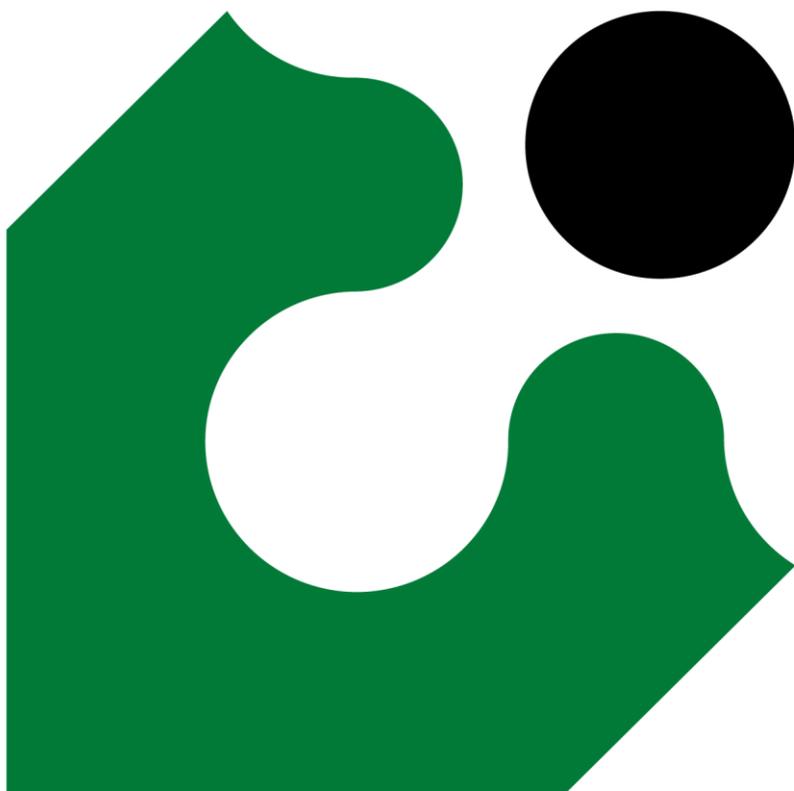


**Progetto di una degenza di comunità presso la  
ASST  
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di  
Milano**

Bartolomeo Di Rosa

**Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2019-2020



# Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

Codice corso: DSC 1901/BE

Ente erogatore: Università degli Studi di Milano

## L'AUTORE

*Bartolomeo Di Rosa*, Collaboratore Professionale Sanitario Senior (già Coordinatore Sanitario) incaricato di funzione organizzativa per il poliambulatorio aziendale della ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, bartolomeo.dirosa@ospedaleniguarda.it

## IL DOCENTE DEL PROGETTO

*Prof. Federico Lega*, Docente Università degli Studi di Milano

## IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

*Prof. Federico Lega*, Università degli Studi di Milano

### **Guida breve all'editing secondo stili pre-impostati**

- Per utilizzare questo modello di documento è sufficiente posizionarsi nelle diverse sezioni e sostituire il testo di esempio con il proprio.
- I numeri di pagina sono pre-ordinati e verranno aggiornati automaticamente.
- Nelle pagine che seguono è stato impostato un esempio di documento nelle sue distinte parti: titolo, autori, paragrafi di testo, tavole, figure, riferimenti bibliografici. I testi utilizzati hanno esclusivamente uno scopo dimostrativo e possono essere modificati a seconda delle esigenze.
- Qualora si ritenga utile comporre un indice delle parti del documento, può essere utilizzata la struttura appositamente predisposta. Essa si aggiorna posizionandosi sull'indice e tramite il tasto destro del mouse, attivando la voce "Aggiorna campo": in tal modo si aggiorna la numerazione. Se si ritiene di intervenire sui titoli dei paragrafi, per aggiornare l'indice è sufficiente utilizzare l'opzione "Aggiorna intero sommario".
- In caso di stampa su carta, occorre selezionare dal menu di Word a sinistra, la funzione Stampa e, in seguito, il menu "Proprietà stampante", la voce Layout e, infine, attivare la voce "Libretto" (stampa fronte/retro).

Pubblicazione non in vendita.  
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.  
Copyright® PoliS-Lombardia

**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
www.polis.lombardia.it

## INDICE

INDICE.....	3
INTRODUZIONE .....	5
ANALISI DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO .....	10
MODELLO ASSISTENZIALE E MODALITÀ DI PRESA IN CARICO .....	26
OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO.....	34
MATERIALI E METODI.....	35
TARGET/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	41
COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O ATTUAZIONE .....	42
CONCLUSIONI .....	44
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	48
BIBLIOGRAFIA .....	50
SITOGRAFIA .....	51

**Progetto di una degenza di comunità presso la ASST  
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

## **INTRODUZIONE**

Questo *project work* è frutto di alcune interessanti riflessioni che questo corso di management sanitario ha sollecitato ma nasce soprattutto dall'esperienza diretta nella sanità pubblica lombarda nel ruolo di coordinatore sanitario di un poliambulatorio presso il Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Tra le tante scelte possibili, quella di progettare un Ospedale di Comunità va infatti letta come volontà di proiettarsi pragmaticamente verso il futuro della sanità pubblica ed è ascrivibile alla sempre più emergente necessità di riprogettare processi di cura costruiti intorno ai reali bisogni di salute del paziente, ma che allo stesso tempo rispettino le sempre più pressanti esigenze di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica degli ultimi anni.

Allo stato attuale ci troviamo infatti ad affrontare mutamenti che impongono alla sanità pubblica modalità di assistenza molto diversi rispetto al passato.

La migliore aspettativa di vita e l'invecchiamento della popolazione sono elementi positivi ma impongono la necessità di sviluppare una nuova idea di promozione della salute e di prevenzione che coinvolga la medicina generale e i servizi territoriali nello sviluppo di una medicina attiva tesa a valorizzare il rapporto con i cittadini, nell'ottica di promuovere politiche intersettoriali che rispondano ai bisogni di buona salute.

A ciò inoltre va aggiunto un incremento dell'incidenza delle malattie croniche e degenerative, che pongono la necessità di una riorganizzazione del sistema volta a garantire una efficace presa in carico anche di cronicità e disabilità attraverso il rafforzamento dei sistemi di assistenza primaria e di un'offerta di livelli assistenziali territoriali appropriati ed efficaci, con percorsi ben organizzati all'interno della rete dei servizi.

Il DPCM 29 novembre 2001 nel definire i livelli essenziali di assistenza (d'ora in poi indicato con l'acronimo LEA) ha destrutturato l'assistenza distrettuale in una serie di sottolivelli con l'obiettivo di approfondire la conoscenza su tematiche centrali per l'assistenza sul territorio.

Appaiono così, per la prima volta, le diverse tipologie di assistenza sanitaria da quella domiciliare di tipo infermieristico o con la presenza programmata dei medici di medicina generale (d'ora in poi indicati con l'acronimo MMG) a quella ben più complessa che richiede l'integrazione tra più servizi sanitari e servizi sociali e si assiste inoltre all'inserimento di forme di assistenza residenziale e semiresidenziale distinte in relazione ai diversi destinatari (anziani non autosufficienti, tossicodipendenti o alcool dipendenti, persone con problemi psichiatrici, disabili, pazienti terminali, ecc.).

Successivamente il Piano Sanitario Nazionale (d'ora in poi indicato con l'acronimo PSN) del triennio 2003-2005 nell'individuare principi e obiettivi fondamentali del sistema sanitario e nel riconoscere che spetta alle Regioni e agli Enti locali lo sviluppo e l'organizzazione del sistema operativo per realizzarli, si è posto due obiettivi di specifico rilievo relativi ai servizi sanitari territoriali : la promozione del territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e sociosanitari e la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili, gettando così le basi per la realizzazione di un progetto di medicina di prossimità come quello che ci proponiamo di illustrare.

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

La necessità ormai inderogabile di organizzare meglio il territorio, riallocando risorse e servizi assorbiti in una logica di sanità ospedalocentrica che non è più sostenibile e che non risponde più adeguatamente al bisogno di salute attuale, ha fatto sì che si individuasse un nuovo assetto dei servizi territoriali con soluzioni innovative, organizzative e gestionali per orientare diversamente la domanda di prestazioni e garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA.

Tra i principali obiettivi del nuovo assetto spiccano la razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi territoriali, la volontà di riportare al centro del sistema sanitario una medicina del territorio che veda i MMG e PLS in prima linea nel perseguimento degli obiettivi di salute e nella gestione dei percorsi di cura, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali ed infine una reinterpretazione del rapporto tra territorio ed ospedale.

Ed è in questo cambio di prospettiva che va a collocarsi il nostro progetto di Ospedale di Comunità come risposta alla sempre più urgente necessità di indirizzare una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, configurando così l'intervento ospedaliero come assistenza riservata quasi esclusivamente alle patologie acute.

La medicina di prossimità sovverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale a favore di una linea programmatica in cui il territorio in qualità di soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario prende in carico in maniera globale le necessità sanitarie e socioassistenziali dei cittadini.

In questo senso il successivo PSN 2006-2008, confermando gli indirizzi intrapresi negli anni precedenti, sposta il focus sulla necessità di riorganizzazione delle cure primarie imponendo un'accelerazione al processo di riassetto organizzativo e funzionale verso un maggiore coinvolgimento dei MMG e PLS nel governo della domanda e dei percorsi sanitari ed una sperimentazione di nuove modalità che favoriscano l'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

Proprio in questo PSN verrà sottolineata esplicitamente la necessità di completare l'offerta dei servizi nel raccordo tra ospedale e territorio, con il rafforzamento delle cure intermedie (in letteratura *Intermediate Care*) e lo sviluppo, laddove possibile, di degenze di comunità.

Significativo è inoltre per il triennio 2006-2008 l'orientamento del PSN, confermato nel Patto per la Salute 2006-2009, al rafforzamento delle attività di prevenzione, alla riorganizzazione e al potenziamento delle cure primarie e allo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria attraverso processi d'integrazione tra percorsi diagnostico terapeutici, tra ospedale e territorio, tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, a garanzia della continuità delle cure e della centralità della persona.

Si tratta infatti di linee di indirizzo che verranno confermate ed ulteriormente definite nel PSN successivo (2011-2013) dove in merito alla "Continuità delle cure e integrazione ospedale territorio" si predispongono «...appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie, nonché il monitoraggio mediante adeguati strumenti di valutazione di appropriatezza, delle fasi di passaggio tra i vari setting assistenziali...» e viene stabilito che «...per gli assistiti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico sul territorio la continuità delle cure deve essere garantita, già durante il ricovero, da un'attività di valutazione multidimensionale che prenda in esame sia le condizioni cliniche sia quelle socioassistenziali del paziente ai fini di definire, in accordo con il MMG e durante il ricovero stesso, il percorso assistenziale più idoneo in compatibilità con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente...».

Finalmente la gestione delle cronicità viene dunque, almeno in teoria, affidata ad un'organizzazione non più ospedaliera ma territoriale che deve prevedere la possibilità di disporre di posti letto gestiti

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

da MMG e personale infermieristico, all'interno di strutture appositamente dedicate alle cure intermedie.

Ed ecco che, nel paragrafo dedicato alla "Rete di Assistenza Territoriale", prende forma l'Ospedale di Comunità come struttura strategica che, attraverso la cooperazione tra settori assistenziali e professionisti del settore, raccorda i servizi sanitari di base e i cittadini, promuovendo salute e benessere in aderenza con le esigenze del territorio.

Il PSN (2011-2013) definisce poi gli strumenti attraverso cui realizzare questo progetto indicando alcune strategie già attive presso diverse Regioni tra cui spiccano l' «...attivazione di posti letto territoriali gestiti dal MMG e dal personale infermieristico[...]disponibilità di posti letto in strutture intermedie intraospedaliere il cui coordinamento è affidato a team infermieristici con il medico specialista che svolge funzioni di consulenza a fronte di specifici bisogni di assistenza e monitoraggio...» o ancora «...albergo sanitario, servizio gestito completamente da infermieri all'interno di apposite unità di tipo ambulatoriale e a bassa intensità assistenziale, rivolto sia a pazienti dimessi da una struttura ospedaliera sia a pazienti che attendono un ricovero ospedaliero programmato[...]centri di comunità/poliambulatori specialistici in cui sono presenti medici specialisti, MMG ed infermieri...».

Appare chiaro che in questo scenario l'Ospedale di Comunità si inserisce come *trait d'union* che riesce a coniugare all'esigenza assistenziale quella dell'ottimizzazione delle risorse - umane e materiali - presenti sul territorio, rispondendo al meglio ai bisogni socioassistenziali della popolazione attraverso un connubio di professionalità, intelligenza organizzativa e uso oculato delle risorse finanziarie, riuscendo così a concretizzare i principi del diritto alla salute e dell'umanizzazione della cura.

La stagione di riforme per il nostro Sistema Sanitario Nazionale (d'ora in poi indicato con l'acronimo SSN) del resto si è concentrata sulla riorganizzazione delle cure primarie, partendo da un necessario riassetto dell'assistenza territoriale sempre più considerato uno snodo decisivo non soltanto per garantire l'assistenza di primo livello in modo ottimale, ma anche per regolarizzare gli accessi alle cure specialistiche e perseguire una gestione più efficace ed economica del sistema.

Il dibattito politico sulla Sanità del nostro Paese verte infatti da tempo sull'annoso problema della gestione delle risorse finanziarie e del loro utilizzo in rapporto alla resa dei servizi erogati all'utenza, spingendo fortemente per un'ottimizzazione e razionalizzazione della spesa pubblica da attuare non solo attraverso tagli, ma soprattutto attraverso il ricorso alle "buone prassi" e l'Ospedale di Comunità rientra pienamente nelle esperienze definibili come buone prassi sanitarie.

I cambiamenti della domanda di prestazioni socio-sanitarie da parte del cittadino-utente e i mutamenti tra stato e mercato in tutti i settori di interesse pubblico hanno spostato infatti il focus della riprogettazione verso la creazione di nuovi luoghi di cura ed assistenza territoriali, nei quali far convergere le competenze tecniche di più figure professionali convenzionate con il servizio sanitario quali a titolo esemplificativo i medici specialisti, gli infermieri, le ostetriche, i tecnici di riabilitazione, i tecnici di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, gli stessi MMG e PLS.

Per effetto delle attuali disposizioni legislative e con la raggiunta intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni sugli standard ospedalieri e assistenziali stiamo assistendo, in tutte le Regioni, a una serie di profonde modificazioni dell'organizzazione dell'intera rete sanitaria sia ospedaliera che territoriale che ha come principali linee direttrici la riorganizzazione della rete ospedaliera con l'avvio degli ospedali "per intensità di cura" caratterizzati da degenze brevi e limitate alle sole fasi acute, concentrazione di casistiche complesse e incremento dell'efficacia tecnica e tecnologica; lo sviluppo

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

delle attività di ricovero in modelli a rete tipo *Hub* e *Spoke* con potenziamento della rete dell'emergenza; il trasferimento di pratiche diagnostiche/terapeutiche dall'ospedale all'assistenza primaria con conseguente ampliamento dei setting di assistenza primaria.

Ed è proprio questo contesto che ha definito la scelta di pensare ad un progetto di degenza di comunità come necessaria implementazione dell'attuale organizzazione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale presso cui presto servizio.

Del resto le ricadute di tali cambiamenti riguardano certamente tutti gli asset assistenziali, ma in particolare interessano l'assistenza territoriale per la quale urge necessariamente una revisione dei ruoli di tutti gli *stakeholders* coinvolti (cittadini, distretti sanitari, Medicina Generale e Pediatria di libera scelta, Specialistica Ambulatoriale e tutti gli altri settori coinvolti nell'organizzazione della assistenza primaria) in un'ottica di riduzione e contenimento della spesa, riduzione dell'eccesso di medicalizzazione e dipendenza del paziente dal sistema di cura, maggiore aderenza alle emergenti esigenze di salute del cittadino, maggiore coinvolgimento dell'utenza nei processi di riorganizzazione, assetto e gestione delle cure.

L'Ospedale di Comunità può rappresentare una risposta valida a tutte le esigenze appena espresse rispondendo contemporaneamente sia alle non più trascurabili necessità economiche di ottimizzazione della spesa pubblica sia al trattamento dei nuovi bisogni del paziente e alla sua presa in carico globale in ottica di *disease management*.

Del resto, fermo restando i vincoli economici che rappresentano in ogni caso degli importanti determinanti in tutti i cambiamenti in sanità, uno degli elementi decisivi che influisce direttamente sull'urgenza di progettare nuovi modelli di assistenza è certamente il cambiamento demografico ed epidemiologico di questi ultimi anni.

L'ultimo rapporto ISTAT 2020 ci dice che, seppur in calo di oltre un punto a seguito della pandemia Covid-19, la speranza di vita alla nascita è giunta a 79,7 anni per gli uomini e a 84,4 anni per le donne rendendo il nostro Paese tra quelli con il più alto indice di vecchiaia del mondo.

L'invecchiamento della popolazione ha chiaramente conseguenze importanti sulla prevalenza di patologie croniche gravi che riguardano oltre la metà della popolazione ultrasessantacinquenne per cui, seppur non in presenza di un peggioramento delle condizioni di salute, ci troviamo a dover gestire un incremento della popolazione esposta al rischio di ammalarsi e/o affette da patologie croniche che naturalmente determinano per il futuro un aumento della pressione sul SSN, dovuto all'incremento di persone bisognose di cure e assistenza.

