

# **OSPEDALI DI COMUNITA' AUSL di Bologna**

**Documento presentato ed approvato  
dalla CTSS metropolitana di Bologna  
nella seduta del 24.9.2019**

**CTSS 24 settembre 2019**

**Maria Luisa De Luca**

# PREMESSA

*L'Ospedale di Comunità è un "Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve» che fa parte delle Cure Intermedie, sistema di servizi collocati a ponte tra l'assistenza primaria e il sistema ospedaliero a garanzia di*

- *massima continuità,*
- *appropriatezza*
- *sostegno alla prossimità di cura e assistenza sanitaria e sociale*
- *centralità della persona e non della patologia*

# GLOSSARIO

**OdC/OsCo** Ospedali di Comunità sono letti collocati all'interno delle strutture territoriali

**LTCl** Letti Tecnici Cure Intermedie sono letti collocati all'interno di strutture ospedaliere

**CI** Cure Intermedie

**PAI** Piano Assistenziale Individuale

# OBIETTIVI

- Fornire assistenza e cure adeguate per raggiungere una condizione clinica e funzionale tale da permettere la gestione al domicilio
- Contrastare il declino funzionale e cognitivo del paziente
- Ritardare l'istituzionalizzazione definitiva
- Ridurre l'ospedalizzazione a lungo termine, i re-ricoveri e i ricoveri inappropriati
- Garantire l'attività di riattivazione funzionale
- Favorire l'empowerment della famiglia, del caregiver e del paziente
- Promuovere maggiore integrazione con le comunità locali e con i Servizi Sociali per rispondere ad un ampio insieme di bisogni

# TARGET DI UTENZA

- **pazienti prevalentemente con multimorbidità** provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa
- **pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio** per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente , comunque non meritevoli di ricovero presso ospedale per acuti
- **Pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL**, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi
- Necessità **formazione/educazione/addestramento** del paziente e del caregiver prima dell'accesso a domicilio.

# MOTIVI DI RICOVERO

- Patologia cronica riacutizzata
- Monitoraggio clinico e stabilizzazione terapeutica
- Assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata
- Educazione/addestramento del paziente e del caregiver
- Riattivazione funzionale
- Completamento di Interventi riabilitativi/rieducativi
- Patologie acute minori che non necessitano di ricovero

# PAI: PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

*È il documento di sintesi che raccoglie e descrive la valutazione di ciascun PAZIENTE per il SUO progetto di assistenza e cura e per il SUO massimo benessere*

È uno strumento di lavoro per:

- Lavorare con e per l'utente
- Coinvolgere la famiglia e il caregiver
- Garantire l'integrazione tra servizi e figure professionali diverse
- Finalizzare in maniera condivisa comportamenti e azioni
- Valutare le capacità e le competenze del paziente e del suo contesto socio familiare
- Rendere condivisibile tra operatori la conoscenza e la progettazione dell'intervento e commisurarne l'efficacia

# GOVERNO DEI LETTI TECNICI DI CURE INTERMEDIE

- La responsabilità organizzativa, igienico sanitaria è affidata al Direttore della U.O. Cure Primarie
- La responsabilità clinica è affidata ad un medico (dipendente o convenzionato o indicato dalla direzione della struttura)
- La Responsabilità gestionale-organizzativa e assistenziale è assegnata a un Dirigente delle professioni infermieristiche
- Gli inviati possono essere: MMG, Medico di C.A., Specialista ambulatoriale, Medico ospedaliero, P.S., Servizio Sociale e altre strutture territoriali

# GOVERNO DEI LETTI TECNICI DI CURE INTERMEDIE

L'accesso dall'ospedale o dal domicilio, è gestito da un Team Cure Intermedie costituito da Infermiere, Medico Dipartimento Cure Primarie Cure Intermedie, Assistente Sociale e altri professionisti sulla base di:

- una valutazione multidimensionale
- l'utilizzo di scale di valutazione standardizzate che definiscano il più oggettivamente possibile il livello di criticità/instabilità clinica e il livello di complessità assistenziale/autonomia del paziente
- diagnosi e prognosi definite, valutazione del carico assistenziale e della stabilità clinica e un programma di trattamento stilato e condiviso col paziente e/o con la famiglia (PAI)

Le stesse scale utilizzate in corso di degenza ed alla dimissione, consentiranno di valutare l'attività svolta ed i risultati

# CONTINUITA' ASSISTENZIALE

- Nel corso della degenza, il Team multiprofessionale valuterà eventuali esigenze di percorsi territoriali post-dimissione tipo: attivazione assistenza domiciliare sanitaria e/o sociale, erogazione di presidi, inserimento in altre strutture della rete assistenziale territoriale
- Condizione necessaria per la buona riuscita del progetto, è che l'equipe dell'OdC/LTCl operi in forte integrazione sia con gli altri Servizi Sanitari che con i Servizi Sociali e la Comunità Locale (associazioni di volontariato)

