

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

Evidence & Governance per la Sostenibilità della Sanità Pubblica

*Bologna, 17 febbraio 2012*

## **Integrazione ospedale-territorio**

**Sperimentazione di una rete di  
strutture a media intensità di cura**

**Laura Speccher**

Dipartimento Cure Primarie, ASL Milano

# BACKGROUND

- Numerosi pazienti fragili accedono al pronto soccorso e/o sono reduci da trattamenti in fase acuta
- La durata della degenza in un reparto per acuti aumenta complicità e costi
- Necessario rispondere alla complessità dei pazienti fragili con prestazioni:
  - a bassa intensità di cura
  - in strutture meno specialistiche
  - a minore impatto economico

# OBIETTIVI

- Costruzione di una rete integrata di strutture intermedie (SI) a media intensità di cura per l'anziano fragile previa definizione di:
  - Criteri di arruolamento dei pazienti
  - Standard assistenziali
  - Criteri di remunerazione
- Riduzione della durata dei ricoveri nelle strutture per acuti e dei relativi costi

# **METODI (1)**

## **CRITERI DI ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI**

- Consenso, diagnosi accertata, parametri vitali stabili, necessità di prestazioni eseguibili in SI, età > 18 anni

## **STANDARD ASSISTENZIALI**

- Competenze mediche multidisciplinari
- Presenza h 24 e 7/7 gg di personale medico e assistenziale
- Tempo di assistenza parametrato su posti letto

## **CRITERI DI REMUNERAZIONE**

- € 150,00/die forfettario

# METODI (2)

- Utilizzo di linee guida, percorsi assistenziali, indicatori e standard di efficacia per la valutazione dei soggetti fragili
- Stesura del progetto → richiesta Regione Lombardia → approvazione → finanziamento
- Selezione pubblica e affidamento del servizio a:  
Fondazione Maugeri, Clinica S. Carlo, Ospedale S. Giuseppe
- Regia ASL Milano: istituzione della Centrale Operativa Servizi Intermedi (COSI)

# METODI (3)

## FUNZIONI DELLA COSI

- Monitoraggio applicazione del capitolato
- Supporto organizzativo a: Aziende Ospedaliere, SI, MMG
- Coordinamento dei flussi informativi con servizi e dipartimenti della ASL
- Raccolta ed elaborazione dati ai fini delle analisi periodiche e finali relative all'andamento del progetto

# RISULTATI (1)

## NEL TRIENNIO 2008-2011

- **4350** pazienti ricoverati (58% F) affetti da almeno 3 patologie
- **482** pazienti valutati non idonei
- **Diagnosi più frequenti:** scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria cronica, infezioni, malattie neurodegenerative, malattie sistemiche, epatopatie croniche, complicanze post-operatorie, esiti di fratture
- **108.454** giornate complessive di degenza
- **€16.268.100,00** spesa complessiva

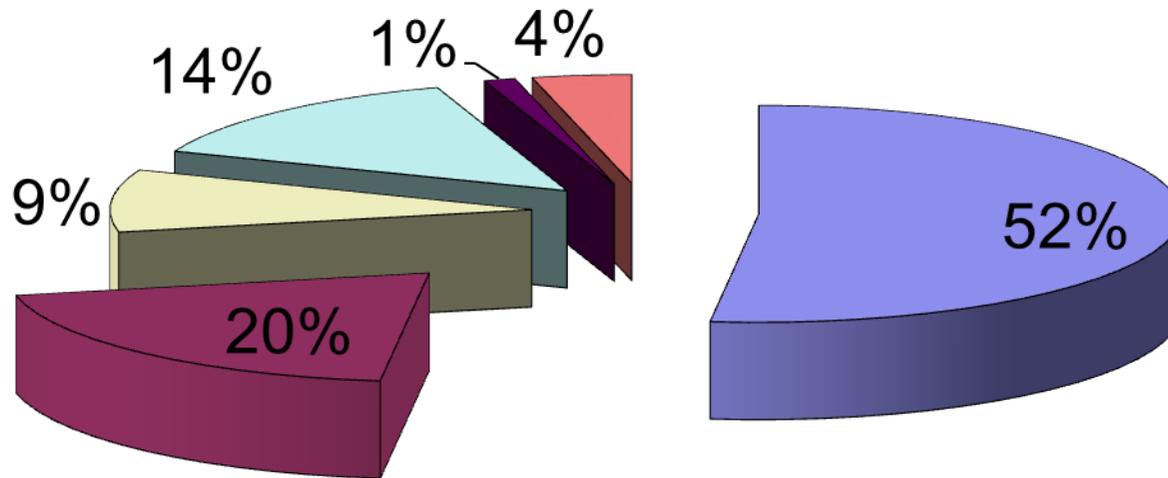
# RISULTATI (2)

