

# 14 **Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro**

*di Giovanni Fattore, Francesca Meda e Michela Meregaglia<sup>1</sup>*

## 14.1 **Oggetto e obiettivi di ricerca**

Il presente capitolo approfondisce il tema degli ospedali di comunità (OdC) attraverso un'analisi approfondita dell'esistente, concentrandosi prima sul contesto internazionale per poi analizzare quello nazionale, con una mappatura aggiornata degli OdC presenti nel nostro Paese e la presentazione di otto casi studio, condotti in sei regioni differenti. L'idea di fondo da cui muove la ricerca è comprendere, alla luce di quanto oggi conosciamo sugli OdC in Italia, le potenziali opportunità e sfide che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) può comportare in termini di ampliamento della rete di offerta sul territorio. Le indicazioni contenute nel PNRR su quale contesto "as is" si innestano? Come intendono modificarlo?

Gli obiettivi dello studio sono principalmente quattro: (1) descrivere il contesto internazionale in cui si inseriscono le esperienze di OdC, attraverso un'analisi della letteratura di riferimento, e confrontarlo con ciò che stabilisce la normativa nazionale (par. 14.2); (2) individuare, catalogare e caratterizzare, attraverso un esercizio di 'mappatura', tutte le strutture residenziali qualificabili come OdC sul territorio nazionale (par. 14.3); (3) identificare e studiare approfonditamente alcune strutture di particolare interesse e rilevanza ('casi studio'), delineandone il contributo fornito durante la pandemia di Covid-19 in Italia (par. 14.4 e 14.5); (4) proporre alcune riflessioni in relazione alla decisione contenuta nel PNRR di finanziare la creazione di nuovi OdC (par. 14.6).

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune di ricerca, il § 14.2 è da attribuirsi a Francesca Meda, il § 14.3 a Michela Meregaglia, i §§ 14.4 e 14.5 a Francesca Meda e Michela Meregaglia, il § 14.6 a Giovanni Fattore. Si ringrazia Roberta Cappabianca per il prezioso contributo alla realizzazione delle analisi e alla raccolta dati.

## 14.2 Gli ospedali di comunità: il contesto internazionale e quello nazionale a confronto

### 14.2.1 Una panoramica internazionale

Guardando alla letteratura internazionale di riferimento, sono molteplici le definizioni elaborate per descrivere l'OdC: si tratta infatti di una struttura assistenziale che può assumere configurazioni (in termini di modello organizzativo, grado di integrazione nella filiera dei servizi, tipologie di prestazioni erogate, etc.) anche molto differenti a seconda del contesto di riferimento. In termini generali, l'OdC può essere definito come una struttura sanitaria:

- a. che si connota per un legame diretto con il territorio di riferimento, da cui intercetta i bisogni dell'utenza: «*community hospitals are local hospitals, units or centres whose role is to provide accessible health and associated services to meet the needs of a clinically defined and local population*» (McCormack, 1983);
- b. in cui la responsabilità clinica è generalmente affidata a medici di medicina generale supportati da un'equipe infermieristica, spesso anche multiprofessionale (data la presenza di operatori sociosanitari – OSS, fisioterapisti e altri professionisti sanitari) (Ritchie *et al.*, 1998; Winpenny *et al.*, 2016);
- c. dotata di posti letto, in una misura limitata e comunque inferiore ai presidi che erogano assistenza ospedaliera<sup>2</sup>;
- d. che eroga, a seconda dei contesti e del processo evolutivo che ne ha caratterizzato la nascita e lo sviluppo, un insieme più o meno articolato di prestazioni sanitarie, riconducibili, in genere, all'ambito delle cure intermedie (Ashworth *et al.*, 1996; CHA, 2008; Pitchford *et al.*, 2017).

Ripercorrendo brevemente la storia degli OdC, la loro nascita si fa comunemente risalire alla metà del XIX secolo in Inghilterra dove venivano definiti “*cottage hospitals*” o “*general practitioners' hospitals*”, indicando, nel primo caso, la caratterizzazione prettamente locale e circoscritta della struttura e, nel secondo, la presenza di medici del territorio come responsabili effettivi e diretti della gestione. L'obiettivo primario di queste strutture era quello di offrire assistenza alle popolazioni rurali, distanti dai principali centri urbani e quindi dai presidi ospedalieri maggiormente attrezzati. Nel tempo, e dopo il loro inserimento nell'articolazione complessiva del Servizio Sanitario Nazionale

<sup>2</sup> Benché non esista un limite stabilito a livello internazionale sul numero massimo di posti letto che è possibile prevedere in un ospedale di comunità, Davidson *et al.* (2019), sulla base di una *review* sistematica della letteratura internazionale di riferimento, indicano 100 posti letto per una popolazione di (massimo) 100.000 abitanti.

inglese (NHS), gli OdC hanno messo maggiormente a fuoco la loro *mission*, diventando un elemento integrato nella rete complessiva dei servizi e assumendo, in modo più o meno definito, un ruolo di “ponte” tra assistenza primaria e secondaria.

La letteratura di riferimento non manca tuttavia di sottolineare come l'evoluzione degli OdC abbia seguito una traiettoria non del tutto omogenea. Heaney *et al.* (2006), ad esempio, segnalano come, a seconda dei singoli contesti locali, il ruolo degli OdC sia stato interpretato in modo differente: come estensione diretta dei servizi di assistenza primaria (“*extension of primary care*”), configurandosi come strutture a bassa intensità assistenziale strettamente legate al domicilio del paziente, luogo primario di cura; in altri casi, gli OdC hanno assunto prevalentemente un ruolo di “*step-down facilities*”, strutture pensate per facilitare il processo di dimissione ospedaliera e assicurare una gestione efficace del post-acuto; in altri casi ancora, meno frequenti ed evidentemente rappresentati dai contesti più isolati e remoti, gli OdC sono stati interpretati come una valida alternativa alle strutture ospedaliere in senso stretto. Quest'ultimo caso si riscontra più frequentemente nei contesti territoriali più estesi e a minore densità abitativa (ad esempio, in paesi come l'Australia, il Canada, e la Nuova Zelanda), dove con OdC generalmente ci si riferisce a complessi infrastrutturali più grandi, che offrono un ampio *range* di servizi (fino all'emergenza-urgenza), per far fronte in modo complessivo ai bisogni delle popolazioni che vivono nelle aree più remote e che non dispongono di un facile e rapido accesso ai grandi presidi ospedalieri (Carson *et al.*, 2009). Analisi approfondite di queste esperienze dimostrano come questo modello organizzativo e di offerta sia nella pratica difficile da attuare, poiché spesso manca o risulta fortemente limitato l'accesso a tutti i servizi specialistici di cui si avrebbe bisogno o di cui un ospedale per acuti dispone. In questo senso, uno studio condotto sugli ospedali rurali in Canada (Fleet *et al.*, 2013) ha dimostrato come i relativi dipartimenti di emergenza-urgenza, eccetto i servizi di laboratorio di base, avessero un accesso limitato ai servizi specialistici e di supporto (solamente il 17% delle strutture nel campione considerato risultava avere un'unità di terapia intensiva integrata).

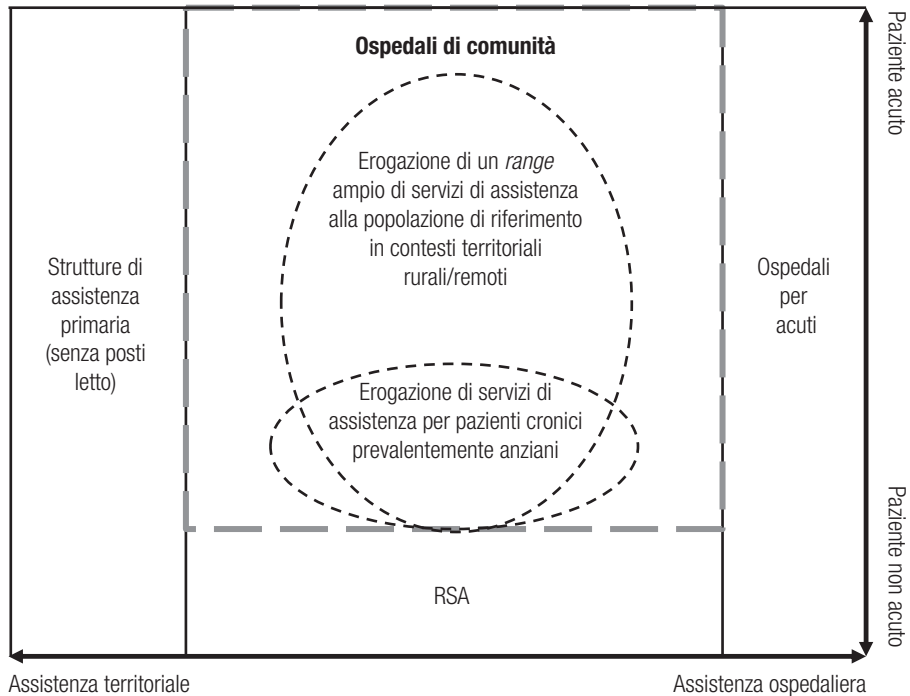
Da questa introduzione si può intuire quanto il contesto territoriale incida sullo sviluppo, sulle funzioni, sul ruolo che gli OdC assumono in senso assoluto, da un lato, e come elemento integrato nella filiera complessiva dei servizi di assistenza, dall'altro. Nel contesto europeo, infatti, sulla base del modello inglese, il sistema di offerta e di erogazione degli OdC appare maggiormente concentrato solamente su alcune tipologie di prestazioni, a differenza delle esperienze extra-EU sopracitate. Ovviamente tra singoli paesi europei permangono importanti differenze, che riflettono i contesti locali, ma si può in termini generali sostenere che gli OdC siano prevalentemente dedicati ai servizi di assistenza per i pazienti sub-acuti e post-acuti, alle cure intermedie, ai

servizi di riabilitazione e, in alcuni casi, anche alle cure palliative e alla terapia del dolore (Winpenny *et al.*, 2016). Guardando al target di utenza, differentemente dalle esperienze extra-UE che intendono rivolgersi all'intera popolazione di riferimento, il modello "europeo" (e così anche quello italiano, come sarà meglio spiegato nei paragrafi successivi) sembra maggiormente orientato a pazienti cronici e prevalentemente anziani, che per complessità cliniche e/o relative al proprio contesto domiciliare non possono essere trattati adeguatamente a casa (Dobrzanska *et al.*, 2006; Owen, 2010). In diversi studi torna inoltre la visione dell'OdC come struttura "ponte" o "di supporto": viene spesso sottolineato come gli OdC possano costituire un elemento rilevante per garantire maggior appropriatezza clinica rispetto ad altre strutture ospedaliere, sia in ingresso (evitando ammissioni inappropriate in *setting* per acuti), sia in uscita (facilitando il processo di dimissione laddove la degenza risulta immotivatamente lunga) (Garåsen *et al.*, 2008; Lappegard *et al.*, 2012; Lappegard *et al.*, 2014; Dahl *et al.*, 2014).

Per concludere la presentazione dell'ampia e diversificata gamma di servizi offerti dagli OdC, è infine necessario menzionare brevemente le prestazioni ambulatoriali (*outpatient*). Sono infatti diversi gli OdC nel panorama internazionale che includono nel proprio modello erogativo anche, ad esempio, cicli chemioterapici e *follow up* per pazienti oncologici (Neame, 2008), terapie e assistenza per persone con disturbi alimentari (Simpson, 2005), servizi di diagnostica in ambito ginecologico (Penfold, 2013). È indubbio che la scelta di quali prestazioni erogare orienti in modo significativo la *mission* dell'OdC: si è visto come possa essere, a seconda dei contesti di origine e sviluppo, una struttura "assimilabile" ad un ospedale per acuti, una struttura che invece si concentra solo su una determinata tipologia di assistenza e risponde ad un'area di bisogno più ristretta, oppure una struttura che assume prevalentemente una connotazione di "poliambulatorio". La panoramica sul contesto internazionale dimostra l'estrema flessibilità con cui questa struttura è stata interpretata e inserita nella rete complessiva di assistenza. A questo proposito, la Figura 14.1 sintetizza graficamente le traiettorie di posizionamento che l'OdC può assumere, incrociando le dimensioni relative alla tipologia di utenza intercettata (acuta vs. cronica) e alla tipologia di assistenza erogata (territoriale vs. ospedaliera).

Come già accennato all'inizio, ciò che maggiormente caratterizza le esperienze degli OdC, oltre alla forte connessione con il territorio, sono le professionalità presenti al loro interno: i medici di medicina generale sono spesso individuati come i responsabili clinici delle strutture, supportati da un'equipe infermieristica e da altri professionisti sanitari (fisioterapisti, terapisti occupazionali, OSS, dietologi, tecnici di riabilitazione). Il personale dell'OdC viene normalmente affiancato da specialisti che si recano in struttura per visite ad hoc con frequenza più o meno regolare (uno studio effettuato in Nuova Zelanda riporta ad esempio che un'equipe chirurgica visita gli OdC due volte a

Figura 14.1 **I possibili modelli di funzionamento dell'ospedale di comunità in base alla tipologia di utenza e di assistenza erogata**



Fonte: Elaborazione autori su Winpenny *et al.*, 2016.

settimana) o che offrono consulenza e assistenza anche “a distanza” tramite strumenti di *digital health*, telemedicina e telemonitoraggio (un esempio è il servizio di teleoftalmologia previsto in alcuni OdC in Australia). Il limitato e/o remoto coinvolgimento di medici specialisti comporta la necessità che MMG e infermieri sviluppino in modo consolidato una serie di competenze non solo in campo strettamente clinico, ma anche manageriale e gestionale, di *leadership*, di comunicazione, di *stakeholder management*. In questo senso, l’OdC rappresenta un *setting* peculiare in cui il ruolo e le funzioni dell’equipe infermieristica vengono particolarmente enfatizzate: in alcuni casi, sono gli infermieri direttamente responsabili di alcune unità organizzative all’interno dell’OdC (O’Hanlon *et al.*, 2010), in altri sono loro a seguire il *patient flow* nel suo complesso, dall’accesso alla dimissione, senza il diretto coinvolgimento di medici (Chen *et al.*, 2010). Questo elemento di valorizzazione di MMG e infermieri come figure professionali essenziali al funzionamento e alla gestione dell’OdC viene richiamato anche dal Legislatore italiano, come verrà meglio spiegato nel prossimo paragrafo.

## 14.2.2 La normativa nazionale di riferimento

La storia degli OdC in Italia è recente. In data 20 febbraio 2020, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sancisce l'intesa sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dell'OdC, in adempimento a quanto previsto in una precedente intesa stipulata nella stessa Conferenza il 10 luglio 2014 (art. 5, comma 17) concernente il nuovo "Patto per la salute per gli anni 2014-2016".

La nuova intesa stabilisce le caratteristiche generali e i requisiti minimi generali, strutturali e tecnologici specifici, organizzativi e gli standard minimi clinico-assistenziali degli OdC, sulla base delle indicazioni già contenute nel Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n. 70, art 10.1. L'OdC rappresenta una struttura intermedia tra l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'assistenza ospedaliera con funzioni diverse da quelle delle strutture residenziali extra-ospedaliere per malati cronici non autosufficienti, per disabili e per malati terminali, definite dal DPCM del 12 gennaio 2017 (artt. 29-35). L'OdC, infatti, è un presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve destinato ai pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e di sorveglianza infermieristica continuativa. Nello specifico, si tratta di pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche necessitano di interventi potenzialmente erogabili a domicilio ma che vengono ricoverati nell'OdC in mancanza di idoneità strutturale e/o familiare del domicilio stesso.

Per quanto riguarda la gestione delle attività, essa è in capo all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie. Logisticamente, l'OdC può avere una sede propria, oppure essere ubicato all'interno di presidi sanitari polifunzionali, strutture residenziali o ospedali per acuti, pur rimanendo riconducibile all'assistenza territoriale. Il numero di posti letto è di norma compreso tra 15 e 20, con possibilità di estensione fino a due moduli, con 15-20 posti ciascuno. I pazienti provengono dal domicilio, da altre strutture residenziali (es. Residenze Sanitarie Assistenziali, RSA), dai presidi ospedalieri per acuti o dal pronto soccorso, generalmente a seguito di una valutazione multidimensionale eseguita in fase di accesso. La responsabilità clinica dei pazienti è attribuita a un medico di medicina generale (MMG), un medico dipendente del SSN o un medico incaricato dalla struttura (per gli OdC privati). La responsabilità assistenziale è in capo ad un infermiere e l'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Governo lo scorso aprile 2021 per il conseguimento delle risorse messe a disposizione dall'Europa nell'ambito del *Next Generation EU*, dedica al rafforzamento del servizio sanitario la Missione 6. Due sono i pilastri di innovazione e sviluppo: il potenziamento dell'assistenza territoriale e lo sviluppo del digitale legato al settore sanitario. In relazione al primo macro-obiettivo, ampio spazio viene de-

dicato all'OdC come struttura perno della rete complessiva: viene stanziato un finanziamento di 1 miliardo di euro per l'attivazione di circa 380 OdC in tutto il territorio nazionale.

A questo obiettivo si aggiunge una previsione ancora più ambiziosa contenuta nel documento di Agenas "Modelli e standard per lo sviluppo dei Servizi Territoriali nel Sistema Sanitario Nazionale". A regime, l'Italia dovrebbe avere una dotazione di un OdC con 20 posti letto ogni 50.000 abitanti, pari a 0,4 posti letto ogni 1000 abitanti. Il documento fornisce anche alcune indicazioni specifiche sugli standard di personale e di attrezzature. Per un modulo di 20 posti letto ogni OdC dovrebbe avere una dotazione di 9 infermieri, 6 OSS e 4 ore giornaliere di un medico. L'OdC dovrebbe avere disponibili almeno le seguenti dotazioni tecnologiche: defibrillatore, elettrocardiografo portatile/telemedicina, saturimetro, spirometro, emogasanalizzatore, apparecchio per esami POC, ecografo; altre tecnologie da rendere disponibili potrebbero essere definite più avanti. Complessivamente si tratta di una dotazione minima che appare coerente con la finalità dell'OdC di fornire assistenza di basso-medio livello. Viene inoltre specificato che i pazienti eleggibili devono necessitare di assistenza infermieristica e di assistenza medica programmabile o su specifica necessità. È prevista la possibilità che gli OdC abbiano moduli protetti per pazienti con demenza o disturbi comportamentali come è anche prevista l'attivazione di posti letto pediatrici.

Sempre il documento di Agenas individua 4 tipologie a cui è destinato il ricovero presso l'OdC (Box 14.1).

#### Box 14.1 **Le tipologie di pazienti eleggibili per l'Ospedale di Comunità secondo le indicazioni del documento di Agenas**

- a. Pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- b. Pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- c. Pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, oppure che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;
- d. Pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); counselling e educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

Fonte: Rapporto Agenas, 2021

Nella normativa nazionale viene quindi definito in modo chiaro il ruolo dell'OdC nella compagine complessiva del SSN: si tratta di una struttura di ricovero breve e con un numero limitato di posti letto; che si rivolge a pazienti

cronici e/o anziani, che necessitano di assistenza continuativa; che svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; che eroga interventi a bassa intensità clinico-assistenziale; che può assumere configurazioni logistico-spaziali anche molto differenti tra loro. Tuttavia – lo si vedrà meglio nei prossimi paragrafi – nella realtà, i confini normativi sono stati spesso interpretati in modo “estensivo”, attraverso la proliferazione di molte e diverse configurazioni dell’OdC, che, in virtù del proprio processo di sviluppo, assume peculiarità differenti a seconda del contesto regionale e, a volte, anche locale.

### 14.3 Metodologia di ricerca

Il 1° marzo 2021, la Camera dei Deputati ha pubblicato una relazione<sup>3</sup> riportante 163 OdC dichiarati attivi, per un totale di 3.163 posti letto. A livello regionale, Veneto (n=69), Emilia-Romagna (n=26), Lombardia e Toscana (n=20 in ciascuna) risultano le regioni con più OdC.

Questo documento ha rappresentato la base di partenza per una ricerca più approfondita degli OdC esistenti sul territorio nazionale, per confermare, ed eventualmente integrare, i risultati in esso riportati. Il criterio di inclusione riguardava tutte le strutture denominate “ospedale di comunità” o che presentano caratteristiche riconducibili alla definizione di OdC o di cure intermedie, riportate dalla normativa di riferimento e nei siti istituzionali. Per ciascuna regione, sono state condotte ricerche mirate della documentazione online esistente sugli OdC e cure intermedie utilizzando, come parole chiave, “ospedale di comunità” e “cure intermedie”, unitamente al nome delle singole regioni. Le principali fonti sono state i siti istituzionali delle regioni e/o delle singole ASL/AUSL, le deliberazioni regionali relative all’accreditamento istituzionale degli OdC, i siti web e le carte dei servizi degli OdC (laddove esistenti), relazioni e/o presentazioni scaricabili dai siti di Regioni e ASL/AUSL e contenenti informazioni sugli OdC (laddove esistenti), ed articoli di quotidiani locali (prevalentemente riportanti notizie sull’inaugurazione degli OdC, o la loro conversione a presidi Covid durante la pandemia). Per alcune regioni (Veneto ed Emilia-Romagna) che presentano il numero più elevato di OdC, sono disponibili anche liste di strutture (scaricabili in formato Excel) che sono state utilizzate come ulteriore base dati.

La tabulazione dei dati ottenuti dalla ricerca è stata effettuata mediante un foglio Excel riportante i campi indicati nella Tabella 14.1. Il livello di urbanizzazione è stato definito seguendo il metodo Eurostat, utilizzato anche dall’Istat, che dal 2011 classifica in comuni in base alla densità demografica.

<sup>3</sup> Camera dei Deputati, Servizio Studi Affari Sociali. *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 1 marzo 2021.



Tabella 14.1 **I dati raccolti nella mappatura degli OdC in Italia**

<b>A)</b> <b>Dati spazio-temporali</b>	1. Macroarea geografica
	2. Regione
	3. Azienda (ASL, AUSL, Area Vasta)
	4. Comune
	5. Indirizzo dell'OdC
	6. Grado di urbanizzazione del Comune (secondo classificazione Eurostat)
	7. Denominazione dell'OdC
	8. Anno di costituzione
<b>B)</b> <b>Dati strutturali</b>	9. Rapporto con SSN (pubblico/privato accreditato/privato)
	10. Tipologia di sede (sede indipendente/presso strutture sanitarie polifunzionali/presso strutture residenziali/all'interno di una struttura ospedaliera)
	11. Numero posti letto
	12. Standard di degenza
	13. Medici presenti in struttura (numero e tipologia)
	14. Responsabilità clinica
	15. Altro personale sanitario (numero e tipologia)
	16. Contiguo ad hospice o con PL dedicati a pazienti terminali
<b>C)</b> <b>Target di utenza</b>	17. Tipologia di pazienti
	18. <i>Patient flow</i> , con indicazioni su provenienza e destinazione del paziente (per entrambi domicilio/ospedale per acuti/RSA)
	19. Assistenza a pazienti Covid (conversione a <i>Covid hospital</i> )
<b>D)</b> <b>Altre informazioni</b>	20. Indicazione della struttura nella Relazione della Camera al Parlamento (144/2021)
	21. Contatti
	22. Sito web

Fonte: elaborazione autori

Una parte delle strutture individuate attraverso la mappatura è stata oggetto di analisi più approfondite. I criteri utilizzati per la selezione dei casi studio sono stati la rappresentatività geografica (rispetto alle macro-aree nazionali: Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole), la tipologia di sede (sede propria/contigua a Casa della Salute, ex ospedale per acuti riconvertito, etc.), e la disponibilità a collaborare delle strutture contattate. La metodologia impiegata per i casi-studio è consistita in un'intervista semi-strutturata articolata in dieci domande, a loro volta raggruppate in quattro tematiche più ampie (Tabella 14.2). I documenti utilizzati per la mappatura delle strutture sono stati utilizzati ad integrazione delle informazioni raccolte durante l'intervista.

Le domande sono state elaborate in modo che risultassero sufficientemente flessibili per consentire ai partecipanti di introdurre altri temi rilevanti. In particolare, tramite la domanda 10, è stato approfondito il ruolo dell'OdC durante la pandemia di Covid-19, chiedendo se la struttura avesse ospitato pazienti positivi al virus e/o fosse stata parzialmente o interamente convertita a *Covid hospital*, e se (e come) fossero cambiate le modalità di ricovero/dimissione e la

Tabella 14.2 **Traccia dell'intervista semi-strutturata**

<b>A) Ruolo del partecipante nell'OdC</b>	1. Quale ruolo ricopre nell'OdC e da quanto tempo?
<b>B) Funzione dell'OdC e servizi erogati alla comunità</b>	2. Mi racconti brevemente la storia dell'OdC
	3. Come funziona l'OdC e quali servizi eroga (inclusa la descrizione dei percorsi tipici del paziente)?
	4. Quali sono le caratteristiche delle principali tipologie di pazienti?
	5. Può descrivere le principali caratteristiche (es. posti letto, personale, degenza standard, % deceduti) dell'OdC?
<b>C) Ruolo dell'OdC in relazione agli altri servizi sociosanitari</b>	6. Come si relaziona l'OdC con altri servizi sociosanitari territoriali (es. MMG, guardia medica, 118, CRA/RSA, assistenza domiciliare integrata, assistenza sociale)?
	7. Come si relaziona l'OdC con l'ospedale per acuti di riferimento (es. distanza, trasferimento dei pazienti, consulenze di medici ospedalieri)?
<b>D) Sfide e opportunità per l'OdC</b>	8. A Suo giudizio, quali sono i vantaggi e gli svantaggi dell'OdC rispetto ad altri modelli assistenziali?
	9. Quali sviluppi futuri Lei si attende per l'OdC e quali ostacoli dovrà affrontare per realizzarli?
	10. Qual è stato e qual è il ruolo dell'OdC durante la pandemia di Covid-19?

Fonte: elaborazione autori

durata della degenza. Le strutture individuate sono state invitate a partecipare tramite e-mail inviata all'indirizzo istituzionale. I partecipanti target erano referenti a vario titolo delle strutture identificate (es. coordinatore medico e/o infermieristico, direttore di distretto). Le interviste, di durata media pari a 45 minuti/1 ora, si sono svolte tra aprile e giugno 2021, interamente in remoto. Le interviste, video-registrate previo consenso orale del partecipante, sono state successivamente trascritte e analizzate.

## 14.4 Risultati

### 14.4.1 La mappatura degli ospedali di comunità in Italia

L'esercizio di mappatura ha individuato 177 strutture classificabili come OdC, di cui 149 (84%) già presenti nella sopra citata relazione della Camera dei Deputati. Le caratteristiche principali degli OdC individuati sono sintetizzate in Tabella 14.3.

Oltre la metà degli OdC è ubicato nelle regioni del Nord-Est, mentre le regioni del Sud registrano una presenza ancora molto limitata di questa tipologia di struttura assistenziale (N=19). Il grado di urbanizzazione è basso in un terzo dei casi, e medio in quasi la metà. La Figura 14.2 riporta una mappa contenente la localizzazione delle strutture per regione, mentre la Figura 14.3 sintetizza i dati sulla disponibilità delle strutture rapportate al dato di popolosità di ogni

Tabella 14.3 **Caratteristiche degli OdC in Italia (N=177), 2021**

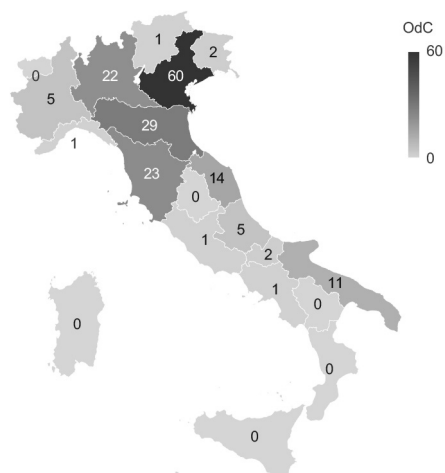
Tipologia di dato rilevato	Categorizzazione del dato rilevato	N. di OdC	% di OdC sul totale
Area geografica	Nord-Ovest	28	15.8
	Nord-Est	92	52.0
	Centro	38	21.5
	Sud e Isole	19	10.7
Grado di urbanizzazione (Eurostat)	Basso	59	33.4
	Medio	87	49.1
	Elevato	31	17.5
Anno di istituzione	2000-2015	40	22.6
	2016-2021	96	54.2
	Missing	41	23.2
Rapporto con SSN	Pubblico	137	77.4
	Privato	40	22.6
Sede	Sede indipendente	22	12.4
	c/o centro sanitario polifunzionale	61	34.5
	c/o ospedale per acuti / IRCCS / casa di cura	66	37.3
	c/o CRA / RSA / casa di riposo	28	15.8
Posti letto	Meno di 10	18	10.2
	10-19	57	32.2
	20-29	53	29.9
	30 e più	13	7.3
	Missing	36	20.4
Posti letto (media $\pm$ DS)		141	17.8 $\pm$ 9.2
Degenza standard (giorni)		153	29.5 $\pm$ 13.8
Con hospice contiguo		40	22.6
Conversione a Covid Hospital		44	24.9

Fonte: elaborazione autori

singola regione. Il Veneto è la regione che presenta il numero di OdC più elevato sia in termini assoluti che in relazione alla numerosità della popolazione. Marche e Molise si collocano al secondo e terzo posto in termini di OdC per 100.000 abitanti.

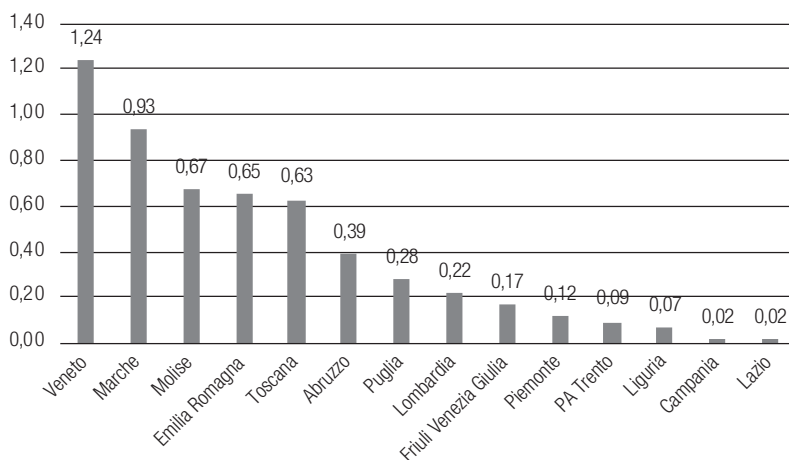
La maggior parte delle strutture risulta essere istituita nell'ultimo quinquennio (2016-2021), anche se in taluni casi la struttura potrebbe essere stata attiva come “sperimentale” già in anni precedenti. Più di un terzo delle strutture è localizzata all'interno di un ospedale per acuti, assumendo, talvolta, la denominazione di “reparto di comunità” o “letti tecnici di cure intermedie”, pur mantenendo la propria afferenza alle aziende sanitarie territoriali. Un numero analogo di OdC risulta contiguo a un centro sanitario polivalente denominato, a seconda delle regioni, Casa della Salute (Piemonte, Emilia-Romagna), Punto Assistenza Territoriale – PAT (Marche) o Presidio Territoriale Assistenziale – PTA (Abruzzo, Puglia) o senza una denominazione specifica (Veneto). Quasi

Figura 14.2 **Distribuzione degli Ospedali di Comunità a livello regionale (numerosità assoluta), 2021**



Fonte: elaborazione autori

Figura 14.3 **Numero di OdC per 100.000 abitanti, per regione che riporta OdC presenti, 2021**



Fonte: elaborazione autori

un quarto delle strutture (23%) è privata, sebbene quasi interamente localizzate in due sole regioni (Lombardia e Veneto), e in molti casi gestite da Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB), fondazioni ed enti religiosi.

Circa un terzo degli OdC identificati ha un numero di posti letto compreso tra 10 e 19, e quasi altrettanti tra 20 e 29. La media dei posti letto (calcolata

escludendo 36 strutture per cui il dato non era disponibile) è quasi pari a 18, e in linea con i requisiti specificati dalla normativa nazionale che indica un numero compreso tra 15 e 20. La degenza standard (media), normalmente prevista dalla struttura, risulta pari a quasi 30 giorni, compresa in un range tra 10 e 60 e mediamente più elevata rispetto alle indicazioni nazionali (15-20 giorni). Il 22% degli OdC è contiguo ad un hospice o comprende una parte di posti letto dedicati a pazienti terminali. Infine, un quarto delle strutture ha destinato (totalmente o parzialmente) i propri posti letto al ricovero di pazienti Covid in fase post-acuta durante la pandemia.

L'esercizio di mappatura ha rivelato un quadro estremamente eterogeneo degli OdC a livello nazionale. Da un lato, ci sono regioni (es. Emilia-Romagna, Marche, Veneto) che presentano un'esperienza formalizzata, consolidata ed estesa di OdC sui loro territori. Dall'altro, ce ne sono altre, paragonabili per estensione e numero di abitanti, in cui gli OdC sono presenti in misura ancora limitata e sporadica (es. Piemonte, Lazio), ed altre ancora (es. Valle D'Aosta, Calabria, Basilicata, Sicilia) in cui non è stata identificata alcuna struttura qualificabile come OdC. Inoltre, in alcune Regioni (es. Toscana, Marche) la responsabilità clinica è affidata (esclusivamente o prevalentemente) ai MMG, mentre in altre (es. Veneto) sono quasi sempre i medici specialisti dipendenti delle aziende sanitarie a prestare servizio negli OdC. La durata mediamente più elevata della degenza rispetto al riferimento normativo mostra una tendenza alla flessibilità per venire incontro alle esigenze delle famiglie e, in generale, rispondere ad una crescente domanda di servizi socioassistenziali. Per ragioni analoghe, e in assenza di un hospice nelle vicinanze, vengono spesso ricoverati pazienti terminali, seppur la normativa non li qualifichi come target di utenza dell'OdC, con un conseguente e necessario allungamento dei tempi della degenza.

Tra le regioni che mostrano una presenza più numerosa degli OdC sul loro territorio (n. OdC > 10) ci sono Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Toscana, Marche e Puglia. In alcune di queste, si è già provveduto a livello regionale a definire una normativa di inquadramento per gli OdC. Ad esempio, la regione Emilia-Romagna, con DGR 284/2013 ha contribuito al percorso di ridefinizione dei servizi territoriali e della rete ospedaliera, istituendo gli OdC e un flusso informativo regionale ad hoc (Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità, SIRCO), per il monitoraggio dell'attività assistenziale da essi erogata. La responsabilità clinica è affidata a medici di famiglia o ad altro medico, mentre l'assistenza è garantita da infermieri presenti continuativamente nelle 24 ore, coadiuvati da altro personale (OSS) e altri professionisti quando necessario. La degenza attesa ha una durata limitata, di norma non superiore alle 6 settimane, e non risultano forme di compartecipazione alla spesa.

In Veneto, invece, con DGR 2481/2004, è stato avviato un progetto sperimentale per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di di-

missione ospedaliera. Il progetto è stato ulteriormente sviluppato con DGR 2718/2012, in cui sono state definite le tipologie di strutture di ricovero intermedie e l'approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio di OdC (e Unità di Riabilitazione Territoriale, URT). La responsabilità clinica è attribuita ai MMG oppure a medici provenienti dall'area geriatrica o internistica di ospedali (anche riconvertiti). La presenza infermieristica è garantita h24. La degenza standard ha una durata di 4-6 settimane. In seguito, con DGR n. 433/2017 (e successivo aggiornamento con DGR n. 1887/2019), sono state stabilite le tariffe giornaliere di remunerazione (€145/giorno) e le quote a carico dell'assistito per giornata di degenza (€25/giorno dal 61° al 90° giorno e €45/giorno dal 91° giorno per gli OdC ubicati presso ospedali pubblici e privati accreditati; €25/giorno dal 31° al 60° giorno e €45/giorno dal 61° giorno per gli altri OdC).

#### 14.4.2 I casi studio

In totale, sono stati condotti otto casi-studio su strutture di particolare interesse. Di questi, due casi sono stati individuati in ciascuna delle due Regioni (Emilia-Romagna e Veneto) che presentano il numero più elevato di strutture; i restanti quattro sono stati selezionati in Piemonte, Toscana, Molise e Puglia. Una sintesi dei casi è riportata in Tabella 14.4.

##### 14.4.2.1 L'OdC di Bobbio, Emilia-Romagna

Bobbio è un comune di circa 3.500 abitanti, distante 45 km da Piacenza, situato in una zona montuosa della regione e "dislocata" rispetto ai grandi poli ospedalieri della regione. Per questo, da sempre il polo ospedaliero di Bobbio ha avuto un ruolo di "avamposto della rete ospedaliera provinciale" e un punto di riferimento anche per gli altri piccoli comuni adiacenti.

Nel 2016 l'ospedale di Bobbio viene convertito in OdC (delib. n. 269/2016), in parte recependo le direttive del DM 70/2015 in termini di razionalizzazione della rete ospedaliera, in parte poiché l'ospedale di Bobbio già si configurava come OdC per una serie di caratteristiche: dimensionali, di dotazioni strutturali, di personale e di target di pazienti assistiti. In questo senso, la conversione a OdC è stata percepita come "il formale riconoscimento di una situazione di fatto"<sup>4</sup>, già in essere: non vi è stato quindi un significativo riorientamento della *mission*, quanto piuttosto l'assunzione di una nuova "veste" formale.

L'ospedale si presenta con la seguente organizzazione: il reparto di medicina interna/cure intermedie, che costituisce il "*core business*" dell'OdC, il servizio

<sup>4</sup> Cfr. AUSL Piacenza, Deliberazione del Direttore Generale, N. 269 del 22/12/2016. *Provvedimenti derivanti dall'applicazione della DGR 2040/2015 – Trasformazione dell'Ospedale di Bobbio in ospedale di comunità.*

Tabella 14.4 Sintesi dei casi studio

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
OdC di riferimento	Bobbio (PC)	Modigliana (FC)	Auronzo (BL)	Trecenta (RO)	13 strutture in ambito aretino, senese e grossetano	Demente (CN)	Unità di Degenza infermieristica (UDI) – OdC Vietri di Lariano (OB)	OdC presenti nei PTA (Presidi Territoriali di Assistenza)
Azienda	AUSL101, distretto di Ponente	AUSL114, distretto Forlì	ULSS1 Dolomiti	ULSS5 Polesana	AUSL Sud-Est	ASL CN1, distretto sud-ovest	ASREM	ASL regionali
Regione	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	Veneto	Veneto	Toscana	Piemonte	Molise	Puglia
Qualifica del/i partecipante/i	(1) Direttore sanitario e (2) Direttore Assistenziale della AUSL101	MMG coordinatore del nucleo cure primarie	Dirigente medico del distretto	(1) Direttore Unità Operativa Complessa di Cure Primarie del Distretto 1 di Rovigo e responsabile sanitario dell'OdC; (2) Coordinatore infermieristico dell'OdC	Direttore Dipartimento del territorio, della fragilità e delle dipendenze (AUSL Sud-Est)	Coordinatore infermieristico-gestionale del distretto	Direttore del Distretto Socio-Sanitario n.2 (Termoli e Larino)	(1) Direttore di Dipartimento sanità Regione Puglia e (2) Direttore Servizio Assistenza Territoriale
Posti letto	24 = 14 (medicina interna) + 10 (degenza riabilitativa)	16 = 14 + 2 day hospital	21	29		12 = 10 + 2 (sollevio)	20	In totale, 118 attivi
Durata degenza	15-20 giorni	20 giorni	25-30 giorni	21 giorni	10-15 giorni	30-60 giorni	20 giorni (max 30-35)	20-30 giorni
Compartecipazione spesa	No	No	€25/giorno dal 61° al 90° giorno; €45/giorno dal 91° giorno	€25/giorno dal 61° al 90° giorno; €45/giorno dal 91° giorno	No	€35/giorno dal 61° giorno	No	No

Tabella 14.4 (segue)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7	Caso 8
Modalità accesso	Richiesta del reparto ospedaliero o su proposta del MMG o dell'assistenza domiciliare	Richiesta del reparto ospedaliero o su proposta del MMG al Nucleo Continuità Ospedale Territorio (NuCOT)	Richiesta del reparto ospedaliero o su richiesta del MMG alla Centrale Operativa Territoriale (COT)	Richiesta del MMG o del medico ospedaliero alla Centrale Operativa Territoriale (COT)	Richiesta del reparto ospedaliero o del MMG all'agenzia continuità ospedaliere-territorio (ACOT)	Richiesta del reparto tramite il nucleo ospedaliero o su richiesta del MMG	Su proposta del MMG e/o del medico ospedaliero concordando l'accreditazione con il coordinatore infermieristico dell'UDI	Richiesta del reparto ospedaliero o su richiesta del MMG
Responsabilità clinica	Medico direttore di struttura semplice	MMG (24h /settimana)	Medici del distretto	Medici del distretto o liberi professionisti (30h settimana)	MMG (30h/ settimana)	MMG	Medici del distretto e/o MMG	Medico direttore di distretto
Pazienti-tipo	Pazienti post ricovero, che necessitano di assistenza riabilitativa e/o assistenza continuata	Pazienti post ricovero per frattura del femore, ictus con emiparesi, o in terapia intensiva-rianimazione	Pazienti con patologie croniche, pazienti che necessitano cure mediche e/o riabilitative estensive	Pazienti anziani che necessitano di cure farmacologiche complesse o di riabilitazione post-ricovero e intervento	Pazienti anziani non autosufficienti che necessitano di assistenza infermieristica continuativa	Pazienti molto anziani neurologici, cardiologici, ematologici, oncologici	Pazienti fragili che richiedono cure di basso-medio livello provenienti sia del territorio che dall'ospedale	Pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica e/o in fase post-acuta
Pazienti terminali	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No
Pazienti COVID	Si	Si	Si	Si	Si (una parte delle strutture)	No	No	Si
Conversione a COVID hospital	Si	No	No	Si	Si (una parte delle strutture)	No	No	No
Sviluppi futuri	Punto di riferimento assistenziale tramite le funzioni del punto di primo intervento (PPI)	Telemedicina (progetto europeo in corso)	Auspicato aumento della collaborazione con strutture assistenziali territoriali	Auspicato aumento delle ore di presenza del medico	Aumento del numero di posti letto	Presenza in carico della cronicità e supporto all'assistenza domiciliare integrata ()	Sviluppo ulteriore del Presidio di cui l'UDI è solo una componente	Aumento del numero di posti letto complessivi



di radiologia, il servizio di urgenza sanitaria con il Punto di Primo Intervento (PPI) e il servizio 118 attivo h24; inoltre, alla struttura afferiscono anche l'ambulatorio e il *day hospital* multispecialistico, il centro dialisi e la pediatria di comunità. L'ospedale non presenta un reparto dedicato alle cure palliative, né posti letto dedicati o assimilabili a hospice. In totale, infatti, i posti letto sono 24 così distribuiti: 14 per la medicina interna e 10 di degenza riabilitativa. Per quanto riguarda il personale, il responsabile clinico e manageriale è rappresentato da un medico dipendente, identificato come direttore di struttura semplice; in area degenza vi operano cinque medici, che alternativamente operano e collaborano anche con il PPI e l'ambulatorio; gli infermieri sono in totale 25, di cui uno investito anche della funzione di *case manager* e sono gestiti da due coordinatori infermieristici; per quanto riguarda le altre professioni sanitarie, sono presenti 9 OSS, un fisioterapista e due tecnici di radiologia.

Riassumendo, sono fondamentalmente quattro le funzioni assistenziali principali erogate dall'OdC di Bobbio: (1) urgenza sanitaria di ambito medico, erogata tramite il servizio 118 e il PPI; (2) post-acuzie e riabilitazione, tramite la degenza riabilitativa; (3) gestione delle patologie croniche prevalenti, tramite l'ambulatorio multispecialistico e il servizio di DH; (4) funzioni consultoriali, intendendo con esse prevalentemente pediatria di comunità, prestazioni ambulatoriali ostetrico-ginecologiche e disturbi cognitivi. L'elemento costitutivo che caratterizza in modo peculiare l'esperienza di Bobbio riguarda il PPI: logisticamente locato al piano terra dell'ospedale, esso è costituito da un'area triage, un ambulatorio ordinario, una sala urgenze (con un posto letto), una sala di attesa esterna e un'area interna per i pazienti in barella. Sono fondamentalmente due le funzioni che il PPI svolge: da un lato, il primo intervento e l'assistenza urgente in caso di eventi accidentali e/o traumatici, in stretta connessione con il servizio 118; dall'altro, attraverso un lavoro di equipe multidisciplinare, si occupa della valutazione clinica complessiva del paziente, in base alla quale viene deciso se dimmetterlo, se ricoverarlo internamente o se, in casi più gravi, risulta necessario il trasferimento in ospedale per acuti. Oltre al PPI, esistono altre modalità attraverso cui il paziente può venire ricoverato in OdC: su indicazione dell'assistenza infermieristica domiciliare, su proposta del MMG o per il trasferimento da ospedale per acuti. In quest'ultimo caso, l'OdC assume la funzione propria di "ponte" tra ospedale per acuti e domicilio: i pazienti che hanno subito interventi complessi e che necessitano di un periodo di osservazione continuata e/o assistenza riabilitativa, vengono ricoverati per un breve periodo nell'OdC, al fine di recuperare la propria autonomia psicomotoria. Anche i dati recenti confermano la configurazione di questo target di pazienti: in particolare guardando ai dati del 2019, la grande maggioranza dei pazienti accedeva all'OdC dai reparti ospedalieri (il 57% dei pazienti totali), in secondo luogo per rilevanza numerica su indicazione del MMG curante e infine inviati da strutture residenziali e altre strutture territoriali, in caso di ri-acutizzazione

o aggravamento dello stato di salute. In generale, si tratta di pazienti con un elevato tasso di complessità clinica e co-morbilità, combinate spesso con una frequente necessità di stabilizzazione nella fase post-acuzie.

I principali punti di forza dell'OdC di Bobbio sono da riscontrare innanzitutto nell'equipe medica, che grazie ad un elevato grado di *rotation* e scambio tra le varie attività (assistenza in reparto di degenza, attività ambulatoriale, attività di urgenza sanitaria e di valutazione multidimensionale), può contare sulla formazione reciproca e continuativa di competenze. In secondo luogo, la storia dell'ospedale di Bobbio già lo identificava come una struttura in cui si è sempre posto in essere un forte legame ospedale-territorio (gli infermieri erogavano anche assistenza domiciliare); questo aspetto è stato poi ulteriormente incentivato e supportato, tramite l'integrazione della funzione di *case management*, l'attivazione dell'unità di valutazione multidimensionale post dimissione, l'integrazione tra PPI e servizio territoriale del 118. In terzo luogo, il PPI, fungendo da primo filtro, intercetta i bisogni e garantendo un punto di accesso attivo h24, fornisce un punto di riferimento essenziale per popolazione di riferimento, altamente distribuita e dislocata nelle zone territoriali circostanti. Il fatto di essere un punto di riferimento nell'area, per l'OdC di Bobbio è contemporaneamente un elemento distintivo ma anche una possibile criticità, nel momento in cui ci si trova a dover affrontare bisogni più complessi, che richiedono strumentazioni specialistiche e profili professionali specifici, non facilmente accessibili per la particolare collocazione geografica.

Durante la pandemia da Covid-19, l'ospedale è stato "convertito" a *Covid hospital*, garantendo assistenza a pazienti Covid residenti anche al di fuori dell'ambito territoriale di competenza. Durante il periodo di emergenza pandemica (marzo-maggio 2020), l'OdC di Bobbio ha assistito 31 pazienti Covid-positivi con un'età media di quasi 76 anni, utilizzando nel complesso 12-14 posti letto. La degenza media si è attestata a 14,3 giorni e su 31 pazienti, il 39% è stato dimesso al domicilio, il 13% in RSA, il 10% ri-ammesso in ospedale per acuti, mentre per il 23% risultano deceduti. Dei pazienti Covid, il 52% proveniva dal Pronto Soccorso, il 13% da case di cura, il 10% dall'unità di gastroenterologia, il 6% dalla medicina di urgenza.

A maggio 2021, l'OdC di Bobbio è stato dichiarato presidio "Covid free". Successivamente, è diventato ed è tuttora punto vaccinale periferico, dedicando a questa funzione tre pomeriggi alla settimana.

#### 14.4.2.2 L'OdC di Auronzo, Veneto

L'OdC di Auronzo (comune di circa 3.000 abitanti, distante 58 km da Belluno) fa parte dell'Unità Operativa Semplice Coordinamento Strutture Residenziali Intermedie che è una struttura interna all'Unità Operativa Complessa Cure Primarie, a sua volta afferente al Distretto Socio-Sanitario dell'Azienda ULSS N.1 di Belluno. L'ospedale è attivo dal 2005 e nasce come prima sperimenta-

zione della regione Veneto. Più propriamente, l'OdC si trova al primo piano di quello che è il Centro Sanitario Polifunzionale di Auronzo, che comprende anche un alloggio psichiatrico e un reparto di assistenza oncologica. L'OdC è dotato di 21 posti letto e, nel tempo, ha sviluppato sempre più una funzione prevalentemente riabilitativa: a disposizione della struttura vi sono quattro fisioterapisti che svolgono sia attività ambulatoriale per pazienti esterni non ricoverati nell'OdC, sia assistenza diretta ai pazienti interni, su richiesta del fisiatra territoriale di distretto. La responsabilità clinica è affidata ad un medico dipendente dell'ospedale, in quanto il diretto coinvolgimento dei MMG in struttura risulta di difficile attuazione, dato che afferiscono ad ambiti territoriali distanti e dislocati tra loro. In totale, gli infermieri sono 8 (6 a tempo pieno, 2 part time) mentre gli OSS sono 10.

Il target prevalente dell'ospedale è rappresentato da pazienti affetti da patologie croniche che necessitano di cure ospedaliere (specie dopo un periodo di ricovero in strutture per malati in fase acuta), pazienti da sottoporre a controllo sanitario protratto e/o a terapie mediche e riabilitative estensive, pazienti affetti da aggravamento dello stato generale di salute senza adeguato supporto familiare o ambientale. Il ricovero avviene generalmente attraverso la richiesta di accoglienza da parte del MMG oppure da parte del medico di un reparto ospedaliero; successivamente la richiesta viene valutata dal Direttore del Distretto Socio-Sanitario di Pieve di Cadore. Nel 2019, sono stati ricoverati 174 pazienti, con una degenza media di 31 giorni. Di questi, 80 sono stati dimessi al domicilio, 36 verso RSA e case di riposo, 23 riammessi in reparti per acuti in caso di riacutizzazione e aggravamento, 9 sono deceduti. Inoltre, l'OdC di Auronzo, pur non essendo integrato con un hospice, garantisce assistenza anche a pazienti terminali grazie alla collaborazione con un medico palliativista che presta consulenza in struttura e segue i pazienti a domicilio. La normativa regionale (DGR n. 433/2017 e successivo aggiornamento con DGR n. 1887/2019) impone una degenza massima di 30 giorni, dopo di che è prevista una spesa di compartecipazione di 25€/giorno dal 31esimo al 60esimo e di 45€/giorno dal 60esimo in poi. Il dato sulla degenza media, soprattutto se confrontato con altri contesti regionali, fa emergere un aspetto rilevante: i pazienti necessitano generalmente di periodi di ricovero più estesi, non tanto per complicazioni cliniche, quanto piuttosto per fragilità sociali o famigliari. Questo rappresenta un punto critico non indifferente, che evidenzia come l'OdC possa a volte diventare la risposta, sebbene non la più appropriata, anche per quei bisogni che dovrebbero invece essere trattati in altri *setting* assistenziali.

Con l'ospedale di Pieve (Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II), che dista circa 19 km dall'OdC di Auronzo, è stato istaurato un rapporto di collaborazione diretta. Ogni settimana, infatti, viene svolta una riunione a tema dimissione protetta, in cui si effettua una valutazione integrata sui pazienti ricoverati nell'OdC per decidere se e dove dimmetterli (al domicilio, presso RSA, etc.).

Quest'ultimo rappresenta uno dei principali punti di forza della struttura: nonostante le difficoltà imposte dal contesto territoriale, la collaborazione con i *setting* ospedalieri viene incentivata e supportata come elemento fondamentale di funzionamento dell'OdC, non solo come canale di "trasmissione" dei pazienti, ma anche come nodi integrati di un'unica rete di servizi, ospedale-territorio. Si tratta ovviamente di un processo lungo e non sempre facile, che presuppone fiducia reciproca tra le strutture, integrazione tra le modalità operative e di intervento, e che in parte risulta ancora da compiere.

Durante la pandemia, l'ospedale è stato utilizzato come reparto Covid, benché lo standard di assistenza erogato in queste strutture risulti normalmente più basso rispetto a quello richiesto da un paziente Covid. Si tratta infatti di un ospedale che non ha a disposizione medici specialisti h24 e la strumentazione adatta ad effettuare servizi di diagnostica per patologie complesse. In questo senso, dopo un primo periodo dettato dall'urgenza e dalla necessità di spazi, l'OdC è ritornato a svolgere la sua funzione primaria di assistenza sub-acuta e riabilitativa.

#### 14.4.2.3 Gli OdC in Puglia: l'esperienza dei PTA

In Puglia, la storia degli OdC è decisamente più recente rispetto ai contesti, ad esempio, di Emilia-Romagna e Veneto: inizia formalmente con il regolamento regionale 7/2017 di riordino della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. In particolare, l'art.8 è dedicato alla costituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) quali ex ospedali riconvertiti, perno dei servizi distrettuali e di integrazione tra territorio e ospedale. Nei PTA si accorpano i servizi territoriali e a seconda del fabbisogno e del contesto di offerta, possono essere presenti diverse funzioni: orientamento assistenziale e accesso unico (CUP, raccordo con unità di valutazione multidimensionale distrettuale, etc.); cure primarie e specialistica ambulatoriale; associazioni di MMG e pediatri e medici di continuità assistenziale; assistenza consultoriale e materno-infantile; degenza territoriale con OdC, hospice e centro risvegli e residenzialità sociosanitaria; salute mentale e dipendenze; riabilitazione; emergenza-urgenza con punti di primo intervento territoriale e servizio 118. Di norma, il PTA viene costituito presso il Comune sede del distretto sociosanitario e la responsabilità gestionale, organizzativa e sanitaria fa capo al Direttore del Distretto Socio-Sanitario, che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

L'OdC viene quindi identificato come struttura direttamente afferente e integrato al PTA, collocandosi nella compagine dei servizi territoriali. Attualmente quindi, i 118 posti letto complessivi degli OdC in Puglia afferiscono in larga misura a strutture globalmente integrate ai PTA. Tuttavia, vi sono alcune strutture, di più lunga data, come l'OdC di Cisternino (in Provincia di Brindisi, con 12 posti letto) che recentemente stanno procedendo ad una riconfigurazione strutturale, dislocando l'OdC al di fuori del PTA, in sedi autonome.

Il target di utenza degli OdC in Puglia sono i pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, in fase post-acuta e che vengono ricoverati in mancanza di un domicilio idoneo a garantire la corretta erogazione di assistenza domiciliare. Generalmente i pazienti registrano una degenza di 20-30 giorni, vengono ammessi su richiesta del MMG, ma più frequentemente provengono dagli ospedali per acuti, per un periodo intermedio tra ospedale e domicilio finalizzato alla riacquisizione dell'autonomia. Nell'OdC non vengono trattati pazienti terminali, allocati invece nelle strutture di hospice sempre ricomprese nel PTA. La responsabilità clinica e gestionale complessiva è affidata al Direttore di Distretto o su sua delega al Dirigente Medico responsabile delle cure primarie e intermedie del Distretto Socio-Sanitario. L'assistenza clinica è garantita dal personale medico e infermieristico, tra cui viene indentificato un coordinatore e un *case manager* che si occupa di gestire la relazione tra paziente e famiglia e tra le varie figure assistenziali che ne gestiscono la presa in carico. L'equipe assistenziale è composta inoltre da OSS e altri professionisti sanitari.

Ciò che caratterizza il contesto pugliese è l'estrema variabilità tra i PTA e quindi tra OdC, dato il diverso contesto locale e il relativo fabbisogno. Questo si riflette soprattutto sulla relazione tra OdC e MMG: negli ambiti territoriali circoscritti (come quello di Cisternino), la relazione e il coinvolgimento attivo degli MMG nelle dinamiche assistenziali dell'OdC risulta di più facile attuazione; nei contesti più estesi e con una dispersione di piccoli comuni molto più elevata (ad esempio l'area provinciale di Lecce, che include 96 comuni), è indubbio che le difficoltà in termini di ingaggio, coordinamento e gestione della medicina generale siano più sfidanti per l'OdC. Al momento attuale, non esiste un regolamento regionale che definisca in modo uniforme la relazione da instaurare tra la medicina generale e le strutture ospedaliere di comunità, ma questo elemento è ritenuto fondamentale e da chiarire, soprattutto in vista dell'ingente trasformazione voluta dal PNRR.

I principali vantaggi riscontrati nel "modello pugliese" riguardano da un lato la collocazione degli OdC all'interno di configurazioni più ampie (i PTA): questo permette infatti di avere ad una distanza ravvicinata diverse tipologie di servizi, ad intensità assistenziale più o meno elevata (ad esempio, la radiologia, i macchinari per la diagnostica, le analisi di laboratorio), necessari per un'assistenza complessiva del paziente. Dall'altro, l'OdC rappresenta una struttura finanziariamente sostenibile se comparata all'ospedale per acuti e rappresenta oggi una risposta essenziale per coprire tutto quel bisogno che l'ADI non riesce a soddisfare, in quanto ancora da potenziare. Questo, tuttavia, rischia di avere effetti controproducenti: se gli altri nodi del sistema non sono adeguatamente forti e capaci di rispondere al bisogno, vi è il rischio che l'OdC diventi una sorta di "jolly", utilizzato anche per pazienti che necessiterebbero di altre tipologie di assistenza, ma che in mancanza delle quali, verrebbero ricoverati e

assistiti in OdC. Questo comporterebbe l'effetto esattamente opposto a quello per cui gli OdC sono stati inseriti nella rete territoriale regionale, ovvero aumenterebbero l'inappropriatezza dei ricoveri e diminuirebbero quindi l'efficacia complessiva dei servizi di assistenza.

Durante la pandemia da Covid-19, gli OdC in Puglia sono stati utilizzati come strutture di assistenza per i pazienti Covid, usciti dalla fase acuta e con la necessità di ricevere assistenza e sorveglianza nel post-acuto.

#### 14.4.2.4 OdC della AUSL Toscana Sud-Est

L'azienda AUSL Sud Est è una delle tre aziende territoriali della Toscana e coinvolge le tre province di Arezzo, Grosseto e Siena. Gli OdC della Toscana nascono in larga misura come conversione di piccoli presidi ospedalieri che sono stati nel tempo accorpati e hanno assunto la configurazione di OdC, a partire da quello di Foiano, che rappresenta una delle prime esperienze della regione (fine anni '90). L'OdC di Foiano afferisce all'ambito territoriale dell'aretino, che include altri quattro OdC (ad Arezzo, Montevarchi, Bibbiena e Sansepolcro). La struttura di Foiano in particolare è dotata di 10 posti letto, di cui 7 dedicati alle cure intermedie e tre di hospice per pazienti terminali. Il personale della struttura è composto da 7 infermieri, 8 OSS, un coordinatore infermieristico e un medico coordinatore. Il modello organizzativo e le dotazioni infrastrutturali si ripresentano simili anche per altri OdC, afferenti ad ambiti territoriali differenti (come ad esempio nel senese, i quattro OdC presenti hanno tutti tra gli 11 e i 14 posti letto).

Recentemente, dal 2014 in poi, in particolare per l'AUSL Sud Est, la configurazione degli OdC è stata leggermente modificata con la collocazione di posti letto di cure intermedie direttamente all'interno di presidi ospedalieri; di fatto, nell'area Sud Est della Toscana convivono due realtà di OdC: da un lato strutture ad hoc, nate dalla riconversione di vecchi ospedali, dall'altro reparti di degenza di cure intermedie, inseriti in *setting* ospedalieri, a gestione territoriale. Questo secondo modello viene identificato come "modulo di continuità assistenziale" ed è esemplificativo della realtà di Arezzo dove, ad esempio, il reparto di cure intermedie assimilato a OdC si trova ricompreso nell'ospedale San Donato.

L'OdC si rivolge principalmente ad anziani a rischio di non autosufficienza o temporaneamente non autosufficienti e generalmente con co-morbilità; pazienti affetti da patologie croniche ad alto fabbisogno assistenziale, durante i periodi di riacutizzazione o nelle fasi post-acute; pazienti non sostenuti o con scarso supporto familiare, in alternativa all'ADI; pazienti in fase di pre-ospedalizzazione o di recupero successivo al momento acuto ospedaliero. Anche nel caso della Toscana, nonostante sia imposta una degenza standard di 10-15 giorni, si riscontra il rischio di ricoverare pazienti con fragilità sociali/famigliari, che provocano criticità in termini di degenza complessiva della struttura,

in quanto, non essendo dotati di un contesto di supporto adeguato, anche se clinicamente dimissibili, non possono essere inviati a domicilio o altro setting. In alcuni OdC (prevalentemente quelli con sede propria, quindi escludendo i moduli di continuità assistenziale in presidi ospedalieri), alcuni posti letto vengono dedicati all'assistenza di pazienti oncologici e/o terminali.

L'inserimento del paziente in OdC avviene generalmente su segnalazione del MMG o del medico ospedaliero. La segnalazione viene mandata all'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (ACOT) dell'ambito territoriale riferimento, che svolge una valutazione in merito all'appropriatezza della segnalazione e definisce il percorso di continuità assistenziale del paziente. L'ACOT opera secondo logiche multiprofessionali ed è costituita generalmente da un medico di comunità (dipendente USL), un infermiere, un assistente sociale, un fisioterapista e si avvale anche delle consulenze specifiche, tipicamente di geriatra e fisiatra<sup>5</sup>. L'obiettivo di questa valutazione è comprendere il *setting* più adatto per il paziente, in base ad una considerazione multidimensionale del bisogno espresso. Generalmente il paziente ricoverato in OdC viene dimesso a domicilio, con l'eventuale attivazione di assistenza domiciliare affiancata anche dal tecnico di riabilitazione, dove necessario.

A differenza di altri contesti regionali, dove la collaborazione tra OdC e MMG non è così semplice, in Toscana è una realtà di fatto. La figura del MMG, infatti, viene coinvolta direttamente nel lavoro di valutazione svolto dall'ACOT, con cui viene deciso il percorso del paziente, sia in fase di eventuale ingresso sia nella fase di dimissione.

I vantaggi offerti dall'OdC nell'ambito del Sud Est toscano vengono riscontrati soprattutto nel contesto sociale e demografico di questa zona: caratterizzata da una densità abitativa bassa, quindi con una dispersione geografica della popolazione significativa, un'età media elevata, una percentuale alta di anziani che vivono soli o a rischio grave di non autosufficienza. Tutti questi elementi insieme evidenziano come il rientro a domicilio non sia una realtà facilmente attuabile per il target considerato, che anzi necessita di un'assistenza continuata. L'OdC viene quindi interpretato come struttura essenziale per soddisfare i bisogni di una popolazione che invecchia a ritmi elevati e che si confronta con una rete assistenziale formata da poli ospedalieri sempre più specializzati e "settoriali". Come già evidenziato per altri contesti regionali, l'OdC non può però rispondere ad un bisogno che è solamente sociosanitario: è necessario riflettere sull'attuale *mission* di questa struttura e interrogarsi se stia intercettando il bisogno adeguato.

---

<sup>5</sup> L'inclusione dell'assistente sociale nel team multidisciplinare comporta che vi sia una valutazione anche di tipo sociale del bisogno (guardando, ad esempio, le condizioni di vita e familiari del paziente); in questo senso, la valutazione può anche determinare l'accesso per il paziente e la sua famiglia ad alcuni contributi economici, come l'indennità di accompagnamento o di invalidità.

Durante la pandemia, alcuni OdC sono stati utilizzati per assistere i pazienti Covid nella fase post-acuta, quindi con quadro clinico stabilizzato ma con la necessità di essere ancora sorvegliati h24. Questo perché, soprattutto per i pazienti anziani, la fase di “ripresa” post Covid e di completa negativizzazione al virus si è dimostrata essere piuttosto lunga, comportando la necessità di allocare il paziente in una struttura “intermedia”, prima della dimissione al domicilio o presso RSA. Nel caso della Toscana, non si può propriamente parlare di conversione a *Covid hospital*, dato che negli OdC sono stati ricoverati anche pazienti non Covid, nel reparto di degenza di medicina interna.

#### 14.4.2.5 L’OdC di Modigliana, Emilia-Romagna

L’OdC di Modigliana afferisce alla AUSL della Romagna, Distretto di Forlì, Dipartimento di Cure Primarie. La struttura nasce nel 1996 come struttura sperimentale (*country hospital*) per mettere fine a manifestazioni di piazza di cittadini che non accettavano la chiusura dell’ospedale. L’OdC è al servizio di una vallata periferica che include i comuni di Modigliana e Tredozio. Nella fase iniziale l’OdC e la RSA avevano una gestione comune, poi sono stati separati (l’OdC si è trasferito in un’ala ristrutturata dell’edificio). I posti letto erano inizialmente 20. Nel 2015, avviene il riconoscimento formale come OdC, il finanziamento diventa regionale e vengono eliminate forme di compartecipazione alla spesa (precedentemente, €41/giorno dopo il ventesimo). L’OdC è tenuto ad utilizzare il software gestionale della AUSL – Log80 (per cartelle cliniche informatizzate, prenotazioni visite specialistiche, ecc.). Nella struttura operano tre MMG (per 8 ore / settimana ciascuno) che effettuano visite, prolungamento e controllo delle terapie, richiesta esami e visite specialistiche all’ospedale di Forlì. Attualmente, ci sono 14 posti letto e 2 dedicati al *day hospital* (medicazioni, flebo, ecc.). L’assistenza infermieristica è garantita h24, a cui si aggiunge quella fornita dalle OSS; per la riabilitazione, sono disponibili un fisioterapista (tutti i giorni) e un fisiatra (una volta a settimana). La degenza standard è 20 giorni, ad eccezione dei pazienti terminali. Nella struttura, ubicata presso la Casa della Salute, sono presenti un servizio di radiologia ed ecografia, e diversi ambulatori specialistici (es. per le patologie croniche); inoltre, hanno sede il servizio di 118 e guardia medica, il servizio sociale e il servizio di psichiatria territoriale.

I pazienti provengono dall’ospedale per acuti (Faenza o Forlì) o dal domicilio. La proposta di ricovero proviene dal MMG previa valutazione del Nucleo Continuità Ospedale Territorio (NuCOT). Nel 2020, ci sono stati 113 ricoveri, con età media dei ricoverati pari a 80. Nell’80-90% dei casi, sono persone già seguite in ambulatorio dagli MMG. I casi clinici più frequenti sono pazienti post ricovero per frattura del femore, ictus con emiparesi, o in terapia intensiva-rianimazione (negli ultimi mesi, soprattutto per Covid). Ci sono anche pazienti psichiatrici (in attesa di trasferimento in strutture protette), oncologici o



infettivi (es. HIV). Nell'ultimo anno si è verificato un allargamento del bacino di utenza con ingresso di pazienti, prevalentemente neurologici e ortopedici, provenienti da altri comuni (diversi da Modigliana e Tredozio) per effettuare la riabilitazione presso l'OdC. Sono ricoverati anche pazienti terminali (prevalentemente oncologici e cardiologici), ancor di più a seguito della pandemia durante la quale è venuta meno l'attuazione di molti protocolli ospedalieri. In caso di necessità, vengono attivate le cure palliative in sinergia con gli hospice di Forlimpopoli e Ovadola.

I rapporti con gli altri servizi sociosanitari territoriali sono molto collaborativi in quanto sono tutti presenti nella stessa struttura (Casa della Salute). L'assistente sociale è coinvolta in caso di dimissione protetta (della durata di un mese). Un'infermiera dell'OdC gestisce l'ADI, attualmente molto limitata per il rischio di contagio. Analogamente, i rapporti con gli ospedali per acuti (Faenza e Forlì) sono ottimi. L'OdC presenta costi inferiori e consente di alleggerire il carico di lavoro sugli ospedali, evitando di ricoverare (o di mantenere ricoverati) pazienti in fase non-acuta.

Secondo l'intervistato, il vantaggio principale dell'OdC consiste nella miglior gestione di pazienti anziani, aumentati nella vallata negli ultimi anni. Il ricovero in OdC consente alle famiglie di avere il tempo di organizzare il rientro a casa (con carrozzina, sollevatore, ossigeno terapia...). Il servizio è ancora migliore se, come in questo caso, l'OdC è contiguo alla Casa della Salute. In generale, i residenti preferiscono essere ricoverati in OdC, ancor di più con la pandemia per paura di contagiarsi in ospedale. Per urgenze, i pazienti vengono inviati a Faenza ma spesso dopo i primi accertamenti ritornano all'OdC.

La principale evoluzione di questo OdC, accelerata dal Covid, riguarda la telemedicina. L'OdC ha recentemente aderito ad un progetto europeo e un'infermiera è stata appositamente formata a tal scopo. Questo nuovo modello riguarda principalmente i pazienti cardiologici in età relativamente giovane, in quanto richiede l'utilizzo di strumenti informatici quali smartphone, video, misuratori di peso e pressione. Tali strumenti sono collegati mediante wireless ad un sistema di *alert* che viene immediatamente recepito dal sistema. La sfida futura è mettere maggiormente in rete il domicilio, l'OdC e l'ospedale per acuti.

Durante la pandemia, l'OdC non è stato convertito a *Covid hospital*. Nella fase iniziale, la struttura ospitava pazienti dimessi precocemente dall'ospedale per acuti che rischiavano di contrarre il Covid. Alla fine del 2020 il Covid ha colpito anche l'OdC, che è stato diviso in due parti (Covid e non-Covid); non si è verificato alcun contagio tra il personale. Durante la pandemia, la degenza media è aumentata (senza limitazioni) a causa dell'isolamento preventivo di 8 giorni, e l'occupazione dei posti letto si è dimezzata (7-10 ricoverati su 14 posti letto).

#### 14.4.2.6 L'OdC di Trecenta, Veneto

L'OdC di Trecenta nasce nel 2007 come struttura territoriale sperimentale H-RSA (RSA intraospedaliera) inserita all'interno dell'ospedale a supporto dell'U.O. di Ortopedia per effettuare la riabilitazione motoria e consentire un rientro al domicilio o un trasferimento in RSA (ex casa di riposo) in condizione di maggior autonomia. I familiari venivano istruiti alla gestione delle disabilità o delle abilità residue. Nel tempo, l'OdC ha esteso l'accoglienza a pazienti provenienti da altri reparti (altre chirurgie, geriatria, medicina, neurologia) e dal contesto domiciliare o dell'ADI (es. per nutrizione artificiale, inserimento di catetere venoso centrale o sondino naso-gastrico), in quest'ultimo caso anche per ricoveri brevi (24-48 ore). I Comuni, tramite gli assistenti sociali, hanno usufruito della struttura per il ricovero di pazienti senza *caregiver* o con *caregiver* ammalati ed evitare ricoveri impropri di tipo sociale in ospedale. Nel 2015 è avvenuto il riconoscimento formale come OdC.

L'accesso avviene mediante richiesta del MMG o del medico ospedaliero alla Centrale Operativa Territoriale (COT) che valuta l'appropriatezza del caso e inserisce il paziente in una lista di attesa. La richiesta viene trasferita al medico e al coordinatore infermieristico dell'OdC. Una volta a settimana viene tenuta una riunione in cui si confronta la graduatoria con la disponibilità di posti letto. In caso di urgenze con motivazione dichiarata (es. mancanza di *caregiver*) si salta la graduatoria. C'è un protocollo di intesa con il territorio e con i reparti ospedalieri circa la tipologia di assistiti che possono essere accolti. In generale, sono pazienti in condizioni di autosufficienza che devono effettuare una terapia antibiotica (o di altri farmaci) complessa (con più somministrazioni al giorno), oppure parzialmente o non autosufficienti che necessitano di un periodo di riabilitazione (grazie alla presenza di un fisioterapista) o di altri interventi (es. rimozione di una gastrostomia endoscopica percutanea – PEG o di un sondino naso-gastrico) prima di rientrare al domicilio in condizioni di maggiore autonomia possibile. Nell'OdC vengono effettuate radiografie, ecografie, TAC ed esami ematochimici di base. La spesa è a carico della Regione per degenze entro i 30 giorni, e per degenze comprese tra 31 e 60 giorni laddove il medico dell'OdC certifichi la necessità di prosecuzione delle cure. La compartecipazione alla spesa subentra dopo il sessantesimo giorno. La degenza standard è di tre settimane. L'OdC è ubicato al quarto piano dell'ospedale per acuti di Trecenta. Nella struttura lavorano medici della UOC Cure Primarie (geriatri o internisti) e liberi professionisti (spesso ex MMG in pensione o neolaureati) per un totale di 30 ore alla settimana. I ricoverati sono prevalentemente pazienti con età superiore a 65 anni, già diagnosticati e stabilizzati, con necessità di consulenze cardiologiche o controlli radiologici o ortopedici, che vengono ricoverati in OdC per garantire una dimissione sicura ed evitare accessi futuri in PS. Ci sono anche pazienti più giovani con dipendenze da alcol o droghe o problematiche socioassistenziali varie e pazienti oncologici

terminali in mancanza o in attesa di posti letto all'hospice (raramente avviene il decesso in OdC).

La collaborazione con gli MMG e gli assistenti sociali è molto stretta e i contatti avvengono di frequente tramite telefono o e-mail per condividere le caratteristiche dei pazienti e le modalità di azione, e concordare la data e la modalità di dimissione (rientro a domicilio o eventuale ingresso in struttura). Le decisioni vengono poi formalizzate mediante l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD) che raggruppa medici, infermieri e assistenti sociali per decidere l'ingresso e la dimissione. Gli infermieri delle cure primarie sono ubicati al piano terra dell'ospedale e collaborano con l'OdC in fase di dimissione. Avvengono frequentemente passaggi da OdC a ADI e viceversa (ad esempio, laddove sia stata sottovalutata la capacità del *caregiver*). La collaborazione con gli assistenti sociali e l'ADI consente di mantenere breve la degenza in OdC. Trovandosi all'interno dell'ospedale, anche la collaborazione con i reparti è molto stretta, prevalentemente con quello di medicina. Se il paziente si aggrava, viene rimandato al PS e poi ricoverato in reparto ospedaliero, senza necessità di chiamare un'ambulanza. Si possono effettuare richieste di consulenze specialistiche o esami. Spesso sono gli stessi colleghi ospedalieri a valutare la possibilità di ricovero presso l'OdC, a cui segue la formalizzazione della COT. Il PS contatta l'OdC per il ricovero in caso di accessi impropri per problemi sociali, che vengono qualificati come urgenze e saltano la graduatoria.

L'OdC supporta gli MMG per la gestione di casi difficili sul territorio (infatti, attualmente gli MMG si lamentano per la protratta conversione a *Covid hospital*). Il personale è molto motivato e interessato anche a temi sociali. Trovandosi all'interno dell'ospedale, la struttura può usufruire di maggiori servizi e consulenze. Tuttavia, anche per carenza di posti letto ospedalieri, e in deroga alla normativa nazionale, spesso dai reparti provengono richieste di inserimento di pazienti più impegnativi rispetto a un OdC tradizionale. Secondo l'intervistato, il rischio è che l'OdC venga erroneamente inteso come un reparto ospedaliero di lungodegenza. Per gestire i casi più complicati, la presenza del medico dovrebbe essere estesa a 12 ore/giorno. La reperibilità pomeridiana non è sufficiente e spesso ci si deve rivolgere al reparto di medicina (anche di notte). Con il ritorno a ospedale non Covid, le notti e i prefestivi e festivi saranno coperti dalla continuità assistenziale (*ex guardia medica*).

L'ospedale di Trecenta è stato l'unico ospedale convertito a *Covid hospital* nella ULSS5, coordinato dai tre responsabili dell'OdC, della medicina e della pneumologia. Anche l'OdC è stato convertito in OdC-Covid con delibera regionale del 18-03-20 e ha subito sei passaggi di stato (Covid – no Covid) fino ad oggi. I medici (spesso giovanissimi) dell'unità speciale di continuità assistenziale (USCA) hanno operato non solo sul territorio ma anche nell'OdC e nei reparti Covid, trasferendo i pazienti lungo il percorso reparti ospedalieri – OdC – territorio. L'azienda ha nominato il coordinatore infermieristico del

servizio di emergenza-urgenza a supporto dei medici dell'USCA. L'esperienza è stata molto difficile per il personale, che ha accusato stanchezza e disagio, anche a causa della sospensione delle ferie per 7-8 mesi. Ci sono state turnazioni in altri reparti Covid dell'ospedale e provenienza di infermieri dal reparto di medicina. Non ci sono stati casi di contagio tra il personale. L'OdC era percepito positivamente dai pazienti, come ultima tappa prima di tornare a casa. È stata creata una vetrata all'ingresso del reparto tramite la quale avvenivano gli incontri tra pazienti e familiari. Al momento della negativizzazione la dimissione avveniva piuttosto rapidamente. Pochi pazienti si sono aggravati durante il ricovero, e trasferiti a reparti intensivi o sub-intensivi dell'ospedale, oppure deceduti.

#### 14.4.2.7 L'OdC di Demonte, Piemonte

L'OdC di Demonte, in alta Valle Stura, è nato come struttura sperimentale tra il 2007 e il 2009 a seguito della riorganizzazione dell'attività territoriale e a garanzia della continuità assistenziale. Sul territorio era già operativo un servizio di cure domiciliari ma, su forte spinta della comunità montana, si voleva sperimentare un'attività di ricovero per pazienti con problematiche socio-sanitarie difficilmente gestibili a domicilio (anche per assenza di *caregiver*). La proposta si è concretizzata tramite l'accordo con gli MMG organizzati in medicina di gruppo. L'OdC è collocato su un piano di una struttura aziendale della ASLCN1, distretto di Sud-Ovest, che in passato era utilizzata per l'erogazione di servizi sanitari e sociali. Attualmente, la struttura ospita un centro servizi polivalente, inquadrato come Casa della Salute, che include: (1) uno sportello amministrativo per funzioni di prenotazione e accettazione, scelta e revoca MMG, avvio pratiche burocratiche, scelta protesi e ausili; (2) un ambulatorio infermieristico gestito dalle infermiere delle cure domiciliari presenti nella vallata che svolgono nell'ambulatorio prestazioni come prelievi, medicazioni, ecc. (3) un ambulatorio della salute per la presa in carico di pazienti con problemi di cronicità; (4) il gruppo di cure primarie (MMG); (5) una postazione di guardia medica con attività ambulatoriale programmata per fasce orarie diurne, inclusi festivi; (6) una struttura residenziale per disabili gestita dal servizio socio-assistenziale di Cuneo; (7) una comunità alloggio gestita dal Comune di Demonte in associazione con i servizi socio-assistenziali.

L'OdC aveva inizialmente 20 posti letto più 10 posti letto utilizzati come "sollievo" con pagamento di quota da parte dell'utente. Nel corso degli anni, a seguito di cambiamenti organizzativi e del profilo dell'utente e di contrazione del personale, i posti letto sono scesi a 10 (più 2 di sollievo), per i quali sono sempre presenti (h24) un infermiere e un OSS (con il supporto di un coordinatore infermieristico). L'assistenza medica è fornita dagli MMG della vallata, che predispongono anche i ricoveri presso la struttura. I pazienti provengono da tutta la provincia e vengono seguiti prevalentemente dai propri MMG, con

supervisione di un medico del distretto (o dallo stesso direttore del distretto). L'accesso alla struttura avviene: (1) per situazione di criticità in dimissione ospedaliera tramite il nucleo ospedaliero continuità di cure e il nucleo distrettuale che valutano le esigenze dell'utente oppure (2) su indicazione degli MMG richiedenti sulla base di determinati requisiti (complessità clinica, patologia invalidante, assenza di *caregiver*...). I pazienti sono collocati generalmente in una lista di attesa prima di accedere alla struttura. I turni infermieristici sono 6-14, 14-21, 21-6. La fornitura di materiale è in capo alla ASL tramite la farmacia interna. La dotazione tecnologica è basilare: apparecchi per la saturazione, elettrocardiogramma, esami ematochimici che vengono inviati al punto prelievo (in passato era presente un servizio di radiologia, successivamente terminato). Nell'OdC vengono effettuate prevalentemente terapie, mentre le consulenze specialistiche vengono erogate nelle strutture ospedaliere dove sono inviati temporaneamente i pazienti. Non è prevista compartecipazione alla spesa per 30 giorni prorogabili fino a un massimo di 60 per comprovate difficoltà valutate in sede distrettuale anche tramite il coinvolgimento dell'unità di valutazione geriatrica; oltre i 60 gg, sono disponibili due posti letto di sollievo con partecipazione alla spesa pari a €35/giorno. Nel 2020, i ricoveri sono stati 87. I pazienti sono molto anziani, spesso ultraottantenni. In rari casi, vengono ricoverati anche pazienti giovani (es. un cinquantenne tetraplegico con lesioni da decubito). La maggior parte sono pazienti neurologici, cardiologici, ematologici, o oncologici in fase di terminale per cui non è possibile il passaggio in hospice. Questi ultimi spesso utilizzano l'OdC per un periodo di sollievo, seguito da un rientro a domicilio con il servizio di cure domiciliari, in collaborazione con il personale dell'OdC; in questi casi, comunque, si possono effettuare deroghe alla durata della degenza. L'OdC si interfaccia con l'ospedale per acuti in due modi: (1) tramite richieste di consulenze, esami o visite programmate, per effettuare le quali il paziente viene trasportato in ospedale mediante mezzo sanitario; (2) tramite nucleo distrettuale che comunica con il nucleo ospedaliero.

Secondo l'intervistato, la possibilità di ricoverare i pazienti in una struttura con assistenza infermieristica garantita permette di gestire meglio l'assistenza territoriale. L'OdC consente di prendere in carico situazioni difficilmente gestibili a domicilio (per assenza o età elevata di *caregiver*, complessità della patologia), e di riservare l'ospedale per acuti alle situazioni di vera acuzie. Infatti, attraverso l'OdC viene alleggerito il carico sull'ospedale e si evitano riacutizzazioni al domicilio. L'OdC risulta essere un modello vantaggioso soprattutto se inserito in un centro servizi (Casa della Salute) in vallate dove l'accesso ai servizi è più difficile. La presa in carico della cronicità (pazienti diabetici, neurologici, cardiopatici, con BPCO) può passare attraverso queste strutture per effettuare un ricovero temporaneo in una situazione di acuzie con il supporto dei MMG ed eventualmente specialisti che fanno capo all'ambulatorio della salute. L'OdC, inoltre, può fornire supporto alle cure domiciliari che sempre

più spesso hanno in carico pazienti neoplastici offrendo loro la possibilità di ricoverarli, previa integrazione con figure mediche di altro tipo (palliativologo) o fornitura di farmaci o presidi ad hoc (es. elastomeri). L'OdC non deve diventare una para-lungodegenza o para-RSA, ma deve avere un ruolo autonomo rispetto ad altre strutture territoriali.

Nel corso della pandemia, la scelta aziendale è stata di non ricoverare pazienti positivi o di dubbia positività. Sono comunque capitati (pochi) pazienti positivi. Al fine di contenere il rischio di contagio, sono state utilizzate stanze dismesse per effettuare i tamponi e garantire l'isolamento preventivo di 14 giorni e sono stati ridotti gli ingressi allo stretto indispensabile (soprattutto nella prima fase di pandemia).

#### 14.4.2.8 L'UDI di Larino, Molise

Larino è un comune della Regione Molise con circa 6.000 abitanti che dista 27 km da Termoli, dove è presente l'ospedale regionale più vicino, e 54 km da Campobasso, il capoluogo regionale dove è presente uno dei due ospedali "hub" molisani regionali.

L'origine dell'OdC di Larino è legata alla trasformazione dell'Ospedale "Vietri" operata nel 2012. L'Ospedale venne chiuso per dar posto ad un centro polifunzionale con una varietà di servizi, tra cui l'Unità di Degenza Infermieristica (UDI). Pertanto, rispetto alla definizione di OdC usata in questo testo, il riferimento è alla sola UDI anche se è da sottolineare l'importanza del contesto in cui è inserita, contesto che le permette una gestione dei pazienti a spettro più ampio rispetto a realtà in cui i posti letto a gestione infermieristica non beneficiano di servizi "contigui". Infatti, l'ex ospedale di Larino è stato riconvertito in una struttura multivalente che offre servizi di riabilitazione residenziale, di natura sia intensiva che estensiva, un ambulatorio infermieristico/chirurgico, e una varietà di servizi medico-specialistici e diagnostici (ad es. nefrodialisi, radiologia, endoscopia). La struttura dell'ex ospedale ospita anche una RSA. Sono presenti nella struttura numerosi medici specialisti, tra cui 2 radiologi, un chirurgo, 2 fisiatri, un cardiologo. La struttura dispone anche di un'unità prelievi ed offre assistenza domiciliare, cure palliative e il servizio di Punto Unico di Accesso. Al fine di questo capitolo è quindi importante tenere conto che l'OdC è un modulo di degenza a gestione organizzativa ed assistenziale infermieristica all'interno di un contesto ricco di servizi.

Fisicamente il modulo di UDI è collocato ad un piano della struttura del vecchio ospedale. Il modulo offre 20 posti letto e registra una degenza media di circa 20 giorni, con punte massime di 30/35 giorni. Le responsabilità di ordine clinico sono in capo a medici del distretto mentre la gestione è infermieristica. In linea con la normativa, i pazienti ricoverati presso l'OdC presentano bisogni bassi e medio-bassi sotto il profilo sanitario ma non sono nelle condizioni di essere assistiti a domicilio. Tuttavia, è da rilevare che i servizi offerti dall'intera

struttura permettono un potenziamento delle tradizionali attività offerte ai pazienti in OdC, come ad esempio farmaci avanzati o cure palliative.

Il caso dell'OdC di Larino appare rappresentativo di una tipologica di OdC che si può rintracciare nella realtà italiana sia per l'assetto organizzativo ed operativo sia per la sua genesi. Partendo dalla genesi, anche in questo caso si registra la creazione di un OdC a partire dalla riconversione di un presidio ospedaliero. La nuova struttura di ricovero a gestione infermieristica nasce e si sviluppa in un processo di trasformazione che compensa la comunità della perdita dell'ospedale in senso proprio e può contare su una parte del personale che, non spostando la propria sede di lavoro, trova facilmente una ricollocazione. Da un punto di vista organizzativo, è utile rilevare che la gestione medica è in capo a medici del distretto (e non MMG) e che, benché autonomo, l'OdC si configura come una unità di una struttura assistenziale polivalente da cui può attingere facilmente risorse e competenze (ad esempio, in termini di accesso a tecnologie o competenze specialistiche).

Proprio la possibilità di ampliare i servizi offerti dall'OdC rappresenta una delle possibili criticità per l'esperienza. È stato infatti riscontrato il rischio di volere riconfigurare l'OdC in ospedale di montagna, cercando di farlo ritornare ospedale nel senso più tradizionale del termine. Come anche in altri casi analizzati, la spinta della politica locale è verso l'innalzamento del livello assistenziale, inserendo nuove tecnologie, potenziando la parte medica e sviluppando la medicina di pronto soccorso. Ciò si scontra però con la natura stessa dell'OdC che dovrebbe accogliere pazienti sub-acuti o comunque che non necessitano di cure ospedaliere specialistiche. Spingere l'OdC verso un profilo ospedaliero finisce per metterlo in conflitto con la sua natura di cerniera tra ospedale e domicilio del paziente (o residenza protetta) e rischia di creare setting assistenziali non appropriati per interventi medici e chirurgici che richiedono il contesto di un ospedale adeguatamente attrezzato e staffato.

## 14.5 Discussione

L'esercizio di mappatura ha rivelato un contesto estremamente eterogeneo degli OdC a livello nazionale, per tipologia di strutture, *mission* agita, funzioni svolte e attività erogate, e personale operante. Il quadro è stato approfondito attraverso gli otto casi-studio, rappresentativi di realtà fortemente differenziate tra loro, ma che hanno evidenziato alcuni aspetti in comune.

Innanzitutto, da più parti è stato evidenziato l'importanza degli OdC nel fronteggiare le esigenze di una popolazione sempre più anziana<sup>6</sup> e nel soppe-

<sup>6</sup> Secondo l'ISTAT, gli over 75 in Italia sono oltre 7 milioni; di questi, il 40% non vive nello stesso comune del figlio e il 9% è solo e senza figli.

rire ad un'assistenza familiare spesso inadeguata per assenza di *caregiver* o *caregiver* di età avanzata (generalmente il coniuge), a causa dello sfaldamento dei nuclei familiari e dell'emigrazione dei giovani dalle aree più periferiche e con scarse prospettive occupazionali.

In secondo luogo, il principale vantaggio dell'OdC, a detta degli intervistati, è quello di offrire agli anziani residenti la possibilità di essere ricoverati, e non soltanto assistiti ambulatorialmente, nel proprio contesto abitativo e da personale medico e infermieristico che, in molti casi, è a loro già noto. Il rischio, tuttavia, è quello di far intendere l'OdC come una sistemazione permanente per l'anziano congiunto con conseguente allungamento dei tempi di ricovero oltre quelli previsti per queste strutture. In diverse realtà, la compartecipazione alla spesa dopo un certo numero di giornate è finalizzata proprio a incentivare le famiglie nell'organizzare l'assistenza al domicilio o nel cercare una sistemazione residenziale alternativa (es. RSA) in tempi brevi.

In ultimo, va ricordato che l'impatto dirompente della pandemia di Covid-19 è avvenuto a tutti i livelli dell'erogazione dei servizi sanitari, incluso quello 'intermedio' degli OdC. Le evidenze sul tema sono ancora limitate, e inesistenti per l'Italia. Un contributo recentemente pubblicato sul *BMJ Opinion* ha rivelato come fossero cambiate repentinamente le modalità operative di un OdC nell'*Oxfordshire* durante la seconda ondata pandemica. Il ricovero di pazienti positivi ha richiesto maggiori abilità del personale nella gestione dei pazienti (ad es., per la somministrazione dell'ossigeno) e nella comunicazione con i familiari (esclusivamente mediante videochiamate). Allo stesso tempo, l'autore ha riportato come tale esperienza abbia rafforzato la collaborazione tra i membri dello staff, aumentato le competenze professionali e migliorato le capacità di comunicazione e di gestione dello stress.

Le esperienze riportate nei nostri casi studio hanno mostrato come le conseguenze della pandemia siano state affrontate in modo differente, a seconda del fabbisogno locale e delle disponibilità. Alcune strutture, come quella di Trenta, interamente e formalmente convertite a *Covid hospital*, altre (es. Modigliana, OdC di Foiano in Toscana) parzialmente adibite al ricovero di pazienti positivi, con conseguente suddivisione dei posti letto in "sporchi" e "puliti", ed altre ancora (Demonte) che per scelta istituzionale non hanno ammesso pazienti risultati positivi al virus. Le strutture del primo (e secondo) tipo hanno riportato un aumento considerevole delle criticità connesse all'attività di cura, un livello di competenze e di stress più elevati in capo al personale, un allungamento dei tempi di degenza, e un maggior richiesta di ricovero presso gli OdC per evitare il rischio di contrarre il virus in ospedale, o per la sospensione dei normali protocolli ospedalieri. La pandemia, in taluni casi (Modigliana), ha dato un impulso allo sviluppo della telemedicina.



## 14.6 Riflessioni sul futuro degli ospedali di comunità

Come riportato nel paragrafo 14.2.2, la recente normativa ha fornito un quadro più preciso della situazione degli OdC in Italia e numerosi spunti di riflessione sulla loro possibile evoluzione futura. In particolare, il sopracitato documento Agenas (Box 14.1) ha individuato in modo più approfondito rispetto al passato il profilo di utenza degli OdC.

Riprendendo in analisi le quattro tipologie di pazienti indicate nel documento, possiamo vedere come la tipologia a) richiami un ricovero in una struttura non ospedaliera ma comunque in grado di fornire una protezione infermieristica e parzialmente medica. In questo caso, si può immaginare un paziente anziano, affetto da una polmonite che necessita di essere monitorato ed eventualmente ossigenato. Per questa fattispecie l'elemento distintivo è l'evitare un ricovero ospedaliero a favore di un ricovero più "leggero", cioè senza la necessità di assistenza medica e tecnologica intensiva. La tipologia b) riguarda pazienti che terminano la spedalizzazione in senso proprio, perché hanno concluso il percorso diagnostico terapeutico, ma che necessitano di assistenza infermieristica. In questo caso l'OdC interviene per ridurre la degenza ospedaliera o in sostituzione di assistenza infermieristica domiciliare. La tipologia c) ha invece una motivazione non strettamente clinica. L'OdC è il luogo dove paziente e *caregiver* vengono addestrati e abituati a gestire nuove terapie, medicinali, dispositivi medici e protesi. Infine, la tipologia d) fa riferimento a interventi riabilitativi e di ri-educazione. Qui sembra implicita la necessità di figure specifiche da inserire nel personale degli OdC come educatori e fisioterapisti. È infine importante ricordare che il documento di Agenas non prevede che gli OdC ricoverino pazienti terminali in quanto raccomanda una dotazione capillare di hospice. Queste quattro tipologie di pazienti eleggibili per gli OdC appaiono particolarmente importanti perché possono permettere una prima valutazione di coerenza con l'attuale utenza degli OdC. Purtroppo, il documento di Agenas è stato reso disponibile ad interviste già fatte e non è quindi stato possibile effettuare un riscontro empirico. Tuttavia, l'impressione di chi scrive è che, nella pratica attuale, queste tipologie siano presenti anche se non simultaneamente in tutte le strutture. Gli OdC analizzati in questo capitolo tendono ad avere vocazioni diverse e tendono quindi a ricoverare pazienti con bisogni e profili assistenziali diversi, inserendosi nell'ambito di un'offerta già esiste sul territorio nazionale.

Sotto il profilo delle responsabilità, il documento di Agenas conferma i contenuti di precedenti disposizioni. L'OdC è a gestione multidisciplinare, multi-professionale e interdisciplinare con responsabilità igienico-sanitaria in capo ad un medico, responsabilità clinica sui singoli pazienti in capo a medici dipendenti o convenzionati con il SSN e responsabilità organizzativo-assistenziale in capo ad un infermiere secondo le proprie competenze.

I risultati dei casi presentati precedentemente, le decisioni prese per il PNRR e le indicazioni contenute nel documento di Agenas stimolano una serie di riflessioni a conclusione del capitolo. La prima riflessione è volta a rendere consapevoli tutti gli attori del sistema che il PNRR e soprattutto il documento di Agenas propongono una straordinaria innovazione. Essi prefigurano che il servizio sanitario offra letti di medio-bassa assistenza a gestione infermieristica e sotto il controllo dell'assistenza distrettuale (e non dell'assistenza ospedaliera). Il piano è coraggioso perché le conoscenze sugli effettivi spazi di azione degli OdC sono molto limitate. Le esperienze italiane sono relativamente poche e non sono state studiate in modo sistematico. Anche la letteratura internazionale è abbastanza limitata e spesso non utile perché in diversi contesti l'OdC (o *rural hospital* o *cottage hospital*) risponde prioritariamente ad esigenze di presidio di contesti isolati in grandi paesi come il Canada o l'Australia o comunque a bassa intensità abitativa come la Finlandia o la Norvegia. La situazione italiana, fatta salva la situazione delle isole minori, è diversa in quanto il nostro Paese è densamente popolato e comunque con distanze relativamente modeste dai presidi ospedalieri anche per le comunità più decentrate (massimo 60-70 minuti con un mezzo terrestre). Il parallelo più calzante lo si può trovare in Regno Unito, come evidenziato nella prima parte del capitolo, dove però il termine "ospedale di comunità" è associato ad una gamma più ampia di presidi sia per dimensioni che per ventaglio dei servizi offerti. Promuovere la diffusione degli OdC rappresenta pertanto una innovazione che dovrà inevitabilmente avere un carattere sperimentale, ossia volto a comprendere effetti positivi, ostacoli, fattori facilitanti, criticità, con uno sforzo continuo in termini di aggiustamenti e revisioni. Le indicazioni proposte nei vari (pochi) documenti che hanno introdotto gli OdC richiedono un confronto analitico e sistematico con l'esperienza fatta in Italia negli ultimi decenni. Da questa riflessione derivano due raccomandazioni specifiche, entrambe volte a programmare immediatamente un robusto piano di ricerca. La prima riguarda l'analisi delle realtà esistenti. Il lavoro presentato in questo capitolo dovrebbe essere proseguito con un'indagine sistematica e con un campione di casi nettamente più ampio in modo da comprendere i diversi modelli adottati e soprattutto le caratteristiche dell'utenza degli OdC. In questo senso si ritiene particolarmente utile uno studio che analizzi i pazienti, studiandone le caratteristiche cliniche e sociodemografiche, i bisogni e i percorsi seguiti prima e dopo il ricovero presso l'OdC. Questo lavoro è fondamentale per acquisire conoscenze sulla domanda e sui bisogni a cui ci si attende che gli OdC diano una risposta. Una prospettiva di ricerca che appare particolarmente proficua riguarda inoltre l'OdC nei contesti urbani e ad alta intensità abitativa. La seconda raccomandazione riguarda il lancio di uno studio controllato sugli OdC che verranno attivati per primi. Prima di attivare sistematicamente più di 1.000 OdC è fondamentale che si acquisiscano evidenze rigorose sulla loro efficacia (in termini di esiti

e di soddisfazione di pazienti e caregivers) e di costo-efficacia (considerando tutte le tipologie di costo coinvolte). Parte degli investimenti per la costruzione degli OdC dovrebbero pertanto essere utilizzati per disegnare uno studio multicentrico, longitudinale e controllato per generare evidenze robuste al fine di informare il prosieguo del piano d'investimento. Non farlo sarebbe una grande opportunità persa, anche rispetto al panorama internazionale che sicuramente sarà interessato a conoscere a fondo gli effetti del grande piano di sviluppo degli OdC lanciato dall'Italia.

La seconda riflessione parte dal fatto che l'OdC è concepito come presidio intermedio tra l'ospedale e il territorio. Il suo carattere più innovativo, almeno sul piano organizzativo-gestionale, è che intende essere un presidio con attività di ricovero sotto la responsabilità dell'assistenza distrettuale. In altre parole, malgrado il nome e facendo un gioco di parole, si vuole promuovere un piccolo ospedale che non dipende dall'assistenza ospedaliera. L'intuizione e le esperienze riportate nei precedenti paragrafi suggeriscono che effettivamente ci possa essere uno spazio (e una domanda appropriata) per questo presidio semi-ospedaliero. Ciò nonostante, appare anche concreto il rischio che questo spazio possa essere limitato o che comunque spinte sul lato della domanda (i pazienti) e dell'offerta (le comunità e gli operatori sanitari) portino gli OdC ad essere snaturati per diventare qualcosa d'altro rispetto agli intenti. I casi studiati in precedenza suggeriscono due tensioni a cui sono sottoposti gli OdC.

La prima tensione è quella di diventare piccole case di riposo. Qui il rischio è che i ricoveri abbiano durata nettamente maggiore dei 20/30 giorni previsti in quanto i pazienti non sono nelle condizioni di tornare a domicilio perché non autosufficienti e senza *caregiver* di supporto. In questo caso l'OdC finisce per svolgere una funzione propria del sistema socioassistenziale invece che di quello sanitario. Questa tensione porta a ricoveri lunghi, un basso *turnover*, frequenti ricoveri ripetuti e, nei fatti, ad un uso improprio degli OdC (anche se socialmente utile). Si tratta di un rischio che è stato riscontrato in questo studio e che ha contribuito a prevedere, in diverse regioni, importanti partecipazioni dei pazienti per ricoveri prolungati. Si deve osservare, tra l'altro, che questo rischio è particolarmente elevato in contesti dove l'offerta socioassistenziale è modesta o comunque largamente insufficiente, come le regioni del Centro-Sud che sono anche quella dove gli OdC sono attualmente meno diffusi. E si noti, inoltre, che un tale uso improprio degli OdC comporterebbe anche un'offerta non adeguata rispetto ai bisogni dei pazienti. Gli OdC dovrebbero infatti essere strutturati come un presidio sanitario e non come una struttura finalizzata alla permanenza e al confort di lungo periodo.

Ma se da un lato gli OdC rischiano di diventare piccole RSA dall'altro sono anche spinti a "ri-ospedalizzarsi", cioè ad ampliare la gamma dei servizi sanitari offerti fino a diventare micro-ospedali per pazienti acuti. Non si vuole qui negare la possibilità di modelli di micro-ospedali per acuti; si vuole soltanto far

presente che gli OdC, secondo le intenzioni fino ad ora esplicitate, dovrebbero offrire soltanto assistenza di medio-basso livello, senza chirurgia e senza la disponibilità di grandi attrezzature diagnostico-terapeutiche. In altre parole, gli OdC sono disegnati per essere degli spazi protetti dalla presenza infermieristica e monitorati da una disponibilità limitata di medici “generalisti” (ad es. geriatri). Si è invece osservato in alcuni dei casi studiati che le comunità locali vorrebbero trasformare l’OdC in “ospedale di montagna” o comunque in una struttura in grado di offrire servizi medici e chirurgici più ampi di quelli previsti dalla normativa di riferimento.

Ci mancano le evidenze per comprendere se un’offerta di 4 posti letto per 1.000 abitanti si possa incrociare con una domanda appropriata che non sia né socioassistenziale né ospedaliera per acuti. Se questa domanda si manifesterà pienamente e questa rete di strutture riuscirà a farsi carico di pazienti fragili con soluzioni temporanee volte a ridurre la domanda di servizi ospedalieri per acuti e a facilitare la presa in carico della persona nella comunità, sarà un risultato straordinario, in grado di segnare il futuro del nostro sistema sanitario.

L’attivazione di posti letto da gestirsi da parte dell’assistenza distrettuale potrebbe essere la carta vincente per la sua affermazione sostanziale e simbolica perché effettivamente permetterebbe di potenziare l’assistenza territoriale, favorendo una presa in carico del paziente da parte dei servizi di comunità e una gestione del paziente fragile più appropriata rispetto al suo benessere psico-fisico. In altre parole, l’assistenza distrettuale avrebbe uno strumento in più per gestire il paziente nella comunità ampliando così il suo perimetro di attività e soluzioni assistenziali. Sarebbe una carta vincente anche perché si tratta di un approccio alla presa in carico che depotenzia la specifica patologia e lo specifico intervento medico-chirurgico a favore di una visione più olistica e umanistica (più centrata sul “*care*” che sul “*cure*”). Potrebbe inoltre essere una carta vincente anche da un punto di vista simbolico perché darebbe visibilità e concretezza all’assistenza distrettuale. Anche se “di comunità” i posti letto degli OdC sarebbero molto riconoscibili sul territorio e potrebbero facilitare lo sviluppo di nodi territoriali dove i pazienti trovano assistenza di prossimità.

Ulteriori riflessioni riguardano l’agenda dei prossimi mesi. L’analisi della letteratura e dei casi domestici suggeriscono alcuni temi particolarmente critici e quindi da presidiare con attenzione. Primo, è importante disegnare e sperimentare diversi modelli di offerta dei servizi ed organizzativi facendo anche attenzione alla definizione delle competenze necessarie per la gestione di unità organizzative che hanno una forte specificità e dipendenza dal territorio di riferimento. È ad esempio importante comprendere le differenze dovute all’offerta di servizi di primo soccorso rispetto all’offerta di ricoveri soltanto programmati. Il punto fisso di questi modelli organizzativi è la gestione prevalentemente infermieristica (che chiaramente va tradotta in attività, ruoli

e competenze). Sono invece più varie le soluzioni relative al coinvolgimento dei medici che possono essere MMG, dipendenti o specialisti convenzionati. Inoltre, occorre chiarire il possibile contributo di altri professionisti sanitari e sociali. Tra questi particolare attenzione andrebbe data ai professionisti della riabilitazione che, dati i tempi e la natura del ricovero negli OdC, dovrebbero ricoprire un ruolo importante, forse sottovalutato fino ad ora. Secondo, gli OdC necessitano di specifici strumenti per la misurazione dei bisogni del paziente, i percorsi assistenziali e gli esiti (nelle loro diverse dimensioni). Fondamentale è l'esistenza di una progettualità nazionale su questi strumenti e che questa sia volta a cogliere il meglio delle esperienze pregresse (anche internazionali). Collegato a questo tema è quello dei sistemi informativi, che dovrebbero essere adeguatamente progettati, possibilmente in una logica che coniughi flessibilità a omogeneità sul territorio nazionale. Infine, un problema più pratico e concreto: dove aprire i nuovi OdC. Da un lato la soluzione più pratica, e forse più convincente almeno in una prima fase, è concentrare gli OdC in strutture/luoghi dove è già presente l'offerta di servizi sanitari (piccoli ospedali in via di chiusura, altre strutture intermedie, case della salute/comunità). L'analisi dei nostri casi ha infatti evidenziato che gli OdC non nascono dal nulla ma sono sempre il risultato di una evoluzione di presidi sanitari. Ciò indica che potrebbe essere difficile realizzare nuove strutture dove prima non c'era un'offerta sanitaria, sia per mancanza di tradizione e visibilità (con potenziali rischi sul lato della domanda) sia per difficoltà legate al reclutamento del personale, soprattutto in aree a bassa densità abitativa. D'altra parte, la capillarità prevista per gli OdC richiederà inevitabilmente di individuare anche luoghi senza una consolidata presenza di presidi sanitari. In questo caso sarà essenziale che gli studi di fattibilità garantiscano che le nuove strutture abbiano un bacino di utenza sufficiente e siano in grado di attrarre il personale necessario.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale sta facendo una vera scommessa con gli OdC. La valutazione di chi scrive è che questa scommessa, in sinergia con quella delle case di comunità, possa essere il volano per una profonda trasformazione del sistema sanitario verso un modello nettamente più centrato sulla comunità, la prossimità e la presa in carico olistica della persona. Si tratta di un'occasione unica che difficilmente si potrà ripetere in futuro vista l'eccezionalità delle misure introdotte, anche da un punto di vista economico. Per questo motivo è fondamentale che tutti i processi che verranno messi in essere nei prossimi mesi, dall'individuazione dei luoghi dove aprire gli OdC fino ai sistemi di finanziamento, vengano portati avanti con determinazione ma senza dogmatismi, nello spirito di una grande sperimentazione sociale che potrebbe ridisegnare il nostro sistema sanitario.

## 14.7 Bibliografia

- AGENAS (maggio 2021), «Modelli e standard per lo sviluppo dei Servizi Territoriali nel Sistema Sanitario Nazionale».
- Buegansky A., Coletta-Lucas J., S. Garcia M. (2020) «Covid-19 in a community hospital», *Seminars in Perinatology*, 44.
- Carson P.J. (2009), «Providing specialist services in Australia across barriers of distance and culture», *World J Surg.*, 33, pp. 1562–7.
- Camera dei Deputati, Servizio Studi Affari Sociali, (marzo 2021), «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», Relazione n. 144.
- Conferenza Permanente Stato-Regioni (20 febbraio 2020), Intesa sui Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi dell’Ospedale di Comunità.
- Chen T.M., Tescher P. (2010), «Emergency department demographics at a small Australian rural hospital», *Rural Remote Health*, 10(1318).
- Community Hospitals Association (CHA) (2008), «Report to Department of health & community health partnerships. Profiling community hospitals in England 1998-2008», CHA Report.
- Dahl U., Steinsbekk A., Jenssen S, Johnsen R. (2014), «Hospital discharge of elderly patients to primary health care, with and without an intermediate care hospital – a qualitative study of health professionals’ experiences», *Int J Integr Care*, 14, pp. 1–11.
- Davidson D., Ellis Paine A., Glasby J., Williams I., Tucker H., Crilly T., *et al.* (2019), «Analysis of the profile, characteristics, patient experience and community value of community hospitals: a multimethod study», *Health Serv Deliv Res*, 7(1).
- Deely W. (7 giugno 2020), «Coming full circle on rehabilitation—a community hospital during covid», *BMJ Opinion*.
- Dobrzanska L., Young L., Patterson C. (2006), «Piloting stroke rehabilitation in a community hospital», *Nursing Times*, 102, 30–1.
- Fleet R., Poitras J., Maltais-Giguère J., Villa J., Archambault P. (2013), «A descriptive study of access to services in a random sample of Canadian rural emergency departments», *BMJ Open*, 3:e003876.
- Garåsen H., Windspoll R., Johnsen R. (2008), «Long-term patients’ outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12-month follow-up of a randomized controlled trial», *Scand J Public Health*, 36, pp. 197–204.
- Green J., Forster A., Young J., Small N., Spink J. (2008), «Older people’s care experience in community and general hospitals: a comparative study», *Nurs Older People*, 20:33–9.
- Heaney D., Black C., O’Donnell C.A., Stark C., van Teijlingen E. (2006), «Community hospitals – the place of local service provision in a modern-

- ising NHS: an integrative thematic literature review», *BMC Public Health*, 6(309).
- ISTAT (27 aprile 2020), «Gli aspetti di vita degli over 75. Condizioni di salute, vicinanza ai figli, disponibilità di spazi esterni all'abitazione, cani in casa», Rapporto Istat, *Statistiche Today*.
- Kumar S, Yogesan K, Hudson B, Tay-Kearney ML, Constable IJ. *Emergency eye care in rural Australia: role of internet*. *Eye* 2006;20:1342–4.
- Lappégard Ø, Hjortdahl P. (2012), «Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu», *Scand J Public Health*, 240, pp. 309–15.
- Lappégard Ø., Hjortdahl P. (2014), «Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: an analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway», *Soc Sci Med*, 119, pp. 27–35.
- McCormack B. (1983), «Community hospital-issues for older people», *Elderly Care*, 10, pp.42-43.
- Neame B.(2008), «Delivering chemotherapy with a nurse-led cancer outreach service», *Nurse Times*, 104, pp. 28–9.
- O'Hanlon S, Liston R. (2010), «Education in geriatric medicine for community hospital staff», *Br J Community Nurs.*,15, pp. 583–6.
- Owen V. (2010), «Community care in a hospital setting», *Nurs Stand*, 24, 20–1.
- Penfold J.(2013), «Introducing convenience and calm to gynaecology», *Primary Health Care*, 23(8).
- Pitchforth E., Nolte E., Corbett J., Miani C, Winpenny E., van Teijlingen E., et al. (2017), «Community hospitals and their services in the NHS: identifying transferable learning from international developments – scoping review, systematic review, country reports and case studies», *Health Serv, Deliv, Res.*, 5(19).
- Ritchie L.D., Robinson K. (1998), «Community hospitals: new wine in old bottles?», *Br J Gen Pract.*, 48, pp. 1039–40.
- Ryan SM, Milsom P, Yang J, Snyman G. *Travelling surgeons – a clinical audit of laparoscopic cholecystectomy procedures in Northland, New Zealand*. *N Z Med J* 2009;122:34–40.
- Royal College of General Practitioners (1983) «General Practitioner Hospitals: Report of a Working Party Appointed by the Council of the Royal College of General Practitioners», Occasional Paper 23, London: Royal College of General Practitioners.
- Simpson S., Bell L., Knox J., Mitchell D. (2005), «Therapy via videoconferencing: a route to client empowerment?», *Clin Psychol Psychother*, 12, pp. 156–65.
- Winpenny EM, Corbett J, Miani C, King S, Pitchforth E, Ling T, et al. (2016), «Community hospitals in selected high income countries: a scoping review of approaches and models», *Int J Integr Care*, 16(13).