frequenza, sia nel ricovero in SRCI che nel ricovero ospedaliero indice, di codici ICD9-CM relativi a condizioni infettive (sepsi, broncopolmonite, infezioni delle vie urinarie, etc.). Nel gruppo “non classificabili” invece rientrano alcune condizioni più aspecifiche, tendenzialmente acute (tra cui ad esempio occlusione intestinale, calcolosi della colecisti, insufficienza renale acuta non specificata, etc.). Infine, alcune condizioni patologiche muscolo-scheletriche o legate a malnutrizione (es. atrofia muscolare, cachessia) sono state raggruppate nella categoria “malnutrizione/deperimento”.

Figura 4.2.3. Prevalenza % dei gruppi di patologia in diagnosi principale del ricovero ospedaliero indice.

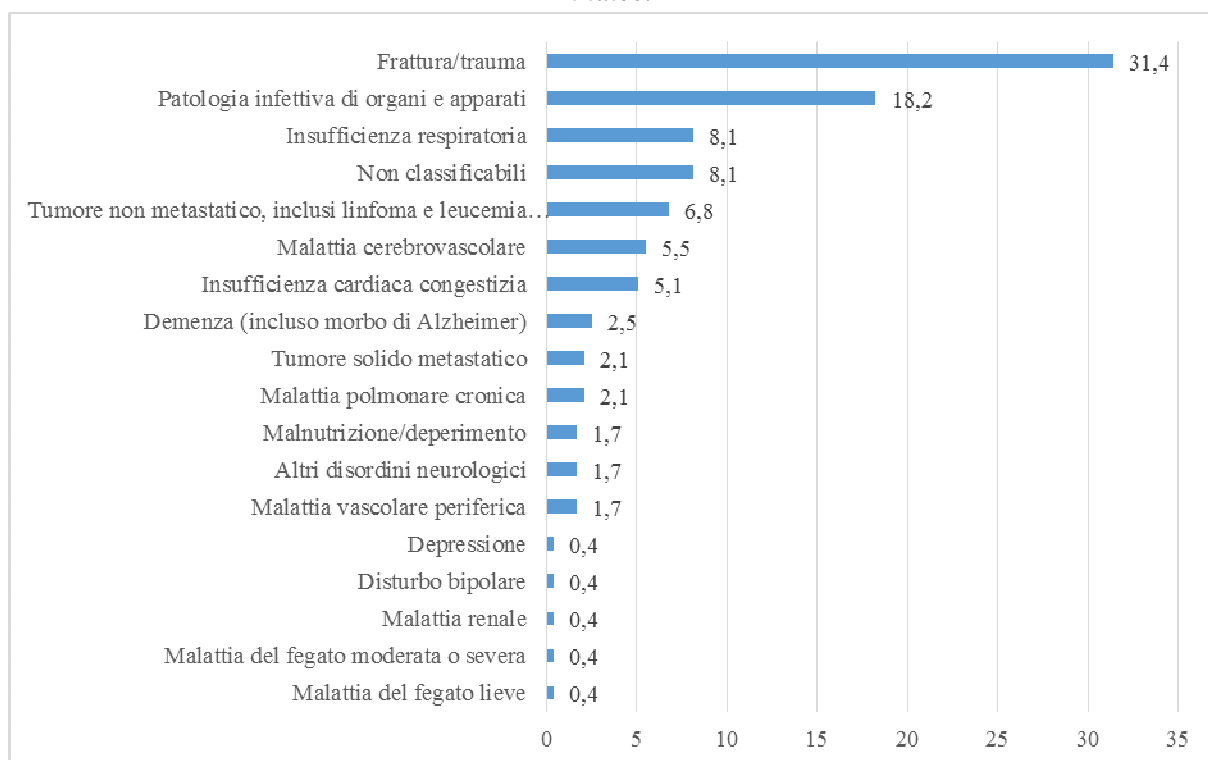


Figura 4.2.4. Prevalenza % dei gruppi di patologia in diagnosi principale del ricovero in SRCI.

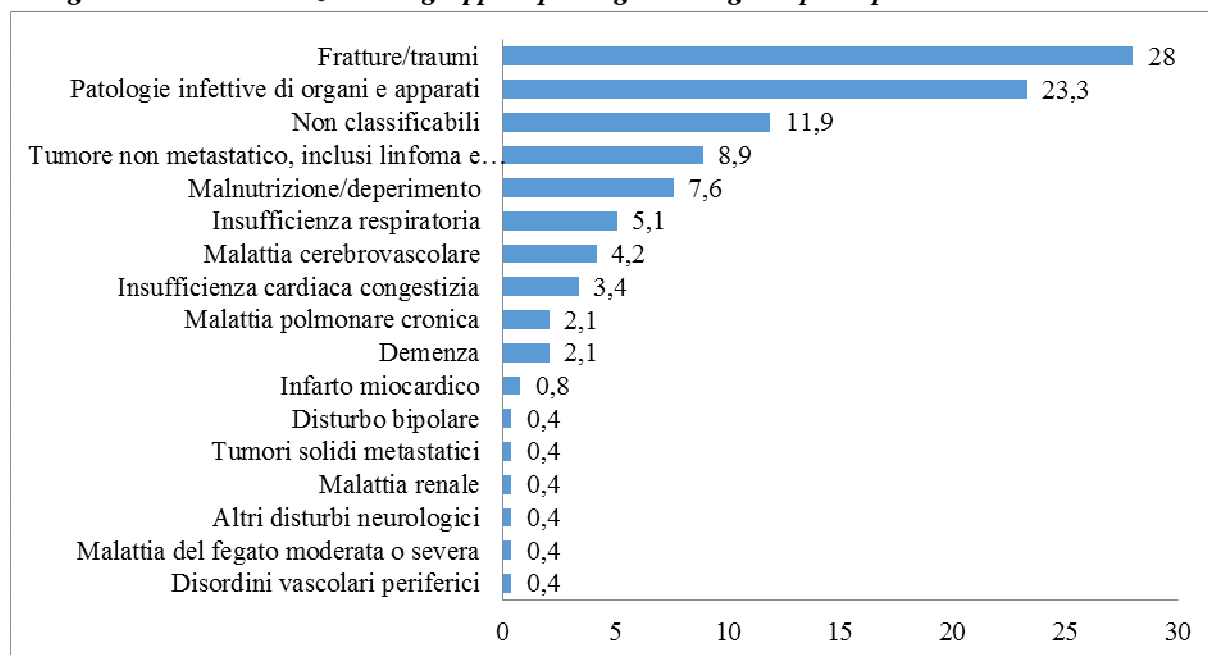


Tabella 4.2.5. Confronto tra la diagnosi principale del ricovero indice e del ricovero in SRCI, per gruppi di diagnosi.

Gruppo diagnosi principale ricovero indice	Gruppo diagnosi principale ricovero in SRCI	Conteggio
n.c.	n.c.	12
	Insufficienza cardiaca congestizia	1
	Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	1
	Tumori solidi metastatici	1
	Patologia infettiva di organi e apparati	1
	Malnutrizione/deperimento	2
	Insufficienza respiratoria	1
Insufficienza cardiaca congestizia	Insufficienza cardiaca congestizia	4
	Patologia infettiva di organi e apparati	5
	Malnutrizione/deperimento	2
	Insufficienza respiratoria	1
Disordini vascolari periferici	Disordini vascolari periferici	1
	Patologia infettiva di organi e apparati	2
	Malnutrizione/deperimento	1
Malattia cerebrovascolare	n.c.	1
	Malattia cerebrovascolare	9
	Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	1
	Patologia infettiva di organi e apparati	2
Demenza	Demenza	1
	Malattia polmonare cronica	1
	Altri disturbi neurologici	1
	Patologia infettiva di organi e apparati	1

	Malnutrizione/deperimento	2
Malattia polmonare cronica	n.c.	1
	Malattia polmonare cronica	4
Malattia lieve del fegato	Malnutrizione/deperimento	1
Malattia moderata o severa del fegato	Malattia moderata o severa del fegato	1
Altri disordini neurologici	Patologia infettiva di organi e apparati	4
Malattia renale	n.c.	1
Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	n.c.	1
	Infarto miocardico	1
	Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	11
	Fratture/traumi	2
	Malnutrizione/deperimento	1
Tumori solidi metastatici	Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	5
Disturbo bipolare	Disturbo bipolare	1
Depressione	Malattia cerebrovascolare	1
Fratture/traumi	n.c.	5
	Infarto miocardico	1
	Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	1
	Fratture/traumi	62
	Patologia infettiva di organi e apparati	2
	Malnutrizione/deperimento	3
	Insufficienza respiratoria	1
Patologia infettiva di organi e apparati	n.c.	3
	Demenza	2
	Malattia renale	1
	Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	1
	Patologia infettiva di organi e apparati	32
	Malnutrizione/deperimento	3
	Insufficienza respiratoria	1
	Insufficienza respiratoria	1
Malnutrizione/deperimento	Demenza	2
	Patologia infettiva di organi e apparati	1
	Insufficienza respiratoria	1
	Insufficienza respiratoria	1
Insufficienza respiratoria	n.c.	1
	Insufficienza cardiaca congestizia	2
	Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	1
	Fratture/traumi	1
	Patologia infettiva di organi e apparati	5
	Malnutrizione/deperimento	2
	Insufficienza respiratoria	7
	Insufficienza respiratoria	7

L'analisi del profilo di comorbidità, ha mostrato una prevalenza di comorbidità (presenza di due o più condizioni croniche verificate nelle diagnosi secondarie del ricovero indice oppure

nei ricoveri dei due anni precedenti) nei 236 pazienti dimessi per la prima volta dalla SRCI nel periodo di riferimento pari al 55,1%. Il 25,4% presentava una sola condizione e il 18,6% nessuna.

Molti pazienti (53 pazienti, su 140 per i quali è stato possibile individuare un ricovero nei 2 anni precedenti il ricovero indice) hanno comorbidità, nei ricoveri dei 2 anni precedenti, ma non sono riscontrabili comorbidità nel ricovero indice (diagnosi secondarie): 18 pazienti (12,9%) presentano nelle diagnosi secondarie del ricovero indice nessuna delle condizioni classificate secondo l'algoritmo (allegato 2); 35 (25,0%) ne presentano una.

Alcuni pazienti sembrano avere più comorbidità nel ricovero indice rispetto alle comorbidità individuate nei ricoveri dei 2 anni precedenti; questo può essere normale, in quanto il ricovero indice rappresenta l'episodio di ricovero più recente e verosimilmente le condizioni del paziente potrebbero essersi aggravate negli anni.

