

L'INFERMIERE  
"ATTORE"  
NELLA  
SALUTE DEL  
FUTURO



Rimuovere filigrana ora

*L'infermiere "attore"  
nella salute del futuro*

Applicazione di modelli organizzativi  
Ospedale – Territorio

**Francesco Colavita**

*Consulente esperto in management delle ASL  
e dello sviluppo delle reti sociali - Project Manager*

Termoli – 30 marzo 2019

# Gli hashtag



- Infermiere**
- Fragilità**
- Cronicità**
- Appropriatezza**
- Integrazione socio-sanitaria**
- Programmazione socio-sanitaria**
- Assistenza socio-sanitaria**
- Cure Intermedie**
- PDTA**
- Salute**
- Territorio**
- Aree Interne**



# Una fiaba indiana: I ciechi e l'elefante

3

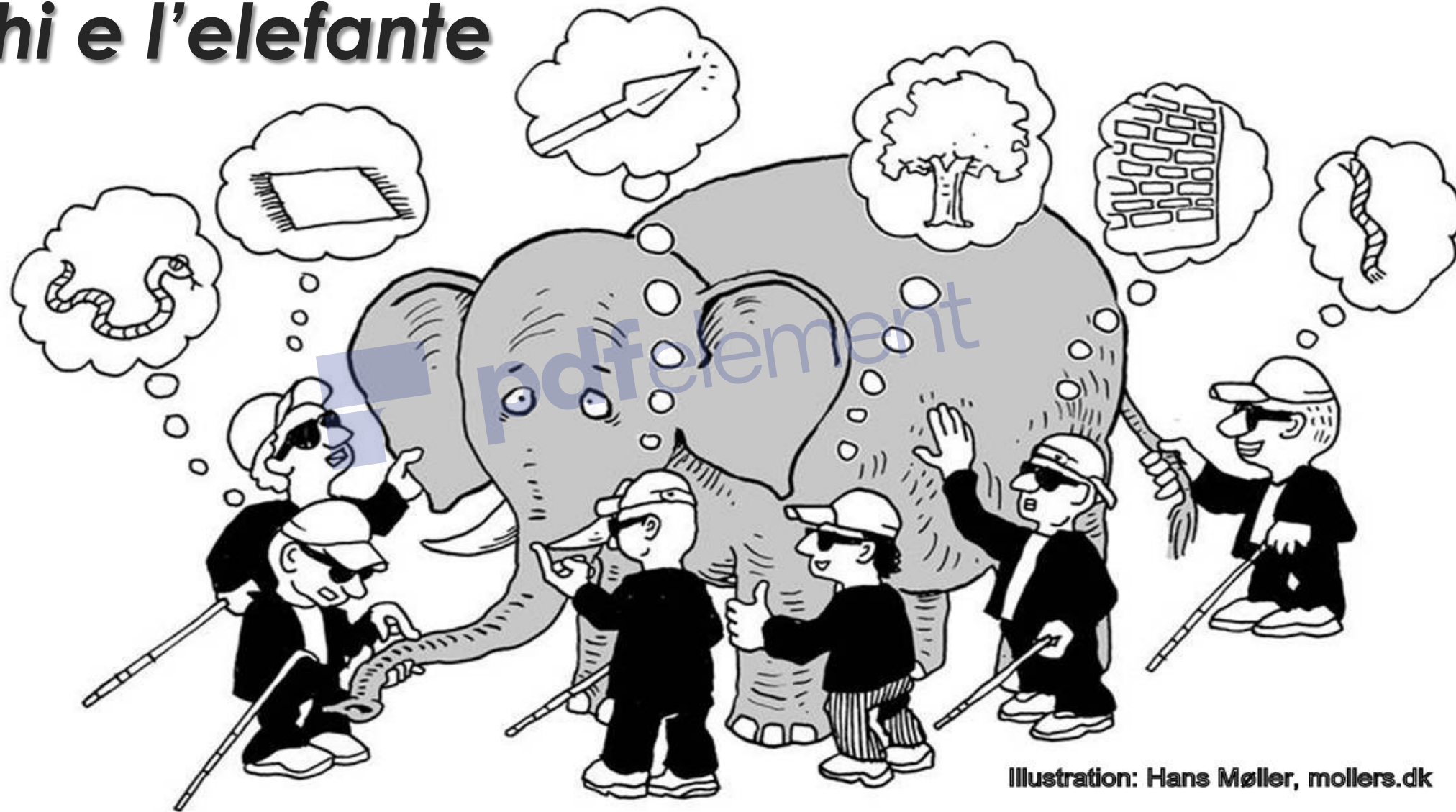


Illustration: Hans Møller, mollers.dk



pdfelement

4

# Il contesto attuale

Si fa sempre più marcata la differenziazione tra il

**bisogno di salute acuto (ospedale)**

&

**bisogno di salute cronico (territorio)**

e tra i loro rispettivi percorsi assistenziali.



Da decenni è in atto una ricalibrazione dell'intera rete socio-sanitaria nazionale e regionale che mira a favorire un'assistenza più appropriata, anche attraverso la redistribuzione delle competenze dei professionisti.



# Le **ASL**

**Bacino medio:  
620mila abitanti**



# I Distretti socio-sanitari

7



1999

2005

2017

**Bacino medio:  
105mila abitanti**

REGIONI	Popolazione residente 01-gen-16	Distretti				Bacino medio Distretti 2016	Distretti previsti 2017	Bacino medio 2017
		1999	2005	2011	2016			
Piemonte	4.424.467	66	65	58	52	85.086	52	84.697
Valle D'Aosta	128.298	14	4	4	4	32.075	4	31.832
Lombardia	10.002.615	105	85	81	86	116.309	27	370.680
P.A. di Bolzano	518.518	20	20	20	20	25.926	20	26.045
P.A. di Trento	537.416	13	13	4	4	134.354	4	134.556
Veneto	4.927.596	85	56	50	34	144.929	21	234.053
Friuli V. Giulia	1.227.122	20	20	20	20	61.356	20	61.061
Liguria	1.583.263	26	20	19	19	83.330	19	82.687
Emilia Romagna	4.450.508	46	39	38	38	117.119	38	117.056
Toscana	3.752.654	80	42	34	34	110.372	34	110.129
Umbria	894.762	13	12	12	12	74.564	12	74.265
Marche	1.550.796	36	24	23	13	119.292	13	118.750
Lazio	5.892.425	55	55	55	48	122.759	48	122.677
Abruzzo	1.331.574	73	73	25	24	55.482	24	55.271
Molise	313.348	13	13	7	4	78.337	3	78.007
Campania	5.861.529	113	113	72	73	80.295	73	80.149
Puglia	4.090.105	70	48	49	45	90.891	45	90.604
Basilicata	576.619	10	11	11	9	64.069	9	63.744
Calabria	1.976.631	34	35	35	18	109.813	18	109.473
Sicilia	5.092.080	62	62	62	55	92.583	55	92.259
Sardegna	1.663.286	23	25	22	22	75.604	22	75.350
ITALIA	60.782.668	977	835	701	634	89.264	562	105.398

Tabella - Dati Distretti e ASL 1 gennaio 2017  
Bellentani

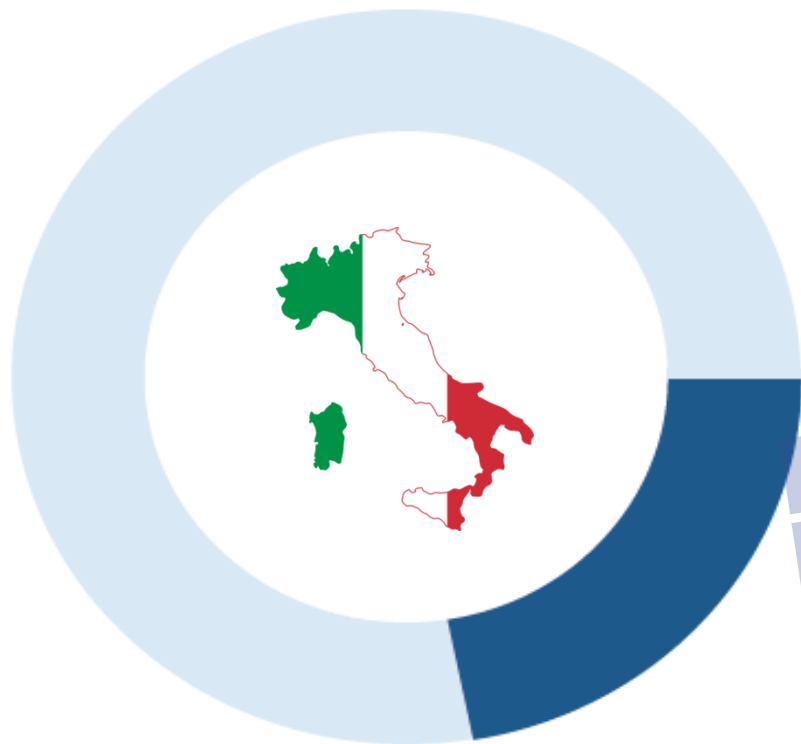


OPI  
CAMPOBASSO - ISERNIA

Francesco Colavita  
2019

# GLI ANZIANI E IL RICORSO AI RICOVERI

Rimuovere filigrana ora



22,3%

oltre **13,5 mln**  
gli individui in Italia di **65 anni e più**



## Alto tasso di invecchiamento

L'Italia risulta essere, tra i Paesi ad economia avanzata, quello con il più alto tasso di invecchiamento della popolazione



Netto calo della  
**mortalità ospedaliera**



Riduzione **degenza media**  
-5,7% di giornate totali di ricovero



Incremento significativo  
delle **dimissioni**  
verso regimi assistenziali a più bassa  
intensità assistenziale



Minor costo sulla  
**spesa ospedaliera**



OPI  
CAMPOBASSO - ISERNIA

Francesco Colavita  
2019



1978 – 2019:  
40 + 1 anni  
di **SSN**



*L'Espresso del 24.01.2018*

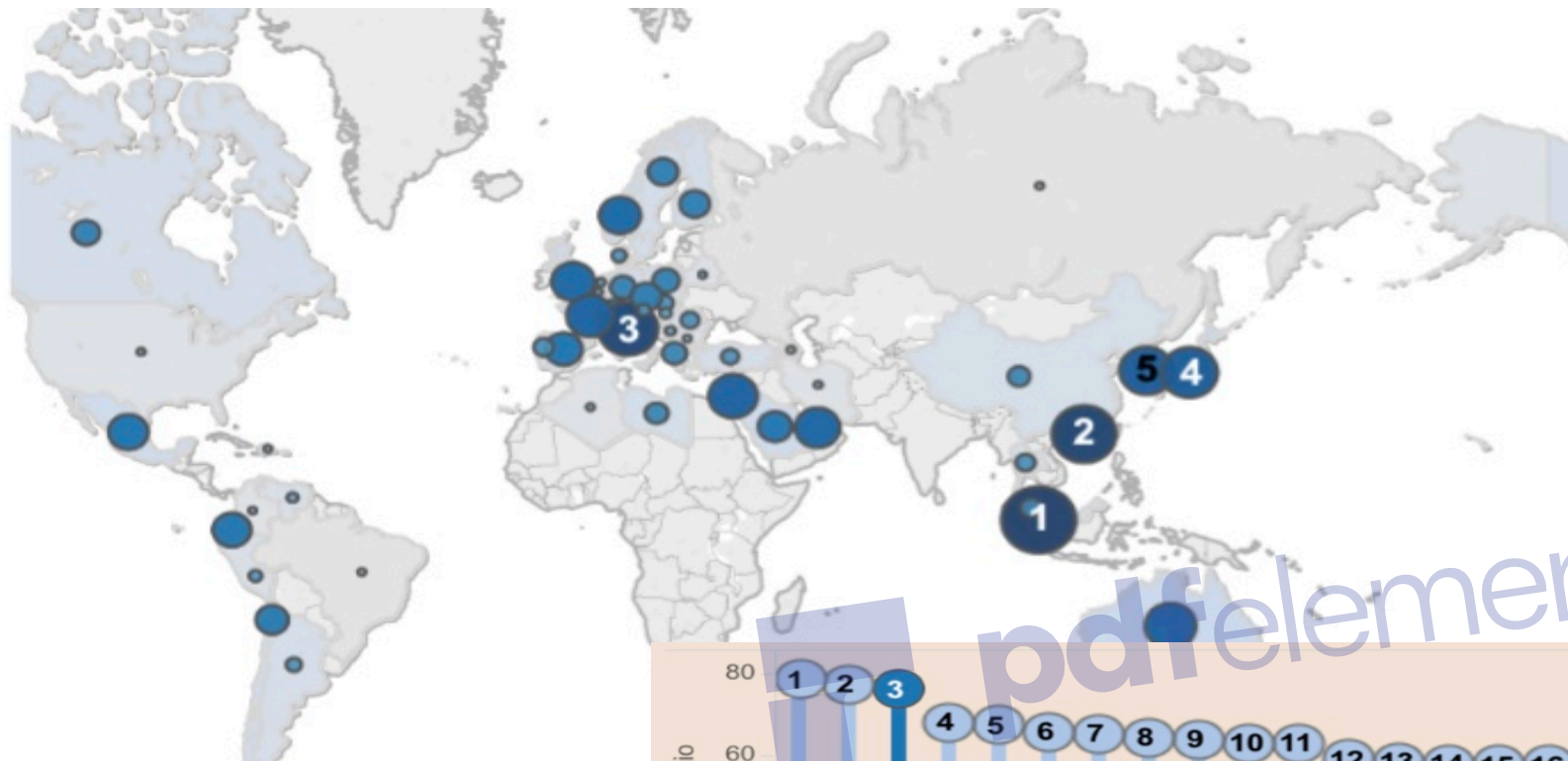
<http://m.espresso.repubblica.it/inchieste/2018/01/22/news/cosi-stanno-uccidendo-la-sanita-pubblica-1.317368>



