

Unità di degenza per cure intermedie tra ospedale e territorio: una risposta possibile al problema del “timing” delle cure nel paziente cronico

Renzo Bagarolo

Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano

PREMESSA

Quando, circa otto anni or sono, ho assistito ad una lezione magistrale del prof. Robert Kane su qualità di cura e di vita nei servizi di cura e assistenza per anziani e disabili “cronici”, rimasi particolarmente colpito da come trattò l’argomento del processo decisionale nei percorsi di cura. Sintetizzo a memoria i punti trattati:

Criticità

- Troppo spesso decisioni importanti vengono prese in momenti critici
- Troppo spesso non c’è tempo per considerare obiettivi e risultati desiderabili
- Troppo spesso le persone non vengono consultate
- Poco tempo per risolvere i conflitti all’interno delle famiglie
- La pressione del tempo nel processo decisionale determina che non sempre la soluzione praticabile è la migliore.

Tappe del processo decisionale

- Definizione degli obiettivi e risultati desiderati (esempio: fra sicurezza e riabilitazione qual è l’obiettivo primario)
- Possesso delle informazioni adeguate (efficacia dell’intervento e del servizio)
- Scelta fra diverse opzioni/opportunità (luoghi e/o servizi idonei e appropriati)

- Controllo e verifica dei risultati (follow-up: utile per avere dati di efficacia).

Criteri facilitanti... le buone decisioni

- Tempo
- Informazioni
- Struttura organizzativa
- Guida
- Supporto e sostegno.

Mi è sembrato utile fare questa premessa prima di proporre alcune riflessioni sulla opportunità di pensare, progettare e definire Unità di Cure Intermedie all’interno del sistema di cure sanitarie e socio-sanitarie per le persone fragili e affette da patologie croniche. Il quesito che ci si può porre è il seguente: possono essere le Unità di Degenza di Cure Intermedie una proposta di servizio che “facilita” il percorso di cura più appropriato nel paziente “fragile”, sia esso anziano o disabile (la “cosa” giusta, al “paziente” giusto, nel “momento” giusto), e quali potrebbero essere le caratteristiche essenziali di questo servizio sia in ambito sanitario che socio-sanitario?

MATERIALI E METODI

Lo spunto di questo articolo viene da uno studio condotto all’interno di due istituzioni/aziende della Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Milano, una sanitaria ospedaliera e l’altra socio-sanitaria extra-ospedaliera, per defi-

MATERIALI DI LAVORO

nire e progettare UNITÀ DI CURE INTERMEDIE tra Ospedale e Territorio per la continuità e l'appropriatezza delle cure a pazienti "fragili" o in condizioni di subacuzie.

Nel progetto, dopo una fase di definizione del percorso di cura appropriato per pazienti fragili, si è pensato di proporre la realizzazione di Unità di Degenza di Cure Intermedie, esito di trasformazione di servizi già esistenti e operativi all'interno delle rispettive strutture, quindi sia in ambito Ospedaliero che Extra-ospedaliero, individuando gli elementi comuni e quelli specifici propri di ciascun ambito, con l'obiettivo finale di collegare e integrare fra loro queste unità, come nodi di una rete all'interno di un sistema di cure intermedie più complesso. Nello studio citato è stato utilizzato lo strumento "manageriale" della Pianificazione Strategica per definire con chiarezza le fasi del progetto e i passaggi necessari alla realizzazione, dall'analisi del contesto alla definizione di finalità, obiettivi, livelli di responsabilità, risorse e strumenti da attivare, per individuare scelte e percorsi adeguati da proporre all'interno delle rispettive istituzioni. È stata svolta e condivisa soprattutto l'analisi dell'ambiente esterno (minacce e opportunità per la realizzazione del progetto) mentre la sostanziale differenza di servizio e di organizzazione tra le due istituzioni ha richiesto un'analisi separata per l'ambiente interno (elementi di forza e debolezza per la realizzazione del progetto) e l'ipotesi di sviluppo strategico per le rispettive realtà istituzionali e/o aziendali, che non verranno trattate in questo articolo.

Quindi, a conclusione della prima fase, individuati obiettivi e strategie da perseguire, è stato formulato un piano di realizzazione di Unità di Cura specifico per ciascun ambito.

Nel progetto, una volta definite e sviluppate queste Unità di Cure Intermedie da servizi già operativi all'interno delle rispettive strutture, quindi sia in ambito Ospedaliero che Extra-ospedaliero, individuando gli elementi comuni e quelli specifici propri di ciascun ambito, si prevede di favorire un collegamento e l'integrazione operativa fra queste Unità, come nodi di una rete all'interno di un sistema di cure intermedie più complesso.

