

I servizi tra ospedale e territorio: l'esperienza delle Unità di Cura Sub acute della Regione Lombardia

*Stefano Boffelli, Angela Cassinadri, Sara Tironi, Fabrizio Mercurio, Renzo Rozzini,
Marco Trabucchi per il gruppo UCSA-LOMBARDIA*

INTRODUZIONE

Nei Paesi Occidentali la degenza media dei ricoveri ospedalieri si è ridotta in modo significativo negli ultimi 30 anni: negli USA è scesa dai 7.6 giorni del 1981 ai 5.6 del 2006 (Avalere Health analysis of American Hospital Association Annual Survey data for community hospitals, 2006). Una serie di fattori ha contribuito a tale risultato: una più rapida organizzazione per la diagnostica, la pubblicazione e la diffusione delle linee guida terapeutiche, la riorganizzazione territoriale per la dimissione protetta al domicilio. Di fatto, nonostante tali miglioramenti, il numero delle persone che vengono ricoverate ogni anno tende a crescere in modo progressivo: sia per la non completa efficienza e diffusione dei fenomeni descritti precedentemente, sia per l'aumento progressivo delle persone anziane con malattie croniche, caratterizzate da instabilità clinica e frequenti riacutizzazioni (Clarfield et al., 2001). La maggior parte delle persone che vengono ospedalizzate, rispetto al passato, è rappresentata infatti da anziani affetti da multimorbidità e disabilità (Trabucchi, 2011). Di conseguenza, molte persone anziane sperimentano il fenomeno delle "revolving doors", cioè il continuo passaggio tra ospedale e domicilio, secondario sia alla tendenza dell'ospedale per acuti a dimettere precocemente il malato quanto all'instabilità clinica della persona ed alla ridotta assistenza sul territorio (Mor et al., 2010). Diventa pertanto fondamentale, di fronte ad una sempre crescente domanda di ricoveri e di re-ricoveri, garantire una continuità di cura attraverso aree di post-acuzie ai malati anziani fragili, che sono a rischio di frequenti riospedalizzazioni e/o di malpratiche domiciliari (Rozzini, 2011).

Tuttavia, la scelta della struttura ove proseguire le cure non è sempre agevole, dipendendo da fattori regionali (organizzazione delle strutture di post-acuzie e riabilitazione) e da fattori contingenti (numero di posti letto, rapidità di dimissione delle strutture di post-acuzie): nella Regione Lazio, ad esempio, la media di degenza delle aree post-acute si è ridotta significativamente negli anni 2006-2010 in conseguenza ad una modifica retributiva per le strutture con più elevata media di degenza (Giarizzo, 2012). Quello che viene chiesto alla strutture di post-acuzie è di stabilizzare il paziente in prospettiva di un ritorno al domicilio in base alle differenti necessità di intervento riabilitativo motorio, intensità clinica, assistenza al malato (Kane, 2011). In sintesi, la scelta della struttura di post-acuzie richiede una conoscenza delle caratteristiche del malato e della sua prognosi, per indirizzarlo –quando necessario– alla giusta area di post-acuzie (Quaderni del Ministero della Salute, 2010).

LA POST-ACUZIE IN ITALIA

In Italia, la situazione delle post-acuzie è ben descritta nel Quaderno del Ministero della Salute del 2010 (Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano, 2010), ove si sottolinea la necessità di definire come e dove gestire la fase postacuta della malattia: in primo luogo, la funzione dell'ospedale per acuti, che deve evitare sia le dimissioni "precoci" sia di protrarre la degenza a fronte di tempi di recupero anatomico-funzionali sempre più lunghi, soprattutto nella persona anziana fragile. Inoltre, va definita la post-Acuzie: setting assistenziale capace di fornire un regime appropriato a pazienti affetti soprattutto da malattie croniche, ben

definiti sul piano diagnostico ma con problemi clinici ancora attivi, che richiedono una sorveglianza medica ed un livello di cure infermieristico-assistenziali non erogabili in regimi extra-ospedalieri. (Quaderni del Ministero della Salute, 2010).