Per avere un'idea delle conseguenze economiche associate a questi processi demografici ed epidemiologici, basta considerare che entro il 2030 è atteso un raddoppio della prevalenza delle malattie cronicodegenerative che il SSN dovrà fronteggiare mettendo necessariamente in atto nuovi modelli assistenziali in grado sia di contenere la spesa che di affrontare la crescente domanda di salute del paese.

In questo contesto l'Ospedale di Comunità è chiaramente una soluzione appropriata essendo in grado di attivare «...posti letto[...], a basso costo ed alto gradimento da parte dei ricoverati, spesso recuperando immobili sottoutilizzati o destinati al degrado, risparmiando risorse da destinare ad altri servizi e liberando gli ospedali dai cosiddetti "ricoveri impropri" che ne limitano le potenzialità[...]]» (FIMMG 2003) con ricadute benefiche non solo per il malato ivi ricoverato ma anche a vantaggio di altre fasce di utenza per le quali il ricovero ospedaliero è invece indispensabile, poiché il ricorso all'Ospedale di Comunità permette alle Strutture ospedaliere di ridurre o meglio ancora di azzerare i ricoveri impropri che ne depotenziano la funzionalità.

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

D'altra parte la consapevolezza di non aver declinato questo lavoro sulla scia della mera teoria, ma piuttosto sempre saldamente orientati ad immaginare una efficace proposta di management sanitario che coniugasse le aspirazioni di fornire risposte adeguate di sanità pubblica ad una concreta fattibilità del progetto è stata supportata sia dalla recente esperienza adottata dalla Regione Lombardia di allestimento di una degenza di comunità per pazienti in fase di remissione da malattia Covid-19 sia dalla notizia che in un prossimo futuro il Grande Ospedale Metropolitano Niguarda adeguerà uno dei padiglioni dislocati sul territorio appunto all'istituzione di una degenza di comunità. L'Ospedale di Comunità va infatti ad inserirsi in quella *vacatio* organizzativa del nostro SSN in risposta alla necessità di un'assistenza sanitaria a minore intensità e di un monitoraggio infermieristico continuo, non gestibile al domicilio e con una degenza non più improntata alla patologia, ma incentrata sulla persona, rappresenta una risposta concreta al bisogno di salute di una sempre più ampia fetta di cittadini nel pieno rispetto della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità e dell'appropriatezza delle cure e della loro, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Non è del resto trascurabile e anzi va ritenuto estremamente significativo il fatto che il Governo Draghi abbia destinato quest'anno nel Piano nazionale di Ripresa e resilienza (PNRR) 20,7 miliardi di euro alla sanità riservando ben 7,90 miliardi proprio all'assistenza di prossimità e alla telemedicina, evidenziando in maniera specifica la necessità di potenziare l'assistenza sanitaria e la rete territoriale attraverso l'implementazione di strutture assistenziali di prossimità per le comunità che, sfruttando la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, possano racchiudere nello stesso spazio fisico un insieme di prestazioni sanitarie e sociosanitarie e consentire percorsi di prevenzione, diagnosi e cura con un approccio basato sulla persona, sulle sue esigenze, sui suoi bisogni.

Nella sezione dedicata alla salute il PNRR, con l'obiettivo di realizzare l'integrazione complessiva dei servizi assistenziali sociosanitari per la promozione della salute e una presa in carico globale delle persone, siano esse sane o in presenza di patologie e/o cronicità, ha previsto sia l'implementazione degli Ospedali di Comunità da intendersi come presidi sanitari a degenza breve che attraverso una sinergia tra servizi sanitari e servizi sociali svolgano una funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare ed il ricovero ospedaliero che la realizzazione di strutture come la Casa della Comunità, che si qualificano come punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e orientamento ai servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale per i cittadini, garantendo interventi interdisciplinari attraverso la contiguità spaziale dei servizi e l'integrazione delle comunità di professionisti che operano secondo percorsi integrati, tra servizi sanitari e tra servizi sanitari e sociali.

Durante l'esposizione del progetto presenteremo via via in maniera più dettagliata e pragmatica possibile il contesto economico, sociale ed organizzativo in cui prende forma questo modello di medicina di prossimità, il modello assistenziale e la modalità di presa in carico che intende interpretare, la strategicità degli obiettivi che intende realizzare, il target cui intende riferirsi, le metodologie da adottare, i costi e i benefici derivanti dalla sua attuazione.

## **ANALISI DEL CONTESTO ORGANIZZATIVO**

La tradizionale configurazione organizzativa delle strutture sanitarie conseguente alla progressiva specializzazione e frammentazione delle varie attività avvenuta negli ultimi decenni in risposta alle esigenze di perfezionamento delle conoscenze mediche non è più in grado oggi di rispondere agli sia agli emergenti fabbisogni organizzativi che alla domanda di salute del cittadino.

La conoscenza in campo sanitario ha raggiunto ormai un tale livello di specializzazione da rendere spesso l'approccio al paziente frammentato, parziale, incentrato sulla patologia e non sulla persona nella sua globalità con possibili ripercussioni negative sia sul piano dell'efficacia dell'intervento che su quello dei costi sostenuti.

In questo scenario, pur preservando la linea di specializzazione tipica dei contesti ad alto contenuto professionale e tecnologico come le strutture sanitarie, occorre urgentemente recuperare spazi di integrazione e di coordinamento.

La qualità della prestazione infatti si collega oggi alla capacità d'integrare le diverse competenze e alla capacità di ottimizzare ogni singola struttura organizzativa.

Da un punto di vista organizzativo si rendono indispensabili nuove soluzioni maggiormente flessibili in cui prevalgono ruoli di collegamento manageriali in grado di sviluppare una collaborazione lungo una dimensione orizzontale dell'organizzazione e in cui l'integrazione tra professionisti sanitari debba avvenire all'interno di un sistema a rete insito nell'organizzazione stessa.

In una gestione per processi d'altra parte, la possibilità di identificare i processi critici per la soddisfazione dei bisogni del paziente permette di comprendere come modificarli e di eliminare le attività senza valore aggiunto, centrando così sia l'obiettivo di una risposta adeguata alla domanda di salute del cittadino che quello di contenimento della spesa.

Definire i processi critici, eliminare i processi che generano inefficienze organizzative, individuare le interfacce organizzative tra le diverse funzioni che intervengono nello stesso processo (input/output), individuare lo strumento gestionale corretto e la metodologia più idonea per una più efficace e più efficiente organizzazione, definire gli obiettivi concreti di miglioramento sono dunque modalità necessarie in un'organizzazione sanitaria, modalità che vanno a contestualizzare sempre più il nostro progetto di degenza di comunità come una scelta valida.

L'Ospedale di Comunità anche in questo senso si pone infatti come espressione di questo approccio organizzativo volto ad una gestione del lavoro in cui le specifiche attività devono essere parte di un processo integrato di risposta alle esigenze del paziente vero fulcro del processo di erogazione del servizio sanitario.

Ora, per comprendere pienamente quanto affermato finora e per collocare correttamente la nostra proposta di lavoro, è necessario entrare più specificamente nel contesto organizzativo in cui andrebbe ad inserirsi il nostro progetto di degenza di comunità e sarà opportuno descrivere seppur sinteticamente alcune caratteristiche del Grande Ospedale Metropolitano Niguarda che, pur rappresentando un esempio virtuoso di sanità pubblica, ha comunque ancora innegabilmente dei margini possibili di migliorabilità, soprattutto alla luce dei già citati fondi destinati dal PNRR.

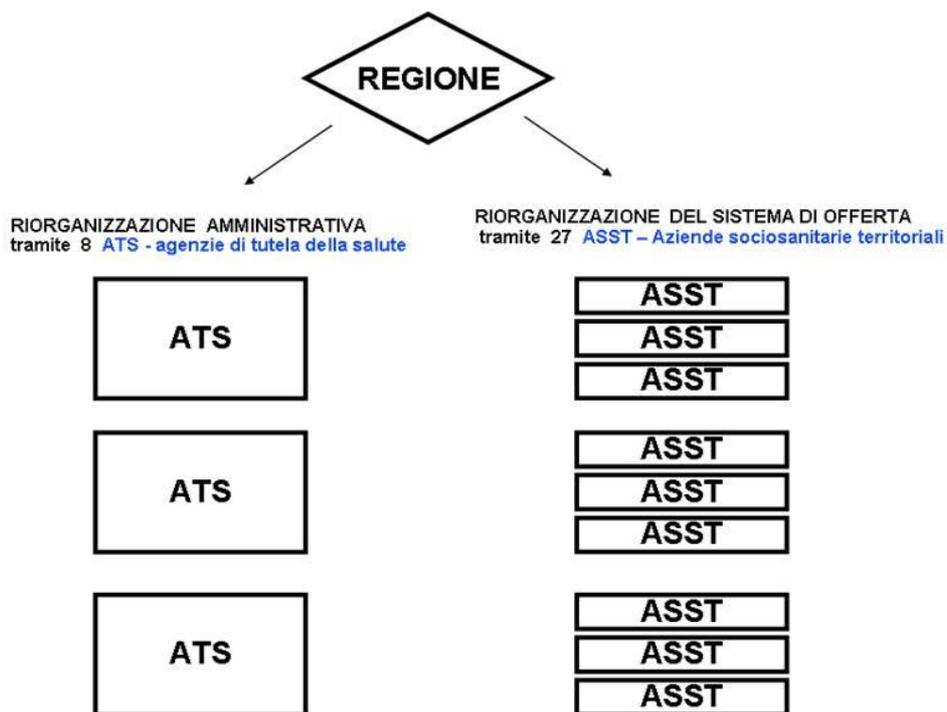
Niguarda è oggi un "Grande Ospedale Metropolitano" che coniuga due realtà distinte, quella correlata alle sue competenze sociosanitarie per le cure territoriali ma anche quella che, in quanto

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

polo multidisciplinare ad elevate specialità cliniche e chirurgiche sia per l'adulto che per il bambino, ne fa un centro di riferimento non solo per Milano, dove ha sede, ma anche per la Regione Lombardia e per tutto il resto d'Italia. L'insieme di queste due realtà è chiara traccia del suo orientamento e dei suoi obiettivi: Niguarda è infatti per sua definizione luogo di cura e cultura della salute con l'obiettivo di integrare le cure specialistiche con quelle sociosanitarie territoriali, in sinergia con tutti gli attori coinvolti nella tutela della salute del cittadino.

Il suo attuale assetto organizzativo è quello che si è delineato dopo la Legge Regionale 23/2015 della Regione Lombardia che, in un'ottica di efficientamento ed ottimizzazione della spesa pubblica ed adeguandosi ai nuovi bisogni territoriali, ha strutturato il sistema sanitario su tre livelli ed ha trasformato le aziende sanitarie locali (ASL) in agenzie di tutela della salute (ATS) e le aziende ospedaliere in aziende sociosanitarie territoriali (ASST) cui spetterà l'onere di erogare le prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

**Graf. 1. – La riorganizzazione prevista dalla LR 23/2015**



Elaborazione grafica Riorganizzazione LR 23/2015 (Ghetti, 2015)

Il cambiamento innovativo più rilevante introdotto nel 2015 è stato indubbiamente quello della incorporazione degli ospedali in uno stesso sistema di offerta di salute in cui poter concretamente programmare, organizzare e gestire processi di "presa in carico" delle persone in modo coordinato e integrato, avviando così le auspiccate azioni di interconnessione organizzativa e professionale cui si accennava ad inizio capitolo.

Secondo questi principi nel 2016, a seguito della riforma del sistema sociosanitario della Regione Lombardia, Niguarda ha acquisito dunque una serie di competenze e attività sociosanitarie passando

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

così da Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale di Alta Specializzazione (AORNAS) ad Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Nella Delibera n°X/6961 del 31/07/2017, nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell'ASST Grande Ospedale Niguarda, viene determinato il passaggio delle funzioni territoriali precedentemente affidate all'ATS alle ASST, l'avvio di un percorso di costituzione di un Centro Servizi unico per la città di Milano basato su una rete integrata per la continuità dell'assistenza tra le strutture di ricovero e cure e le strutture di cure intermedie e sul raggiungimento delle cosiddette "dimissioni protette", nonché la realizzazione di una serie di iniziative atte a garantire la reale presa in carico dei cittadini.

In particolare, nel processo di suddivisione ed attribuzione delle specifiche funzioni alle varie ASST, al Niguarda vengono affidate aree di intervento strategiche come la valutazione multidimensionale territoriale ai fini dell'accesso all'assistenza domiciliare integrata (ADI), l'area protesica, quella integrativa e quella farmaceutica, e l'area amministrativa (rimborsi, convenzioni per trasporto dializzati, etc.).

Al di là però di questa generale suddivisione di ambiti ed obiettivi, il POAS definisce in maniera dettagliata ed inequivocabile il contesto organizzativo entro cui è stato facile, quasi fisiologico, immaginare la realizzazione di una realtà come quella dell'Ospedale di Comunità.

L'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, senza tradire l'eredità del passato di custodire e valorizzare le specificità del luogo di cura per acuti, deve infatti proiettarsi sul territorio, assimilando e interpretando i bisogni di cura emergenti dei cittadini che vanno estendendosi anche fuori dalle mura ospedaliere, secondo i nuovi paradigmi della sanità lombarda di presa in carico e prossimità di cura.

Oggi compito di ASST Niguarda è curare le persone accogliendole in modo dignitoso e offrendo assistenza e terapie coerenti con la gravità delle loro malattie e con le condizioni del loro stato di salute complessivo ed il raggiungimento di questi obiettivi di adeguatezza della cura va perseguito attraverso l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse strutturali e umane.

Nel POAS vengono indicati i principi ispiratori imprescindibili del nuovo Niguarda che sono:

- Il valore della persona, del paziente come di chi gli presta cura, determina che ogni paziente deve essere accolto nella sua unicità garantendogli privacy, comfort, accoglienza, ascolto, orientamento, trasparenza, comunicazione e informazione, nonché facilità di accesso e tempestività dei servizi sanitari. Ogni persona che lavora presso l'ASST deve essere messa nella condizione di poter lavorare dando così al meglio il proprio apporto alla cura.
- Appropriately da intendersi come capacità di garantire servizi erogati secondo il bisogno della persona in cura e come correttezza delle cure orientate al raggiungimento del miglior livello possibile di benessere del paziente, attraverso l'utilizzo razionale solo delle risorse strettamente necessarie.
- Responsabilità istituzionale da intendersi come consapevolezza del fatto che il "patrimonio" dell'ASST Niguarda rappresenta un bene pubblico, affidato alla Direzione Strategica e a ciascun collaboratore di ASST per perseguire il fine della cura, nell'oculatazza della gestione delle risorse, nel pieno rispetto dei livelli istituzionali sovraordinati, nella continua ricerca di sinergie all'interno della sanità regionale, nella piena trasparenza e rendicontabilità del proprio operato verso istituzioni, associazioni, cittadini.
- Orientamento all'apprendimento e alla innovazione, inteso come processo di formazione permanente sotto il profilo delle competenze professionali individuali e di team come condizione

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

necessaria per garantire innovazione nella erogazione dei servizi di cura e nei processi di gestione amministrativa e tecnologica.

Come indicato sul sito istituzionale in merito alla *governance* dell'ASST l'obiettivo finale di questa riorganizzazione del Niguarda è continuare a rendere l'organizzazione ospedaliera appropriata al mutare dei bisogni dei cittadini e al progredire della scienza medica e delle tecnologie, in un sistema di miglioramento da considerarsi come processo permanente.

Il sistema di *corporate governance* dell'ospedale si è strutturato nel tempo adeguandosi ai processi di trasformazione, alle riforme, alla normativa nazionale e regionale.

Alla base vi è un complesso sistema organizzativo composto da un articolato organigramma, da meccanismi e strumenti operativi e da comportamenti che in maniera sinergica agiscono per la definizione ed il raggiungimento degli obiettivi aziendali basati su efficacia, efficienza, economicità e trasparenza; traguardi che, nonostante la riduzione dei contributi per la gestione del servizio sanitario, sono stati raggiunti grazie ad un attento governo clinico che è riuscito a sviluppare politiche di contenimento della spesa garantendo comunque ai cittadini il mantenimento dei livelli assistenziali e anzi migliorando addirittura l'efficienza dei processi produttivi. Una *corporate governance* di questo tipo naturalmente richiede un insieme di competenze e abilità che non possono essere individuali ma collettive: il Direttore Generale, il collegio di Direzione, il collegio Sindacale e il Nucleo di Valutazione sono gli organi aziendali che concorrono alla definizione delle politiche aziendali per il raggiungimento degli obiettivi di salute dell'ospedale.

I fattori determinanti alla base dell'attuale assetto del Niguarda sono in primo luogo correlabili al ruolo che l'ASST deve assumere all'interno del Sistema Sanitario Regionale della Lombardia in termini di evoluzione e riorganizzazione dei servizi sanitari e di promozione dello sviluppo di nuove cure più aderenti al bisogno di salute del cittadino e alla necessità istituzionale di ottimizzazione delle risorse. Proprio in virtù di questo, il primo elemento che connota l'ASST Niguarda è il suo essere ospedale generale, caratterizzato quindi da una copertura specialistica molto ampia, da un rapporto tra ricoveri chirurgici e medici omogeneo alla totalità dei ricoveri lombardi, da indicatori di valutazione che rispecchiano l'aderenza delle prestazioni erogate ai fabbisogni complessivi di cura dei pazienti lombardi, da un'offerta di servizi ospedalieri differenziati per intensità (terapie intensive, alta e media intensità, riabilitazione, assistenza in regime diurno, assistenza ambulatoriale) e soprattutto, per entrare nel vivo della nostra discussione sulla medicina di prossimità, da un'offerta di molteplici modelli di cura extra-ospedalieri, dall'assistenza domiciliare all'hospice.

