

Orientamenti organizzativi per le degenze post-acuzie ospedaliere (Cod. 60 e Cod. 56c)

Il presente lavoro, alla luce della più recente evoluzione normativa, si propone di caratterizzare, nell'ambito delle unità operative ospedaliere di post-acuzie, due distinti modelli organizzativi: la "Lungodegenza post-acuzie" (Cod. 60) e le "Attività ospedaliere di riabilitazione estensiva" (Cod. 56c). Allo scopo di delineare più chiaramente gli elementi fondamentali caratterizzanti questi due diversi setting ospedalieri di cura, vengono forniti orientamenti riguardanti le modalità assistenziali ed organizzative, con riferimento alla letteratura scientifica ed alle esperienze in atto.

Di Marco Candela (Direzione Sanitaria/Direzione Generale AST 2 Ancona), **Marina Simoncelli** (Direttore UO Riabilitazione ospedaliera Pesaro-Fano, AST PU), **Franco Pesaresi** (Direttore Azienda Servizi alla Persona ASP Ambito 9 Jesi, AN)

Le nuove disposizioni normative consentono oggi di superare la precedente ambiguità terminologica che, in passato, ha portato a ricondurre indistintamente sotto la denominazione di "Lungodegenza post-acuzie" (Cod. 60) sia strutture con prevalente vocazione internistico-assistenziale sia unità con orientamento prioritariamente riabilitativo. Tale sovrapposizione semantica ha nel tempo generato rilevanti incertezze interpretative, sia in relazione alla mission assistenziale delle singole strutture sia rispetto alla definizione appropriata della tipologia di pazienti eleggibili.

La cronistoria

Negli ultimi decenni, le unità operative ospedaliere di post-acuzie hanno attraversato significativi processi di rimodulazione della rete ospedaliera, caratterizzati dalla progressiva riduzione dei posti letto per acuti, dalla diminuzione della durata media delle degenze, dalla crescente diversificazione specialistica dei posti letto destinati alle funzioni di base e dall'introduzione di modelli di finanziamento delle aziende ospedaliere basati sui DRG. **In tale contesto i cambiamenti delle unità ospedaliere di post-acuzie sono stati finalizzati a garantire il completamento delle cure e la tutela del paziente lungo il percorso di continuità assistenziale.** Si può affermare che, soprattutto fra il 1988 e il 1998, sono state emanate numerose norme nazionali ed indicazioni ministeriali che hanno tentato di definire il ruolo e l'organizzazione della lungodegenza post-acuzie (Cfr. Tab.1) caratterizzandone le funzioni operative.

Tab. 1 – Le norme e le indicazioni nazionali sulla lungodegenza post-acuzie

Argomento	Riferimento normativo	Contenuto	Indicazioni Agenas
Denominazione	L. 412/1991	Lungodegenza post-acuzie	
Posti letto	DMS n.70 del 2/4/2015	Almeno 0,2 ogni 1.000 abitanti	Tasso di utilizzo 95%
Bacino di utenza		Minimo 80.000 abitanti, massimo 150.000 abitanti per ogni struttura di degenza	
Durata degenza massima	DMS 18/10/2012	60 giorni, dopo i quali si applicano delle riduzioni tariffarie del 40%	30 giorni
Tariffe	DMS 18/10/2012	154,00 euro	

Soglia dimensionale minima	DM 13/9/1988	32 posti letto	Minima: 20 pl
			Ottimale: 30
Standard di personale	DM 13/9/1988	Per modulo di 32 posti letto: 3 medici; 13 infermieri più la capo sala; 4 tecnici della riabilitazione; 8 ausiliari socio-sanitari	
	DM 13/9/1988	Pazienti, soprattutto anziani, con forme croniche stabilizzate bisognevoli di trattamenti protratti di conservazione	
	DM 13/9/1988	Pazienti che necessitano di un primo trattamento di rieducazione funzionale, limitatamente alla fase della	
Tipologia dei pazienti		convalescenza	Pazienti provenienti dai reparti
	DMS 13/9/88	Pazienti in fase terminale	per acuti, particolarmente
	LG Riab.7/5/98	Pazienti non autosufficienti	complessi, che necessitano
		affetti da patologie ad equilibrio ancora di cure e trattamenti instabile e disabilità croniche non stabilizzate bisognevoli di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continua nelle 24 ore, nonché di nursing infermieristico.	intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle "grandi insufficienze d'organo" accompagnati da altre
	LG Riab.7/5/98	Soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva od affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore.	patologie).

