CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

21-23 OTTOBRE 2021

NAPOLI
Sede Congressuale
Complesso di Santa Maria la Nova
Via Santa Maria la Nova, 44

XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE CURE DOMICILIARI NEI DISTRETTI

TITOLO:

RASSEGNA COMPARATIVA TRA REGIONI ITALIANE PER IL SETTING RELATIVO ALLE CURE INTERMEDIE/OSPEDALI DI COMUNITA', QUADRO NAZIONALE, PNRR

RELATORE:

FRANCO PESARESI

Perché l'esigenza di nuove strutture residenziali?

- **difficoltà di dimissione ospedaliera** dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta.

- Le **strutture residenziali non rispondono**, se non in parte, a questo tipo di esigenze;

- Difficoltà al reperimento di un **setting più appropriato**, rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza sufficiente al bisogno e ad un costo minore.

DMS 70/2015 e Stato-Regioni 2020: le caratteristiche degli Ospedali di comunità

CARATTERISTICHE	DESCRIZIONE
Definizione	Il presidio di assistenza sanitaria a degenza breve/ospedale di comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. L'ODC è una struttura di ricovero breve territoriale rivolta a pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio in assenza di idoneità del domicilio o che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa.
Posti letto	Obiettivo**: 0,4 p.l. ogni 1000 abitanti**. Modulo da 15-20 posti letto. Max due moduli. Stanze da 1 o 2 letti. (In altra parte 4 letti)
Standard di personale	Medico: almeno un'ora la settimana per ospite sei giorni su 7 nell'orario 8-20. Poi pronta disponibilità. Per modulo di 20 posti garantire infermiere h24, più altre figure secondo necessità; 1 coordinatore infermieristico. **Prima era**: 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari per esempio a: • 1 infermiere ogni 8 ospiti; • 1 OSS ogni 2 ospiti.
Responsabilità clinica	**E' assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN**.
Responsabilità igienico sanitaria	Un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale.
Responsabilità gestionale-organizzativa	**Fa capo al distretto ed è gestita da figura individuata anche tra le professioni sanitarie**

DMS 70/2015 e Stato-Regioni 2020: le caratteristiche degli Ospedali di comunità/2

CARATTERISTICHE	DESCRIZIONE
Pazienti	• Pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero ospedaliero o con patologie croniche riacutizzate che devono **completare il il processo di stabilizzazione** clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione **a breve termine** (15-20 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. • Pazienti che necessitano di **sorveglianza infermieristica continuativa**. • Possono prevedere spazi per **dementi affetti da patologie croniche** riacutizzate o per minori nelle vicinanze di ospedali pediatrici.
Accesso	L'accesso avviene su **prescrizione** del MMG, del medico di continuità assistenziale o dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal pronto soccorso. É **auspicabile** una **valutazione multidimensionale** anche in fase di accesso che può utilizzare scale di valutazione standardizzate. E' necessario che soddisfi i seguenti criteri: • **diagnosi già definita**, • **prognosi già definita**, • **valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica** eventualmente attraverso scale standardizzate, • **Programma di trattamento già stilato** e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione del pronto soccorso).

DMS 70/2015 e Stato-Regioni 2020: le caratteristiche degli Ospedali di comunità/3

CARATTERISTICHE	DESCRIZIONE
Durata del ricovero	La degenza media prevedibile è di **15/20 giorni**.
Sede fisica	Allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.
Modalità di remunerazione	Il **costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera (cod 60) e quello delle strutture Residenziali**. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una **alberghiera** la quale può essere o meno a carico dell'utente.

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

PNRR

Le previsioni del PNRR

- Prevista la realizzazione di 381 nuovi OdC per 7.620 nuovi posti letto entro metà 2026.
- Oggi sono 163, diventeranno 528.
- Costo 1 miliardo. 2,6 milioni per OdC (di cui per tecnologie 342.000 €). Finanziate anche le case della comunità.
- Distribuzione risorse per gli OdC proporzionale alla popolazione.
- OdC con 20 p.l.. Stanze da 2-4 p.l.

