

Cure intermedie: un servizio di transizione e continuità di cura tra ospedale e territorio

Di Renzo Bagarolo (*Istituto Palazzolo - Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus*), Anna Castaldo (*Formazione e URP, Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione, Milano*)

Premessa

L'invecchiamento della popolazione¹ dovuto alla riduzione delle nascite e alla maggior sopravvivenza, e la conseguente transizione epidemiologica con il prevalere delle malattie cronicodegenerative invalidanti su quelle acute, stanno determinando le condizioni di una "tempesta perfetta" che può mettere a rischio la sostenibilità economica e organizzativa dei sistemi sanitari di molti paesi occidentali. Ciò sta avvenendo soprattutto dove i servizi sanitari si sono organizzati nel corso dei trascorsi decenni con logiche "ospedale-centriche", adatti quindi a rispondere in modo intensivo e tecnologico alla malattia acuta, ma spesso inadeguati a garantire la "presa in cura" del paziente affetto da malattie croniche e invalidanti, generalmente un anziano funzionalmente fragile, affetto da polipatologia, complesso, grande utilizzatore di servizi sanitari di tipo estensivo. La disomogeneità delle organizzazioni sanitarie nei diversi paesi e nelle diverse regioni italiane nell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari rende difficile fare un confronto e individuare modelli efficaci di "best practice", anche per l'assenza di outcome e indicatori condivisi. Alcune regioni italiane (Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Toscana Veneto) hanno attivato negli ultimi anni differenti soluzioni organizzative di cure intermedie, spesso collocate indifferentemente in ambito ospedaliero (lungodegenza e riabilitazione) o territoriale (lungo-assistenza) con sovrapposizione e spesso confusione di compiti e percorsi di cura.

In Lombardia 3 milioni di pazienti cronici (circa il 30% della popolazione lombarda) impegna il 70% delle risorse sanitarie: ricoveri, specialistica ambulatoriale e farmaci (DGR 1185/2013²), questa situazione sta animando il dibattito tecnico-politico sulla necessità di attivare servizi di cure intermedie per la gestione delle fasi di transizione fra la malattia acuta e cronica (fase post-acuta) con l'obiettivo di garantire la continuità di cura tra servizi ospedalieri e territoriali e ridurre il ricorso improprio ai servizi sanitari. In questo articolo si prende in esame la recente fase osservazionale avviata in regione Lombardia con la DGR 3383 del 10 aprile 2015³ per giungere alla ridefinizione di profili di cura nelle Unità di Cure Intermedie Residenziali, destinando i Servizi Riabilitativi Residenziali attivi in ambito territoriale (ex art. 26 L. 833/1978) alla rete delle Unità di Cure Sub-Acute attivate già nel 2011 in ambito prevalentemente ospedaliero.

Unità di cure intermedie residenziali

La British Geriatric Society (2012) intende con "Intermediate o Transitional Care" la gamma di servizi integrati finalizzati a promuovere un più rapido recupero di malattia, prevenire ricoveri ospedalieri non necessari, supportare le dimissioni dall'ospedale nei "tempi giusti", ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita (2). La fase osservazionale avviata in regione Lombardia con la DGR 3383 del 10 aprile 2015, avviene all'interno di uno specifico servizio residenziale e non considera l'insieme di servizi più o meno integrati che possono garantire un percorso di cura al paziente. Questo intervento di revisione programmatica risponde inoltre alla necessità di operare una razionalizzazione del sistema di offerta regionale della post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione) a distanza di circa 10 anni dal precedente riordino del sistema della riabilitazione del 2004 che aveva strutturato un efficace sistema di cure post-acuzie per le persone

fragili in ambito socio-sanitario (circa 3.000 posti letto), parallelo e integrato al sistema della riabilitazione ospedaliera (circa 9.000 posti letto), ed era fondato sull'intervento riabilitativo ma garantiva a questi pazienti la fase di transizione dopo un evento acuto (3).

La necessità di uniformare i sistemi sanitari regionali a quelli nazionali e renderli più efficienti sulla base delle esigenze di "spending review", ha richiesto una riduzione dell'offerta di posti di riabilitazione nel rispetto dei nuovi indici programmati nazionali relativi all'assistenza ospedaliera previsti dal Decreto n. 70 del 2 aprile 2015⁴ (3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,5 per mille riabilitazione e 0,2 per mille lungodegenza), ed ha portato ad una prima revisione e adeguamento della rete regionale dei servizi riabilitativi con la riclassificazione formale dei posti di riabilitazione del comparto socio-sanitario in "Unità di Cure Intermedie" rimandando ad una successiva fase la revisione dei contenuti di questo servizio.

