

## Vincent Mor a Brescia: «Dopo l'acuzie: possibili modelli di cura per l'anziano»

**Renzo Rozzini**

*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia*

*Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia*

*Centro Studi sull'Organizzazione Sanitaria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Brescia*

«**D**elle cure intermedie tra ospedale e territorio si devono occupare i medici dell'ospedale in cui il paziente è stato curato nella fase acuta e non i medici di medicina generale che, invece, dovranno seguire la persona una volta rientrata al suo domicilio».

Non ha dubbi, il prof. Vincent Mor del Dipartimento di Salute pubblica della facoltà di Medicina della Brown University di Providence, negli Stati Uniti. Mor è stato ospite dell'Ospedale-Fondazione Poliambulanza di Brescia, in un incontro dal titolo «Dopo l'acuzie: possibili modelli di cura per l'anziano» promosso dal Centro studi sull'Organizzazione Sanitaria dell'Università Cattolica di Brescia, presieduto da Renzo Rozzini, e del Gruppo di Ricerca Geriatrica, il cui direttore scientifico è Marco Trabucchi. L'incontro aveva l'obiettivo di affrontare un tema di grande attualità, soprattutto dopo la delibera regionale lombarda dello scorso 30 marzo che istituisce le "Attività di Cure subacute". Si tratta di una presa in carico, in contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti dai postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. Rappresentano, quindi, una nuova modalità di cura finalizzata ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogata senza soluzione di continuità dopo un ricovero acuto, o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche. Secondo la delibera regionale le attività subacute devono avere l'obiettivo di erogare le cure, professionalmente qualificate, necessarie a garantire, per alcune definite tipologie di pazienti, l'uscita dalla fase acuta del ricovero. Le cure subacute possono essere effettuate o in una struttura indipendente rispetto alle strutture di ricovero e cura per acuti, o in un'area organizzata ad hoc situata all'interno della struttura per acuti stessa. Le cure subacute non devono essere con-

fuse con le attività socio-sanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica. Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale. Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che comprende: una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi. Sono infine orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio. La durata media della degenza in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai 10/15 giorni e non superiore ai 30/40 giorni.

Le cure subacute sono considerate necessarie dal punto di vista medico per soggetti che rientrano nei seguenti criteri:

A) Criteri di arruolamento:

1. Il paziente non richiede le cure di un ospedale per acuti ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità.
2. Il paziente ha delle necessità mediche più complesse di quelle che potrebbero essere gestite al domicilio.
3. Anche se clinicamente stabile, il paziente richiede ancora delle procedure diagnostiche o terapeutiche che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti.
4. Il paziente ha in corso un preciso programma terapeutico.

B) Le condizioni cliniche del paziente richiedono:

1. Coordinamento medico continuo con la necessità di un significativo numero di accessi del medico e dell'infermiere.
2. Assistenza infermieristica.

3. Sulla base delle necessità dei pazienti, l'eventuale supporto di servizi intermedi quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica.

4. Un approccio multiprofessionale e multidisciplinare fortemente orientato al risultato.

L'impiego dei servizi per le cure subacute è indirizzato quindi:

- a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale, ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio, per la complessità del quadro clinico. In questo modo si riduce la durata della degenza e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto, per il periodo necessario;
- a pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici, caratterizzati da una tendenza all'instabilità clinica, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente, ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero.

Dunque, superata la fase acuta, il paziente – quello anziano nello specifico – deve continuare la fase di ricovero successiva all'interno dello stesso reparto, magari in posti letto dedicati, o deve essere trasferito in altre strutture? «Credo che debbano esserci letti dedi-

cati e autonomi rispetto alle realtà già esistenti sul territorio, quali le RSA, altrimenti – ha spiegato Mor – vi è il rischio che la persona in RSA non riceva le adeguate cure necessarie e che sia costretta a rimanere indefinitamente nella RSA malgrado la sua volontà iniziale di tornare nella sua abitazione».

Ma i medici che curavano il malato nella fase acuta avranno la possibilità di seguire il paziente anche nella fase successiva? E, in caso contrario, quest'ultimo non avrà la percezione di essere abbandonato in una sorta di "limbo" utile solo a risparmiare sul costo della degenza media giornaliera? «Sono problemi aperti. Credo, tuttavia, che l'ospedale debba essere responsabile del paziente anche nella fase post-acuta; per superare il problema organizzativo si dovrebbero creare équipe specifiche che siano di collegamento tra l'una e l'altra forma di degenza. Ad una condizione: se il paziente deve ritornare nei letti per acuti perché le cure che gli sono state prestate non erano adeguate, all'ospedale non verrà riconosciuto un ulteriore ricovero, ma sarà il proseguimento di quello iniziale».

La delibera regionale ha assegnato a Brescia 97 posti letto per cure sub acute, organizzati in unità operative di un massimo di venti posti letto. Un numero certamente contenuto rispetto al bisogno – si pensi che almeno il 20% dei pazienti dimessi ha bisogno di una fase post-acuta – ma che potrebbe fungere da volano alla creazione di una cultura del "post-acuto".