Le criticità del PNRR

- I tempi di realizzazione. Ce la faremo?
- Il personale servirà dal 2027 e non è finanziato. Serviranno 628.000 euro x OdC per un totale di 239 milioni che occorrerà reperire.
- Stime del personale non affidabili. Ho calcolato che la degenza costerebbe 86 euro al giorno. Meno di una RSA. Molto meno della media delle tariffe attuali degli OdC che è di 147 €. Serviranno più risorse.

In arrivo: decreto sugli standard per il territorio/1

- 0,4 posti letto per mille abitanti

- Standard di personale per OdC di 20 p.l.:
  - 9 infermieri;
  - 6 OSS
  - Un medico per almeno 4 ore al giorno

- Degenza 15-30 giorni (solo in casi eccezionali proroga). Permanere senza motivazione clinica comporta il pagamento di una tariffa.
- Vengono riviste le caratteristiche dei pazienti eleggibili: soprattutto si aggiungono pazienti che necessitano assistenza nella somministrazione di farmaci o nell'uso di dispositivi, o supporto riabilitativo, o per educazione terapeutica.

In arrivo: decreto sugli standard per il territorio/2

- **Si cambia** rispetto alle LG Stato-Regioni: Responsabilità clinica a medici dipendenti o conv o ai MMG purché privi di iscritti; Responsabilità organizzativa/assistenziale in capo all'infermiere

- E' presente l'infermiere case manager che si occupa di ammissioni e dimissioni.

- Definite le attrezzature necessarie.

LDPA, Ospedali di comunità e RSA/1

	LDPA	Ospedali di comunità	RSA
Setting	Ospedale	Struttura residenziale	residenziale per anziani
Posti letto	Obiettivo: almeno 0,2 pl ogni 1000ab	Obiettivo: 0,4 pl ogni 1000 abitanti	Attivi 1,5 pl ogni 1000 abitanti
Durata degenza massima	60 giorni	Degenza media 15-20 giorni	In molte regioni anche permanente
Tariffe	154 euro. Nessuna quota di partecipazione dell'assistito.	Valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture Residenziali. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.	Media 103 euro. Viene richiesta all'assistito una quota alberghiera.
Soglia dimensionale minima	Min 20 pl Ottimale: 30 pl	Min 15-20 pl Max 30-40 pl	20 pl

LDPA, ospedale di comunità e RSA/2

	LDPA	Ospedali di comunità	RSA
Standard di personale non medico	Per modulo di 32 pl: •13 infermieri più la capo sala; •4 tecnici della riabilitazione; •8 ausiliari socio-sanitari (1988). (241', effettivi 193')	•Per modulo di 20 posti garantire infermiere h24, più altre figure secondo necessità; •1 coordinatore infermieristico.	Orientamento prevalente delle regioni: •ass. infermieristica 20-40 minuti al giorno, •ter. riabilitazione 5-15 minuti al giorno, •OSS 100-135 minuti al giorno. (media 157')
Assistenza medica	Soluzione regionale prevalente: presenza 24/24 ore.	almeno un'ora la settimana per ospite sei giorni su 7 nell'orario 8-20. Poi pronta disponibilità.	Soluzione regionale prevalente: pochi minuti al giorno per ospite. Spesso geriatra.
Modalità di accesso	I pazienti sono inviati dall'ospedale.	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio.	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso l'UVM.
Lavoro multidiscipl. e multidimens.	Elaborazione di un programma assistenziale individualizzato (PAI) o di un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente.	Auspicabile una valutazione multidimensionale anche in fase di accesso che può utilizzare scale di valutazione standardizzate.	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e definito per tutti i pazienti il PAI.

GLI OSPEDALI DI COMUNITA' NELLE REGIONI ITALIANE

CHE COSA SONO?