E' stato istituito un tavolo tecnico regionale con il mandato di individuare i contenuti di un nuovo servizio di Unità di Cure Intermedie, con l'intento di leggere e rispondere in modo flessibile e appropriato alla complessità dei bisogni di cure del paziente fragile, prevalentemente anziano e definire diversi profili di cura gestibili all'interno dello stesso setting residenziale di cura.

La delibera lombarda che ridefinisce le cure intermedie (DGR 3833/2015)

A seguire si prenderà in esame, seppur per sommi capi, i contenuti della delibera, con particolare riferimento alla definizione dei profili di cura e degli strumenti utilizzati per la valutazione del paziente, con un focus sullo strumento di rilevazione del bisogno assistenziale che viene assunto come il principale driver di profilazione del bisogno del paziente. *"Le cure intermedie costituiscono una tipologia d'unità di offerta nella rete sociosanitaria che, con tempistiche definite, è in grado di prendere in carico, assistere in regime di degenza e di assistenza domiciliare, orientare ed accompagnare l'utente fragile e portatore di bisogni complessi in area assistenziale, clinica e sociale. Le unità d'offerta sociosanitarie di cure intermedie possono accogliere utenti direttamente dal domicilio, dall'ospedale o da tutti gli altri nodi della rete, di norma nella fase di stabilizzazione a seguito di un episodio di acuzie o di riacutizzazione. Svolgono la funzione di assistere l'utente per completare l'iter di cura, portandolo al miglior stato di salute e benessere possibile, con l'obiettivo di reinserirlo nel proprio contesto di vita o di accompagnarlo alla risposta più appropriata al suo bisogno" ...omissis... "L'utente delle cure intermedie è un soggetto che per il suo recupero e/o per il raggiungimento di un nuovo compenso finalizzati alla dimissione verso il proprio domicilio o a luoghi di protezione sociosanitaria (altre unità d'offerta della rete) richiede degli interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, che non possono essere erogati al domicilio o in ospedale"* (DGR 3833/2015 Allegato A).

Nel provvedimento si dichiara l'intento osservazionale del mandato, ma viene data una prima indicazione di far confluire nel sistema dei "servizi di cure intermedie residenziali" i circa 3.000 posti letto di riabilitazione residenziale ex art. 26 (non sono coinvolti i servizi di riabilitazione per minori, ambulatoriale e domiciliare) e i circa 500 posti letto di post-acuzie (attivati prevalentemente nelle strutture residenziali per anziani). Per quanto riguarda i requisiti di esercizio e di accreditamento, sostanzialmente si confermano quelli strutturali tecnici e organizzativi già previsti dalla precedente normativa, con qualche concessione di maggior "flessibilità" per spazi comuni e palestre. Si segnala che per la gestione delle persone affette da demenza con disturbi del comportamento l'erogatore deve dotarsi di aree o reparti protetti "dedicati".

Sono invece proposti nuovi e più elevati standard gestionali di personale per ciascun profilo e per le diverse figure professionali. E' proposta, inoltre, la figura del care-manager per la gestione del processo di cura e la gestione delle relazioni con i diversi soggetti coinvolti. I punti cardine delle unità d'offerta di cure intermedie sono:

- garantire un nodo di forte integrazione nella rete sociosanitaria regionale;
- rafforzare il collegamento con la domiciliarità;
- prevedere ruoli e funzioni del care-manager.

Non rientrano nell'unità d'offerta delle cure intermedie, e costituiscono criteri di esclusione:

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

La documentazione sanitaria da produrre è il Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario FaSAS che prevede il Progetto individuale (dove previsto il Progetto Riabilitativo) ed il PAI (Piano di Assistenza individualizzato).

Per l'accesso alle cure intermedie i soggetti proponenti il ricovero (medico ospedaliero, Medico di Medicina Generale, medico di unità d'offerta socio- sanitaria) compilano la richiesta su ricettario regionale e la scheda unica di invio e valutazione, che può essere presentata a più unità d'offerta. L'unità di cure intermedie, se il ricovero appropriato, provvede all'inserimento dell'utente in lista di attesa e a programmare l'ingresso. La rilevazione dei bisogni degli utenti e l'assegnazione dei profili di cura viene effettuata tramite una apposita scheda unica di invio e valutazione, compilata sulla base di criteri e strumenti standardizzati semplici, validati e di ampia diffusione in ambito clinico-assistenziale.