# SSN, 40 anni + 1. Ma come siamo messi?

- La sanità italiana con un costo annuo di circa l'8,6 % sul PIL (*spesa sanitaria corrente*), ottiene delle performance di sistema qualificanti nel rapporto con altri Paesi evoluti – Spesa sanitaria 2017 a 114,138 miliardi con incidenza sul Pil del 6,7%
- Solo la Francia con il 9% sul PIL supera il nostro Paese nella qualità del mantenimento in stato di salute dei cittadini residenti
- L'Italia è al secondo posto al mondo come organizzazione complessiva del servizio sanitario orientato alla salute per la popolazione assistita
- Il nostro Paese riesce (riusciva) a offrire prestazioni a carattere universalista a tutta la popolazione residente.
- Settore in cui operano circa **900.000** unità di personale ad alta intensità di laureati e diplomati e che si rivolge ad un "*mercato captive*" di 60.000.000 di cittadini potenziali utenti.





le statistiche internazionali premiano il **SSN**

la sanità italiana è la **3°**

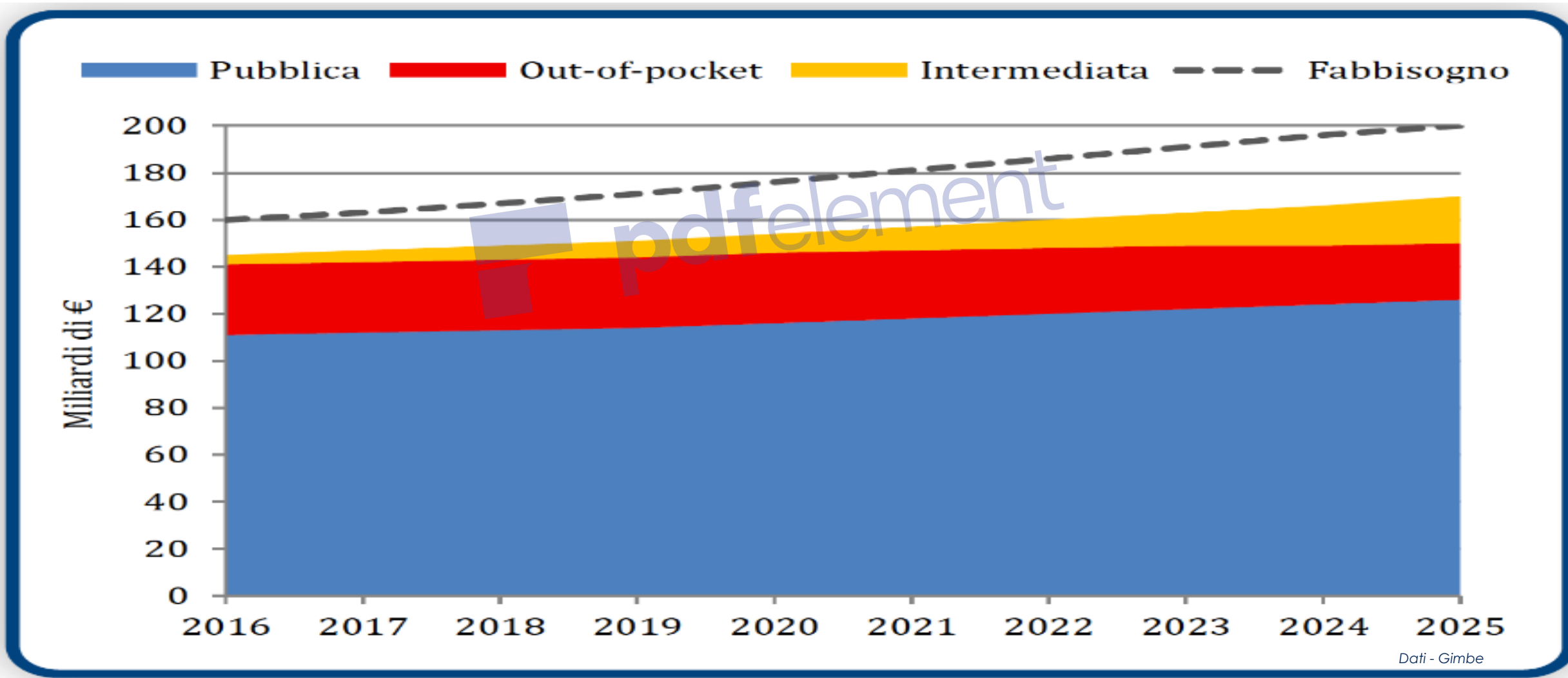
al mondo



Bloomberg 2017



# Fabbisogno, finanziamento pubblico e spesa privata trend stimato 2016-2025

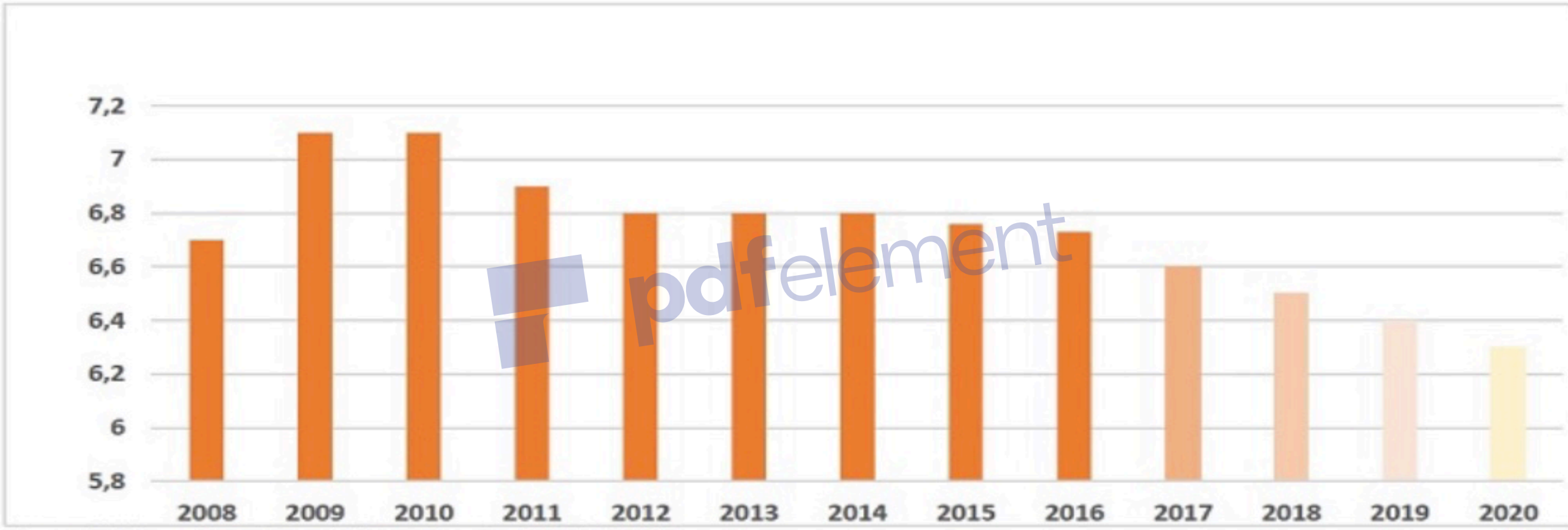


# Finanziamento pubblico del **SSN** trend 2001-2018

Figura 3.1. Finanziamento pubblico del SSN: trend 2001-2018

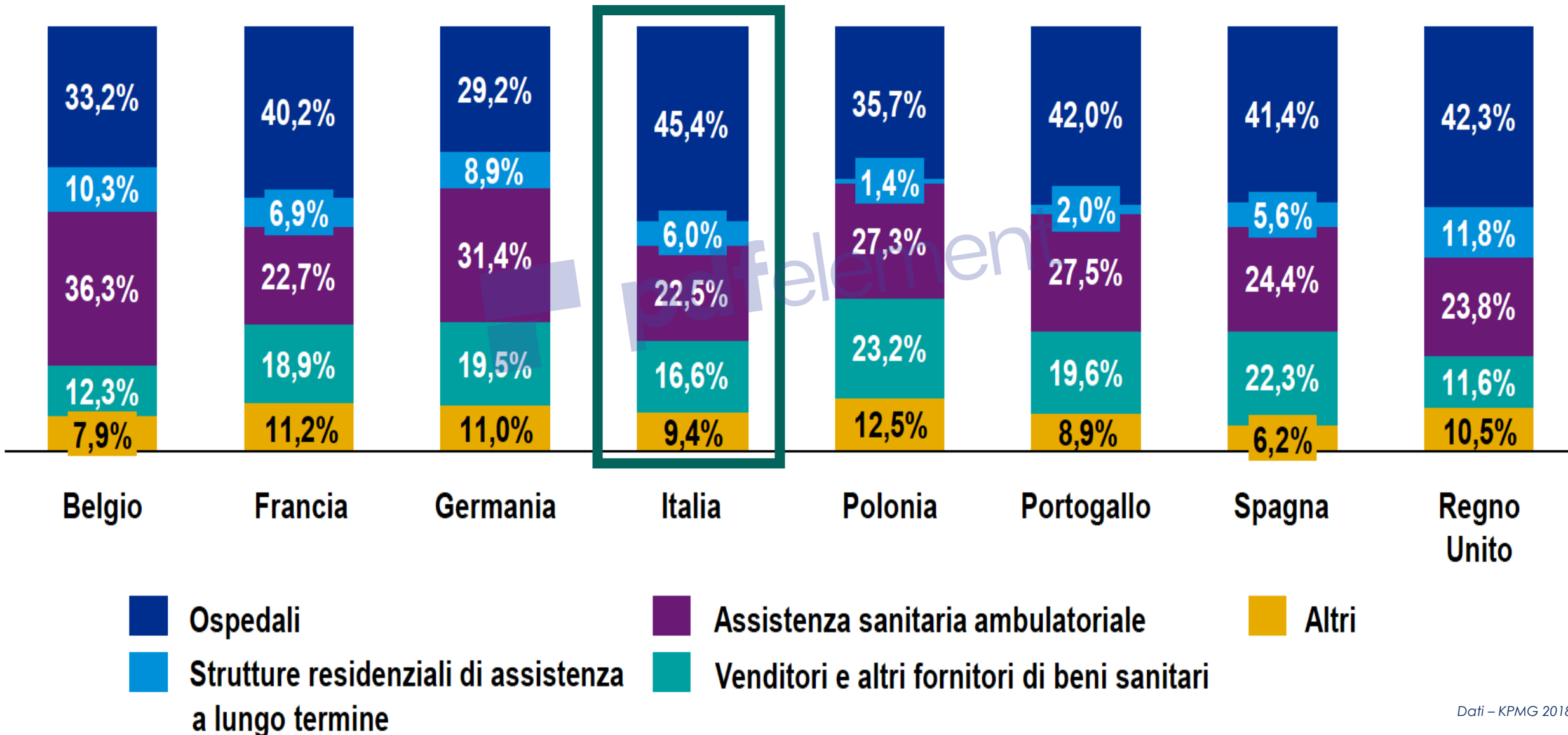


# Incidenza spesa SSN su PIL 2008-2020



Fonte: Elaborazione Corte dei conti su dati MEF-RGS

# Spese sanitarie per tipologia di assistenza espresse come % delle spese sanitarie totali



## The Value Agenda for Italy

Le soluzioni operative della *Value Based Health Care* in Italia per rilancio e crescita del Servizio Sanitario Nazionale