Le diverse denominazioni

DENOMINAZIONI DEGLI OSPEDALI DI COMUNITA'	
Abruzzo, Campania, E. Romagna, Puglia, Sardegna	Ospedali di comunità
Bolzano, Liguria, Umbria	Strutture di cure intermedie (SCI)
Lazio, Molise	Unità di degenza (a gestione) infermieristica (UDI)
Lombardia	Degenze di comunità (liv. base e liv. avanzato)
Friuli VG	RSA livello di assistenza medio (per trattamenti assistenziali intensivi)
Marche	Cure intermedie: 1) country hospital (CH); 2) struttura intermedia integrata (SII)
Piemonte	Continuità assistenziale a valenza sanitaria
Toscana	a) Low care (setting 1); b) Residenzialità sanitaria intermedia (setting 2); c) Residenzialità assistenziale intermedia (setting 3);
Veneto	Strutture di ricovero intermedie: a) Ospedale di comunità; b) Unità riabilitativa territoriale.

CHE COSA SONO?

Nelle diverse esperienze regionali si configurano come strutture residenziali extra-ospedaliere di degenza a prevalenza sanitaria, a medio-alta intensità assistenziale, a vocazione internistica (e in qualche caso anche riabilitativa: Lombardia, Piemonte, Veneto) da utilizzare quando l'ospedale , il domicilio e la residenzialità sociosanitaria (RSA, RSD) risultano inadeguate.

Sono caratterizzate dall'accesso attraverso l'UVM, dalla redazione del PAI e dalla temporaneità della degenza.

Quasi tutte derivano dalla riconversione di strutture ospedaliere ma con due diversi modelli di riferimento:

a) Uno a vocazione internistica e di stabilizzazione del quadro clinico;
b) l'altro ha come obiettivo lo sviluppo di una risorsa residenziale propria del distretto sanitario.

QUALI PAZIENTI?

I pazienti eleggibili/sintesi 1

Pazienti provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente **dimissibili** da ospedali per acuti, **ma non in condizione di poter essere adeguatamente assistiti a casa** .	Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto
Pazienti fragili e/o cronici **provenienti dal domicilio per la presenza di una instabilità clinica** (ad esempio riacutizzazione di patologia cronica preesistente o monitoraggio dell'introduzione di presidi medici invasivi) che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall'assistenza domiciliare.	Abruzzo, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Lombardia, Marche, Toscana
persone dimissibili per cure a domicilio, ma **con contesti socio-familiari "fragili o inadeguati"** che non consentono il rientro se non dopo un periodo di cure finalizzato alla acquisizione di autonomie, anche supportate, compatibili con il rientro a domicilio oppure con l'accoglienza/rientro in strutture residenziali socio-sanitarie.	Lazio, Lombardia, Veneto, Piemonte, Puglia, Sardegna
Pazienti dimissibili dall'ospedale per acuti che hanno bisogno di **mantenere** (e completare) **la stabilizzazione clinica** e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima rientrare a domicilio o in altra struttura.	Lazio, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana
Pazienti caratterizzati da **non autosufficienza**, anche temporanea, nella fase della malattia in cui **non** sono **richiesti** un elevato impegno tecnologico e la **presenza/assistenza medica continuativa** nell'arco delle 24 ore	Lazio, Marche, Molise

I pazienti eleggibili/sintesi/2

Pazienti, nel massimo del 10% dei posti letto del modulo (Marche), afferenti al **profilo R1** (stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegerative, etc).	Marche, Veneto (in parte in URT)
Pazienti che necessitano di **riattivazione motoria o di supporto riabilitativo rieducativo** respiratorio o di altro organo/distretto o di recuperare la cura del sé	E. Romagna, Toscana
Dimessi dai reparti di emergenza/pronto soccorso per i quali il ricovero in reparto per acuti potrebbe essere inappropriato in quanto risponderebbe più a bisogni di emergenza sociale che clinica	Liguria, Lombardia
pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi che richiedono una sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo; necessità di formazione/educazione/addestramento del paziente e del caregiver prima dell'accesso a domicilio.	Emilia Romagna
Pazienti provenienti da strutture residenziali di più bassa intensità assistenziale con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamene in tali strutture.	Marche
Pazienti con necessità di **terapia** con **farmaci H**, ma stabili dal punto di vista clinico.	Marche
Persone che necessitano di un **periodo di "non carico"** prima della fase di riabilitazione	Lombardia