La scheda unica suddivisa in sezioni: anagrafica; informazioni sanitarie (compresa terapia farmacologica); valutazione dell'instabilità clinica (Scala di Instabilità Clinica-SIC); controllo del tronco (ininfluente per la valutazione del profilo); valutazione della condizione funzionale pre-morbosa (Scala Rankin); valutazione della disabilità comunicativa (Scala SDC); informazioni per eventuale demenza e disturbi del comportamento; a valutazione della fragilità sociale; valutazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA).

A seguire lo schema di attribuzione dei profili:

1. la valutazione della complessità assistenziale attraverso l'Indice di Complessità Assistenziale consente una prima suddivisione degli utenti in due ambiti: profili 1 e 2 oppure profili 3 e 4;
2. il punteggio alle successive tre scale di valutazione (SIC, Rankin e SOC) determina l'individuazione precisa del profilo: confrontando i valori ottenuti con le soglie previste dalla matrice di seguito riportata, viene individuato il profilo più elevato in cui inserire il paziente. Nella tabella 1 non compare il profilo 5 dedicato alle Demenze che è determinato dalla presenza di disturbi attivi del comportamento in soggetti con diagnosi già definita di demenza, che richiedono il ricovero in ambiente protetto.

I profili di cura

Vengono proposti cinque profili di cura differenti per intensità e complessità che si differenziano su quattro fondamentali aree di intervento: assistenziale, funzionale, clinica e sociale.

Profilo 1: utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale; caratterizzato da bassa complessità assistenziale e bassa intensità clinica.

Profilo 2: utenti che evidenziano un'esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale; caratterizzato da bassa/media complessità assistenziale e bassa intensità clinica.

Profilo 3: utenti che evidenziano una prevalente esigenza di supporto assistenziale accompagnato da un intervento di riattivazione e recupero funzionale e media esigenza di supporto clinico; è caratterizzato da alta complessità assistenziale e media intensità clinica.

Profilo 4: utenti che evidenziano esigenza di elevato supporto nell'area assistenziale, della riattivazione e recupero

funzionale e clinica (data la presenza importante di comorbilità); è caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.

Profilo 5: demenze: utenti affetti da demenza già diagnosticata con disturbi del comportamento in atto, che necessitano di un elevato supporto nell'area assistenziale, di riattivazione e recupero funzionale, clinica e sociale e di figure professionali specifiche; caratterizzato da alta complessità assistenziale e alta intensività clinica.

ZONA	SDS	UNIONE COMUNI/ COMUNITA' MONTANA	GESTIONE ASSOCIATA	CONVENZIONE CON ASL
Lunigiana	SI	NO	NO	SI
Apuane	NO	NO	NO	NO
Valle del Serchio	NO	SI	SI	SI
Piana di Lucca	NO	NO	SI	SI
Pisa	SI	NO	SI	SI
Valdera	SI	SI	SI	SI
Alta Val di Cecina	SI	SI	SI	SI
Livorno	NO	SI	SI	NO
Bassa Val di Cecina	SI	SI	SI	SI
Val di Cornia	SI	NO	SI	SI
Elba	NO	NO	SI	??
Versilia	SI	NO	SI	SI

	situazione con innesti di innovazione e buona garanzia di integrazione sociosanitaria
	persistenza di un vecchio modello di organizzazione, senza SDS ma con integrazione sociosanitaria
	situazione di fallimento della sperimentazione SDS - fase transitoria con criticità
	situazione anomala con criticità, anche rispetto a modelli prec. L. 40 e 41 e s.m.

Tabella 1 – Indicatori, strumenti e criteri per la definizione dei profili per le cure intermedie.

Per i profili di cura da 1 a 4, la valutazione dei pazienti viene condotta con i seguenti strumenti: Indice di Complessità Assistenziale (ICA); Mini Mental State Examination (SE), da non somministrare agli utenti con punteggio della Scala di disabilità comunicativa pari a zero; Indice di Barthel; Scala di Tinetti; Global Evaluation Functional Index (GEFI). Per il profilo di cura 5 – Demenze, gli strumenti sono: Clinical Dementia Rating (CDR); Indice di Barthel; Mini Mental State Examination (SE); Neuropsychiatric Inventory (NPI); Relatives Stress Scale (RSS).