# Il value della salute

Rimuovere filigrana ora

**Sanità24** | **24 ORE**

Home | Analisi | Sanità risponde | Scadenze fiscali | Sanità in borsa

27 lug 2018 **AZIENDE E REGIONI**

**Approccio basato sul valore: la nuova sfida del Sistema sanitario nazionale**

di Stefano Cazzaniga \*

SEGNALIBRO | ☆  
FACEBOOK | f

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanita.it

Scienza e Farmaci

Quotidiano on line di informazione sanitaria **QS**  
Venerdì 02 NOVEMBRE 2018

Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | Archivio

Cerca

Tweet | Condividi | G+ | Condividi 0 | stampa

**Urbani (Min. Salute): "Sanità basata su valore è la sfida più grande per Ssn sostenibile"**

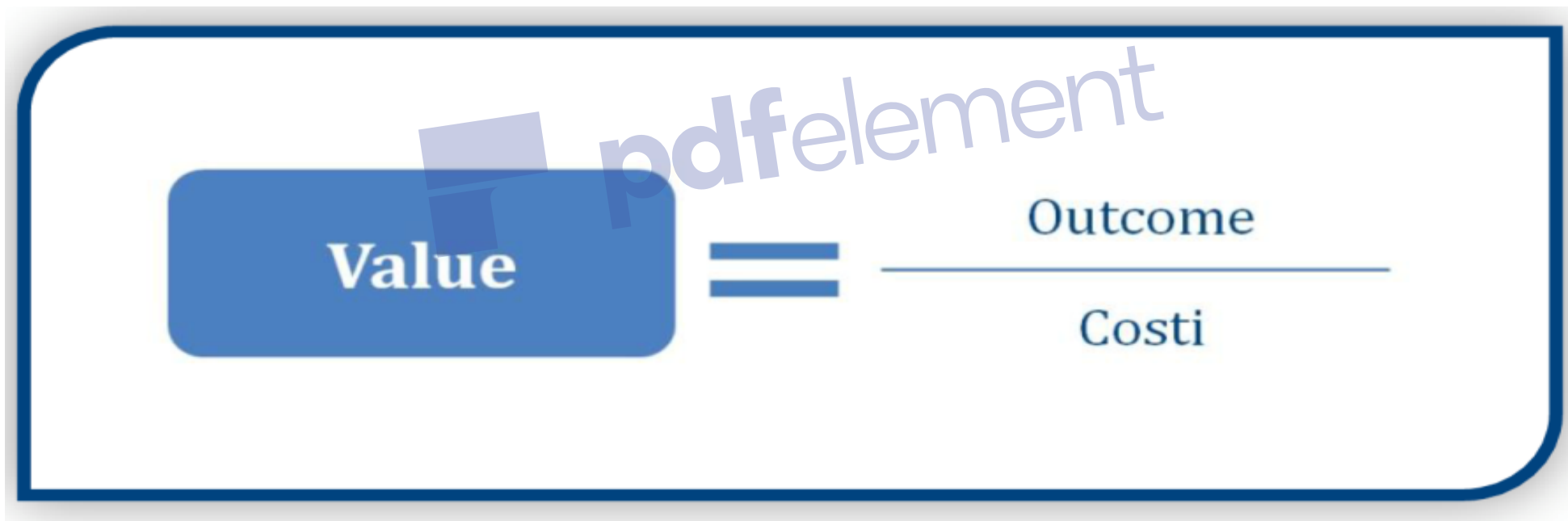


OPI  
CAMPOBASSO - ISERNIA

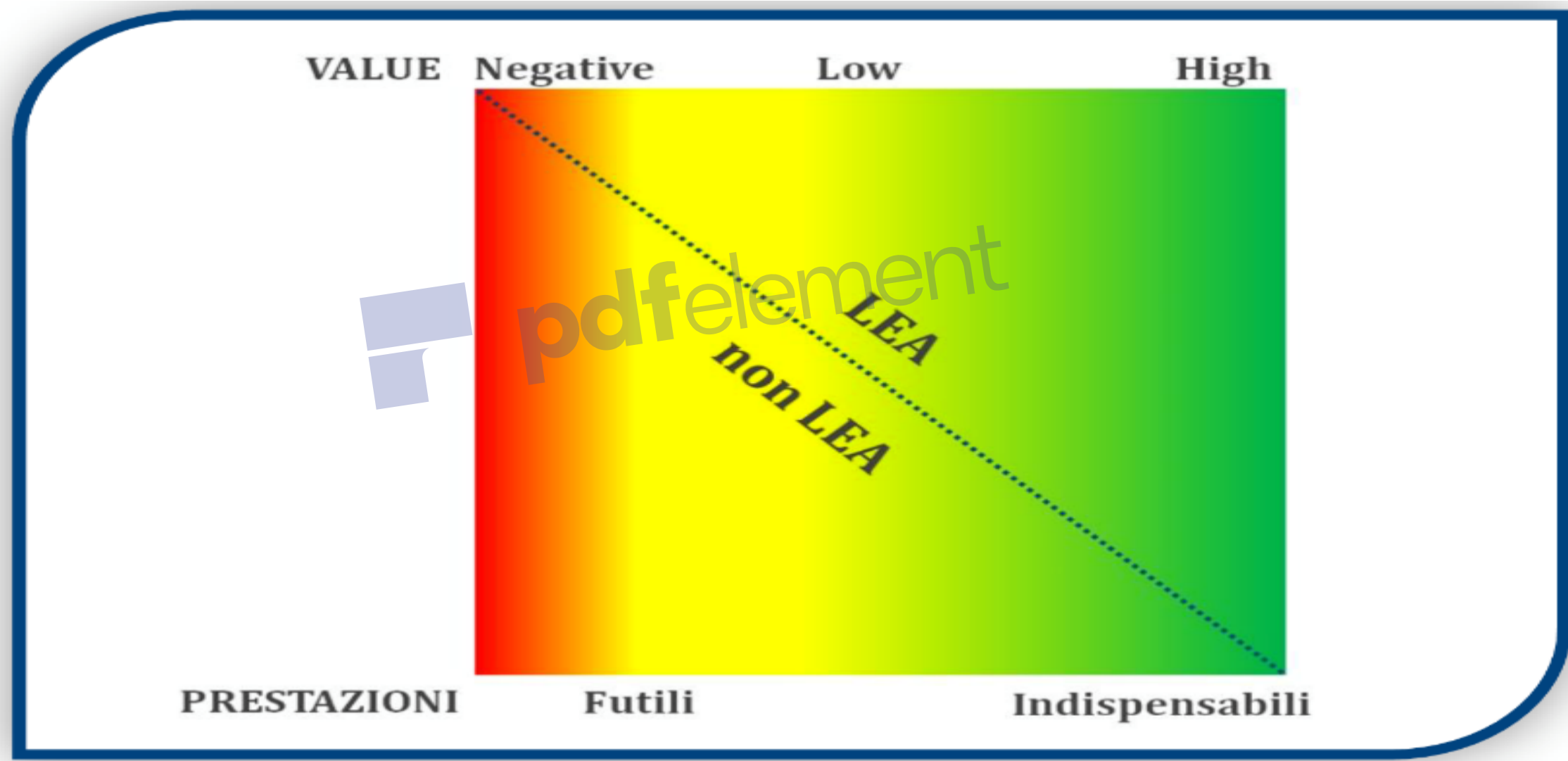
Francesco Colavita  
2019




# Il **value** che cos'è



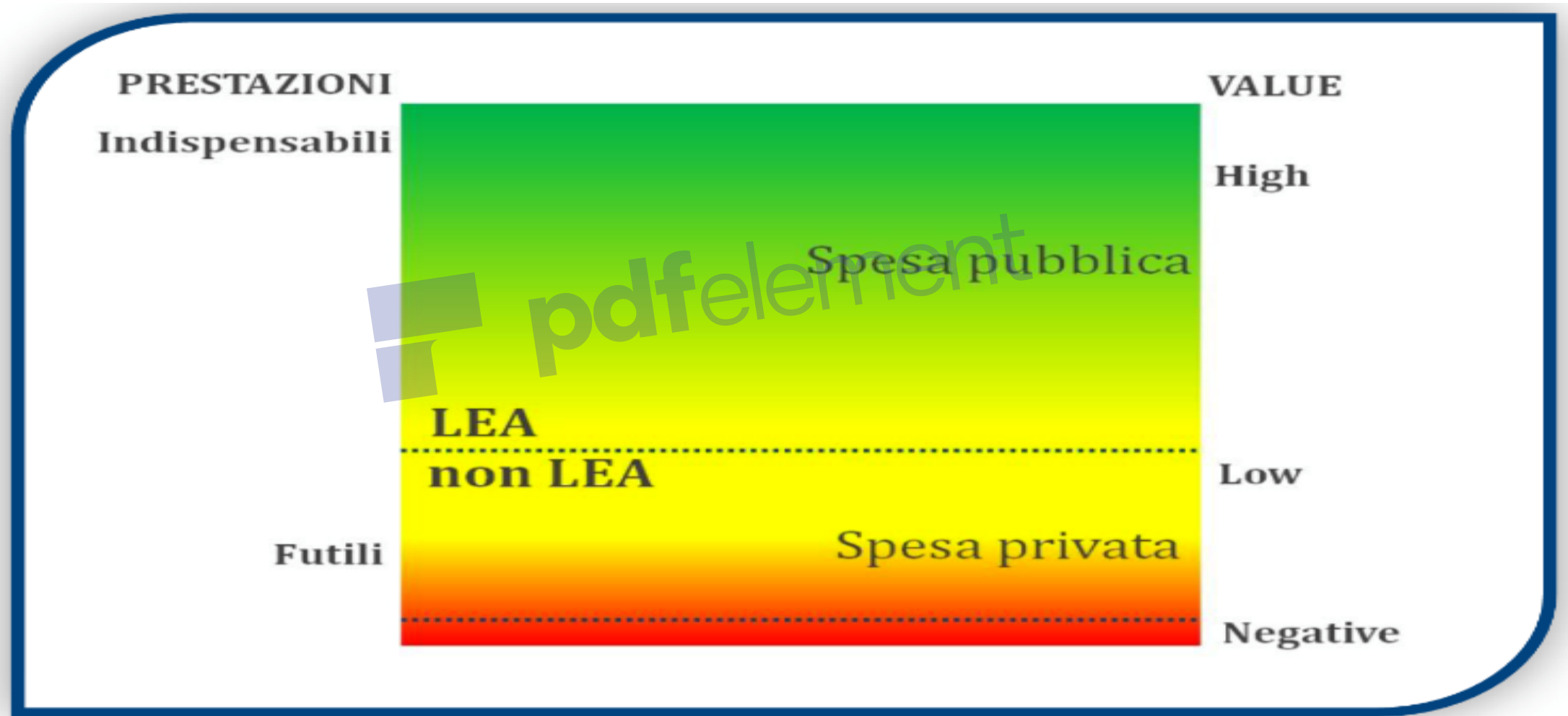
# Relazione attuale tra LEA e **value** delle prestazioni



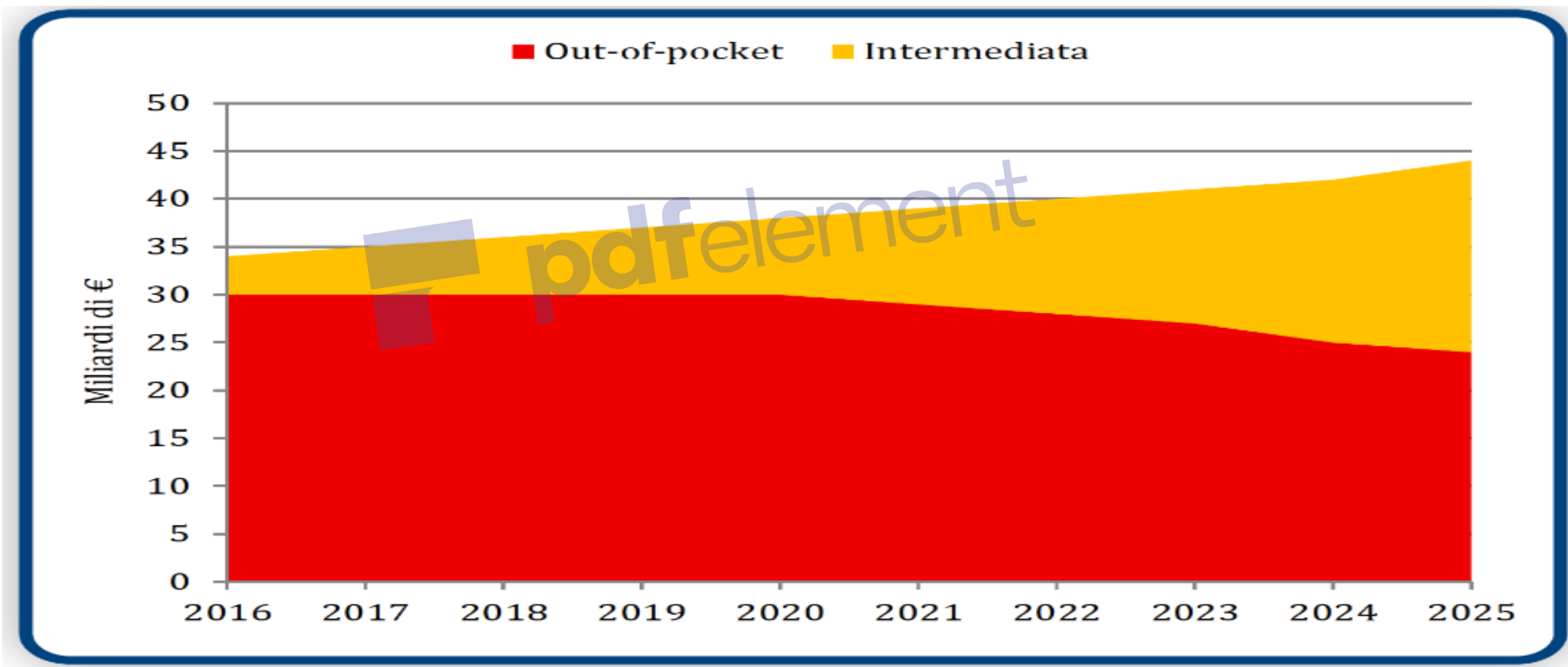
# i LEA

- I LEA includono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate.
- I LEA escludono tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che:
  - non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del SSN;
  - non soddisfano il principio dell'efficacia e della appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
  -  ○ non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze.
- Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal SSN, esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione, autorizzati dal Ministero della Salute.