I pazienti eleggibili/sintesi/3

Pazienti non autosufficienti richiedenti trattamenti assistenziali intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali	Friuli VG
Pazienti con **disabilità complesse** e prevalentemente motorie o con disabilità neuropsichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per **problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza**	Piemonte
Pazienti con alcune funzioni/abilità sono sicuramente perse, la malattia ha **una prognosi infausta a breve termine**, ed il paziente potrebbe non essere eleggibile per Hospice	Veneto
pazienti con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di **emergenze socioassistenziali**;	Piemonte
Persone con patologia **neurodegenerativa** o **dementigena** o con disabilità **neuro psicomotoria** o con patologie correlate all'area delle dipendenze.	Piemonte
Pazienti che necessitano di osservazione sanitaria breve.	Puglia
Soggetti in dimissione da reparti per acuti che necessitano di assistenza medica sulle 24 ore non ad alto contenuto tecnologico, per la gestione della fase immediatamente successiva alla fase di stabilizzazione in ospedale per acuti.	Toscana

Criteri di esclusione

Emilia Romagna, Puglia	• Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica; • Pazienti in fase di terminalità; • Pazienti che richiedono assistenza medica continuativa; • Pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.
Lombardia	• le patologie psichiatriche attive; • le condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.); • le acuzie non risolte; • le diagnosi incomplete o in corso di definizione.
Marche	• Pazienti con instabilità clinica; • paziente con diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito; • paziente terminale proveniente da altra struttura; • paziente psichiatrico o con demenza con severi disturbi del comportamento non controllati con le terapie; • paziente assistibile a domicilio da parte del nucleo familiare o caregiver”.
Toscana (nel modulo Continuità assistenziale/ Cure intermedie)	• pazienti terminali; • pazienti con ragioni sociali che prolungano il ricovero; • lungodegenti; • pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi; • pazienti psichiatrici; • pazienti affetti da malattie infettive diffusive; • pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali.
Veneto	• Ospedale di comunità: I pazienti con demenza e disturbi comportamentali non ben controllati dalla terapia. • Unita riabilitativa territ.: I profili SVAMA 16 e 17 (pazienti con decadimento cognitivo e gravi disturbi del comportamento) non possono essere adeguatamente protetti in queste strutture.
	Le condizioni indicate da almeno 2 regioni sono state sottolineate.

L'accesso: sintesi

1a. Le strutture invianti (ospedaliere e residenziali) o il MMG (domicilio) compilano la richiesta di ricovero	Abruzzo, Bolzano, Friuli V.G., Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte (no MMG), Puglia (no dal domicilio), Sardegna, Veneto
1b. Anche direttamente dal pronto soccorso	Bolzano, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, Sardegna
2a. Si accede alle Cure intermedie previa valutazione della unità valutativa multidimensionale	Bolzano, Emilia Romagna, Friuli V.G., Lombardia, Marche (solo assenso UVI), Molise, Toscana, Veneto
2b. La valutazione multidimensionale viene effettuata dall'OdC dopo il ricovero	Lombardia, Marche (per chi accede dal Pronto soccorso)
3a. Viene redatto il Piano di assistenza individualizzato (PAI) o altro progetto assistenziale prima dell'accoglienza nella SCI	Emilia Romagna, Liguria, Puglia, Sardegna
3b. Il PAI viene redatto dopo l'ingresso in OdC	Lombardia, Marche, Veneto
4. Prima del ricovero viene definito il percorso successivo al ricovero in OdC (in accordo con la famiglia)	Liguria

