

L'Ospedale di Comunità nella Regione Emilia-Romagna: descrizione di modelli organizzativi implementati a livello locale

The community hospitals in Emilia-Romagna region: description of organizational models developed at local level

Davide Pianori, Cinzia Badiali, Stefano Boni, Fatima Geraldì, Vincenzo Manigrasso, Cristina Pittureri, Patrizia Re, Andrea Spanò, Giulia Pieri, Simona Rosa, Maria Pia Fantini

Davide Pianori

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli studi di Perugia

Cinzia Badiali

Azienda USL di Bologna

Stefano Boni

Azienda USL della Romagna

Fatima Geraldì

Azienda USL di Bologna

Vincenzo Manigrasso

AOU Sant'Orsola Malpighi di Bologna

Cristina Pittureri

Azienda USL della Romagna

Patrizia Re

Azienda USL della Romagna

Andrea Spanò

Azienda USL di Modena

Giulia Pieri

Aziende USL di Imola, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Simona Rosa

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Maria Pia Fantini

Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie - Alma Mater Studiorum Università di Bologna

Parole chiave: ospedale di comunità; cure intermedie; anziani; post-acuzie

RIASSUNTO

Obiettivi: obiettivi dello studio sono descrivere il modello organizzativo e le caratteristiche dei pazienti ammessi e trattati negli Ospedali di Comunità (OsCo).

Metodi: l'analisi organizzativa è stata condotta in tre Ospedali di Comunità della Regione Emilia Romagna: Fanano (Ausl di Modena), Castel San Pietro Terme (Ausl di Imola) e Forlimpopoli (Ausl della Romagna). Per descrivere il modello organizzativo è stata somministrata ai referenti aziendali una scheda di rilevazione. Per valutare il livello d'indipendenza dei pazienti ricoverati è stato utilizzato l'indice di Barthel modificato da S. Shah e coll. (BIM).

Risultati: in un periodo di osservazione di tre mesi sono stati valutati 271 pazienti. La media dei punteggi totali del BIM all'ammissione è risultata essere di 22,0 punti a Forlimpopoli, di 38,6 punti a Fanano e 21,0 a Castel S. Pietro. La media dei punteggi alla dimissione è stata di 24,4 punti a Forlimpopoli e di 56,1 punti a Fanano. Per Castel S. Pietro non sono disponibili i dati BIM della dimissione. In tutti e tre gli OsCo la responsabilità organizzativa e gestionale è infermieristica e i criteri di accesso sono la definizione di diagnosi e prognosi di malattia e la non autosufficienza.

Conclusioni: da una prima analisi sembra che l'Ospedale di Comunità, può rappresentare una risorsa importante per i pazienti, per il servizio sanitario regionale e per i professionisti perché si configura come interfaccia strutturale tra l'ospedale e il territorio in grado di garantire continuità delle cure.

Key words: community hospital; intermediate care; elderly; post acute care

SUMMARY

Objectives: objectives of the study are to describe the organizational model and the characteristics of patients admitted and treated in three Community Hospitals.

Methods: an organizational analysis was conducted in three Community Hospitals in Emilia Romagna Region: Fanano (local health agency Modena), Castel San Pietro Terme (local health agency Imola) and Forlimpopoli (local health agency Romagna). A specific grill was created and used to describe each organizational model. Also was used the modified Barthel Index (MBI) to assess the level the independence of patients.

Results: in the period considered (three months) 271 patients have been evaluated. The average score of MBI admission was 22.0 points in Forlimpopoli, 38.6 in Fanano and 21.0 in Castel S. Pietro. The average score at discharge was 24.4 in Forlimpopoli and 56.1 in Fanano. MBI discharge data are not available for Castel S. Pietro. In all three hospitals, nurses have both organizational and management responsibilities. Access policies are: the definition of the diagnosis and prognosis and the need of long-term care.

Conclusions: from a first analysis it seems that this kind of organization, Community Hospital, is an important resource for patients, for the regional health system and for the health professionals because it ensures that continuity of care necessary, a structural interface between the hospital and local health services.

1. Premessa

A seguito dei documenti nazionali - a partire dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 (1) che suggerisce l'adozione dell'Ospedale di Comunità come struttura coordinata dai Medici di Medicina Generale, con finalità di ambiente protetto per il consolidamento delle condizioni fisiche o la prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero per pazienti post-acuti, e in coerenza con i successivi Schema di PSN 2011-2013, Patto per la Salute 2014-2016 e DM n.70/2015 (2, 3, 4) - la Regione Emilia-Romagna (RER) ha intrapreso un percorso di riorganizzazione dei servizi territoriali e ospedalieri con l'obiettivo di potenziare l'ambito delle "cure intermedie" (5, 6, 7).