# Relazione ideale tra LEA e **value** delle prestazioni

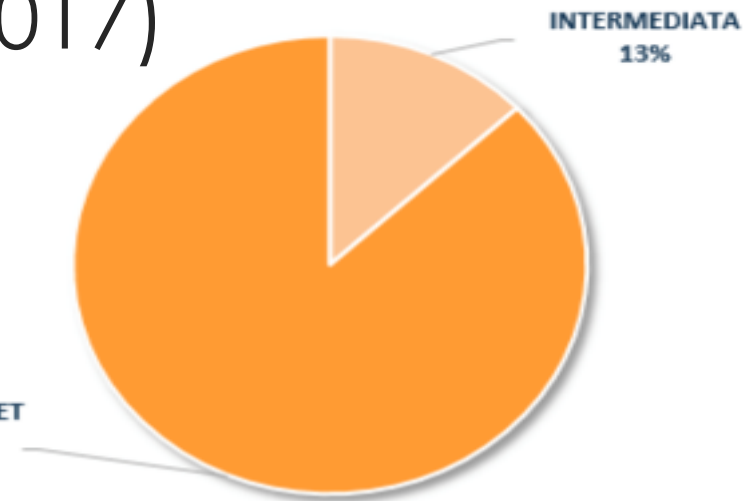


# Spesa out-of-pocket e intermediata trend stimato 2016-2025



di circa **40** mld di euro  
di spesa sanitaria privata (2017)

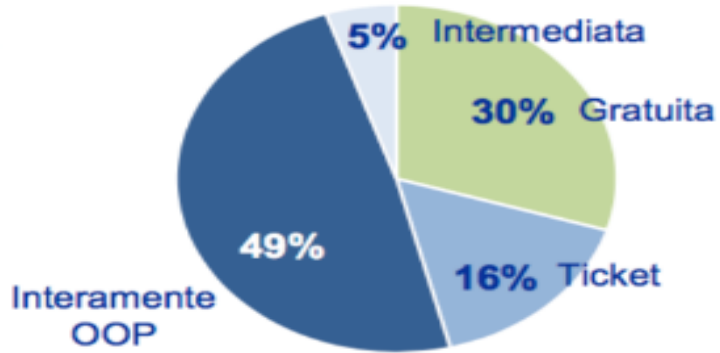
**35** mld OoP  
**5** mld



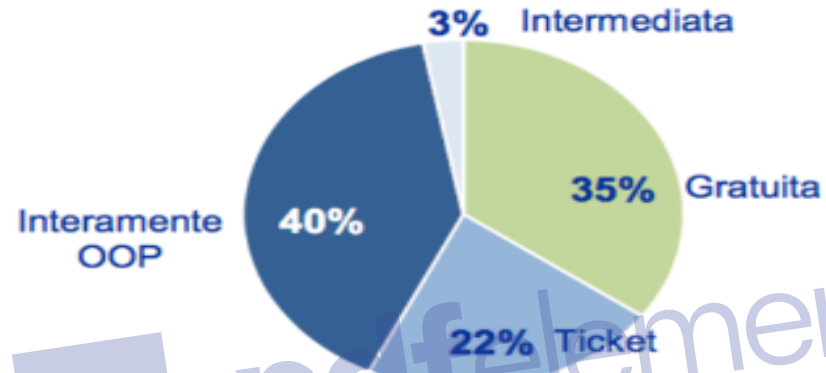
**intermediate da enti, fondi e casse sanitarie di mutuo  
soccorso o coperte da altre forme assicurative**

# Modalità di pagamento delle prestazioni

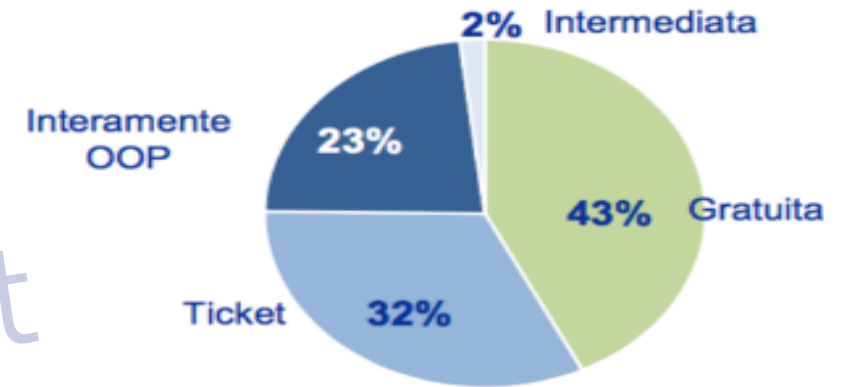
## RIABILITAZIONE



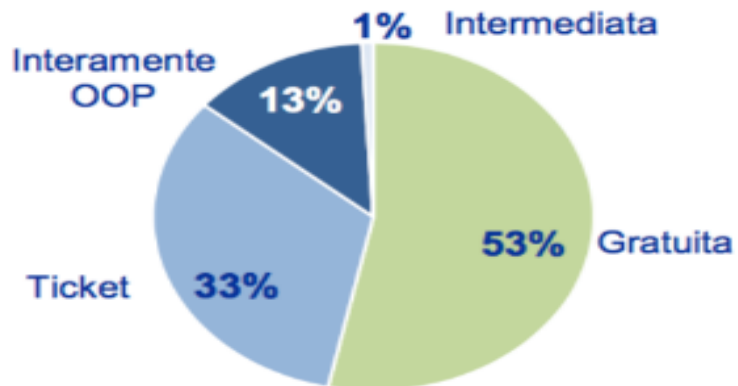
## VISITE SPECIALISTICHE



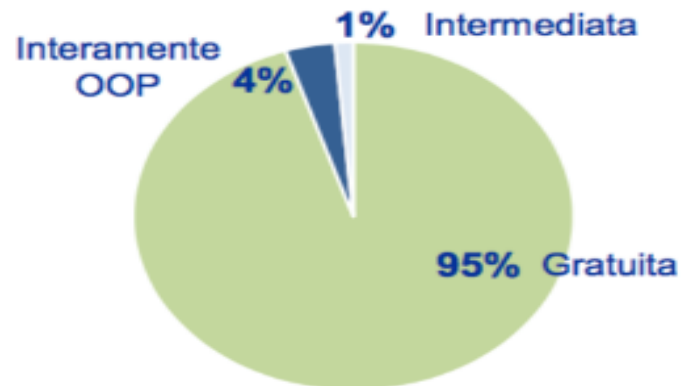
## ACCERTAMENTI SPECIALISTICI



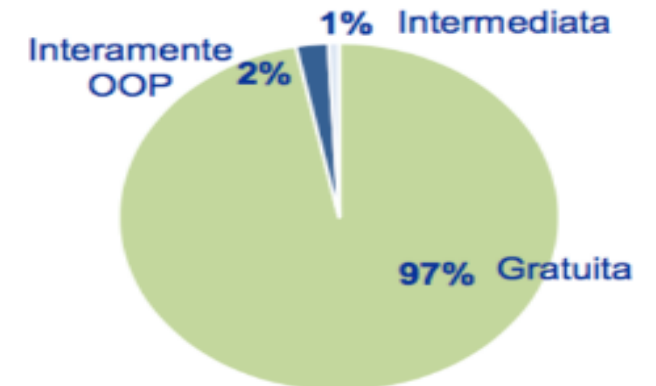
## ANALISI DEL SANGUE



## RICOVERI DH



## RICOVERI ORDINARI



Lo Stato agevola fiscalmente le aziende che concedono servizi e prestazioni di welfare aziendale ai dipendenti (asili nido, buoni pasto, **assistenza sanitaria integrativa**). È premiata fiscalmente l'erogazione di premi di risultato in forma di servizi di welfare

### COPERTURA SANITARIA VS AUMENTO RETRIBUTIVO

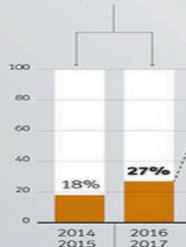




# I numeri

## Contrattazioni collettive in materia di welfare aziendale

(sul totale delle contrattazioni aziendali)



## Ripartizione settoriale degli accordi sul welfare

(% sul totale degli accordi sottoscritti negli anni 2016-17)



## Materie più contrattate

(% sul totale degli accordi sottoscritti negli anni 2016-17)



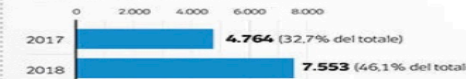
## Servizi più diffusi

(% sul totale degli accordi che hanno regolamentato l'istituto «Welfare» negli anni 2016-17)



## Contratti di secondo livello

Prevedono forme premiali correlate alla produttività con misure di welfare aziendale



## Dimensioni aziendali

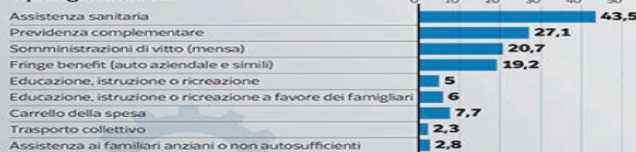
(dati in %)



## Distribuzione geografica

76% Nord, 17% Centro, 7% Sud

## Tipologie di servizi



## I provider

78 provider



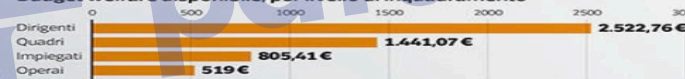
## Aziende clienti dei provider per settori



## Aziende clienti dei provider per dimensioni



## Budget welfare disponibile, per livello di inquadramento



## Che significato ha il welfare aziendale per i lavoratori under 35



# Tipologia dei servizi assistenza sanitaria

43,5%

Contratti  
Manifatturiero 62%  
Servizi 25%

Budget  
Dirigenti 2.522,76 euro  
Quadri 1.441 euro  
Impiegati 805,41 euro  
Operai 519 euro



OPI

CAMPOBASSO - ISERNA

Francesco Colavita  
2019

# ***Autonomia differenziata:***

## ***quale futuro per il SSN?***

pdfelement



Tra le richieste avanzate dalla Regione Emilia Romagna vi è quella di un'autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in ordine alla **rimozione di vincoli di spesa** specifici, presenti e futuri, **con particolare riferimento a quelli in materia di personale e di valutazione del risultato economico dei singoli enti sanitari regionali.**

Quanto ai percorsi di specializzazione, si chiede autonomia legislativa e amministrativa per realizzare la piena integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale, e intervenire sulla programmazione delle borse di studio per gli specializzandi operata dal livello nazionale adeguandola alle specifiche esigenze del territorio. La Regione propone quindi l'attivazione di percorsi formativi di specializzazione anche attraverso contratti a tempo determinato di specializzazione lavoro per i medici, alternativi ai contratti di formazione specialistica.

Quanto poi ai **ticket**, viene avanzata la richiesta di un'autonomia legislativa e amministrativa in merito al sistema tariffario, incluse le modalità di rimborso, e alla determinazione della compartecipazione alla spesa sanitaria per i cittadini residenti nella Regione.