Che ruolo svolge la post-acuzie? L'obiettivo è quello di dare una risposta ai multiformi bisogni della persona anziana. In primo luogo, garantire la continuità alle cure mediche iniziate in ospedale per la guarigione o la stabilizzazione clinica. Inoltre, effettuare una rivalutazione delle patologie croniche (e della loro cura farmacologica), con l'eventuale esecuzione di accertamenti di controllo. Un altro punto riguarda la gestione degli eventi intercorrenti (riacutizzazione della malattia di base, infezioni, stato confusionale) che possono accadere durante la degenza, soprattutto alle persone anziane più fragili. Lo stato funzionale rappresenta un altro passaggio: il recupero delle abilità precedenti l'evento acuto è un importante obiettivo nella previsione del ritorno a casa. Procedure semplici di mobilitazione, assistenza nelle attività di base della vita quotidiana, deambulazione assistita anche con la disponibilità di ausili per il cammino, sono molto utili quanto efficaci. Infine, la post-acuzie esercita l'importante funzione di "ponte" tra l'ospedale ed il domicilio: è suo compito favorire l'organizzazione e la coordinazione delle cure domiciliari (assistenziali ed infermieristiche) perché malato e familiari non si trovino disorientati alla dimissione, ma "protetti" da una rete di continuità. Nel continuum delle cure, la post-acuzie cerca di garantire il dialogo ed il collegamento fra ospedale e territorio, affinché la persona anziana possa beneficiare nei tempi corretti delle cure adeguate, e ritornare alla propria casa (Trabucchi, 2010a).

Certamente, vanno sottolineati alcuni aspetti: il primo riguarda l'ambito nel quale si colloca l'assistenza. Si tratta di un'area di confine tra l'organizzazione sanitaria e quella sociale. Infatti, se da una parte è certo che i fruitori del servizio sono primariamente anziani fragili in attesa di una stabilizzazione delle condizioni cliniche, e quindi bisognosi di adeguati interventi terapeutici, è altrettanto certo che il ritorno in famiglia in un ambiente protetto e curativo è essenziale per il ritorno alla normalità. Quindi, vanno stabiliti interventi sanitari e sociali contemporaneamente. In particolare, in Italia in questi anni il sistema sanitario nel suo complesso si è adeguatamente sviluppato, mentre il sistema sociale è spesso rimasto limitato nella sua crescita culturale ed organizzativa (Trabucchi, 2011).

Un secondo aspetto riguarda la definizione del bisogno

clinico nella post-acuzie. La stadiazione delle malattie, la diagnosi della patologia acuta (o cronica riacutizzata), la programmazione terapeutica basata sulla prognosi competono certamente all'ospedale per acuti, e devono essere compiuti prima della dimissione dall'ospedale, riducendo così le necessità di diagnostica strumentale. Il periodo di permanenza in post acuzie dovrebbe essere pertanto dedicato alla prosecuzione delle terapie che la brevità della degenza ospedaliera non ha permesso di portare a termine, oltre ad un recupero globale cognitivo-psicologico-funzionale (Rozzini, 2011). Inoltre, è necessario formalizzare gli interventi riabilitativi con l'obiettivo di riguadagnare il massimo di autonomia e quindi la realistica possibilità di un ritorno a domicilio. La riabilitazione deve essere intesa in senso estensivo, cioè riguardare gli aspetti funzionali motori e quelli psicologici, direttamente collegati alla possibilità di vita autonoma nella propria casa. Ovviamente l'intensità dell'intervento riabilitativo deve essere individualizzata sulle condizioni della singola persona; è però una componente essenziale dell'intervento post acuto, perché spesso i pazienti hanno subito una riduzione della funzione nel corso del ricovero ospedaliero, anche se non sono affetti da una vera e propria sindrome da immobilizzazione (Bellelli, 2011).

LA REGIONE LOMBARDIA E LE UCSA

La delibera della Regione Lombardia del 30 marzo 2011 ha identificato le Unità di Cure Sub Acute (UCSA) come aree a minore intensività diagnostica rispetto all'acuzie, nelle quali proseguire il trattamento e le cure globali dopo un ricovero in area medica o chirurgica. Nelle indicazioni regionali sono esplicitati i criteri di accesso dei malati alle UCSA, che tendono a favorire il passaggio in post-acuzie di malati stabilizzati, in attesa di guarigione o di ripristino dello stato premorbo (clinico-cognitivo-funzionale) (Regione Lombardia, 2011). Tali indicazioni tendono a favorire il ricovero in UCSA di malati che hanno iniziato a superare la fase acuta, ma che necessitano ancora di cure mediche ed infermieristiche difficilmente gestibili al domicilio: la UCSA si rivolge a pazienti, prevalentemente anziani, con patologia acuta o riacutizzazione di patologia cronica, caratterizzati da possibile decadimento cognitivo (da lieve a moderato) e con disabilità da moderata a severa. È quindi un trattamento finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione

ESPERIENZE

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. Per questi pazienti, la UCSA garantisce la prosecuzione delle cure, la rivalutazione clinica del malato, il monitoraggio e la presenza infermieristico-assistenziale. La necessità del ricovero non è legata ad un aspetto custodialistico-sociale, quanto alla necessità di garantire una prosecuzione delle cure a malati potenzialmente ancora instabili, sia per il recente evento acuto sia per la fragilità legata alle patologie croniche. Per riassumere, i malati che afferiscono alla UCSA secondo il Progetto – costruito in base ai reali bisogni dell'ospedale per acuti – sono:

- persone affette da complessità clinica e comorbidità di malattie somatiche;
- con stato funzionale sia premorbo sia attuale compromesso;
- con recente evento somatico/chirurgico acuto o ri-acutizzazione di malattia cronica;
- procedure intermedie raggiunte (diagnosi, terapia) ma possibile instabilità clinica (il reale malato post-acuto);
- necessità di prosecuzione delle cure e/o di follow up (esami ematici e strumentali di controllo, o procedure di secondo livello).

Altro obiettivo è quello relativo al contatto con la rete dei servizi post-ospedaliera, per garantire – quando necessario – il ritorno a casa per il malato ed i familiari in situazione protetta. Pertanto, la UCSA si pone l'obiettivo di ridurre le ri-ospedalizzazioni nel tempo tramite una maggiore presenza della assistenza medico-infermieristica-ausiliaria al domicilio, oltre a stabilizzare il malato dopo il recente evento acuto.

QUALI PROCEDURE VENGONO EFFETTUATE IN UNA UCSA

Di fatto, l'approccio della valutazione multidimensionale si adatta alla normativa regionale: le cure subacute richiedono, per ogni paziente, la formulazione di un piano di trattamento che porti a conseguire degli specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti. Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale. Esse vengono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un pia-

no di assistenza individuale strutturato, che comprende: una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi (Ferrucci et al., 2001). Sono orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio. Si tratta, pertanto, di garantire una valutazione multidimensionale ed un intervento multidisciplinare al malato post-acuto anziano; in sostanza, alla base della selezione e dell'intervento si situa l'assessment geriatrico che si compone di diversi e complementari fattori (raccolti sia in modo sia informale che formale attraverso strumenti validati nella popolazione anziana).

Valutazione premorboza:

- stato cognitivo (anamnesi, valutazione delle funzioni cognitive: linguaggio, prassia, orientamento temporo-spaziale, critica e giudizio, funzioni visuospaziali, funzioni esecutive);
- stato funzionale (attività strumentali e di base della vita quotidiana, disturbo del cammino);
- stato psichico (sintomi depressivi, sintomi d'ansia di stato o di tratto, terapia);
- stato somatico (numero di patologie, loro gravità, eventi recenti, riacutizzazioni);
- stato nutrizionale (modificazioni del peso corporeo, alimentazione);
- anamnesi farmacologica.

Valutazione dell'evento acuto:

- condizioni e cause del ricovero in ospedale per acuti, fenomeni collegati all'evento somatico acuto sia personali (stato confusionale acuto, cadute) sia ambientali (allettamento, lesioni da decubito, disidratazione, posizionamento di catetere vescicale);
- impatto dell'evento acuto su: stato cognitivo, funzionale, psichico e somatico, nutrizionale.

Valutazione prognostica:

- in base allo stato globale premorbo ed all'impatto della malattia acuta, generalmente la persona anziana sperimenta un aggravamento delle funzioni cognitive, dello stato funzionale e della gravità clinica. La possibilità di recupero clinico e funzionale allo stato premorbo viene valutata in base all'anamnesi ed alla gravità della condizione attuale. Vanno considerati: gli effetti negativi dell'allettamento (tempo di allettamento e complicanze); l'effetto confondente dello stato confusionale acuto sulla valutazione cognitiva e funzionale (che determina spesso una appa-

rente condizione di maggiore gravità rispetto alla situazione oggettiva).

La comprensione delle condizioni generali è perciò complessa e richiede un geriatra esperto nell'assessment. La semplice valutazione funzionale tramite la scheda regionale (Indice di Intensità assistenziale -IIA, sostanzialmente derivata del Barthel Index) non permette di discriminare i reali problemi della persona malata, la sua complessità e la necessità di intervento clinico ed assistenziale. La scheda IIA riferisce dello stato funzionale (e di due bisogni infermieristici) al momento in cui viene eseguita la valutazione: stato suscettibile di modificazioni (sia migliorative sia peggiorative) in base all'evoluzione clinica del malato.

Di fatto, la scheda regionale serve per escludere solo i malati troppo "leggeri" o troppo "gravi" ma in una situazione costante, perdurante nel tempo. Perciò, non ha significato se applicata in modo arbitrario ed isolato dalla valutazione generale. Quindi, l'indicazione al ricovero e la determinazione dell'intervento e della prognosi si basano sulla valutazione clinica globale del malato. Questo aspetto, vale a dire l'integrazione delle conoscenze, è centrale: sottolinea la necessità che tutta l'equipe di cura prenda parte, in modo armonico, per le specifiche competenze, al piano di cura, le condivida valorizzando quanto gli compete e lo metta a disposizione: l'assistenza, l'atteggiamento riabilitativo ed il successo clinico ne conseguono.