Requisiti per l'accesso
(negli ultimi atti regionali)

- **Diagnosi già individuata** (Bolzano, Lombardia, Puglia);
- **Prognosi e impostazione terapeutica già definite** (Bolzano, Lombardia , Puglia);
- **Valutazione del carico assistenziale e della instabilità clinica** attraverso scale standardizzate di valutazione clinico-assistenziale (Bolzano, Lombardia , Puglia);
- **Programma di trattamento già stilato** e condiviso con il paziente (ad eccezione provenienti dal Pronto soccorso) (Lombardia , Puglia);
- **Assistenza residenziale non erogabile al domicilio** (escluso sollievo) (Lombardia);

Durata della degenza

ENTE	Durata max degenza gg.	Degenza media gg.
Stato-Regioni	20	15-20
Abruzzo		15-20
Emilia Romagna	42	15
Friuli VG	30	
Lazio	20 se in CdS; 4 se in sede ospedaliera	
Liguria	40	22-30
Lombardia	40	7-20
Marche	60	30
Molise	20	
Piemonte	30+30	
Puglia	15-20	
Sardegna	60+30	15-20
Toscana	20	
Veneto	42 (ospedale di comunità); 48 (unità riabilitativa terr)	

Pazienti e percorsi

Pazienti fragili provenienti dall'ospedale o dal domicilio che richiedono un'assistenza temporanea ma maggiore di quanto possa essere garantita a domicilio (anche per carenze familiari/ abitative).

La maggioranza delle regioni prevede la valutazione preventiva dell'UVM e la redazione di un PAI.

Maggiore attenzione per la profilazione dell'utenza per dare efficacia al sistema: Lombardia (profilo assistenziale); Toscana (News); Emilia Romagna (Flusso SIRCO).

Metà delle regioni prevede una degenza massima fino a 30 giorni; l'altra metà oltre (fino a 60+30). Due terzi delle regioni degenza media fino a 20 giorni.

QUALE ASSISTENZA?

Responsabilità

Responsabilità gestionale/organizzativa		
Affidata a MMG	**Affidata ad un infermiere**	**Affidata ad un medico del distretto**
	Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Molise	Bolzano, Friuli VG, Puglia, Veneto.
Responsabilità clinica		
affidata a MMG	**affidata a medici di famiglia o medico dipendente**	**affidata ad un medico del distretto**
Marche; Puglia, Toscana *(nella residenzialità assistenziale intermedia)*	Bolzano, Emilia Romagna, Lombardia (liv base) Molise, Sardegna, Umbria	**Friuli V.G**. *(RSA liv medio)*, **Marche** (*Strutt. Intermedie integrate SII)*, **Lombardia** (liv avanzato) **Toscana** *(medico di struttura nelle Low care; medico specialista nelle RSI)*; **Veneto** *(medico pubblico o privato)*

4 MODELLI

LE FIGURE PROFESSIONALI	I RUOLI
1 - INFERMIERE MEDICO DIPENDENTE	Responsabile gestionale/organizzativo Responsabile clinico
2 – INFERMIERE MMG	Responsabile gestionale/organizzativo Responsabile clinico
3 – MEDICO DIPENDENTE	Responsabile gestionale/organizzativo Responsabile clinico
4 – MEDICO DIPENDENTE MMG	Responsabile gestionale/organizzativo Responsabile clinico
L'intesa Stato –Regioni ha inoltre introdotto il responsabile igienico sanitario designato dalla direzione sanitaria aziendale	

Assistenza medica: tendenze

Tre gruppi	Regioni (stato-regioni almeno 51')	Assistenza medica (10'-20' die/paz)
1	Friuli VG, Liguria, Lombardia (liv avanzato), Piemonte, Toscana, Veneto	Garantita da **medici dipendenti** soprattutto geriatri. In Toscana l'assistenza medica è più elevata. In Lombardia 90', 6 gg su 7 liv. avanzato
2	Abruzzo, Campania, E. Romagna, Puglia, Toscana, Umbria	Garantita da **MMG**. Nella maggioranza dei casi con l'ausilio della guardia medica. In Puglia un accesso settimanale per ospite.
3	Lazio, Lombardia (liv base) Marche, Molise, Sardegna	Garantita da **MMG o da medici dipendenti** soprattutto geriatri. Spesso con rinforzo della Guardia medica. In Lombardia 60', 5 gg su 7 liv. base +reperibilità.

