

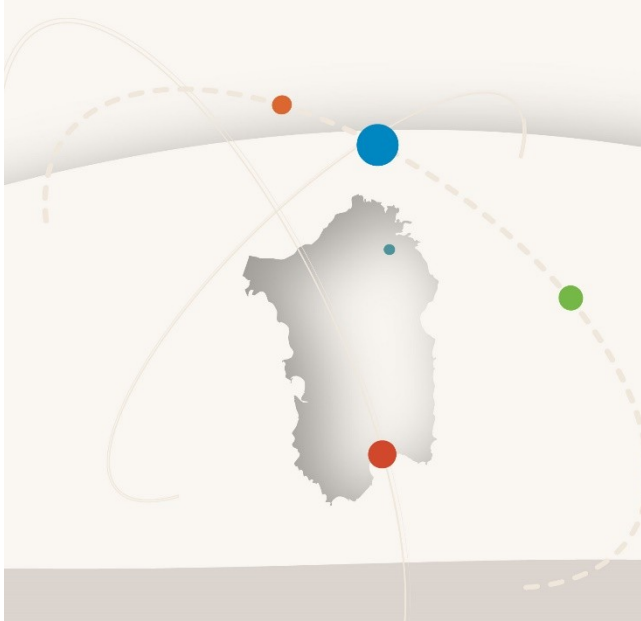


XXI° CONGRESSO NAZIONALE CARD

VII CONFERENZA NAZIONALE CURE DOMICILIARI - XXI CONGRESSO CARD

19-20 | OTTOBRE | 2023

CAGLIARI
Hotel Regina Margherita



TITOLO: *Transitional care, COT e OsCO, l'esperienza dell'Emilia Romagna alla luce del DM 77.*

RELATORE: Donatina Cilla
Direttore Distretto Sanitario di Faenza
AUSL della Romagna

Le COT in AUSL della Romagna

Secondo le indicazioni del DM 77/22, l'AUSL della Romagna dovrà attivare **11 COT**, una per distretto ad eccezione di alcuni distretti più popolosi che ne avranno più di una.

Gli attuali NUCOT evolveranno nelle COT ed è prevista anche l'istituzione di un **coordinamento aziendale delle Centrali**, utile per garantire **equità nell'accesso ai servizi** per i pazienti i cui percorsi sono trasversali ai vari distretti, che sono caratterizzati da offerte fisiologicamente non omogenee.



ANALISI DEL CONTESTO DI RIFERIMENTO: Nuclei di Continuità Ospedale-Territorio

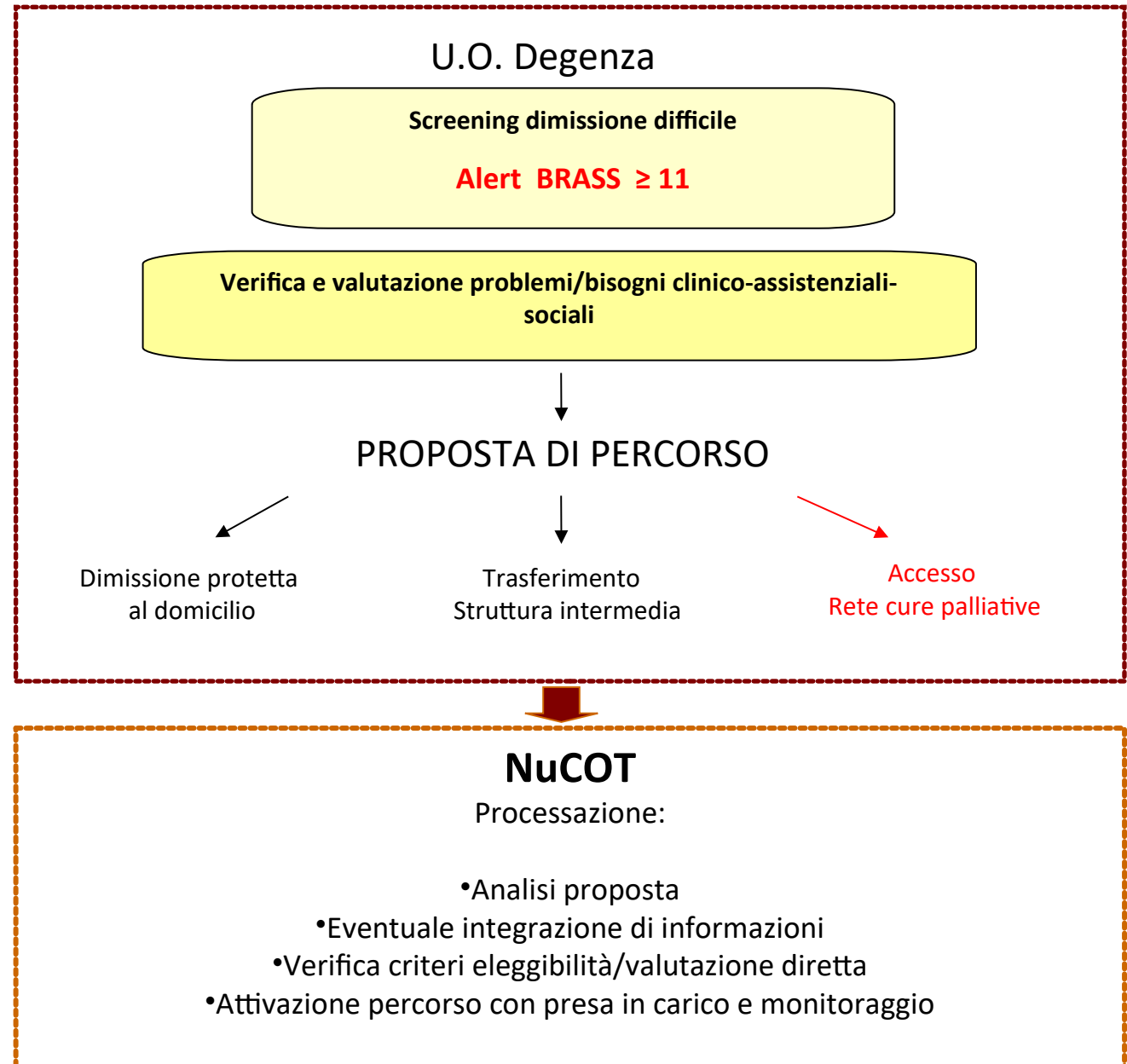
Nell'AUSL della Romagna dal 2018 sono stati attivati i Nuclei di Continuità Ospedale-Territorio (NUCOT), delle **Centrali** con ambito di competenza provinciale, adibite alla **gestione della transizione in direzione step-down** di pazienti con fragilità sanitaria, assistenziale e sociale con difficoltà dimissoria.

I NUCOT dei 4 Ambiti Territoriali gestiscono la transizione verso le **cure intermedie**, i **posti letto sociosanitari** ad alta attività assistenziale (AAA) e il **domicilio (SID/ADI)**.

I NUCOT hanno rappresentato la principale forma di coordinamento tra le province dell'AUSL e negli anni hanno reso possibile la transizione dei pazienti prenotandone i servizi richiesti dai setting invianti (**previa integrazione della valutazione e conferma del bisogno** e del setting individuato dalla UO inviante).