GLI INTERVENTI

La terapia medica del recente evento acuto (o cronico riacutizzato) rappresenta il primo gradino della cura, parimenti alla rivalutazione delle patologie somatiche concomitanti e della loro terapia farmacologica. Fondamentale anche l'aspetto cognitivo, in particolare la cura dello stato confusionale acuto tramite interventi farmacologici e non farmacologici. Nello specifico, viene data importanza al ruolo del personale infermieristico-assistenziale nel monitorare i pazienti, e nel rilevare precocemente le modificazioni fisiologiche o psichiche del delirium al fine di intervenire precocemente.

Infine, la riattivazione funzionale: il progetto non prevede per ora la figura del fisioterapista di reparto, per cui l'aspetto di riattivazione funzionale è legato alla attività del personale (mobilitazione in sedia, passaggi posturali, cammino assistito nei passaggi letto-poltrona-bagno-corridoio) che acquisisce la coscienza del proprio

lavoro non solo come assistenziale ma anche come riabilitativo, all'interno di un progetto di recupero funzionale. Tuttavia, quando il malato necessita di un trattamento fisioterapistico specifico, è possibile attivare il trattamento attraverso il servizio di riabilitazione.

Per realizzare questi obiettivi il passaggio delle informazioni è fondamentale: briefing del mattino (medici e coordinatore infermieristico), riunione settimanale di equipe per rivalutare i pazienti più problematici, incontro settimanale con le assistenti sanitarie per il post-ospedale. Il reparto deve essere sempre aperto a parenti ed amici, badanti e volontari: tutte persone che, se ben guidate, rappresentano una risorsa umana "riabilitativa".

L'ESPERIENZA DEI PRIMI MESI DI ATTIVITÀ DI UN REPARTO DI CURE SUB ACUTE

Vengono di seguito presentati i risultati dei primi sei mesi di attività della UCSA della Fondazione Poliambulanza di Brescia: il reparto, composto di 20 letti tecnici, è operativo dalla fine del mese di novembre 2011. Dei 75 pazienti ricoverati nel primo semestre di attività, quelli affetti da una patologia medica provengono prevalentemente da reparti di geriatria e medicina (oltre il 50%), mentre quelli di pertinenza chirurgica sono soprattutto inviati da reparti di ortopedia. Per quanto riguarda questi ultimi, si tratta di malati che non hanno immediatamente la concessione del carico dopo l'intervento e che, per complicanze somatiche, non possono essere subito destinati ad un reparto riabilitativo, necessitando di una specifica competenza geriatrica per la stabilizzazione. Una percentuale minore riguarda infine pazienti provenienti dalle riabilitazioni dell'ospedale, sempre per necessità – intercorrenti – di stabilizzazione clinica.

Si tratta di malati molto anziani, prevalentemente di sesso femminile: la metà vivevano soli prima dell'evento acuto, i rimanenti al domicilio assistiti da un familiare (coniuge/figli) o da una badante (10%). I malati sono caratterizzati da decadimento cognitivo lieve-moderato, dipendenza funzionale all'ingresso rispetto allo stato premorboso, fragilità biologica. La maggior parte (90%) presenta una necessità clinico assistenziale di grado moderato (Indice di Intensità Assistenziale 3).

Condizioni frequenti, che complicano il recupero durante la degenza, sono lo stato confusionale acuto ed i sintomi depressivi: entrambi si modificano in modo significativo alla dimissione. Altro fenomeno che caratterizza i ma-

ESPERIENZE

lati è l'instabilità clinica: circa la metà delle persone sviluppa un evento somatico acuto intercorrente, il che spiega la necessità di ricorso ad ulteriori esami biologici e strumentali (in media 4 per paziente), e la maggiore durata delle degenze. La durata media della degenza è di 19 giorni. Alla dimissione, il 52% dei malati ritorna al domicilio (49% con assistenza del servizio domiciliare o della badante), il 7% viene trasferito in riabilitazione, mentre il 33% ritorna in un reparto per acuti (per complicazioni non gestibili in UCSA, oppure per reinterventi già programmati).