ANALISI DELL'AMBIENTE ESTERNO

Il cambiamento epidemiologico in atto sta modificando in modo radicale la domanda di salute della popolazione italiana. L'impatto che le patologie cronico-degenera-

tive, l'invecchiamento della popolazione e l'evoluzione tecnologica stanno determinando sulla domanda di salute, mette a rischio anche la sostenibilità economica di tutto il sistema salute. La spesa sanitaria, in Italia, oggi assorbe l'8,3% (6,8% spesa pubblica + 1,5% spesa privata) del Prodotto Interno Lordo (PIL), il 70% di queste risorse viene utilizzato da pazienti cronici che rappresentano il 25% della popolazione (Ministero del Welfare, 2007).

Questo cambiamento di scenario ha ricadute importanti sul sistema delle cure che, rispettando i criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza, deve rispondere ai nuovi bisogni di salute con logiche di servizio innovative in grado di integrare ospedale e territorio, area sociale e sanitaria.

Sempre di più si individuano in una maggiore integrazione dei servizi sanitari e sociali, e nella migliore gestione delle informazioni, le strategie adeguate per poter razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze, continuando a garantire "doverosa solidarietà... e pari opportunità nell'erogazione dei servizi essenziali".

La Regione Lombardia è impegnata da alcuni anni nella riorganizzazione del complesso sistema socio-sanitario, definendo una rete di cure che dall'acuzie gestita in ospedale, attraverso la riabilitazione, ed infine l'assistenza domiciliare, cerca di garantire continuità, sostenibilità e qualità delle cure.

Nella nostra regione l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari si può considerare ricca per quantità e tipologia; fra tecnici e operatori spesso ci si chiede se questa offerta sia sufficiente alla domanda di cure sanitarie e socio-sanitarie, mettendo in evidenza anche percorsi asincroni fra "governance" e "disease management"; queste riflessioni si concludono, il più delle volte, con una richiesta di aumento dei servizi, più che in un miglior coordinamento e revisione organizzativa di quelli già esistenti.

Queste criticità del sistema sono oggi particolarmente evidenti nel passaggio dalla fase acuta a quella subacuta e/o cronica delle malattie, e nello scarso governo clinico-assistenziale delle fasi di integrazione dei servizi fra ospedale e territorio comunemente definito delle "cure intermedie"; questo ambito di cure, se adeguatamente definito, organizzato e gestito, permetterebbe di rispondere meglio non solo ai bisogni di cura del paziente, ma di ridurre i costi ospedalieri (ricoveri ripetuti, impropri e/o prolungati) e, più in generale, evitare sprechi di risorse altrimenti utilizzabili.

I pazienti “fragili”, non autosufficienti, non stabilizzati o in condizioni di sub-acuzie, sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri orientati per patologia; spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica, e impegnano impropriamente risorse umane e tecnologiche altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggior intensità e specificità di intervento.

Nel progetto per “Cure Intermedie” ci si riferisce a quelle fornite a pazienti in esito di acuzie o in stato di sub-acuzie, medicalmente stabilizzati tanto da non richiedere più necessariamente cure in ospedale, ma ancora instabili per essere trattati al domicilio, ambulatorio, o avviati al percorso di lungo-assistenza.

In considerazione del cambiamento della struttura demografica e dell’impoverimento delle reti sociali in Lombardia, ed in particolare a Milano, molti di questi pazienti complessi e fragili non possono usufruire di cure intermedie al domicilio.

All’interno di questa area eterogenea di cure sono state quindi definite e progettate le Unità di Cura Intermedia come servizi di degenza in grado di fornire prestazioni sanitarie ad alta integrazione sociale, in continuità di azione tra cura e riabilitazione, e capaci di attivare percorsi assistenziali integrati.

A seguire, nelle tabelle sinottiche viene rappresentato il risultato sintetico dell’analisi di contesto come minaccia e opportunità per la realizzazione del progetto nei diversi livelli di lettura, nazionale, regionale, territoriale, e gli “stakeholders” (portatori di interesse) da coinvolgere.

STAKEOLDERS ANALYSIS (Fig. 1)

Pazienti e famiglie. Richiedono da tempo personalizzazione e continuità nei percorsi di cura per ricondurre ad unicità la persona malata dopo la “frammentazione” degli interventi e prestazioni specifiche erogate nei diversi ambiti di cura.

Regione Lombardia. In attuazione delle indicazioni di politica sanitaria e socio sanitaria regionale (legge 31/97 e successive modifiche) possono essere definiti percorsi di cura appropriati a partire dalle persone e dai loro bisogni riconosciuti; gli erogatori Pubblici e Privati partecipano con pari dignità e uguali regole di accesso e accreditamento alla rete sistema di offerta di cure.