I risultati della *cluster analysis* sono riportati nelle tabelle e figure successive. Le variabili utilizzate nel modello erano (Figura 4.2.5 e 4.2.6): classificazione degli interventi nel ricovero ospedaliero indice (diagnostici minori, diagnostici maggiori, terapeutici minori, terapeutici maggiori), motivo del ricovero in OsCo (come codificato nel flusso SIRCO), età in classi (< 75 anni oppure ≥ 75 anni), comorbidità (0, 1 oppure ≥ 2 comorbidità), gruppo diagnosi principale del ricovero ospedaliero indice (secondo i 33 gruppi definiti dall'algoritmo applicato) e livello di dipendenza (sec. MBI all'ammissione in SRCI).

Figura 4.2.5. Variabili utilizzate nel modello, per importanza del predittore.

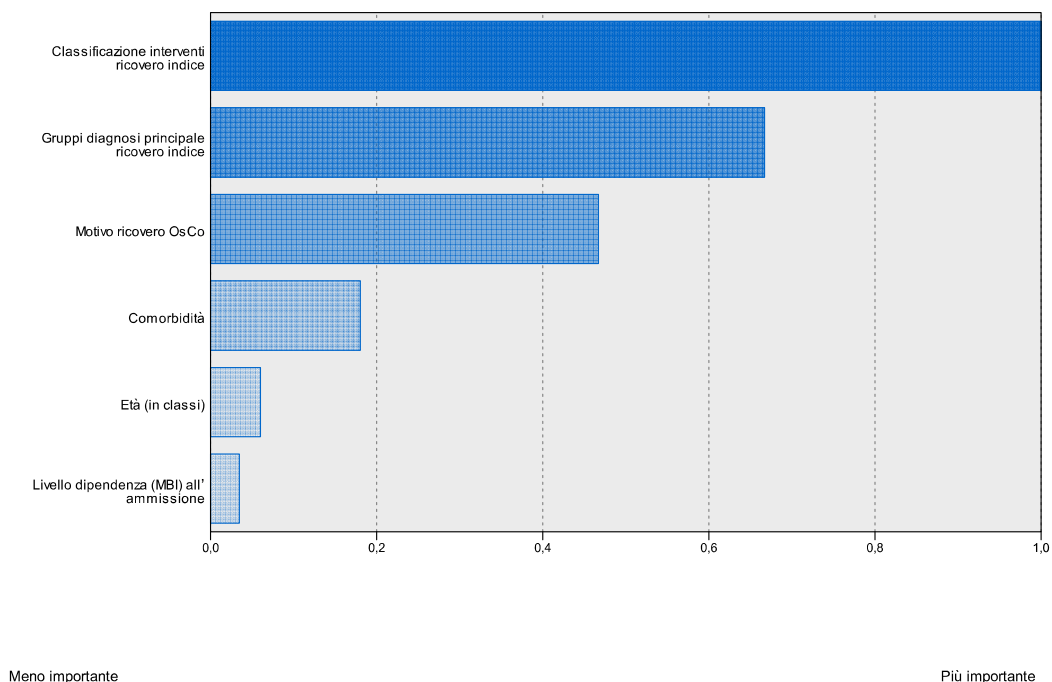
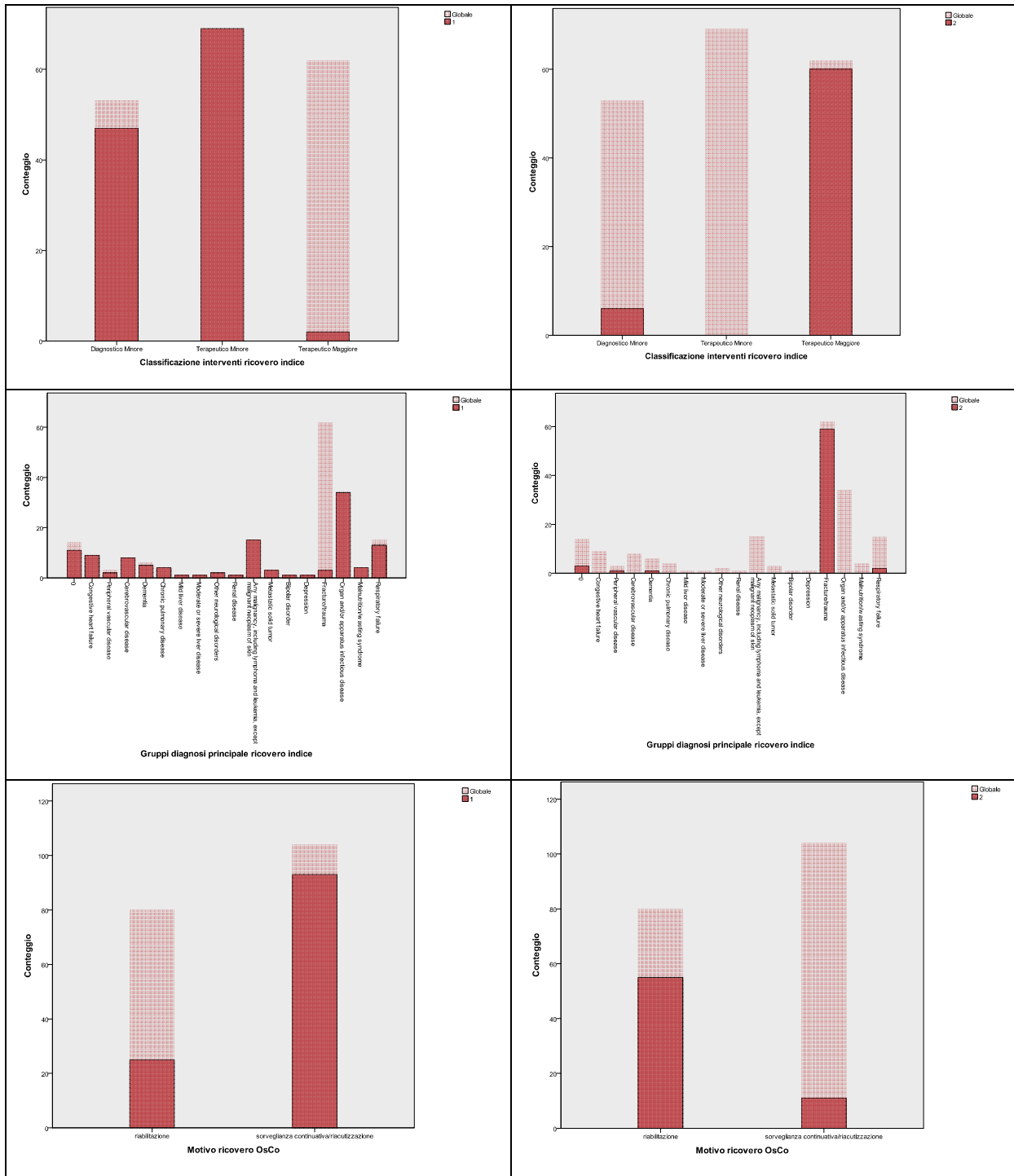
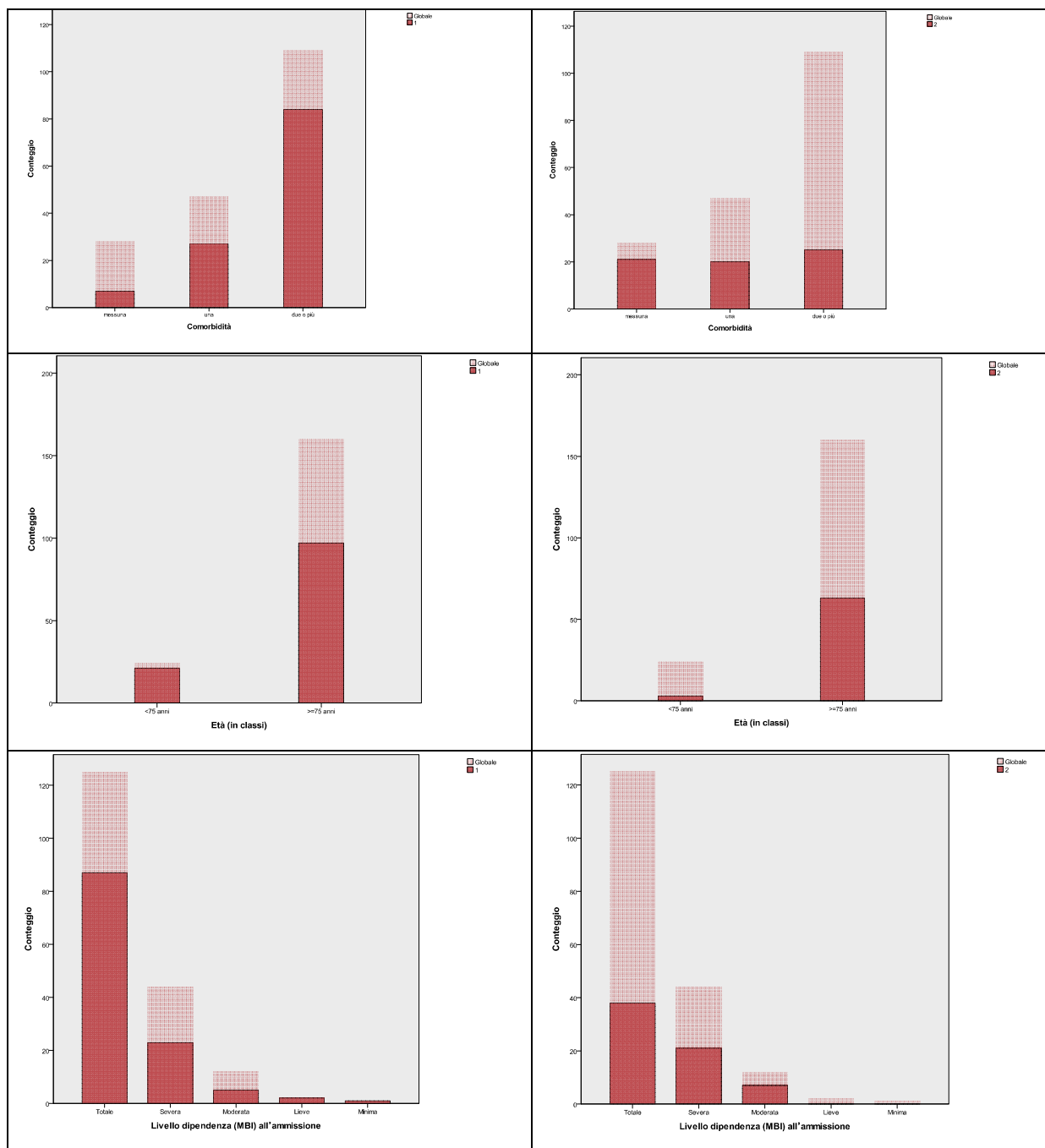


Figura 4.2.6. Distribuzione dei predittori, per cluster (valori relativi).





