

## L'Ospedale per intensità di cure: esperienza preliminare dell'Unità Operativa di Cure sub-acute dell'Azienda Ospedaliera della provincia di Lodi

*Paolo Cantaluppi\**, *Concetta Paolucci\**, *Carlo Maria Rovelli\**, *Moreno Carli\**,  
*Valeria Giacomel\**, *Angelo Bracchi\**, *Nicolaos Geroutis\**, *Paolo Bernocchi\*\**,  
*Pasquale Giametta\*\*\**

\*U.O. di Riabilitazione Generale Geriatria e Cure sub-acute, AO Lodi, Presidio Ospedaliera di Sant'Angelo Lodigiano

\*\*Dipartimento di Cure Intermedie e Riabilitazione, AO della Provincia di Lodi

\*\*\*ASL della Provincia di Lodi

### INTRODUZIONE

La periodica revisione delle linee guida e dei percorsi di cura rivolti ai pazienti che accedono al servizio sanitario è il risultato dell'acquisizione dei nuovi sviluppi della ricerca scientifica ma anche delle variazioni del panorama epidemiologico che guida la ricerca stessa (Rozzini e Trabucchi, 1999); negli ultimi anni si è assistito ad una costante e progressiva crescita delle patologie cronico-degenerative che interessano prevalentemente la popolazione anziana con molteplici conseguenze in termini di disabilità, qualità di vita, ma anche di economia sanitaria (Valent et al., 2012). Ben si conosce infatti il peso specifico in termini economici dei servizi sanitari erogati per queste patologie e la conseguente necessità di sviluppare percorsi terapeutici ed assistenziali che favoriscano sia una corretta buona pratica clinica sia un'appropriata allocazione delle risorse economiche stesse (Brenna e Lotta, 2003).

La Regione Lombardia ha avviato sperimentazioni su possibili nuovi percorsi di cura indirizzati a pazienti che, pur non avendo necessità di ricovero in un reparto ad elevata intensità di assistenza e cura, non possono ancora rientrare al domicilio a causa delle conseguenze clinico-funzionali riconducibili ad una patologia che ha determinato l'ingresso in ospedale. Di qui la nascita delle Cure Intermedie che ha visto un'iniziale sperimentazione in alcune realtà regionali quali

Milano, Varese e Soncino (CR), per poi avere una pianificazione di sviluppo in tutto il territorio lombardo. La delibera IX/1479 del 30 marzo 2011 della Regione Lombardia ha previsto l'istituzione di "una nuova tipologia di prestazioni sanitarie denominata attività di Cure sub-acute" con il precipuo scopo di razionalizzare percorsi terapeutici e assistenziali finalizzati al miglioramento delle prestazioni sanitarie erogate e dell'utilizzo delle risorse disponibili. Tali strutture si collocano quindi a metà del percorso assistenziale tra servizi per acuti e domicilio. La nuova tipologia di ricovero in Cure sub-acute è anche una prima risposta al riscontro di degenze di lunga durata che si svolgono in un contesto di intensità di cura che non è quello adeguato per i pazienti sub-acuti e che, anzi, li espone ai rischi tipici legati alla permanenza in reparti per acuti (Venker et al., 2005; Ricou e Merlani, 2008; Tran et al., 1990). I requisiti di struttura per l'assegnazione dei posti letto tecnici per sub-acuti sono: la presenza di un ospedale di tipo medio/piccolo accreditato e a contratto, preferibilmente non inserito nella rete dell'emergenza/urgenza, dotato di alcune specialità ospedaliere di base e con un adeguato potenziale diagnostico in ambito laboratoristico e radiologico.

In tutta la regione sono stati identificati 1.145 posti letto da realizzarsi prevalentemente nelle Unità Operative (U.O.) di Medicina Interna, di Geriatria o di Riabilitazione Geriatrica. Alle strutture di cure intermedie,

già per altro sperimentate e consolidate in alcuni Paesi europei, andrebbero indirizzati pazienti, preferenzialmente anziani con comorbidità, clinicamente stabilizzati ma necessitanti ancora di assistenza sanitaria e/o di un periodo di osservazione e di continuità diagnostico-terapeutica, seppur di non elevata intensità (Torres et al., 2006). Sono note infatti le problematiche relative alle dimissioni dai reparti per acuti di pazienti con polipatologia e ciò per le difficoltà di interfacciare con i servizi le strutture assistenziali presenti nel territorio (Assistenza Domiciliare, Servizi di riabilitazione e Servizi residenziali). Pertanto, alle Cure sub-acute dovrebbero accedere quei soggetti che non necessitano più dell'intensità di cure del reparto per acuti, ma non possono ancora rientrare al domicilio. Tali pazienti, dopo un periodo variabile (dai 10 ai 40 giorni) e un opportuno percorso terapeutico/riabilitativo possono, una volta stabilizzati, ritornare al proprio domicilio attraverso un progetto di dimissione protetta o, in alternativa, accedere a strutture residenziali. Alcuni potenziali vantaggi dell'istituzione delle Cure sub-acute potrebbero tradursi nella riduzione delle degenze medie nei reparti per acuti, nella prevenzione dei "re-ricoveri" e nel favorire l'integrazione e la cooperazione fra l'Ospedale e i servizi territoriali. Le Tabelle 1 e 2 riportano i criteri di inclusione e di esclusione nelle Cure sub-acute.

