L’evoluzione del setting della lungodegenza post acuzie

Il setting di cura della lungodegenza post acuzie attraverso l’evolversi della normativa è stato delineato con contenuti dai confini non ben delineati, lasciando talvolta spazio al suo utilizzo in maniera molto differente nei diversi contesti regionali. Partendo da alcune considerazioni che prendono in esame la discussione sulle attuali proposte normative, si propone una riflessione sul contenuto del setting di lungodegenza post acuzie.

Di Elisa Malagamba *(Esperta di politiche sociosanitarie – Area Dipartimentale Sociosanitaria - Azienda Ligure Sanitaria - Liguria)*, Domenico Gallo *(Responsabile S.C. Progettazione Strategica e Sviluppo dei sistemi Informativi del S.S.R - Azienda Ligure Sanitaria - Liguria)*, Paolo Cavagnaro *(Commissario Straordinario Azienda Sociosanitaria Ligure 2 - Liguria)*

Le origini della lungodegenza post acuzie

Nel 1968, la così detta Legge Mariotti “Enti Ospedalieri e assistenza ospedaliera”, n. 132, nel dettagliare l’ordinamento dei servizi e del personale, all’art. 38 **disciplina la struttura interna degli ospedali per lungodegenti e convalescenti**, non definendone tuttavia la *mission*.

Qualche anno dopo, il Decreto 13 settembre 1988 Donat-Cattin in attuazione della legge n. 109 dell’8 aprile 1988, **disciplina gli standard ospedalieri relativi ad ogni specifica disciplina, inclusa la riabilitazione e la lungodegenza**. In particolare il punto f del sopramenzionato decreto sottolinea come la destinazione specifica degli ospedali sia rivolta al trattamento di pazienti in fase acuta o a trattamenti riabilitativi e come la **lungodegenza** debba assumere una funzione peculiare, in quanto **rivolta limitatamente alla fase di convalescenza, di primo trattamento di rieducazione funzionale o alla fase terminale**.

Il dettato normativo, attraverso la riorganizzazione ospedaliera, si pone l’obiettivo di assegnare alle funzioni della lungodegenza i posti letto abitualmente utilizzati per persone in fase non acuta, nei reparti acuti.

Il decreto riserva altresì alla lungodegenza, ma s**olo in fase transitoria, la funzione di cura rivolta a pazienti con forme croniche stabilizzate o di pazienti anziani ultra 65enni**, bisognevoli di trattamenti protratti di conservazione, impropriamente degenti in reparti per acuti, a causa della carenza di residenze sanitarie extra ospedaliere o dell’insufficiente presenza di ospedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata[1].

Contemporaneamente, la Legge n. 67 del 1988, prevede una serie di misure attuative in tema di sanità pubblica, tra le quali la specifica previsione della realizzazione nei contesti regionali di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti.[2]

Un anno dopo, viene emanato l’atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle regioni e delle provincie autonome sulle dimensioni e tipologie di strutture destinate ad accogliere anziani, che non possono essere assistiti a domicilio e che richiedono trattamenti continui. In particolare, l’allegato A del D.P.C.M. 22 dicembre del 1989, nel disciplinare i criteri della residenza sanitaria assistenziale, la definisce come *“una struttura extra ospedaliera finalizzata a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti”*.

Con l'attuazione di tale provvedimento, viene meno la funzione prevista in via transitoria per la lungodegenza post acuzie (decreto Donat-Cattin) di cura di pazienti con forme croniche stabilizzate o di pazienti anziani ultra 65enni bisognevoli di trattamenti protratti di conservazione impropriamente degenti in reparti per acuti.

Negli anni successivi, vengono emanati provvedimenti normativi che sottolineano come la lungodegenza abbia una **funzione fondamentale al fine di garantire la continuità assistenziale** e ne disciplinano la dotazione in materia di posti letto[3], fino ad arrivare al regolamento sugli standard ospedalieri oggi in vigore[4] che stabiliscono per ogni regione, una dotazione di posti letto dedicati alla lungodegenza di almeno 0,2 per mille abitanti, all'interno dello standard complessivo della riabilitazione a 0,7 posti letto per mille abitanti.

