



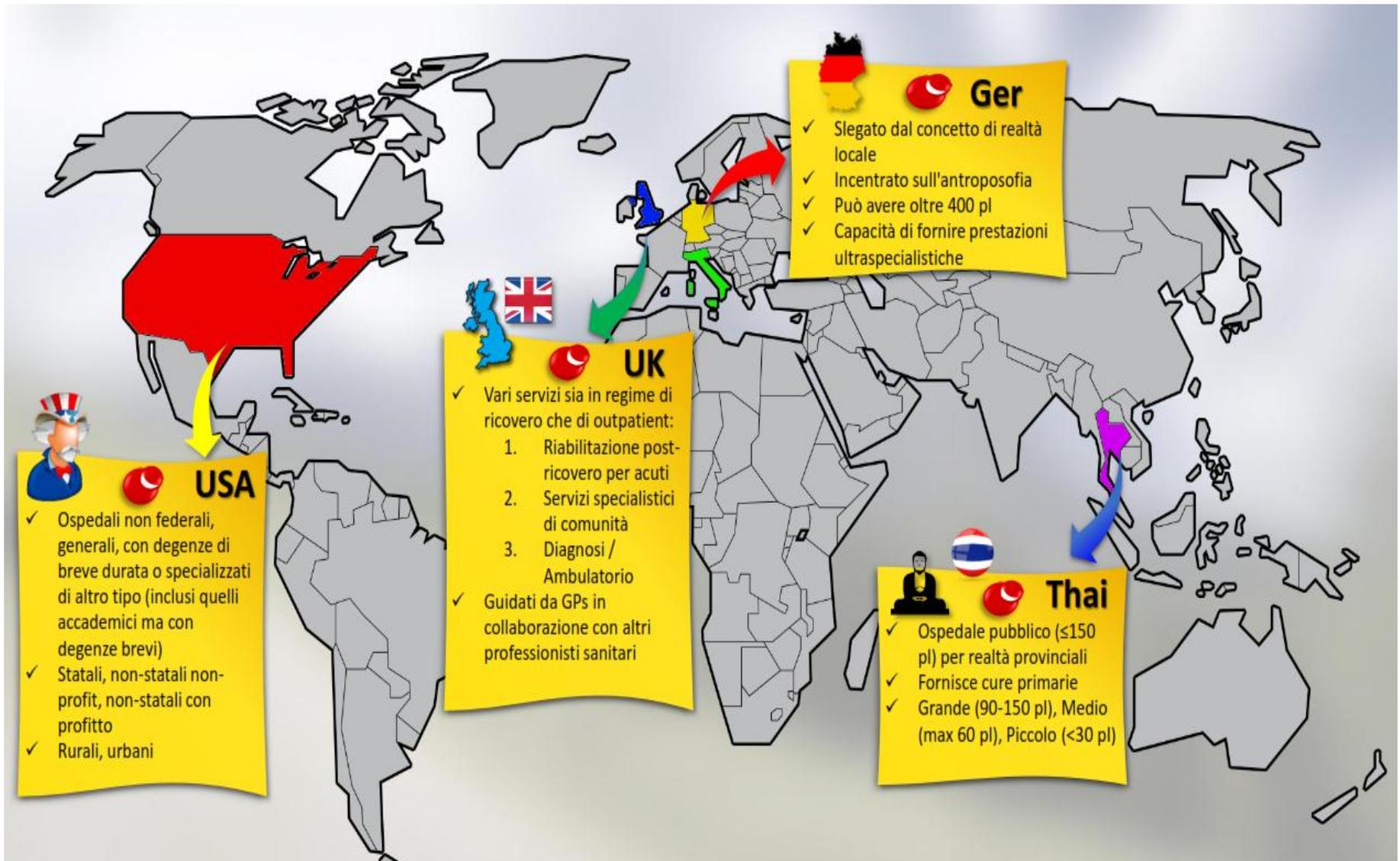
Verona 7 ottobre 2016

La Struttura Intermedia a Padova: alcuni dati da un'esperienza di integrazione

Francesco Benettolo, Medico, ULSS 16 Padova

Gianmaria Gioga, Sociologo, ULSS 16 Padova

Valerio Valeriano, Medico, Az. USL Reggio Emilia - Dipartimento di Sanità Pubblica