Standards assistenziali: min/die/pz

Regione	Coord. inf	infermieri	OSS	Terapisti	Totale (escl. Coord)	Presenza 24/24
Molise	Si	162	162		324	
E. Romagna	15	103	206	Si, riducendo inferm.	309	Infermieri
Veneto URT	10	96	154	26	276	Infermieri
Veneto OdC	15	100	154	10	264	Infermieri
Friuli VG	Si	110	130	13	253	Infermieri
Liguria		60	140	20	240	Infermieri
Bolzano		114	74	Al bisogno	210	
Lazio	16	81+16 (case manager)	81	16	194	Infermieri e OSS
Lombardia (base e avanzato)	Si	Almeno 90 Almeno 80		- 21	180 181	Infermieri Inf., oss & medico
Piemonte (2 livelli)		60 80	110		170 190	Infermieri e OSS
Marche		54	106	15	175	Infermieri e OSS
Puglia	Si	49	114		163	Infermieri e OSS

Quale assistenza

Media globale 227’, infermieri 91’, OSS 117’

Molte innovazioni:

•In alcune regioni, emerge il ruolo gestionale dell’infermiere; Lombardia, Lazio hanno previsto anche il case manager

•Ruolo strategico del MMG, in uno dei due modelli;

•Standard assistenziali straordinariamente diversi; assenza di modelli di riferimento.

TARIFFE E POSTI LETTO

Tariffe

ENTE	Tariffa giornaliera in €	note
AGENAS	un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture Residenziali (103-154). (media regioni147)	Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.
Bolzano	234, 85 (pubb.) 213,5 (priv)	
Friuli V.G.	134	Superati 30 gg. di degenza il cittadino contribuisce con il 50% della tariffa giornaliera.
Lazio	144	
Lombardia	130 liv. base ? Liv. avanzato (190?)	
Marche	145	Superati 60 gg. di degenza il cittadino contribuisce per la quota alberghiera pari a 42,50 euro/die.
Piemonte	120 130 +20	- Pazienti con moderata/lieve complessità clinico-assistenziale - Pazienti con alta complessità clinico-assistenziale - Tariffa aggiuntiva per pacchetto riabilitativo Quota alberghiera dopo il 30° giorno.
Sardegna	138 (Olbia)	La quota alberghiera a carico della persona accolta: nessuna quota sino al 10° giorno e per i pazienti con prognosi in exitus, in fase di definizione diagnostica dello stato vegetativo, di completamento di terapie iniziate in fase di ricovero per acuzie; successivamente, dall'11° giorno o dal termine del completamento delle terapie iniziate in fase di acuzie sino al 40° giorno di permanenza incluso, euro 15 pro die. Il protrarsi della degenza oltre tali termini comporta il pagamento del 50% della tariffa.
Toscana	119 – 132 - 154	119 (RAI); 132 (RSI); 154 (Low Care)
Veneto	145 (OdC) 145 (URT)	La quota alberghiera dell'OdC di 25 euro a carico dell'utente a partire dal 61.mo giorno e che diventa di 45 euro dopo il 90.mo giorno di presenza. La quota alberghiera dell'URT di 25 euro a carico dell'utente a partire dal 16.mo giorno e che diventa di 45 euro dopo il 60.mo giorno di presenza.

Dimensioni (p.l.)