Analisi dell'esistente
modello di centrale di
transizione

NUCOT: Percorso Dimissioni Protette - PA 145



Focus su Transizioni 2022

	Popolazione di riferimento	Dimissioni Ordinarie	Con segnalazione a NUCOT		Totale
			per strutture intermedie	per SID/ADI	
Totale	1.123.373	128.407	--	--	20.744
>=65 aa	270.565	42.769	10.573	7.475	18.048
	24%	33%	25%	17%	42%

Composizione quali quantitativa dei team con tempo dedicato

	Ravenna	Faenza	Lugo	Cesena	Forlì	Rimini/ Riccione
inf	4 (36 h)	2 (36 h)	2 (36h)	1 (36h)	3 (36h)	4 +1 (36h)
Medico geriatra	6-12 h non dedicate	2-5 ore non dedicate	7-15 ore non dedicate	20-24 ore dedicate	1 medico 18 h ded +20 ore dedicate	1 dedicato (38 ore)
AS	2 (36 h)	1 (36 h) n.a. + 21 h	1 (36 h) n.a. +15 h	3 (36 h)	2 (36 h) + 24h	5 (36 h)

Pop ≥ 65 aa

98.690- 26%

95.188 – 24%

76.687 – 22%

Criticità prevalenti

Mancato allineamento nell'informatizzazione del percorso

Disomogenea composizione quali quantitativa dei team dedicati (es. in un ambito carenza assoluta della presenza Medica)

Eterogeneità della rete dei servizi nelle risposte assistenziali territoriali nei diversi ambiti (cruscotti offerta strutture)

Difficoltà nell'utilizzo degli strumenti PA 145 (Brass, scheda di segnalazione)

Azioni



Scelta del Modello (Stratificazione del bisogno, Flessibilità, Equipe)



Revisione PA 145 - (Revisione degli strumenti, ridefinizione delle attività)



Processo di accompagnamento nel raggiungimento degli obiettivi del progetto di miglioramento (Coinvolgimento UUOO degenza, informatizzazione, trasf. competenze)



Dal NuCOT alle COT (Appropriatezza, Cruscotto offerta, monitoraggio, informatizzazione)

LACE index

LACE index su 4 parametri:

Length of stay (L),

Acuity of admission (A),

Comorbidities (misurata con il punteggio dell'indice di comorbidità di Charlson) (C),
and recent Emergency department use (E),

Misura: la stratificazione del rischio di riammissione o decesso a 30 giorni dalla dimissione.

Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after discharge from hospital to the community. • **van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, Austin PC, Forster AJ.** s.l. : CMAJ, 2010.

Il LACE Index: uno strumento per indirizzare l'allocazione post-ricovero ospedaliero dei pazienti anziani fragili. **al., Belelli et.**



NUCOT

- ▶ Sedi: 4 principali e 3 periferiche
- ▶ Orario di apertura: H 7
5 / 6 giorni su 7
- ▶ Transizioni gestite:
 - ▶ Step-down (Ospedale -> Territorio)

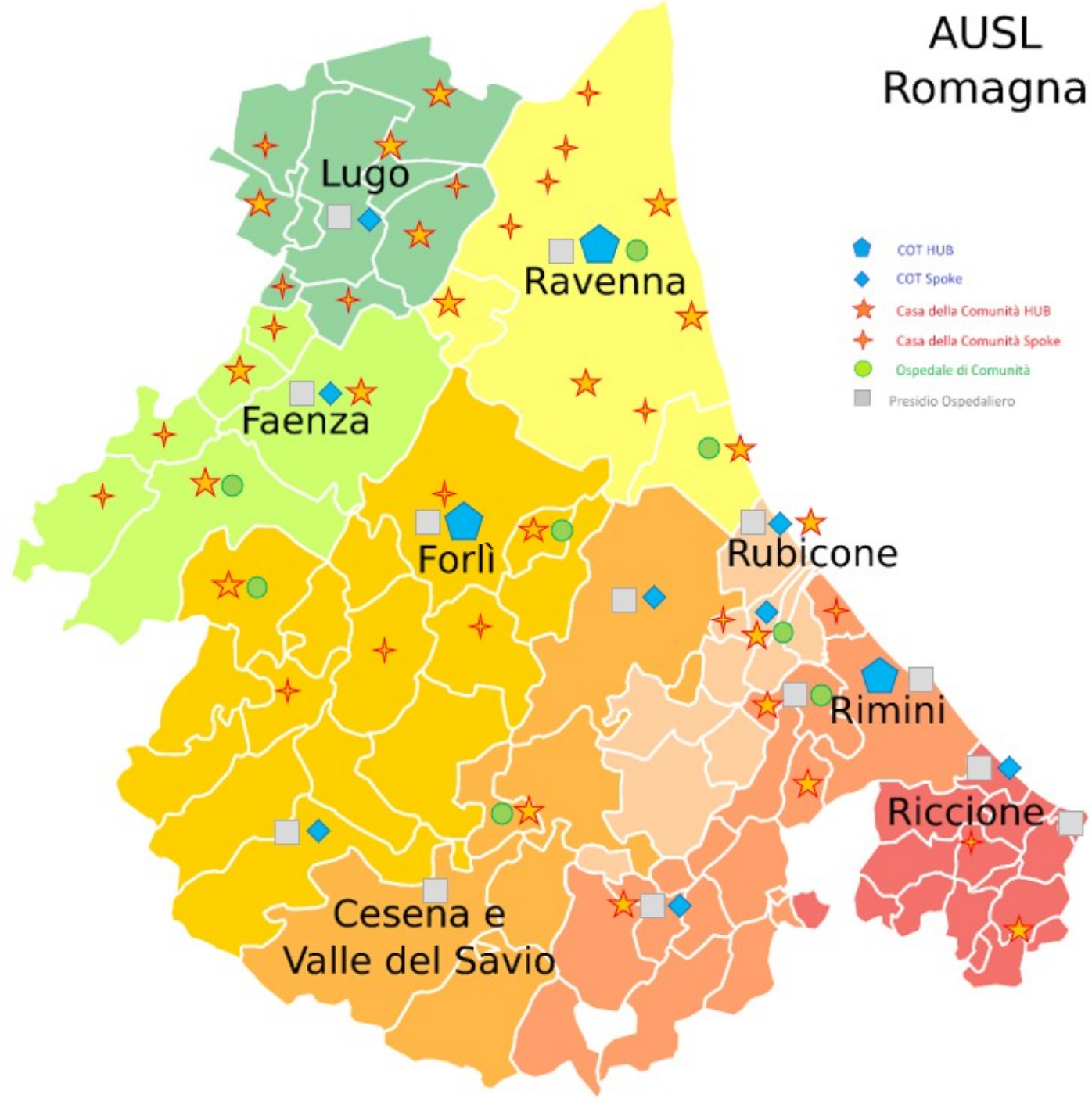
COT

- ▶ Sedi: 3 Provinciali e 8 Distrettuali
- ▶ Orario di apertura: H 12
7 giorni su 7
- ▶ Transizioni gestite
 - ▶ Step-down (Ospedale - Territorio)
 - ▶ Step-up (Territorio – Ospedale)
 - ▶ Orizzontali (Territorio – Territorio)

Risultati attesi



- COT HUB
- COT Spoke
- Casa della Comunità HUB
- Casa della Comunità Spoke
- Ospedale di Comunità
- Presidio Ospedaliero



Soluzione logistica
proposta

L'implementazione della COT comporta un cambiamento organizzativo radicale.