In sintesi, la UCSA ha una sua funzione specifica se, a servizio dei reparti per acuti, agisce nei confronti dei malati che hanno subito un aggravamento globale della salute in conseguenza dell'evento acuto che ha determinato il ricovero. La UCSA agisce come reparto di stabilizzazione e/o guarigione, ed è utile per favorire la dimissione protetta al domicilio. La valutazione multidimensionale permette di rilevare i problemi attivi, e di indirizzare un piano di cura globale che comprende l'aspetto clinico quanto quello cognitivo e funzionale. L'instabilità clinica, evidenziata dagli eventi acuti intercorrenti, rappresenta il primo predittore di allungamento della degenza, come già dimostrato per altri setting di post-acuzie a carattere riabilitativo (Guerini et al., 2010). L'attenzione alla dimissione protetta, attivata già in prima giornata di ricovero con l'assistente sanitaria dell'ospedale, permette di programmare il ritorno al domicilio in tempi brevi, appena raggiunta la stabilizzazione clinica. Alcuni aspetti peculiari, sviluppati già nei primi mesi di attività, riguardano il ruolo di "stabilizzazione" fra due ricoveri ospedalieri (ad esempio, convalescenza da un evento acuto in attesa di un intervento chirurgico), la relazione con i reparti ortopedici, la relazione con i reparti riabilitativi (Trabucchi, 2010b).

I PROBLEMI APERTI: COME MIGLIORARE IL LAVORO IN POST-ACUZIE

Nella realtà, dai primi mesi di lavoro delle UCSA emergono una serie di problematiche cliniche ed organizzative che si possono così riassumere: difficoltà di selezione dei malati, presenza di persone ad elevata instabilità clinica ed assistenziale, difficili scelte di outcome. Il lavoro delle UCSA, descritto "a priori" come a basso profilo clinico e puramente ad elevato impegno infermieristico-assistenziale, si scontra nei fatti con la

realtà della complessità dei malati, identificandosi come una scelta di lavoro medico di forte intensità e che richiede una elevata qualificazione professionale: per la difficoltà di selezione, guarigione, identificazione degli obiettivi di cura e della prognosi, creazione dei processi di cura. Difatti, il sistema UCSA funziona solo se viene svolto da una équipe in cui collaborano più figure professionali (medico, infermiere, personale assistenziale, fisioterapisti) per rispondere meglio alle necessità dei malati. Restano da chiarire alcune problematiche, per dare contenuto teorico e pratico ad un'area di post-acuzie che finora è esistita solo sulla carta, ma che si avvia a diventare un punto fondamentale nel rapporto tra acuzie e territorio, come già avviene in altri Paesi Europei (Intermediate Care).

1- Quali criteri di scelta dei malati da ricoverare?

In primis valgono i criteri clinici, cioè la necessità di stabilizzazione da un evento acuto o cronico riacutizzato. Secondariamente, i criteri funzionali (potenzialità di recupero allo stato funzionale premorboso, versus la disabilità secondaria all'evento acuto) e cognitivo/psichici (cura del decadimento cognitivo, delirium, disturbi comportamentali insorti o aggravatisi in conseguenza dell'evento acuto). La scelta della continuità di cura nasce dalla necessità di stabilizzare il malato, con l'obiettivo di creare un beneficio che sia clinico, psichico, cognitivo e funzionale. Non è necessario che tutti questi obiettivi siano realizzati contemporaneamente nello stesso paziente. Ogni caso è differente dagli altri, ma almeno uno di questi criteri va rispettato.

2- Quali malati escludere?

I malati che guariscono, o che recuperano lo stato cognitivo, clinico e funzionale premorboso già durante l'ospedalizzazione, non devono essere indirizzati alle UCSA, quanto al proprio domicilio anche con l'eventuale assistenza infermieristico-assistenziale territoriale. Si tratta di malati che possiedono una buona capacità di recupero, sono ben assistiti dalla famiglia o dal sistema sociale per potersi permettere una convalescenza a casa. Al contrario, persone che sperimentano un evento acuto definibile come una complicanza finale (sia somatica che funzionale: riacutizzazione, perdita globale e non recuperabile delle attività di base della vita quotidiana) della malattia non devono essere indirizzati alle UCSA, ma alle aree post-ospedaliere specifiche (Hospice). Le UCSA non rappresentano un'area di parcheggio dei malati post-acuti nella sola ed esclusiva attesa di una sistemazione definitiva, indipendentemente dalla destinazione (RSA, hospice).