ENTE	Soglia dimensionale minima (p.l.)	Dimensione max	p.l. modulo
Stato-Regioni	15-20	30-40	15-20
Abruzzo		20	
Bolzano	15-20	30-40	
E Romagna			15-20
Friuli VG	20	120	20
Liguria	18		18-25
Lombardia	15-20	30-40	20 (anche 5-6 pl in RSA)
Marche	20 (10 se coesistenti con altro diverso nucleo)		20
Puglia	Inf. a 20	40	
Sardegna	60 (30 se coesistenti con altro diverso nucleo)		30
Toscana	8		
Veneto	24		24

Posti letto previsti

ENTE	Popolazione 1/1/2021	p.l. attivi (2020)	PNRR Nuovi OdC	Posti letto previsti totale	p.l. per 1.000 abitanti (previsti o attivi)
AGENAS/bozza decreto	**59.257.566**			23.703	**0,40**
Abruzzo	1.285.256	-	8	260	**0,20**
Basilicata	547.579		4	70	**0,13**
Bolzano	533.715	-	3	67	**0,12**
Calabria	1.877.728	-	12	243	**0,13**
Campania	5.679.759	-	37	752	**0,13**
E.Romagna	4.445.549	359	28	924	**0,21**
Friuli VG	1.198.753	-	8	153	**0,13**
Lazio	5.720.796	20	37	762	**0,13**
Liguria	1.509.805	20	10	215	**0,14**
Lombardia	9.966.992	467	64	1.745	**0,17**

Posti letto previsti

ENTE	Popolazione 1/1/2021	p.l. attivi (2020)	PNRR Nuovi OdC	Posti letto previsti	p.l. per 1.000 abitanti (previsti o attivi)
Marche	1.501.406	616	10	808	**0,54**
Molise	296.547	35	2	73	**0,25**
Puglia	3.926.931	145	25	652	**0,17**
Piemonte	4.273.210	30	27	1.293	**0,30**
Sardegna	1.598.225	12	10	218	**0,14**
Sicilia	4.840.876	-	31	628	**0,13**
Toscana	3.668.333	1044	24	1.524	**0,41**
Trento	544.745	-	3	69	**0,13**
V. D'Aosta	123.895	-	1	16	**0,13**
Veneto	4.852.453	1.426	31	3.038	**0,63**
Totale	**59.257.566**	**4.174**	**381**	**13.510**	**0,23**

Tariffe e posti letto

Tariffe diversissime, tariffa media 147 euro.

Livello della tariffazione non sempre sembra in grado di garantire l'intera assistenza necessaria e dichiarata tanto che diverse regioni (Piemonte e Veneto) non hanno previsto la piena copertura delle prestazioni diagnostiche.

La maggioranza delle regioni ha previsto una compartecipazione alla spesa, superato un certo periodo di degenza.

Previsti mediamente 0,23 p.l. per 1.000 abitanti, lontano dalla previsione dell'Agenas (0,40). Grande varietà.

Riconversione iso-risorse: sistema bloccato dalla assenza di risorse libere da utilizzare per investire nelle cure intermedie.

RISCHI ED OPPORTUNITA’

UNA RISPOSTA

I sistemi sanitari sono messi a dura prova

- dalla riorganizzazione ospedaliera (contenimento spesa) e
- dalla gestione della non autosufficienza e delle condizioni croniche ad alta complessità (mutati bisogni):

gli Ospedali di comunità sono una risposta.

IL NUOVO SETTING ASSISTENZIALE
una opportunità

Sono emersi **almeno due diversi modelli organizzativi**: un primo modello in cui la gestione organizzativa viene affidata agli infermieri e la gestione clinica dei pazienti viene affidata ai MMG; un secondo modello più tradizionale con direzione della struttura e gestione clinica dei pazienti affidata ad un medico dipendente della ASL.

Target: pazienti fragili, in condizioni diverse, per i quali si registrano difficoltà nella dimissione, o che necessitano di avere una assistenza continua non ospedaliera ma di media-alta intensità, prima di poter tornare al domicilio o ad altra struttura residenziale.