Contesto nazionale

Unità di Cura Intermedia – Contesto nazionale	
Opportunità	Minacce
Cambiamento epidemiologico (aumento di necessità di cura per pazienti disabili, fragili e/o cronici)	Scarsa chiarezza normativa con frammentazione e sovrapposizione di compiti, ruoli e responsabilità
Impoverimento della rete sociale ed aumentato bisogno sociale di continuità di cura	Assenza di una chiara definizione di finalità, standard e requisiti di servizio, con rischio elevato di frammentazione e variabilità delle esperienze
Graduale spostamento di risorse economiche dal settore dell’acuzie a quello della cronicità	Assenza di un sistema validato di misura o di un modello di riferimento per la valutazione delle risorse impegnate in relazione agli obiettivi definiti
Richiesta del sistema di cura ospedaliera di risposte efficaci ed efficienti al problema delle dimissioni protette e continuità di cura	Paradigma culturale sanitario che privilegia la specializzazione rispetto alla cultura della presa in carico globale
Disponibilità del sistema sanitario alla progettazione integrata e rinnovo dei percorsi di cura	Scarsa cultura dell’integrazione fra ospedale e territorio e fra servizi sanitari e sociali
Disponibilità, accesso e utilizzo degli strumenti di tecnologia informatica nel sistema sanitario e socio-sanitario	Eccessiva variabilità territoriale dei sistemi e delle organizzazioni con ridotta riproducibilità delle esperienze

Contesto regionale

Unità di Cura Intermedia – Contesto regionale	
Opportunità	Minacce
Presenza di un sistema di cure definito e strutturato per l'acuzie, la riabilitazione ed il domicilio	Complessità del sistema e presenza di pluralità di attori da coinvolgere
Sistema di accreditamento con requisiti e standard definiti per i diversi servizi del sistema delle cure	Cultura del bisogno poco condivisa e diffusa tra ambito sanitario e sociale
Incremento di risorse economiche dedicate alla risposta di bisogni di cura dei pazienti fragili, cronici o in stato di sub-acuzie	Ridotta "governance" del sistema di cure socio-sanitario, assenza di regole definite di integrazione nei percorsi di cura tra ospedale e territorio
Razionalizzazione dei servizi in senso organizzativo e assenza di elevato investimento tecnologico	Difficoltà di "governo clinico" del paziente nel passaggio fra i diversi "setting" di cura
Scarsa presenza competitiva	Recente definizione dei criteri di ripartizione delle risorse economiche fra ambito sanitario e sociale
Recente riordino del sistema di cure riabilitative e individuazione di fasce di bisogno di cura non soddisfatte da questo tipo di servizio	Autoreferenzialità dei diversi servizi che rispondono a interessi e logiche diverse e maggiore probabilità di inefficacia e inefficienza
Possesso di competenza e cultura nella gestione del paziente complesso e fragile	Conflittualità tra i diversi attori coinvolti
Disponibilità di uno strumento di valutazione per l'appropriatezza e per l'accesso alle cure riabilitative (Sistema Esperto) i cui criteri sono utilizzabili anche per individuare il bisogno di cure intermedie	Richiesta di elevata interazione e flessibilità fra le diverse professionalità coinvolte nei differenti ambiti di cura
Interesse da parte dei diversi attori del sistema di cure alla costruzione di reti, disponibilità a collaborazioni o sperimentazione di percorsi di cura condivisi	Differente diffusione della cultura del lavoro per obiettivi e budget definiti e formalizzati tra l'ambito sanitario e sociale
Scarsa diffusione del servizio di cure domiciliari	Difficoltà di percezione dei contenuti del servizio da parte dei potenziali fruitori

Assessorato Sanità e Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale. L'interesse risiede nel ruolo che queste Unità possono avere nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario e socio-sanitario e di buon funzionamento della rete di cure e assistenza regionale.

ASL Città di Milano. Ha da tempo individuato nella continuità e integrazione delle cure tra ospedale e territorio l'ambito strategico di intervento per migliorare il sistema di offerta di cure cittadino.

Operatori e Associazioni Professionali. Molti operatori sanitari (medici, infermieri, terapisti, educatori) e sociali (assistenti sociali, operatori assistenziali, animatori, altri) sia dell'ospedale sia del territorio avvertono

fortemente la necessità di azioni e ambiti specifici di "governo" dei percorsi di cura dei pazienti complessi e fragili.