Funzioni principali COT Distrettuale

- ▶ Gestione transizioni Territorio – Territorio
- ▶ Gestione transizioni Territorio – Ospedale (Step up)
- ▶ Gestione transizioni Ospedale – Territorio (Step down) per PO Periferici direttamente connessi

Funzioni principali COT Provinciale: Rimini, Ravenna e Forlì

- ▶ Stesse funzioni delle COT distrettuali per il Distretto di riferimento
- ▶ Gestione delle transizioni provenienti da COT di altre Aziende/Regioni
- ▶ Garanzia continuità h12 – 7 giorni su 7

Transizioni Prioritarie

Transizioni Ospedale – Territorio (Step down)

Transizioni da Ospedale a Strutture Intermedie (OdC ecc)

Transizioni da Ospedale a Servizi di Cure Domiciliari

Transizioni Territorio – Ospedale (Step up)

Transizione PDTA – Patologie Croniche

Percorsi di presa in carico Prestazione Specialistica Ambulatoriale con accesso di tipo U

Transizioni Territorio – Territorio

Transizione TELEMEDICINA

Transizione MMG – Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Transizione Rete Locale Cure Palliative

Modello di cambiamento



Servizio di Telemedicina (digitalizzazione):

- Telemonitoraggio pazienti con patologia cronica (CdC)
- Teleconsulto tra professionisti dei vari setting

Lunde P, Nilsson BB, Bergland A, Kværner KJ, Bye A. The Effectiveness of Smartphone Apps for Lifestyle Improvement in Noncommunicable Diseases:

Systematic Review and Meta-Analyses. J Med Internet Res. 2018 May 4;20(5):e162.

Macroazioni

Identificazione delle Sedi e adeguamento logistico

Scelta del modello organizzativo

Sperimentazione di una sede per ogni Ambito Territoriale e definizione della collocazione del personale necessario

Consolidamento del Modello e correlazione con le restanti strutture organizzative relative allo sviluppo dell'assistenza Territoriale (CAU, 116/117, Casa della Comunità)

Sviluppo dell'operatività completa sull'intero territorio aziendale in coerenza con le indicazioni DM77

**Tabella 1. FABBISOGNO PERSONALE
INFERMIERISTICO PER CENTRALE
OPERATIVE TERRITORIALI-COT**

Ambito territoriale AUSL della Romagna	Distretti sanitari di residenza*	Totale popolazione residente per Distretto SS* anno 2021	Totale popolazione residente per ambito territoriale*	Numero COT	Unità personale Inf - OB
Ravenna	Distretto Lugo(Romagna)	101.469	388.438	3	19
	Distretto Faenza(Romagna)	88.612			
	Distretto Ravenna(Romagna)	198.357			
Cesena	Distretto Cesena - Valle del Savio(Romagna)	116.434	209.287	2	10
	Distretto Rubicone(Romagna)	92.853			
Forli'	Distretto Forlì(Romagna)	184.741	184.741	1	9
Rimini	Distretto Rimini(Romagna)	225.179	339.648	2	17
	Distretto Riccione(Romagna)	114.469			
Totale		1.122.114		8	55

* Fonte dati R.E.R., Controllo di gestione AUSL della Romagna, popolazione residente al 01.01.2021

Background

- **Ospedali di Comunità:** setting di cure intermedie, diversi modelli organizzativi, strutture ponte fra acute care settings and home care

- **PNRR e DM n.77**

Lo sviluppo di questi setting

Per attribuire il reale ruolo nel sistema sanitario è importante

caratterizzare la loro missione e valutare la qualità delle cure erogate



THE ECOSYSTEM
OF EVIDENCE

Lessons learned in the pandemic
era and future challenges

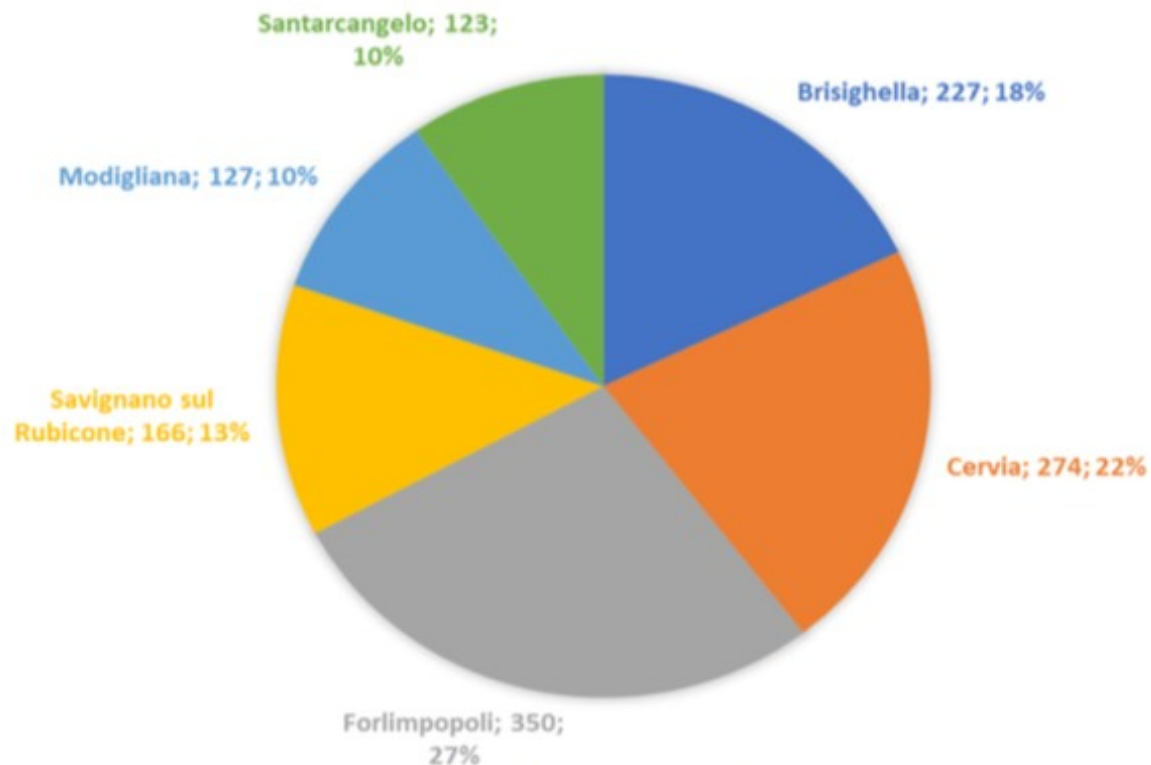
10th International Conference for EBHC Teachers and Developers
10th Conference of the International Society for EBHC
Taormina, 25th - 28th October 2023
#EBHC2023



GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

Descrittiva pazienti

DIMESSI DAL 1 AGOSTO 2022 AL 30 GIUGNO 2023



Flusso
SIRCO

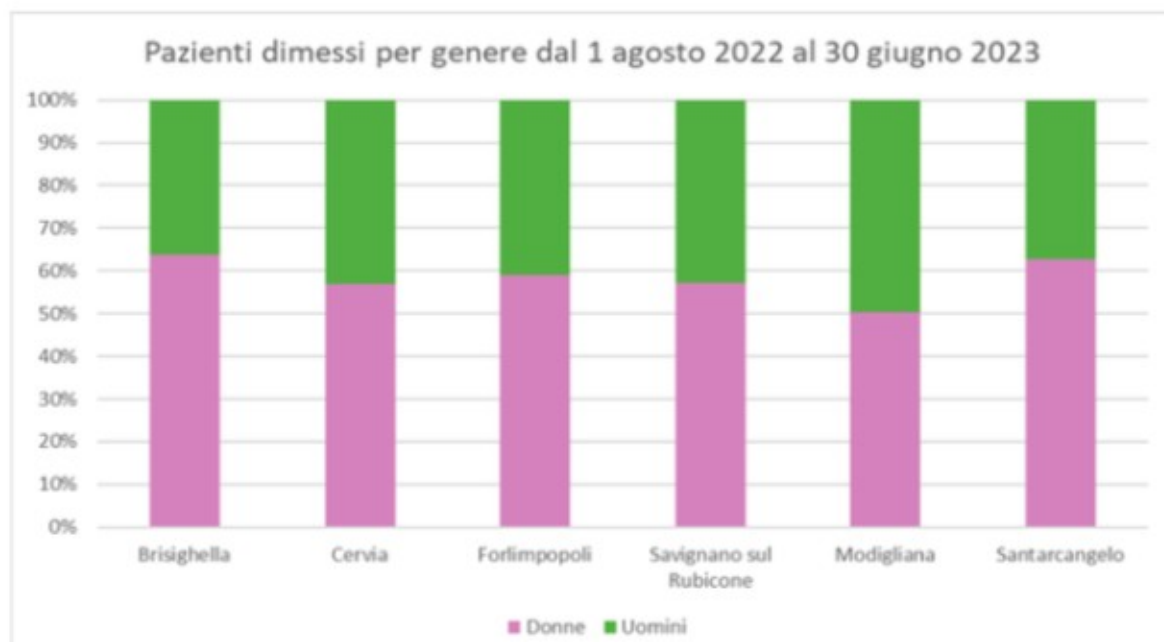
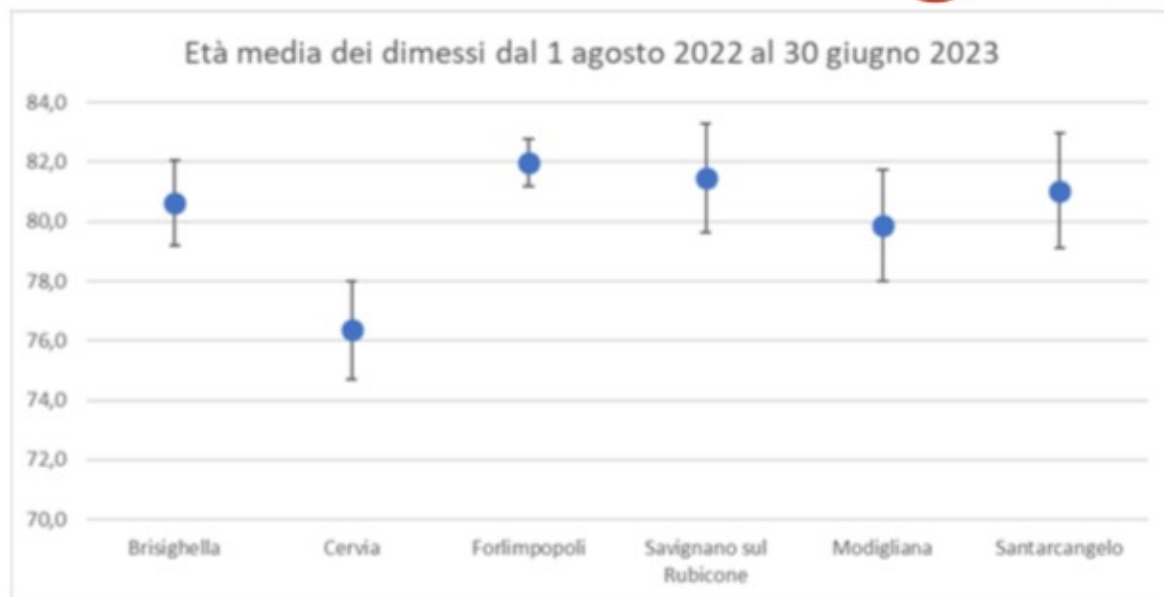
	Età Media	DS	Donne		Uomini		Totale
			N	%	N	%	
Brisighella	80,6	10,9	145	63,9%	82	36,1%	227
Cervia	76,4	14,0	156	56,9%	118	43,1%	274
Forlimpopoli	82,0	7,6	207	59,1%	143	40,9%	350
Savignano sul Rubicone	81,5	12,0	95	57,2%	71	42,8%	166
Modigliana	79,9	10,6	64	50,4%	63	49,6%	127
Santarcangelo	81,0	10,8	77	62,6%	46	37,4%	123
Totale	80,2	11,2	744	58,7%	523	41,3%	1267