In maniera analoga, viene poi richiesta un'autonomia legislativa e amministrativa in ordine alla definizione della **governance degli Enti del Servizio Sanitario Regionale**, anche rispetto alle modalità di erogazione dei servizi ospedalieri e territoriali, al fine di garantire un assetto organizzativo della rete dei servizi e delle strutture di supporto efficiente, integrato e di qualità.

Per le **politiche del farmaco è avanzata** richiesta di attribuzione di un'autonomia amministrativa in ordine alle decisioni sull'equivalenza terapeutica tra medicinali contenenti differenti principi attivi, qualora Aifa non intervenga con motivate e documentate valutazioni in attuazione della normativa vigente. Tali richieste si estendono, inoltre, alla definizione delle forme di distribuzione, anche diretta, dei farmaci, tenuto conto dei differenti regimi assistenziali.

Infine, si chiedono maggiori autonomie sia in tema di **edilizia sanitaria**, che sulla possibilità di definire misure di semplificazione e agevolazione in tema di **fondi sanitari integrativi**.



Gestione della competenza riguardante la definizione dell'assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei relativi profili organizzativi. Si spazia dall'organizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, all'ampliamento della rete formativa delle specializzazioni mediche con la possibilità di attivare percorsi alternativi presso le aziende sanitarie e ospedaliere del Ssr, d'intesa con le università per la parte teorica della formazione e con la previsione per i laureati in medicina, con risorse proprie, di specifici contratti annuali rinnovabili per la durata complessiva a quella del corso di formazione specialistica, per l'inserimento dei medici in formazione all'interno delle strutture del Ssr.

Il Veneto chiede maggiori competenze in tema di **ticket con la facoltà di abolire la quota fissa**. E ancora, troviamo richieste sull'edilizia sanitaria e **nuove forme di finanziamento per il sistema sanitario regionale attraverso l'istituzione di fondi sanitari integrativi**.

Gestione del personale sanitario, compresa la gestione dell'attività intramoenia. La **possibilità di destinare specifiche risorse aggiuntive per il personale che opera presso sedi disagiate**. L'impiego, per attività medico chirurgiche di supporto, di medici in possesso della sola laurea in medicina e dell'abilitazione, di medici in possesso di diploma di formazione specifica in medicina generale o di medici in possesso di qualsiasi specializzazione esclusivamente per esigenze temporanee volte a garantire la continuità nell'erogazione dei Lea nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza e in tutti i casi in cui vi sia il rischio di interruzione del pubblico servizio.

L'ampliamento della rete formativa delle specializzazioni mediche con facoltà di attivazione di percorsi integrativi di formazione specialistica presso le aziende sanitarie e ospedaliere del Ssr, con specifici contratti di lavoro a tempo determinato per la durata complessiva pari a quella del corso di formazione specialistica, in sovrannumero rispetto ai contratti finanziati dallo Stato.

E ancora, l'erogazione delle cure primarie in forme aggregate complesse con medici convenzionati, medici dipendenti del Ssr o soggetti accreditati nel rispetto del principio di libera scelta dei cittadini.

La Lombardia chiede l'attribuzione di competenze in materia di definizione dell'assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei relativi profili organizzativi, organizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, facoltà di attivazione di percorsi alternativi di formazione specialistica dei medici presso le aziende sanitarie e ospedaliere, d'intesa con le università per la parte teorica della formazione e con la previsione per i laureati in medicina di specifici contratti annuali rinnovabili per la durata complessiva a quella del corso di formazione specialistica, per l'inserimento, durante il periodo di formazione, di medici in formazione all'interno delle strutture del Ssr.

**Rimodulazione dei ticket con la possibilità di abolire la quota fissa, programmazione di investimenti in edilizia sanitaria e fondi sanitari integrativi.**

Definizione dei profili attinenti al sistema tariffario di rimborso e remunerazione, definizione dell'utilizzo delle risorse finanziarie da impiegare per il personale, l'acquisto di beni e servizi, i farmaci, i dispositivi medici, l'acquisto di prestazioni da erogatori privati a fronte della garanzia dell'equilibrio economico-finanziario complessivo del sistema sociosanitario.

Definizione dell'evidenza terapeutica per principi attivi uguali e delle regole in materia di payback, l'istituzione e regolamentazione di **un fondo regionale integrativo del fondo sanitario nazionale con la definizione di un livello minimo di defiscalizzazione per favorire e incentivare l'adesione volontaria.**



**Focus:** pdfelement

# ***Le Strutture per le cure intermedie***





*I principali determinanti della salute*

*Dahlgren & Whitehead (1991)*



OPI

CAMPOBASSO - ISERNIA

Francesco Colavita  
2019

## IL TERRITORIO:

**È il luogo privilegiato per valutare i bisogni del paziente** e per presidiarne i percorsi, costituendo un centro di **offerta proattiva** e personalizzata di servizi in integrazione e in continuità con l'offerta sociosanitaria.

Rappresenta **il setting migliore per affrontare e gestire le complessità**, poiché si avvale di **competenze specialistiche multidisciplinari e articolate in sistemi "a rete"** di tipo ambulatoriale, ospedaliero diurno, o in ospedali di comunità, riservando i ricoveri ordinari a casi limitati o di grande severità e complessità.

Le policy di programmazione improntano l'assistenza territoriale su nuovi principi di tutela delle persone: Chronic Care Model, presa in carico, garanzia della continuità dell'assistenza, utilizzo di equipe multidimensionali, con conseguente riduzione dell'inappropriatezza dell'intero Sistema.





# Il bisogno di nuove strutture

33

- Una causa importante per la degenza media alta dei ricoveri ospedalieri in molte Regioni è la difficoltà di dimissione 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 e quindi impediscono la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato, rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore.



OPI  
CAMPOBASSO - ISERNIA



Francesco Colavita  
2019



# Gli Ospedali di Comunità

*La parola comunità esala una sensazione piacevole, qualunque cosa tale termine possa significare (...)*

*Le compagnie e le società possono anche essere cattive, la comunità no.*

**La comunità è sempre una cosa buona.**

*(Zygmunt Bauman)*

pdfelement



# GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ, CENNI NORMATIVI

Rimuovere filigrana ora

- ✓ **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008** – raccordo tra sistema cure primarie e quello delle cure ospedaliere e modalità di completamento dell'offerta dei servizi di cure intermedie (*intermediate health care*).
- ✓ **Patto per la Salute 2014-2016**: OdC viene promosso, con Hospice e cure domiciliari, quale **risposta più efficace ai ricoveri inappropriati**
- ✓ **D.M 70/2015** configura l'**Ospedale di comunità (OdC)** quale **strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure & struttura derivante dalla riconversione di posti letto per la degenza**.
- ✓ **Piano Nazionale della cronicità, Intesa Stato Regioni del 15 settembre 2016**, tassello importante sia per l'applicazione del Patto per la Salute, sia per il cambio di rotta nel modello di assistenza del SSN, sempre più orientato ai mutamenti epidemiologici e ai bisogni di salute, promuove il concetto di **assistenza infermieristica**
- ✓ **Nuovo DPCM sui LEA (2017)**: il SSN garantisce l'accesso unitario ai servizi **sanitari e sociali**, la presa in carico e la valutazione multidimensionale del bisogno (anche sociale) mediante il **Progetto di Assistenza Individuale (PAI)** che definisce i bisogni terapeutico – riabilitativi - assistenziali della persona ed è redatto dall'**Unità di valutazione multidimensionale**, con il **coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia**



35

*L'infermiere assicura la continuità della presenza e della presa in carico dei problemi (acuti/cronici) di salute e del benessere per le persone fragili e per le loro famiglie/care giver*



OPI  
CAMPOBASSO - ISERNIA

Francesco Colavita  
2019

L'OdC è la struttura che si colloca come **anello di congiunzione** fra la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali per anziani (RSA, Case protette e di riposo) e gli Ospedali per gli acuti.



- È un modello elastico, può adattarsi a diverse realtà e disponibilità
- È un modello a **basso costo** ed **alto gradimento degli utenti**
- È di facile attivazione: può essere attivato nelle strutture per anziani già esistenti **sfruttando le economie di servizi e personale**
- **Recupera il patrimonio ospedaliero dismesso**
- È punto di riferimento indispensabile all'identificazione del Distretto come presidio sociosanitario dove il cittadino trova le risposte ai bisogni di salute
- riduce i ricoveri impropri negli ospedali liberando risorse



Tra le nuove realtà organizzative nell'**Ospedale di Comunità** la figura principale è quella dell'infermiere, che si occupa **dell'assistenza del paziente, continuamente, durante la giornata e, insieme al proprio coordinatore infermieristico, della creazione ed attuazione dei vari piani assistenziali.**

Il nuovo modello assicura:

- *maggiore efficacia delle prestazioni*
- *migliore qualità dell'assistenza*
- *risultati clinici più appropriati secondo i principi della continuità e dell'umanizzazione delle cure*
- *ottimizzazione delle risorse ospedaliere con la conseguente riduzione dei costi.*



37



[Fonte: E. Guzzanti,  
"Assistenza Primaria in  
Italia.", Edizioni  
Iniziativa Sanitarie,  
2009]

In Italia le esperienze OdC sono raggruppabili in **tre** grossi modelli:

1. **Modello Rurale:** A "disponibilità oraria", con un **definito numero di medici di famiglia** (8-12 unità). Da 5/8 posti letto fino a un massimo di 12/15 posti letto. (**Emilia-Romagna e Marche**).
2. **Modello Metropolitano:** "Ad accesso", **il più frequente**. Il medico di famiglia accede alla struttura sulla base di un programma preventivamente concordato (Direttore Distretto) e con scadenze prefissate (settimanali, quindicinali, mensili) per monitorare i pazienti ricoverati. (**Toscana, Friuli Venezia Giulia**).
3. **Modello Misto:** La responsabilità clinica dei MMG è condivisa con i medici ospedalieri e/o comunque dipendenti. (**Marche e Umbria**).

# Le Case della Salute

- ▶ rappresentano oggi una delle soluzioni organizzative che le Regioni e le ASL hanno a loro disposizione per **determinare moderne politiche di assistenza territoriale** e per indicare **una precisa gestione del governo clinico territoriale**.
- ▶ Il nome è evocativo di quanto **l'assistenza territoriale debba avere caratteristiche di ospitalità e di accoglienza**, quasi a rappresentare la dimora di ogni cittadino/utente. In questo senso, la casa è infatti anche la rappresentazione simbolica delle fondamenta stesse della vita di un individuo.



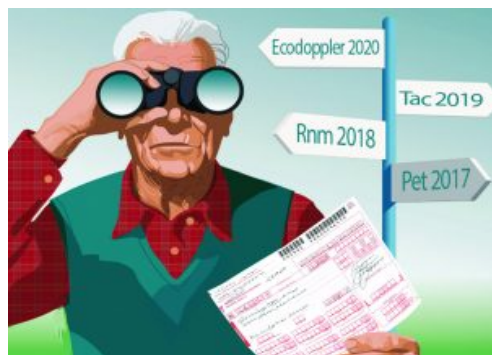
# La Casa della Salute

- è "la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, **i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie**, compresi gli ambulatori di Medicina Generale e di Specialistica ambulatoriale, **e sociali** per una determinata e programmata porzione di popolazione. In essa si realizza **la prevenzione per tutto l'arco della vita** e la **comunità locale si organizza per la promozione della salute e del benessere sociale**".

Ministero della Salute



# La Casa della Salute



rappresenta una valida sperimentazione organizzativa e gestionale, **capace di dar “voce” al bisogno socio-sanitario dei territori dov’è collocata.**

Al suo interno s’incrociano i servizi direttamente con i cittadini, **attutendo il problema aziendale delle liste d’attesa**, dando spazio al volontariato e alla cittadinanza e, ovviamente, agli operatori che vi lavorano.

Se ben veicolata con dinamiche organizzative e comunicative, la Casa della Salute **può rappresentare un volano d’empowerment per l’intera popolazione assistita** (o potenzialmente assistita), facilitando processi e percorsi in un’ottica di interesse comunitario dei territori, anche delle Aree Interne.