**Tabella 1** - U.O. di Cure sub-acute: criteri di accesso.

- Diagnosi accertata
- Prognosi definita
- Programma individuale predisposto
- Informazione al paziente sulla peculiarità delle Cure sub-acute
- Processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali
- Necessità di proseguire cure in fase sub acuta con stretto *follow-up*
- Completamento del processo di guarigione
- Instabilità clinica a carico dei pazienti affetti da patologia cronica

**Tabella 2** - U.O. di Cure sub-acute: criteri di esclusione.

- Decadimento cognitivo (MMSE < 17)
- Pazienti oncologici terminali
- Pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia

## POPOLAZIONE E METODI

L'Azienda Ospedaliera (A.O.) della provincia di Lodi, istituita nel gennaio 2002, presta la propria assistenza sanitaria ad un bacino di utenza di circa 200.000 abitanti suddivisi in 61 comuni ed è articolata in 4 presidi:

1. Presidio di Casalpusterlengo
2. Presidio di Codogno
3. Presidio di Lodi
4. Presidio di Sant'Angelo Lodigiano.

Nei 4 Presidi Ospedalieri sono presenti 18 U.O. mediche, 7 chirurgiche e 4 riconducibili all'ambito riabilitativo, per un totale di 609 posti letto (ponderati) per degenze ordinarie.

Seguendo le indicazioni specifiche date dalla Direzione Generale Sanità si è avviato dapprima il percorso di accreditamento, inizialmente parziale, dei posti letto identificati e di concerto con l'Azienda Sanitaria Locale si è condiviso un documento sulle strategie da adottare per la strutturazione iniziale e per le successive fasi di implementazione della nuova rete di offerta assistenziale. Dei 27 posti letto per le Cure sub-acute attribuiti all'A.O. di Lodi, a giugno 2012 14 sono stati attivati e tutti individuati nell'Unità Operativa Complessa di Riabilitazione Geriatrica Generale di Sant'Angelo Lodigiano. In tale U.O. sono quindi presenti 20 posti letto di Riabilitazione Generale (37 fino allo scorso anno) e 14 "letti tecnici" per pazienti "subacuti". L'attivazione isorisorse di questi ultimi è avvenuta nell'ottobre 2011, ma solo dal gennaio 2012 sono stati ricoverati i primi pazienti in seguito a comprensibili e prevedibili problemi organizzativi, peraltro comuni ad altre A.O. della regione.

Le difficoltà che inizialmente sono state incontrate sono riconducibili a:

- Riorganizzazione degli spazi e delle competenze del personale sanitario all'interno dell'U.O.
- Insufficiente informazione ai colleghi dei reparti per acuti relativamente all'avvenuta istituzione dei letti per sub-acute.
- Differita identificazione di una figura di riferimento all'interno della nostra U.O. e nelle restanti Unità Operative finalizzata al reclutamento dei pazienti potenzialmente idonei al ricovero.

Dal 18 gennaio 2012 al 12 giugno 2012 sono stati ricoverati 46 pazienti, 23 maschi e 23 femmine, con età media di 79,8 anni. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione multidimensionale geriatrica eseguita in ingresso ed al momento della dimissione. Inol-

## ESPERIENZE

tre, durante la degenza i pazienti sono stati sottoposti ad un trattamento multidisciplinare che ha visto la partecipazione delle seguenti figure professionali: geriatra/internista infettivologo, fisiatra, fisioterapista, nonché una consulenza specialistica di rivalutazione eseguita, al bisogno o prima della dimissione, da parte dei colleghi delle varie U.O. per acuti che in precedenza avevano trasferito il paziente.

## RISULTATI

L'analisi dei dati ottenuti attraverso la valutazione multidimensionale geriatrica eseguita al momento del ricovero nelle Cure sub-acute ha individuato i seguenti risultati:

- Indice di Barthel medio all'ingresso pari a  $49,7 \pm 26,7$
- CIRS di severità media pari a 1,96
- CIRS di comorbidità media pari a 4,6
- Indice assistenziale<sup>1</sup> medio pari a  $2,89 \pm 0,7$ .