## Paziente tipo della struttura intermedia

- Anziano (età media 78 ± 2 anni)
- Stabile, ma non ancora guarito
- Complessità elevata (recente evento acuto, comorbidità) che richiede:
  - Terapie e controlli
  - Assistenza infermieristica
  - Recupero dell'autonomia

# RISULTATI (3)

- Domicilio
- RSA
- Dimissione volontaria
- Struttura riabilitazione
- Re-ospedalizzazione
- Decesso



# RISULTATI (4)

## Equilibrio economico produttore/ASL (DRG 127)

| Ripartizione giornate di degenza | Margine Produttore | Margine ASL |
|----------------------------------|--------------------|-------------|
| Acuto (10) + subacuto (25)       | €285               | €465        |
| Acuto (10) + riabilitazione (25) | €2.610             | €-3610      |
| Acuto oltre soglia (35)          | €-6.666            | €2466       |

# LIMITI

- La risorsa è utilizzabile solo dagli ospedali pubblici di Milano (il privato accreditato è escluso)
- Tempi massimi di degenza (oltre soglia e deroghe)
- Difficoltà di rientro al domicilio per problematiche sociali complesse
- Remunerazione esigua per patologie più complesse

# CONCLUSIONI (1)

- Miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo del ricovero per acuti
- Garanzia di continuità assistenziale per pazienti fragili alla dimissione ospedaliera e dalla SI
- Le cure sub-acute rappresentano l'anello mancante tra l'intervento diagnostico-terapeutico del ricovero per acuti e il ritorno al domicilio

# CONCLUSIONI (2)

- PSSR 2010/2015: le cure sub-acute coinvolgono più attori, ospedali pubblici e privati accreditati su tutto il territorio lombardo, rivolte a tutti i cittadini
- Regole di esercizio 2011: ASL Milano mette a sistema le cure sub-acute con ampliamento dei posti letto (250)

# CONCLUSIONI (3)

**DGR IX 1479 marzo 2011:** ridefinisce i criteri di accesso per le cure sub-acute

**Maggio 2011:** protocollo d'intesa tra ASL Milano e 5 aziende ospedaliere che mettono a disposizione posti letto tecnici dedicati alle cure sub-acute

**Luglio 2011:** attivazione 120 posti letto per sub-acute, già in uso come SI

**Ottobre 2011:** attivazione altri 40 posti letto per sub-acute

# CONCLUSIONI (4)

## Ruolo della ASL di Milano

- Riorganizzazione della COSI nella gestione integrata delle cure sub-acute in (GISA) con funzioni di monitoraggio
- Predisposizione, con il supporto di Lombardia Informatica, del collegamento in rete di tutti gli attori
- Gestione in *real time* dell'intero percorso sub-acuti

# **Autori**

|                       |                      |            |
|-----------------------|----------------------|------------|
| <b>Lacaita Gemma</b>  | Dirigente medico     | ASL Milano |
| <b>Laura Speccher</b> | Dirigente medico     | ASL Milano |
| <b>Franca Crippa</b>  | Assistente sanitaria | ASL Milano |
| <b>Dianora Necchi</b> | Assistente sanitaria | ASL Milano |