# Tavolo OdC

**Gruppo di lavoro sull'OdC**

Documento finale sugli  
Ospedali di Comunità



*Ministero della Salute*

Direzione Generale della  
Programmazione Sanitaria



41

# Re.Se.T

**Riorganizzazione delle Reti dei  
Servizi Territoriali e  
integrazione dell'attività  
ospedaliera con l'attività  
territoriale**

Linee di indirizzo per il  
potenziamento e l'armonizzazione  
dei modelli di assistenza primaria in  
Italia, con particolare riferimento  
alla cronicità

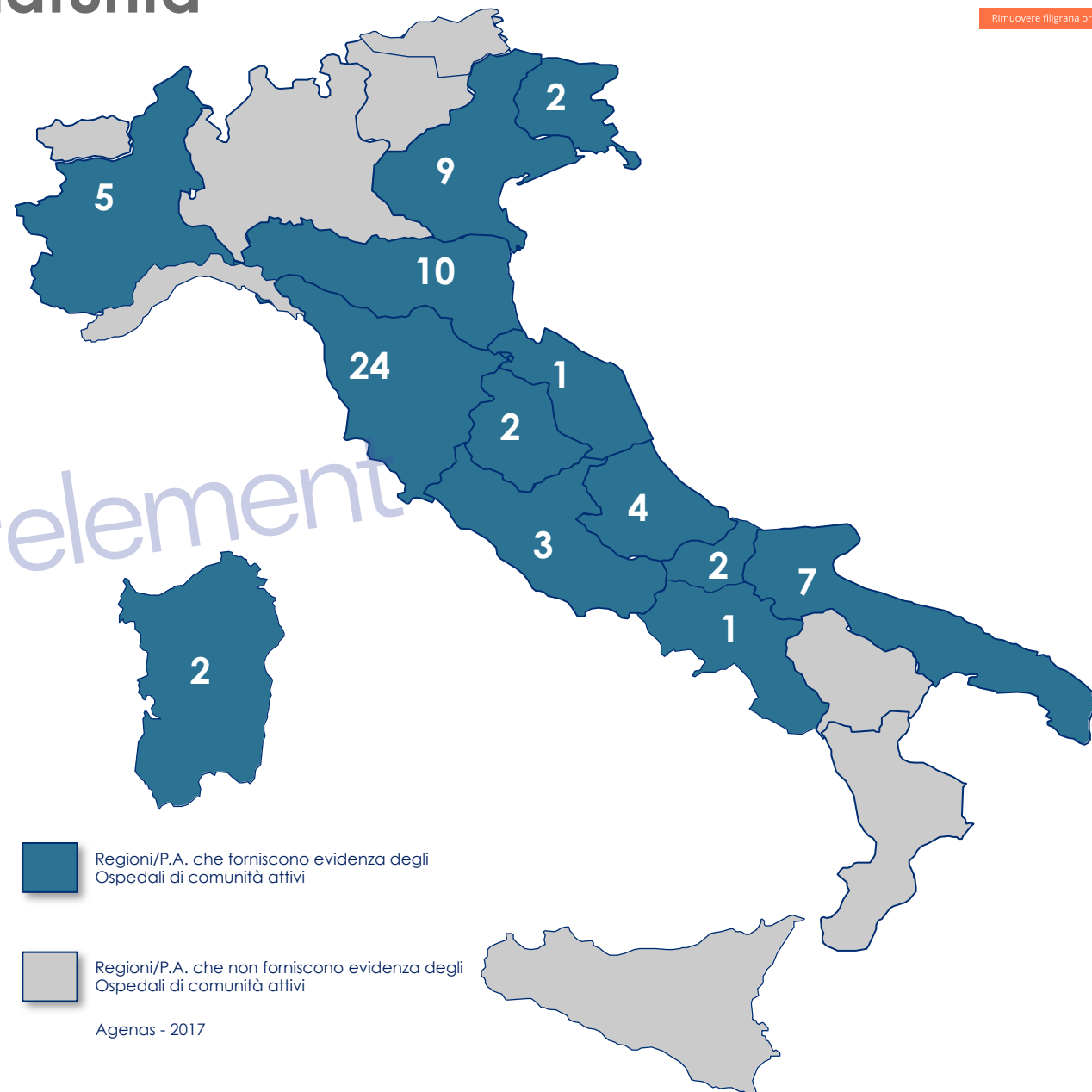
age.n.a.s.



# Il grado di attivazione e maturità degli OdC sul territorio nazionale

Emerge un **quadro** piuttosto **frammentato** ed **eterogeneo** a livello di singola Regione/ P.A., in termini di:

- ❑ numerosità delle strutture attivate;
- ❑ tipologia di utente trattato;
- ❑ tipologia di assistenza erogata.



# STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE NELLE REGIONI ITALIANE

Rimuovere filigrana ora

- Sosia - residenzialità
- Svama
- Bina
- Aged
- Schema Polare
- Rug III - strumenti InterRai
- Valgraf



*Piemonte, Sardegna: strumenti propri*



# Uno standard per le strutture di cure intermedie

Rimuovere filigrana ora

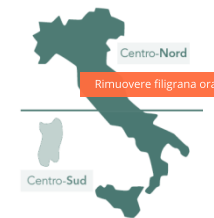
<b>Caratteristiche</b>	<b>Descrizione</b>
<b>Definizione</b>	Per struttura intermedia si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale di ricovero e di assistenza. Una di queste è l'ospedale di comunità.
<b>Posti letto</b>	Obiettivo: 0,4 p.l. ogni 1000 abitanti. Modulo da 15-20 posti letto.
<b>Assistenza medica</b>	È assicurata dai MMG o PLS o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN
<b>Responsabilità igienico-organizzativa e gestionale</b>	Fa capo al Distretto ed è gestita da personale infermieristico
<b>Standard di personale</b>	L'assistenza è garantita sulle 24 H dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai MMG. Dai PLS e dai medici di continuità assistenziale. La dotazione di personale deve rispettare i seguenti parametri minimi: <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>1 coordinatore infermieristico;</b></li><li>- 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari a:<ul style="list-style-type: none"><li>- 1 infermiere ogni 8 ospiti;</li><li>- 1 OSS ogni 2 ospiti;</li><li>- 1 terapeuta/logopedista o altra figura professionale ogni 20 ospiti.</li></ul></li></ul>
<b>Pazienti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:<ul style="list-style-type: none"><li>- consolidare le condizioni fisiche;</li><li>- continuare il processo di recupero funzionale;</li><li>- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero.</li></ul></li><li>- Pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.</li><li>- Pazienti che necessitano di interventi sanitari erogabili a domicilio, che non dispongono di un domicilio idoneo-(strutturale e familiare).</li><li>- Pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa.</li></ul>

# Uno standard per le strutture di cure intermedie

45

<b>Modalità di remunerazione</b>	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.
<b>Durata del ricovero</b>	La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.
<b>Accesso</b>	L'accesso può avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del MMG titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'ingresso è regolato attraverso l'UVM, attivata dal medico selettore cui partecipano Medico Curante, Caposala, Responsabile UVMD, infermiere delle Cure Primarie titolari del percorso Dimissioni Protette, Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la famiglia. L'ingresso è subordinato alla compilazione: <ul style="list-style-type: none"><li>– della scheda di Valutazione Multidimensionale;</li><li>– della scheda di sintesi delle problematiche rilevate, completa della descrizione del Progetto Assistenziale e della tempistica dello stesso (data di ingresso, durata prevista del ricovero, rientro previsto al domicilio);</li><li>– del piano di assistenza personalizzato (PAI) che preveda il successivo rientro a domicilio o la collocazione in altra struttura.</li></ul>
<b>Lavoro multidisciplinare e multidimensionale</b>	Presso la struttura vengono usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale. Per tutti i pazienti la definizione del PAI, la sua rivalutazione e la gestione clinica e assistenziale sono gestiti dalla struttura e prevedono un approccio multidimensionale e multidisciplinare.
<b>Esplicitazione dei risultati attesi</b>	Alla dimissione viene nuovamente compilata la scheda di Valutazione Multidimensionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati in ingresso (dalla UVMD).
<b>Sede fisica</b>	<b><i>Allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.</i></b>

# Le denominazioni delle strutture di cure intermedie. Solo una questione di lessico?



46

<b>Regioni</b>	<b>Denominazioni delle strutture di cure intermedie</b>
<b>Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Molise, Puglia, Sardegna</b>	Ospedali di comunità
<b>Lombardia, Umbria</b>	Cure intermedie
<b>Liguria</b>	Strutture di cure intermedie (SCI)
<b>Lazio, Molise</b>	Unità di degenza (a gestione) infermieristica
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	RSA livello di assistenza medio (per trattamenti assistenziali intensivi)
<b>Marche</b>	Cure intermedie: 1) country hospital (CH); 2) struttura intermedia integrata (SII)
<b>Piemonte</b>	Continuità assistenziale a valenza sanitaria
<b>Toscana</b>	a) Low care (setting 1); b) Residenzialità sanitaria intermedia (setting 2); c) Residenzialità assistenziale intermedia (setting 3);
<b>Veneto</b>	Strutture di ricovero intermedie: a) Ospedale di comunità; b) Unità riabilitativa territoriale.

# Strutture intermedie, ma per quali pazienti?

Rimuovere filigrana ora

Regioni	Pazienti eleggibili (sintesi)
Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto	Pazienti provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente <b>dimissibili</b> da ospedali per acuti, <b>ma non in condizione di poter essere adeguatamente assistiti a casa.</b>
Lazio, Lombardia, Veneto, Piemonte, Puglia, Sardegna	Persone dimissibili per cure a domicilio, ma <b>con contesti socio-familiari “fragili o inadeguati”</b> 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.
Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Toscana, Molise	Pazienti fragili e/o cronici <b>provenienti dal domicilio</b> 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.
Lazio, Puglia, Sardegna, Toscana	Pazienti <b>dimissibili</b> dall’ ospedale per acuti che hanno bisogno di <b>mantenere</b> (e completare) <b>la stabilizzazione clinica</b> e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di <b>assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore</b> prima rientrare a domicilio o in altra struttura.
Marche, Veneto (in parte in Unità riabilitativa territoriale)	Pazienti afferenti al <b>profilo R1</b> (stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative, etc) (nelle Marche nel massimo del 10% dei posti letto del modulo).
Lazio, Marche, Molise	Pazienti caratterizzati da <b>non autosufficienza</b> , anche temporanea, nella fase della malattia in cui <b>non sono richiesti</b> un elevato impegno tecnologico e la <b>presenza/assistenza medica continuativa</b> nell’ arco delle 24 ore.
Emilia-Romagna, Toscana	Pazienti che necessitano di <b>riattivazione motoria</b> o di supporto riabilitativo-rieducativo respiratorio o di altro organo/distretto o di recuperare la cura del sé.

# I posti letto per le cure intermedie. Un quadro nelle diverse regioni

Regione	Popolazione al 2017	Posti letto previsti	p.l. per 1.000 abitanti
<b>P.A. Trento</b>	538.604	20	0,04
<b>Emilia-Romagna</b>	4.448.841	232	0,05
<b>Abruzzo</b>	1.322.247	90-120	0,07 - 0,09
<b>Lombardia</b>	10.019.166	800	0,08
<b>Puglia</b>	4.063.888	356	0,09
<b>Molise</b>	310.449	55	0,10-0,13
<b>Marche</b>	1.538.055	444	0,24
<b>Piemonte</b>	4.392.526	1.293	0,29
<b>AGENAS</b>	<b>60.589.445</b>	<b>24.318</b>	<b>0,40</b>
<b>Toscana</b>	3.742.437	1.604	0,43
<b>Veneto</b>	4.907.529	1.775+1.263 = 3.038	0,36+0,26 = 0,62





# La degenza prevista nelle strutture di cure intermedie

<i>Ente</i>	<i>Durata max degenza (giorni)</i>	<i>Degenza media (giorni)</i>
<b>AGENAS</b>	60 prorogabile a 90	25
<b>Abruzzo</b>		15-20
<b>Emilia-Romagna</b>	42	15
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	30	
<b>Lazio</b>	20 se in CdS 4 se in sede ospedaliera	
<b>Liguria</b>	40	22-30
<b>Lombardia</b>	40 (profilo 1); 60 (altri profili) +15 (per fragilità sociali)	
<b>Marche</b>	60	30
<b>Piemonte</b>	30+30	
<b>Molise</b>	30	15-20
<b>Toscana</b>	20	
<b>Veneto</b>	42 (ospedale di comunità); 48 (unità riabilitativa terr)	



# E la responsabilità?

## RESPONSABILITA' GESTIONALE/ORGANIZZATIVA

RESPONSABILITA' GESTIONALE/ORGANIZZATIVA		
Affidata a medici di famiglia	Affidata ad un infermiere	Affidata ad un medico del distretto
-	Emilia Romagna, Lazio, Marche, Molise, Puglia	Friuli VG, Veneto.
RESPONSABILITA' CLINICA		
Affidata a medici di famiglia	Affidata a medici di famiglia (MMG) o altro medico dipendente	Affidata ad un medico del distretto
Marche; Toscana ( <i>nella Residenzialità assistenziale intermedia</i> )	Emilia Romagna, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria	Friuli V.G. ( <i>RSA livello medio</i> ), Marche ( <i>Strutture Intermedie integrate</i> ) Toscana ( <i>medico di struttura nelle Low care; medico specialista in stretto raccordo con la medicina generale nelle Residenze sanitarie intermedie</i> ); Veneto ( <i>medico pubblico o privato</i> )