L'analisi condotta su 184 pazienti ammessi in SRCI, ha portato all'identificazione di due gruppi eterogenei tra loro, che presentano differenti caratteristiche demografiche e clinico-assistenziali, di seguito denominati G1 e G2.

Nella tabella 4.2.6 sono confrontate le caratteristiche dei pazienti dei due gruppi (G1 e G2). La distribuzione per genere è simile nei due gruppi ($p = 0,292$), così come la presenza di problema socio-sanitario rilevato all'ammissione in SRCI ($p = 0,551$), la segnalazione ai servizi sociali durante il ricovero o alla dimissione dalla SRCI ($p = 0,087$).

Di contro, emerge che i pazienti G1 sono mediamente meno anziani, che include il 64,1% (N = 118) dei pazienti, è rappresentato da soggetti mediamente “meno anziani”, in cui prevalgono altre diagnosi principali (soprattutto neoplasie e patologie infettive), e con più comorbidità. Il motivo di ricovero in SRCI per questi pazienti è più frequentemente la necessità di una sorveglianza e assistenza continuativa, anche per stabilizzazione terapeutica, e hanno una durata di degenza in SRCI più breve.

Il gruppo G2 (N = 66), che rappresenta il 35,9% della popolazione, è costituito invece da pazienti mediamente più anziani che, prima dell’ammissione in SRCI, erano stati ricoverati per frattura o condizioni traumatologiche, con un pattern di comorbidità ridotto e punteggi del MBI più bassi (livello di dipendenza maggiore; punteggio MBI all’ammissione mediano pari a 21). Per i pazienti di questo gruppo il ricovero in SRCI prevede fundamentalmente attività di recupero funzionale, eventualmente con progetto riabilitativo individuale, e rimangono ricoverati in SRCI per un tempo maggiore.

Tabella 4.2.6. Differenze tra le caratteristiche dei due gruppi di pazienti che accedono alla SRCI.

		Totale (N=184)	Gruppo G1 (N=118)		Gruppo G2 (N=66)		
Caratteristiche dei pazienti che accedono alla SRCI		<i>N</i>	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	p-value
Genere	F	122	75	61,5%	47	38,5%	0,292
	M	62	43	69,4%	19	30,6%	
Età in classi	<75 anni	24	21	87,5%	3	12,5%	0,011
	>=75 anni	160	97	60,6%	63	39,4%	
Comorbidità	nessuna	28	7	25,0%	21	75,0%	<0,001
	una	47	27	57,4%	20	42,6%	
	due o più	109	84	77,1%	25	22,9%	
Motivo di ricovero in OsCo	riabilitazione	80	25	31,3%	55	68,8%	<0,001
	sorveglianza continuativa/riacutizzazione	104	93	89,4%	11	10,6%	
Tipo di intervento effettuato nel ricovero ospedaliero indice	Diagnostico Minore	53	47	88,7%	6	11,3%	<0,001
	Terapeutico Minore	69	69	100,0%	0	0,0%	
	Terapeutico Maggiore	62	2	3,2%	60	96,8%	
Livello dipendenza (MBI) all'ammissione in OsCo	Totale	125	87	69,6%	38	30,4%	0,030
	Severa	44	23	52,3%	21	47,7%	
	Moderata	12	5	41,7%	7	58,3%	
	Lieve	2	2	100,0%	0	0,0%	
	Minima	1	1	100,0%	0	0,0%	
Problema socio-familiare rilevato all'ammissione in OsCo	nessun problema	133	84	63,2%	49	36,8%	0,551
	probl. sociosanitario	20	15	75,0%	5	25,0%	
	vive solo	31	19	61,3%	12	38,7%	

Segnalazione ai servizi sociali	Si	47	35	74,5%	12	25,5%	0,087
	No	137	83	60,6%	54	39,4%	
Durata della degenza in OsCo	fino a 10 gg	49	42	85,7%	7	14,3%	0,001
	da 11 a 30 gg	111	65	58,6%	46	41,4%	
	31 gg e oltre	24	11	45,8%	13	54,2%	
Punteggio MBI all'ingresso (mediana)			118	8,0	66	21,0	0,001

Discussione

Obiettivo dell'analisi condotta era ottenere una fotografia delle caratteristiche dei pazienti all'ammissione in OsCo (nel caso di studio specifico, nella SRCI di Castel San Pietro Terme), per definire il *case-mix* della SRCI di CSPT, nel tentativo di rispondere all'interrogativo "come funziona l'OsCo e quali sono i bisogni a cui vuole dare risposta?".

I due gruppi evidenziati dalla *cluster analysis* delineano due realtà assistenziali distinte e parallele. Da una parte abbiamo identificato un gruppo di pazienti che entrano nella SRCI fondamentalmente per bisogni di tipo riabilitativo, che richiedono quindi la presenza di competenze riabilitative e fisioterapiche. Il secondo gruppo (quello principale in termini di numerosità) di pazienti necessita invece di assistenza prevalentemente infermieristica, per condizioni però relativamente complesse che verosimilmente richiedono la presenza di personale infermieristico addestrato e consulenze mediche anche di tipo specialistico.

Dall'analisi delle patologie principali si evidenzia, nel gruppo G1, una discreta presenza di pazienti con patologia oncologica, per i quali evidentemente la SRCI di CSPT può rappresentare un setting assistenziale alternativo all'Hospice territoriale o all'attivazione di un'assistenza "oncologica" domiciliare.

Un altro aspetto importante da analizzare è il livello di stabilità/instabilità con cui il paziente viene ammesso in SRCI. Le indicazioni regionali (DGR n.221/2015) escludono l'accesso all'OsCo per i "pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica" e per "pazienti che richiedono assistenza medica continuativa". In base ai risultati dell'analisi condotta sarebbe necessario approfondire se i pazienti ammessi nella SRCI di CSPT rispettano criteri di stabilità clinica previsti. Queste considerazioni devono far riflettere relativamente alla conseguente definizione dello *skill-mix*: appare evidente che un *case-mix* di pazienti con condizioni di relativa instabilità clinica dovrebbe verosimilmente necessitare di personale infermieristico addestrato e consulenze mediche specialistiche.

Un elemento interessante evidenziato dall'analisi è che il problema socio-familiare rilevato all'ammissione in OsCo non sembra invece essere un fattore rilevante nel caratterizzare la

popolazione di pazienti che accedono alla SRCI di CSPT, non contribuendo a classificare i due gruppi. Questo potrebbe ovviamente dipendere anche dalla qualità della rilevazione e/o della codifica nel flusso SIRCO.

Sempre relativamente alla qualità della codifica, sarebbe probabilmente utile definire criteri condivisi per la codifica del flusso SIRCO (un gruppo di lavoro regionale è impegnato a discutere precisamente questo tema): appare evidente che la codifica SIRCO non può semplicemente ricalcare la codifica delle SDO in quanto, per caratteristiche cliniche dei pazienti, obiettivi e finalità di presa in carico, le modalità di assistenza in ospedale e in OsCo sono differenti. Verosimilmente i codici ICD9-CM potrebbero essere riclassificati o raggruppati in modo da poter essere meglio rappresentativi dei problemi clinici dei pazienti ammessi in OsCo.

L'applicazione dell'algoritmo per la comorbidità non sembra essere esaustivo per la caratterizzazione della diagnosi principale in SRCI: in diversi casi la diagnosi principale attribuita al paziente (flusso SIRCO) non rientra in nessuno dei gruppi dell'algoritmo. Inoltre, l'algoritmo utilizzato per mappare il profilo di comorbidità potrebbe essere più opportunamente integrato, per aumentarne sensibilità e specificità, utilizzando anche il flusso informativo della farmaceutica per identificare, attraverso l'utilizzo di specifici classi farmaceutiche, i pazienti con diabete e/o ipertensione che non hanno effettuato ricoveri ospedalieri nel periodo di osservazione.

Un ulteriore sviluppo dell'analisi fin qui condotta dovrà prevedere la conduzione di uno studio di coorte per studiare tutti i pazienti residenti dell'Azienda USL di Imola di età ≥ 65 anni, dimessi, nello stesso periodo di riferimento della coorte dei pazienti dimessi dalla SRCI, dalle medesime discipline di dimissione dei ricoveri ospedalieri che hanno portato all'ammissione dei pazienti in SRCI. L'analisi avrà quindi l'obiettivo di confrontare i due gruppi (OsCo vs non-OsCo) per alcune specifiche variabili (es: DRG medico/chirurgico, interventi eseguiti durante l'episodio di cura, giornate di degenza acuti e post-acuti, presenza di multimorbidità, disciplina di ammissione, proposta di ricovero, tipo ricovero, eventuali tipologie di assistenza – domiciliare oppure residenziale socio-sanitaria – attive nei 6 mesi precedenti l'episodio di cura).

Per i pazienti che non accedono alla SRCI, sarà quindi interessante individuare se alla dimissione dall'ospedale viene attivata una dimissione protetta, e se nel mese successivo alla dimissione dall'ospedale viene attivata un'assistenza domiciliare oppure residenziale/semi-residenziale socio-sanitaria (sia ricovero temporaneo che di lunga permanenza) (*fonte dati: banche dati ADI o FAR*).

Potrà quindi essere interessante replicare l'indagine sui pazienti assistiti nell'OsCo di Fanano, dove i pazienti provengono per un 58% da strutture ospedaliere e per il restante 42% dal territorio (comprese le residenze socio-sanitarie - CRA); per questo setting nello specifico, sarà necessario impostare un diverso disegno di studio che sarà oggetto di successive elaborazioni.

4.3. OS 3 – Come individuare indicatori per una valutazione della qualità dell’assistenza erogata in Ospedale di Comunità

Premessa

I più recenti documenti normativi nazionali (DM 70/2015), così come le indicazioni regionali (DGR n. 901/2015 e DGR n. 2040/2015) contengono specifici riferimenti alla necessità di introdurre, consolidare e sviluppare la raccolta continua e sistematica dei dati al fine di supportare le funzioni di programmazione e governo mediante la costruzione di indicatori per la valutazione della performance, degli esiti e della qualità dell’assistenza e dei servizi sanitari.

“Misurare” mette le organizzazioni e le persone di fronte a una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, attiva il cambiamento ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato (Lega, 2013).

Lo sforzo di misurazione richiesto risulta particolarmente importante nell’attuale contesto economico di crisi: di fronte ad una oramai continua riduzione delle risorse disponibili, anche in campo sanitario, una opportuna misurazione dei risultati e dell’appropriatezza dei servizi può infatti fornire indicazioni fondamentali sia per orientare l’allocazione delle (poche) risorse disponibili verso quei servizi che più sono in grado, in maniera *evidence based*, di portare valore aggiunto alle persone, sia per eventualmente riorganizzare i servizi in modo da rispondere ai bisogni della popolazione nella maniera più adeguata.