Attualmente la normativa specifica per gli Ospedali di Comunità è rappresentata dal Regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera (DM n.70 del 2015) e dalla DGR n.221/2015 ("Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure primarie") (8), che esplicita alcune caratteristiche fondamentali per queste strutture: criteri di accesso per i pazienti, requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, indicatori di monitoraggio. Dopo che sarà deliberato il documento regionale sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, previsto dal DM n.70 del 2015, è quindi attesa la formalizzazione di un documento sullo sviluppo della rete dei servizi di assistenza primaria e sulla realizzazione degli Ospedali di Comunità in RER.

L'Ospedale di Comunità, come servizio di "cure intermedie" e come ben descritto nel precedente articolo di questa monografia, s'ispira ai *Community Hospital* inglesi degli anni '20-'40, strutture sanitarie in cui l'as-

sistenza veniva erogata dai *General Practitioners* (analoghi dei Medici di Medicina Generale) prevedendo una forte integrazione con i servizi sociali e un importante coinvolgimento della comunità. Il modello organizzativo dei *Community Hospital* è successivamente andato estendendosi in diversi paesi europei e in Italia un'esperienza pilota è rappresentata dall'Ospedale di Comunità di Modigliana nei primi anni '90, poi sviluppata anche in altre regioni italiane (9, 10). In particolare in Emilia-Romagna, alcune Ausl (Romagna, Imola, Parma, Modena) hanno affrontato, anche in assenza di specifiche indicazioni regionali, il tema dello sviluppo dell'Ospedale di Comunità. Queste esperienze si caratterizzano per essere nate in maniera per lo più spontanea, in alcuni casi per iniziativa degli stessi MMG (11).

Al 30/10/2015, nell'anagrafe regionale delle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie, risultano censite come strutture di "cure intermedie" 14 strutture, di cui 12 Ospedali di Comunità (2 nell'Ausl di Parma, 1 nell'Ausl di Reggio Emilia, 1 nell'Ausl di Modena, 1 nell'Ausl di Imola, 3 nell'Ausl di Ferrara e 4 nell'Ausl della Romagna) e due strutture residenziali territoriali post-acuzie (un modulo di "Riabilitazione Estensiva in regime di Week Hospital" e un modulo di "Lungo-assistenza") presso la Casa della Salute di San Secondo Parmense.

Recentemente, per il monitoraggio dell'attività assistenziale erogata negli Ospedali di Comunità, è stato attivato a livello regionale (Circolare n.26 del 22/12/2014) (12) un flusso informativo dedicato integrato nel Sistema Informativo Sanitario e Socio-Sanitario Regionale (Flusso SIRCO).

A tutt'oggi mancano valutazioni dei diversi modelli organizzativi attivati e mancano definizioni condivise, adatte al nostro contesto assistenziale, di indicatori di struttura, processo ed esito che possano permettere di monitorare l'implementazione degli Ospedali di Comunità e di valutare in maniera comparativa la loro efficacia e costo-efficacia.

2. Obiettivi

Scopo dello studio è analizzare e descrivere il modello organizzativo di tre Ospedali di Comunità (OsCo) della RER, analizzare le tipologie di pazienti ricoverati nelle tre strutture e monitorare la variazione nel livello di autonomia funzionale degli stessi tra l'ammissione e la dimissione come indicatore di esito della qualità dell'assistenza.

3. Materiali e metodi

L'analisi è stata condotta in tre Ospedali di Comunità della RER: Ospedale di Comunità di Fanano (Ausl di Modena), Ospedale di Comunità (Struttura Residenziale di Cure Intermedie - SRCI) di Castel San Pietro Terme (Ausl di Imola) e Ospedale di Comunità di Forlì (Ausl della Romagna).

Le tre strutture sono state confrontate in termini di:

- Caratteristiche strutturali e modalità organizzative;
- Tipologia di pazienti ricoverati secondo genere ed età;
- Indicatori di esito: variazione (ammissione – dimissione) dei livelli di dipendenza dei pazienti nelle attività della vita quotidiana.

3.1 La scheda per la rilevazione di carat-

teristiche e modalità organizzative dei tre OsCo

Per analizzare lo stato delle strutture oggetto dello studio è stata utilizzata una "Scheda di rilevazione sullo stato di attuazione degli Ospedali di Comunità (OsCo)", predisposta ad hoc, la quale ha consentito di acquisire le principali informazioni sugli assetti gestionali, i modelli organizzativi e gli strumenti in uso per misurare i risultati clinico-assistenziali.

La scheda di rilevazione è stata compilata dai responsabili delle strutture degli OsCo di Fanano, di Castel San Pietro, di Forlì, con l'aiuto di una breve legenda. Essa è stata predisposta in formato Excel, con risposte preordinate inserite in riquadri "a tendina" per favorirne la compilazione, e 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. La scheda prevedeva più item 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.