# Standard assistenziali nelle strutture di cure intermedie (minuti pro die per paziente)

Regione	Coordinatore infermiere	Infermieri	OSS	Terapisti	Totale (escluso coordinatore)	Presenza H24
<b>Emilia-Romagna</b>	15	103	206	Si	309	Infermieri
<b>Molise</b>	16	136	65		201	Infermieri
<b>Veneto OdC</b>	15	100	154	10	264	Infermieri
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	Si	110	130	13	253	Infermieri
<b>Liguria</b>		60	140	20	240	Infermieri e copertura medica
<b>Lombardia (5 profili)</b>		34 43			160-189-200 (media)-231-231	Infermieri e reperibilità medica
<b>Lazio</b>	16	81+16 (case manager)	81	16	194	Infermieri e OSS
<b>Piemonte (2 livelli)</b>		60 80	110		170 190	Infermieri e OSS
<b>Marche</b>		160		15	175	Infermieri e OSS

# Le tariffe delle strutture di cure intermedie

Rimuovere filigrana ora

Ente	Tariffa giornaliera in euro	Note
<b>AGENAS</b>	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture Residenziali (103-154).	Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.
<b>Lombardia</b>	120	
<b>Piemonte</b>	120 130 +20	120 euro per i pazienti con moderata/lieve complessità clinico-assistenziale; 130 euro per i pazienti con alta complessità clinico-assistenziale; + 20 euro di tariffa aggiuntiva per pacchetto riabilitativo. Quota alberghiera dopo il 30° giorno.
<b>Veneto</b>	130 (OdC) 135 (URT)	La quota alberghiera dell'OdC a carico dell'utente è di 25 euro a partire dal 31° giorno e di 45 euro dopo il 60° giorno di presenza. La quota alberghiera dell'URT a carico dell'utente è di 25 euro a partire dal 16° giorno e di 45 euro dopo il 60° giorno di presenza.
<b>Friuli V.G.</b>	134	Superati 30 gg. di degenza il cittadino contribuisce con il 50% della tariffa giornaliera.
<b>Toscana</b>	119 132 154	119 residenze assistenziali intermedie 132 residenze sanitarie intermedie 154 <i>low care</i> Nessuna compartecipazione dell'utente.
<b>Sardegna</b>	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; 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.
<b>Lazio</b>	144	
<b>Marche</b>	145	Superati 60 gg. di degenza il cittadino contribuisce per la quota alberghiera pari a 42,50 euro/die.

REGIONE MOLISE - ELENCO PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE EROGATE NELLE CASE DELLA SALUTE E NELLE UDI

Codice	Descrizione Prestazione	Tempo in minuti	Tariffa*
<b>TERAPIA INIETTIVA INFUSIVA (E.V. I.M. S.C.)</b>			
INF99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA		0,00
INF99.17	INIEZIONE DI INSULINA	5	1,83
INF99.18	INIEZIONE O INFUSIONE DI ELETTROLITI	60	22,00
INF99.19	INIEZIONE DI ANTICOAGULANTI	7	2,57
INF99.21	INIEZIONE DI ANTIBIOTICI	15	5,50
INF99.23	INIEZIONE DI STEROIDI	10	3,67
INF99.24	INIEZIONE DI ALTRI ORMONI	10	3,67
INF99.29.1	GLUCOSATA,	60/120	22,00/44,00
INF99.29.2	SOLUZ.FISIOLOGICA	60/120	22,00/44,00
<b>MEDICAZIONE CHIRURGICA, SEMPLICE E COMPLESSA, ULCERA DA DECUBITO SEMPLICE ED AVANZATA, MEDICAZIONE CVC, PICC</b>			
INF96.59	MEDICAZIONE/PULIZIA/IRRIGAZIONE DI FERITA	20	7,33
INF93.37.1	MEDICAZIONE/APPLICAZIONE DI MEDICAZIONE SU FERITA	30	11,00
INF93.37.2	ES-APPLICAZIONE DI PLACCA DI POLIURETANO, IDROCOLLOIDE, ALGINATO ETC...	40	14,67
			0,00
INF86.89	VAC THERAPY	60	22,00
INF93.59	ALTRA IMMOBILIZZAZIONE, PRESSIONE E CURA PER FERITA (CALZE ELASTICHE)	20	7,33
	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA INFEZIONE, USTIONE DEBRIDEMENT		
INF86.28	AUTOLITICO/ENZIMATICO	60	22,00
INF97.43	RIMOZIONE DI SUTURA DAL TORACE	20	7,33
INF97.83	RIMOZIONE DI SUTURA DALL'ADDOME	20	7,33
INF97.84	RIMOZIONE DI PUNTI DI SUTURA DAL TRONCO	20	7,33
INF97.84.1	RIMOZIONE DI PUNTI DI SUTURA DA ALTRE PARTI SPECIFICATE	20	7,33
INF93.07	PARAMETRI ANTROPOMETRICI - (peso altezza circ. vita)	20	7,33
INF89.61.1	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	5	1,83
INF89.61.2	HOLTER PRESSORIO	20	7,33
INF89.52.1	ELETTROCARDIOGRAMMA	20	7,33
INF89.50	HOLTER CARDIACO	30	11,00
INF57.94.1	POSIZIONAMENTO CATERETERISMO VESCICALE UOMO	30	11,00
INF57.94.2	POSIZIONAMENTO CATERETERISMO VESCICALE DONNA	30	11,00
INF57.94.3	POSIZIONAMENTO UROCONDOM	15	5,50
INF89.29.1	ESAME DELLE URINE	10	3,67
INF91.33.1	URINOCOLTURA	15	5,50
INF99.15	INFUSIONE PARENTERALE DI SOSTANZE NUTRIZIONALI CONCENTRATE	30	11,00
INF96.6	INFUSIONE ENTERALE DI SOSTANZE NUTRIZIONALI CONCENTRATE	20	7,33
INFV55.1	CONTROLLO DI GASTROSTOMIA ( CONTROLLO PEG -CAMBIO BOTTONE )	30	11,00
INFV55.0	CONTROLLO DI TRACHEOSTOMIA	20	7,33
INF96.55	TOILETTE TRACHEOSTOMIA	20	7,33
INF97.23	SOSTITUZIONE DI CONTROCANNULA PER TRACHEOSTOMIA	20	7,33
INF93.94	AEROSOLTERAPIA	20	7,33
INF90.43.1	ESAME ESPETTORATO (COLTURA E SENSIBILITA' PER 3 CAMPIONI)	10	3,67
INF90.43.2	BRONCOASPIRATO ESPETTORATO (COLTURA E SENSIBILITA' PER 3 CAMPIONI)	30	11,00
INF90.33.1	TAMPONE FARINGEO (COLTURA E SENSIBILITA')	15	5,50
INF91.73.1	TAMPONE FERITA CHIRURGICA (COLTURA E SENSIBILITA')	15	5,50
INF91.63.1	TAMPONE LESIONE DA DECUBITO (COLTURA E SENSIBILITA')	15	5,50
INFV55.2	CONTROLLO DI ILEOSTOMIA	30/40min	11,00/14,67
INFV55.3	CONTROLLO DI COLOSTOMIA	30/40min	11,00/14,67
	CONTROLLO DI ALTRA APERTURA ARTIFICIALE DELL'APPARATO URINARIO (NEFROSTOMIA, URETEROSTOMIA, URETROSTOMIA)		
INFV55.6	URETEROSTOMIA, URETROSTOMIA	15	5,50
INFV55.8	CONTROLLO DI ALTRA APERTURA ARTIFICIALE SPECIFICATA	30/40min	11,00/14,67
INF96.38	RIMOZIONE FECALOMA	20	7,33
INF96.37	CLISTERE MEDICAMENTOSO	30	11,00
INF96.39	ALTRO CLISMA TRANSANALE (CLISTERE EVACUATIVO)	30	11,00
INF90.99.1	ESAME CHIMICO FISICO FECI	10	3,67
INF90.93.1	ESAME FECI COLTURA E SENSIBILITA'	10	3,67
INF90.94.1	ESAME FECI PARASSITOLOGICO	10	3,67
INF89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	30	11,00
INF99.03	EMOTRASFUSIONE (SANGUE INTERO 1 sacca )	120	44,00
INF99.04	EMOTRASFUSIONE (EMAZIE CONCENTRATE 1 sacca)	120	44,00
INF90.59.1	PRELIEVO EMATICO	20	7,33
INF98.93	ALTRO CATERETERISMO VENOSO NON CLASSIFICATO ALTROVE - (INSERIMENTO PICC)	90	33,00

\*parametro € 22,00/ora



- Il Tavolo tecnico promosso dalla Direzione generale per la Salute ha avanzato la proposta, poi approvata con DD. n. 136 del 24/07/2018, di una **“valorizzazione innovativa”**, in termini anche economici, dell'attività e delle prestazioni effettuate presso le UDI di Larino e Venafro.
- Il Tavolo, che ha visto la collaborazione, oltre ai tecnici della Struttura regionale, di diverse professionalità (Ordini dei Medici regionali, Ordine delle Professioni Infermieristiche, Azienda Sanitaria) si è riunito cercando di definire le tariffe secondo un criterio preciso in considerazione sia della tipologia di prestazione fornita agli utenti, sia in considerazione del fatto che le UDI operano esclusivamente in regime “uso interno”. Il Tavolo ha tenuto conto di altri criteri per la definizione della valorizzazione dell'attività assistenziale delle UDI, e cioè il tempo di erogazione della singola prestazione e il costo orario dell'infermiere professionale dipendente.
- La valorizzazione delle prestazioni rappresenta **una tra le prime esperienze nazionali** e come tale è da leggere in chiave sperimentale. Il Molise, con questo passaggio, ha aggiunto un ulteriore, importante tassello alla complessiva costruzione di un proprio modello.

quotidianosanità.it **Molise** Quotidiano on line di informazione sanitaria Mercoledì 20 MARZO 2019 QS

Home Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Archivio Edizioni regionali Cerca

■ QS Piemonte ■ QS Veneto ■ QS Toscana ■ QS Abruzzo ■ QS Basilicata  
 ■ QS Valle d'Aosta ■ QS Friuli Venezia Giulia ■ QS Umbria ■ QS Molise ■ QS Calabria  
 ■ QS Lombardia ■ QS Liguria ■ QS Marche ■ QS Campania ■ QS Sicilia  
 ■ QS P.A. Bolzano ■ QS Emilia Romagna ■ QS Lazio ■ QS Puglia ■ QS Sardegna  
 ■ QS P.A. Trento

Tweet Condividi stampa

## Assistenza territoriale: compie due anni il modello sperimentale molisano per le Unità di Degenza a gestione Infermieristica

*A 24 mesi dall'inaugurazione delle Strutture di Larino e Venafro, inserite all'interno degli Ospedali di Comunità, sono tanti i pazienti che hanno usufruito delle prestazioni infermieristiche UDI, per la gestione di patologie che non necessitano di cure ospedaliere.*

13 MAR - "Il Molise è da anni oggetto di un profondo processo di riorganizzazione del Sistema sanitario regionale, nell'ottica del miglioramento del grado d'assistenza della propria popolazione. Una delle novità che ha caratterizzato il recente passato molisano, dunque, è sicuramente il potenziamento dell'assistenza territoriale attraverso l'istituzione di strutture intermedie e più specificatamente le Unità di Degenza a gestione Infermieristica (UDI)". È quanto si legge in una nota dell'Azienda sanitaria regionale del Molise.

Inserite in un quadro più ampio, queste sono state istituite con l'obiettivo di riorganizzare l'offerta sanitaria territoriale e garantire un'assistenza di qualità.