Il secondo elemento che caratterizza ASST Niguarda è la capacità di lavorare in modo multidisciplinare in un'ottica di convergenza attorno al paziente delle diverse specialità dell'Azienda. Oggi, alla luce degli orientamenti della legge di evoluzione della sanità lombarda e dell'esigenza di spostare il focus d'intervento sulla continuità di cure, la nuova missione del Niguarda è garantire la continuità assistenziale, in particolare nei pazienti cronici.

L'ASST dunque, in virtù dei nuovi indirizzi regionali, oltre a svolgere il ruolo di ospedale generale di riferimento per l'area urbana di Milano e per l'hinterland, è chiamato, oltre allo sviluppo di competenze specifiche anche in tema di prevenzione, ad assolvere il compito di realizzare processi di integrazione con il territorio volti in particolare alla gestione dei pazienti cronici.

È chiaro però che per affrontare la mission relativa alla gestione della cronicità il Niguarda deve strutturarsi non più come mero contenitore ospedaliero, per quanto articolato, multidisciplinare e iperspecializzato, ma piuttosto attraverso l'adozione di una logica di rete sia interna che esterna e di

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

un lavoro comune basato su regole esplicitamente condivise da i diversi attori coinvolti la cui opera deve essere interdipendente.

Solo in questo modo sarà infatti possibile realizzare le linee guida regionali relative alla Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale (RICCA) in un processo di integrazione modulare e progressivo che dovrà e potrà ricostruire la filiera erogativa fra ospedale e territorio e rispettare il criterio imprescindibile della presa in carico del paziente attraverso l'interazione con le altre quattro ASST di Milano, con gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), con la ATS e con i MMG, principali alleati nella cura dei pazienti cronici, avviando, formalizzando e consolidando forti sinergie interaziendali con altre realtà milanesi tra cui le strutture sociosanitarie di diritto pubblico.

D'altra parte, quanto affermato finora trova conferme più che consolidate anche in letteratura. Diversi problemi di salute del settore ospedaliero italiano evidenziati da un'analisi quantitativa di efficienza e produttività trovano radice in alcune significative problematiche collegate alla dimensione organizzativa del singolo ospedale e ancor di più del sistema in cui opera.

Indicatori di efficienza operativa come quelli relativi al tasso di occupazione per posti letto e all'indice di rotazione, indicatori di produttività in termini sia di composizione che di quantità della forza lavoro impiegata, indicatori di costo come ad esempio quello per posti letto, correlati per lo più alle diverse tipologie di casistica trattata (spesso inadeguatamente!), conducono a ragionare sull'attuale sistema sanitario, sulla funzionalità degli ospedali e sulla qualità delle prestazioni erogate.

Anche i dati relativi all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza erogata attraverso la valutazione di indicatori proxy che misurano in particolare l'utilizzo distorto delle risorse disponibili come, ad esempio, il numero di dimessi con DRG medico da reparti di natura chirurgica (indice dell'inappropriato ricorso al ricovero in ambiente specialistico) conducono alla stessa conclusione per cui urge la creazione di reti tra ospedali per una programmazione e riconfigurazione dell'offerta ospedaliera più efficace ed efficiente ed un ripensamento dell'organizzazione interna dell'ospedale, secondo logiche aziendali e nel rispetto dei ruoli manageriali e professionali.

In una organizzazione virtuosa come quella che occorrerebbe definire appare chiaro che l'Ospedale di Comunità andrebbe a rappresentare una soluzione concreta e possibile nel pieno rispetto di tutti gli indicatori valutativi appena menzionati per soddisfare l'intera gamma di bisogni della popolazione sia nell'ambito dell'acuzie che della post acuzie, coprendo l'attuale deficit assistenziale per cui in maniera impropria e con costi elevatissimi solo le strutture ospedaliere soddisfano bisogni primari di bassa complessità che verosimilmente dovrebbero trovare invece risposta in setting assistenziali più appropriati.

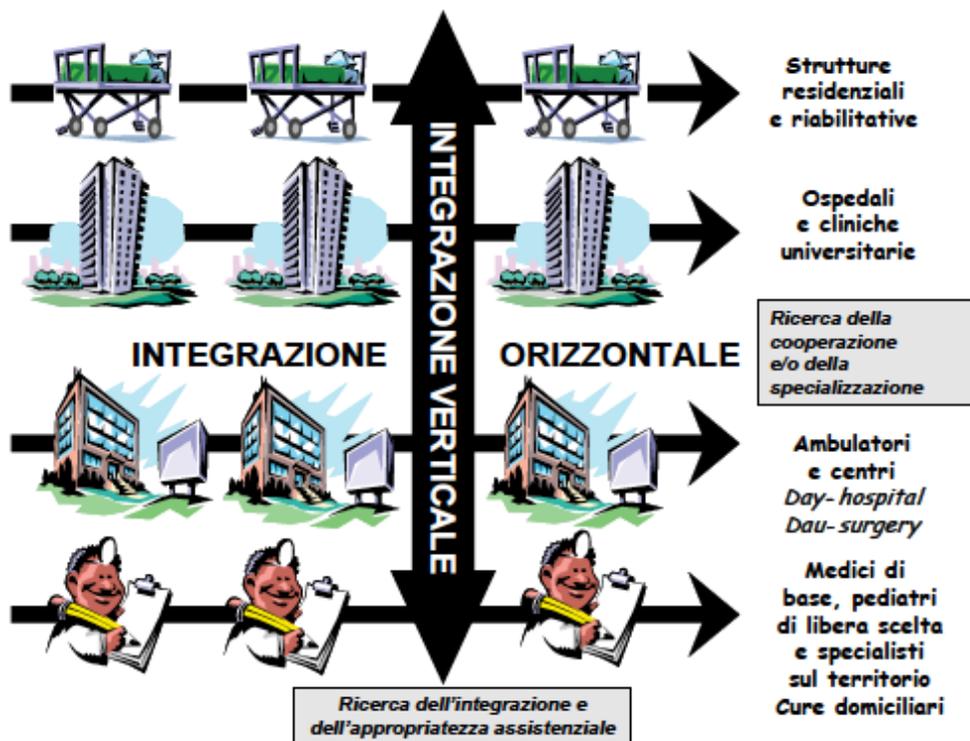
Ma a questo punto, prima di proseguire con la definizione del contesto organizzativo in cui inserire la nostra degenza di comunità, sarà utile precisare che cosa intendiamo per rete integrata assistenziale. In primo luogo va sottolineato che la presenza di relazioni tra gli ospedali non basta di per sé a determinare l'esistenza di una rete.

Per il raggiungimento di un obiettivo comune occorre infatti anche che vi sia interdipendenza tra le diverse strutture e che vengano programmate e sviluppate azioni congiunte sotto una direzione unitaria e coordinata; inoltre l'integrazione necessaria deve allo stesso tempo operare secondo una dimensione verticale perché deve coinvolgere aziende, strutture e professionisti operanti su diversi livelli di cura ed assistenza ed orizzontale poiché deve esser garantita una sinergia ed una cooperazione anche tra aziende, strutture e professionisti posti sullo stesso livello di assistenza.

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

Nel grafico seguente tenteremo di sintetizzare i livelli di integrazione necessari per la realizzazione di una rete assistenziale e per il raggiungimento di una concreta appropriatezza nella risposta al bisogno di salute dei cittadini (Lega, Mauri e Prenestini, 2010).

Come verificabile si tratta in entrambi i casi di dimensioni imprescindibili poiché mentre da un lato i processi di integrazione verticale mirano a favorire il coordinamento tra livelli di cura, tale per cui il trattamento di una specifica patologia viene eseguito nell'ambito più appropriato dal punto di vista clinico, organizzativo, economico e della soddisfazione del paziente, dall'altro i processi di integrazione orizzontale consentono di ridurre l'eventuale ridondanza e duplicazione nell'offerta.



Elaborazione grafica Reti verticali ed orizzontali (Fonte Lega, Mauri e Prenestini 2010)

Del resto la letteratura internazionale e nazionale ha già da tempo diffusamente evidenziato i benefici dei due livelli di integrazione in termini di economie e miglioramenti qualitativi nell'erogazione delle prestazioni, sottolineando la necessità di intersecare entrambi i piani (si veda Lega, Mauri e Prenestini, 2010)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> American Hospital Association (AHA). Survey: Networks lead in quality improvement, AHA News, 1999; May 17; Fulop N., Protopsaltis G., Hutchings A., et al. Process and impact of mergers of NHS trusts: multicentre case study and management cost analysis. BMJ, 2002; 325: 246; Weil T.P. Horizontal mergers in the United States health field: some practical realities. Health Services Management Research 2000; 13: 137-151; Lynk, W. The Creation of Economic Efficiencies in Hospital Mergers. Journal of Health Economics 1995; 14: 507-530; Lega F. Scelte strategiche e ridefinizione dei confini dell'ospedale: dalla struttura focalizzata all'organizzazione a rete.

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

Da un lato l'integrazione orizzontale garantisce miglioramenti nel posizionamento competitivo degli ospedali in rete, benefici economici sul lato dei costi, grazie ad un contenimento della spesa correlato al potenziale di razionalizzazione insito nella rete per quanto riguarda eventuali duplicazioni di strutture amministrative, staff e cliniche ed infine miglioramenti nell'efficienza e nella qualità dell'offerta legati a strategie di differenziazione e specializzazione, con conseguenti concentrazione di attività e case-mix che favoriscano economie di apprendimento e di know-how e possibilità di finalizzare meglio investimenti rilevanti in tecnologia e professionalità.

Dall'altro la dimensione verticale favorisce innegabili miglioramenti nella presa in carico dell'assistito da parte del sistema di offerta, attraverso la definizione di un percorso integrato tra le diverse strutture sanitarie appartenenti alla rete verticale nell'ottica di un *continuum of care* che, garantendo continuità tra i servizi di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo, pone al centro del processo solo e sempre il bisogno dell'assistito.

Attraverso una reingegnerizzazione dei propri percorsi interni di fruizione dei servizi la rete verticale dovrebbe infatti poter garantire all'assistito l'unitarietà della presa in carico, l'unitarietà del progetto assistenziale, tale per cui l'individuo non viene più identificato dalla patologia o dal problema assistenziale che lo affligge, ma piuttosto come persona e l'unitarietà del percorso di fruizione dei servizi tale per cui rispetto al problema diagnosticato vi sia una sequenza spazio-temporale di interventi definita e coordinata.

Infine, aspetto assolutamente non trascurabile, la rete sul piano verticale offrirebbe evidenti vantaggi economici determinati dallo spostamento del trattamento della patologia al livello di intervento che a parità di efficacia – in termini clinici e di soddisfazione e/o qualità di vita per l'assistito – costa meno in piena aderenza con l'obiettivo dell'appropriatezza della cura e del contenimento dei costi.

Anche qui una tabella grafica può sia riassumere quanto affermato finora sia rendere evidente quanto è pertinente immaginare un Ospedale di Comunità come scelta strategica in questo circolo virtuoso di strutture erogatrici di prestazioni costruite intorno all'assistito (Lega, Mauri e Prenestini, 2010).

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano



Elaborazione grafica Reti verticali ed orizzontali (Fonte Lega, Mauri e Prenestini 2010)

E a conferma di quanto la nostra proposta di degenza di comunità sia un'opportuna risposta ad una delle domande emergenti di salute pubblica ci viene in soccorso ancora una volta uno schema grafico stilizzato che Aulizio, referente nazionale della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale per gli Ospedali di Comunità, ha proposto in una sua pubblicazione dedicata proprio a questa tipologia di servizio assistenziale.



Elaborazione grafica (Fonte Aulizio, FIMMG, 2011)

D'altra parte anche per quanto riguarda la programmazione regionale, la recente D.R. n° XI/2019 con oggetto "PRIME INDICAZIONI PER L'AVVIO DEL PERCORSO DI RIORDINO E DI RICLASSIFICAZIONE DEI PRESST, DEI POT E DELLE DEGENZE DI COMUNITÀ" ha confermato un rinnovato – e necessario – interesse rispetto a questa modalità assistenziale, in collegamento con i processi di ristrutturazione

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

della rete ospedaliera e con uno sviluppo all'interno di modelli complessi di organizzazione dell'assistenza primaria.

L'ex assessore Gallera, all'epoca in carica, in concerto con l'assessore Bolognini definisce le degenze di comunità come un servizio residenziale territoriale che eroga degenze di breve durata rivolte a pazienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa e/o di interventi sanitari a bassa intensità clinica non gestibili al domicilio anche a causa del contesto di vita del paziente.

Aggiunge poi che l'attività di ricovero, temporaneo ed extra ospedaliero, è destinata a pazienti che provengono da ospedali o dal proprio domicilio in condizioni cliniche tali da non richiedere assistenza ospedaliera per acuti ma che allo stesso tempo non sono ancora sufficientemente stabilizzate per consentire il rientro al proprio domicilio, necessitando dunque di un periodo di degenza in un contesto che possa fornire un'assistenza adeguata di medio-bassa intensità.

Tornando a quanto più volte detto sui criteri di adeguatezza assistenziale e razionalizzazione economica, nella Delibera viene poi sottolineato che per questi pazienti la struttura ospedaliera per acuti non offrirebbe benefici superiori a quelli che potrebbero ottenere strutture territoriali in grado di assicurare percorsi clinico-assistenziali appropriati per la gestione delle loro condizioni cliniche e che per rendere l'offerta delle degenze di comunità più omogenea, efficace e funzionale, è necessario effettuare l'analisi e la revisione delle diverse tipologie di degenza già presenti, attraverso la semplificazione dei modelli di presa in carico e di assistenza, tenendo conto anche dei nuovi presidi per l'erogazione delle prestazioni territoriali, POT e PreSST.

L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta e dai medici di continuità assistenziale e la sede fisica dell'Ospedale di Comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

Per procedere all'analisi dei vari modelli di Ospedale di Comunità appare necessario confrontarne le caratteristiche con l'Ospedale per acuti, al fine di inquadrare dove si debbano collocare queste due differenti risposte assistenziali nel percorso diagnostico terapeutico riabilitativo.

Inoltre occorrerà prendere in considerazione gli aspetti funzionali della degenza di comunità e cioè la risposta a quali bisogni dei pazienti e la tipologia dei pazienti; il tipo di responsabilità gestionale e clinica, l'organizzazione del Personale dirigente sanitario, del comparto e le eventuali consulenze specialistiche; gli aspetti strutturali e tecnologici come il numero di posti letto, la tipologia di struttura, il target di assistenza, le dotazioni tecnologiche, etc; le procedure relative all'ingresso e alla dimissione e cioè i nodi invariants, le procedure di ingresso dei pazienti, la durata del ricovero, la procedura di dimissione.

Nella tavola che segue sono riassunte schematicamente le principali caratteristiche che differenziano le due tipologie assistenziali di Ospedale tradizionale e Ospedale di comunità.

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

	Ospedale Tradizionale	Ospedale di Comunità
<b>Degenza/residenzialità</b>	improntato sulla malattia	improntato sulla persona
<b>Patologia/medicina olistica</b>	acuta ad alta intensità diagnostica	più attenzione all'assistenza e alla persona
<b>Costo</b>	Alto costo (media 500 euro posto letto/die)	Basso costo (media 150 euro posto letto/die)
<b>Accesso</b>	Accesso libero per tutti	Accesso da MMG, PLS, dimissioni ospedaliere, pronto soccorso
<b>Personale</b>	Personale altamente specialistico	Personale infermieristico presente 24 ore, MMG, PLS, specialisti ambulatoriali
<b>Numero posti letto</b>	> 120	in media 15-20
<b>Criterio per accesso alle cure</b>	Intensità delle cure e procedure diagnostiche	Fase riacutizzata della patologia cronica e post acuzie (assistenza-prevenzione-riabilitazione) in dimissioni protette
<b>Permanenza nella struttura sanitaria</b>	Introduzione DRG per massima efficienza e dimissioni rapide	Estensività delle cure e percorsi clinico assistenziali con tempi medi 15/20 gg

Rielaborazione tabella di sintesi su confronto tra Ospedale Tradizionale e Ospedale di Comunità (Fonte Aulizio, 1998)

Sulla base di quanto acquisito finora, tenderemo invece di ricostruire qui una sequenza di tabelle che riproduca tutti gli aspetti salienti che caratterizzano l'Ospedale e la degenza di Comunità così come in via teorica lo abbiamo interpretato durante il corso e successivamente, dopo un'analisi dettagliata dei punti di forza e di quelli deboli emersi invece dallo studio di un "caso" reale, rivedremo come plasmare il modello per il nostro progetto.