3.2 Il Barthel Index Modificato

Come indicatore di esito si è scelto di utilizzare un indice che valutasse la differenza nell'autonomia funzionale di un paziente tra l'ammissione e la dimissione dal servizio. In particolare, per la sua semplicità e validità, e in analogia con quanto effettuato nell'ambito del *National Audit of Intermediate Care*, come descritto nel precedente articolo di questa monografia, si è utilizzato la variazione tra ammissione e dimissione del punteggio del **Barthel Index Modificato (BIM)** nella versione a 5 livelli di S. Shah et coll. (13, 14). Tale indice, 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 (15). Il BIM 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 BIM, infine, permette di distinguere 5 categorie di livelli di dipendenza a seconda del punteggio ottenuto: livello di dipendenza totale (pt. 0-24), severa (pt. 25-49), moderata (pt. 50-74), lieve (pt. 75-90) e minima (pt. 91-99).

Nel nostro studio il punteggio è stato assegnato dall'infermiere referente del caso all'ammissione e alla dimissione del paziente a Forlimpopoli e a Fanano, solo all'ammissione a Castel S. Pietro. Riguardo ai pazienti degenti nei tre OsCo, la raccolta delle caratteristiche demografiche e del punteggio BIM è avvenuto in un periodo compreso, per l'OsCo di Castel San Pietro, tra il 01/10/2014 e il 31/01/2015 e per gli OsCo di Forlimpopoli e Fanano tra il 15/11/2014 e il 15/01/2015.

4. Risultati

4.1 Caratteristiche delle strutture e modalità organizzative

La scheda di rilevazione utilizzata nell'indagine si è dimostrata appropriata per acquisire le principali informazioni sugli assetti gestio-

nali e i modelli organizzativi, per rilevare gli strumenti in uso e per misurare i risultati clinico-assistenziali dei tre OsCo.

L'OsCo di Fanano, situato nell'Emilia Nord, è originato dalla riconversione di una struttura socio-sanitaria, a differenza delle strutture di Forlimpopoli e Castel San Pietro che, originariamente, erano strutture ospedaliere. A Fanano la struttura è dotata di 15 posti letto mentre a Castel S. Pietro e Forlimpopoli ne sono presenti 28.

In tutte le strutture la responsabilità organizzativa e gestionale è risultata di tipo infermieristico, mentre la responsabilità clinica è affidata o a medici AUSL (Castel S. Pietro e Forlimpopoli) o a Medici di Medicina Generale (Fanano)

I criteri di accesso, comuni a tutte le strutture, sono risultati: la definizione di diagnosi e prognosi di malattia, la non autosufficienza del paziente e l'impossibilità da parte sua di fare ritorno o rimanere al domicilio per motivi clinici o ambientali.

In tutte le strutture sono presenti il Coordinatore Infermieristico, l'infermiere Case Manager, il Fisioterapista. L'assistenza medica nelle 24 ore per la copertura delle fasce orarie notturne, dei festivi e prefestivi è garantita dal servizio di Continuità Assistenziale (ex-guardia medica).

Nella Tabella n.1 sono riportati in dettaglio tutti i dati acquisiti sulle strutture.

4.2 Caratteristiche dei pazienti

Il campione di pazienti presi in esame è costituito da 271 soggetti dimessi dai tre Ospedali di Comunità nell'arco di tre mesi, di cui:

- 117 pazienti a Castel San Pietro Terme;
- 59 pazienti a Fanano;

- 95 pazienti a Forlimpopoli.

A Fanano sono stati dimessi 59 pazienti di cui 26 maschi e 33 femmine (55,3%) con età media di 82 anni; a Forlimpopoli 95 pazienti di cui 38 maschi e 57 femmine (60,0%) con età media di 81,4 anni; a Castel S. Pietro 117 pazienti di cui 50 maschi e 67 femmine (57,3%) con età media di 82,9 anni. Complessivamente la percentuale della popolazione femminile nei tre OsCo è del 57,9% mentre quella maschile del 42,1%.

4.3 Indicatore di esito

La media dei punteggi totali del BIM all'ammissione è risultata essere di 22,0 punti nell'OsCo di Forlimpopoli, di 38,6 punti in quello di Fanano e 21,0 punti in quello di Castel S. Pietro. La media per le tre strutture è di 25,2 punti.

Nella Figura 1 è riportato un istogramma che suddivide i pazienti secondo la struttura in cui sono ricoverati e per grado di dipendenza all'ammissione (in base a quanto previsto dal BIM: dipendenza totale, severa, moderata, lieve, minima).

Tramite il test di Mann - Whitney è stata eseguita una serie di confronti a coppie per valutare la differenza dei punteggi BIM all'ammissione e si dimostra che la struttura di Fanano ha un punteggio medio all'ammissione nel BIM significativamente più alto rispetto alle altre due strutture. (Coppia Forlimpopoli - Fanano $p = 0,05$; Coppia Castel San Pietro - Fanano. $p < 0,001$).

