

# 9<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE

Evidenze e innovazioni per la Sostenibilità della Sanità Pubblica

*Bologna, 14 marzo 2014*

## **Degenze *low cost* nella riorganizzazione delle cure primarie: l'Ospedale di Comunità nella Casa della Salute**

**Bruno Bocchi**

Azienda USL di Parma

# BACKGROUND

- Generale invecchiamento della popolazione: dati 2011

	Indice di vecchiaia	> 65 anni
Italia	143	20.3%
RER	173	21.9%
PR	179	22.2%

- Famiglie monocomponenti PR: 76.596 (38.0%)
- Crescente carico di pazienti con multiple comorbidità e bisogni complessi sanitari e sociali
- Minore disponibilità di risorse

# BACKGROUND

- Medicina reattiva orientata alle patologie acute:
  - Frammentazione e scarso coordinamento delle cure
  - Limitata integrazione tra setting assistenziali
  - Uso inappropriato dell'ospedale per acuti: ricoveri inappropriati, degenze prolungate, danni secondari, spreco di risorse
- Per il paziente anziano con bisogni multipli e complessi esperienze di cura ed esiti assistenziali insoddisfacenti

# OBIETTIVI

Per rispondere alla complessità dei bisogni:

- Intercettare tempestivamente bisogni complessi
- Medicina reattiva → Medicina proattiva
- Garantire continuità assistenziale
- Potenziare la presa in carico da parte del MMG
- Ridurre l'uso inappropriato dell'ospedale per acuti:
  - Migliorando la prevenzione
  - Garantire interventi precoci
  - Garantire la dimissione tempestiva
  - Spostare le cure sul territorio vicino al domicilio

# METODI

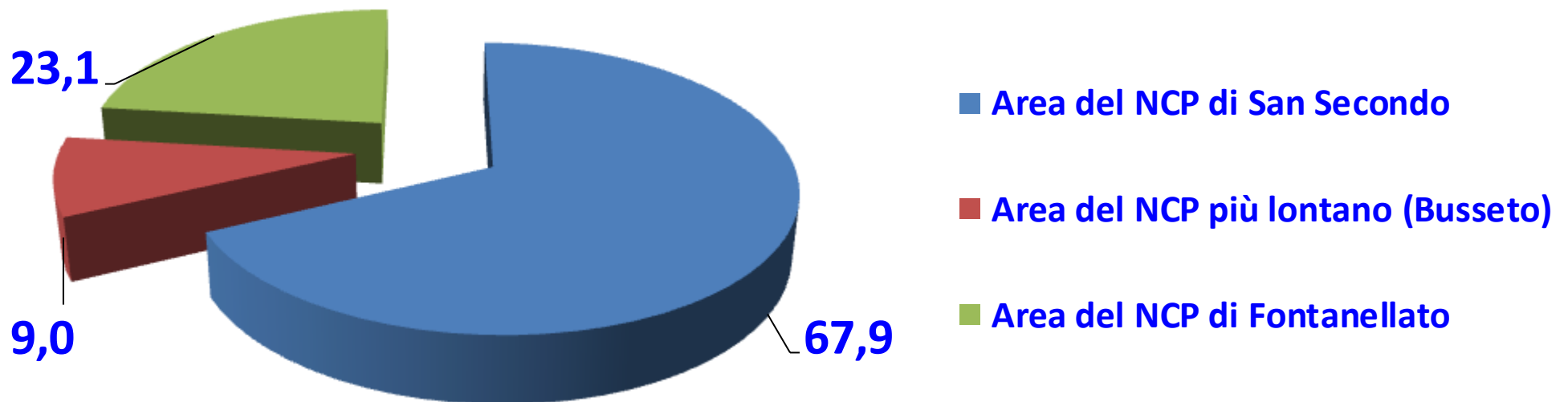
- Attivazione Ospedale di Comunità(OdC) di San Secondo (marzo 2013)
  - 10 posti letto territoriali a gestione infermieristica e responsabilità clinica del MMG
  - Accesso dal domicilio o dall'ospedale (parere vincolante MMG)
- Nella Casa della Salute (inaugurazione gennaio 2012):
  - HUB territoriale; NCP; Unità di Valutazione Geriatrica; Centro Riabilitativo →16 discipline
  - settore di degenza ospedaliero- territoriale: 40 posti letto
  - percorsi di gestione integrata BPCO e diabete mellito

# METODI

- Target: pazienti anziani con fragilità sanitaria e sociale
  - con problemi di salute risolvibili al domicilio, ma in presenza di fragilità sociale → ricovero ospedaliero inappropriato
  - ricoverati per patologia acuta o per patologia cronica riacutizzata, che in presenza di fragilità sociale → ricovero ospedaliero prolungato
- Bacino di utenza dell'OdC
  - 10 comuni con 40.000 residenti
  - 28 MMG in 3 Nuclei di Cure Primarie (NCP)

# RISULTATI

- Ricoverati nell'OdC (primi 8 mesi):
  - 78 pazienti, 53% donne
  - età media 80 anni (>75 anni =70%)
  - accesso dal domicilio 87%
- Residenza