<b>Aspetti funzionali</b>			
<b>Definizione</b>	<b>Risposta a quali bisogni</b>	<b>Tipologia di pazienti</b>	<b>Profilo funzionale dei pazienti</b>
Struttura a vocazione multifunzionale e a gestione multiprofessionale con particolare valorizzazione della figura infermiere-case manager destinata a trattare persone affette da patologie cronico-degenerative in fase non acuta e con esigenze diversificate, che in passato afferivano alla tradizionale degenza ospedaliera. Favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e valorizza il ruolo del MMG e degli altri professionisti che operano nell'area delle cure primarie intermedie.	I ricoveri non devono confondersi né sovrapporsi alle attività sociosanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti, ma in condizioni di discreta stabilità clinica, destinati usualmente alle Residenze Sanitarie per Anziani (RSA) o con i ricoveri di pazienti in Cure Palliative presso gli Hospice.	2 Tipologie : - Pazienti, prevalentemente anziani provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili da ospedali per acuti, ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio o di non potere altrimenti proseguire le terapie riabilitative per la complessità del quadro clinico. - Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio o dalla RSA, per la presenza di una instabilità clinica.	2 Tipologie : - Pazienti con insufficienza cardiocircolatoria e/o respiratoria, condizioni neurologiche o post-traumatiche per completamento di stabilizzazione, etc. - Pazienti con riacutizzazione di patologie cronica preesistente o monitoraggio dell'introduzione di presidi medici invasivi o nuovo evento destabilizzante, come i postumi di terapie oncologiche.

**Progetto di una degenza di comunità presso la ASST  
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

--	--	--	--

<b>Responsabilità/Organizzazione del Personale</b>			
<b>Responsabilità Gestionale</b>	<b>Responsabilità Clinica</b>	<b>Personale medico e del comparto</b>	<b>Consulenze Specialistiche</b>
<p>L'assistenza è erogata in Moduli Assistenziali di 26 posti-letto a gestione infermieristica. Il coordinamento del modulo è in carico ad un Coordinatore Infermieristico che ha funzioni gestionali e organizzative con particolare attenzione per la programmazione dei ricoveri/dimissioni e per la programmazione delle attività sia degli infermieri che degli OSS e delle altre figure professionali richieste dal Piano Assistenziale Individualizzato compresi i MMG o gli specialisti che hanno inviato i pazienti nella struttura.</p>	<p>Viene individuata nell'ambito dell'area dei servizi integrati, sanitari e sociali del contesto della Assistenza Territoriale Distrettuale con il supporto clinico fornito da MMG, all'interno delle cosiddette Cure Intermedie.</p>	<p>L'assistenza medica è garantita dai MMG dei pazienti ricoverati o dai MMG della Casa della salute a cui afferisce la struttura. L'assistenza medica notturna e festiva viene garantita dal Servizio di Continuità assistenziale, salvo diversi accordi.</p> <p>L'assistenza 24/h è garantita invece da infermieri coadiuvati da altro personale (OSS) organizzati da un Coordinatore Infermieristico. Il mix di personale e la numerosità è da definire sulla base delle reali necessità e bisogni assistenziali dei pazienti.</p>	<p>Sono presenti le figure professionali richieste dal Piano assistenziale Individualizzato dei pazienti come fisioterapisti, psicologi, infermieri referenti sul territorio del paziente (case manager), assistenti sociali, caregiver, ecc. Ruolo essenziale dell'infermiere casemanager è l'intermediazione tra il paziente e la sua famiglia e i servizi domiciliari in modo da predisporre l'assistenza e gli ausili necessari una volta che il paziente tornerà al domicilio.</p>

<b>Aspetti strutturali e tecnologici</b>			
<b>Posti letto</b>	<b>Struttura</b>	<b>Dotazione tecnologica</b>	<b>Autorizzazione e accreditamento</b>
<p>L'assistenza è erogata in Moduli Assistenziali di 26 posti-letto a gestione infermieristica.</p>	<p>La struttura dovrà rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale per l'Ospedale di Comunità e per ogni altra tipologia di servizi attivata e quelli ulteriori previsti dal processo di accreditamento.</p>	<p>La struttura dovrà rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale per l'Ospedale di Comunità e per ogni altra tipologia di servizi attivata e quelli ulteriori previsti dal processo di accreditamento.</p>	<p>Il percorso di autorizzazione e/o accreditamento dovrà essere caratterizzato dalle consuete tappe di richiesta, visita di verifica, valutazione, decreto e verrà codificato in provvedimento ad hoc.</p>

<b>Ingresso – dimissione</b>			
<b>Nodi Inviati</b>	<b>Ingresso</b>	<b>Durata ricovero e dimissione</b>	<b>Ticket</b>
<p>Il trasferimento in degenza viene richiesto dal MMG se</p>	<p>Per quantificare il bisogno assistenziale del</p>	<p>La durata media della degenza attesa deve avere</p>	

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

<p>il paziente si trova al proprio domicilio in assistenza domiciliare, oppure dal medico ospedaliero, previa informazione del MMG, qualora il paziente sia ricoverato presso un ospedale per acuti.</p>	<p>soggetto si procede ad una valutazione multidimensionale con opportuni strumenti.</p> <p>Nel caso del paziente al proprio domicilio la valutazione viene svolta dall'infermiere coordinatore del PTP e dal medico del CAD sentito il parere del medico curante.</p> <p>Nel caso di trasferimento da ospedale per acuti, la valutazione, eseguita nel reparto di provenienza, viene effettuata dall'infermiere coordinatore del PTP e dal medico ospedaliero sentito il parere del medico curante.</p>	<p>una durata limitata, non superiore alle 6 settimane, mediamente 15 giorni.</p> <p>La dimissione dovrebbe essere definita dopo valutazione multidimensionale effettuata dal medico curante, dall'infermiere case-manager territoriale e/o dai servizi sociali, oltre ad eventuali specialisti del caso, per pianificare al meglio le successive strategie assistenziali, sanitarie e sociosanitarie.</p>	
--	--	--	--

<b>Ingresso – dimissione</b>			
<b>Nodi Inviati</b>	<b>Ingresso</b>	<b>Durata ricovero e dimissione</b>	<b>Ticket</b>
<p>L'ammissione viene effettuata dal responsabile della struttura su richiesta del medico di medicina generale.</p>	<p>Il medico responsabile della struttura valuta insieme al medico curante i bisogni assistenziali del caso e le possibilità di dare risposta alle richieste presentate e dispone l'ammissione nel più breve tempo possibile, organizza con il responsabile infermieristico gli interventi ed il numero di accessi per le diverse figure professionali concordati con il medico di medicina generale.</p>	<p>All'ammissione vengono determinati limiti temporali per ciascun paziente, comunque rivedibili su proposta del medico curante.</p> <p>Per i pazienti con affezioni respiratorie la degenza è comunque inferiore ai 30 giorni e non può assumere il carattere di lungodegenza né di ricovero in RSA.</p> <p>Può esserci necessità di rapporto con i servizi di assistenza sociale per un inserimento successivo in RSA.</p>	<p>Per le prestazioni alberghiere può essere richiesta una compartecipazione alle spese.</p>

A conclusione di questa panoramica sul contesto organizzativo in cui andremo ad inserire il nostro progetto e per sottolineare ancora una volta la strategicità della nostra scelta, proponiamo, come già anticipato, l'analisi della recente esperienza di conversione temporanea del Padiglione 6 di Ippocrate presso l'ex Ospedale Paolo Pini, come degenza di comunità di livello base per pazienti Covid asintomatici o paucisintomatici e contestualmente quella di alcune realtà italiane già operative – in

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

Emilia Romagna ad esempio – come base a partire dalla quale costruire un modello "ideale" da utilizzare quale strumento concreto di valutazione del nostro Ospedale di Comunità.

Il percorso di costruzione del modello si sostanzia attraverso un'analisi SWOT di queste esperienze già avviate con successo con l'estrapolazione dei punti di forza, la valutazione dei punti di debolezza e l'individuazione del modello di riferimento.

Qui è opportuno sottolineare che in alcuni casi all'interno dello stesso elemento di valutazione alcuni aspetti, a seconda dell'angolazione da cui li si osserva, possono contemporaneamente rappresentare un punto di forza ma in ugual misura anche un punto di debolezza.

In particolare, riferendoci all'esperienza messa in campo proprio dall'ASST Niguarda durante la pandemia, noteremo ad esempio che un impianto normativo ben strutturato può da un lato rappresentare un'ottima base di partenza per la costruzione di un servizio, ma dall'altro, contenendo direttive estremamente precise e rigide, può diventare troppo vincolante e poco adattabile alla realtà pratica da trattare che purtroppo può facilmente differire dal modello teorico.

Items	*Punti di forza ** Opportunità	*Punti di debolezza ** Rischi
Quadro normativo regionale	*Impianto normativo strutturato **Semplicità di progettazione	*Direttive vincolanti **Minore adattabilità a necessità eterogenee e a nuove emergenze nella domanda di salute
Aspetti funzionali (risposta ai bisogni, tipologia di pazienti)	*Modello flessibile, rilevanza del ruolo infermieristico **Alta adattabilità alle reingegnerizzazioni	*Mancanza di percorsi definiti e scarsa cultura di valorizzazione del personale non medico **Disomogeneità di risposta (iniquità)
Responsabilità gestionale, organizzativa, personale.	* Chiarezza delle competenze tra i livelli istituzionale, gestionale, professionale **Facilità di gestione	*Modello eccessivamente rigido **Inadeguatezza delle risorse disponibili
Aspetti strutturale e tecnologici	* Definizione particolareggiata degli aspetti strutturali **Garanzia di omogeneità e qualità	*Estremizzazione **Attualmente poco esportabili
Ingresso e dimissione	*Varietà dei nodi invariants **Elevata integrazione sociosanitaria	*Complessità della gestione degli accessi **Rallentamento dei percorsi di accesso/liste d'attesa

Partendo da questa *Swot Analysis* e sulla base dell'esperienza pregressa operata dall'ASST di appartenenza, tenderemo di racchiudere nel nostro progetto di degenza di Comunità tutte le *best practice* rilevate in modo da sostanziare un modello di riferimento che almeno in teoria possa, nel rispetto della realizzabilità, rispettare gli obiettivi che ci siamo riproposti di sostenibilità, riproducibilità del modello, capacità di risposta al bisogno di salute, accessibilità, integrazione sociosanitaria, uso razionale ed ottimizzazione delle risorse disponibili (umane, strumentali e tecnologiche).

Anche stavolta proporremo una tabella sintetica che riporti i singoli aspetti da gestire per la definizione del modello.

**Progetto di una degenza di comunità presso la ASST  
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

<b>Aspetti funzionali</b>			
<b>Definizione</b>	<b>Risposta a quali bisogni</b>	<b>Tipologia di pazienti</b>	<b>Profilo funzionale dei pazienti</b>
<p>La struttura multifunzionale e multiprofessionale rientra nel potenziamento delle cure intermedie, che prevede la realizzazione di risposte assistenziali nell'ambito della cosiddetta "low care", in particolare per i pazienti in dimissione, mediante la riconversione di posti letto ospedalieri in posti letto di cure intermedie all'interno delle stesse strutture. Le cure intermedie vanno a costituire la cerniera tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza domiciliare</p>	<p>Assicura percorsi privilegiati, dal territorio e verso il territorio, di gestione delle patologie mediche in fase acuta. Garantisce l'intervento sulle riacutizzazioni delle patologie croniche e contribuisce alla loro prevenzione attraverso percorsi di consulenza di secondo livello. Può essere utilizzato in alternativa dell'assistenza domiciliare integrata, sia là dove questa non è stata organizzata, sia nei casi in cui non esiste una famiglia dell'utente che possa comunque supportarlo.</p>	<p>L'Ospedale di Comunità garantisce attraverso le Unità Operative di Degenza Infermieristica (UODI) l'assistenza in regime residenziale di natura medico infermieristica a quei soggetti affetti da riacutizzazione di patologie croniche che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono essere trattati adeguatamente a domicilio.</p>	<p>2 Tipologie : - Pazienti con insufficienza cardiocircolatoria e/o respiratoria, condizioni neurologiche o post-traumatiche per completamento di stabilizzazione, etc.  - Pazienti con riacutizzazione di patologie cronica preesistente o monitoraggio dell'introduzione di presidi medici invasivi o nuovo evento destabilizzante, come i postumi di terapie oncologiche.</p>

<b>Responsabilità/Organizzazione del Personale</b>			
<b>Responsabilità Gestionale</b>	<b>Responsabilità Clinica</b>	<b>Personale medico e del comparto</b>	<b>Consulenze Specialistiche</b>
<p>L'assistenza è erogata in Moduli Assistenziali di 26 posti letto a gestione infermieristica. Il coordinamento del modulo è in carico ad un Coordinatore Infermieristico che ha funzioni gestionali e organizzative con particolare attenzione per la programmazione dei ricoveri/dimissioni e per la programmazione delle attività sia degli infermieri che degli OSS e delle altre figure professionali richieste dal Piano Assistenziale Individualizzato</p>	<p>Viene individuata nell'ambito dell'area dei servizi integrati, sanitari e sociali del contesto della Assistenza Territoriale Distrettuale con il supporto clinico fornito da MMG, all'interno delle cosiddette Cure Intermedie.</p>	<p>Assistenza medica prestata, secondo specifici accordi, da medici di medicina generale, o al bisogno da medici specialistici e medici della continuità assistenziale 24/h  Preferibile una organizzazione infermieristica non solo per compiti ma anche per gestione del caso con almeno 1 infermiere care manager che coordina il percorso del paziente durante l'accoglimento e verso la destinazione definitiva ed è responsabile dell'attuazione del progetto di recupero/mobilizzazione e deospedalizzazione del paziente con la collaborazione del</p>	<p>Sono presenti le figure professionali richieste dal Piano assistenziale Individualizzato dei pazienti come fisioterapisti, psicologi, infermieri referenti sul territorio del paziente (case manager), assistenti sociali, caregiver, ecc. Ruolo essenziale dell'infermiere case-manager è l'intermediazione tra il paziente e la sua famiglia e i servizi domiciliari in modo da predisporre l'assistenza e gli ausili necessari una volta che il</p>

**Progetto di una degenza di comunità presso la ASST  
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

compresi i MMG o gli specialisti che hanno inviato i pazienti nella struttura.		personale OSS. E' presente 1 fisioterapista (FKT) o terapeuta occupazionale part-time ogni 24 posti letto. In collaborazione con il fisiatra, il FKT è responsabile dell'appropriatezza e dell'adattamento di protesi ed ausili al paziente.	paziente tornerà al domicilio.
--	--	--	--------------------------------

<b>Aspetti strutturali e tecnologici</b>			
<b>Posti letto</b>	<b>Struttura</b>	<b>Dotazione tecnologica</b>	<b>Autorizzazione e accreditamento</b>
L'assistenza è erogata in Moduli Assistenziali di 26 posti-letto a gestione infermieristica.	La struttura dovrà rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale per l'Ospedale di Comunità e per ogni altra tipologia di servizi attivata e quelli ulteriori previsti dal processo di accreditamento.	La struttura dovrà rispettare i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale per l'Ospedale di Comunità e per ogni altra tipologia di servizi attivata e quelli ulteriori previsti dal processo di accreditamento.	Il percorso di autorizzazione e/o /accreditamento dovrà essere caratterizzato dalle consuete tappe di richiesta, visita di verifica, valutazione, decreto e verrà codificato in provvedimento ad hoc.

<b>Ingresso – dimissione</b>			
<b>Nodi Inviati</b>	<b>Ingresso</b>	<b>Durata ricovero e dimissione</b>	<b>Ticket</b>
L'ammissione viene effettuata dal responsabile della struttura su richiesta del medico di medicina generale.	Il medico responsabile della struttura valuta insieme al medico curante i bisogni assistenziali del caso e le possibilità di dare risposta alle richieste presentate e dispone l'ammissione nel più breve tempo possibile, organizza con il responsabile infermieristico gli interventi ed il numero di accessi per le diverse figure professionali concordati con il medico di medicina generale.	All'ammissione vengono determinati limiti temporali per ciascun paziente, comunque rivedibili su proposta del medico curante. Per i pazienti con affezioni respiratorie la degenza è comunque inferiore ai 30 giorni e non può assumere il carattere di lungodegenza né di ricovero in RSA. Può esserci necessità di rapporto con i servizi di assistenza sociale per un inserimento successivo in RSA.	Per le prestazioni alberghiere può essere richiesta una compartecipazione alle spese.

Il quadro che ne viene fuori costituirà, in concerto con quanto indicato nel DGR con le PRIME INDICAZIONI PER L'AVVIO DEL PERCORSO DI RIORDINO E DI RICLASSIFICAZIONE DEI PRESST, DEI

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

POT E DELLE DEGENZE DI COMUNITA', grazie al contributo formativo sussunto durante questo corso nonchè alla mutuata esperienza che il Covid ci ha “donato” e con la spinta propulsiva che il PNRR ci offre, la base a partire dalla quale costruiremo il nostro Ospedale di Comunità.

## MODELLO ASSISTENZIALE E MODALITÀ DI PRESA IN CARICO

A questo punto, dopo aver tentato di definire almeno a grandi linee il contesto organizzativo nel quale andremo a calare il nostro progetto di degenza di comunità, sarà opportuno chiarire quale modello assistenziale vuol interpretare e rappresentare e in che modo immaginiamo debba farlo.

In questo senso potrebbe risultare utile tracciare un minimo di storia di questo modello di assistenza integrata facendo riferimento ai concetti generali che lo sottendono.

Il termine *Community Hospital* da cui poi deriveranno le varie declinazioni internazionali di questo modello assistenziale è purtroppo non univoco e subisce le stesse difformità interpretative tipiche di quando si tenta di definire dei modelli organizzativi complessi, ciononostante però delimita alcune caratteristiche comuni nelle dimensioni e nel ruolo di questa struttura assistenziale, nella sua accezione di luogo destinato principalmente alle cure primarie o intermedie, che riserva agli ospedali più grandi i casi di più alta specializzazione.