I dati sulla misurazione dell'indice di Barthel alla dimissione sono disponibili solamente per le strutture di Fanano e Forlimpopoli, che sono pertanto le uniche su cui è stato possibile fare un confronto fra i punteggi all'ammis-

Tabella1 - Caratteristiche degli Ospedali di Comunità presi in esame

ANAGRAFICA (rilevazione 16.2.2015)	CASTEL S. PIETRO TERME (BO) Struttura Residenziale di Cure Intermedie (SRCI)	FANANO (MO) Ospedale di Comunità	FORLIMPOPOLI (FC) Ospedale di Comunità
Indirizzo sede	v. Oriani 1, Castel San Pietro Terme (BO)	via Sabbatini 31, Fanano (MO)	via Duca d'Aosta, Forlimpopoli (FC)
Data attivazione	11/04/14	01/01/14	02/12/13
Collocazione sede	in struttura polifunzionale non ospedaliera	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 rete ospedaliera. Riconversione P.L. ospedalieri. Valorizzazione ruolo professioni sanitarie e integrazione tra ospedale e territorio	Riconversione di struttura Socio-Sanitaria (RSA) di Fanano	Riconversione di struttura ospedaliera di Forlimpopoli
Responsabilità organizzativa e gestionale	Infermieristica	Infermieristica	Infermieristica
Responsabilità Clinica	Medico U.O.C. Geriatria e Lungodegenza e Medico U.O.C. Oncologia	MMG	Medico AUSL
CRITERI ACCESSO AL RICOVERO			
	Pazienti con problemi cronici riacutizzati che hanno completato il percorso diagnostico della fase acuta, ma che necessitano di ulteriore stabilizzazione clinica, monitoraggio continuo e/o consolidamento e aggiustamento della terapia	Punteggio scala NEWS 0-4, con nessun parametro >2	Stabilità clinica o riacutizzazione della patologia cronica
	Pazienti con bisogni socio-sanitari	Diagnosi e prognosi già definita	Diagnosi e prognosi già definita
	Pazienti che necessitano di riattivazione funzionale	Programma terapeutico-riabilitativo definito ma non interamente completato.	Programma terapeutico-riabilitativo definito ma non interamente completato
	Pazienti che necessitano di cure ad alta complessità assistenziale	PAI condiviso con paziente e famiglia	Pazienti clinicamente dimissibili dall'ospedale ma impossibilità di eseguire cure al domicilio

CRITERI PRIORITA' RICOVERO			
		Pazienti residenti nel territorio/Distretto del NCP di Fanano-Sestola-Montecreto provenienti dal domicilio, strutture residenziali o dall'ospedale	Data di inserimento in lista di attesa al ricovero
		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	
MODALITA' DI ACCESSO AL RICOVERO			
Struttura proponente il ricovero	Ospedale	Ospedale e Territorio	Ospedale e Territorio
Struttura che riceve la richiesta di ricovero	OsCO	OsCO	OsCO
Gestione delle liste di attesa	Coordinatore Infermieristico	Punto Unico di Accesso	Coordinatore Infermieristico
Tempo previsto di degenza (da protocollo)	42 giorni	30 giorni	42 giorni
N° posti letto gestiti da Medico AUSL	28	0	24
N° posti letto gestiti da MMG	0	15	4
N° MMG che hanno effettivamente partecipato alle attività OsCO nel 2014	0	1	13
ATTIVITA' CLINICA			
Responsabile clinico e presenza gg /settimana	Medico AUSL 6 gg/sett	MMG 6 gg/sett	MMG 5 gg/sett e Medico AUSL 6 gg/sett
Medici e presenza gg / settimana	Geriatra 6 gg/sett		
	Oncologo 3 gg/sett		
ATTIVITA' ASSISTENZIALE			
Coordinatore Infermieristico	Si	Si	Si
N° gg / settimana e ore	5 gg per 36 ore /sett	6 gg per 36 ore /sett	5 gg per 36 ore /sett
Case Manager	Si	Si	Si
N° gg / settimana e ore	5 gg per 30 ore /sett	6 gg per 36 ore /sett	6 gg per 36 ore /sett
N° complessivo di infermieri	8 per 240 ore / settimana	6 per 168 ore / settimana	14 per 336 ore /settimana
N° infermieri presenti al mattino (lun-ven)	3	1	2
N° infermieri presenti al pomeriggio (lun-ven)	2	1	2
N° infermieri presenti alla notte (lun-ven)	1	1	2
N° infermieri presenti alla notte (sab-dom)	02/02/01	idem	Idem
N° complessivo di 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 alla notte (lun - dom)	2	1	1

