

**Qualità ed appropriatezza  
Better and Faster**



MILANO, ENTERPRISE HOTEL

# V CONGRESSO NAZIONALE ORTHOPEA

COORDINATORE: PAOLO PERAZZO

## Integrazione ospedale territorio per ottimizzare i tempi di attesa e di riabilitazione

Paolo Perazzo

RESEARCH

Open Access

# How efficient is patient discharge following lower limb arthroplasty?

Elizabeth Ashby<sup>1\*</sup>, Claire Matejowsky<sup>2</sup>, Michael G Mythen<sup>3</sup>, Fares S Haddad<sup>4</sup> and Michael PW Grocott<sup>3,5,6</sup>

Post-operative morbidity survey  
POMS

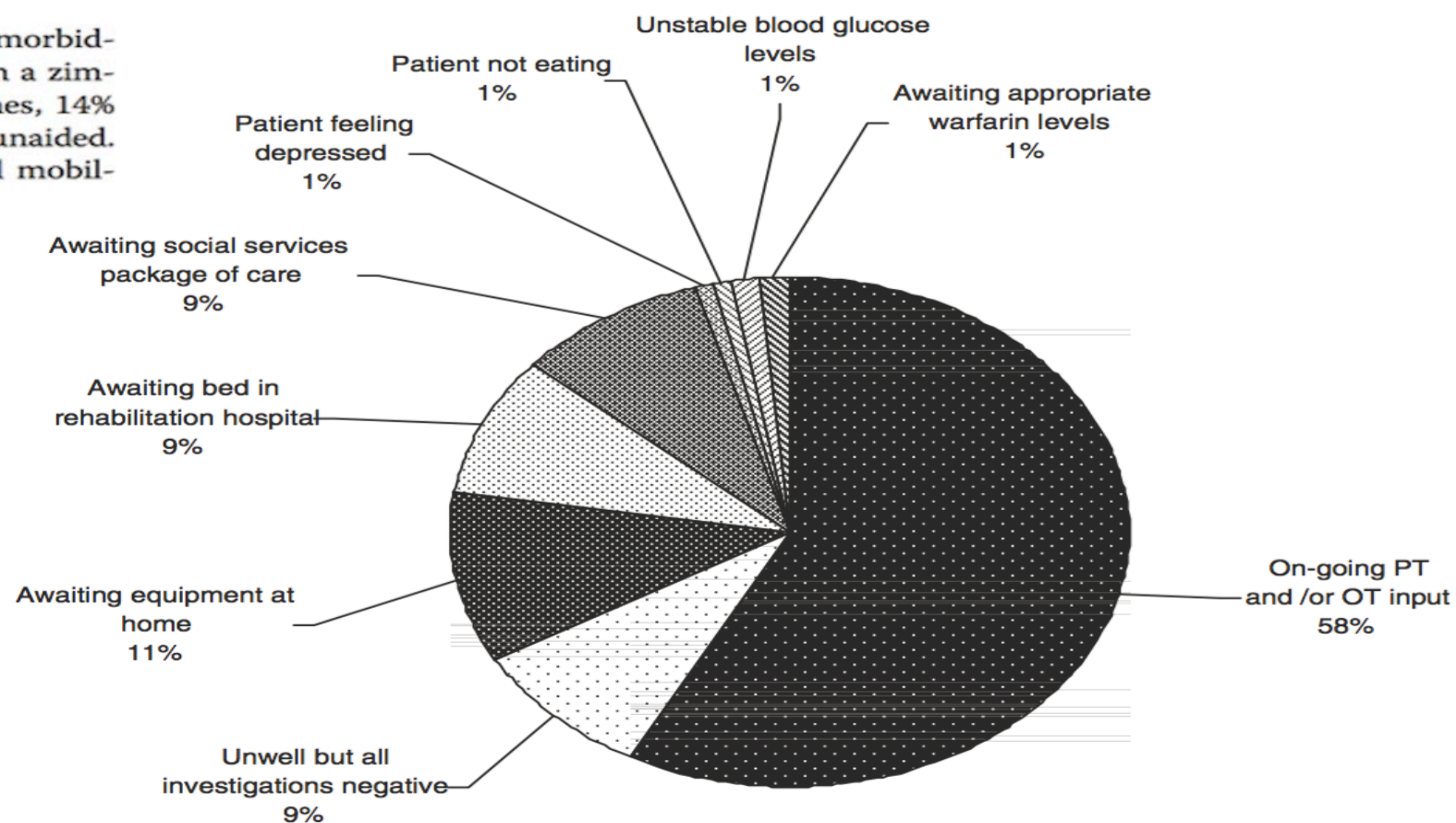
**Table 1 Criteria for a positive POMS score**