In altre situazioni cliniche l'indicazione al ricovero andrebbe discussa in base alla prognosi legata alla gravità delle malattie: vi sono persone che vengono frequentemente re-ricoverate nei reparti per acuti per lo scompenso della loro patologia (BPCO, scompenso cardiaco, cirrosi epatica). È necessario identificare un percorso di cura, in accordo con l'area per acuti, per valutare l'opportunità di seguire i malati nel tempo con un progetto specifico (ricovero in area per acuti, stabilizzazione in UCSA, ritorno al domicilio con follow up periodico): la scelta della continuità di cura e la creazione di un percorso specifico potrebbero modificare il fenomeno delle "revolving door". Infine, un atteggiamento specifico va discusso per le persone affette da demenza moderato-severa che vengono ospedalizzate per eventi somatici acuti, e che necessiterebbero di stabilizzazione in attesa del ritorno al domicilio: tali malati non sono in teoria trasferibili in UCSA perché esiste un limite al di sotto del quale il malato non può essere proposto alla post-acuzie (MMSE < 17/30). In realtà, la letteratura indica che la maggior parte delle persone ricoverate in acuzie è composta da ultrasessantacinquenni (Rozzini, 2011). Di questi, con l'aumentare dell'età, aumenta il grado di decadimento cognitivo (e di delirium intraospedaliero). Se la maggior parte delle persone con demenza moderata sviluppa complicanze somatiche che portano all'ospedalizzazione, perché evitare loro un passaggio in post-acuzie? Escludere dalla post-acuzie i malati che più frequentemente vengono ricoverati in ospedale non rispecchia la realtà dei nostri tempi (Rozzini et al., 2010).

3-Quando ricoverare il malato dall'area per acuti

Oltre ai criteri di stabilità clinica elencati nella delibera regionale, va compreso che il malato deve avere dimostrazione clinica, biologica e/o strumentale di avvio verso la stabilizzazione/guarigione dell'evento acuto: in acuzie è stata fatta una diagnosi, effettuata una prognosi, impostata una terapia. Quando il malato inizia a superare la fase acuta è trasferibile in UCSA, anche se le conseguenze dell'evento acuto (cognitive, cliniche, funzionali e psichiche) sono da recuperare. La UCSA deve essere utile al reparto per acuti, ma anche al malato: trasferimenti troppo precoci possono esporre al rischio di ricadute cliniche (pericolose nei malati chirurgici ma anche nei malati clinici, se scarsamente studiati in acuzie). La valutazione del malato per il trasferimento in UCSA deve essere improntata su questi criteri, e discussa con i colleghi dell'area per acuti.

4-Da dove vengono i malati

Per ora i criteri regionali impongono il ricovero solo da reparti medici o chirurgici. Alcune possibili evoluzioni future riguardano i malati dal Pronto Soccorso e dalla Terapia Intensiva, sulla base del fatto che queste due aree spesso richiedono posti letto alla UCSA. Il malato che riceve già la diagnosi in Pronto Soccorso e deve solo eseguire una terapia (ad esempio antibiotico per la polmonite) è candidato alla UCSA? I malati dalla terapia intensiva, persone con recente elevata instabilità clinica, possono passare direttamente dalla terapia intensiva alla UCSA? Per questi malati vanno identificati specifici criteri di stabilità clinico/biologici, ed organizzativi: vi sono UCSA diverse in diversi ospedali; molte UCSA sono inoltre extraospedaliere e pertanto non hanno a disposizione le strutture per acuti in caso di elevata instabilità del malato che richieda un rapido ritorno all'area intensiva.

5-Quanta diagnostica strumentale e biologica va eseguita in UCSA

Il ruolo degli esami da effettuare in UCSA andrebbe scelto in base alle reali necessità del malato. Gli esami sono utili se permettono di identificare le variazioni della traiettoria attesa: cioè confermare l'impressione clinica che il malato stia migliorando, oppure e soprattutto valutare quando il malato evolve negativamente rispetto all'atteso (cosa impedisce al malato di migliorare o stabilizzarsi? Quali condizioni cliniche sottostanti?)

6-Dove vanno i malati delle UCSA?

La media di degenza dei malati è caratteristica di ogni singola UCSA, in base ai malati ricoverati ed alla rapidità di organizzazione dell'area post-ospedaliera. È possibile tuttavia stabilire a priori una degenza minima? Oppure vale il criterio del miglioramento massimo attendibile per quel malato in quella determinata circostanza, o ancora bisogna puntare al completo recupero premorboso? Ogni singola situazione va valutata e descritta. Il ritorno al domicilio è sempre l'obiettivo principale, anche se "in corso d'opera" gli obiettivi possono essere modificati in base all'evoluzione clinica. Tuttavia, bisogna prestare particolare attenzione ai malati che superano la media della degenza. Dopo 20 giorni, quali condizioni impediscono al malato di recuperare? Quali procedure attivare per comprendere la mancata risposta al trattamento? E soprattutto, quali obiettivi vanno rivisti nei long stayers?

7-I re-ricoveri a breve termine: differenziare i gruppi per caratteristiche ed obiettivi

Si può prevedere che esistano diversi gruppi di malati che vengono ricoverati più di una volta in UCSA, anche a breve termine.