I dati sopra esposti evidenziano come nella popolazione studiata fosse presente un'elevata polipatologia associata ad una dipendenza funzionale media di entità severa; per tale motivo il 67,4% dei pazienti ricoverati ha ricevuto, oltre alle cure mediche tradizionali, anche un trattamento riabilitativo di tipo fisico. Tale approccio ha verosimilmente contribuito al miglioramento dell'indice di Barthel medio alla dimissione:  $56 \pm 27,5$ .

Dopo una degenza media di 21 giorni, più della metà dei pazienti ricoverati è rientrata al domicilio (54,3%, ovvero 25 pazienti); un altro significativo gruppo, 5 pazienti (10,9%) hanno fatto rientro al domicilio previa attivazione dell'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) (in 4 casi l'A.D.I. è stata attivata per la prosecuzione del trattamento riabilitativo mentre per un solo paziente è stata attivata per l'assistenza infermieristica); 4 pazienti (8,7%) sono stati istituzionalizzati, mentre solo 2 pazienti (pari al 4,3%) hanno necessitato di un ulteriore periodo di ricovero per proseguire il trattamento riabilitativo e 3 pazienti (6,5%) sono deceduti. 7 pazienti (15,2%) sono stati dimessi dalle cure Sub-Acute per essere nuovamente trasferiti in un reparto per acuti; per questo gruppo di soggetti la degenza in Cure sub-acute non ha prodotto un'adeguata stabilizzazione della condizione cli-

nica, tuttavia ha permesso una precoce diagnosi di complicanze ed un pronto trasferimento nel reparto di cura più appropriato. Il 78,3% dei pazienti accolti in Cure sub-acute ha avuto pertanto un esito favorevole; tale dato è particolarmente significativo in quanto la pressoché totalità dei ricoverati presentava una o più problematiche di varia natura (acuzie internistica non ancora risolte, instabilità clinica, necessità di prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico, peggioramento del quadro funzionale, difficoltà di tipo sociale) che impedivano un rientro al domicilio. È altrettanto significativo osservare che i 3 pazienti che sono deceduti presentavano un'età avanzata ed una prognosi *quoad vitam* particolarmente sfavorevole in relazione alla diagnosi di ingresso (Sclerosi laterale amiotrofica, Vasculopatia cerebrale cronica associata a vasculopatia polidistrettuale severa, Emorragia cerebrale).

## DISCUSSIONE

I dati preliminari non consentono di esprimere un giudizio conclusivo sull'efficacia dell'Istituzione delle Cure sub-acute nella realtà lodigiana, innanzitutto per il numero esiguo dei pazienti ricoverati e secondariamente per la mancanza di confronto con un gruppo di controllo trattato con tipologia di ricovero "tradizionale"; tuttavia, alcune considerazioni possono essere già espresse come pure alcune criticità, confidando che queste ultime possano avere una valenza costruttiva nell'ambito di un dibattito di settore sulle strategie adottabili in ambito di assistenza sanitaria.

È sempre più percepibile tra gli operatori sanitari la necessità di un nuovo modello di percorso di cura per il paziente con polipatologia cronica, e le Cure sub-acute possono rappresentare in un prossimo futuro una soluzione praticabile (Teres e Steingrub, 1987). Questa considerazione è valida soprattutto per l'anziano fragile che viene ricoverato in quelle realtà nosocomiali collocate in aree dove i Servizi sanitari extraospedalieri di supporto sono più carenti.

Con il fisiologico allungamento della aspettanza di vita e l'inevitabile ospedalizzazione di pazienti anziani polipatologici e disabili è auspicabile che siano potenziati i

<sup>1</sup> L'Indice di Intensità Assistenziale descrive il livello di autonomia/dipendenza nel soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica; valore minimo 1 → intensità assistenziale bassa, valore massimo 4 → intensità assistenziale elevata. Il documento è disponibile sul sito internet [www.grg-bs.it](http://www.grg-bs.it) alla voce "letteratura" - "riviste" - "Luoghi della cura".

letti per pazienti in fase post-acuta e che tali pazienti possano giovare di percorsi assistenziali e/o riabilitativi individuali finalizzati al rientro al domicilio o in servizi residenziali al meglio del loro *performance status* (Ranhoff et al., 2006).