Variable	Criteria for positive result
Pulmonary	Requires supplementary oxygen or ventilatory support
Infection	Currently on antibiotics or temperature >38°C in the last 24 hours
Renal	Oliguria (<500 ml/day), elevated creatinine (>30% pre-op level), catheter <i>in situ</i> (for non-surgical reason)
Gastrointestinal	Unable to tolerate enteral diet for any reason
Cardiovascular	Diagnostic tests or treatment within the last 24 h for: myocardial infarction, hypotension (requiring pharmacological therapy or fluids > 200 ml/h), atrial/ventricular arrhythmia or cardiogenic pulmonary oedema
Central nervous system	Presence of new focal deficit, coma, confusion or delirium
Wound complications	Wound dehiscence requiring surgical exploration or drainage of pus from operative wound with or without isolation of organisms
Haematological	Requirement of blood transfusion, platelets, fresh frozen plasma, or cryoprecipitate within the last 24 h
Pain	Wound pain requiring parenteral opioids or regional anaesthesia

### E) Reasons for patients with no morbidity remaining in hospital

Of the 529 patients participating in this study, 120 remained in hospital with no morbidity defined by POMS on POD 8, and 20 patients remained with no identifiable morbidity on POD 15. The reasons for non-discharge are shown in Figure 3. The most common reason is continuing physiotherapy and occupational therapy input. Other reasons include waiting for home equipment, waiting for a rehabilitation bed, waiting for a social services package of care and patients feeling unwell with negative investigations.