La lungodegenza post acuzie descritta dai Livelli Essenziali di Assistenza

In linea con i precedenti documenti, il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" all'art. 44 del Capo V "Assistenza Ospedaliera" definisce la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie.
In tale articolo vengono descritte tre tipologie di prestazioni nella fase immediatamente successiva al ricovero ordinario per acuti o all'episodio di riacutizzazione di una patologia disabilitante:

1. Prestazioni di riabilitazione intensiva.
2. Prestazioni di riabilitazione estensiva.
3. Prestazioni di lungodegenza post acuzie.

Tipologia di prestazioni	Tipologia di intervento	Complessità dell'intervento
Prestazioni di riabilitazione intensiva	Diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili.	Elevato impegno diagnostico, medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico, in termini di complessità e/o durata di intervento.
Prestazioni di riabilitazione estensiva	Diretta a condizione di disabilità e non autosufficienza a recupero lento, non in grado di partecipare a un programma di riabilitazione intensiva o affetti da grave disabilità.	Alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore.
Prestazioni di lungodegenza post acuzie	Diretta a condizioni di non autosufficienza con patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale.	Trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forma alternative.

Tabella 1 – Tipologia di prestazioni assistenziali riabilitazione e lungodegenza secondo quanto previsto dall'art. 44 del DPCM 12 gennaio 2017

L'articolo associa la riabilitazione alla lungodegenza post acuzie, così come peraltro evidenziato nei precedenti atti normativi nazionali, precisando inoltre, al successivo comma 2, che il medico specialista in riabilitazione è chiamato nel predisporre il Progetto Riabilitativo Individuale, definendo altresì il *setting* appropriato di ricovero.
Questo approccio pare evidenziare un completo inserimento della lungodegenza post acuzie nei *setting* di riabilitazione; tuttavia alcuni nuovi documenti nazionali vanno in una direzione apparentemente differente.

La bozza dell'Accordo tra Governo, Regioni e Provincie Autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete della riabilitazione", ad oggi in discussione, partendo dal Piano di Indirizzo della Riabilitazione del 2011, ridisegna i percorsi di continuità assistenziale in riabilitazione e delinea, specificandoli, i nuovi *setting* della rete. Tale documento, così come la bozza del decreto appropriatezza in riabilitazione[5], non inserisce nei *setting* di riabilitazione la lungodegenza post acuzie (classificata come codice 60), come ad evidenziare la volontà di non considerarla più, a differenza di quanto precedentemente normato, quale *setting* di riabilitazione.

Il contenuto dei due documenti sopra menzionati, porge evidentemente dei dubbi interpretativi in merito all'attuazione dell'art. 44 del LEA, nella parte in cui evidenzia che la lungodegenza possa essere il luogo dove effettuare la presa in carico attraverso il Progetto riabilitativo Individuale.
Alla luce di quando descritto, e in conseguenza dell'approvazione dei due documenti, dovrà essere successivamente delineato in maniera differente il setting della lungodegenza post acuzie, in parallelo alla nuova definizione dei setting in riabilitazione.

Una proposta di definizione

Analizzando i dati di contesto regionali relativi alla lungodegenza post acuzie[6] – cod. 60 ed ipotizzandone una "funzione internista", si potrebbe configurare come **una struttura degenziale a sede intraospedaliera con finalità di accoglienza di persone con patologie post acute da stabilizzare**. La funzione si sostanzia nel **migliorare le condizioni cliniche, ambientali e sociali**, affinché un soggetto ospedalizzato, che presenta problematiche di salute successive alla fase acuta, che non consentono l'immediata dimissione, **possa essere reinserito in modo adeguato e sicuro in ambiente extra ospedaliero all'interno di un "percorso di continuità terapeutico – assistenziale"** territorio – ospedale – territorio, che permetta *la transizione in sicurezza del paziente dall'ospedale al proprio domicilio ed altresì la transizione dei pazienti dal domicilio ad un ambiente protetto residenziale sociosanitario*.