Consolidare un sistema di misurazione e valutazione della performance come strumento robusto di supporto alle decisioni di carattere organizzativo e programmatico risponde anche alla necessità di garantire una gestione trasparente del sistema pubblico.

Per un confronto sistematico efficace è inoltre fondamentale che tutti i professionisti siano attivamente coinvolti nella definizione/condivisione dei criteri e dei parametri attraverso i quali viene effettuata la valutazione, in modo da contribuire e facilitare i cambiamenti necessari al miglioramento della qualità, evitando al contrario che si generino resistenze ostative al cambiamento e all’innovazione.

Negli ultimi anni sono diverse le esperienze sviluppate a livello nazionale sulla valutazione comparativa degli esiti e della performance, essendo considerate strategie fondamentali per promuovere la qualità e l’equità dell’assistenza sanitaria (Agabiti, 2011; Nuti, 2008).

Come specificato da Agabiti et al., con il termine “esito” si intende il “risultato finale di un processo” che, nel caso degli interventi sanitari, è il miglioramento dello stato di salute della persona o della popolazione (Agabiti, 2011).

Se prendiamo a riferimento le definizioni classiche di “indicatore” (Donabedian, 1980), la misura dell'*esito* fa parte di un sistema di valutazione di qualità che include anche indicatori di *struttura* e di *processo*.

Il termine “intervento sanitario”, nella sua accezione più ampia, si riferisce a tutte le attività assistenziali svolte nei servizi sanitari ai fini di prevenzione, diagnosi e cura, mirate a *“garantire la tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”* nell’ambito delle funzioni del Servizio sanitario nazionale. L’intervento sanitario va quindi inteso come fenomeno valutabile ai diversi livelli assistenziali, nei quali sono riconoscibili diverse responsabilità cliniche e organizzative (Agabiti, 2011).

La valutazione della qualità degli interventi sanitari è ovviamente particolarmente complessa quando l’oggetto della valutazione è rappresentato da attività integrate tra livelli assistenziali (es. ospedale e territorio, sanitario e sociale) caratterizzate da collaborazioni interdisciplinari e multiprofessionali.

Purtroppo ad oggi, nonostante le precise indicazioni normative in questo senso, è ancora relativamente poco realizzata l’esigenza di effettuare una rilevazione sistematica della qualità dell’assistenza erogata, soprattutto in alcuni ambiti assistenziali. Se, infatti, la valutazione degli esiti si sta consolidando in ambito ospedaliero, in ambito territoriale e nei setting “intermedi” le iniziative di monitoraggio e valutazione sono meno strutturate.

In considerazione dell’importanza che sempre più si vede attribuire, a livello programmatico, all’assistenza territoriale e alle cure intermedie, risulta invece particolarmente importante implementare sistemi di valutazione della qualità dell’assistenza anche in questi ambiti.

È auspicabile quindi che si proceda con la scelta e il monitoraggio di indicatori di struttura, processo ed esito in modo da valutare la performance degli OsCo in termini di efficacia, costi ed efficienza.

Il tema, di non secondaria importanza, diventa ovviamente come rendere la valutazione degli esiti appropriata nei diversi ambiti assistenziali, e nello specifico nel setting “cure intermedie”.

Se, per la valutazione della qualità dell’assistenza in OsCo, utilizziamo la sopracitata matrice degli indicatori proposta da Donabedian (struttura-processo-esito), gli indicatori dovranno essere declinati affinché siano pertinenti con i setting e gli obiettivi assistenziali dell’OsCo: riabilitazione del paziente, recupero delle autonomie residue, educazione terapeutica (del paziente e del care giver), etc. Tali obiettivi sono profondamente differenti da quelli

dell'assistenza ospedaliera, “tradizionalmente” misurati attraverso indicatori di struttura-processo-esito oramai consolidati.

Quindi, per sviluppare sistemi di valutazione per l'assistenza erogata negli OsCo, è necessario misurare indicatori strutturali (es. numero di posti letto, durata media della degenza), ma anche individuare indicatori di processo e proxy di esito che siano in grado di cogliere le peculiarità e le potenzialità di questa tipologia di assistenza.

Fondamentale sarebbe anche l'introduzione di criteri per la valutazione della qualità dell'assistenza secondo la prospettiva del paziente. In questo ambito, l'esperienza del NAIC nel Regno Unito può costituire un esempio interessante anche per le strutture italiane: è auspicabile infatti che venga attuata anche nei nostri OsCo la valutazione dell'esperienza del paziente tramite un questionario analogo al *Patient Reported Experience Measure (PREM)*.

Valutazioni di questo tipo sicuramente possono contribuire in maniera importante a formare un quadro complessivo sulla qualità e sull'efficacia dell'assistenza erogata negli Ospedali di Comunità.

Obiettivi

Studiare la fattibilità di misurare i seguenti indicatori, come proxy di esito per valutare la qualità della presa in carico dei pazienti presso l'OsCo:

- **modalità di dimissione** dall'OsCo ed eventuale **segnalazione ai servizi sociali**;
- il livello di dipendenza del paziente è stato misurato descrivendo la variazione dell'**Indice di Barthel modificato** tra l'accesso e la dimissione dalla struttura;
- come strumento per la valutazione dell'**esperienza dei pazienti**, nell'ambito dello studio si voleva validare il questionario “*Patient Reported Experience Measure - PREM*” (Teale, 2015), già utilizzato in Inghilterra nell'ambito del *National Audit of Intermediate Care*.

Metodologia

Come indicatori proxy di esito sono stati descritte due informazioni ricavabili dal flusso SIRCO: la modalità di dimissione e la segnalazione ai servizi sociali (durante il ricovero o al momento della dimissione).

Il livello di dipendenza del paziente è stato misurato descrivendo la variazione dell'Indice di Barthel modificato (MBI) tra l'accesso e la dimissione dalla struttura.

Il MBI, nato come strumento per la valutazione dell'autonomia funzionale nei soggetti ricoverati in reparti di riabilitazione in seguito ad eventi cerebrovascolari, è stato poi utilizzato anche in differenti popolazioni di pazienti. La diffusione della forma modificata di tale indice

è legata alla dimostrazione di una migliore performance del BIM rispetto alla versione originale del Barthel Index in termini di capacità discriminativa e sensibilità al cambiamento. Il MBI è una misura dell'attività della vita quotidiana, che mostra il grado di indipendenza di un paziente da qualsiasi tipo di assistenza. Esso copre 10 domini del funzionamento (attività): igiene personale, fare il bagno, alimentazione, uso di servizi igienici, salire e scendere le scale, vestirsi, controllo della minzione, controllo dell'alvo, camminare in piano e trasferimenti dal letto al letto e ritorno. Ad ogni attività viene assegnato un punteggio che varia da 0 (non è possibile eseguire attività) ad un massimo di 5, 10 o 15 (completamente indipendente). Il punteggio totale va da 0 a 100 e risulta inversamente proporzionale al grado di disabilità del paziente valutato. Il MBI, infine, permette di distinguere 5 categorie di livelli di dipendenza a seconda del punteggio ottenuto (Figura 4.3.1): livello di dipendenza totale (pt. 0-24), severa (pt. 25-49), moderata (pt. 50-74), lieve (pt. 75-90) e minima (pt. 91-99).

Figura 4.3.1. Livelli di dipendenza e relativi carichi assistenziali, in base al punteggio totale dell'Indice di Barthel Modificato (MBI).

(Fonte: Shah, 1989).

Categorie	Punteggi totali Indice di Barthel modificato	Livello di dipendenza	Ore di assistenza necessarie per settimana
1	0 - 24	Totale	27.0
2	25 - 49	Severa	23.5
3	50 - 74	Moderata	20.0
4	75 - 90	Lieve	13.0
5	91 - 99	Minima	< 10

È stata analizzata la coorte di pazienti dimessi dalla SRCI di CSPT dal 01/01/2015 al 25/12/2015. I dati relativi ai punteggi della MBI sono stati estratti dalla cartella infermieristica informatizzata. Il differenziale del punteggio MBI è stato analizzato utilizzando il test del segno per ranghi di Wilcoxon, per campioni correlati.

Il questionario PREM (“Patient Reported Experience Measure”) è stato sviluppato dal Bradford Institute for Health Research ed è stato utilizzato per la prima volta nell’ambito del National Audit of Intermediate Care (ed.2013). Sono state sviluppate due versioni del PREM:

una per i servizi “residenziali” di Cure Intermedie (es. Ospedale di Comunità) e una per i servizi “domiciliari” di Cure Intermedie. La versione che volevamo validare per l’utilizzo negli OsCo della RER è il questionario per i servizi “residenziali” di CI.

Il PREM è costituito da 15 domande “a scelta multipla” (da 2 a 5 opzioni di risposta a seconda della domanda) più una sedicesima domanda “aperta”, nella cui risposta il paziente può esprimere i suoi suggerimenti per un miglioramento dell’assistenza ricevuta.

Il questionario è anonimo, non era quindi necessario sottoporre lo strumento al Comitato Etico né come valutazione standard né come presa d'atto. Le Aziende potevano comunque procedere a una notifica al proprio Comitato Etico di riferimento.

Il questionario inglese è stato tradotto in italiano quindi retro-tradotto in inglese per la validazione linguistico-culturale. La validazione del questionario prevedeva quindi una prima fase di valutazione della comprensibilità (*face-validity*) seguita dalla somministrazione di 150 questionari sui quali testare la validità e affidabilità del questionario.

La sperimentazione del questionario è stata effettuata con la collaborazione delle Aziende USL di Imola e di Modena. Le strutture che hanno partecipato alla validazione del questionario PREM sono la Struttura Residenziale di Cure Intermedie di Castel San Pietro Terme, l’Ospedale di Comunità Fanano e l’Ospedale di Comunità Fanano di Castelfranco Emilia.