Le Cure sub-acute dovrebbero essere considerate dalle Unità Operative per Acuti un sicuro punto di riferimento per la prosecuzione di iter terapeutici già intrapresi e per il consolidamento di una stabilità clinica difficilmente ottenibile in tempi brevi a causa della polipatologia. Uno studio *ad hoc* verrà intrapreso per valutare l'efficacia del ricovero in Cure sub-acute sia per il paziente, in termini clinico-funzionali, sia in termini di economia sanitaria per valutare se contestualmente a tale tipologia di ricovero si riducano i giorni di degenza, e i relativi costi, riferiti a pazienti con patologie di tipo cronico e con residua, ma non acuta, instabilità clinica. Se ciò fosse vero, alle Cure sub-acute potrebbero essere indirizzati molti più pazienti di quelli attualmente proposti; tale considerazione potrebbe valere per alcune patologie internistiche nelle quali alla formulazione della diagnosi nel reparto per acuti potrebbe seguire un percorso terapeutico ed un monitoraggio clinico più stretto ed efficace nelle Cure sub-acute. Un'ulteriore riflessione deve essere fatta per i pazienti affetti da decadimento cognitivo di entità da moderata a severa: infatti i criteri di eleggibilità/esclusione proposti (non ammissionabili pazienti con MMSE < 17) non permettono di ricoverare tali pazienti che, tuttavia, nella maggior parte dei loro ricoveri risultano essere anziani fragili, che necessitano di un trattamento multidisciplinare e di un periodo di osservazione/cura più lungo rispetto ad altri pazienti (Torres et al., 2006). Inoltre, tali individui, in seguito ad una degenza prolungata nei reparti per acuti, presentano più spesso disturbi del comportamento secondari al deficit cognitivo e al ricovero che inevitabilmente finiscono con il peggiorare l'outcome clinico-funzionale (Teres e Steingrub, 1987; Ranhoff et al., 2006).

In conclusione, riteniamo che la nostra breve esperienza si sia dimostrata sinora proficua e ci auguriamo di proseguire con una casistica più significativa in questa direzione; nel contempo, auspichiamo la collaborazione dei colleghi delle altre Unità Operative affinché le Cure sub-acute possano essere considerate un'ulteriore opportunità da utilizzarsi al meglio. Appare inol-

tre essenziale il confronto continuo con l'organo di governo clinico del territorio quale è l'ASL, la quale potrebbe operare con sinergia al fine di potenziare l'offerta e contribuire attivamente alla realizzazione dei percorsi assistenziali territoriali successivi al ricovero ospedaliero; tale confronto risulta più che mai utile per risolvere quelle criticità di sistema che emergono dalla sovrapposizione di problematiche cliniche e socio-assistenziali tipiche del paziente anziano con polipatologia (Ranhoff et al., 2006; Marik, 2006; Bellamoli et al., 2010).

L'Indice di Intensità Assistenziale è disponibile sul sito internet [www.grg-bs.it](http://www.grg-bs.it) alla voce "letteratura" - "riviste" - "I Luoghi della cura".

## BIBLIOGRAFIA

- Bellamoli C, Azzini M, Bozzini C, et al. Management of critically ill frail elderly patients: the development of an intermediate care unit in the geriatric department, Hospital of Verona. *G Gerontol* 2010;58:21-30.
- Brenna A, Lotta G. Hospital expenditure for the elderly in Italy. *Ann Ig* 2003;15(3):235-45.
- Marik P. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med* 2006;34(suppl):S176-82.
- Ranhoff AH, Rozzini R, Sabatini T, et al. Subintensive care unit for the elderly: a new model of care for critically ill frail elderly medical patients. *Intern Emerg Med* 2006;1:197-203.
- Ricou B, Merlani P. What limits for acute care in the elderly? *Curr Opin Anaesthesiol* 2008;380-5.
- Rozzini R, Trabucchi M. *Terapia geriatrica: linee guida ospedaliere*. Utet, 1999.
- Teres D, Steingrub J. Can Intermediate care substitute for intensive care? *Crit Care Med* 1987;15(3):280.
- Torres OH, Francia E, Longobardi V, et al. Short-and long-term outcomes of older patients in intermediate care units. *Intensive Care Med* 2006;32:1052-9.
- Tran DD, Groeneveld AB, Van Der Meulen J, et al. Age, chronic disease, sepsis, organ system failure and mortality in a medical intensive care unit. *Critical Care Medicine* 1990;18(5):474-9.
- Valent F, Clagnan E, Zanier L. Individual and health care factors, and one year hospital readmission of elderly in Friuli Venezia Giulia, Northeastern Italy. *Epidemiol Prev* 2012;36(5):273-9.
- Venker J, Miedeme M, Strack van Scijndel RJM, et al. Long-term outcome after 60 day of intensive care. *Anaesthesia* 2005.