Tabella1 - segue

ATTIVITA' RIABILITATIVA			
Fisioterapista	Si	Si	Si
N° gg /settimana	5	5	5
N° ore /settimana	35	15	100
N° in turno	2	1	5
ALTRE FIGURE PROFESSIONALI			
	cardiologo per consulenza	cardiologo 1 gg/sett	cardiologo 1 gg/sett
	Altri specialisti per consulenza	radiologo 1 gg/sett	radiologo 3 gg/sett
		fisiatra 1 gg/sett	fisiatra 5 gg/sett
		ortopedico 1 gg/sett	dermatologo 1 gg/sett
		ginecologo 1 gg/sett	otorinolaringoiatra 1 gg/sett
		psichiatra 1 gg/sett	psichiatra 1 gg/sett
CONTINUITA' ASSISTENZIALE MEDICA			
Medico presente nella sede OsCO	Si	Si	Si
Pronta disponibilità del medico referente del caso	Si	Si	No
Consulenza Telefonica del medico referente del caso	Si	Si	Si
Giorni Feriali			
Mattino	Medico AUSL Presente in struttura	Presente in struttura	Medico AUSL Presente in struttura
Pomeriggio	Medico AUSL Presente in struttura o Reperibile	Reperibile telefonicamente	MMG reperibile telefonicamente
Notte	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura
Sabato			
Mattino	Medico AUSL Presente in struttura	Presente in struttura	Medico AUSL Presente in struttura
Pomeriggio	Continuità Assistenziale presente in struttura	Reperibile telefonicamente	MMG reperibile telefonicamente
Notte	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura
Domenica e Festivi			
Mattino	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura
Pomeriggio	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura
Notte	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura	Continuità Assistenziale presente in struttura
DOCUMENTAZIONE SANITARIA			
Cartella Clinica Informatizzata	No	No	Si
Cartella Clinica Integrata	Si	Si	Si
Piano Assistenziale Individuale (PAI)	Si	Si	Si
Piano di Dimissione	Si	Si	Si

Equipe utilizza Indicatori di Esito	Si	Si	Si
se si indicare quali	Barthel Index Modificato	Barthel Index Modificato	Barthel Index Modificato
	BRADEN	BRADEN	BRASS
	CONLEY	CONLEY	MORSE
	PAINAD	NRS/PAINAD	NRS/PAINAD
Sono previste riunioni di equipe (indicare la frequenza)	Si, mensili	Si, mensili	Si, settimanali
L'equipe svolge attività di addestramento del care giver	Si	Si	Si
L'addestramento del care giver è documentato in cartella clinica	Si	NO	Si

sione e alla dimissione. In Tabella 2 si può vedere come ci sia una variazione in positivo tra i punteggi medi BIM tra l'ammissione e la dimissione nelle due strutture. Il miglioramento si registra in entrambe le strutture, ma a Fanano risulta più accentuato.

Il valore medio del punteggio totale del BIM è risultato maggiore alla dimissione rispetto all'ammissione di circa 8 punti. Tale miglioramento è risultato statisticamente significativo ($p < 0,001$). Il miglioramento del punteggio BIM si registra anche in entrambe le strutture analizzate singolarmente ($p <$

0,001). La Tabella n.2 mostra un confronto nel punteggio medio del BIM per singolo item tra l'ammissione e la dimissione nei due OsCo. I punteggi di tutti gli item risultano aumentati alla dimissione rispetto all'ammissione in maniera statisticamente significativa ($p < 0,001$). Sono state condotte analisi di correlazione per valutare quali item sono maggiormente responsabili della variazione di punteggio totale alla dimissione rispetto all'ammissione. Le correlazioni sono state tutte significative anche se gli item che presentano dei valori di correlazione più elevati

Figura 1 - Distribuzione dei livelli di dipendenza dei pazienti all'ammissione secondo il BIM.