L'introduzione di elementi di innovazione, la presenza di diversi (troppi?) modelli di riferimento (+ flessibilità del sistema) e l'esplicita missione della garanzia della continuità assistenziale dei pazienti mette le cure intermedie in condizione di rappresentare una possibile soluzione ad alcune criticità del sistema sanitario.

L'organizzazione delle cure intermedie un rischio

Le regioni hanno fatto scelte molto diversificate che, per ora, hanno prodotto **tanti modelli regionali** quante sono le regioni che si sono misurate con le cure intermedie. (elementi che contribuiscono a definire un modello organizzativo: la durata della degenza (breve-lunga); la responsabilità organizzativa (infermiere-medico); la responsabilità clinica e l'assistenza medica (MMG-medico dipendente); gli standard assistenziali (alti-bassi)).

Adesso occorre sperimentare per arrivare alla definizione di un piccolissimo numero di modelli organizzativi condivisi ed efficaci. L'intesta Stato-Regioni non aiuta molto.

Le risorse
un rischio

Le regioni, in genere, hanno previsto la realizzazione delle strutture di cure intermedie **senza stanziare risorse aggiuntive** per la loro realizzazione (ad esclusione Toscana 15 mln per gestione e 35 ml investimenti nel 2020).

Per quasi tutte le regioni, le risorse da utilizzare sono state le stesse che si sono liberate dalla riconversione dei piccoli ospedali in OdC.

Il PNRR cambia ma, attenzione, mettendo a disposizione risorse solo per l'investimento ma non per la gestione.

La disponibilità di adeguate risorse anche gestionali ed anche aggiuntive nella fase iniziale di avvio, è invece indispensabile per far partire nel modo giusto un nuovo modello assistenziale che voglia superare i modelli organizzativi e strutturali preesistenti.

IL RISCHIO DELLE SOVRAPPOSIZIONI

Gli OdC vanno a collocarsi fra la Lungodegenza post-acuzie e le RSA sovrapponendosi per taluni aspetti all'una e all'altra tipologia.

In termini assistenziali gliOdC si differenziano dalla Lungodegenza post-acuzie per una minore presenza medica e dalle RSA per una maggiore assistenza infermieristica e dell'OSS (anche se non in tutte le regioni).

Le cure intermedie, per la loro collocazione, presentano **rischi** significativi **di utilizzo inappropriato** sia in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) che in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero). Eppure poche regioni hanno posto la dovuta attenzione sul sistema di valutazione dei pazienti e su un adeguato sistema informativo per verificare il corretto funzionamento delle strutture.

Per questo occorre ridefinire bene modelli assistenziali, la funzione e l'organizzazione degli OdC ma anche delle RSA e delle unità ospedaliere di Lungodegenza per evitare sovrapposizioni e confusioni che mettano in discussione l'efficacia del sistema.

PNRR E OdC

- Faremo in tempo?
- Costruire stanze da 4 letti? Non si può
- Finanziare il personale. Oggi totalmente non finanziato.

I rischi per la Lungodegenza post-acuzie

Negli ultimi 20 anni la programmazione sanitaria nazionale ha ridotto da 0,50 ad almeno 0,20 i p.l. per mille abitanti per la lungodegenza post-acuzie mentre i posti letto attivi sono passati da 0,20 a 0,17 posti letto x 1000 ab.

Oggi, per gli OdC, l'obiettivo è di 0,40 p.l. per mille abitanti.

C'è da chiedersi se le strutture per le cure intermedie, nel tempo, soppianteranno le Lungodegenze ospedaliere che oggi sono in riduzione o se si affiancheranno ad esse.

Le unità di lungodegenza post-acuzie sono necessarie per le situazioni più instabili che hanno bisogno di una presenza medica prolungata e della possibilità di accedere tempestivamente ad una pluralità di servizi ospedalieri, da quelli diagnostici alle cure specialistiche. Gli OdC non sono in grado di sostituirsi ad esse.

Grazie dell’attenzione

e-mail: franco.pesaresi@gmail.com

http://francopesaresi.blogspot.com