Per la presa in carico di ciascun utente, l'unità di cure intermedie è tenuta ad effettuare, entro 10 giorni dall'ingresso, la valutazione multidimensionale del bisogno, sulla base di una serie di strumenti validati, ed in coerenza con la valutazione confermare o modificare il profilo di cura. La durata massima del periodo di remunerazione della degenza di 40 giorni per il profilo di cura 1 e di 60 giorni per i rimanenti profili. Nei casi di fragilità sociale riconosciuta, considerate le possibili ricadute sullo stato di salute dell'utente, è prevista la possibilità di prolungare a degenza di 15 giorni oltre le soglie indicate.

L'Indice di Complessità Assistenziale (ICA)

Il primo step per definire i profili di cura è rappresentato dalla classificazione del profilo assistenziale per le persone candidate alle cure intermedie. Lo strumento proposto dalla DGR 3383/15 l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), proposto nel 1999 da Bruno Cavaliere e Diego Snaidero (4) per definire il carico di lavoro degli infermieri in ambito ospedaliero. Lo strumento originario individuava come espressione della complessità assistenziale 11 prestazioni infermieristiche⁵ (Tab. 2). Il sistema di classificazione e la pesatura della gravità include 5 livelli, corrispondenti al livello di

autonomia del paziente. L'analisi è basata sulla situazione assistenziale dei pazienti generata non solo dalle loro patologie, ma da un insieme di fattori che determinano il loro bisogno di assistenza infermieristica.

La scheda ICA proposta dalla suddetta delibera comprende 10 sezioni (Tab. 2), in cui per ciascun bisogno/funzione è prevista una serie di item che delineano la situazione del paziente con gradi assistenziali che variano da 1 a 4. In linea generale, il peso assistenziale 1 è assegnato quando la persona è autonoma nel soddisfare un bisogno/funzione. Il peso 2 è attribuito alle persone che necessitano di un minimo supporto o monitoraggio delle loro funzioni e/o condizioni cliniche. I pesi 3 e 4 corrispondono alla necessità di un'assistenza parziale o totale. La valutazione complessiva dell'ICA determina una prima suddivisione dei pazienti in due ambiti: profili 1 (bassa CA) e 2 (media CA) oppure profili 3 e 4 (alta CA) (DGR 3383/15).

Metodo ICA (Cavaliere & Snaidero, 1999)	Area assistenziale: Indice di complessità assistenziale (ICA) DGR 3383/15
Respirazione	Funzione respiratoria
Alimentazione e idratazione	Alimenti e idratazione
Eliminazione urinaria e intestinale	Eliminazione
Igiene	Igiene e abbigliamento
Movimento	Movimento
Sonno e riposo	Riposo e sonno
Funzione cardiocircolatoria	Funzione cardiocircolatoria
Ambiente sicuro	Ambiente sicuro/situazione sociale
Interazione nella comunicazione	Sensorio e comunicazione
Eseguire le procedure diagnostiche	-
Applicare le procedure terapeutiche	Medicazioni

Tabella 2 – Comparazione ICA versione originaria e proposta DGR 3383/15.

Rispetto alla versione originaria (4) si osserva che non sono state contemplate le procedure diagnostiche e terapeutiche, anche se il monitoraggio dei parametri stato incluso nella funzione respiratoria e cardiocircolatoria, mentre il piano terapeutico è stato inserito nell'area clinica della stessa scheda. Di converso nella sezione "funzione cardiocircolatoria" è prevista anche la classificazione dello scompenso cardiaco attraverso la Scala NYHA (New York Heart Association). Si può presumere che l'ICA previsto dalla DGR 3383/15, più che la modifica della versione originaria, rappresenta un adattamento dell'indice di intensità assistenziale (IIA), già applicato nella fase sperimentale delle attività di cure sub-acute per definire l'arruolamento appropriato dei pazienti candidati a questa tipologia di offerta (DGR 1479/11).

Va precisato che dalla prima redazione la metodologica ICA è stata costantemente rivista nel corso degli anni, con un approccio orientato alla creazione di un sistema multidimensionale e multidisciplinare e non solo alla misura del carico di lavoro (5, 6). L'attuale versione della metodologica ICA (7), oltre che per la disciplina infermieristica, può essere agevolmente adattata per rilevazione della complessità assistenziale di altre professioni sanitarie (medici, tecnici della riabilitazione, ostetriche, ecc.) e diversi ambiti assistenziali. Per la misurazione della complessità assistenziale infermieristica è possibile scegliere differenti modelli assistenziali, tra quelli già applicati nei contesi professionali (6, 7). L'applicazione della recente

versione dell'ICA, per quanto appaia complessa al primo impatto potrebbe essere validata nelle strutture riabilitative e/ o residenziali (setting ancora poco esplorati in tema di complessità clinica-assistenziale) con l'obiettivo di sviluppare un sistema che coniughi la classificazione con la personalizzazione delle cure e di costruire sistemi organizzativi orientati non solo alla quantità ma soprattutto alla qualità tramite la gestione delle competenze e dell'appropriatezza delle cure.