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

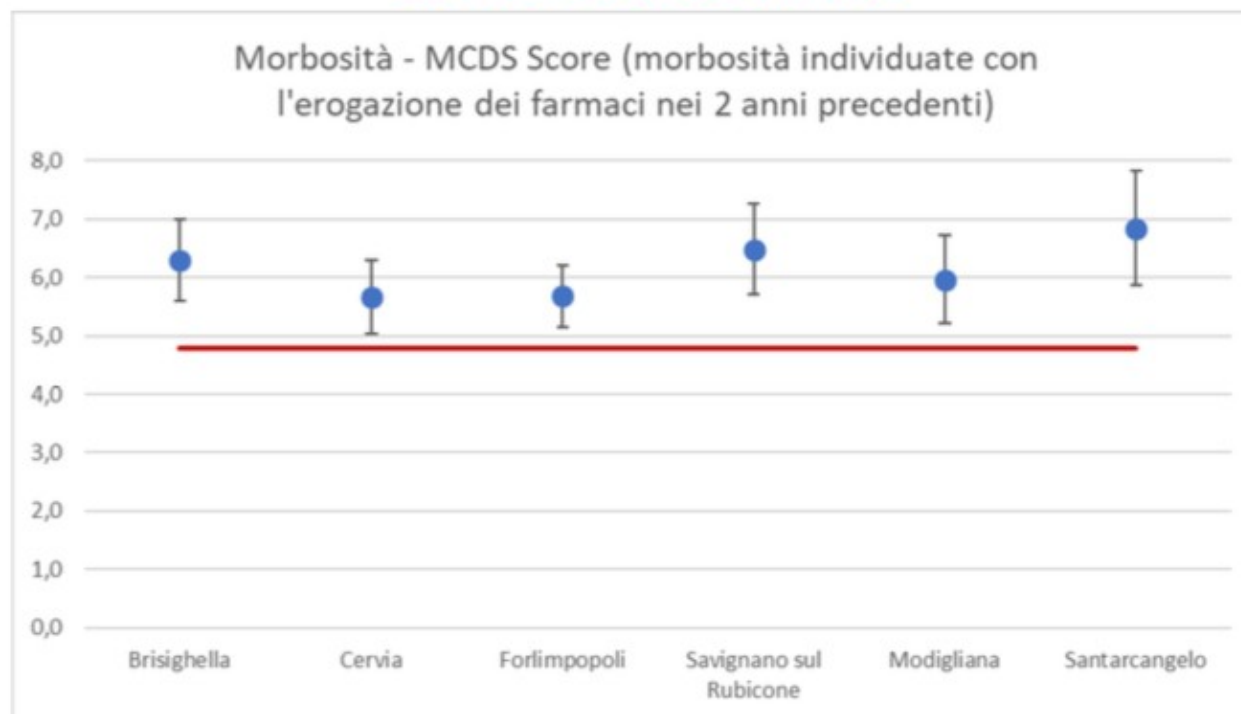


ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Età e genere



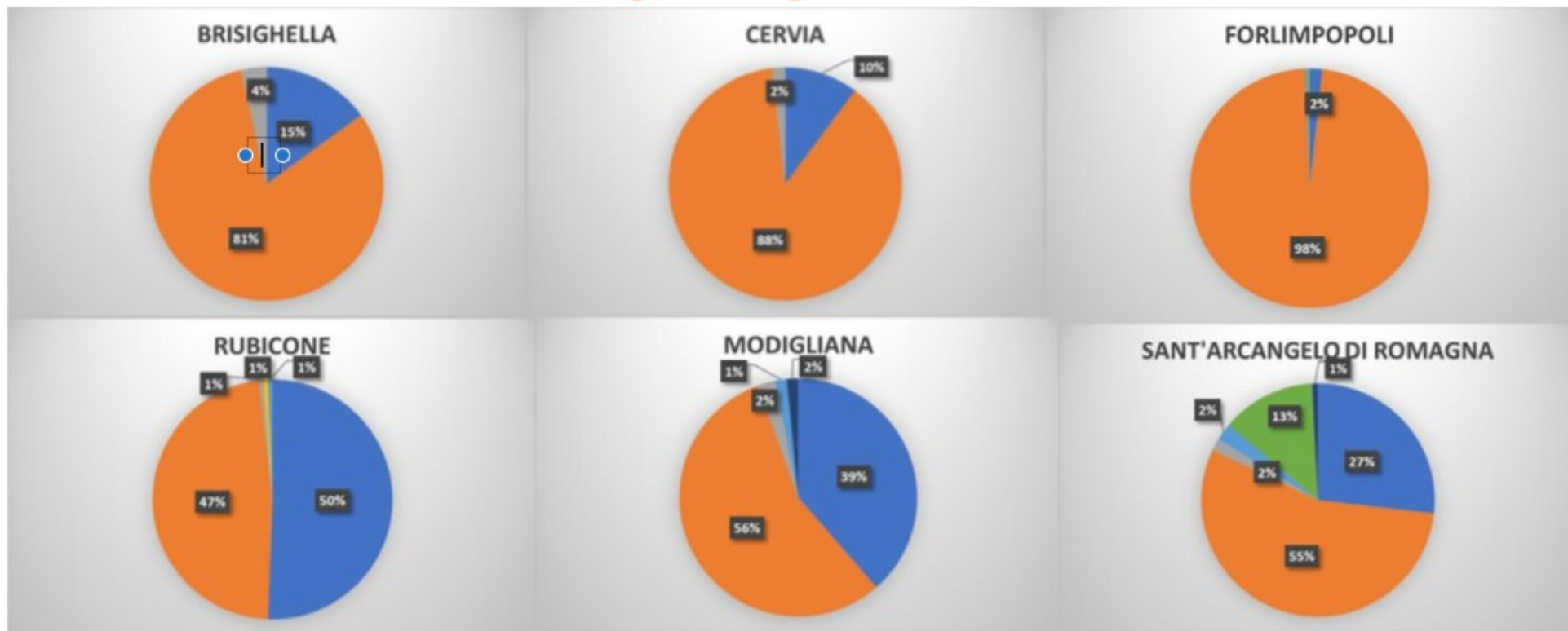
Morbosità



Nota: ————— valore medio relativo alla popolazione residente ASL Romagna di età ≥ 80 anni

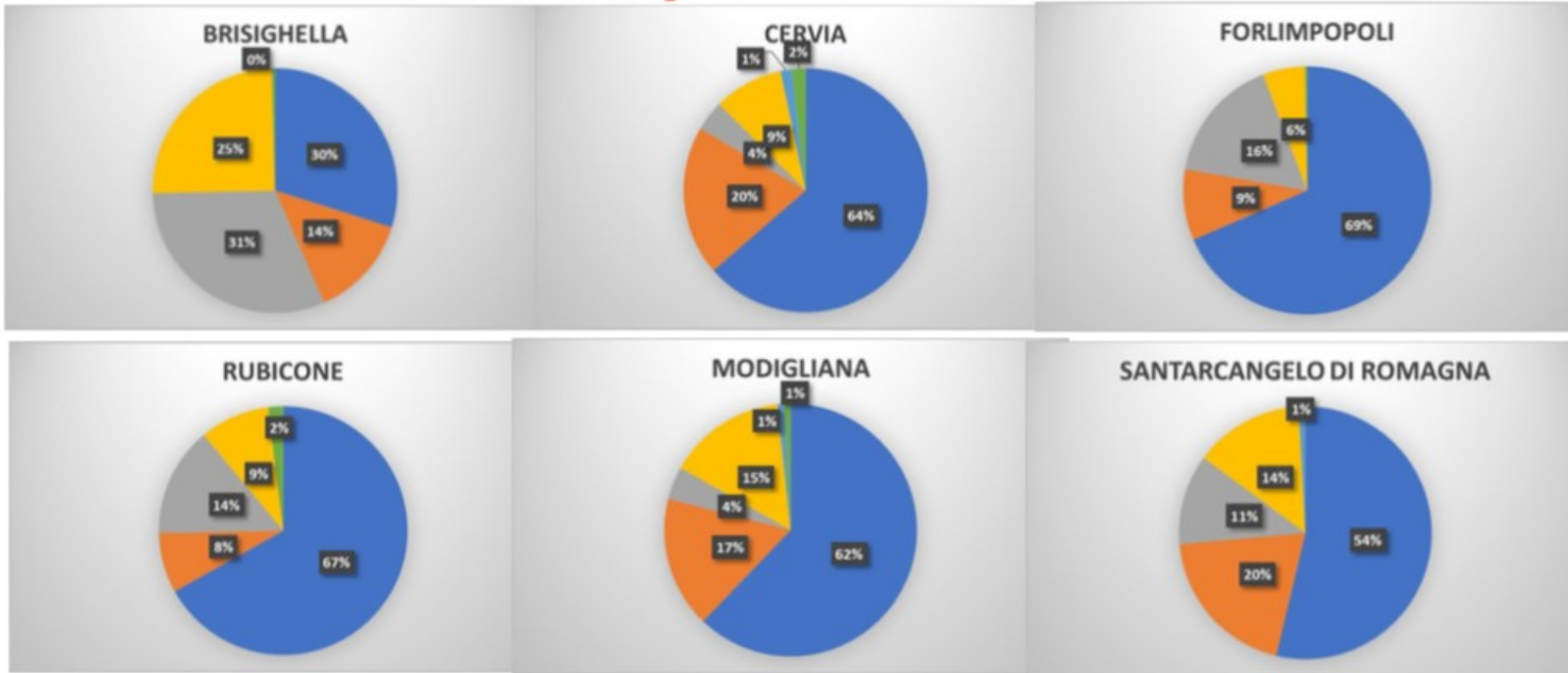
Iommi M, Rosa S, Fusaroli M, Rucci P, Fantini MP, Poluzzi E (2020) Modified-Chronic Disease Score (M-CDS): Predicting the individual risk of death using drug prescriptions. PLoS ONE 15(10): e0240899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240899>

Pazienti per provenienza



- 01 domicilio
- 02 ospedale pubblico
- 03 ospedale privato
- 04 hospice
- 05 struttura residenziale territoriale socio-sanitaria
- 06 altra struttura di cure intermedie
- 07 PS