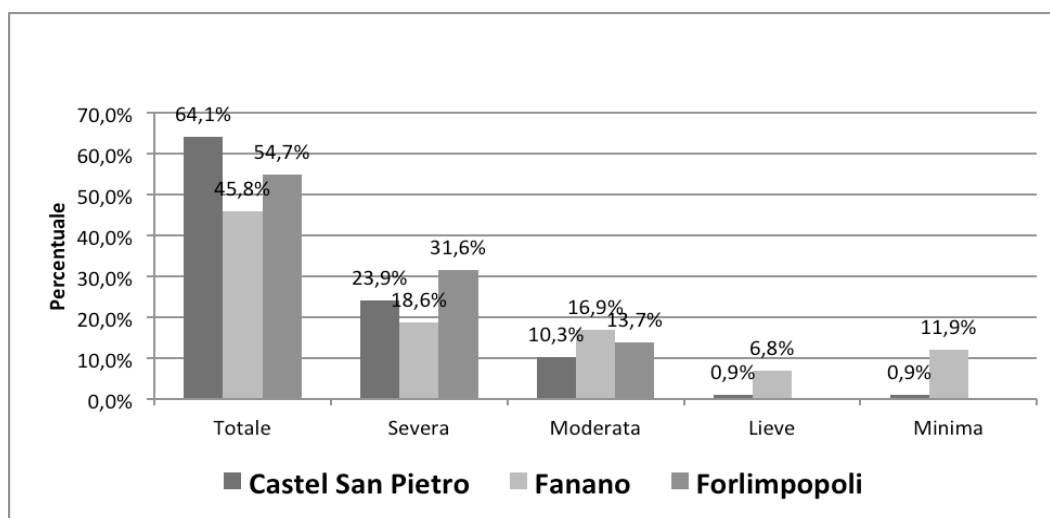


Tabella 2 - Punteggi medi BIM all'ammissione, alla dimissione e differenza

	Ammissione	Dimissione	Differenziale	Incremento percentuale sul massimo
Fanano (59pz)	38,6	56,1	17,4	17,4%
Forlimpopoli (95pz)	22	24,4	2,4	2,4%
Totale campione (154pz)	28,4	36,5	8,2	8,2%
<i>Igiene personale</i>	1,7	2,2	0,5	10,0%
<i>Fare il bagno o la doccia</i>	1,4	1,9	0,5	10,0%
<i>Alimentazione</i>	6,3	7,2	0,9	9,0%
<i>Uso del WC</i>	2,5	3,4	0,9	9,0%
<i>Salire le scale</i>	0,9	1,7	0,8	8,0%
<i>Vestirsi</i>	3	3,9	0,9	9,0%
<i>Continenza fecale</i>	3,6	4,3	0,7	7,0%
<i>Continenza urinaria</i>	4,6	5,4	0,8	8,0%
<i>Deambulazione</i>	3,7	5,7	2	13,3%
<i>Spostamento sedia - letto</i>	3,3	4,9	1,6	10,7%

sono quelli relativi ad uso del WC, deambulazione e capacità di spostarsi dalla sedia al letto.

Nelle Figure n.2, n.3 e n.4 sono rappresentate le variazioni nel grado di dipendenza nei pazienti riscontrate tra ammissione e dimissione nelle due strutture complessivamente e singolarmente.

Complessivamente dei 154 pazienti valutati all'ammissione e alla dimissione si registrano 79 casi (51,3%) che sono migliorati, 72 casi (46,8%) che non hanno attenuato punteggi differenti e 3 casi (1,9%) che sono peggiorati.

5. Discussione

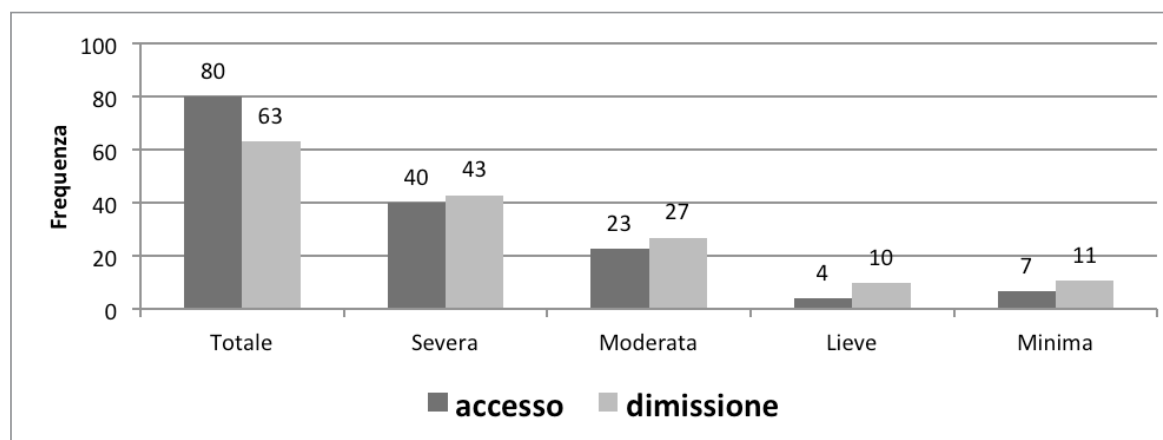
Gli Ospedali di Comunità analizzati nascono in territori diversi tra loro sia geograficamente che come posizione logistica; tuttavia tale

lavoro ha mostrato che, nonostante le differenze, queste strutture possono offrire una valida risposta ai bisogni sanitari dei pazienti anziani fragili, in particolare in seguito alla dimissione da ospedali per acuti.