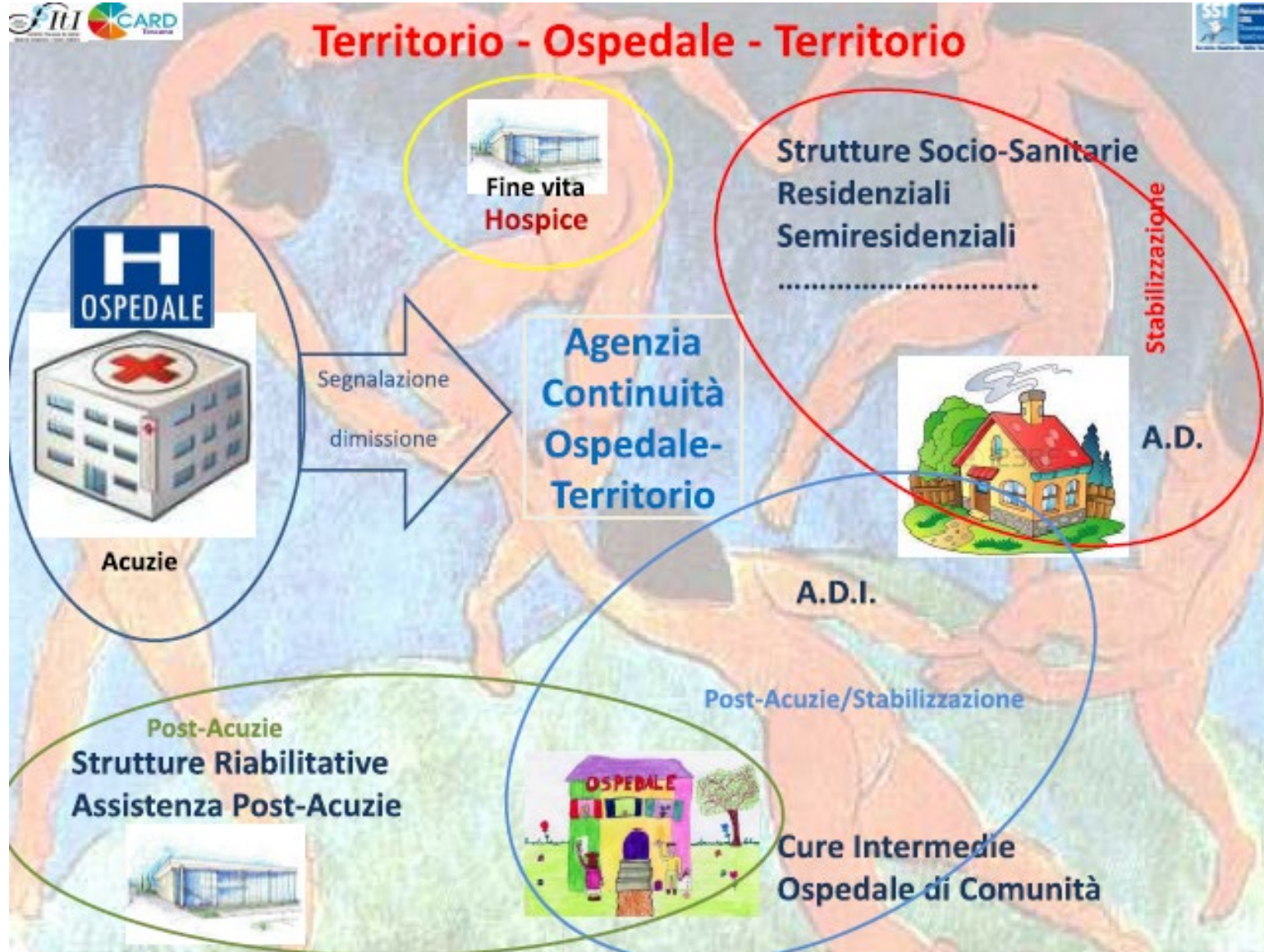
Of the patients remaining in hospital with no morbidity identified by POMS, 24% were mobilising with a zimmer frame, 55% were mobilising with two crutches, 14% with a single crutch and 7% were mobilising unaided. This study did not record how far patients could mobilise or whether they could climb stairs.



**Figure 3** Reasons lower-limb arthroplasty patients with no morbidity remained in the hospital on post-operative days 8 and 15.



# Ospedale- territorio: di cosa parliamo



# Ospedale- territorio: contesto normativo

PSN 2006-2008: indica **nell'Ospedale di Comunità** lo strumento di sviluppo delle cure intermedie, intese come punto di raccordo fra cure primarie e cure ospedaliere, *là dove ne ricorrano le condizioni secondo /'organizzazione dei servizi regionali*, indicandolo come la struttura dedicata all'attuazione delle cure domiciliari in ambiente protetto ovvero al consolidamento delle condizioni fisiche o alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente non ospedaliero di dimessi da unità per acuti o post-acuti.

Il PSN 2011-13 «il potenziamento della rete assistenziale territoriale si dovrà avvalere della realizzazione di strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria (**Case della Salute**) e di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio come l'attivazione di **posti letto sanitari territoriali (Ospedali di Comunità)**».

# Ospedale- territorio: contesto normativo



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto – legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Rep. Atti n. 98/ESR del 5 agosto 2014

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016

Rep. n. 82/ESR del 10 luglio 2014

Indica alla regioni l'obiettivo di perseguire operativamente l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, **dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati**, fornendo specifiche indicazioni relativamente alle **strutture intermedie** che possono essere di **diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera** con particolare riferimento ai cosiddetti **Ospedali di Comunità**.