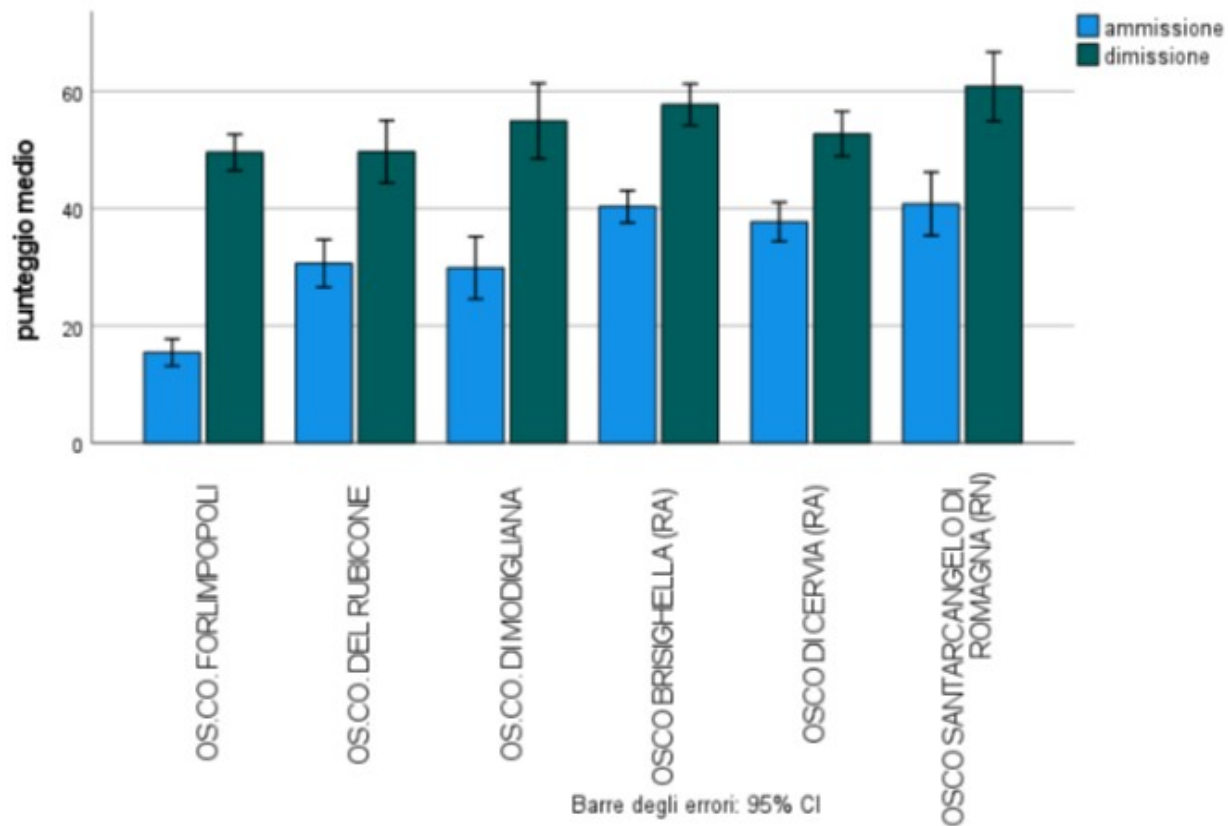
Pazienti per dimissione



- 2 ORDINARIA A DOMICILIO
- 3 TRASFERITO AD ALTRO OSPEDALE PUBBLICO O PRIVATO
- 4 PROTETTA A DOMICILIO
- 5 PROTETTA C/O STRUTTURE RESIDENZIALE TERRITORIALE SOCIO-SANITARIA
- 7 PROTETTA C/O ALTRA STRUTTURA DI CURE INTERMEDIE
- 8 VOLONTARIA

Valutazione del paziente all'accesso e alla dimissione

Valutazione ADL all'accesso e alla dimissione con Scala Barthel *modificata*



Quota di pazienti con incremento della scala Barthel *modificata* ≥ 10 punti tra ammissione e dimissione

	Barthel scoring improvement ≥ 10	
	N	%
BRISIGHELLA	141	62,1%
CERVIA	144	52,6%
FORLIMPOPOLI	260	74,3%
RUBICONE	99	59,6%
MODIGLIANA	79	62,2%
SANTARCANGELO DI ROMAGNA	72	58,5%
Totale	795	62,7%

Aims



- **Characterising** the case-mix of patients admitted to CHs in the Romagna Local Health Authority (RLHA) and where they come from and are discharged to, and proposing indicators for quality of care assessment in this specific setting. Evaluating the **feasibility** of systematic use of **PREMs**

Questionari PREMs

QUESTIONARIO PREM – Valutazione dei Servizi residenziali di Cure Intermedie (Ospedale di Comunità).

Vorremmo sapere cosa pensa dell'assistenza ricevuta presso il nostro servizio. Le Sue risposte ci aiuteranno a comprendere cosa stiamo facendo bene e che cosa potremmo fare meglio, in modo da poter fornire i migliori servizi possibili. La preghiamo di essere il più sincero possibile nel rispondere. Tutte le risposte saranno trattate in via confidenziale.

Indicare chi compila il questionario:

- Paziente Familiare/Persona che lo assiste

Barrare con una croce le apposite caselle (salvo diversa indicazione).

- Il personale che si è preso cura di me aveva tutte le informazioni necessarie sulla mia malattia o condizione di salute**
 Sì
 No
 Non so
- Mi sono state date informazioni sufficienti sulla mia condizione di salute e/o sui trattamenti**
 Non abbastanza
 Nella giusta quantità
 Troppo
- Mi sono stati spiegati gli obiettivi da raggiungere durante il ricovero (ad esempio: muovermi in casa, essere indipendente in casa, essere in grado di andare a fare la spesa, comprendere meglio la mia salute)**
 Sì
 No
- Sono stato coinvolto nella definizione di questi obiettivi**
 Sì, sempre
 Sì, a volte
 No
- Sono stato coinvolto nelle decisioni su assistenza, supporto e trattamento quanto avrei voluto**
 Sì, decisamente
 Sì, in una certa misura
 No
- La mia famiglia o la persona che mi assiste sono stati coinvolti in queste decisioni quanto avrei voluto**
 Sì, decisamente
 Sì, in una certa misura
 No
 Non c'era famiglia o persona disponibile ad essere coinvolta
 Non ho voluto che la mia famiglia o la persona fossero coinvolti
- Quando ho avuto domande importanti da fare, il personale mi ha risposto in modo soddisfacente**
 Sì, sempre
 Sì, a volte
 No
 Non ho avuto la necessità di chiedere
- Ho avuto fiducia nel personale che mi ha assistito e aiutato**
 Sì, sempre
 Sì, a volte
 No
- Sapevo sempre chi stava coordinando la mia assistenza**
 Sì
 No, ero io a coordinare la cura e l'assistenza
 Non so / Non ne sono certo
- Sono stato coinvolto nelle decisioni riguardo il mio rientro a casa**
 Sì, sempre
 Sì, a volte
 No
 Non ho sentito la necessità di essere coinvolto
- Il personale ha tenuto conto della mia situazione familiare e domestica nell'organizzare il mio rientro a casa**
 Sì, completamente
 Sì, in una certa misura
 No
 Non è stato necessario
 Non so
- Il personale ha dato ai miei familiari o a qualcuno a me vicino tutte le informazioni di cui avevano bisogno per prendersi cura di me**
 Sì, decisamente
 Sì, in una certa misura
 No
 Non ho voluto o non c'era bisogno che ne avessero
- Nel complesso, mi sono sentito trattato con rispetto e dignità mentre ricevevo assistenza da parte di questo servizio**
 Sì, sempre
 Sì, a volte
 No