L'OdC in Italia

3 modelli gestionali principali



LINEE GUIDA FIMMG 2003

Sono attualmente un *vademecum* di riferimento

- ✓ Perso il concetto di Ospedale per **periferie**
- ✓ Principalmente rivolto ad **anziani**
- ✓ **Cuscinetto** tra ospedale e territorio a "doppio senso"

RURALE

A DISPONIBILITA' ORARIA

MMG concordano presenza a fasce orarie + fasce di disponibilità in caso di necessità

MISTO

IBRIDO Met + R

Responsabilità MMG e MD ospedalieri (dipendenti)

OdC ULSSIG

modello "a disp. oraria" che ha avuto una fase "ospedaliera"

AD ACCESSO

Accesso MMG con cadenze prefissate (es. in accordo col DSS)

*è il più diffuso

METROPOLITANO

MINORITARI

es. modello ospedaliero con MD ospedalieri (in controtendenza)

ALTRI

Obiettivi

- ✓ ridurre ricoveri inappropriati
- ✓ ridurre degenze troppo lunghe
- ✓ integrare ospedale e territorio (es. MMG)
- ✓ limitare ingressi in residenze (es. RSA)

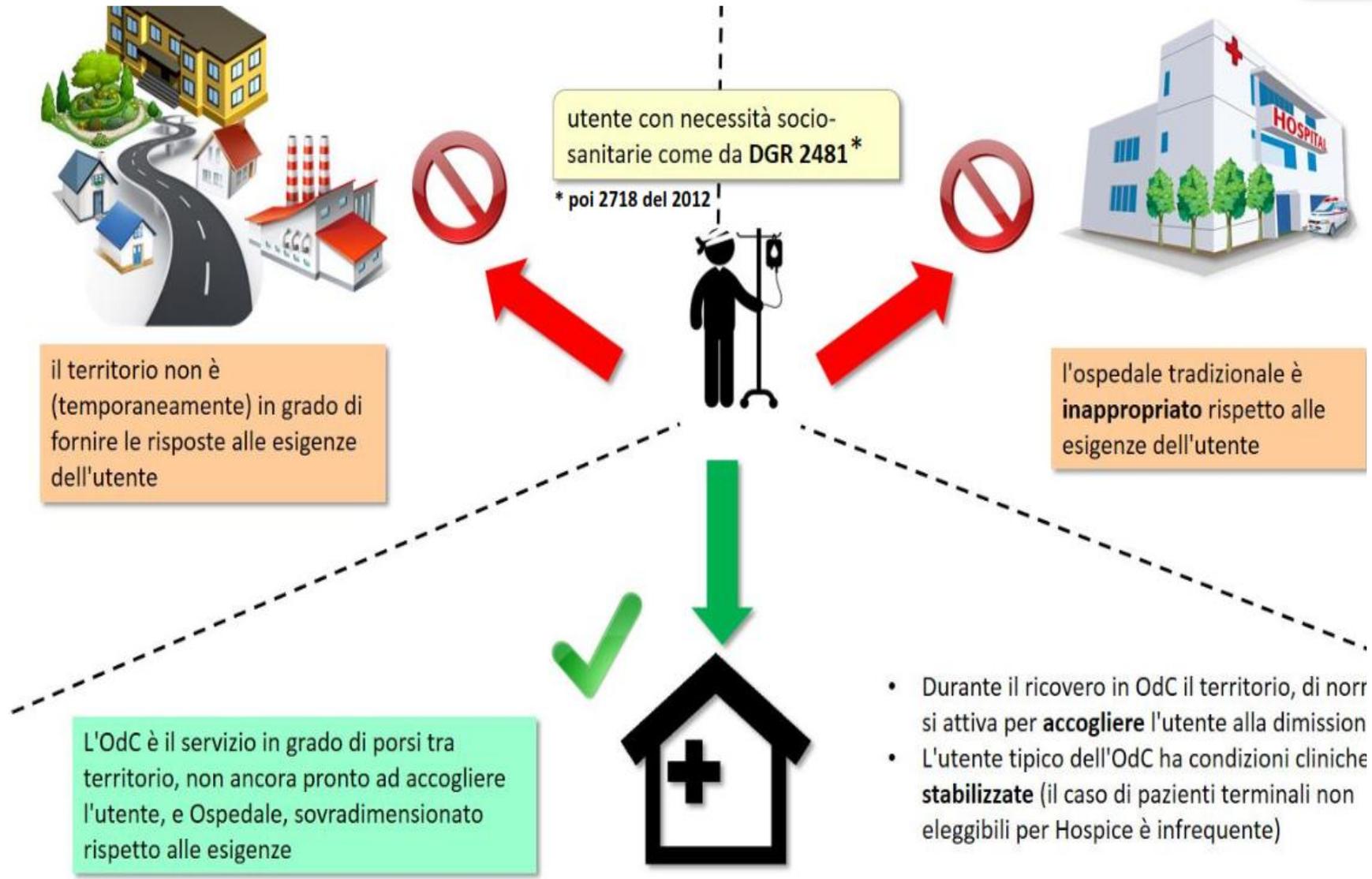


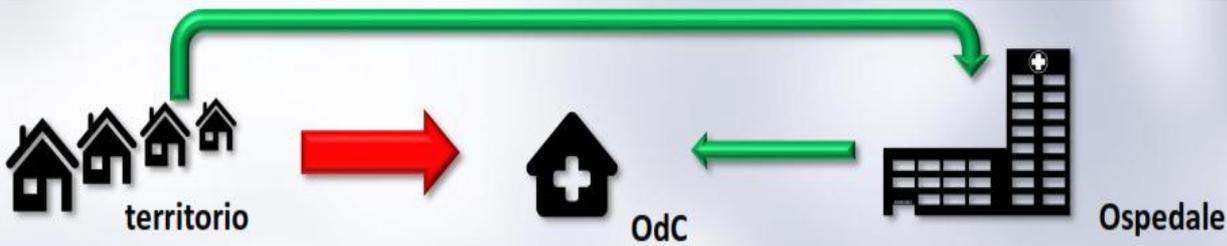
I'OdC padovano:

DGR 2718

Tipologia utenti:

- ✓ Funzionalità/abilità perse ma probabilmente recuperabili
- ✓ Funzionalità/abilità compromesse, ma con possibilità di compenso
- ✓ Funzionalità/abilità compromesse e prognosi infausta a breve > ineleggibili per Hospice (v. DGR 3318 del 2008)





A UK
 l'OdC agisce da cuscinetto in entrata verso i GHs



B ITA
 l'OdC agisce da cuscinetto rispetto alle dimissioni ospedaliere



C GER
 il GKH è un ospedale, ispirato all' "antroposofia" steineriana

**Richiesta di
dimissione in
struttura
intermedia da U.O.
di degenza
ospedaliera**

**Progetto di
accoglimento in
struttura intermedia dal
Distretto tramite UVMD**

**Intervento del
SECC e del
medico geriatra
x la valutazione
dell'eleggibilità e
per il
coinvolgimento
del paziente e/o
dei famigliari**

**Intervento del distretto per il
coinvolgimento del paziente
e/o dei famigliari**

COT

**Inserimento in lista di
attesa**

**ACCOGLIMENTO NELLA STRUTTURA
INTERMEDIA – OSPEDALE DI COMUNITA'**

Confronto attività: 2014 / 2015

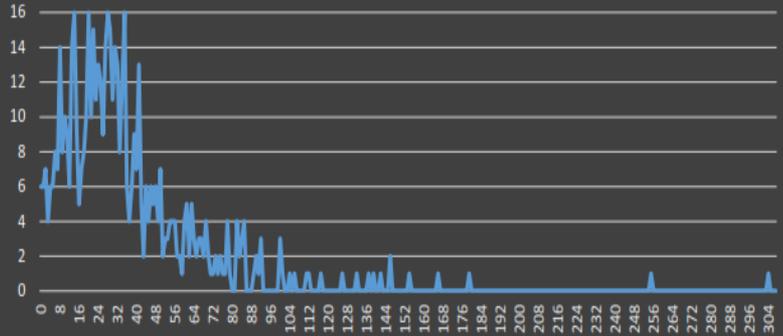


	2014	2015
Posti letto	60	60
Dimessi	621	576
Giornate degenza (gg)	20718	20224
Media degenza (gg)	36,7	35,1
Mediana degenza (gg)	30	28

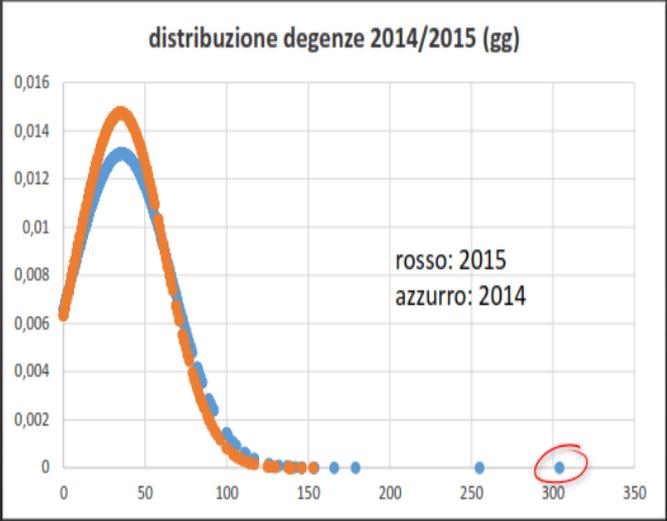
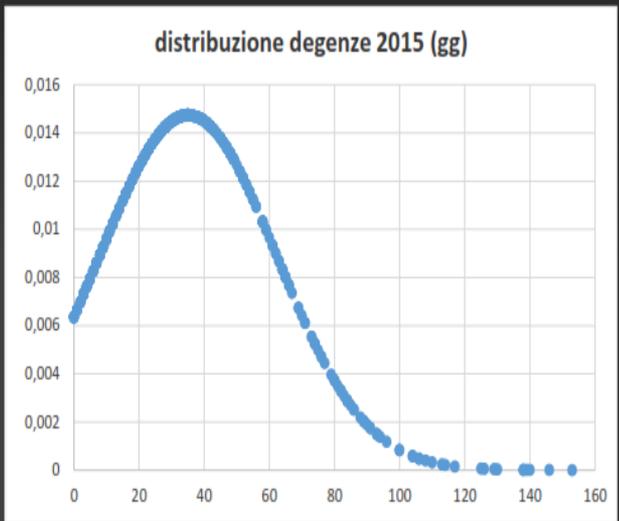
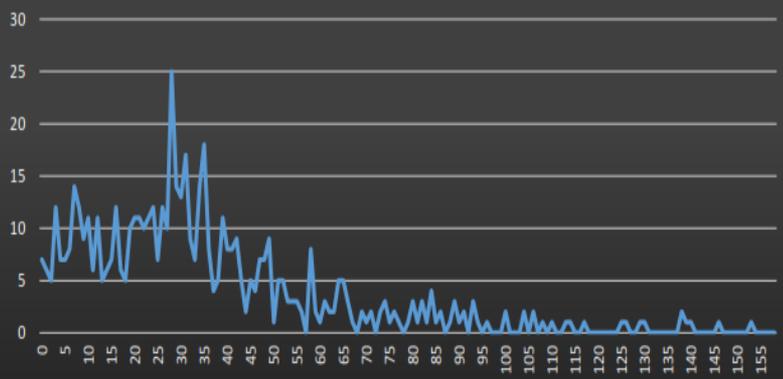
Durata degenze: 2014 / 2015

Indicatore	2014	2015	Δ
dimissioni	621	576	-45
gg degenza	20718	20224	-494
media degenza (gg)	36,7	35,1	-1,6
mediana degenza (gg)	30	28	-2

2014



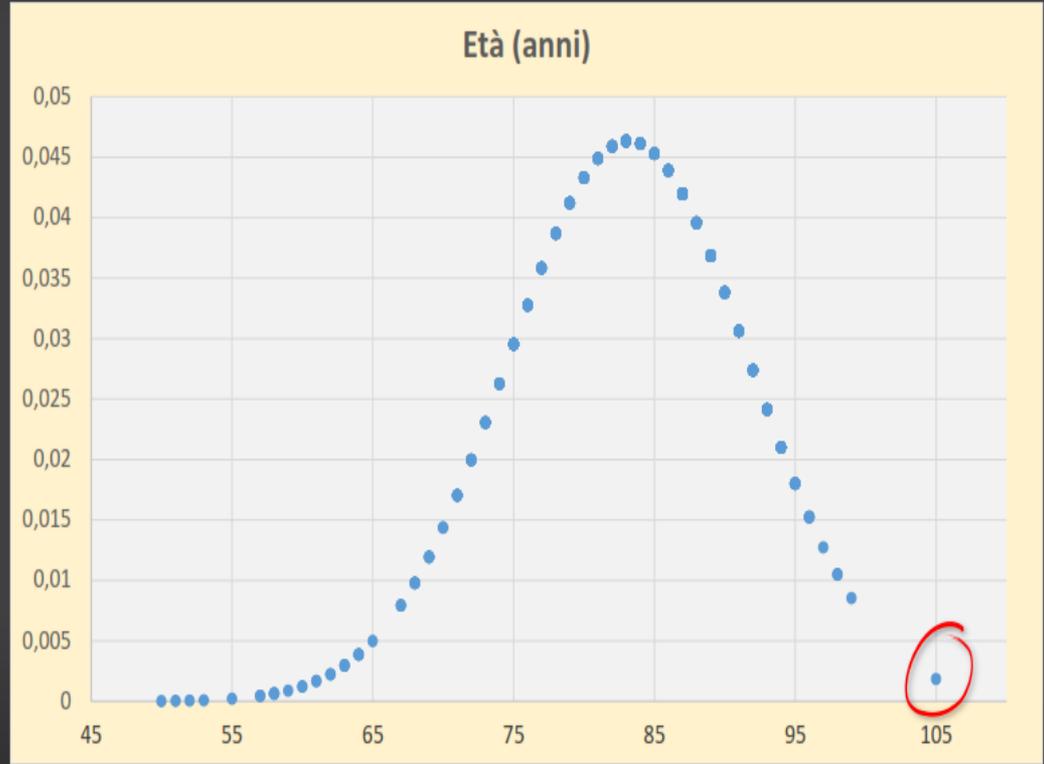
2015



Età (anni):

Media	83,2
Moda	87
Mediana	84
MIN	50
MAX	105
dev.std.	8,6

- ✓ 2014 > età media 81 anni
- ✓ 2015 > +2,2 anni



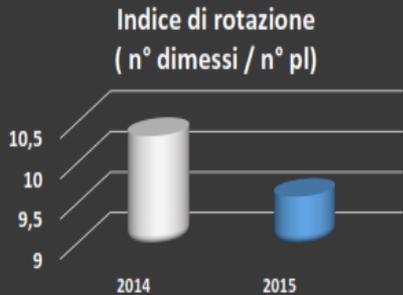
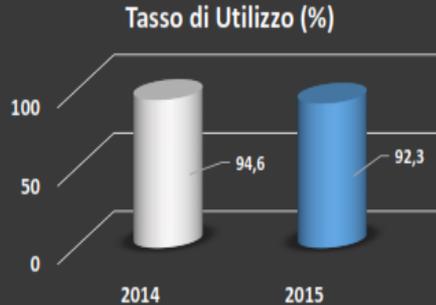
Le patologie



Indicatori di efficienza

2015

CONFRONTO 2014 / 2015



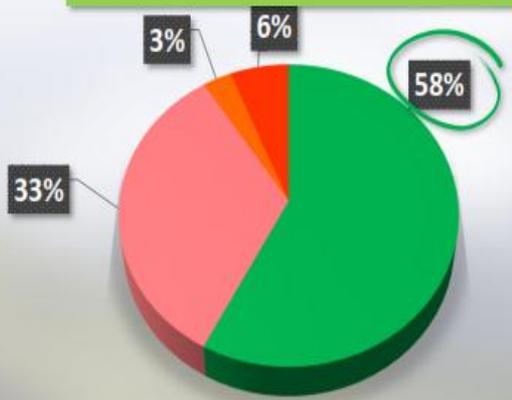
INDICATORE	SIGNIFICATO	VALORE
Disponibilità posti letto	quanti posti letto sono presenti per 1000 abitanti	0,12
Frequenza media di ricovero	quanti ricoveri sono mediamente effettuati al giorno	1,57
Frequenza media di degenti	quanti utenti risultano degenti mediamente all'interno della struttura ogni giorno	55,4
Tasso di utilizzo	% di "occupazione" dei posti letto durante l'anno, rispetto al massimo possibile in 365 gg (max = 365 x 60)	92,3%
Indice di rotazione	quanti utenti, all'anno, occupano ogni posto letto	9,6
Intervallo di turn-over	tempo medio che è intercorso tra la liberazione di un posto letto e la rioccupazione dello stesso	2,9 gg

dati 2014 / 2015

Traiettoria prognostica: Concordanza valutazioni T0/T1

fratture = 57
NON fratture = 114

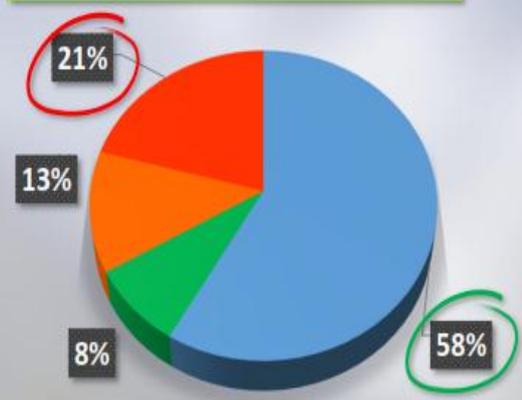
FRATTURE VALUTAZIONE T0 = 1



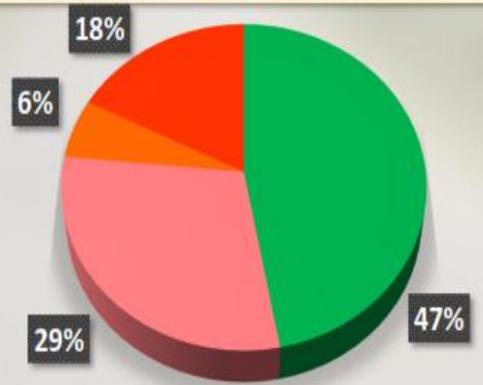
T0	T1
recupero	recupero
stabilizzazione	stabilizzazione
peggioramento	peggioramento
	decesso

- concordanza
- discordanza (miglioramento)
- discordanza (stabile)
- discordanza (peggioramento)
- discordanza (decesso)

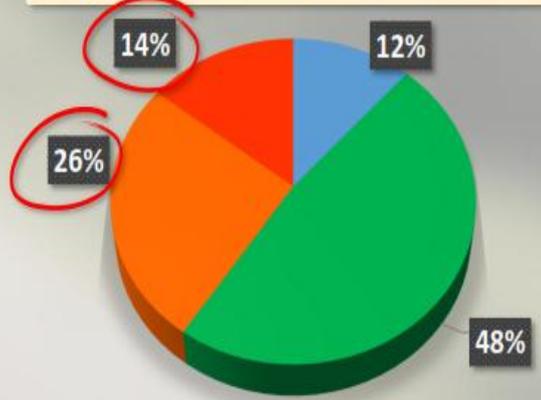
FRATTURE VALUTAZIONE T0 = 2



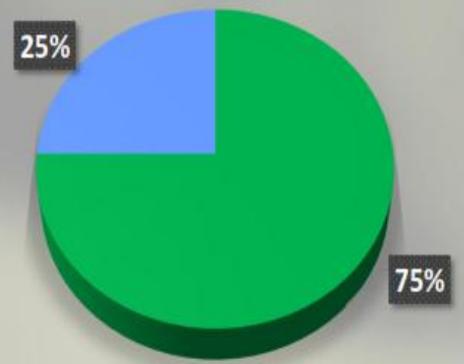
NON-FRATTURE VALUTAZIONE T0 = 1



NON-FRATTURE VALUTAZIONE T0 = 2

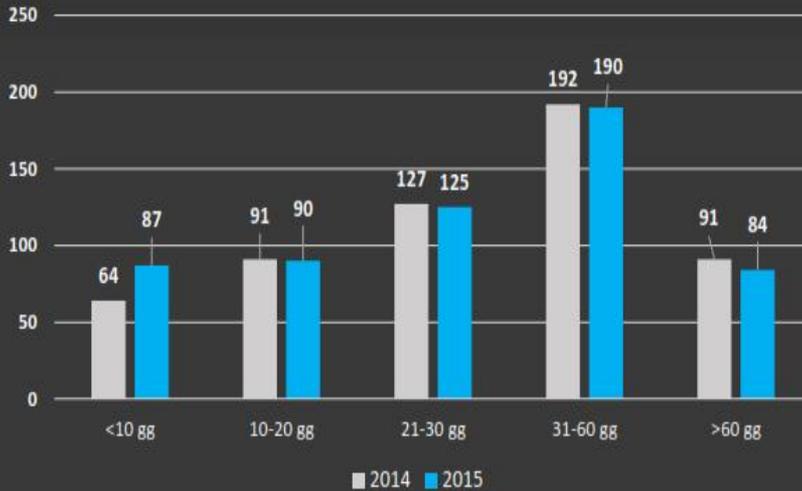


NON-FRATTURE VALUTAZIONE T0 = 3



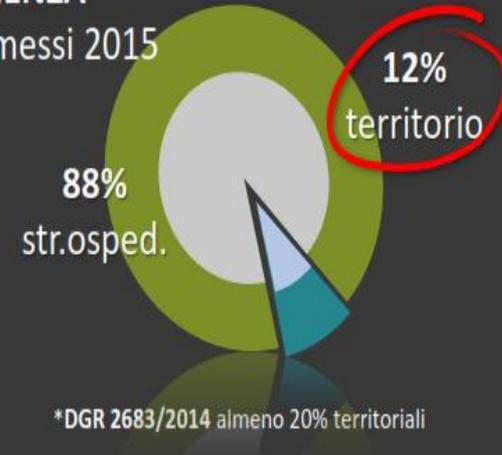
e provenienza utenti

Classi durata degenza (gg)



PROVENIENZA

totale dimessi 2015



PROVENIENZA

<10 gg 2015



PROVENIENZA

10-20 gg 2015



PROVENIENZA

21-30 gg 2015



PROVENIENZA

31-60 gg 2015



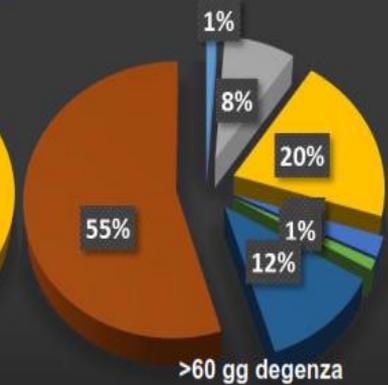
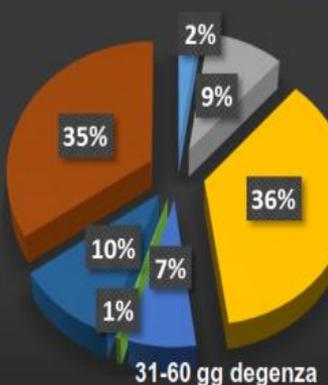
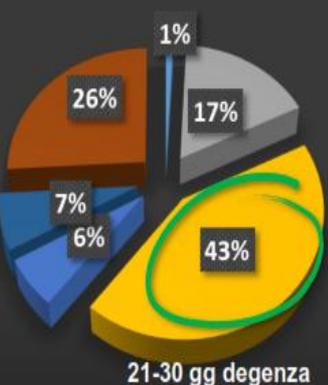
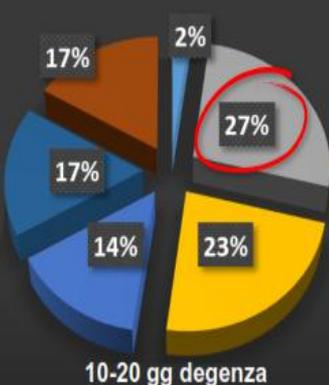
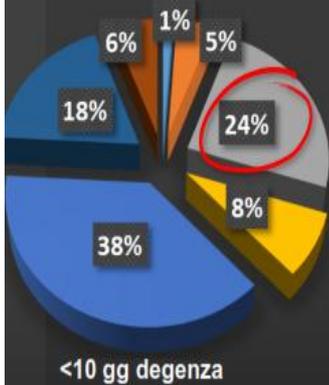
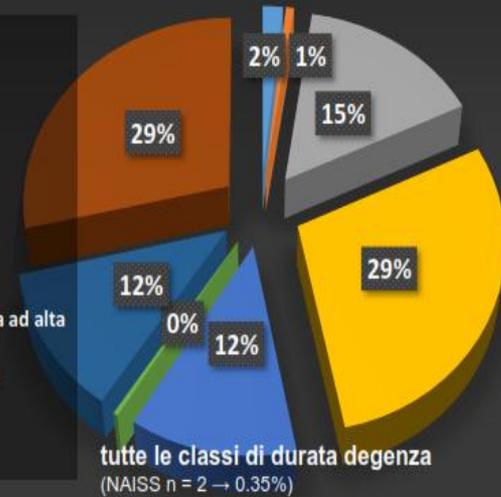
PROVENIENZA

>60 gg 2015

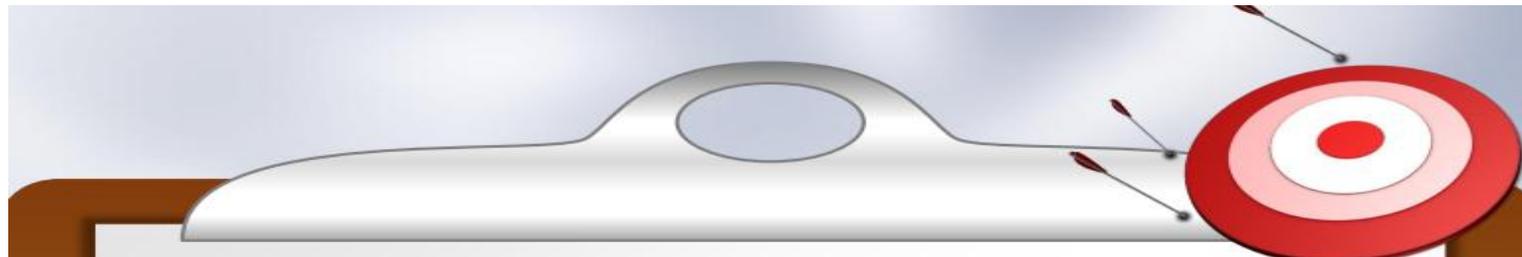


Destinazione post-dimissione

- ✓ 10-20 gg **target** (DM 70)
- ✓ <10 gg **instabilità** (38 PS/ric. + 24% decesso)
- ✓ 21-30 gg 43% domicilio
- ✓ >60 gg 55% RSA



CONCLUSIONI



POCHI UTENTI DAL TERRITORIO 

- La DGR 2683 del 2014 prevede almeno il 20% dell'utenza di provenienza territoriale
- Nello studio emerge che solo la classe di degenza breve (<10 gg) raggiunge questo obiettivo (!!!)

TANTE DEGENZE BREVI 

- Il 15% dei dimessi nel 2015 ha avuto degenze <10 gg
- Questi utenti risultano essere i più instabili, con forti tassi di ricovero in PS e decesso, ed è possibile che molti siano ricoverati in modo inappropriato secondo la DGR 2718 del 2012)

TRAIETTORIE PROGNOTICHE 

- La presenza di tassi di decesso del 21% nei pazienti fratturati, valutati come stabilizzabili, e il 18% nei non-fratturati valutati come recuperabili, pongono un evidente limite delle metodiche di valutazione attualmente usate

Grazie per l'attenzione!