Fonte: elaborazione degli autori

Diversamente da quello che accadeva nel resto dell'ospedale, dove lo sviluppo delle discipline tradizionali e di quelle più recenti era fortemente influenzato dall'espansione delle sub-specialità e dall'introduzione di nuove tecnologie, altre trasformazioni riguardavano la diffusione della "lungodegenza post-acuzie". Infatti, in quegli anni, la sua espansione veniva esplicitamente principalmente ricondotta all'introduzione dei sistemi di remunerazione basati sui Drg ed alla conseguente necessità di aumentare la produttività dei reparti per acuti.

Appunto, nelle **Linee guida n. 1/1995 del Ministero della Sanità, relative alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera**, si affermava che la lungodegenza post-acuzie aveva il compito di garantire la continuità assistenziale.

Essa era inoltre chiamata a contrastare, con la sua presenza e attività, due fenomeni entrambi negativi legati all'organizzazione ed al sistema di remunerazione dell'ospedale: da un lato le dimissioni anticipate, favorite dalla ricerca di una maggiore produttività delle unità operative per acuti; dall'altro il prolungamento inappropriato della degenza in un reparto per acuti, più frequente laddove non fosse presente l'area post-acuzie.

Se la funzione risultava chiaramente identificata, dubbi e incertezze permanevano invece nelle indicazioni nazionali per quanto riguarda:

- la tipologia dei pazienti da ammettere al ricovero;
- il peso da attribuire alle attività riabilitative all'interno della lungodegenza, per evitare sovrapposizioni con le unità operative ospedaliere ed extra-ospedaliere di riabilitazione;
- la compatibilità tra la tariffa giornaliera prevista per la lungodegenza e gli standard di personale ipotizzati.

Non poca confusione si era infatti generata negli anni attorno a questo setting assistenziale, a partire dall'uso quasi indifferenziato di "lungodegenza post-acuzie" e di "lungodegenza riabilitativa post-acuzie", nonché dall'assegnazione del codice 60 ai "lungodegenti" da parte del decreto ministeriale 19 marzo 1988. Questo aveva favorito un'applicazione asimmetrica del concetto di lungodegenza post-acuzie: molte regioni italiane avevano infatti previsto modelli differenti, che andavano da un orientamento prevalentemente medico, come sede di assistenza per pazienti non in grado di partecipare a un programma riabilitativo, ad un orientamento prettamente riabilitativo.

Il DPCM sui LEA del 12 gennaio 2017 ribadiva la duplice funzione della lungodegenza: da un lato quella "internistica" e, dall'altro, quella di "riabilitazione estensiva". Nel Decreto veniva infatti riaffermato che la lungodegenza era chiamata ad erogare sia prestazioni di lungodegenza post-acuzie rivolte a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e da disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, sia prestazioni di riabilitazione estensiva destinate a soggetti disabili non autosufficienti caratterizzati da un lento recupero funzionale. Tali attività dovevano essere considerate integrate tra loro, al fine di rendere perseguibile l'obiettivo finale della deospedalizzazione. **Lo stesso DPCM sottolineava, inoltre, come la funzione di lungodegenza dovesse essere realizzata in stretto collegamento funzionale e operativo con l'area delle acuzie e, preferibilmente, in contiguità logistica con essa,** al fine di garantire un'adeguata assistenza anche ai pazienti ad elevata complessità clinica, bisognosi di una gestione specialistica multidisciplinare.