Al di là dello specifico contesto in cui si declina che talvolta presenta differenze non esattamente trascurabili, possiamo certamente definire in maniera inequivocabile l'Ospedale di Comunità come una realtà dedicata alla prestazione di cure primarie ed intermedie, comunque di bassa intensità, che possono essere prestate sia in fase di dimissione protetta che con accesso dall'esterno, al fine di evitare acutizzazioni.

Allo stesso modo possiamo affermare che è in ogni caso una struttura assistenziale che prevede un ampio coinvolgimento dei *General Practitioners* intesi come medici di famiglia, più o meno presenti in via continuativa, come dimostrazione della presenza attiva della medicina di prossimità.

Un'ulteriore caratteristica indiscussa e comune a tutte le realtà di *Community Hospital* è quella della multidisciplinarietà delle possibili consulenze, in alcuni casi suffragata da terapisti della riabilitazione e psicologi, ed in tutti i casi è certamente indiscusso che un *Community Hospital* è un modello assistenziale nel quale è essenziale il ruolo dell'assistenza infermieristica che assume compiti estremamente attivi, talvolta anche nell'accettazione dei pazienti.

Possiamo infine arricchire la definizione evidenziando che si tratta sempre, almeno nelle aspirazioni e nell'orientamento, di un modello assistenziale più vicino al paziente sia in termini di atteggiamento per l'umanizzazione della struttura sia in termini geografici perché integrato nei luoghi di vita del paziente.

L'Ospedale di Comunità, nella sua accezione più vicina a noi, nasce nei paesi anglosassoni non da precise scelte programmatiche, ma piuttosto come fisiologica evoluzione del sistema sanitario in risposta alle necessità assistenziali via via rilevate.

Il suo precedente, da cui è possibile rinvenire i maggiori punti di forza dell'attuale modello di *Community Hospital* più diffusamente adottato, è unanimemente rinvenuto nei *Cottage Hospital*, strutture ancora oggi sparse nelle campagne inglesi, il cui principale vantaggio consisteva nel poter fornire cure sanitarie immediate all'utenza del territorio, evitando lunghi e costosi viaggi verso gli ospedali della contea o le più grandi strutture di volontariato offerte dal sistema nonché nella possibilità di fornire una risposta immediata alle emergenze.

A questa risposta sanitaria si accompagnava inoltre l'indubbia familiarità con i medici locali, che sicuramente conoscevano l'anamnesi remota e recente dei propri pazienti e delle loro famiglie per

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

esperienza diretta, e potevano impattare sull'efficacia delle cure meglio di quanto qualsiasi altro professionista avrebbe potuto.

Tra le esperienze internazionali di tutela della salute è indubbio che l'impronta principale ed il modello assistenziale da imitare sia stato storicamente per il nostro paese quello della Gran Bretagna, paese dal quale, seppur con ritardo, abbiamo mutuato esempi e "copiato" idee per le nostre riforme di sistema dal modello *Beveridge*<sup>2</sup> almeno fino agli anni Novanta.

L'aumento dei costi di gestione della sanità pubblica in Inghilterra rese infatti necessario, negli anni Settanta, tra le varie misure, un importante taglio dei piccoli ospedali, accentrando le cure nei grandi ospedali per acuti.

Queste scelte, sebbene razionali da un punto di vista economico permisero da un lato di ridurre drasticamente i costi allora sostenuti, ma contestualmente causarono una contrazione in termini di accessibilità delle cure stesse.

Negli anni a venire, l'assenza di un sistema di cure domiciliari, di un adeguato sistema di supporti sociali e di misure di prevenzione adeguate, comportò nel paese un aumento dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti, presso i quali di conseguenza saliva il livello dei costi medi di degenza.

Agli inizi degli anni Ottanta il sistema sanitario cercò di rispondere al problema della crescente inappropriatazza con soluzioni mirate e più economiche, riscoprendo così sistemi che riuscivano a coniugare innovazione e tradizione attraverso l'apertura di esperienze di *Country Hospital*.

Nel decennio Ottanta-Novanta il modello rischiò però la chiusura, sia per una questione meramente "culturale" che tendeva a prediligere l'ospedalizzazione *tout court* sia perché contestualmente andavano diffondendosi modalità assistenziali alternative attraverso il ricorso all'assistenza domiciliare e allo sviluppo di *Hospice*.

Nel 2000, in risposta allo scenario che si era delineato il *National Health Service Plan* prescrisse nuove indicazioni per l'utilizzo dei servizi di cure intermedie, configurando finalmente il modello di *Community Hospital* come necessario ponte di continuità delle cure tra l'ospedale per acuti ed il domicilio.

Attraverso il coinvolgimento della comunità, l'integrazione con il servizio sociale, l'attivazione di servizi appropriati ed aderenti al bisogno di salute rilevato, l'effettiva integrazione tra cure primarie e secondarie basata sul coinvolgimento sia dei MMG che degli specialisti e l'appropriatezza dei ricoveri si rese finalmente giustizia al modello assistenziale del *Community Hospital* che a questo punto si profila sempre più vicino alla nostra idea di Ospedale di Comunità.

I *Community Hospital* attivati infatti rispondevano principalmente a due modelli, uno identificabile come *primary care*, con la *mission* di provvedere ai servizi di una comunità ristretta con forte senso di identità comune, ed un secondo identificato invece come *secondary care*, con servizi di riabilitazione avanzata, in grado di servire territori più ampi, ma senza legami forti con la comunità, e con aspetti riconducibili piuttosto a quello di cliniche di riabilitazione.

---

<sup>2</sup> Modello sanitario fondato sul ruolo centrale del governo nel finanziamento e nella fornitura delle cure sanitarie della popolazione. Conosciuto come sistema universalistico, garantisce una copertura universale ai cittadini, rispettando il diritto sociale di assicurare un buono stato di salute a tutta la popolazione e nasce a seguito del Rapporto *Beveridge* che portò alla nazionalizzazione della sanità britannica nel 1948 per formare il *National Health Service*. Esempi virtuosi di questo sistema sanitario sono la Gran Bretagna e l'Italia.

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

Oggi anche a fronte dell'attuale domanda di salute dei cittadini sarà certamente necessario tentare di coniugare i due modelli in una sola struttura assistenziale integrata che sappia rispondere con appropriatezza alle diverse esigenze dei cittadini.

Naturalmente questo modello assistenziale presentava e rischia di presentare tuttora dei benefici ma anche degli aspetti da correggere.

Se da un lato infatti possiamo indubbiamente contare su un miglior stato psicologico, sia dei pazienti che dei familiari, perché più vicini all'ambiente di casa, dall'altro ci scontreremo con una fisiologica scarsa incentivazione del paziente a rientrare presso il proprio domicilio e con il conseguenziale rischio di superamento dei tempi di permanenza prescritti, ancor di più accentuato in caso di mancanza di reti di protezione sociale e/o di disagio anche di natura economica, o nel caso di mancanza di famiglie in grado di assumere almeno in parte un adeguato ruolo di *care giver*.

Allo stesso modo il vantaggio offerto dal diminuito rischio di infezioni ospedaliere e dalla possibilità di dimissione protetta dall'ospedale per acuti che consente una migliore guarigione e di evitare la riacutizzazione ha di contro problemi come quelli correlati ad una più bassa frequenza di visite mediche e quindi ad una potenziale difficoltà di risposta a insorgenza di diverse patologie o riacutizzazioni.

Infine, aspetto assolutamente non trascurabile, in passato si è inoltre verificato, soprattutto a causa di una non adeguata formazione specifica, il rischio di un'errata valutazione in accettazione da parte degli infermieri addetti così come il rischio di ricoveri impropri.

Si tratta naturalmente di punti deboli che presentano però un grosso margine di miglioramento e che già oggi vedono, attraverso la definizione di una programmazione e normativa *ad hoc*, una netta riduzione dei "rischi".

Non a caso, per tornare in Italia, dalla metà degli anni Novanta sono sorte, su iniziativa dei MMG, diverse esperienze di Ospedale di comunità, principalmente collegate all'avvio dei processi di ristrutturazione della rete ospedaliera ed in particolare con la riconversione degli ospedali al di sotto dei 120 posti letto.

Le prime esperienze sono nate in Emilia-Romagna, tra il 1995-1996, poi in Toscana e nelle Marche e successivamente in Umbria, Puglia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte e Lazio, mentre in altre Regioni come la Lombardia, la Campania e la Liguria sono state attuate altre soluzioni non dissimili.

Si tratta di una Struttura assistenziale intermedia - gestita generalmente dai MMG - che si pone tra l'assistenza ambulatoriale e quella ospedaliera.

La Commissione Nazionale FIMMG ha elaborato nel 2003 un primo documento che definisce in maniera più chiara le linee guida da adottare e che costituisce tuttora un punto di riferimento per l'organizzazione di questo modello assistenziale, definito come servizio sociosanitario innovativo di tipo residenziale, collocato in ambito intermedio tra l'ospedale, le altre forme di residenzialità territoriale (RSA, case protette, case di riposo, etc.) e la domiciliarità.

Uno degli elementi chiave che emergeva ed emerge tuttora come imprescindibile per la gestione dell'Ospedale di Comunità è quello della variabilità da intendersi come capacità di assumere un'adeguata flessibilità e capacità di adattamento alla realtà in modo da rispondere con efficacia ed efficienza ai bisogni di salute della popolazione che spesso presentano situazioni complesse a cui dover dare una risposta appropriata.

Attualmente in Italia le esperienze gestionali dell'Ospedale di Comunità sono raggruppabili in tre macromodelli:

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

– Un primo modello, definibile "a disponibilità oraria", che viene adottato prevalentemente nei piccoli e medi centri, generalmente definito rurale, che comporta la presenza di un numero definito di medici di famiglia –

solitamente in numero di 8-12 unità – con fasce orarie concordate di presenza attiva e di disponibilità ad intervenire su chiamata all'occorrenza.

Le strutture che ospitano queste realizzazioni sono solitamente contenute (da 5/8 posti letto fino a un massimo di 12/15) (FIMMG 2003).

– Un secondo modello "ad accesso" che prevede la presenza in struttura del medico di famiglia sulla base di un programma preventivamente concordato (Unità di Valutazione Distrettuale, Direttore del Distretto, ecc.) e con scadenze prefissate (settimanali, quindicinali, mensili) al fine di monitorare nella maniera più appropriata possibile i pazienti ricoverati. Si tratta di un modello assistenziale solitamente diffuso in aggregati urbani di dimensioni più ampie, dove il numero dei medici che assicurano l'assistenza è elevato, dotato di una grande variabilità di posti letto – da 8/12 fino ad alcune decine –

e che rappresenta il modello oggi più diffuso (FIMMG 2003).

– Un terzo modello è infine quello misto che viene realizzato attraverso l'integrazione della responsabilità clinica dei MMG (ad accesso o a fascia oraria) con i medici ospedalieri, di norma dipendenti diretti della struttura. Si tratta di un modello che presenta una grande varietà in termini di posti letti e tipologia assistenziale (FIMMG 2003).

Appare abbastanza chiaro da questa sintetica suddivisione dei modelli assistenziali in cui si declina l'attuale esperienza italiana che l'Ospedale di Comunità si colloca in tutti i casi, almeno nelle aspirazioni ed ora sempre di più anche nelle linee programmatiche, come anello di congiunzione fra la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali per anziani (RSA, Case protette e di riposo) e gli ospedali, mostrandosi come modello di assistenza flessibile che può adattarsi alle diverse realtà e disponibilità, che coniuga ad un basso costo un alto gradimento degli utenti, che può essere attivato in pochissimo tempo nelle strutture per anziani già esistenti così come nelle pertinenze ospedaliere o territoriali sottoutilizzate, sfruttando le economie di servizi e personale presente, recuperando il patrimonio ospedaliero dismesso, riducendo i ricoveri impropri negli ospedali e liberando risorse, realizzando così quel punto di riferimento indispensabile all'identificazione del Distretto come presidio sociosanitario ove il cittadino trova tutte le risposte.

E quanto appena affermato non è più da considerarsi come una benaugurante aspirazione, ma piuttosto come un concreto orientamento della Sanità nazionale.

Solo recentemente, il 20 gennaio 2020, è stata sancita l'Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni sull'Ospedale di Comunità che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio di queste strutture.

Come indicato dall'art. 5, commi 17 e 18, dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute 2014-2016 e in coerenza con quanto previsto dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70, nel paragrafo dedicato alla "Continuità ospedale-territorio" e in quello più specifico dedicato agli Ospedali di Comunità si legge che Il Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero rappresentando un modello assistenziale atto a garantire le cure intermedie, ovvero le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico (Servizio Studi-Affari Sociali Camera dei Deputati, 2021).

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

Tra gli aspetti più rilevanti del nuovo documento sull'ospedale di Comunità messo a punto con il patto d'intesa Stato-Regioni n° 17 del 20 Febbraio 2020 c'è il fatto che la gestione e l'attività di questo modello assistenziale sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale e interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione e integrazione delle competenze.

Un'altra importante caratteristica che trova finalmente una definizione è che si tratta di un modello a prevalente gestione infermieristica che non solo rende più immediata la risposta ai bisogni di salute dei pazienti, ma è in grado anche di porsi finalmente come filtro e meccanismo di continuità tra territorio e ospedale, consentendo cure sempre appropriate e aderenti alla domanda di salute dei cittadini e allo stesso tempo garantendo un'alleggerimento della pressione sugli ospedali ed una diminuzione dei ricoveri impropri.

La funzione riconosciuta alla figura dell'infermiere *case manager* naturalmente non toglie alle responsabilità cliniche dei medici – anzi sarà proprio l'infermiere ad attivare in caso di necessità il responsabile clinico della struttura – ma rappresenta certamente una svolta non solo organizzativa ma anche culturale di superamento dei vecchi modelli assistenziali in cui il ruolo di cura del paziente era delegato esclusivamente al medico.

In sintesi dunque, volendo fornire una generale ma concreta definizione dell'Ospedale di Comunità, così come appare anche nel già citato PNRR, possiamo citare il Professor Lega che già nel 2018 riassume in maniera efficace i termini di questo modello assistenziale definendolo come «struttura territoriale di ricovero breve che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero» rivolgendosi a quei pazienti che, in seguito a un episodio acuto o alla riacutizzazione di una patologia cronica, necessitano di assistenza sanitaria non specialistica e di assistenza infermieristica continuativa, quando non erogabili a domicilio.

Non si tratta dunque di un'alternativa alle RSA ma piuttosto di un modello il cui target è rappresentato da quei pazienti che necessitano di completare il processo di stabilizzazione clinica con una permanenza che non superi il range dei 15-20 giorni, nonché quello dell'empowerment del paziente stesso e del caregiver (Lega, 2018).

Anche per questo la modalità di presa in carico necessita di una definizione specifica.

Noi per il nostro progetto di degenza di comunità prenderemo come riferimento la Delibera Regionale n.2672 del 16 dicembre 2019 sulle “Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio del 2020” che definisce regole molto precise e la D.R. n° XI/2019 con oggetto “PRIME INDICAZIONI PER L'AVVIO DEL PERCORSO DI RIORDINO E DI RICLASSIFICAZIONE DEI PRESSI, DEI POT E DELLE DEGENZE DI COMUNITÀ”.

Partendo dal presupposto che il passaggio dalla “cura” al “prendersi cura”, rappresenta un elemento cardine dell'evoluzione del modello regionale di Welfare, finalizzato a favorire la permanenza della persona nel contesto familiare e ad assicurare una migliore integrazione sul territorio di tutti gli attori della rete di offerta, risponderemo dunque alla crescente e nuova domanda di salute rilevata sul territorio attraverso un cambio di paradigma che coinvolga anche la programmazione delle prestazioni e dei servizi offerti.

La nostra degenza di comunità offrirà dunque un'attività di ricovero breve a elevato impegno sanitario, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di assistenza sanitaria di medio/bassa intensità non erogabile a domicilio, per inidoneità del domicilio stesso (strutturale e/o sociale) o perché necessitano di assistenza o sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, secondo due livelli assistenziali così differenziati:

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

- livello base, per pazienti stabilizzati senza necessità riabilitative, provenienti di norma dal domicilio o da reparti di degenza per acuti, che richiedono assistenza e monitoraggio prevalentemente di carattere infermieristico continuo h24 oppure l'attivazione di un percorso di accompagnamento alla dimissione per pazienti provenienti da una degenza per acuti.
- livello avanzato, per pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica, che necessitano di supporto medico ed infermieristico h24, di procedure diagnostiche e/o terapeutiche di base che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti e di supporto all'autonomia.

Operativamente, la degenza di comunità di livello base sarà organizzata in moduli a gestione infermieristica in grado di garantire l'assistenza infermieristica e tutelare sulle 24 ore giornaliere con intensità e competenze superiori a quanto erogabile al domicilio ed assicurando l'assistenza medica tramite la presenza di medici di medicina generale, di pediatri di libera scelta o di altri medici dedicati che hanno la responsabilità clinica del paziente.

Il modello organizzativo punta a garantire continuità di cura e assistenza anche in relazione a problematiche socio-ambientali, valorizzando le risorse di rete esistenti, in particolare MMG, infermieri e tutta la rete sociosanitaria presente sul territorio.

Come da indicazioni il nostro Ospedale di Comunità sarà volto all'erogazione di ricoveri brevi finalizzati al completamento del percorso di stabilizzazione e di accompagnamento del paziente verso il domicilio o verso altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD).