## Art. 17 Presidi territoriali/ospedali di comunità

Al fine di promuovere la riduzione dei ricoveri inappropriati ed i percorsi di deospedalizzazione, garantendo un'omogenea risposta territoriale assistenziale, si fa riferimento agli **Ospedali di comunità (..)**, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN e che effettuano ricoveri brevi per casi non complessi, che necessitano 1) di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in **manca di idoneità al domicilio** ( strutturale e familiare); 2) **di assistenza/ sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa anche notturna**, non erogabile a domicilio

# Ospedale- territorio: contesto normativo

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

(G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

Art. 1.3: In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, **l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia** (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative.

**L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine**(in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le regioni avviano programmi di **telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche** ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete



# Considerazioni

**VISIONE “OSPEDALECENTRICA” DELL’ASSISTENZA:** Mentre sta aumentando la richiesta di risposte ai bisogni delle patologie cronic-degenerative, il sistema assistenziale nel suo complesso da sostanzialmente una risposta ancora di tipo ospedalecentrico più attrezzata per il trattamento delle patologie acute.

L’assistenza territoriale è vista come modalità di ridurre i ricoveri inappropriati, per una riduzione complessiva dei costi ospedalieri. Mentre con la sua RETE dei SERVIZI rappresenta il luogo più APPROPRIATO per la GESTIONE delle CRONICITA’.

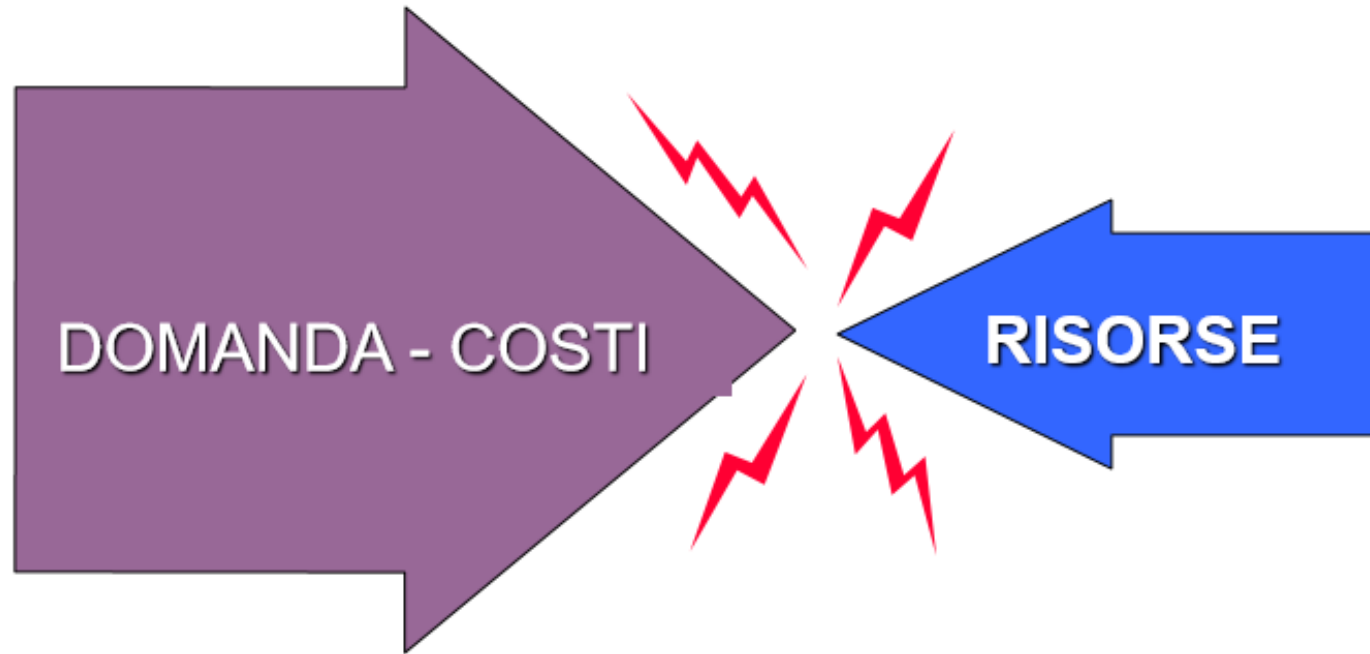
**DIFFERENZIAMENTO DI ASSISTENZA PER BISOGNI:** i bisogni della CRONICITA’ sono suddivisi in quattro MACROAREE ognuna con propri servizi di assistenza:

- AREA della cronicità di lunga durata o stabilizzata -> es. strutture semiresidenziali (RSA); cure intermedie
- AREA della cronicità riacutizzata e/o scompensata -> es. Strutture ospedaliere
- AREA della cronicità ad elevato recupero funzionale o della riabilitazione -> es. riabilitazioni specialistiche e generalgeriatriche
- AREA della cronicità con necessità di sollievo dei care-givers ASSOCIATE ad un diverso grado di bisogno sociale -> es. Ospedali di comunità, ADI, domiciliazione con presenza effettiva del MMG al domicilio del paziente per situazioni socio-sanitarie a rischio di peggioramento

**MA... SI TRATTA SEMPRE DI ASSISTENZA EROGATA IN REGIME DI CONTINUITA’ DI CURE DOPO ACCESSO OSPEDALIERO PER PATOLOGIE CRONICHE. LA PREVENZIONE CONTINUA A RIMANERE LA “SORELLA POVERA” DEI LEA.**

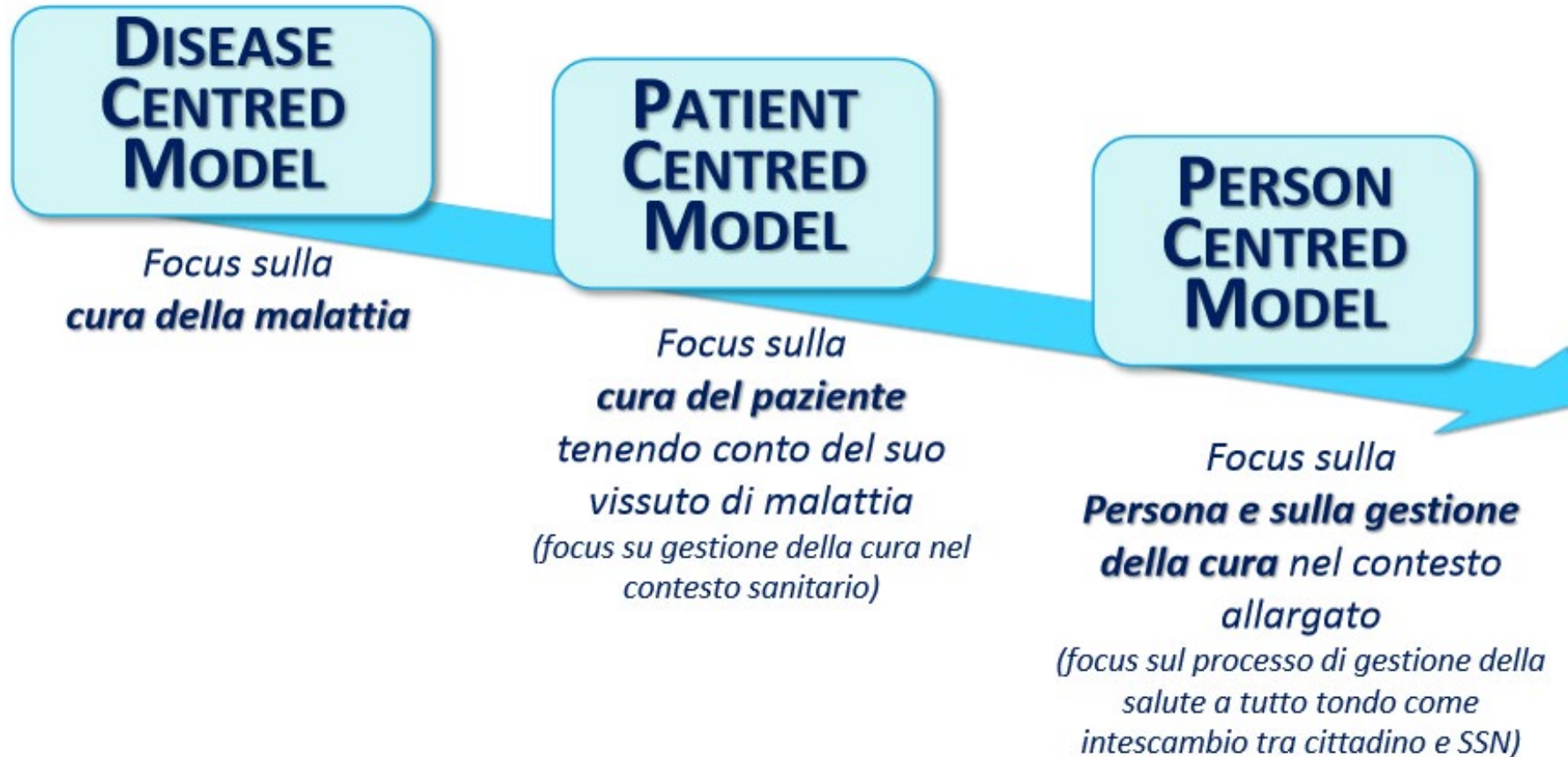


# Considerazioni



Le risorse per quanto possano essere incrementate restano insufficienti per assicurare a tutti ciò che scienza e tecnologia ci mettono a disposizione

# Considerazioni



Occorre una nuova gestione della cronicità con il passaggio da una visione centrata sulla malattia ad una visione centrata sulla persona. In quest'ottica occorre implementare servizi atti a ridurre l'accesso in Ospedale mediante sistemi di assistenza distrettuale.

# Ospedale- territorio: contesto normativo regionale



**Regione Lombardia**  
LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 4811