I primi dati

Nella fase "osservazionale" di 6 mesi (dal 15 aprile al 15 ottobre 2015) non sono stati introdotti nuovi criteri di inclusione dei pazienti o cambiamenti organizzativi, anche se di fatto la nuova scheda unica ha introdotto e privilegiato criteri clinico-assistenziali rispetto a quelli funzionali-riabilitativi. Ciò ha contribuito ad allentare i vincoli di esclusione di pazienti precedentemente considerati non appropriati per un setting riabilitativo.

Ad esempio la nostra struttura ha monitorato in questa fase indicatori di complessità clinico-assistenziale e gravità clinica ed ha osservato un incremento dei decessi su base annua che è passata da una prevalenza assestata negli anni di circa 1,5% al 3,8% del 2015, ed un incremento significativo dall'inizio del semestre sperimentale di pazienti confusi con necessità di mezzi di protezione individuale, pazienti con lesioni da decubito, incontinenti con necessità di catetere vescicale e/ o presidi, disfagici con necessità di nutrizione enterale. Nelle Figure 1 e 2 e nella Tabella 3 sono presentati i dati di "profilazione" generale e per setting, rilevati su tutta la regione nel periodo di osservazione.

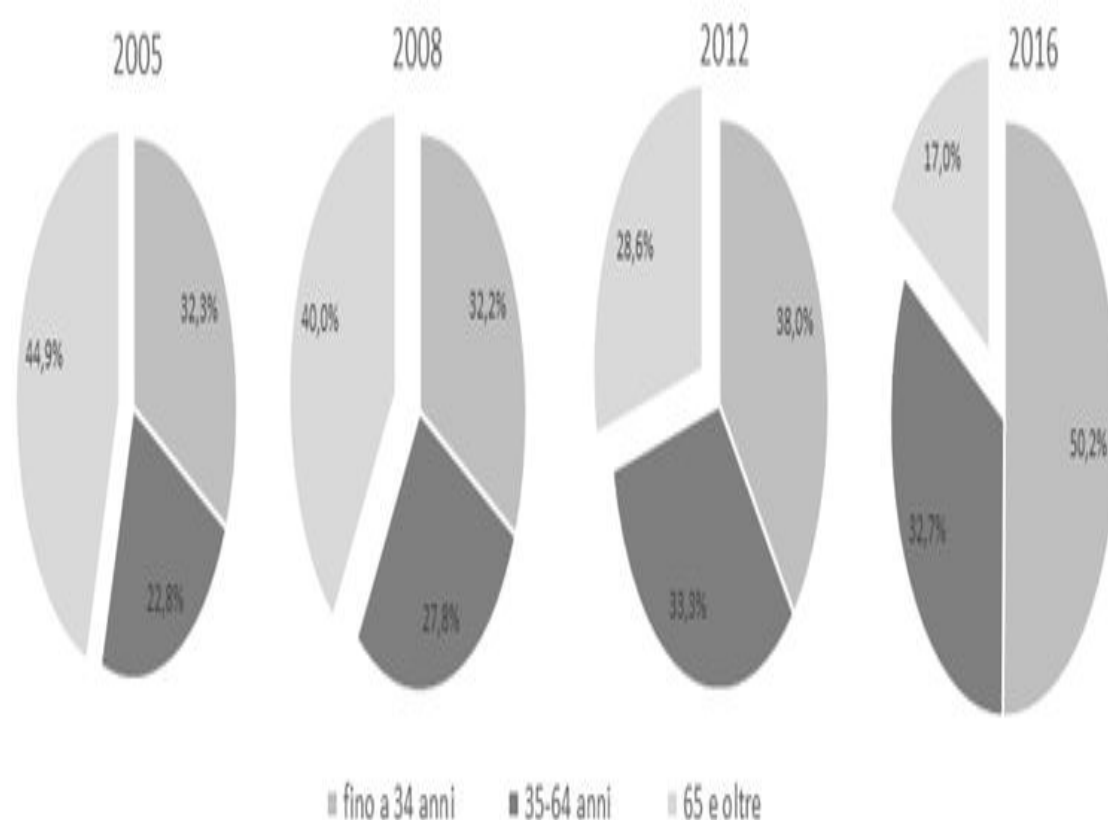


Figura 1 – Distribuzione dei 3.335 posti letto.