In virtù di quanto appena affermato dunque le degenze non potranno essere di norma prolungate con passaggi tra i due livelli se non in casi particolari che andranno adeguatamente motivati e causati da eventi intercorrenti riportati all'interno del Fascicolo socioassistenziale e sanitario<sup>3</sup> (FaSAS) che comportino un cambiamento delle condizioni dell'utente, sempre nel rispetto dei criteri di appropriatezza previsti per il ricovero.

L'attività è erogata in una struttura pubblica o privata accreditata in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per le finalità che sono ad essa pertinenti che garantiscono la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti.

L'accesso può avvenire dal domicilio o da altre strutture ospedaliere su prescrizione del MMG, dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero, anche direttamente dal pronto soccorso previo accordo con la struttura e secondo modalità predefinite.

I criteri di accesso alle degenze di comunità sono i seguenti:

- necessità di assistenza residenziale non erogabile al domicilio (sono esclusi ricoveri di sollievo);
- diagnosi già individuata;
- prognosi e impostazione terapeutica già definite;
- valutazione del carico assistenziale e della instabilità clinica attraverso scale standardizzate di valutazione clinico-assistenziale;

---

<sup>3</sup> Secondo la DGR 1765 del 2014 il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario è l'insieme unitario della documentazione sociosanitaria relativa all'assistito.

Il FaSAS si articola in diverse sezioni atte a rendere evidenza del progetto di presa in carico dell'utente, degli interventi pianificati ed attuati, nel rispetto della situazione individuale e relazionale dell'utente, assicurati dall'unità d'offerta

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

- programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia (ad eccezione dei pazienti direttamente provenienti dal pronto soccorso).

La richiesta di ricovero presso le degenze di comunità deve essere corredata da una scheda unica di valutazione regionale adottata dalla Direzione Generale Welfare quale strumento necessario alla verifica dell'aderenza ai criteri di accesso, all'individuazione del livello assistenziale e all'appropriatezza dei ricoveri in fase di dimissione.

In fase di accesso è prevista una valutazione multidimensionale anche per conferma dell'appropriatezza e del livello di ricovero.

Costituiscono criteri di esclusione:

- le patologie psichiatriche attive;
- le condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- le acuzie non risolte;
- le diagnosi incomplete o in corso di definizione.

In questo contesto il modello di presa in carico della cronicità, più che curare, deve fornire supporto ed assistenza per promuovere corretti stili di vita, buona aderenza alle terapie farmacologiche ed alle prestazioni ambulatoriali indicate nel Piano di Assistenza Individuale (PAI), garantendo strumenti organizzativi e tecnologici che rinforzino il rapporto di cura con il proprio medico e la corretta interazione tra il medico curante (clinical manager), gli specialisti e tutti gli altri

I soggetti affetti da patologie croniche infatti, salvo poche eccezioni, necessitano di avere un accesso facilitato sia al mondo territoriale sia a quello specialistico, con la garanzia che i due livelli siano integrati e si scambino tempestivamente, al bisogno, informazioni e suggerimenti a supporto e in miglioramento del percorso di presa in carico.

In questo scenario risulta indispensabile da un lato promuovere e potenziare la consapevolezza del paziente sulla propria condizione di salute, supportando la sua capacità di essere parte attiva e decisiva nell'ambito del percorso di presa in carico, dall'altro favorire una presa di coscienza dei medici che faciliti e migliori il percorso di cura non solo con riferimento agli atti clinici, ma anche e soprattutto attraverso attività di raccordo con i colleghi, ricorso a strumenti tecnologici che promuovano la possibilità di condividere il percorso di cura con gli altri attori del sistema, con l'obiettivo di motivare il paziente sulla necessità di aderire ad un percorso di accompagnamento ed sulla necessità di essere parte attiva nel rapporto di cura e nel percorso di presa in carico.

Anche in virtù di queste considerazioni prevediamo che all'ingresso in struttura il paziente disponga già di diagnosi, prognosi e programma di trattamento definiti, a sottolineare la natura più assistenziale che clinica della nostra degenza di comunità.

Inoltre avendo previsto una griglia che indichi in maniera chiara i criteri di inclusione ed esclusione – già abbondantemente definiti durante la nostra trattazione – per i quali accedere a questo modello assistenziale, proponiamo dunque la compilazione di un modulo preformato per la richiesta di ricovero in degenza.

In particolare tra l'altro immaginiamo che, in aggiunta ai MMG e ai medici specialisti e ospedalieri coinvolti, sia data la possibilità di proporre il ricovero anche a medici e infermieri dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

La responsabilità gestionale dell'assistenza è invece in capo al coordinatore infermieristico – infermiere *case manager* – che si fa garante di un'assistenza garantita per tutto l'arco delle 24 ore.

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

Per un modulo fino a 20 posti letto dovranno essere garantiti un coordinatore infermieristico, un infermiere e due operatori socio sanitari (O.S.S.) per ciascun turno diurno, un infermiere e un O.S.S. per il turno di notte.

L'Ospedale di Comunità del nostro Padiglione 6, in linea con la sua natura multidimensionale e con quella dell'ASST cui fa capo, si pone in grande integrazione con altri servizi sanitari, prevedendo infatti

pochi strumenti funzionali alle attività diagnostiche e di monitoraggio (elettrocardiografo, ecografo, pulsossimetri, aspiratore per broncoaspirazione e carrello per le emergenze), ma avvalendosi di accordi con i servizi già presenti sul territorio per quanto riguarda diagnostica, specialità ambulatoriale, riabilitazione, nutrizione e servizi sociali.

È chiaro che diventa dunque fondamentale per il corretto funzionamento di questa rete assistenziale che la nostra degenza di comunità, come tutte queste strutture, sia dotata di un sistema informativo per la raccolta dei dati necessari al monitoraggio, regionale e nazionale, dell'attività clinica e assistenziale erogata.

Un aspetto importante infatti per la riuscita della presa in carico è che il medico specialista, prima di iniziare la valutazione clinica del paziente, disponga ad esempio dell'informazione non trascurabile che si tratti di un paziente cronico inserito in un percorso già definito e con un PAI attivo in modo tale da evitare l'attivazione di due percorsi paralleli come la presa in carico da parte del MMG e quella specialistica di settore.

A questo fine può essere utile progettare una preventiva attività di back office da parte di personale appositamente preposto che, attraverso l'ausilio del CUP per l'identificazione del paziente cronico, dia evidenza di questa informazione allo specialista in una lista di lavoro o con altra differente modalità. Lo specialista dovrà inoltre assicurare il raccordo delle prestazioni di controllo con il PAI e con le prestazioni già prenotate dal gestore, al fine di evitare la duplicazione delle prenotazioni.

A supporto dell'attività del medico specialista nella valutazione clinica del paziente, affinché egli disponga delle informazioni relative al percorso di presa in carico già programmate all'interno del PAI, si prevede la possibilità, per il medico specialista e per il personale infermieristico, di accedere in consultazione, previa autorizzazione, al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) del cittadino, in qualità di operatori sanitari aventi in cura il paziente, nell'ambito di una attività di back office sia preventiva che successiva alla visita prenotata dall'interessato.

Il progressivo aumento del numero dei pazienti "cronici e fragili" determina un maggiore impegno delle istituzioni ad azioni di modifica delle strategie adottate e lo sviluppo di modalità concrete di intervento.

Nella gestione operativa del percorso di presa in carico del paziente cronico riveste particolare importanza la formazione continua delle diverse professionalità coinvolte che dovrebbero possedere formazione e capacità organizzative tali da garantire al cittadino una risposta altamente differenziata ed integrata, in grado di soddisfare i bisogni rilevati connessi al tipo di patologia e di fragilità caratterizzanti la situazione specifica.

Il processo di cura non può e non deve mai essere volto soltanto alla terapia della malattia o del sintomo, quanto alla presa in carico globale della persona.

Lo strumento più significativo in questa direzione è l'implementazione di percorsi formativi accreditati di Educazione Continua in Medicina (ECM) da parte delle ATS, atti a garantire ai professionisti sanitari, in particolare specialisti ospedalieri, MMG e case manager, una formazione continua finalizzata a migliorare il processo di attuazione del percorso di presa in carico.

## **OBIETTIVI SPECIFICI E STRATEGICI DEL PROGETTO**

Seppur abbiamo già diffusamente anticipato e trattato l'argomento durante la nostra esposizione del progetto finora prodotta, dedicheremo questa sezione del lavoro ad un approfondimento di quelli che sono gli obiettivi del nostro Ospedale di Comunità.

In primo luogo qui intendiamo ribadire che una degenza di comunità, in uno scenario sociale, demografico e sanitario come quello italiano e non di meno quello lombardo, in costante trasformazione, ha come principale obiettivo quello di rispondere in maniera puntuale, adeguata e appropriata all'emergente domanda di salute della popolazione, rappresentando una soluzione sia in termini politici e gestionali che in termini assistenziali ai nuovi bisogni di assistenza del cittadino e alla necessità di un'ottimizzazione delle risorse messe in campo dal SSN e SSR.

Una più adeguata legiferazione in materia di linee guida e protocolli, come quella cui abbiamo assistito negli ultimi anni, e la recente attenzione dedicata dal PNRR a questa modalità di declinare l'assistenza sociosanitaria secondo il più razionale principio di implementazione della medicina territoriale rappresenta certamente un ottimo presupposto per realizzare questo obiettivo generale, riuscendo così a fronteggiare l'emergente problematica dei pazienti anziani fragili/cronici nell'ottica di rispondere nella maniera migliore alle loro esigenze sanitarie e contemporaneamente di efficientare un sistema altrimenti in sovraccarico.

In virtù di quanto appena affermato la nostra degenza di comunità andrà ad inserirsi nell'offerta multidisciplinare e multispecialistica dell'ASST del Grande Ospedale Metropolitano Niguarda come struttura polifunzionale che arginerà – e si spera anzi in un prossimo futuro azzererà – il costoso problema dei ricoveri inappropriati e delle dimissioni ritardate, accelerando così il processo riabilitativo post-ricovero e consequenzialmente, secondo il principio delle dimissioni protette, l'auspicato ritorno a casa del paziente.

Come mostrato infatti da una revisione della *Cochrane Collaboration*<sup>4</sup> (Griffiths et al. 2007) l'efficacia di strutture dedicate completamente all'*Intermediate Care* ha evidenziato che i pazienti gestiti in queste strutture in seguito ad eventi acuti trattati con l'ospedalizzazione avessero un tasso di successive riammissioni ospedaliere a breve termine inferiore rispetto a coloro che venivano invece dimessi direttamente alle loro abitazioni (Lega, 2018)

A fronte di un quadro di offerta ricco, ma molto variegato per tipologia e distribuzione territoriale, anche tenendo in debita considerazione le indicazioni del D.M. n. 70/2015, la L.R. 33/09 e in aderenza

a quanto previsto nei nuovi LEA, la nostra degenza si occuperà dunque nello specifico di degenze sub-acute, post-acute, cure intermedie, ex riabilitazione sociosanitaria di mantenimento e stabilizzazione e della parte delle degenze di ex riabilitazione generale e geriatrica rivolta a profili di

---

<sup>4</sup> La *Cochrane Collaboration* è una iniziativa internazionale no-profit nata nel 1993 con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative alla efficacia ed alla sicurezza degli interventi sanitari.

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

cura a carattere prevalentemente clinico assistenziale con la precisazione che tale ricovero – di natura temporanea e non superiore ai 15/20 giorni – prevede la valutazione multidimensionale<sup>5</sup>.

Gli obiettivi del nostro progetto di riconversione del Padiglione 6 di Via Ippocrate saranno dunque sintetizzabili così:

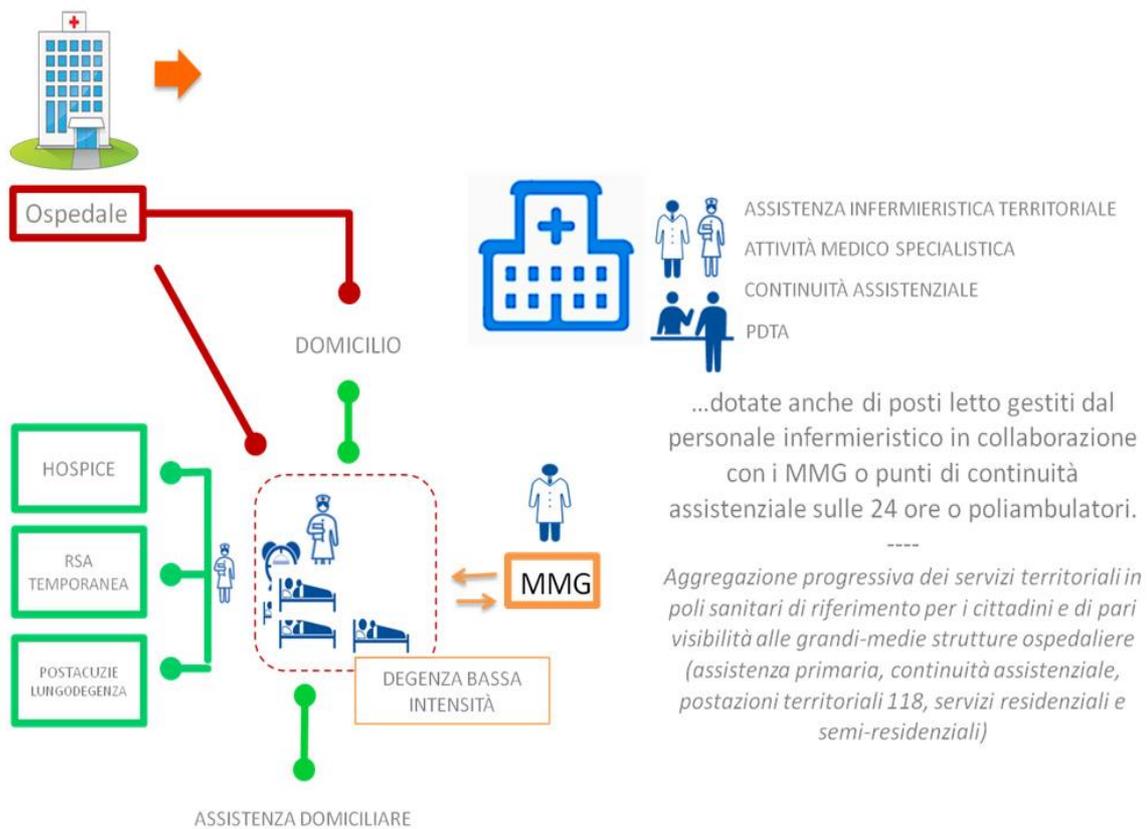
- favorire un’appropriata gestione del ricovero ospedaliero, fornendo un’alternativa di cura e assistenza per pazienti post acuti dimissibili o per soggetti con patologie cronic-degenerative in fase di riacutizzazione che non richiedono ricovero nel setting ospedaliero.
- ridurre le giornate di degenza ospedaliera inappropriate, attraverso il monitoraggio dello stato clinico generale dei pazienti con patologie cronic-degenerative e consolidando i risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti.
- ridurre i tempi di attesa per i ricoveri da PS
- aumentare il turn over dei pazienti di degenza ordinaria grazie ad una riduzione dei tempi di degenza ordinaria media.
- limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all’insorgenza di difficoltà famigliari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell’anziano dopo un’evenienza acuta;
- prevenire le complicanze e favorire il recupero dell’autonomia, in un’ottica di rientro a domicilio, o di ricorso a forme assistenziali territoriali e residenziali. Inoltre, limitare gli ingressi a carattere definitivo in strutture residenziali, legati all’insorgenza di difficoltà familiari e sociali o alle difficoltà di gestione delle mutate condizioni fisiche e funzionali dell’anziano dopo un’evenienza acuta;
- favorire l’integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali e la condivisione di risorse umane e tecnologiche al fine di assicurare la continuità assistenziale.
- favorire il livello di consapevolezza dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso l’addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

Di seguito proponiamo un’elaborazione grafica di sintesi che mostra, laddove vengano correttamente perseguiti gli obiettivi appena descritti, il funzionamento del modello assistenziale proposto.

---

<sup>5</sup> Valutazione effettuata dalle Unità Valutative Multidimensionali (UVM) nominate dai Direttori di Distretto e composte da un Medico del CAD, da un infermiere del CAD e da un Assistente sociale del distretto, verifica che il paziente venga candidato nel rispetto di quando stabilito per le modalità di ammissione nell’OdC e redige il PAI

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano



Elaborazione grafica Gestione degli obiettivi di Degenza di Comunità (Fonte ASREM)

## **MATERIALI E METODI**

In questa sezione del nostro lavoro riassumeremo brevemente attraverso quali passaggi strutturali costruiremo il nostro progetto, utilizzando anche alcune preziose evidenze emerse durante recente esperienza di conversione temporanea del Padiglione 6 di Ippocrate presso l'ex Ospedale Paolo Pini, come degenza di comunità di livello base per pazienti COVID asintomatici o paucisintomatici.

In primo luogo sarà qui utile indicare in maniera puntuale quale sarà la sede e l'organizzazione della nostra degenza di comunità.

La struttura dove troverà collocazione la nostra struttura di degenza di comunità è appunto il Padiglione 6 con accesso diretto da Via Ippocrate 45.

La scelta della sede, seppur non obbligata trattandosi di un progetto, è certamente stata condizionata poiché altamente consigliabile trattandosi di un edificio che è già in possesso di tutti i requisiti strutturali a garanzia della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti, soprattutto dopo l'intervento di adeguamento strutturale effettuato durante la pandemia.