CONCLUSIONI

In conclusione, ritengo che il punto di partenza di qualunque "modellizzazione" per analizzare necessità e opportunità di nuove o diverse tipologie di servizio sia, prima di tutto, di avviare una riflessione sulla efficacia teorica (efficacy), e quindi tramite sperimentazione, di una verifica dell'efficacia pratica (effectiveness), per proseguire quindi con l'analisi di efficienza e sostenibilità di un servizio.

Contesto territoriale

Unità di Cura Intermedia – Contesto territoriale (ASL Milano)	
Opportunità	Minacce
Offerta diffusa e differenziata di servizi di cura sia in ambito ospedaliero che territoriale	Pluralità di attori presenti sul territorio che fanno medesime cose con nomi diversi o definiscono con lo stesso nome servizi diversi
Richiesta di un utilizzo delle risorse di sistema in maniera più efficace ed efficiente	Ritardo nell'azione di "governace" da parte dell'Ente territoriale competente
Presenza di un Progetto sperimentale con possibilità di valutazione e correzione delle criticità emerse	Difficile transizione nel passaggio di competenze socio-sanitarie storicamente detenute dall'istituzione comunale alla ASL
Sviluppo e Valorizzazione delle sinergie di rete	Difficoltà a definire in maniera specifica l'ambito di intervento delle cure intermedie
Richiesta di miglioramento del "governo clinico-assistenziale" del paziente attraverso la definizione di percorsi di cura appropriati	Difficoltà ad individuare il ruolo e la collocazione corretta di questi servizi all'interno della rete
Presenza sul territorio di servizi accreditati e professionalità in grado di lavorare in rete	Gestione del servizio di cure intermedie da parte di professionalità con competenze e cultura inadeguate al compito e agli obiettivi assegnati
Sviluppo delle professionalità e delle culture capaci di farsi carico del paziente in senso globale (Valutazione Multi Dimensionale)	Rischio di confondere e farsi carico di aree di bisogno sanitario o sociale non attinenti al servizio
Unità di cura come luogo di incontro e di integrazione del bisogno sanitario e sociale	Scarso governo clinico-assistenziale con squilibrio economico-finanziario e sbilanciamento fra costi e ricavi

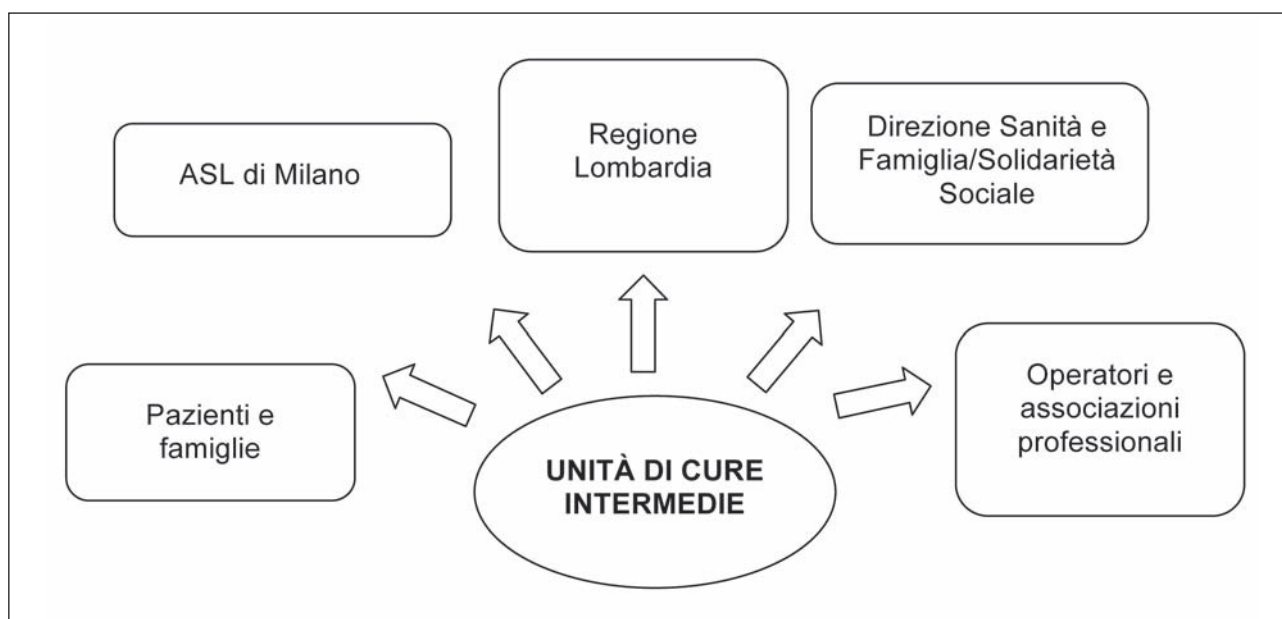


Figura 1 - "Stakeholders analysis".