14. Da quando sono in cura presso questo servizio, le mie capacità di mantenere rapporti con gli altri sono migliorate

- Sì, decisamente
 Sì, in una certa misura
 No
 Non mi preoccupo di questo

15. Sono stato sufficientemente informato sugli altri servizi disponibili, per persone con la mia condizione di salute, comprese associazioni di volontariato

- Sì
 No

16. Pensa ci sia qualcosa che avrebbe potuto rendere migliore la Sua esperienza del servizio?

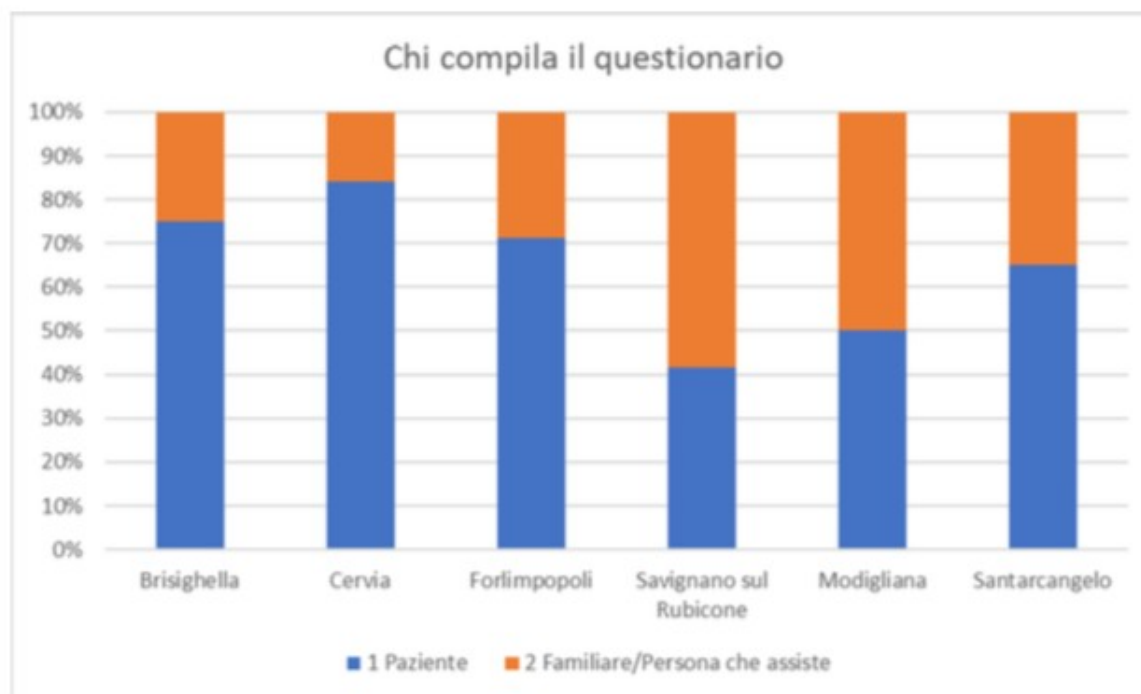
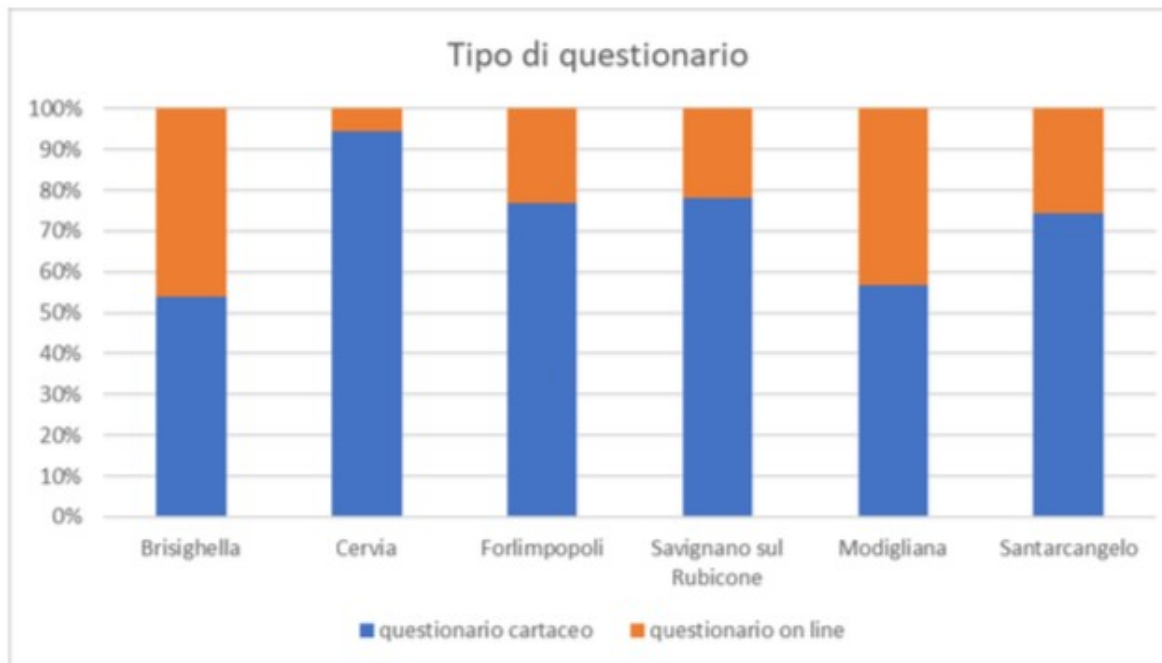
- Sì
 No