Gli obiettivi del *setting* di lungodegenza sono quelli di:

- favorire il raggiungimento di una condizione clinica (stabilizzazione, controllo e gestione delle comorbilità) tale da consentire la deospedalizzazione;
- collaborare a creare le condizioni ambientali adeguate per il reinserimento in ambiente extra ospedaliero;
- facilitare il recupero del miglior livello di attività, autonomia e di partecipazione sociale consentito dalle condizioni di stabilità;
- fornire al paziente e ai suoi famigliari strumenti utili ad affrontare e gestire le conseguenze della malattia.

Tale *setting* si configura come rivolto a:

1. pazienti già ricoverati in reparti per acuti, che non possono essere dimessi a domicilio, avendo ancora bisogno di **ulteriore stabilizzazione clinica, monitoraggio continuo e/o consolidamento e aggiustamento della terapia**;
2. soggetti, prevalentemente anziani già assistiti al domicilio o istituzionalizzati, nella maggior parte dei casi affetti da **patologie cronico degenerative**, che presentano un **aggravamento** delle condizioni di salute che necessitano di un

periodo di osservazione, **previa valutazione intraospedaliera**.

Sarebbe opportuno altresì utilizzare quale criterio di esclusioni il *target* di pazienti che presentano patologie psichiatriche attive o evolutive, non controllate e pazienti con disturbi cognitivi con presenza di gravi e attivi disturbi del comportamento.

Le caratteristiche della presa in carico, attuata previa valutazione multidisciplinare, devono essere basate su un Piano di Assistenza Individualizzato, formulato dall'equipe integrata attraverso l'utilizzo di scale di valutazione validate e concordate.

Data la peculiarità del *setting* ospedaliero dovranno essere previste valutazioni in entrata che permettano di comprendere la "prognosi degenziale", al fine di poter organizzare il passaggio al successivo setting di cura territoriale con attivazione dei servizi necessari.

Nell'ambito della normativa ad oggi vigente si possono declinare i requisiti minimi e organizzativi per un modulo di 25 posti letto come segue:

Requisiti Minimi

- Personale medico presente dalle 8 alle 14 (1 medico di modulo). Dalle 14 alle 8 del giorno successivo le urgenze saranno gestite dal medico di guardia interna ospedaliera.
- Personale infermieristico: 2 IP al mattino 1 IP al pomeriggio e un IP di notte.
- OSS: 3 al mattino e al pomeriggio e 1 di notte.

Requisiti Organizzativi

- Possibilità di approvvigionamento del farmaco diurna e notturna.
- Possibilità di ossigenoterapia nelle 24 h.
- Esami di laboratorio di routine e per le urgenze.
- Possibilità di effettuare in loco tracciato ECG.
- Esecuzione Rx torace e diagnostica radiologica di I livello in loco.
- Esecuzione di ECT internistica in loco.
- Possibilità di richiedere consulenza specialistica, anche con carattere di urgenza, con particolare riferimento al reparto per acuti di provenienza.

Per quanto concerne la tariffazione, sempre nell'ambito delle attuali discipline normative[7], il ricovero ordinario avrebbe una tariffa di € 154,00[8].

Conclusioni

Una definizione, così come articolata, potrebbe rendere chiara la missione della lungodegenza e differenziarla da altri *setting* di cura e assistenza.

Attualmente, anche su singole iniziative sperimentali regionali, si stanno configurando nuove strategie per far fronte alla presa in carico sociosanitaria, attraverso la definizione di nuovi *setting* di assistenza. In questo panorama, la lungodegenza post acuzie può rappresentare un importante nodo della rete, proprio per la sua peculiarità di *setting* strategico per la transizione di cura territorio – ospedale – territorio.

Foto di Cezary Pawe? da Pixabay