Risultati

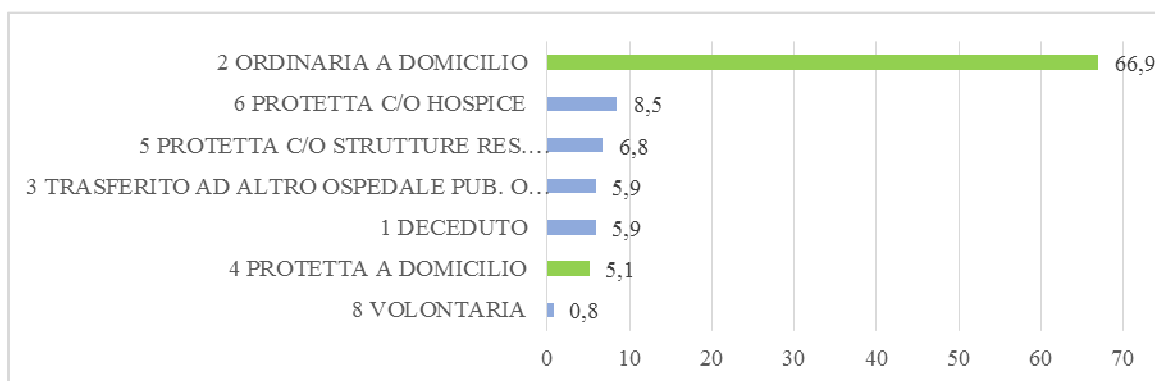
Indicatori proxy di esito (modalità di dimissione e segnalazione ai servizi sociali)

Il 5,9% dei pazienti ammessi in OsCo è deceduto, il 72,0% dei pazienti è stato dimesso al domicilio (dimissione ordinaria o protetta), 14 pazienti (5,9%) sono stati trasferiti ad una struttura per acuti, 26 pazienti sono stati dimessi in modalità protetta presso altre strutture residenziali territoriali (CRA, Hospice, Casa di riposo). Il dato è in linea con quanto rilevato dal NAIC per i pazienti che accedono ai servizi di cure intermedie “residenziali”: oltre il 70% dei pazienti tornano al proprio domicilio al termine del servizio.

Per 61 pazienti (25,8%) è stata effettuata una segnalazione ai servizi sociali, durante il ricovero oppure al momento della dimissione dalla struttura.

Figura 4.2.1. Percentuale di ricoveri in SRCI, per modalità di dimissione (N=236 ricoveri).

Fonte dati: Flusso SIRCO, 2015.

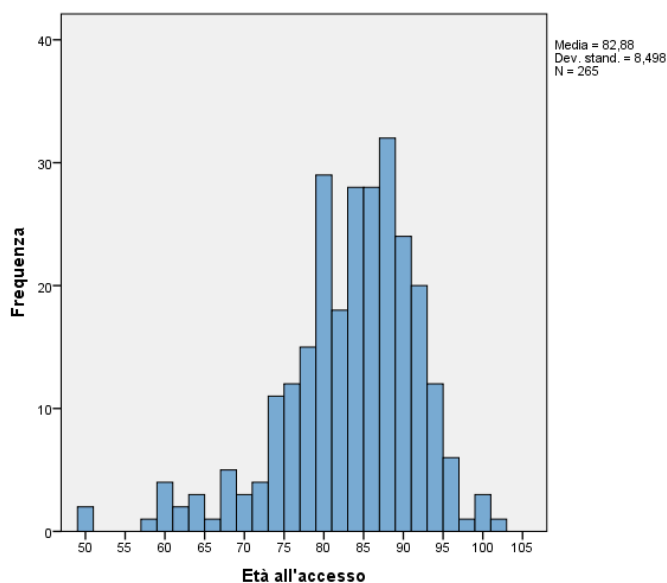


Livelli di dipendenza – Indice di Barthel Modificato

Nel periodo di riferimento sono stati dimessi 268 pazienti; sono stati esclusi dall'analisi 3 ricoveri per i quali risultava solo una MBI somministrata alla dimissione. Sono stati quindi analizzati 265 ricoveri.

L'età media dei pazienti dimessi era 82,9 anni (83,9 per le femmine e 81,0 per i maschi). I pazienti con età < 65 anni sono il 4,5%; il 13,6% ha meno di 75 anni. La Figura 4.3.2 mostra la distribuzione per età dei pazienti dimessi dalla SRCI di CSPT per i quali risulta almeno una valutazione MBI all'accesso in struttura.

Figura 4.3.2. Distribuzione per età dei pazienti dimessi dalla SRCI di CSPT con almeno una valutazione MBI all'accesso (N=265 ricoveri)



La Figura 4.3.3 rappresenta la variazione nel “livello di dipendenza” tra accesso e dimissione. In questo caso, poiché la registrazione del MBI alla dimissione è stata implementata solo a partire da giugno 2015, il dato è disponibile per 74 dei 265 ricoveri.

Il differenziale medio tra accesso e dimissione per i pazienti dimessi dalla SRCI nel periodo di riferimento è pari a 10,4 punti (punteggio MBI medio all’accesso: 17,5; punteggio MBI medio alla dimissione: 27,9). Le due distribuzioni (accesso e dimissione) non sono “normali”, ma risultano comunque differenti in maniera statisticamente significativa (test di Wilcoxon).

In generale, il differenziale medio è in aumento per tutti gli item della MBI: gli item che mostrano l’incremento maggiore sono quelli relativi al controllo degli sfinteri (“Controllo vescica” e “Controllo alvo”) e la mobilità (“Camminare” oppure “Carrozzina”), mentre l’item con l’incremento minore è l’utilizzo del WC (“Usare il wc”). Le differenze sono statisticamente significative per tutti gli item, tranne “Camminare” e “Usare il wc”.

Figura 4.3.3. Variazione del livello di dipendenza ammissione-dimissione nella SRCI di CSPT (N=74 ricoveri)

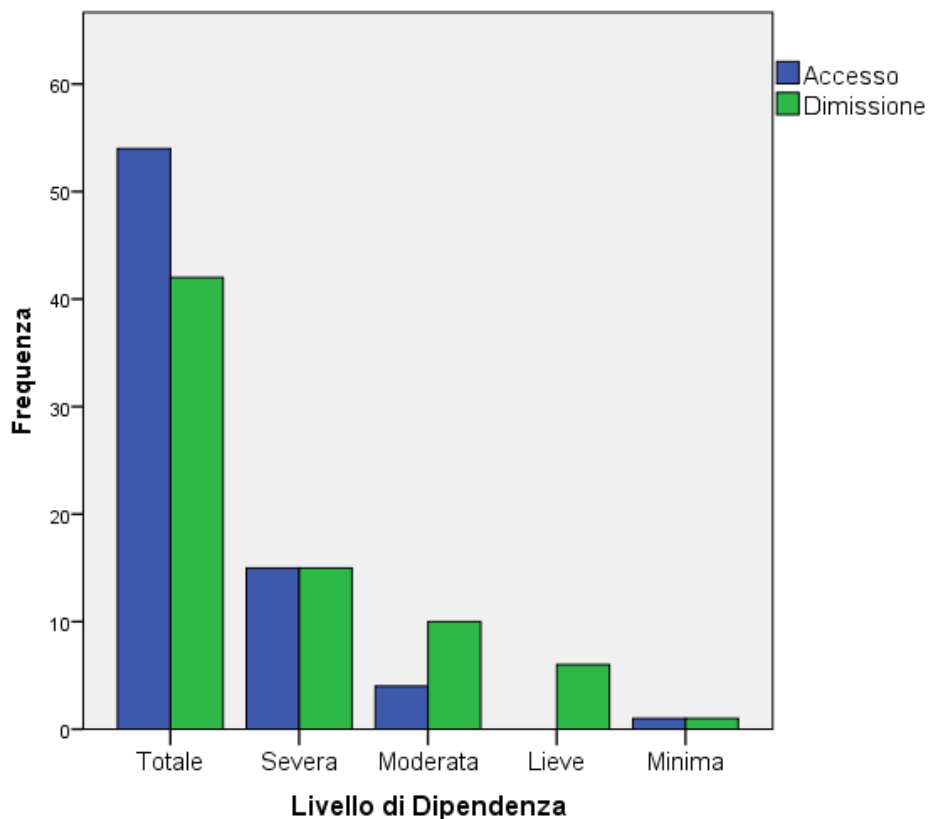
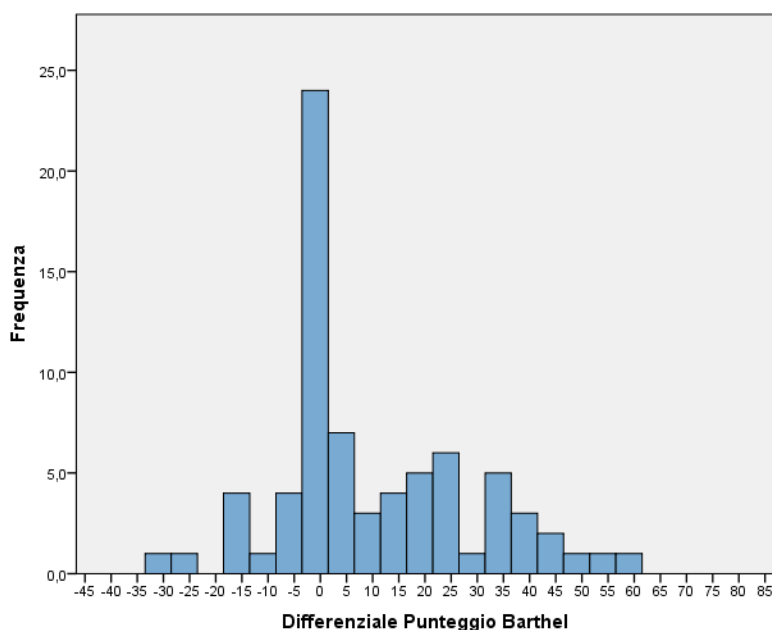


Figura 4.3.4. Differenziale del punteggio MBI medio tra accesso e dimissione nei pazienti dimessi dalla SRCI di CSPT (N=74 ricoveri)



Esperienza del paziente – Questionario PREM

Il processo di validazione del Questionario PREM si è sviluppato in diverse fasi.

La prima ha previsto l’adattamento del questionario al contesto italiano attraverso un processo di *face validity* (necessaria a rilevare in maniera soggettiva la capacità di uno strumento di misurare effettivamente ciò per cui è stato creato e imprescindibile quando si adotta uno strumento creato in un contesto differente da quello in cui si vuole usare, come in questo caso quello della sanità inglese); questo processo si è articolato in una traduzione in italiano del Questionario PREM (traduzione in italiano e *back-translation* in inglese) e, successivamente, una valutazione della comprensibilità.

La comprensibilità del questionario PREM è stata testata somministrando in maniera assistita il questionario a 15 pazienti delle tre strutture coinvolte nella sperimentazione. In questa fase uno o più ricercatori erano infatti presenti al momento della compilazione del questionario al fine di raccogliere osservazioni, dubbi e perplessità relative alle domande e di valutarne la comprensione da parte del paziente (particolare attenzione è stata posta alla leggibilità delle domande e alla comprensione del lettore di specifici termini utilizzati).

Un ulteriore momento è stato definito dalla condivisione del contenuto del questionario con esperti/*stakeholders* e ha visto il coinvolgimento di operatori degli OsCo e di rappresentanti dei cittadini nell’ambito di focus group organizzati durante gli incontri dei Comitati

Consultivi Misti (CCM) di Imola e di Castelfranco Emilia. Per l'occasione, gli incontri dei CCM sono stati per l'appunto allargati alla partecipazione del personale infermieristico e medico (MMG, medici di CA e medici specialisti) dei due OsCo (SRCI di CSPT e OsCo di Castelfranco Emilia).