MATERIALI DI LAVORO

Il fondamento di questa efficacia teorica risiede, a mio avviso, paradossalmente proprio nel concetto di "timing" (tempo giusto e necessario) del percorso di cura dedicato al paziente cronico, al fine di una corretta individuazione, "interpretazione" e gestione della complessità clinica della cronicità in concomitanza con la condizione di acuzie e sub-acuzie.

La metodologia della pianificazione strategica ha permesso di evidenziare elementi a sostegno, criticità e strategie utili alla definizione del progetto di Unità di cure intermedie nelle nostre rispettive strutture, quindi sia in ambito ospedaliero che extra-ospedaliero, sia in una logica più generale di sistema, che ha portato alle seguenti conclusioni:

1. Le unità di cure intermedie potrebbero diventare i nodi di una rete di cure tra ospedale e territorio nella gestione della transizione tra l'acuzie e la cronicità.
2. L'attivazione di queste unità di cure intermedie può avvenire senza risorse aggiuntive del sistema a partire da ridefinizione e innovazione di servizi già presenti in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.
3. La rete di cure intermedie, per poter essere efficace ed efficiente, deve essere messa a sistema.
4. Nella definizione organizzativa e operativa di queste unità di cure abbiamo individuato elementi comuni condivisibili ed elementi specifici distintivi:
 - posti letto o unità di degenza situati in continuità e/o contiguità strutturale e funzionale con i servizi riabilitativi specialistici intensivi in ospedale ed estensivi in ambito extraospedaliero;
 - devono esistere cultura e strumenti condivisi di valutazione di appropriatezza (inclusione/esclusione) dei casi in modo da definire percorsi di cura, modalità di presa in carico e permettere il necessario "governo" dell'accesso al servizio senza conflitti;
 - deve essere condiviso uno strumento comune di "governo" della complessità clinica e di valutazione dell'appropriatezza riabilitativa (nel nostro caso il Sistema Esperto sperimentato dalla regione Lombardia e sviluppato in collaborazione con le società scientifiche), dove livello di disabilità, comorbidità e fragilità sono considerati elementi essenziali nel definire il bisogno del paziente ed il setting di cura adeguato;
 - le Unità di cura intermedie ospedaliere possono

svolgere la loro attività in stretto contatto/contiguità con la riabilitazione specialistica ed avere come elemento distintivo specifico quello di occuparsi di pazienti non ancora sufficientemente stabilizzati per essere avviati alle cure estensive, che potrebbero ancora necessitare di interventi o servizi specifici di tipo ospedaliero;

- le Unità di cure intermedie extra-ospedaliere possono svolgere la loro attività in stretto contatto/contiguità con la riabilitazione generale/geriatrica e avere come elementi distintivi specifici l'estensività temporale delle cure ed il maggior collegamento con i servizi territoriali.
5. Il collegamento fra unità ospedaliere ed extra-ospedaliere, tramite percorsi o protocolli di cura definiti sulla base di cultura e pratiche condivise, sono il passaggio fondamentale per garantire efficienza ed efficacia di questa rete di cure.
 6. Infine, una volta definiti nodi e percorsi all'interno della rete, un valido sostegno può essere fornito dalla tecnologia informatica (ICT).

Si ringrazia per il contributo la D^{ssa} Liliana Sgarbi, Aiuto Fisiatra dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Bagarolo R, Sgarbi L. Progetto per unità di cure intermedie tra Ospedale e Territorio. Tesi finale Corso di Formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa - Area Ospedaliera SDS - IReF Regione Lombardia, 2008.

Cifalinò A. Il governo dei servizi sanitari territoriali, logiche, strumenti e processi. Edizioni Franco Angeli, 2007.

Il Distretto e le "Cure Intermedie". Atti del 2° Congresso Nazionale Card-2003. Quaderni CARD 2. Ed. Iniziative sanitarie, 2003.

Blangiardo GC L'invecchiamento demografico nei comuni lombardi, Edizioni Guerini e Associati, 1999.

Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo:

2007 RICOVERI IN LOMBARDIA. A cura di Federico P, Zucchi C, Zocchetti C. Osservatorio Epidemiologico e Sistemi di Remunerazione, www.sanita.regione.lombardia.it.

LEA - Livelli Essenziali di Assistenza, e Mattoni SSN, www.ministerosalute.it.

Libro Verde Ministero Welfare 2008, www.ministerosalute.it.