Seduta del 31/05/2021

Presidente

**ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali

LETIZIA MORATTI *Vice Presidente*

STEFANO BOLOGNINI

DAVIDE CARLO CAPARINI

RAFFAELE CATTANEO

RICCARDO DE CORATO

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI

PIETRO FORONI

STEFANO BRUNO GALLI

GUIDO GUIDESI

ALESSANDRA LOCATELLI

LARA MAGONI

ALESSANDRO MATTINZOLI

FABIO ROLFI

FABRIZIO SALA

MASSIMO SERTORI

CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta del Presidente Attilio Fontana di concerto con l'Assessore Letizia Moratti

Oggetto

DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLE LINEE DI SVILUPPO DELL'ASSETTO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO DELINEATO DALLA LEGGE REGIONALE 11 AGOSTO 2015, N. 23 - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE) - (DI CONCERTO CON IL VICEPRESIDENTE MORATTI)

Il Segretario Generale

Antonello Turriello

Obiettivo prioritario dello sviluppo della legge regionale è il consolidamento della **continuità ospedale territorio** a coronamento del percorso iniziato con la Legge regionale n. 23 del 2015. A tal fine si evidenziano i principali obiettivi da realizzare affinché tutto il percorso di cura del paziente avvenga in un'ottica di accompagnamento dello stesso, **non solo focalizzando l'attenzione al ricovero ma a tutte le eventuali necessità che dovessero sussistere prima e dopo la dimissione ospedaliera.**