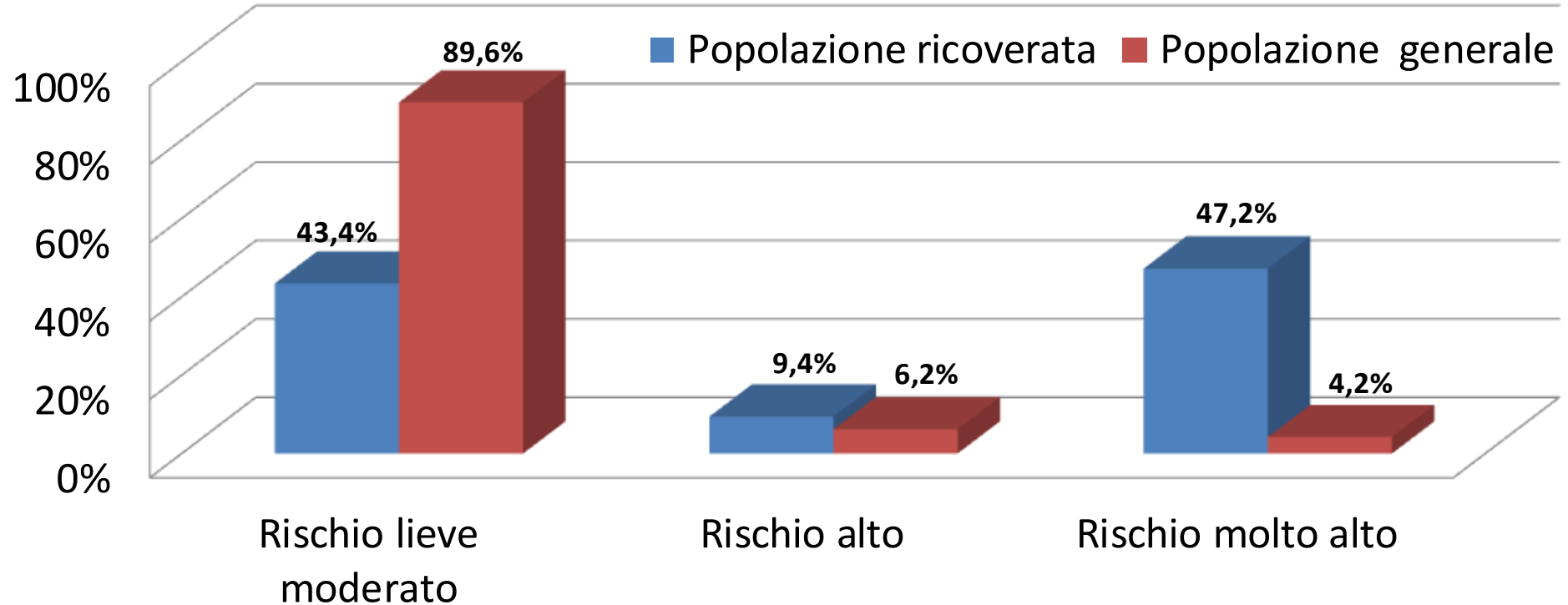
# RISULTATI

- Degenza media 17 giorni
- 88% dei pazienti dimessi al domicilio
- Solo un paziente (1.3%) re-ospedalizzato a 30 giorni in ospedale per acuti
- Diagnosi più frequenti:
  - BPCO riacutizzata
  - Diabete mellito scompensato
  - Sindrome ipocinetica-riattivazione motoria,
  - Scompenso cardiaco
  - Neoplasia
  - Riabilitazione geriatrica



# RISULTATI

Distribuzione in base al rischio di ospedalizzazione dei pazienti del NCP di San Secondo ricoverati in OdC (n=53) e confronto con popolazione generale residente nella stessa area\*(n=8373)



# LIMITI

- Esperienza recente, tuttora in fase sperimentale con numerosità della casistica insufficiente
- Non ancora disponibile dati economici → creazione di un centro di costo da gennaio 2014

# CONCLUSIONI

- L'Ospedale di Comunità inserito nella Casa della Salute:
- consente una più completa risposta dei servizi sanitari e sociali territoriali ai bisogni di salute della comunità di riferimento
  - avvicina le cure ai luoghi di vita delle persone
  - potenzia la possibilità di presa in carico del MMG
  - garantisce la continuità assistenziale
  - riduce le ospedalizzazioni

# CONCLUSIONI

- L'elevato utilizzo dell'OdC da parte dei soggetti ad alto rischio di ospedalizzazione, se confermato e associato ad un ridotto tasso di ospedalizzazione in acuzie, rafforzerebbe l'ipotesi di un ruolo centrale di questa risorsa *low-cost* nel migliorare l'appropriatezza d'uso del ricovero nell'ospedale per acuti
  - attraverso una gestione più proattiva della cura → coordinamento con i percorsi che hanno portato al ricovero in OdC
  - orientando i propri servizi verso i pazienti cronici con maggiore bisogno

# Grazie a...

Maria Teresa Celendo,  
Paolo Maria Rodelli, Maria Grazia Manghi