Le considerazioni e le riflessioni emerse nell'ambito dei *focus group* con i CCM e gli operatori, insieme con la valutazione delle difficoltà segnalate dai pazienti durante la compilazione del questionario, sono state utilizzate per migliorare la formulazione delle domande risultate più critiche in termini di comprensibilità, arrivando alla versione definitiva del Questionario PREM (Allegato 1) da sottoporre a validazione.

La validazione, necessaria a testare validità e affidabilità dello strumento, prevedrà la somministrazione e la raccolta di almeno 150 questionari compilati da pazienti nelle tre strutture aderenti al progetto.

Nella seconda metà di gennaio 2016 è quindi iniziata la somministrazione della versione finale del Questionario PREM, tutt'ora in corso. Al 05/03/2016 sono stati raccolti 15 questionari. Ovviamente i tempi per la raccolta dei questionari risentono della durata media di degenza dei pazienti in questa specifica tipologia di strutture territoriali.

Discussione

Il National Audit of Intermediate Care descrive come indicatore proxy di esito la destinazione del paziente alla conclusione della presa in carico nell'ambito di ciascun servizio di cure intermedie. Nello specifico dei servizi di cure intermedie "residenziali", in parte assimilabili ai nostri Ospedali di Comunità, oltre il 70% dei pazienti alla dimissione dalla struttura rientra al proprio domicilio e solo un 10% circa viene inviato ad un setting assistenziale per acuti. Il dato sembra essere in linea con quanto rilevato per i pazienti dimessi dalla SRCI di CSPT.

Un ulteriore "esito" che può essere osservato e monitorato grazie al flusso informativo esistente nella nostra regione, è quello relativo all'eventuale segnalazione del paziente assistito in OsCo ai servizi sociali (durante il ricovero o al momento della dimissione). Nel periodo di osservazione (gennaio-settembre 2015), per il 25,8% dei pazienti ammessi in SRCI è stata effettuata una segnalazione ai servizi sociali.

La registrazione della MBI nella cartella infermieristica informatizzata è stata introdotta come misura obbligatoria per tutti i pazienti sia all'accesso che alla dimissione in SRCI solo a partire da giugno 2015. Di conseguenza, i casi analizzati non rappresentano la totalità dei pazienti assistiti nella SRCI nel periodo di riferimento. A livello regionale il punteggio MBI all'accesso e alla dimissione è stato ufficialmente inserito nel tracciato record del flusso SIRCO a partire dal 01/01/2016 (Circolare n.16 del 23/12/2015): ciò consentirà non solo di

disporre dell'informazione in maniera uniforme tra tutti gli OsCo della RER, ma anche di facilitare la conduzione di analisi di correlazione tra il punteggio MBI e le altre informazioni raccolte con il flusso SIRCO e con tutti gli altri flussi informativi regionali.

L'analisi strutturata del livello di dipendenza dei pazienti, attraverso la Barthel-modificata, potrebbe fornire sia alle Aziende che ai professionisti, come già dimostrato in Inghilterra, importanti elementi per la corretta impostazione del percorso terapeutico e riabilitativo dei pazienti, nonché per il monitoraggio dell'efficacia dell'assistenza erogata.

Anche la validazione del Questionario PREM per la rilevazione dell'esperienza del paziente assistito in OsCo potrà offrire un ulteriore strumento, validato nel contesto regionale dell'Emilia-Romagna, per la valutazione della qualità dei servizi erogati, rispondendo in questo modo anche alle sollecitazioni scientifiche che sempre più stressano l'importanza di considerare, come elemento chiave per un'assistenza "*person-centred*", la prospettiva del paziente rispetto alle cure ricevute. Obiettivo della ricerca era precisamente rendere disponibile uno strumento validato nella nostra realtà assistenziale per poter avere a disposizione una misura di esito «pertinente» le cui applicazioni sono rappresentate da attività di monitoraggio, per migliorare la qualità dell'assistenza (ad esempio supportando attività di audit «patient driven»), e di valutazione comparativa di esito tra strutture. L'implementazione del PREM potrà quindi fornire un valido supporto all'individuazione di eventuali aree di miglioramento dell'assistenza erogata ai pazienti.

5. CONCLUSIONI

Recentemente, sia a livello nazionale (DM 70/2015) che a livello regionale/locale (DGR 2040/2015), le indicazioni normative hanno promosso lo sviluppo di strategie per il potenziamento delle “cure intermedie”, con uno specifico riferimento al modello organizzativo dell’Ospedale di Comunità.

Il progetto di ricerca descritto nella presente tesi aveva l’obiettivo di applicare i principi e la metodologia dell’*Health Service Research* per supportare le Aziende sanitarie nella valutazione della qualità ed efficacia dell’assistenza erogata nell’ambito degli Ospedali di Comunità, ponendosi come obiettivo quello di impostare e suggerire, attraverso l’individuazione di specifici indicatori, una modalità strutturata per il monitoraggio dell’assistenza fornita ai pazienti che vengono presi in carico negli Ospedali di Comunità dal punto di vista clinico, organizzativo ed economico.

Appare evidente come l’Ospedale di Comunità, possa rappresentare una risorsa importante per l’organizzazione assistenziale sul territorio, sia per i professionisti che per i pazienti, configurandosi come interfaccia strutturale tra l’ospedale e il domicilio (o strutture residenziali alternative al domicilio), potenzialmente in grado di facilitare la continuità delle cure, l’integrazione e il coordinamento tra servizi.

L’analisi condotta e l’identificazione di sottotipi caratteristici di pazienti che accedono all’Ospedale di Comunità può costituire un valido supporto conoscitivo nel processo di miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali.

La descrizione dei percorsi di cura seguiti dai pazienti presi in carico negli Ospedali di Comunità, di cui l’analisi presentata rappresenta un primo step, può infatti contribuire a meglio definire le strategie organizzative dell’assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e socio-assistenziale per potenziare quindi la capacità di risposta ai bisogni dei pazienti.

Questo tipo di analisi, finalizzate alla ricerca di correlazioni statistiche fra i diversi setting di cura ed esiti, nonché all’individuazione di profili prototipali di pazienti trattati nei diversi percorsi, potranno fornire dati utili alla pianificazione di politiche sanitarie orientate al miglioramento dell’efficacia, della qualità e dell’equità dei servizi.

Una volta definito il *case-mix* che caratterizza gli OsCo, potrà essere valutata innanzitutto la coerenza con lo *skill-mix* dei professionisti coinvolti nell’assistenza ai pazienti, quindi sarà interessante determinare se eventuali differenze di *skill-mix* possono condizionare gli esiti per i pazienti.

Un ulteriore sviluppo della ricerca potrà portare alla definizione di una modalità di analisi strutturata dei costi degli OsCo a livello regionale, ai fini di una valutazione della costo-efficacia dell'assistenza fornita presso l'OsCo. Tale valutazione dei costi delle unità di offerta clinico-assistenziali rappresentate dagli Ospedali di Comunità, all'interno delle aziende sanitarie della RER, può essere attuata attraverso l'individuazione, ricognizione, raccolta sistematica ed analisi critica delle informazioni derivanti dalle procedure di contabilità analitica ordinariamente applicate a supporto del controllo di gestione secondo le linee di indirizzo regionali. In tal modo è possibile raccogliere per i costi direttamente imputabili all'Ospedale di Comunità informazioni provenienti direttamente dalle procedure di gestione ordinaria (magazzino, personale, attrezzature) e quindi rendere comparabili i criteri per la imputazione dei costi indiretti e comuni tra unità di offerta ospedale di comunità e altre unità di offerta che utilizzano gli stessi fattori produttivi (strutture edilizie, servizi generali).

Ulteriori ricerche saranno pertanto necessarie per una più approfondita valutazione dell'efficacia e della costo-efficacia degli OsCo rispetto a soluzioni assistenziali alternative (compreso il domicilio del paziente).

Sicuramente, l'attuale situazione economica non consente al Sistema Sanitario Nazionale un impiego di risorse analogo a quello che si è avuto finora. Come si è visto, la domanda di prestazioni sanitarie è inevitabilmente destinata ad aumentare a causa dell'invecchiamento della popolazione ed è quindi indispensabile attuare modalità alternative, più economiche ma altrettanto efficaci, per erogare la necessaria assistenza sanitaria alla popolazione. La ricerca condotta suggerisce che gli Ospedali di Comunità, insieme a tutto il settore delle Cure Intermedie, potranno rappresentare un valido ed imprescindibile strumento per ottemperare a questa necessità. Rimane forse ancora un problema "aperto" il come definiamo esattamente le cure intermedie e quali tipologie di servizi rientrano all'interno di questo setting di presa in carico "intermedio".

BIBLIOGRAFIA

1. AGABITI N. et al. “Valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari”. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (2).
2. COMPAGNI A., TEDIOSI F., TOZZI V.D. (2010), “L’integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie”, in Cantu' Elena (a cura di), *Rapporto OASI 2010: L’aziendalizzazione della sanità in Italia*, EGEA, 2010.
3. CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" (rep. Atti n. 30/csr del 10 febbraio 2011).
4. CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO, “Patto per la Salute per gli anni 2014-2016”. Intesa sancita il 10 luglio 2014.
5. DONABEDIAN A. (1988), “The quality of care: How can it be assessed?”. *JAMA* 121 (11): 1145–1150.
6. FANTINI M.P., BORGONOV E., MACIOCCO G., PIERI G., LONGO F. (2013), “La ricerca di modelli clinici e organizzativi capaci di coniugare personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure”, *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 87, pp. 3-8.
7. FANTINI MP, PIERI G, ROSA S, CARUSO B, ROSSI A, PIANORI D, LONGO F. (2015), “Definire e programmare le Cure Intermedie nella filiera dei servizi per la fragilità e gli anziani: metodi ed evidenze dal caso della Regione Emilia-Romagna”. *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 93, pp. 75-97.
8. LEGA F. In: AA.VV. “La valutazione delle performance per il governo strategico nelle aziende sanitarie”, pagg. 11-23. 2013 EGEA, Biblioteca dell’economia d’azienda.
9. LENZI J., MONGARDI M., RUCCI P., DI RUSCIO E., VIZIOLI M., RANDAZZO C., TOSCHI E., CARRADORI T., FANTINI M.P. (2014), “Sociodemographic, clinical and organizational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectional study”, *BMC Health Service Research*, 2014, 14, pp. 128.
10. MINISTERO DELLA SALUTE. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Testo disponibile al sito:
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=948
[consultato il 25/09/2015].