Solo con le **"Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione"** del 4 agosto 2021, alla lungodegenza post-acuzie (codice 60) viene restituita una specifica identità nel garantire la continuità assistenziale. **Viene infatti identificata in tale decreto l'"attività ospedaliera di riabilitazione estensiva" (codice 56c), evidenziando così la specificità del percorso riabilitativo.** Questa distinzione, insieme al mantenimento del codice 60, attribuisce alla lungodegenza post-acuzie di tipo medico il pieno significato di **struttura integrata, in grado di collaborare efficacemente con le unità operative di degenza per acuti**, sia di area internistica sia chirurgica. In tale prospettiva, l'unità operativa di Lungodegenza consente il completamento del percorso assistenziale ospedaliero dei pazienti caratterizzati da un decorso clinico prolungato e frequentemente affetti da patologie a equilibrio instabile, disabilità croniche non stabilizzate o condizioni in fase avanzata o terminale. **Mentre, il nuovo codice 56c caratterizza in modo specifico le attività ospedaliere di riabilitazione estensiva,** rivolte a pazienti con disabilità e con potenzialità di recupero funzionale. Tali attività si basano su interventi multiprofessionali a prevalente valenza riabilitativa e sono destinate a pazienti che non sono in grado di sostenere programmi riabilitativi intensivi. In questi casi si rende necessaria l'ospedalizzazione, in quanto i pazienti presentano condizioni di instabilità clinica che richiedono una sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore.

In sostanza, **dal 2021 vengono identificate due diverse modalità operative** per l'assistenza ospedaliera post-acuzie dei pazienti:

- **La degenza post-acuzie (Cod 60)** destinata alla presa in carico di pazienti che necessitano di stabilizzazione clinica, gestione di eventuali complicanze e comorbidità e completamento del percorso terapeutico, configurandosi come fase intermedia e propedeutica alla deospedalizzazione;
- **L'attività ospedaliera di riabilitazione estensiva" (Cod 56c)** rivolta alla presa in carico di pazienti che necessitano di un percorso riabilitativo estensivo, caratterizzato da interventi individualizzati e non erogabili in regimi assistenziali alternativi al ricovero. Tale presa in carico può includere, ove previsto dal modello organizzativo, anche una fase di stabilizzazione clinica. Nell'ambito di questa tipologia vengono definiti sia il progetto riabilitativo di struttura sia il progetto riabilitativo individuale, finalizzati alla pianificazione e alla realizzazione del percorso riabilitativo del paziente.

Dunque, alla luce della normativa più recente e sulla base della valutazione delle esperienze sviluppate in Italia negli ultimi anni vengono delineati due diversi modelli organizzativi e funzionali di degenza post acuzie, ciascuno orientato a rispondere a due diverse necessità assistenziali. Sono le singole Regioni, in funzione del proprio assetto organizzativo e della programmazione sanitaria territoriale, a stabilire se privilegiare l'uno o l'altro modello o se, più razionalmente, come peraltro adottato in alcune realtà, prevedere la distribuzione nel territorio regionale di ambedue i diversi modelli organizzativi e funzionali.

Orientamenti organizzativi per la lungodegenza post-acuzie

Nel presente capitolo si intendono delineare gli elementi fondamentali per una lungodegenza post-acuzie (cod. 60), orientata al paziente medico. Tale insostituibile setting, rappresenta una virtuosa fase all'interno di una filiera assistenziale che, in molti casi, potrà evolvere verso ulteriori percorsi di degenza residenziali o verso l'attivazione di cure domiciliari.

Denominazione dell'unità operativa: La prima questione che si pone è quella della denominazione della unità operativa in quanto si pone immediatamente il quesito relativo alla congruità dell'utilizzo del prefisso "lungo" per qualificare un regime di osservazione la cui durata dovrebbe essere determinata primariamente dal conseguimento degli obiettivi clinico-assistenziali prefissati, piuttosto che da limiti temporali predeterminati, talvolta percepiti come riconducibili a logiche di natura prevalentemente "alberghiera". L'esperienza insegna infatti come, nella gran parte dei casi caratterizzata da un'evoluzione favorevole, siano richiesti nel paziente medico degenze medie di 10-15 giorni, generalmente inferiori a quelle necessarie per gli interventi di tipo riabilitativo estensivo.

Continua a leggere. [Scarica qui il contributo in versione integrale](#)