Nella struttura sono e saranno presenti 26 posti di degenza di comunità suddivisi in due moduli, rispettivamente da 15 e 11 posti letto, collocati al piano rialzato, e separati oggi dagli altri spazi destinabili ad altre attività.

Si tratta di stanze singole o doppie, dotate di letti articolati ad altezza variabile e accessibili da ogni lato – assenti invece nella fase di assistenza pandemica – di campanello e di luce individuale.

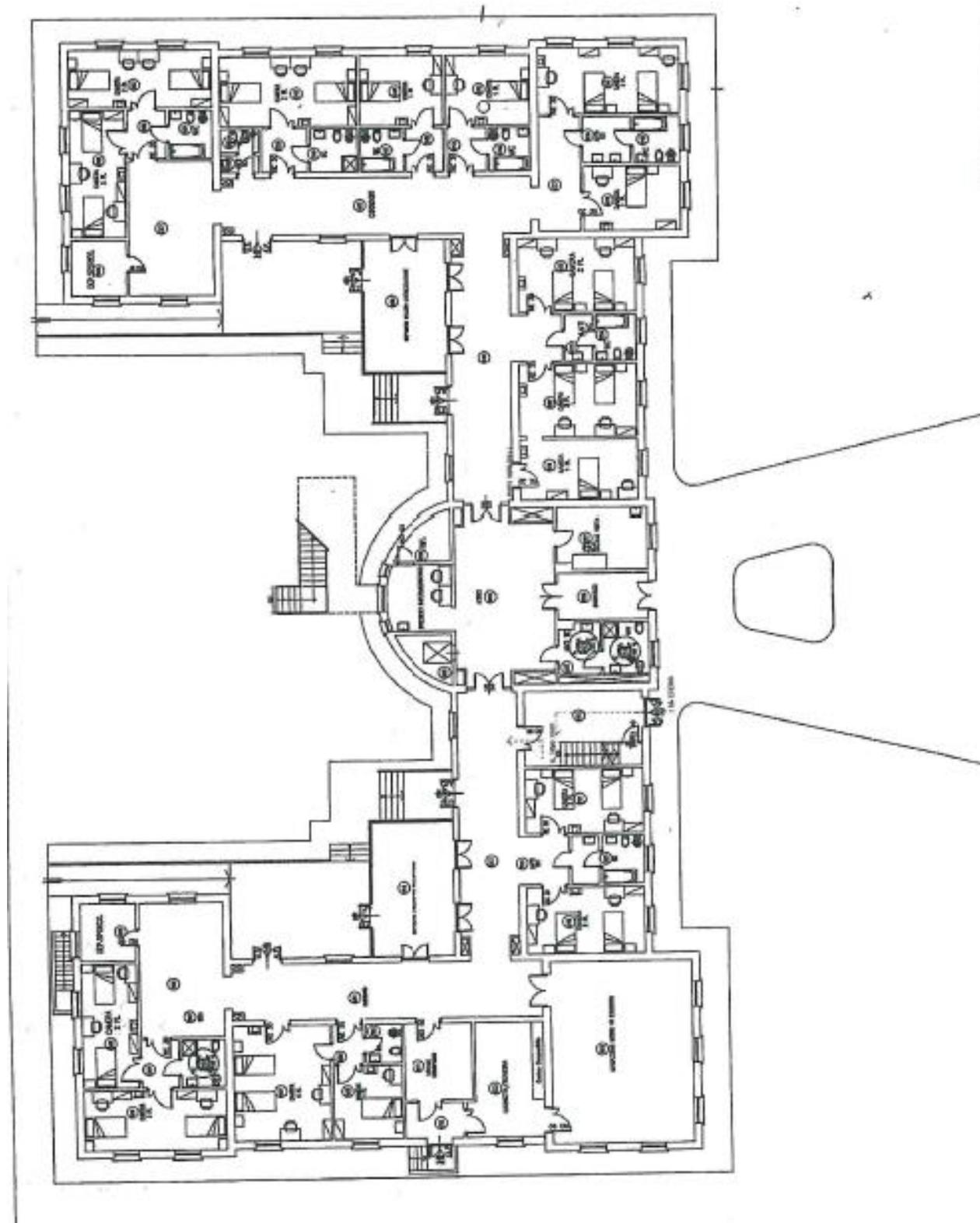
Il piano si struttura in due parti speculari, con una zona centrale dedicata al lavoro infermieristico. Complessivamente si hanno a disposizione 9 servizi igienici e 1 bagno assistito, più un ulteriore servizio igienico riservato esclusivamente al personale sanitario.

I locali accessori sono costituiti da un locale visita, un locale infermieristico, due depositi pulito e attrezzature, due depositi sporchi e una tisaneria con adiacente disimpegno.

L'accesso del personale è dedicato e consente il percorso diretto agli spogliatoi naturalmente divisi per genere e collocati al piano superiore.

Nella pagina seguente mostreremo in pianta l'attuale stato dell'arte della sede cui sarebbe opportuno però apportare alcune modifiche soprattutto per quanto riguarda l'assenza nell'attuale configurazione di uno spazio dedicato all'accesso di parenti, visitatori o caregiver.

**Progetto di una degenza di comunità presso la ASST  
Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**



Pianta del Padiglione 6 di Via Ippocrate 45 – ex Ospedale Paolo Pini – sede della nostra degenza di Comunità.

Presso la nuova struttura di Degenza di Comunità è messa a disposizione la strumentazione prevista dalla più volte citata D.R. XI/2019 del 31/07/2019 “PRIME INDICAZIONI PER L’AVVIO DEL PERCORSO

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

DI RIORDINO E DI RICLASSIFICAZIONE DEI PRESST, DEI POT E DELLE DEGENZE DI COMUNITA'" e per le attività assistenziali e di monitoraggio ciascun modulo deve disporre di almeno:

- elettrocardiografo portatile, garantendo il collegamento funzionale con lo specialista di riferimento, anche attraverso un sistema di teleconsulto e tele refertazione;
- apparecchio per saturimetria trans-cutanea;
- aspiratore per bronco aspirazione;
- carrello e/o attrezzatura equivalente per la gestione dell'emergenza completo di
- cardiomonitor con defibrillatore ed unità di ventilazione manuale;
- carrello per la gestione della terapia;
- carrello per la gestione delle medicazioni con eventuale strumentario chirurgico;

Per le degenze di comunità di livello avanzato, deve inoltre essere presente nel modulo un eco FAST o ecografo portatile per la diagnostica di primo livello.

La struttura, specie se è lontana da centri diagnostici di riferimento, può essere dotata di strumenti diagnostici di primo livello sotto la responsabilità di uno Servizio di Medicina di Laboratorio (SMEL).

L'attività assistenziale sarà tracciata costantemente mediante l'applicativo "Portale di Reparto", già in uso presso l'Ospedale Niguarda.

In particolare è prevista la compilazione dell'inquadramento iniziale del paziente e del piano di cura, in un'ottica di valutazione multidimensionale e quotidianamente verranno compilati diario medico (nelle giornate di presenza del medico), diario infermieristico e foglio unico di terapia ed alla dimissione va redatto il PAI.

Nella nostra degenza di comunità saranno assicurate, individuandone formalmente i responsabili, le funzioni di:

- *clinical manager*, in capo al MMG come previsto per le degenze di comunità come la nostra organizzate in moduli a gestione infermieristica.
- *case manager*, in capo a personale infermieristico in possesso di esperienza e competenze avanzate nella gestione dei servizi territoriali e, preferibilmente, della laurea magistrale, che sovrintende alla continuità della presa in carico del paziente dopo la dimissione e concorda con il MMG ed il coordinatore infermieristico tempi e modalità di accesso e dimissione dalla degenza di Comunità.

Lo standard assistenziale minimo garantito è il seguente:

- assistenza medica erogata da personale medico di struttura o da MMG, anche all'interno di una forma organizzata della medicina generale secondo l'Accordo Collettivo Nazionale: 60 minuti settimanali a paziente distribuiti in 5 giorni su 7 (esclusi festivi e prefestivi); o nei giorni e negli orari in cui non è presente il personale medico dedicato, l'assistenza è garantita dal servizio di continuità assistenziale o da un medico reperibile della struttura;
- assistenza infermieristica e tutelare: 1260 minuti settimanali a paziente con almeno il 50% del minutaggio di assistenza infermieristica garantito da infermieri;
- la presenza infermieristica deve essere continuativa nelle 24 ore giornaliere (condivisibile con altre unità d'offerta presenti nella struttura nel limite di 40 posti letto e con l'avvertenza che la presenza infermieristica condivisa può essere computata nel minutaggio per i pazienti della degenza di comunità rapportando ai posti letto complessivamente in carico all'infermiere);
- disponibilità, con attivazione in funzione del PAI, almeno di psicologo, fisioterapista e assistente sociale che partecipano allo standard assistenziale;

Per ciascun modulo è garantita la presenza nelle 24 ore giornaliere di una figura infermieristica e una

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

adeguata presenza di figure di supporto diurne e notturne commisurate al case mix dei pazienti.

In particolare, per ogni modulo devono essere presenti nelle ore diurne almeno 1 infermiere e 2 OSS e nelle ore notturne almeno 1 infermiere e 1 OSS.

Considerate le possibili significative oscillazioni della complessità assistenziale degli assistiti ricoverati,

la dotazione organica, su documentata segnalazione del coordinatore infermieristico, potrà essere gestita dalla struttura con la necessaria flessibilità, fermo restando il rispetto degli standard minimi previsti.

In relazione alla adesione dei MMG, è possibile che l'assistenza clinica sia attribuita a MMG per una parte dei letti, fatta salva la possibilità di condividere nell'ambito del modulo, il personale di assistenza purché venga garantito il mantenimento dei requisiti previsti.

I tempi di lavoro del coordinatore infermieristico e dell'infermiere case manager sono aggiuntivi rispetto agli standard previsti e non vanno computati con il resto del comparto.

## **TARGET/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

In linea con la dimensione multidisciplinare dell'ASST Niguarda, anche il nostro progetto di Ospedale Comunità avrà un approccio aperto alla gestione di più forme di cronicità e fragilità.

I destinatari della nostra degenza di comunità infatti, come abbiamo già avuto modo di dire, saranno prevalentemente anziani e soggetti fragili, con insorgenza e/o aggravamento di problematiche cliniche acute e subacute o pazienti in fase di dimissione ospedaliera protetta, che necessitano di supporto clinico, terapeutico e assistenziale di intensità non gestibile a domicilio, anche finalizzato a prevenire ricoveri ospedalieri inappropriati.

Le problematiche sanitarie che possono appropriatamente essere prese in carico nella degenza di Comunità attivata al Pdiglione 6 di Via Ippocrate saranno dunque riconducibili alla seguente esemplificazione di tipologie clinico – assistenziali che si presenta con una copertura dei bisogni ad ampio spettro :

- pazienti affetti da aggravamento dello stato generale di salute (es: infezioni delle vie urinarie, broncopneumopatie croniche in fase di riacutizzazione, broncopolmoniti non complicate) che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa e che richiedono interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in mancanza di idoneità del domicilio stesso (per motivi strutturali e/o sociali) o perché senza adeguato supporto familiare e/o pazienti cronici con fragilità dovute a condizioni sociali e sanitarie a carattere temporaneo con possibilità di inserimento nel percorso di domiciliarità.
- pazienti con patologie croniche riacutizzate e/o dimessi precocemente dopo il primo trattamento, per evitare gli effetti negativi di una prolungata degenza in ospedale tradizionale oppure malati con patologie di tipo evolutivo seguiti periodicamente in collaborazione con i reparti specialistici (es: epatopatie croniche, sindromi da malassorbimento in corso di cicli terapeutici, patologie cardiache croniche dopo una fase di scompenso e in prima dimissione o che necessitano di un monitoraggio continuo non possibile a domicilio, malattie degenerative del sistema nervoso centrale, in accordo con il reparto specialistico, pazienti con ridotta autonomia con necessità di trattamenti non fattibili al domicilio).
- pazienti dimessi dal ricovero o dai letti di osservazione breve intensiva del pronto soccorso, o seguiti da reparti ospedalieri specialistici, in fase di proseguimento di terapia curativa e riabilitativa, da effettuarsi sotto controllo sanitario (es: esiti recenti di vasculopatie subacute quali ictus, TIA, tromboflebiti, flebotrombosi, esiti non stabilizzati di traumi, vasculopatie acute cerebrali in corso di riabilitazione, malattie endocrinologiche in corso di scompenso e periodico accertamento, patologie traumatiche non chirurgiche in pazienti cronici).

A completamento delle prestazioni erogate dalla componente sanitaria, deve essere garantita nel corso del ricovero in DdC la possibilità di accedere a prestazioni sanitarie specialistiche e di specialistica ambulatoriale, l'integrazione con la componente sociale, di competenza degli enti locali, e l'integrazione con la componente sociosanitaria in una logica di presa in carico complessiva dei pazienti, perno dell'evoluzione del SSR.

Tra gli obiettivi primari del ricovero, deve essere posto anche l'empowerment di pazienti e del caregiver, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

## **COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O ATTUAZIONE**

Questa sezione del nostro lavoro dovrebbe produrre una serie di numeri, bilanci e tabelle di confronto tra i costi delle degenze degli ospedali tradizionali e quelli delle degenze di comunità.

In realtà la prima considerazione da fare, ribadendo quanto affermato finora, è che l'ospedale di comunità in genere e la nostra degenza di comunità in particolare andrebbe certamente a costituire non una voce di spesa, un costo, ma piuttosto una razionalizzazione della stessa mirata a realizzare contemporaneamente sia la necessità di contenimento economico che quella di una maggiore appropriatezza assistenziale.

In particolare, restando nell'ambito dell'ASST Niguarda e semplicemente riferendoci al POAS 2020/2022 basta leggere i dati relativi all'efficienza correlata al mantenimento di un equilibrio economico-finanziario per comprendere che l'implementazione dell'ASST attraverso la riconversione/riqualificazione del Padiglione 6 in degenza di comunità andrebbe solo a costituire un beneficio economico per la struttura, oltre che un beneficio in termini di assistenza per i cittadini.

In un ospedale si investono risorse (input) per realizzare servizi (output) attraverso cui soddisfare le richieste provenienti dal territorio.

Il rapporto tra i servizi offerti e le risorse impiegate per produrli è uno degli items con cui si misura l'efficienza dei processi produttivi dell'Ente.

Per valutare l'efficienza nel triennio di riferimento, l'ASST monitora attraverso degli indicatori sia l'andamento della produzione (ricavi) che quello delle risorse utilizzate (costi).

<b>INDICATORE</b>	<b>Dato 2017</b>	<b>Dato 2018</b>	<b>Dato 2019 (non definitivo)</b>	<b>Risultato atteso 2020</b>	<b>Risultato atteso 2021</b>	<b>Risultato atteso 2022</b>
Valore produzione lorda effettiva / valore produzione riconosciuta	105,36%	101,51%	Disponibile solo il valore della produzione lorda	Miglioramento	Miglioramento	Mantenimento / miglioramento
Valore farmaceutici / valore produzione lorda effettiva	20,25%	24,18%	23,42%	Mantenimento / miglioramento	Mantenimento / miglioramento	Mantenimento
Valore dispositivi medici / valore produzione lorda effettiva	12,72%	16,45%	16,74%	Mantenimento / miglioramento	Mantenimento / miglioramento	Mantenimento
Valore produzione lorda effettiva / Personale dipendente equivalente a tempo pieno	73.131	76.299	76.446	Mantenimento / miglioramento	Mantenimento / miglioramento	Mantenimento / miglioramento

Tabella Obiettivo Mantenimento Equilibrio economico-finanziario Fonte POAS 2020-2022 ASST G.O.M. Niguarda

## Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

Come verificabile in tabella il primo indicatore misura il rapporto tra il valore della produzione complessiva, intesa come prestazioni ambulatoriali erogate, ricoveri effettuati e farmaci ad alto costo impiegati, e quello che viene finanziato a livello regionale per tale produzione.

Attraverso gli indicatori successivi verifichiamo, invece, l'incidenza dei costi principali legati alla nostra

attività, ossia le macrovoci di prodotti farmaceutici e dispositivi medici, sul valore della produzione complessiva.

Questi dati mostrano che c'è un enorme "spreco" di risorse ed un grosso margine di miglioramento per contenere questi costi trasformandoli in investimenti in servizi e strutture più attinenti alla domanda di assistenza del territorio.

Se si tiene conto che il valore della produzione complessiva è spesso inficiato da un altro item importantissimo e cioè quello dell'appropriatezza e qualità dell'assistenza, si capirà immediatamente quanto molti di questi dati sarebbero recuperabili semplicemente rispondendo più adeguatamente ai bisogni dei cittadini.

Parametri come i ricoveri ripetuti entro i 30 giorni o quello specifico relativo all'appropriatezza dei ricoveri sono la cartina tornasole della mancata efficienza e degli sprechi riportati nella prima tabella e sono, come abbiamo avuto modo di ribadire più volte, facilmente arginabili – se non addirittura risolvibili – attraverso strutture come la nostra degenza di comunità.