11. MINISTERO DELLA SALUTE. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. Testo disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=1205 [consultato il 25/09/2015].
12. MINISTERO DELLA SALUTE, Decreto n. 70 del 2 aprile 2015. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 4-6-2015). Testo disponibile al sito: <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg%20> [consultato il 25/09/2015].
13. MIRZA Z. (2013), Intermediate Care Project. Report to South Kent Coast Health and Well Being Board. NHS, South Kent Coast, Clinical Commissioning Group.
14. MONGARDI M., LENZI J., DI RUSCIO E., RUCCI P., VIZIOLI M., RANDAZZO C., TOSCHI E., CARRADORI T., FANTINI M.P. (2013), Il fenomeno delle dimissioni ospedaliere ritardate nella Regione Emilia-Romagna. Mecosan Management ed economia sanitaria, 86, pp. 73-86.
15. NHS BENCHMARKING NETWORK (2014), National Audit of Intermediate Care. Report 2014. Testo disponibile al sito: <http://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/partnership-projects/National-Audit-of-Intermediate-Care/year-three.php> [consultato il 25/09/2015].
16. NUTI S. (2008), La valutazione della Performance in Sanità, Il Mulino, Milano.
17. PEARSON M., HUNT H., COOPER C., SHEPPERD S., PAWSON R., ANDERSON R. (2013), Intermediate care: a realist review and conceptual framework. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation programme.
18. PIERI G, LENZI J, RUCCI P, FANTINI MP. Prevalence of multimorbidity in Emilia-Romagna Region from 2008 to 2012. European Journal of Public Health, SUPPLEMENT. 7th European Public Health Conference “Mind the gap: Reducing inequalities in health and health care”, Glasgow, 19–22 November 2014. 2014; 24 (2): 187-188.
19. QUAN H, SUNDARARAJAN V, HALFON P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.
20. REGIONE EMILIA-ROMAGNA. DGR n.290/2010. “Casa della Salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale”.
21. REGIONE EMILIA-ROMAGNA. DGR n.284/2013. “Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario Regionale per il biennio 2013-2014. Programma annuale 2013: obiettivi e criteri generali di ripartizione del fondo sociale ai sensi dell'art. 47, comma 3 della L.R. 2/2003”.

22. REGIONE EMILIA-ROMAGNA. DGR n.221/2015. “Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure primarie”.
23. REGIONE EMILIA-ROMAGNA. DGR n.901/2015. “Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015”.
24. REGIONE EMILIA-ROMAGNA. DGR n.2040/2015. “Riorganizzazioen della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015”.
25. Salsi A, Calogero P. Le cure intermedie. *Italian Journal of Medicine*. 2010; 4: 57-62.
26. SHAH S. Modified Barthel Index or Barthel Index (Expanded). In S. Salek. (Ed). *Compendium of quality of life instruments Part II*, Chichester: Wiley and Sons. 1998.
27. SNLG Regioni; 24. National Early Warning Score (NEWS): misurazione standardizzata della gravità della malattia: linea guida. Scaricabile al link: <http://www.regione.toscana.it/-/national-early-warning-score-news-> [consultato il 02/02/2016].
28. TEALE EA, YOUNG JB. A Patient Reported Experience Measure (PREM) for use by older people in community services. *Age Ageing*. 2015 Jul;44(4):667-72. doi: 10.1093/ageing/afv014. Epub 2015 Feb 21.

APPENDICI

Allegato 1 – Algoritmo per l'identificazione della classe di intervento (codici di procedura ICD-9-CM)

Intervento diagnostico minore

00.21–00.25, 00.28, 00.29, 00.31–00.35, 00.39, 00.94, 01.10, 01.11, 01.13, 01.16, 01.17, 03.31, 04.11, 06.11, 07.11, 08.19, 16.21, 17.71, 18.11, 18.12, 18.19, 20.31, 21.21, 21.22, 21.29, 22.11, 22.19, 24.11, 24.12, 24.19, 25.01, 25.09, 26.11, 26.19, 27.23, 27.24, 27.29, 29.11, 29.12, 29.19, 31.41–31.44, 31.48, 31.49, 33.21–33.24, 33.26, 34.23–34.25, 37.20–37.23, 37.25–37.29, 38.22–38.25, 41.31, 41.32, 41.38, 41.39, 42.22–42.24, 42.29, 44.12–44.14, 44.19, 45.12–45.14, 45.16, 45.19, 45.22–45.25, 45.27–45.29, 48.22–48.24, 48.26, 48.29, 49.21–49.23, 49.29, 50.11, 50.13, 51.10–51.12, 51.14, 51.15, 52.11, 52.13, 52.14, 54.24, 54.25, 55.21–55.23, 56.31–56.33, 56.35, 57.31, 57.32, 58.21–58.24, 58.29, 60.11, 60.13, 61.11, 61.19, 62.11, 63.01, 64.19, 68.11, 68.12, 70.21, 70.22, 75.1, 75.31–75.35, 75.38, 80.30–80.39, 85.11, 85.19, 86.11, 86.19, 87.01–87.09, 87.11–87.17, 87.21–87.24, 87.29, 87.31–87.39, 87.41–87.44, 87.49, 87.51, 87.52, 87.54, 87.59, 87.61–87.66, 87.69, 87.71–87.79, 87.81–87.85, 87.89, 87.91–87.95, 87.99, 88.01–88.04, 88.09, 88.11–88.16, 88.19, 88.21–88.29, 88.31–88.68, 88.71–88.79, 88.81–88.86, 88.89–89.19, 89.21–89.26, 89.29, 89.31–89.39, 89.41–89.8, 90.01–90.06, 90.09, 90.11–90.16, 90.19, 90.21–90.26, 90.29, 90.31–90.36, 90.39, 90.41–90.46, 90.49, 90.51–90.56, 90.59, 90.61–90.66, 90.69, 90.71–90.76, 90.79–90.86, 90.89, 90.91–90.96, 90.99, 91.01–91.06, 91.09, 91.11–91.16, 91.19, 91.21–91.26, 91.29, 91.31–91.36, 91.39, 91.41–91.46, 91.49, 91.51–91.56, 91.59, 91.61–91.66, 91.69, 91.71–91.76, 91.79, 91.81–91.86, 91.89, 91.91–91.96, 91.99, 92.01–92.05, 92.09, 92.11–92.19, 93.01–93.09, 94.01–94.03, 94.08, 94.09, 94.11–94.13, 94.19, 95.01–95.03, 95.05–95.07, 95.09, 95.11–95.16, 95.21–95.26, 95.41–95.47

Intervento terapeutico minore

00.01–00.03, 00.09–00.19, 00.40–00.49, 00.55, 00.60, 00.63–00.65, 00.74–00.77, 00.91–00.93, 01.01, 01.02, 01.09, 01.26, 01.27, 02.41, 02.95, 02.96, 03.8–03.92, 03.95, 03.96, 04.2, 04.80, 04.81, 04.89, 05.31, 05.32, 05.39, 06.01, 08.01, 08.02, 08.09, 08.81–08.89, 14.23–14.25, 14.33–14.35, 16.91, 17.41–17.45, 17.49, 17.70, 17.81, 18.01, 18.02, 18.09, 18.29, 18.4, 20.09, 20.1, 20.8, 20.94, 21.00–21.03, 21.1, 21.30–21.32, 21.71, 21.81, 21.91, 22.00–22.02, 22.2, 23.01, 23.09, 23.11, 23.19, 23.2, 23.3, 23.41–23.43, 23.49, 23.5–23.73, 24.0, 24.31, 24.32, 24.39, 24.6–24.8, 24.91, 24.99, 25.51, 25.91–25.93, 26.0, 26.91, 27.41, 27.51, 27.52, 27.64, 27.91, 29.91, 31.0, 31.1, 31.93–31.95, 32.01, 32.28, 33.31–33.33, 33.71–33.73, 33.78, 33.79, 33.91, 34.01, 34.04, 34.05, 34.09, 34.71, 34.72, 34.91, 34.92, 35.41, 36.04, 36.06, 36.07, 37.0, 37.36, 37.70–37.73, 37.78, 37.81–37.83, 37.90, 37.92, 37.93, 38.91–38.95, 38.97–38.99, 39.61–39.64, 39.66, 39.90, 39.95, 39.96, 39.97, 41.1, 41.91, 41.92, 41.98, 42.33, 42.81, 42.92, 42.99, 43.11, 43.19, 43.41–44.44, 44.49, 44.62, 44.93, 44.94, 45.30, 45.42, 45.43, 46.14, 46.24, 46.31, 46.32, 46.39, 46.85–46.87, 46.95, 46.96, 48.31–48.34, 48.36, 49.03, 49.31, 49.41–49.43, 49.47, 50.91–50.94, 50.99, 51.01, 51.64, 51.84–51.88, 51.96–51.98, 52.21, 52.84–52.86, 52.93, 52.94, 52.97, 52.98, 54.91, 54.96–54.99, 55.92–55.96, 56.91, 57.0, 57.11, 57.17, 57.92, 57.94, 57.95, 58.3, 58.31, 58.39, 58.6, 59.72, 59.8, 59.93–59.96, 59.99, 60.71, 60.91, 60.92, 61.0, 61.3, 61.41, 61.91, 62.91, 62.92, 63.52, 63.6, 63.70–63.73, 63.84, 63.91, 64.91, 64.94, 66.8, 66.91, 67.0, 69.59, 69.6, 69.7, 69.91–69.94, 69.96, 70.0, 70.11, 70.94, 70.95, 71.21, 72.0, 72.1, 72.21, 72.29, 72.31, 72.39, 72.4, 72.51–72.54, 72.6, 72.71, 72.79–72.9, 73.01, 73.09, 73.1, 73.21, 73.22, 73.3, 73.4, 73.51, 73.59, 73.6, 73.8, 73.91–73.93, 75.0, 75.2, 75.37, 75.4, 75.62, 75.69, 75.7, 75.8, 75.91, 75.92, 75.94, 76.71, 76.73, 76.75, 76.78, 76.93, 76.95, 76.96, 79.00–79.09, 79.70–79.79, 80.52, 81.91, 81.92, 82.04, 82.92–82.96, 83.94–83.98, 84.41–84.43, 84.45–84.47, 84.51–84.57, 84.71–84.73, 85.0, 85.51, 85.52, 85.81, 85.91, 85.92, 86.01–86.05, 86.07, 86.09, 86.23, 86.24, 86.26–86.28, 86.3, 86.51, 86.59, 86.64, 86.92, 86.99, 92.20–92.33, 92.39, 92.41, 93.11–93.19, 93.21–93.29, 93.31–93.39, 93.41–93.46, 93.51–93.59, 93.61–93.67, 93.71–93.78, 93.81–93.85, 93.89–93.99, 94.21–94.27, 94.29, 94.31–94.39, 94.41–94.46, 94.49–94.55, 94.59, 94.61–94.69, 95.31–95.36, 95.48, 95.49, 96.01–96.09, 96.11, 96.14–96.19, 96.21–96.29, 96.31–96.39, 96.41–96.49, 96.51–96.72, 97.01–97.05, 97.11–97.16, 97.21–97.26, 97.29, 97.31–97.39, 97.41–97.44, 97.49, 97.51–97.56, 97.59, 97.61–97.65, 97.69, 97.71–97.75, 97.79–98.05, 98.11–98.29, 98.51, 98.52, 98.59, 99.00–99.29, 99.31–99.39, 99.41–99.48, 99.51–99.64, 99.69, 99.71–99.79, 99.81–99.86, 99.88, 99.91–99.99