1. malati con instabilità clinica che dopo la dimissione dalla UCSA vengono reospedalizzati dal domicilio: devono ripassare in UCSA dopo il re-ricovero in area per acuti? (sono i più fragili: pazienti da area medico/chirurgica, pazienti da aree sub intensive o da terapia intensiva).
2. malati fragili che arrivano alla UCSA da un reparto medico o chirurgico, con l'obiettivo di raggiungere una stabilizzazione clinica, utile per permettere un successivo ritorno in area per acuti ed affrontare con maggiori possibilità di successo una procedura ospedaliera (intervento chirurgico, o endoscopico, o chemioterapia). Per esempio, un malato con scompenso di cuore e BPCO riacutizzata e malnutrizione che va stabilizzato prima di eseguire un intervento chirurgico di protesi valvolare. In seguito all'intervento, la UCSA può di nuovo ricevere il malato, effettuando la propria attività di post-intervento (convalescenza).
3. i malati che sono ricoverati in UCSA e sperimentano una riacutizzazione di malattia: la gestione (anche onerosa in termini diagnostici e terapeutici) deve essere fatta in UCSA, o si prevede un ritorno al reparto per acuti in attesa di un ritrasferimento appena raggiunta una nuova stabilizzazione?

In generale, il re-ricovero in ospedale dipende da molti fattori:

- legati al paziente (comorbidità e gravità delle malattie croniche, e quindi tendenza alle riacutizzazioni);
- legati alla famiglia (capacità di cura, attenzione al malato);
- legati all'assistenza territoriale (medico di base, assistenza infermieristica);
- legati alla disponibilità/vicinanza dell'ospedale per acuti al domicilio del paziente.

L'analisi di questi fattori, al momento del re-ricovero, aiuta a comprendere l'evoluzione del malato e quali procedure attivare.

8-Le UCSA si devono fare carico della prosecuzione delle cure

1. L'attivazione del sistema di cure sul territorio richiede un lavoro incessante, ma utile per il malato, con diverse figure: in primis i familiari. D'altra parte, le UCSA devono dialogare con: assistente sanitaria dell'ospedale, medico di medicina generale (pre-dimissione), assistenza sociale, assistenza infermieristica (asl) ed ausiliaria (comunale): per garantire alla dimissione una continuità di cure. Questo ha l'obiettivo di fornire assistenza di base al malato ed alla famiglia, quindi di ridurre i

re-ricoveri dovuti a malgestione.

2. Vanno identificati i malati che, dopo la degenza in UCSA, devono ancora proseguire un percorso di miglioramento attraverso il passaggio in area riabilitativa: le UCSA diventano un'area di cura post-acuzie che stabilizza alcuni malati per prepararli alla riabilitazione motoria specialistica. In attesa di recuperare la stabilità clinica, che impedisce di attuare il trattamento fisioterapistico, i malati sono indicati per le UCSA, dove ricevono cure cliniche ed assistenza. In questo senso, trovano collocazione in UCSA sia patologie invalidanti neurologiche (malattia di Parkinson, ictus ischemico recente) ma complicate da un recente evento somatico acuto (polmonite, ecc.), sia le patologie chirurgiche che non permettono inizialmente un trattamento riabilitativo funzionale, ma lo richiedono in un secondo tempo dopo la stabilizzazione somatica (chirurgia generale ed ortopedica). Di questi ultimi la stabilizzazione clinica è utile soprattutto nelle persone che non hanno l'autorizzazione ad iniziare il trattamento fisioterapistico (intervento ortopedico con carico non concesso per 30-40 giorni; oppure frattura di bacino), ma che comunque necessitano di cure mediche, assistenza infermieristica in UCSA.

LA POST-ACUZIE: UN LUOGO DI CURA REALIZZABILE

Dai dati raccolti nei primi mesi di attività si evidenzia che l'area di post-acuzie ha significato se risponde a specifiche necessità e richieste dell'ospedale e del malato. La risposta all'ospedale riguarda la possibilità di ricoverare i malati appena raggiunta una iniziale stabilizzazione, evitando il prolungamento della degenza in area per acuti. In questo modo si facilita il lavoro dell'ospedale, che può svolgere meglio e più rapidamente la gestione dell'acuzie (diagnostica e terapeutica), ricoverando più pazienti e perciò rispondendo più prontamente alle richieste del territorio (Joynt, 2012).

Per il malato, la post-acuzie rappresenta una possibilità di recupero dello stato premorboso, soprattutto per i malati anziani caratterizzati da fragilità, e per i quali un rapido ritorno al domicilio sarebbe gravato da un eccessivo carico clinico ed assistenziale, con il rischio di una precoce destabilizzazione clinica ed un rapido re-ricovero ospedaliero.