Fonte: Regione Lombardia Cure Intermedie Dati flusso sperimentale 15 aprile – 15 ottobre.



Do you remember this snowstorm? Where were you at that time?

Figura 2 – Attribuzione dei profili di cura durante il periodo osservazionale (10.405 pazienti).

Fonte: Regione Lombardia Cure Intermedie Dati flusso sperimentale 15 aprile – 15 ottobre.

- **Conoscere** l'anziano e la sua famiglia nel complesso percorso di valutazione permette all'assistente sociale di cogliere anche segnali di disagio, di malessere e di rischio per la vita dell'anziano.
- situazioni di rischio evidenti possono essere intercettate con facilità ma quelle di **maltrattamento, violenza e raggiri** che possono vedere coinvolti anche i diretti caregiver dell'anziano emergono dalla conoscenza della situazione.
- le situazioni che espongono il **caregiver** ad un forte stress possono potenzialmente portare ad agire forme di negligenza, trascuratezza, omissione, ipercura, episodi di maltrattamento o violenze nei confronti della persona anziana non solo fisiche ma anche psicologiche (Perucci, Taccani, Zenobio, 2012).
- Alcuni caregiver possono essere più predisposti verso comportamenti trascuranti e/o maltrattanti, ad esempio in situazioni di abuso di alcol e/o farmaci o anche quando si trovano anch'essi in situazioni di malattia fisica e/o mentale, solitudine o dipendenza economica dalla persona anziana. Cogliere questi come segnali di rischio durante la fase di valutazione permette di **agire in modo preventivo**.

Tabella 3 – Riclassificazione dei ricoveri dopo l'attribuzione del profilo di ingresso (10.403).

Fonte: Regione Lombardia Cure Intermedie Dati flusso sperimentale 15 aprile – 15 ottobre.

Conclusioni

La “riconversione” dei posti letto di riabilitazione territoriale in Unità di Cure Intermedie ha introdotto un'incoerenza fra “contenitore/servizio” e “contenuto/paziente” che deve essere affrontata. La fase osservazionale avviata con la DGR 3383/2015, rappresenta l'opportunità di intraprendere un percorso di revisione e riorganizzazione di questi servizi per rispondere in modo appropriato ai nuovi bisogni di cure dovuti alla transizione epidemiologica verso la prevalenza di malattie

croniche e invalidanti.

Il sistema dei profili di cura messo a punto, introdotto e sperimentato si rivelato una modalità semplice e flessibile per leggere la complessità dei bisogni delle persone “fragili” che sono i principali utenti di questi servizi. A seguito della prima fase osservazionale è prevista l’introduzione di qualche modifica metodologica di profilazione ed un’analisi di coerenza tra i profili e le valutazioni condotte durante il ricovero sui pazienti. Infine l’integrazione delle unità di cure intermedie, oltre che con i servizi territoriali, tradizionalmente già consolidata, con quelli di carattere più sanitario come le Cure Sub-Acute e la Riabilitazione, potrà permettere al sistema sanitario regionale di costruire un sistema di Intermediate o Transitional Care in grado di affrontare la “tempesta perfetta” provocata dall’invecchiamento della popolazione e dalle malattie cronicodegenerative invalidanti.

BIBLIOGRAFIA

1. Pesaresi F. Il cittadino non autosufficiente e l’ospedale. 5° Rapporto Network Non Autosufficienza, Maggioli Editore.
2. AAW. Monografia: Le cure intermedie In Salute e Territorio n. 201, Anno XXXV, giugno 2014, Pacini editore.
3. Bernardini B., Gardella M. IPER 2 Indicatori di Processo Esito In Riabilitazione Manuale istruzioni, 2011.
4. Cavaliere B., Snaidero D., Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell’indice di complessità assistenziale, Management infermieristico n. 1, Milano, Lauri editore. 1999;32-36.
5. Cavaliere B. Sistema integrato di misurazione della complessità assistenziale, Management Infermieristico n. 2, Milano Lauri editore. 2006; I 3-22.
6. Cavaliere B. Misurare la complessità assistenziale, Rimini, Maggioli Editore, 2009.
7. Cavaliere B. Metodo di determinazione degli Indici di Complessità Assistenziale (ICA): dieci anni di sviluppo e di sperimentazione, Associazione Italiana Case Manager Journal. 2013;6-15.