Tale obiettivo viene realizzato mediante:

- maggiore integrazione tra i MMG/PLS e gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri
- Istituzione dei **DISTRETTI**, aree di valutazione del bisogno locale, di programmazione territoriale e di integrazione tra professionisti sanitari (MMG, specialisti, infermieri, fisioterapisti). All'interno del Distretto saranno presenti poliambulatori e Ospedali di Comunità per attività di prevenzione ed erogazione di assistenza primaria.
- Implementare l'attività di telemedicina nel percorso di prevenzione e cura al fine di migliorare l'assistenza, in particolare ai soggetti con problemi logistici di spostamento

# Ospedale- territorio: contesto normativo regionale



## PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO

2019-2023

Art.4 Legge Regionale 33/2009

Il Piano sanitario regionale definisce gli obiettivi da realizzare in un arco di tempo di durata triennale nonché le linee di azione da perseguire, nonché il budget assegnato per tale realizzazione.

### PERCORSI DEL PAZIENTE DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO

Un sistema sociosanitario che ha come obiettivo la presa in carico degli aspetti sanitari e sociosanitari della persona, declinata nel tempo, deve essere orientato a:

- superare la frammentazione dei servizi tra territorio e ambito specialistico e tra i diversi settori specialistici;
- considerare gli aspetti sociali, familiari ed economici come determinanti della qualità della vita e della salute;
- **garantire la continuità tra la fase della diagnosi, della cura, della riabilitazione e dell'assistenza;**
- sostenere la capacità di autogestione del paziente (self management support) e valorizzare le competenze della famiglia;
- promuovere la partecipazione della "community";
- sviluppare sistemi informativi che facilitino la **comunicazione tra i diversi attori del sistema;**
- **monitorare e valutare continuamente gli esiti in termini di outcome di salute e di costi.**



# Ospedale- territorio: quali erogatori / quali costi

## OSPEDALE:

- Erogatori : enti pubblici e/o privati accreditati SSR
- Pagamento a DRG
- In carico al SSR

## RIABILITAZIONE:

- Erogatori : enti pubblici e/o privati accreditati SSR
- Pagamento a DRG
- In carico al SSR

## STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI (RSA):

- Erogatori : tendenzialmente privati accreditati SSR o privati puri
- Pagamento a tariffa giornaliera
- In carico al paziente (possibile compartecipazione comunale)

## HOSPICE:

- Erogatori : enti pubblici e/o privati accreditati SSR
- Pagamento a tariffa giornaliera
- In carico al SSR

## ADI:

- Erogatori : enti pubblici e/o privati accreditati SSR
- Pagamento a tariffa giornaliera/ prestazione/ voucher
- Attivato dal MMG
- In carico al SSR

## SERVIZI AMBULATORIALI:

- Erogatori : enti pubblici e/o privati accreditati SSR
- Pagamento a prestazione
- Attivato dal MMG (?)
- In carico al SSR (?)

## Take-home message

- 1 La visione del percorso del paziente come fase unicamente ospedaliera deve essere modificata; occorre una visione allargata di gestione della cura ed un focus sulla persona.
- 2 occorre implementare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali riabilitativi che devono prendere in carico il paziente già nella fase di prehabilitation
- 3 inserire l'attività di preparazione al ricovero tra le prestazioni LEA al fine di uniformare l'erogazione dei servizi garantiti a livello nazionale
- 4 la sede ottimale per l'erogazione di prestazioni nella fase pre-ospedaliera può essere individuata nei Distretti in cui vi è la coesistenza di team multiprofessionali ( MMG, medici specialisti, infermieri, fisioterapisti) e la presenza di spazi idonei.
- 5 coinvolgimento di erogatori pubblici e privati accreditati all'interno del processo
- 6 controllo di ATS degli outcome in termini di efficienza/efficacia dei processi erogati e dei costi