19 set 2017

AZIENDE E REGIONI

## Friuli e Molise, la strana coppia: la riforma sociosanitaria punta al territorio

di *Mariacristina Magnocavallo* (presidente Collegio Ipasvi Campobasso-Isernia, coordinatore infermieristico Struttura territoriale Udi Asrem) e *Flavio Paoletti* (presidente Collegio Ipasvi Trieste, direttore Servizi Sociosanitari Asui Trieste)

SEGNALIBRO ☆  
FACEBOOK f  
TWITTER t

### TAG

Ospedale  
Medicina generale  
Infermiere  
Ospedale-territorio

Il Friuli Venezia Giulia e il Molise, due Regioni impegnate nella Riforma sanitaria: due Regioni che puntano all'utilizzo del territorio e delle strutture intermedie per riorientare l'offerta sociosanitaria, sempre più tarata sulla necessità di garantire risposta alle persone affette da patologie cronico degenerative che vanno trattate al di fuori degli ospedali. Alla luce dei dati sociodemografici la popolazione dei Distretti socio sanitari del Molise (regione dell'Italia meridionale che conta 310. 449 abitanti, con estensione territoriale abbastanza uniforme e con grado di urbanizzazione Alto, Medio e Basso)



## NURSE TIMES

HOME NT - NEWS NOTIZIE REGIONALI ORIENTAMENTO STUDENTI INFERMIERI INFERMIERI SPECIALIZZATI O.S.S. NORM

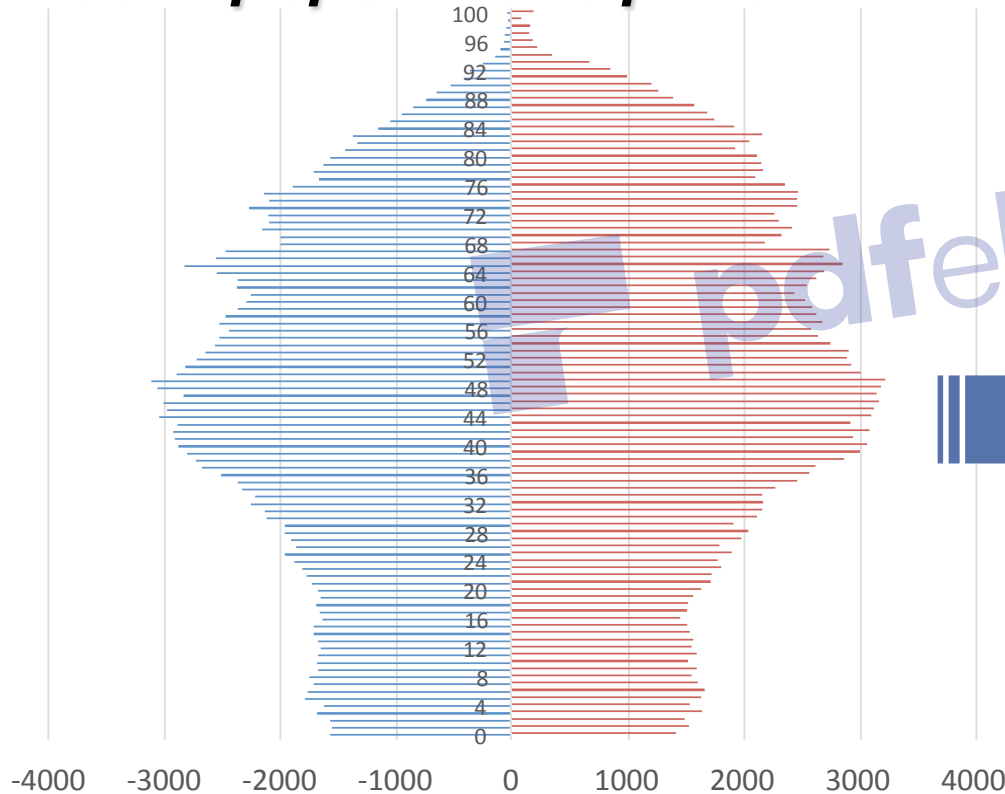
NOTIZIE PRIMO PIANO

## Molise, bilancio positivo per l'Unità di degenza a gestione infermieristica

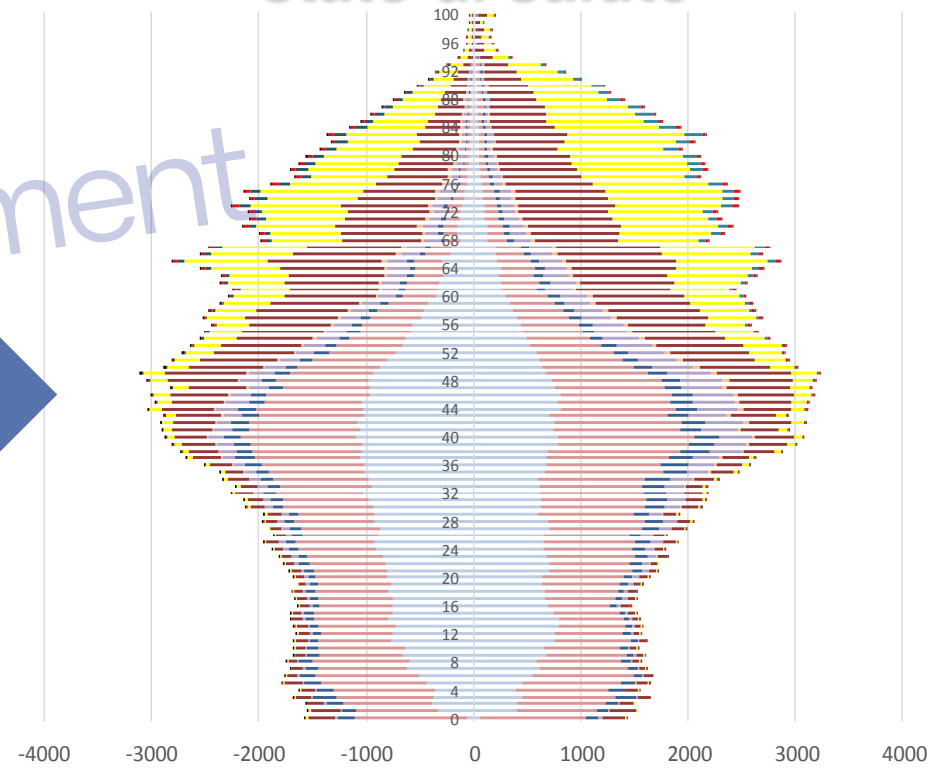
REDAZIONE NURSE TIMES - 14/03/2019



### Analisi comparata tra distribuzione percentuale della popolazione per età



### Analisi comparata tra distribuzione percentuale della popolazione per età e stato di salute



F M

0 2 3 4 5 6 7 8 9



# Quali prospettive per le cure intermedie?

## **Le potenzialità di un nuovo setting assistenziale**

Pur nella varietà della terminologia e delle diverse esperienze regionali, le strutture di cure intermedie si configurano come strutture sanitarie residenziali di degenza extra-ospedaliera, ad alta intensità assistenziale, da utilizzare quando l'ospedale, il domicilio e la residenzialità sociosanitaria risultano inappropriate.

Gli elementi distintivi delle strutture di cure intermedie sono:

- **Il Target**
- **La valutazione multidimensionale ed il Progetto assistenziale individuale**
- **La durata della degenza**
- **il ruolo gestionale degli infermieri e clinico dei MMG**

## **Minacce**

**(Threats)**

**Assenza di un modello organizzativo  
Innovazione senza investimenti  
Rischio delle sovrapposizioni  
Rischi per la lungodegenza post-acuzie  
Sviluppare l'educazione terapeutica**





# Infermiere di famiglia e di comunità

57

È il professionista sanitario che si concentra sulla salute della **famiglia**, intesa come nucleo familiare. È il responsabile delle cure domiciliari, vale a dire dell'insieme di tutti quei trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi al fine di stabilizzare il quadro clinico e rendere migliore la qualità di vita.

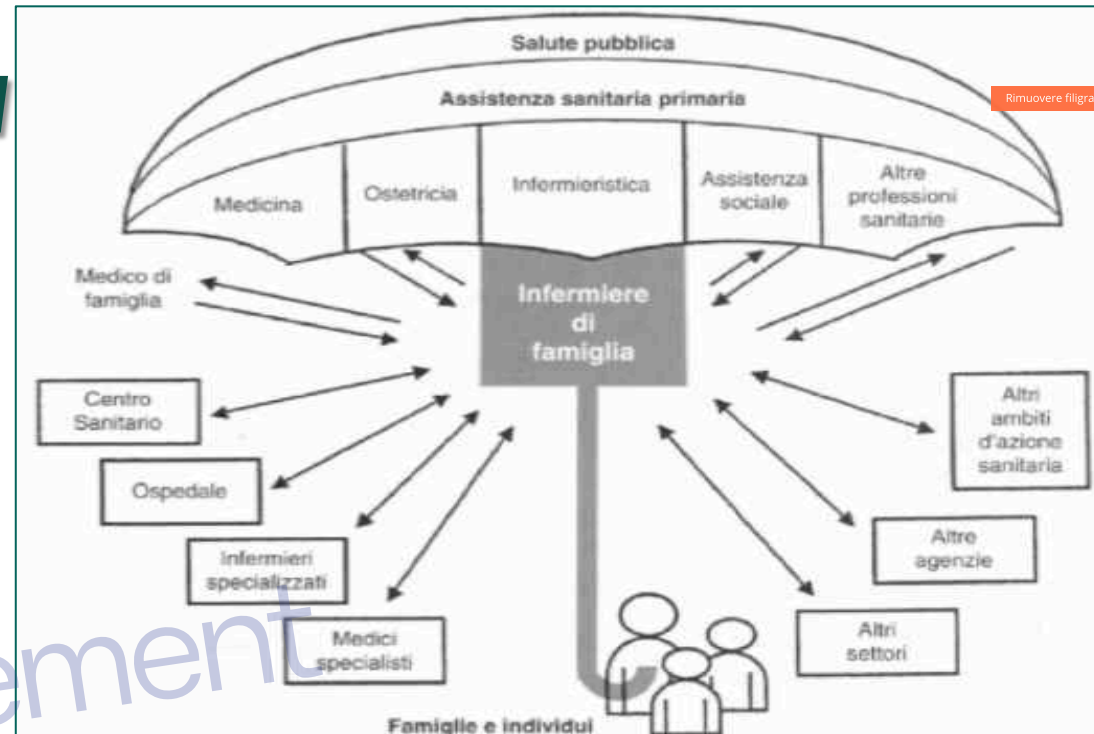
È il professionista che agisce per il benessere della **comunità**, quindi in uno spazio di azione diverso da quello di famiglia, indirizzandolo alle scuole, alle comunità per psichiatrici e comunque in un ambito prettamente extra-ospedaliero, ma non domiciliare.

OMS - "The family health nurse  
Context, conceptual framework and curriculum"



OPI  
CAMPOBASSO - ISERNIA

Francesco Colavita  
2019



quotidianosanità.it **Lavoro e Professioni**

Quotidiano o  
di informazione san  
Giovedì 21 MARZO

Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi

## Fnopi incontra Bartolazzi: "Soluzioni per far fronte alla carenza di personale". L'infermiere di famiglia nel Patto della Salute

**Mangiacavalli (Presidente Fnopi): "indispensabile superare il blocco delle assunzioni in sanità". Il Sottosegretario: "non vanno più considerate le esigenze di una singola categoria professionale, ma di tutti coloro i quali sono a diretto contatto con gli assistiti". L'infermiere di famiglia, garantisce il Sottosegretario, nel nuovo Patto della Salute**



**19 MAR** - Carenza di professionisti prima di tutto, già grave di per sé (si segnalano **oltre 53mila infermieri in meno del necessario**) e aggravata dagli effetti possibili di 'Quota 100' (almeno **altri 22mila infermieri in meno** a stretto giro) e gli effetti che questa avrà sull'accesso alle cure, all'assistenza e sulla tenuta del Servizio sanitario pubblico. Ma anche la valorizzazione delle competenze degli infermieri per una vera innovazione dei modelli organizzativi del sistema, necessari per il mutato quadro epidemiologico ormai affermato: aumento dell'età, ma anche delle cronicità, della non autosufficienza e dei bisogni di salute dei cittadini. Di questo si è parlato in un incontro tra **Armando Bartolazzi**, Sottosegretario al Ministero della Salute, con **Barbara Mangiacavalli**, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche e il



*Ministero della Salute*

**BOZZA NUOVO PATTO PER LA SALUTE**

**2019-2021**

V 11  
del 27.02.2019



OPI  
CAMPOBASSO - ISERNIA

Francesco Colavita  
2019

## ART 3

### **Omogeneità nei servizi di assistenza territoriale socio-sanitaria Bozza di articolato**

- un investimento nell'ambito delle cure domiciliari, comprese le cure palliative;
- una rete di offerta delle strutture socio-sanitarie omogenea sul territorio nazionale;
- la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare di quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'enorme incremento di bisogno di continuità dell'assistenza, educazione terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità, ecc;
- la promozione di politiche attive di valorizzazione della figura del care-giver;
- lo sviluppo di strutture intermedie (es.: Ospedali di Comunità) a gestione infermieristica;
- l'integrazione della figura del Medico di Medicina Generale con le figure professionali della dipendenza deputate all'assistenza primaria;
- il coordinamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali per la presa in carico unitaria della persona;

l'implementazione sul territorio nazionale dell'esperienze assistenziali efficaci a partire dall'infermieristica di famiglia e comunità;

# *Il cuore allegro giova, come una medicina*

(La Bibbia, Antico Testamento)



OPI  
CAMPOBASSO - ISERNIA

## Francesco Colavita

colavita.francesco@gmail.com



Francesco Colavita  
2019