## PUNTI DI FORZA (a)

- ✓ valutazione accesso effettuata in team multiprofessionale
- ✓ possibilità di invio
  - sia dall'ambito ospedaliero che da quello territoriale
  - sia dall'ambito sanitario che sociosanitario
- ✓ approccio multidisciplinare e multiprofessionale
- ✓ integrazione continuativa fra operatori sanitari e operatori sociali
- ✓ attenzione all'implementazione delle autonomie dei pazienti ed empowerment dei familiari e care givers nell'ottica della appropriatezza

## PUNTI DI FORZA (b)

- ✓ Assistenza Infermieristica garantita 24 ore
- ✓ Definizione periodo degenza
- ✓ Riconversione strutture esistenti
- ✓ Possibili modelli diversificati

# LTCI ATTIVI

Nella nostra Azienda sono attivi i seguenti LTCI:

- dal maggio 2018, 10 posti letto presso l'Ospedale di Vergato
- dal giugno 2018, 10 posti letto presso l'Ospedale di Loiano
- da febbraio 2019, 16 posti letto presso l'Ospedale Bellaria

Dati relativi a 6 mesi di attività

|                           | Vergato | Loiano | Bellaria |
|---------------------------|---------|--------|----------|
| N° Casi valutati dal TEAM | 97      | 78     | 280      |
| N° Ricoveri               | 74      | 73     | 224      |
| Degenza Media (gg)        | 16      | 20     | 12.79    |
| Indice occupazione        | 65.78   | 73.00  | 87.31    |

# LTCI ATTIVI E IN PROGRAMMAZIONE

Solo in presenza di risorse aggiuntive dedicate

| DISTRETTO                 | FABBISOGNO P.L. CURE INTERMEDIE<br>Tipologie a).b).c) | P.L. CURE INTERMEDIE<br>ATTIVATI 2018 | P.L. CURE INTERMEDIE<br>ATTIVATI 2019 | P.L. CURE INTERMEDIE<br>IN PROGRAMMA 2019 | P.L. CURE INTERMEDIE<br>IN PROGRAMMA 2020 | P.L. CURE INTERMEDIE<br>IN PROGRAMMA<br>2021 - 2022 - 2023 |
|---------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---|---|--|
| <b>VALSAMOGGIA</b>        | <b>33</b>   |                                       |                                       |   |   |  |
| Ospedale Bazzano          |   |                                       |                                       | <b>14</b>                                 |   |  |
| CRA Reno Sasso            |   |                                       |                                       |   |   | <b>20</b>  |
| <b>APPENNINO</b>          | <b>21</b>   |                                       |                                       |   |   |  |
| Vergato                   |   | <b>10</b>                             |                                       |   |   |  |
| Sede da definire          |   |                                       |                                       |   |   | <b>11</b>  |
| <b>SAN LAZZARO</b>        | <b>23</b>   |                                       |                                       |   |   |  |
| Loiano                    |   | <b>10</b>                             |                                       |   |   |  |
| Sede da definire          |   |                                       |                                       |   |   | <b>13</b>  |
| <b>PIANURA EST</b>        | <b>39</b>   |                                       |                                       |   |   |  |
| CRA - S.Pietro in C.      |   |                                       |                                       | <b>15</b>                                 |   |  |
| Sede da definire          |   |                                       |                                       |   |   | <b>24</b>  |
| <b>PIANURA OVEST</b>      | <b>23</b>   |                                       |                                       |   |   |  |
| Osp.San Giovanni P.       |   |                                       |                                       | <b>4</b>                                  | <b>4</b>                                  |  |
| Sede da definire          |   |                                       |                                       |   |   | <b>15</b>  |
| <b>BOLOGNA</b>            | <b>124</b>  |                                       |                                       |   |   |  |
| Ospedale Bellaria         |   |                                       | <b>16</b>                             |   |   |  |
| Zona Est (Palagi-OPA-CRA) |   |                                       |                                       |   | <b>20</b>                                 | <b>40</b>  |
| Zona Ovest (OM-OPA-CRA)   |   |                                       |                                       |   | <b>20</b>                                 | <b>31</b>  |
| <b>TOTALE</b>             | <b>263</b>  | <b>20</b>                             | <b>16</b>                             | <b>33</b>                                 | <b>44</b>                                 | <b>154</b>   |

# SVILUPPI FUTURI

- individuare e condividere indicazioni puntuali sulla tipologia dei pazienti da inserire in struttura con l'utilizzo di scale di valutazione standardizzate coinvolgendo i MMG e il DSM-DP e quindi individuare il case-mix più adeguato per le funzioni attribuite agli OdC/LTCl
- migliorare il coinvolgimento e la formazione dei potenziali inviati
- coinvolgere maggiormente i Servizi Sociali e la Comunità Locale (associazioni di volontariato)
- rafforzare nei professionisti la cultura del "ricovero territoriale" e le sue finalità
- incrementare il coinvolgimento di parenti e care giver nei processi di counselling e di educazione sanitaria
- mappare le strutture che costituiranno la rete dei servizi per le Cure Intermedie