Se sì, specifichi in dettaglio

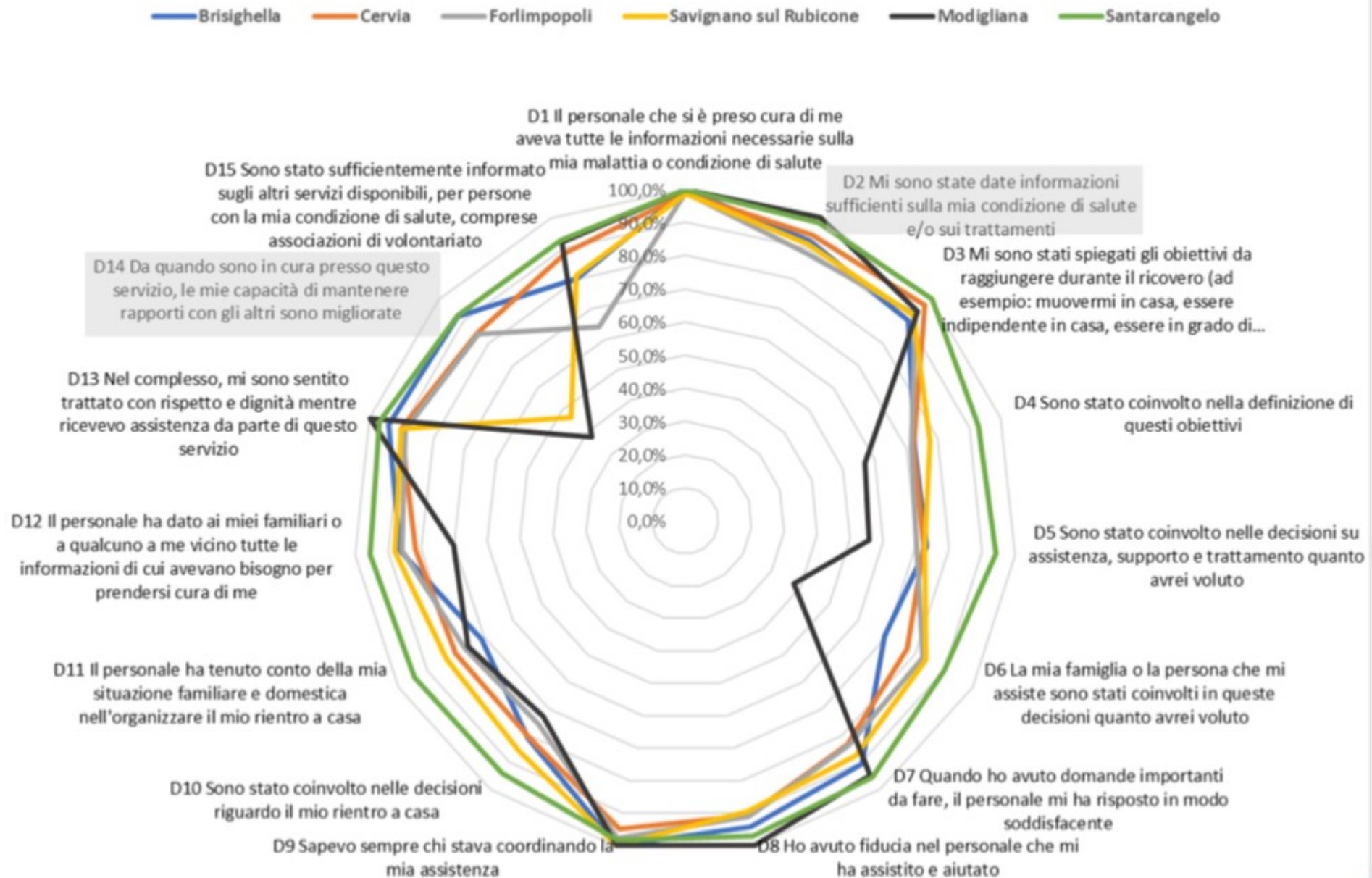
GRAZIE PER IL SUO AIUTO E IL TEMPO DEDICATO A COMPILARE IL QUESTIONARIO

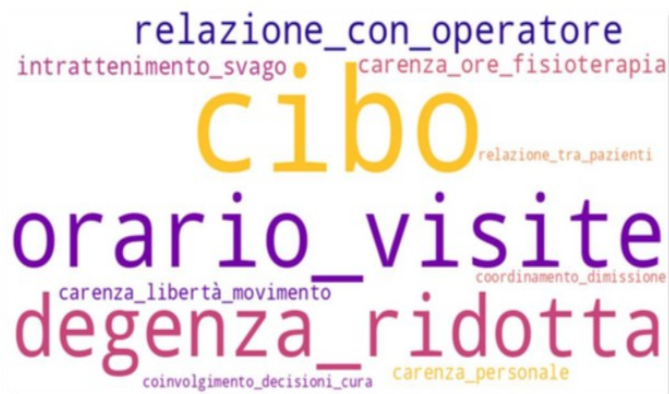
**Questionari PREMs
compilati
dal 1 agosto 2022
al 5 ottobre 2023**

748 questionari

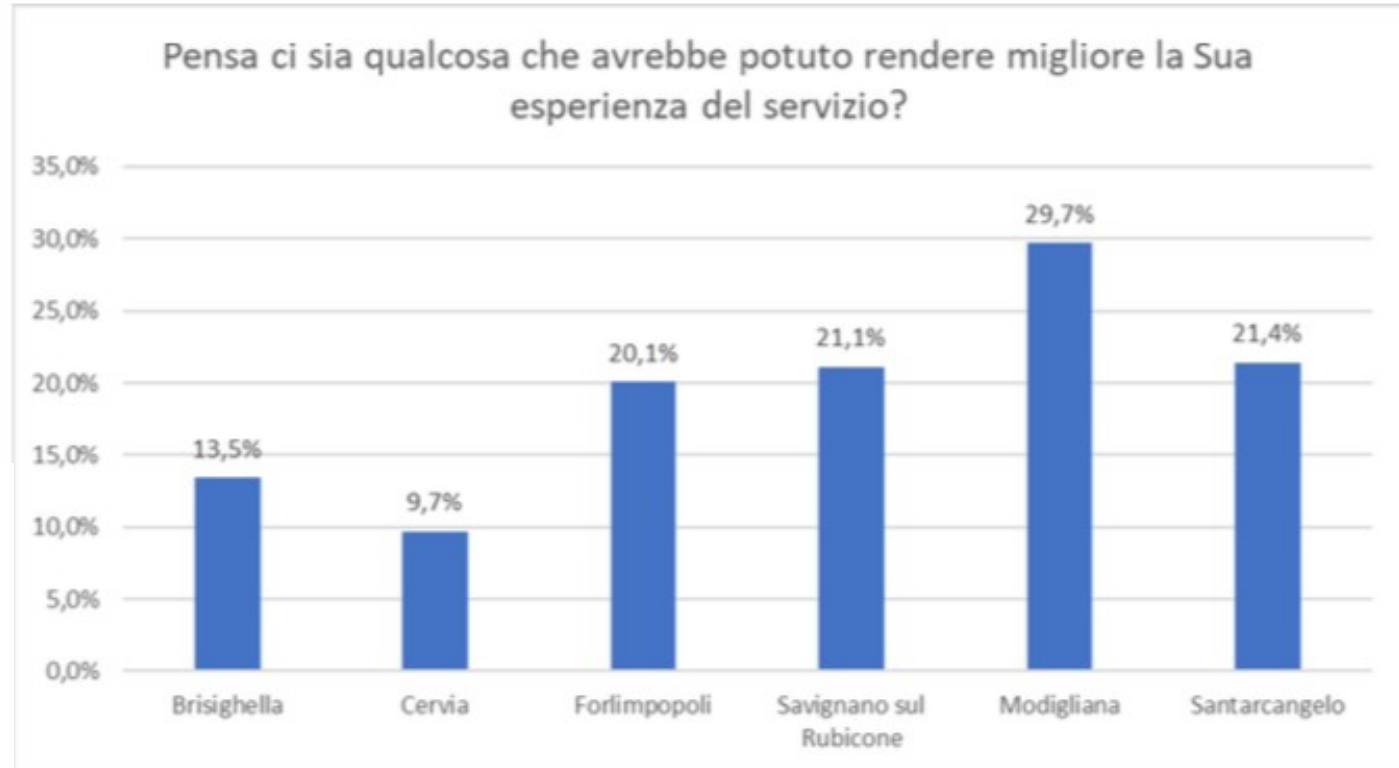


Items del questionario PREMs per quota di risposte positive, per OSCO





FAMILIARE



PAZIENTE

Conclusioni

- Grange variabilità nel **case mix** dei pazienti e nei loro **outcomes**
- Il monitoraggio dei **profili** e degli **outcomes** dei pazienti è funzionale alla pianificazione
- È necessario sviluppare specifici indicatori di **outcome**
- La raccolta e la misurazione della **patient's experience** migliora la patient-centered care
- Il coinvolgimento dei **professionisti della salute** e dei **caregivers** è parte integrante del processo della pianificazione strategica.