Appare evidente come l'Ospedale di Comunità, possa rappresentare una risorsa importante per l'organizzazione assistenziale sul territorio, per i professionisti e soprattutto per i pazienti, dato che si configura come un'interfaccia strutturale tra l'ospedale e il domicilio ed è in grado di garantire continuità delle cure, integrazione e coordinamento tra servizi.

È importante rilevare che la regione Emilia-Romagna in tale campo può essere considerata all'avanguardia in quanto l'implementazione di questi servizi intermedi è iniziata da più di venti anni. I punti di forza di tali strut-

Figura 2 - Variazione del livello di dipendenza ammissione-dimissione complessivo negli OsCo di Fanano e Forlimpopoli



ture, come mostrato in Tabella 1, riguardano il rispetto dei criteri di ammissione, basati su un quadro clinico stabilizzato, il rispetto dei tempi massimi di ricovero, la redazione di un Piano Assistenziale Individuale, l'operatività basata sulla presenza di un team multi-professionale, l'assistenza infermieristica garantita nelle 24 ore, la presa in carico fisioterapica e la predisposizione di un piano di dimissione. Purtroppo a oggi è ancora misconosciuta l'esigenza di effettuare una rilevazione sistematica della qualità dell'assistenza erogata. 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.

Fondamentale sarebbe anche l'introduzione di criteri per la valutazione della esperienza/soddisfazione dei pazienti. 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), già citato nel precedente articolo di questa monografia. Valutazioni di questo tipo sicuramente possono contribuire in maniera importante a formare un quadro complessivo sulla qualità e sull'efficacia dell'assistenza (16).

Ulteriori ricerche sono 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 (17, 18). Questo studio suggerisce che gli Ospedali di Comunità, insieme al resto del settore delle Cure Intermedie, come ad esempio l'assistenza domiciliare, potranno rappresentare un valido ed imprescindibile

Figura 3 - Variazione del livello di dipendenza ammissione-dimissione nell'OsCo di Fanano

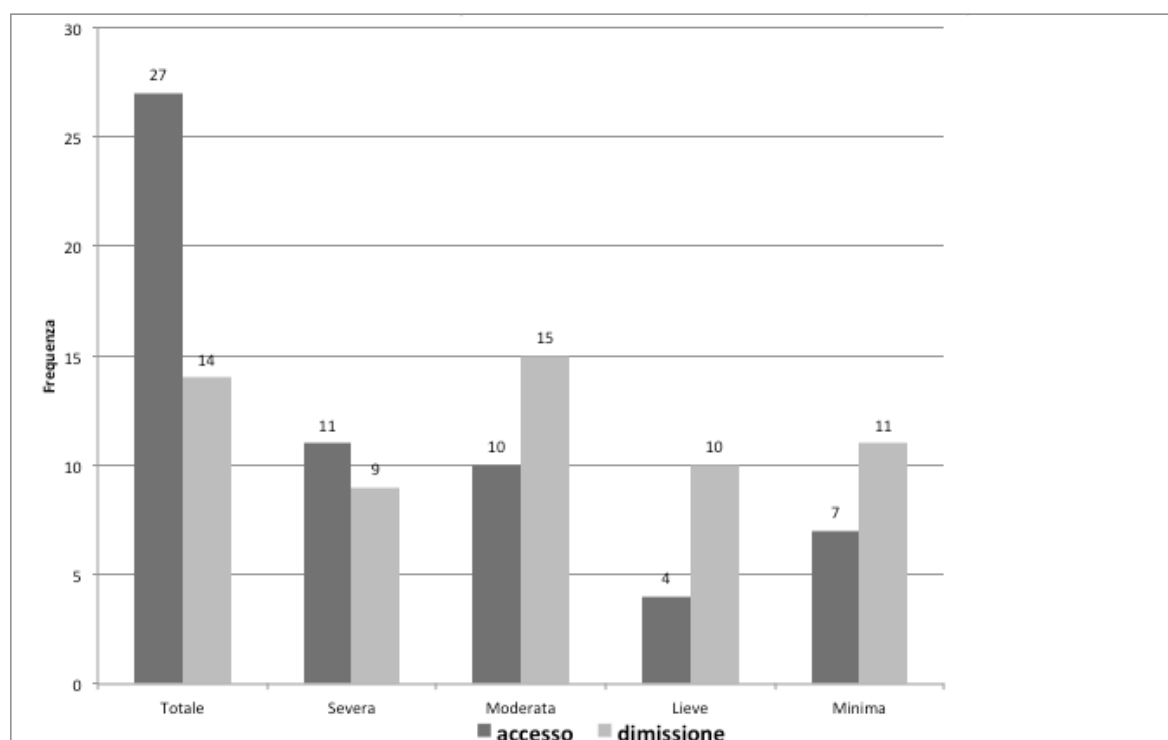
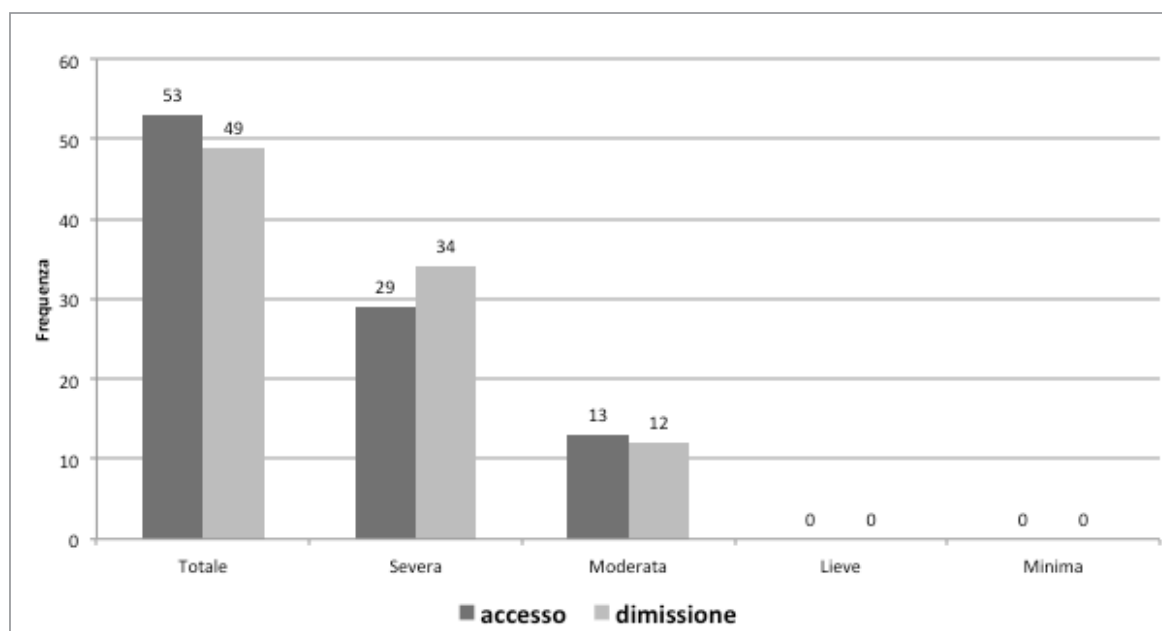