Intervento diagnostico maggiore

00.58, 00.59, 00.67–00.69, 01.12, 01.14, 01.15, 01.18, 01.19, 03.32, 03.39, 04.12, 04.19, 05.11, 05.19, 06.12, 06.13, 06.19, 07.12–07.17, 07.19, 08.11, 09.11, 09.12, 09.19, 10.21, 10.29, 11.21, 11.22, 11.29, 12.21, 12.22, 12.29, 14.11, 14.19, 15.01, 15.09, 16.22, 16.23, 16.29, 20.32, 20.39, 22.12, 25.02, 26.12, 27.21, 27.22, 28.11, 28.19, 31.45, 33.20, 33.25, 33.27–33.29, 34.20–34.22, 34.26–34.29, 37.24, 38.21, 38.29, 40.11, 40.19, 41.33, 42.21, 42.25, 44.11, 44.15, 45.11, 45.15, 45.21, 45.26, 48.21, 48.25, 50.12, 50.14, 50.19, 51.13, 51.19, 52.12, 52.19, 54.21–54.23, 54.29, 55.24, 55.29, 56.34, 56.39, 57.33, 57.34, 57.39, 59.21, 59.29, 60.12, 60.14, 60.15, 60.18, 60.19, 62.12, 62.19, 63.09, 64.11, 65.11, 65.12–65.14, 65.19, 66.11, 66.19, 67.11, 67.12, 67.19, 68.13–68.16, 68.19, 69.09, 70.23, 70.24, 70.29, 71.11, 71.19, 76.11, 76.19, 77.40–77.49, 78.80–78.89, 80.20–80.29, 81.98, 83.21, 83.29, 85.12, 87.53, 95.04

Intervento terapeutico maggiore

00.50–00.54, 00.56, 00.57, 00.61, 00.62, 00.66, 00.70–00.73, 00.80–00.87, 01.20–01.25, 01.28, 01.29, 01.31, 01.32, 01.39, 01.41, 01.42, 01.51–01.53, 01.59, 01.6, 02.01–02.07, 02.11–02.14, 02.21, 02.22, 02.31–02.35, 02.39, 02.42, 02.43, 02.91–

Allegato 2 – Algoritmo per l'identificazione della diagnosi principale e delle comorbidità

Gruppo	Patologia	Enhanced ICD-9-CM
1	Infarto miocardico	410.x, 412
2	Insufficienza cardiaca congestizia	398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 425.4–425.9, 428.x
3	Disordini vascolari periferici	093.0, 473.3, 440.x, 441.x, 443.1–443.9, 447.1, 557.1, 557.9, V43.4
4	Malattia cerebrovascolare	362.34, 430-431, 432.0, 432.1, 432.9, 433.0-433.3, 433.8-433.9, 434.0-434.1, 434.90, 434.91, 435.0-435.3, 435.8, 435.9, 436, 437.0-437.9, 438.0, 438.10, 438.11, 438.12, 438.19, 438.20-438.22, 438.30-438.32, 438.40, 438.41, 438.42, 438.50-438.53, 438.6, 438.7, 438.81-438.85, 438.89, 438.9
5	Ipertensione non complicata	401.x
6	Ipertensione complicata	402.x–405.x
7	Demenza	290.x, 294.1, 331.1
8	Malattia polmonare cronica	416.8, 416.9, 490.x–505.x, 506.4, 508.1, 508.8
9	Malattia reumatica	446.5, 710.0, 710.1, 710.2, 710.3, 710.4, 714.0, 714.1, 714.2, 714.81, 714.89, 725
10	Ulcera peptica	531.x, 532.x, 533.x, 534.x
11	Malattia lieve del fegato	070.22, 070.23, 070.32, 070.33, 070.44, 070.54, 070.6, 070.9, 456.0–456.2, 570.x, 571.x, 572.2–572.8, 573.3, 573.4, 573.8, 573.9, V42.7
12	Malattia moderata o severa del fegato	456.0, 456.1, 456.20, 456.21, 572.2, 572.3, 572.4, 572.8
13	Diabete non complicato	250.0–250.3
14	Diabete complicato	250.4–250.9
15	Paralisi	334.1, 342.x, 343.x, 344.0–344.6, 344.9
16	Altri disordini neurologici	331.9, 332.0, 332.1, 333.4, 333.5, 333.92, 334.x–335.x, 336.2, 340.x, 341.x, 345.x, 348.1, 348.3, 780.3, 784.3

17	Malattia renale	403.01, 403.11, 403.91, 404.02, 404.03, 404.12, 404.13, 404.92, 404.93, 585.x, 586.x, 588.0, V42.0, V45.1, V56.x
18	Tumore maligno, incluso leucemia e linfoma, tranne neoplasie della pelle	140.x-165.x, 170.x-172.x, 174.0-176.x, 179, 180.x-208.x, 238.6
19	Tumori solidi metastatici	196.x-199.x
20	HIV e AIDS	042.x
21	Schizofrenia e disturbi psicotici	295.x, 297.x-299.x
22	Disturbo bipolare	296.0-296.1, 296.4-296.8
23	Depressione	296.2, 296.3, 296.5, 300.4, 309.x, 311
24	Distimia	300.4
25	Ansia, disturbi dissociativi e somatoformi	300.0-300.3, 300.5-306.9, 307.4, 308.x, 316
26	Disturbi della personalità	301.x, 302.4, 302.6-302.9
27	Disturbi mentali indotti da sostanze	291.x-292.x, 303.x-305.x
28	Ritardo mentale	317-319
29	Altri disordini mentali	302.0-302.3, 302.5, 306.x-307.x, 309.2-309.4, 309.8-309.9, 312.x-315.x
30	Fratture/traumi	733.14, 733.15, 808.x, 810.x, 811.x, 812.0-812.1, 820.x, 821.x, 805.00, 805.4, 823.22, 852.00, 867.6, 959.01, 959.11
31	Malattie infettive di organi e apparati	038.x-041.x, 320-326, 420-422, 480-487, 518.6, 590, 595, 599.0, 730, 995.9, 996.6
32	Malnutrizione/deperimento	276.0, 276.1, 797, 7994
33	Insufficienza respiratoria	415.19, 511.8,

Allegato 3 – Questionario PREM

IL QUESTIONARIO DEVE ESSERE COMPILATO DAL PAZIENTE AL MOMENTO DELLA DIMISSIONE.

Si prega di consegnare il questionario al paziente o al familiare che lo assiste.

QUESTIONARIO PREM – Valutazione dei Servizi residenziali di Cure Intermedie (Ospedale di Comunità).

Vorremmo sapere cosa pensa dell'assistenza ricevuta presso il nostro servizio. Le Sue risposte ci aiuteranno a comprendere cosa stiamo facendo bene e che cosa potremmo fare meglio, in modo da poter fornire i migliori servizi possibili. La preghiamo di essere il più sincero possibile nel rispondere. Tutte le risposte saranno trattate in via confidenziale.

Indicare chi compila il questionario:

- Paziente Familiare/Persona che lo assiste

Barrare con una croce le apposite caselle (salvo diversa indicazione).

- 1. Il personale che si è preso cura di me aveva tutte le informazioni necessarie sulla mia malattia o condizione di salute**
 Sì
 No
 Non so
- 2. Mi sono state date informazioni sufficienti sulla mia condizione di salute e/o sui trattamenti**
 Non abbastanza
 Nella giusta quantità
 Troppo
- 3. Mi sono stati spiegati gli obiettivi da raggiungere durante il ricovero (ad esempio: muovermi in casa, essere indipendente in casa, essere in grado di andare a fare la spesa, comprendere meglio la mia salute)**
 Sì
 No
- 4. Sono stato coinvolto nella definizione di questi obiettivi**
 Sì, sempre
 Sì, a volte
 No
- 5. Sono stato coinvolto nelle decisioni su assistenza, supporto e trattamento quanto avrei voluto**
 Sì, decisamente
 Sì, in una certa misura
 No
- 6. La mia famiglia o la persona che mi assiste sono stati coinvolti in queste decisioni quanto avrei voluto**
 Sì, decisamente
 Sì, in una certa misura
 No
 Non c'era famiglia o persona disponibile ad essere coinvolta
 Non ho voluto che la mia famiglia o la persona fossero coinvolti
- 7. Quando ho avuto domande importanti da fare, il personale mi ha risposto in modo soddisfacente**
 Sì, sempre
 Sì, a volte
 No
 Non ho avuto la necessità di chiedere
- 8. Ho avuto fiducia nel personale che mi ha assistito e aiutato**
 Sì, sempre
 Sì, a volte
 No

9. Sapevo sempre chi stava coordinando la mia assistenza

- Sì
- No, ero io a coordinare la cura e l'assistenza
- Non so / Non ne sono certo

10. Sono stato coinvolto nelle decisioni riguardo il mio rientro a casa

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No
- Non ho sentito la necessità di essere coinvolto

11. Il personale ha tenuto conto della mia situazione familiare e domestica nell'organizzare il mio rientro a casa

- Sì, completamente
- Sì, in una certa misura
- No
- Non è stato necessario
- Non so

12. Il personale ha dato ai miei familiari o a qualcuno a me vicino tutte le informazioni di cui avevano bisogno per prendersi cura di me

- Sì, decisamente
- Sì, in una certa misura
- No
- Non ho voluto o non c'era bisogno che ne avessero

13. Nel complesso, mi sono sentito trattato con rispetto e dignità mentre ricevo assistenza da parte di questo servizio

- Sì, sempre
- Sì, a volte
- No

14. Da quando sono in cura presso questo servizio, le mie capacità di mantenere rapporti con gli altri sono migliorate

- Sì, decisamente
- Sì, in una certa misura
- No
- Non mi preoccupo di questo

15. Sono stato sufficientemente informato sugli altri servizi disponibili, per persone con la mia condizione di salute, comprese associazioni di volontariato

- Sì
- No

16. Pensa ci sia qualcosa che avrebbe potuto rendere migliore la Sua esperienza del servizio?

- Sì
- No

Se sì, specifichi in dettaglio

GRAZIE PER IL SUO AIUTO E IL TEMPO DEDICATO A COMPILARE IL QUESTIONARIO

Ospedale di Comunità