Al di là degli aspetti puramente economici (le UCSA costano certamente meno alla sanità regionale, ma sicuramente di più al singolo ospedale; ed è sperabile, ma

ancora da dimostrare, che le UCSA possano ridurre i re-ricoveri e quindi garantire una riduzione della spesa sanitaria), l'obiettivo reale delle post-acuzie è quello di garantire un percorso di cura che possa permettere, almeno alla maggior parte dei malati, un ritorno al proprio domicilio in condizioni cliniche e funzionali stabili. Partecipano al gruppo UCSA-LOMBARDIA i seguenti Ospedali: Poliambulanza – Brescia (Dr. Boffelli, Dr. Rozzini), Gardone Valtrompia – Brescia (Dr. Pagliardi, Dr. Cerudelli), Manerbio – Brescia (Dr. Caldonazzo, Dr. Balestrieri), Valduce di Como (Dr.ssa Bianchi, Dr. Cairoli), Cremona (Dr. Franzini, Dr. Buselli), Ponte S. Pietro – Bergamo (Dr. Petrò), Sacco – Milano (Dr. Foieni), Casa di Cura San Francesco – Bergamo (Dr. Bocchi), Treviglio – Bergamo (Dr. Sala).

BIBLIOGRAFIA

Alavere Health analysis of American Hospital Association Annual Survey data for community hospitals, 2006.

Bellelli G. La riabilitazione dei soggetti con deterioramento cognitivo: complesso o complicato? *Psicogeriatría*, 2011;(suppl. n. 2):38-44.

Clarfield AM, Bergman H, Kane R. Fragmentation of care for frail older people – an international problem. Experience from three countries: Israel, Canada and the United States. *JAGS* 2001;49:1714-21.

Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *G Gerontol* 2001;49:1-76.

Giarrizzo ML. La riabilitazione e la lungodegenza. In: Descrizione dell'attività di ricovero, ambulatoriale, di emergenza e di assistenza farmaceutica del-

le strutture ospedaliere del Lazio, anno 2010. *LazioSanità*, Febbraio 2012;394-9.

Guerini F, Frisoni GB, Morghen S, Speciale S, Bellelli G, Trabucchi M. Clinical instability as a predictor of negative outcomes among elderly patients admitted to a rehabilitation ward. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11(6):443-8.

Joynt KE, Ashish KJ. Thirty-day readmissions – truth and consequences. *N Engl J Med* 2012;366:1366-9.

Kane RL. Finding the right level of post-hospital care. *JAMA* 2011;305(3):284-93.

Mor V, Intrator O, Feng Z, Grabowski DC. The revolving door of rehospitalization from skilled nursing facilities. *Health Affairs* 2010;11:57-64.

Quaderni del Ministero della Salute. Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano. N. 6, novembre-dicembre 2010.

Regione Lombardia. Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 - II° provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario. Deliberazione n° IX/1479, seduta del 30/03/2011.

Rozzini R, Sleiman I, Ranhoff A, Maggi S, Trabucchi M. Decision making in elderly patients with severe dementia and pneumonia. [letter] *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(3):325-6.

Rozzini R. Vincent Mor a Brescia: Dopo l'acuzie: possibili modelli di cura per l'anziano. *I Luoghi della Cura* 2011;(2):4-5.

Trabucchi M. L'organizzazione dei servizi per la persona anziana. *Psichiatria Oggi*, 2010a;(4):6-7.

Trabucchi M. Post acuzie. Interrogativi sull'organizzazione dei servizi. *Assistenza Anziani* 2010b;(2):78.

Trabucchi M. Le cure sub acute. *Assistenza Anziani* 2011;10.

Le tabelle relative all'articolo sono disponibili sul sito internet www.grg-bs.it alla voce "letteratura" – "riviste" – "I Luoghi della cura".

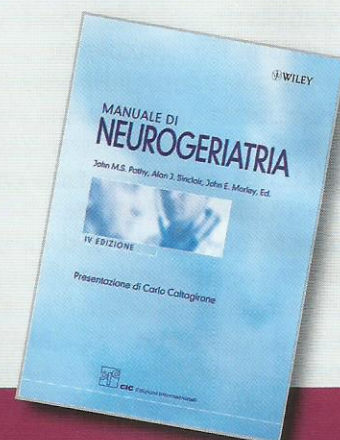
Editors: Pathy M.S.J., Sinclair A.J., Morley J.E.

Manuale di NEUROGERIATRIA

IV edizione

Pagine: 588 - Prezzo: € 60.00

Copertina: cartonata



CIC Edizioni Internazionali