Figura 4 - Variazione del livello di dipendenza ammissione-dimissione nell'OsCo di Forlimpopoli



strumento per ottemperare a questa necessità. In conclusione l'OsCo consentirebbe al SSN un risparmio di risorse evitando ricoveri inappropriati e liberando posti letto negli ospedali per acuti e contribuirebbe al

contempo a garantire livelli di assistenza adeguati ai bisogni della popolazione rispettando i principi di universalità, uguaglianza ed equità che hanno da sempre contraddistinto il Sistema Sanitario italiano.

BIBLIOGRAFIA

1. Piano Sanitario Nazionale 2006 – 2008
2. Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013
3. Rep. N. 82/CSR del 10 luglio 2014 – Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016
4. DM. N. 70 del 2 aprile 2015: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”
5. Mirza Z. Intermediate Care Project. Report to South Kent Coast Health and Well Being Board. London: NHS, South Kent Coast, Clinical Commissioning Group; 2013.
6. Pearson M., Hunt H, Cooper C, Shepperd S, Pawson R, Anderson R. Intermediate care: a realist review and conceptual framework. Final report. Southampton: NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2013.
7. Annicchiarico M, Colombo M, Protonot Ari A. La rete della post-acuzie: un sistema di continuità di cura ospedale-territorio dell'area bolognese. *Mecosan* 2012; 20 (84): 63-78. 2012.
8. 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.
9. Aulizio G. L'Ospedale di Comunità. *Professione & Clinical Governance* 2011; 2: 8-23.
10. Agenas. L'Ospedale di Comunità – Country Hospital in Italia. Studio della normativa nazionale e regionale; Roma: Agenas; 2009.
11. Fantini MP, Pieri G, Rosa S, Caruso B, Rossi A, Pianori D, Longo F. 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* 2015; 93: 75-97.
12. Regione Emilia-Romagna. Circolare n.26 del 22/12/2014, Specifiche tecniche per l'attivazione del flusso informativo degli Ospedali di Comunità (SIRCO).
13. Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42(8): 703-9.
14. 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.
15. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14:56-61.
16. 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.
17. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S., Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* 2012; 380, 9836: 37-43.
18. Fantini MP, Borgonovi E, Maciocco G, Pieri G, Longo F. La ricerca di modelli clinici e organizzativi capaci di coniugare personalizzazione e ingegnerizzazione delle cure. *Mecosan Management ed economia sanitaria* 2013; 87: 3-8.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno