

Indirizzi per lo sviluppo del Sistema delle cure intermedie

Premessa

Nei Paesi anglosassoni sin dagli anni Novanta con il termine generico di “Intermediate Care” sono stati indicati i vari “setting assistenziali funzionalmente collocati tra l’Ospedale per acuti e il domicilio, costituiti da sistemi di cura eterogenei tra loro e diversi dal punto di vista strutturale e funzionale. Anche in Italia, la risposta ha avuto, nelle diverse realtà, articolazioni grandemente diversificate in cui l’area della post-acuzie rappresenta un ambito determinante.

Esistono pertanto molte declinazioni del concetto di Assistenza Intermedia (Intermediate Care), la definizione che si ritiene attualmente meglio si adatti al nostro contesto di riferimento è quella fornita dall’Oxford and Anglia Intermediate Care Project che fa riferimento all’insieme dei servizi che non richiedono le risorse di un ospedale per acuti ma hanno finalità più complesse di quelle offerte dalle cure primarie.

Questi comprendono:

- servizi che sostituiscono elementi di assistenza ospedaliera che possono essere erogati in setting meno complessi (assistenza sostitutiva);
- servizi per le persone i cui bisogni sanitari sono complessi ed in fase di transizione. (assistenza complessa).

Si tratta quindi di una vasta gamma di servizi forniti in un arco temporale a breve termine, a domicilio o in un ambiente residenziale, il cui obiettivo è quello di facilitare la dimissione precoce dall’ospedale, evitare i ricoveri non necessari e prevenire il ricorso all’istituzionalizzazione. La finalità primaria dell’Assistenza Intermedia è infatti quella di svolgere una funzione di transizione, creando un ponte tra differenti livelli di erogazione dell’assistenza.

Con il termine di Assistenza Intermedia si raffigura dunque un range di servizi integrati, rivolti per lo più alle persone anziane, per supportare la dimissione tempestiva, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l’utilizzo evitabile della lungodegenza e dell’istituzionalizzazione.

L’Assistenza Intermedia è oggi il punto centrale delle azioni di modernizzazione all’interfaccia ospedale territorio. Se sviluppate ed implementate correttamente le attività di Assistenza Intermedia possono aumentare l’appropriatezza dell’assistenza ed hanno un impatto significativo sul sistema consentendo un uso più efficiente delle risorse. L’approccio globale prevede il contributo di tutti i partner del sistema locale per poter garantire l’appropriatezza, la continuità e l’omogeneità dell’assistenza. Per ottenere i migliori risultati è necessario che una gamma adeguata di servizi siano disponibili al momento opportuno e che i professionisti lavorino in modo integrato condividendo le strategie operative per il loro corretto utilizzo.

Le attività di Assistenza Intermedia possono essere sviluppate a domicilio, in un domicilio protetto, così come in strutture con posti letto dedicati al ricovero intermedio. Queste risposte vanno viste come parti del sistema complessivo di Assistenza Intermedia che si integra con gli altri livelli di assistenza.

Il concetto di Assistenza Intermedia in Italia è ancora relativamente poco esplorato ed in continua evoluzione tanto che si sono sviluppati nel tempo nuovi orientamenti sulle modalità di sviluppo,

per questo motivo, in particolare per quanto riguarda le Strutture Intermedie per la sub acuzie si ritiene necessaria una ulteriore ricerca e valutazione per meglio definire le tipologie di strutture che possano accogliere e assistere i pazienti che attraversano una fase post-acuta o sub acuta.

La nuova prospettiva posta dalla DGR 754/2012 afferma un principio che cambia in modo significativo l'organizzazione e l'erogazione delle attività di ricovero e cura in modo da rispondere pienamente alla necessità di assicurare risposte adeguate per i pazienti nella modalità più appropriata.

I nuovi modelli organizzativi ospedalieri per aree di intensità di cura introdotti a partire dalla L.R. 40/2005 e che trovano ora un livello consistente di implementazione sul territorio regionale ci impongono di riflettere su come si stanno utilizzando oggi gli ospedali per acuti, sempre più complessi e tecnologicamente evoluti e rivolti alla casistica con maggiore complessità clinica e terapeutica. Questa svolta di tipo organizzativo ci porta così a riflettere sulla gestione intra-ospedaliera di quella tipologia di pazienti, prevalentemente anziani, che pur avendo una prognosi favorevole, presentano ancora un rischio di instabilità clinica e che per vari motivi non possono essere dimessi al domicilio. Questo provoca un allungamento della degenza in un contesto di intensità di cura che non è più quello adeguato per i bisogni di questi pazienti. La risposta a questo fabbisogno è quella di ampliare le tipologie di risposta per la post e la sub acuzie realizzando strutture di tipo intermedio che possano permettere di curare questo tipo di pazienti in un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera. Un altro target è rappresentato da pazienti con compromissione dello stato di salute, spesso con concomitanti difficoltà sociali, tali non richiedere il ricovero ospedaliero in modo da evitare ricoveri inappropriati.

La DGR 1235/2012, riprendendo in termini programmatici e propositivi questo tema, di fatto orienta verso lo sviluppo di un'area sub acuta tra l'ospedale per acuti ed il domicilio che assolvano contemporaneamente agli obiettivi di:

- ridurre il carico di pazienti in fase post acuta presenti negli ospedali per acuti garantendo una dimissione precoce e sicura individuando il livello di cure post acute più utile e appropriato (funzione sub acuta in dimissione);
- evitare i ricoveri di natura inappropriata ricorrendo a strutture di tipo sub acuto (funzione sub acuta in ingresso).

Tali attività, adeguatamente definite ed organizzate, permetteranno sia di rispondere meglio ai bisogni di cura dei pazienti, sia di ridurre i costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati.

Queste attività dovranno essere erogate in strutture di ricovero e cura di complessità medio bassa in possesso degli adeguati requisiti di accreditamento”.

Esiste attualmente un gap tra standard programmatori ed effettivo fabbisogno assistenziale nell'area della sub-acuzie che determina una carenza di offerta di strutture intermedie ad intensità di cure adeguate alle reali necessità del paziente, dovuto ad un ritardo di evoluzione del concetto di continuità e specializzazione delle cure che inoltre fa sì che funzioni di “sub-acuzie” vengano frequentemente allocate in strutture con caratteristiche molto diverse e rivolte a pazienti di varia complessità.

Le suddette criticità comportano attualmente:

1. rinvio a strutture di post-acuzie con livello assistenziale non adeguato di malati non ancora completamente stabilizzati o affetti da comorbilità di rilievo;
2. invio alle strutture di post acuzie di pazienti che potrebbero essere inviati a strutture socio-assistenziali.

Una riclassificazione delle attività correlate al fabbisogno dei pazienti come sopra indicato presuppone specifiche azioni di sistema che permettano di:

- ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti;
- contenere i tempi di degenza in ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale e ridurre le giornate di degenza inappropriate.

Premesso quanto sopra ed analizzati i dati relativi all'attuale utilizzo dei posti letto ospedalieri, visto il documento redatto dal Consiglio Sanitario Regionale e approvato con parere n.69/2013 e valutata la necessità di procedere alla individuazione delle specifiche tecniche delle Strutture Intermedie per la sub-acuzie attraverso una sperimentazione, si è stabilito di avviare nelle aziende sanitarie del territorio regionale progetti pilota per sperimentare due diverse tipologie di strutture che si propongono come una risposta appropriata a due diversi profili di utenza:

A) **Moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute**, che offrono modalità di assistenza diversa da quella ospedaliera con prevalenza dell'assistenza infermieristica, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura.

Il target è rappresentato da pazienti che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto.

Il modello si caratterizza per l'integrazione tra le professionalità territoriali ed ospedaliere nella gestione dei pazienti. Nell'ottica vera della continuità assistenziale e della necessità di rispondere ai bisogni dei pazienti, l'integrazione e la collaborazione fra gli Specialisti Ospedalieri e i MMG è necessaria per definire il percorso del paziente, le necessità di visite e consulenze, la previsione di durata del ricovero e la proposta di gestione successiva.

Va garantita adeguata tutela medica secondo le specifiche realtà territoriali, compresa le modalità definite dalla DGR 30/2013.

La permanenza all'interno del modulo è articolata secondo il progetto personalizzato, da realizzare in linea di massima, in 10 giorni, con la necessaria flessibilità rispetto a specifici percorsi.

I posti letto potranno essere individuati in via preferenziale negli ospedali di piccole dimensioni, nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base, o in specifiche aree degli ospedali di maggiori dimensioni o case di cura convenzionate.

ACCESSO: pazienti che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica prolungata e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore.

CRITERI PER L'ACCESSO: NEWS tendenzialmente ≤ 3 integrato da scale di valutazione della complessità assistenziale tipo Flugelman, Brass, ecc.

B) **Strutture extraospedaliere di continuità assistenziale per la sub acuzie, a valenza sanitaria (Cure Intermedie).** Il target è rappresentato sia da pazienti in condizioni cliniche a minore complessità non ancora in grado di tornare al proprio domicilio, sia da soggetti di provenienza territoriale che in questo modo possono evitare l'ospedalizzazione. Le necessità sono prevalentemente di assistenza infermieristica ma deve essere assicurata la valutazione medica quotidiana in relazione alla situazione clinica. La responsabilità clinica è del MMG al quale spettano le decisioni riguardo all'inquadramento diagnostico e terapeutico in raccordo con l'AFT. Il paziente rimane in carico al Medico già titolare della scelta, che coordinerà l'intero piano

assistenziale e sarà seguito anche dai medici in rapporto orario AFT. La durata della degenza di norma non deve superare i 15 giorni.

ACCESSO: il target è rappresentato sia da pazienti in condizioni cliniche a minore complessità non ancora in grado di tornare al proprio domicilio, sia da soggetti di provenienza territoriale che in questo modo possono evitare l'ospedalizzazione.

CRITERI PER L'ACCESSO: NEWS 0-1 integrato da scale di valutazione della complessità assistenziale tipo Flugelman, Brass, ecc.

Possono essere utilizzate sia strutture sanitarie in possesso dei requisiti di cui alla L.R. 51/2009 e del Regolamento 61/2010 con posti letto derivanti da riconversioni ospedaliere o aree ospedaliere non dedicate al trattamento dei pazienti acuti, sia strutture accreditate ai sensi della L.R. 82/2009 e del Regolamento 29/2010, in particolare RSA riorganizzate per le cure intermedie o moduli di cure intermedie di nuova attivazione, in cui sia garantita una assistenza infermieristica H24.

Anche l'area della sub-acuzie deve trovare adeguato riscontro in parametri di appropriatezza, evidenza clinica ed efficienza gestionale misurabili. Gli elementi che emergeranno dalla fase pilota serviranno a confermare i parametri tecnici da utilizzare per la successiva approvazione del necessario sistema di regole amministrative, comportamenti professionali, nonché di valorizzazione economica.

Al fine di assicurare la necessaria qualità e sicurezza dell'assistenza a queste tipologie di pazienti si ritiene indispensabile presidiare con la massima attenzione le trasformazioni descritte, garantendo, l'attivazione di idonei percorsi organizzativi ed una adeguata formazione degli operatori sanitari, gestendo la fase di transizione con un attento e continuo monitoraggio utilizzando opportuni indicatori di efficienza ed efficacia che verranno stabiliti dal Settore competente della Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale in collaborazione con il Laboratorio MeS e ARS.