### APROPRIATEZZA RICOVERI

INDICATORE	Dato 2017	Dato 2018	Dato 2019 (non definitivo)	Risultato atteso 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022
Rapporto DRG ad alto rischio di inappropriatazza / DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario (indicatore DG Welfare)	0,22 (Riferimento regionale: 0,17)	0,24 (Riferimento regionale: 0,18)	0,24 (Riferimento regionale: 0,15)	Miglioramento	Miglioramento	Miglioramento

Appropriatezza ricoveri (indicatore DG Welfare)

### RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GIORNI

INDICATORE	Dato 2017	Dato 2018	Dato 2019 (non definitivo)	Risultato atteso 2020	Risultato atteso 2021	Risultato atteso 2022
Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa categoria diagnostica principale / Tot. ricoveri regime ordinario per acuti (indicatore DG Welfare)	12,56% (Riferimento regionale: 8,14%)	11,73% (Riferimento regionale: 8,14%)	11,63% (Riferimento regionale: 8,06%)	Miglioramento	Mantenimento / miglioramento	Mantenimento / miglioramento

Ricoveri ripetuti per acuti entro 30 gg in regime ordinario stessa MDC / Totale ricoveri in regime ordinario per acuti (indicatore DG Welfare)

Fonte POAS 2020-2022 ASST G.O.M. Niguarda

## **CONCLUSIONI**

L'aumento dell'aspettativa di vita nei paesi industrializzati è un fenomeno demografico che assume una centralità sempre crescente nell'ambito della discussione politica circa le consequenziali trasformazioni del welfare.

Il dato in sé è indubbiamente da leggersi come un elemento positivo, rappresentato da una popolazione che vive più a lungo, in migliori condizioni medie di salute rispetto al passato ma indubbiamente la presenza, all'interno della popolazione, di sempre maggiori quote di anziani comporta un aumento proporzionale di "domanda sanitaria", legata all'aumento della prevalenza di patologie che in passato erano letali e che oggi accompagnano gran parte della popolazione anziana fino al termine della vita. L'invecchiamento della popolazione ci dice anche, di riflesso, che viviamo in una società nella quale l'indiscutibile progresso nel campo della medicina e delle politiche sociali hanno portato a un miglioramento degli stili di vita e alla rapida evoluzione di terapie sempre più efficaci che hanno contribuito a configurare l'attuale quadro demografico e sociale italiano, caratterizzato da ampie quote di popolazione anziana con il conseguente incremento di malattie croniche e la sopravvivenza sempre più lunga della maggior parte di pazienti con patologie oncologiche che hanno bisogno di terapie di supporto per contrastare gli effetti collaterali dei farmaci, in primis quelli oncologici.

Questa situazione impone alla politica e ai tecnici dei servizi sanitari la ricerca di modelli in grado di agire sia sulla prevenzione che sul corretto trattamento delle malattie croniche e oncologiche tramite lo sviluppo di modelli assistenziali nuovi, in grado non solo di intervenire nelle fasi critiche dell'acuzie su patologia cronica ma soprattutto creare un modello assistenziale in grado, attraverso l'implementazione dei programmi di prevenzione e di educazione sanitaria di intervenire sui fattori che determineranno, a distanza, l'insorgenza di patologie e attraverso l'assistenza territoriale di drenare quote consistenti di domanda sanitaria sul territorio, mentre oggi essa si rivolge in gran parte all'assistenza ospedaliera, con iperafflusso verso i Pronto Soccorso ed eccessivi costi di gestione ospedaliera.

È importante ricordare che l'aumento dell'età media e qualsiasi trasformazione demografica e sociale di un Paese non va ritenuta, come a volte accade, un "problema" ma semplicemente il contesto sul quale modulare, di volta in volta, l'offerta di servizi sanitari, in un percorso dinamico che veda la possibilità, politica e tecnica, di intervenire periodicamente sugli equilibri del sistema sanitario per adattarli alle trasformazioni che avvengono all'interno della società.

La recente crisi sanitaria e sociale determinata dalla pandemia di COVID-19 ha rivelato, in maniera chiara, molte delle lacune del nostro SSN, soprattutto per quello che riguarda l'assistenza territoriale e la medicina di prossimità, imponendo, in ambito politico e tecnico-scientifico, una serie di necessarie revisioni degli attuali assetti dell'offerta sanitaria nel nostro Paese.

Il primo problema che si riscontra quando si voglia discutere di possibili trasformazioni del nostro sistema sanitario pubblico è indubbiamente quello economico, ma l'organizzazione e la riorganizzazione dell'offerta sanitaria deve passare, senza dimenticare l'importanza di una revisione

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

della spesa, soprattutto attraverso una rimodulazione del sistema che tenga conto degli elementi chiave su cui intervenire.

Sicuramente, fra questi, l'invecchiamento della popolazione costituisce un elemento di primo piano. L'elevato numero di anziani presenti nella nostra società impone una progressiva rimodulazione dell'offerta sanitaria, in particolare un elevato numero di ultrasessantacinquenni ha imposto una nuova classe di età – gli ultraottantenni – definiti ormai la quarta età.

Questi soggetti vanno distinti in persone apparentemente sane e quelle in cui è presente una patologia che, peraltro, finisce per diventare ipercronica e quindi invalidante.

Il persistere di patologie croniche e la frequente involuzione in ipercroniche fa sì che la patologia diventi invalidante, ne sono un esempio evidente, e di notevole impatto sul sistema sanitario, patologie come l'osteoartrite, l'obesità, l'ipertensione arteriosa, la celiachia che, per costi e modalità di trattamento – domiciliare, riabilitativo, in regime di ricovero – tendono a creare un picco di spesa costante che va ascritto nel bilancio di previsione.

Un secondo capitolo centrale in questo ragionamento è quello dell'assistenza ai non autosufficienti, numero in progressiva crescita, oggi oltre i 3,5 milioni di soggetti che, in virtù della scarsa tenuta del sistema, gravano in buona sostanza sulle famiglie. (Censis, 2015)

In virtù di questo quadro demografico ed epidemiologico è evidente che occorra ripensare opportunamente il piano complessivo dell'offerta sanitaria, intervenendo sul grave problema dei tempi di intervento, che qualificano il nostro sistema sanitario come non particolarmente tempestivo, come peraltro testimoniato dai tempi di attesa in Pronto Soccorso, per quanto concerne le patologie afferenti all'area dell'emergenze/urgenza e quelle delle prestazioni ambulatoriali e territoriali per quanto riguarda tutto il resto dell'assistenza.

La nostra proposta vuole di fatto inserirsi come tentativo di risposta a quanto appena delineato.

Di particolare interesse, per una città come Milano, e di riflesso per le grandi metropoli italiane ed europee, il fenomeno dell'inurbamento legato alla motivazione economica che spinge masse crescenti di popolazione a raggiungere le aree metropolitane, accentrando di conseguenza la domanda sanitaria che si trova, pertanto, a gravare su strutture che necessitano di una pianificazione strategica in continua evoluzione.

In Lombardia su circa 10 milioni di abitanti, il 40% circa è concentrato nelle province di Milano e Monza, e le proiezioni future indicano che nel 2030 gli over-65 costituiranno il 25% della popolazione di cui i 2/3 vivranno nelle città. (Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, 2010).

Il progressivo addensarsi della popolazione nelle città, quindi, ha coinvolto gli anziani che vanno a comporre un ulteriore elemento, di grande rilevanza per la pressione esercitata sul sistema sanitario pubblico, con un mutamento dello scenario urbano che mutua quello avvenuto nelle megalopoli asiatiche.

Il grande problema di questa crescente massa di anziani è non solo l'aspettativa di vita ma la qualità della stessa, determinata da numerosi fattori quali lo stato economico, la possibilità di interagire nell'ambiente sociale e la possibilità di un'assistenza organizzata ed efficiente.

L'unica possibilità di sopravvivenza del SSN di fronte a tali bisogni e al loro mutare nel tempo è la possibilità di intervenire sul nodo che al momento nessun intervento legislativo è riuscito a sciogliere in maniera definitiva ed è, come riportato dalla maggioranza dei documenti di programmazione aziendale, l'integrazione ospedale territorio.

La creazione di un nuovo rapporto fra strutture ospedaliere e territorio è al centro delle riflessioni di gran parte degli studiosi che si occupano delle delicate trasformazioni del welfare sanitario nel nuovo

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

Millennio, e una integrazione operativa, non solo nominale, tra ospedale e territorio è ritenuta dall'insieme della letteratura scientifica come una strategia vincente per la completa presa in carico del paziente che porta a efficaci risultati in termini di salute e di qualità di vita.

Da alcuni anni in Italia, attraverso i Servizi Sanitari Regionali (SSR), la messa in atto di modelli organizzativi clinico-assistenziali per la presa in carico globale del paziente è diventata un obiettivo centrale per le Aziende Sanitarie per migliorare efficacemente gli esiti di salute e il conseguente dei costi, anche se l'attuazione concreta degli obiettivi preposti trova negli squilibri finanziari che ancora caratterizzano il nostro sistema, un ostacolo importante.

L'attuazione al modello di cura integrato ospedale territorio cominciata qualche anno fa con la riorganizzazione dei distretti e della rete ospedaliera, mirando a potenziare il territorio per la gestione della cronicità e a lasciare all'ospedale la gestione della fase acuta delle patologie, rappresenta dunque un obiettivo essenziale per inaugurare una nuova stagione del sistema sanitario pubblico.

In questo senso il PNRR rappresenta un'occasione importante in quanto prevede fra gli obiettivi prioritari proprio la costituzione di Case di Comunità e Ospedali di Comunità come nuove strutture territoriali in grado di assumersi la difficile sfida di trasformare l'assistenza territoriale nel nostro Paese.

Il PNRR stanZIA, a tale proposito, 7 miliardi del fondo totale destinati alla Riforma delle «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima», con un investimento di circa 2 miliardi per le Case della Comunità, circa 4 miliardi per l'investimento sulla «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» e 1 miliardo per il «Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)». Un intervento che punta a sostenere una nuova strategia sanitaria, che consenta, secondo quanto lo stesso Piano indica «...di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario...».

Obiettivi ambiziosi che necessitano, accanto al fondamentale stanZIamento di fondi, di uno sforzo culturale orientato a superare una visione "contrappositiva" fra ospedale e territorio per costruire una reale integrazione.

Il territorio non fa "ciò che l'ospedale non fa" o viceversa ma entrambe le tipologie di struttura devono concorrere a un'offerta di servizi integrati, coordinati e complementari, all'interno della stessa strategia condivisa.

A tale scopo è fondamentale stabilire e costruire reti di comunicazione diretta tra i distretti sanitari su e i diversi servizi presenti in ospedale, così come costituire gruppi di lavoro multidisciplinari grazie ai quali costruire il percorso di integrazione.

Tale percorso condiviso va poi diffuso mediante incontri conoscitivi di tipo informativo e formativo sui possibili servizi da offrire tra i diversi specialisti del territorio e dell'ospedale (medici, infermieri, assistenti sociali) con il coordinamento della direzione sanitaria ospedaliera e del distretto.

Questo metodo di lavoro può rafforzare i rapporti tra due ambiti assistenziali che al momento sono troppo distanti, ponendo le basi per una buona riuscita dei diversi percorsi d'integrazione immaginati.

Essenziale, a tale proposito, sarà costruire percorsi di cooperazione stabili tesi a standardizzare l'approccio alla gestione delle cronicità integrata tra i medici ospedalieri e i medici del territorio.

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

In questo contesto la nostra degenza di comunità presso il Padiglione 6 dell'ASST Niguarda vuole essere una delle risposte possibili per tutte quelle situazioni che in questo tipo di strutture sono gestibili come quelle sempre più frequenti di pazienti con dimissione difficile dall'ospedale al territorio mediante costante contatto diretto con i CAD e altri servizi territoriali.

Naturalmente il nostro Ospedale di Comunità è solo uno dei possibili tentativi di risposta allo scenario descritto, rappresentando una possibile soluzione di come si possa attuare concretamente un nuovo modo di fare sanità attraverso la messa in atto di modelli di assistenza integrata così che, laddove siano stati sperimentati, hanno permesso di ridurre le criticità partendo dalla costruzione di canali comunicativi e di una nuova operatività fra ospedale territorio.

Certo è che ad oggi, anche l'esperienza recentissima di degenza di comunità sperimentata proprio al Padiglione 6 durante la seconda ondata pandemica, ha mostrato quanto questo approccio faciliti la gestione dei pazienti generando una diminuzione degli accessi inappropriati in Pronto Soccorso, dei giorni di degenza, della migliore gestione domiciliare dei trattamenti e l'aumento di soddisfazione dei pazienti.

Nonostante l'impegno di migliaia di operatori sanitari e della politica, tuttavia, esistono ancora ostacoli di tipo normativo e organizzativo che impediscono l'attuazione completa dei percorsi attualmente in atto sul territorio nazionale, che si spera possano essere superati anche grazie agli investimenti che saranno effettuati mediante il PNRR, intorno ai quali va comunque costruito un contesto che permetta di attuare i necessari interventi di riforma dell'assistenza sanitaria, operando principalmente sul potenziamento della comunicazione tra medici ospedalieri e medici del territorio e di realizzare lavori di gruppo in grado, attraverso un costante interlocuzione con il mondo della politica, di attuare questa trasformazione che potrebbe determinare un sostanziale miglioramento dell'offerta di servizi sanitari nel nostro Paese determinando un conseguente miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, oltre che, in eventuali future crisi sanitarie, impedire il collasso del sistema.

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

Legge 5 febbraio 1992, n.104. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità

Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza

Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Nuovi LEA

Piano Sanitario Nazionale 2001-2003

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Patto per la salute 5 ottobre 2006, relativo al triennio 2007-2009 recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (legge n. 296/2006)

Patto per la salute 3 dicembre 2009 per il triennio 2010-2012 recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (legge n. 191/2009)

Patto per la salute 10 luglio 2014 per il triennio 2014-2016 recepito nella legge di stabilità per l'anno 2015 (legge 190/2014).

Patto per la salute 18 dicembre 2019 per il triennio 2019-2021 recepito nella legge di bilancio per l'anno 2020 (legge 160/2019).

Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23, Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33. Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

Legge Regionale 12 marzo 2008, n.3, Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

Piano nazionale della cronicità 15 settembre 2016, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 febbraio 2020

Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. X/6961 del 31/07/2017

Deliberazione della Giunta Regionale Lombardia n. XI/2019 del 31/07/2019

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza 25 aprile 2021

Legge o un atto avente valore di legge, citato per la prima volta in un testo:

la legge 24 dicembre 2004, n. 313, in materia di "Protezione delle bellezze naturali";

il decreto legge 27 maggio 2005, n. 87, in materia di "Riordino delle autonomie locali";

la legge regionale 12 dicembre 2005, n. 12, in materia di "Pianificazione del territorio";

il decreto del Ministero dell'Ambiente 24 dicembre 2004, n. 313, in materia di "Protezione delle bellezze naturali";

la deliberazione del Ministero dell'Economia 24 dicembre 2004, n. 313, in materia di "Protezione delle bellezze naturali";

## **Progetto di una degenza di comunità presso la ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

la deliberazione del Consiglio regionale 7 giugno 2012, n. 49, in materia di “Piano paesistico regionale”.

Per le citazioni successive, l’atto può essere citato in forma abbreviata:

la legge regionale 12/2005;

il decreto legge 87/2005;

il decreto legislativo 21/2010.

Singole parti di un atto legislativo:

l’articolo 36, comma 9, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111;

l’articolo 11, comma 5, secondo periodo, del decreto legge 29 dicembre 2011, n. 216, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2012, n. 14;

l’articolo 2, comma 4, della legge regionale 12 marzo 2010, n. 42.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Aulizio G. (2011) *Ospedali di Comunità: una realtà che deve crescere*. Avvenire Medico mensile n. 3. Camera dei Deputati, Servizio Studi-Affari Sociali. (2021) *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*.
- Aulizio G. e Giordano V. (1998) Ospedale di Comunità: il progetto di Modigliana. *M.D. Medicinae Doctor*, n. 5, febbraio.
- Carabelli G. e Facchini C. (2011). *Il modello lombardo di Welfare*. Franco Angeli, Milano.
- CENSIS (2015) Rapporto sulla situazione sociale del Paese, n.49
- FIMMG. *Linee guida Ospedale di Comunità*, 55° Congresso Nazionale, Salsomaggiore 7 novembre 2003.
- Lega F., Mauri M. e Prenestini A. (2010) *L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*. Egea, Milano.
- Mastrobuono I., Guzzanti E. Cicchetti A. e Mazzeo M.C. (1999). *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie: il ruolo delle forme integrative di assistenza*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Nokes S. e Kelly S., (2008) *Il project management: tecniche e processi*, 2ª edizione italiana, Pearson Education, Milano.
- Pomposini R. (2007). *L'Ospedale di Comunità: un'efficace risposta organizzativa. Progettazione e nuove tecnologie*. Assistenzeanziani.it Rivista online
- Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (2010). Gli anziani in Italia. Aspetti demografici e sociali. Stato delle province. Censimento delle strutture per anziani. *I quaderni della documentazione*, n.1.
- Triassi M. (2011). *Il Management in Sanità' - Il governo dei sistemi sanitari complessi*. Società Editrice Universo, Roma
- Triassi M, Cuccaro P. e Dionisio A. (2018). *Il Management in Sanità. Manuale operativo di management sanitario: esperienze, percorsi e progettualità*. Ateneapoli, Napoli.

## SITOGRAFIA

<https://www.istat.it>

<https://www.camera.it/leg18/1>

<https://www.salute.gov.it/portale/home.html>

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/>

<http://www.regioni.it>

<https://www.governo.it>

<https://www.ospedaleniguarda.it>

<https://www.fascicolosanitario.regione.lombardia.it>

<https://www.fimmg.org>

<https://www.fnopi.it>

<https://www.agenas.gov.it>

<https://www.asiquas.it/>

