



*Le Strutture Intermedie
a supporto del paziente anziano e fragile*

*Sabato 28 Settembre 2013 – 8.15 -13.30
Istituto Palazzolo
via Don Luigi Palazzolo, 21 – Milano*

Evento n. 1834-72482

Crediti n 5

Le Strutture Intermedie a supporto del paziente anziano e fragile

Sabato 28 Settembre 2013 – 8.15 -13.30

Istituto Palazzolo

via Don Luigi Palazzolo, 21 – Milano

Coordinatori

Dott. Renzo Augusto Bagarolo

Direttore Sanitario Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

Dott.ssa Maria Teresa Zecchi

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano
Referente Commissione Pari Opportunità OMCeO Milano

Programma

- 8.15-8.45* *Registrazione dei Partecipanti*
- 8.45-9.00* Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato
- 9.00-9.45* *Dott. Renzo Augusto Bagarolo*
Le Strutture Intermedie fra Ospedale e Territorio
- 9.45-10.15* *Dott. Roberto Caprioli*
Responsabile Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie – Polo Lombardia 2
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano
La Struttura Intermedia in ambito sanitario
- 10.15-10.45* *Dott.ssa Jolanda Bisceglia*
Direttore Struttura Complessa Residenzialità – ASL Milano
La Struttura Intermedia in ambito socio-sanitario
- 10.45-11.00* *Intervallo*

CASI CLINICI

Modgratori

Dott. Renzo Augusto Bagarolo

Dott.ssa Maria Teresa Zocchi

11.00-11.20

Dott. Pierluigi Gnocchi

Responsabile Medicina e Sub-Acuti – Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

1° caso: paziente in cure Sub – Acute

11.20-11.40

Dott. Geremia Giordano

Responsabile Riabilitazione Intensiva – Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

2° caso: paziente in Riabilitazione Specialistica

11.40-12.00

Dott.ssa Giovanna Spannocchi

Responsabile Riabilitazione Estensiva – Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

3° caso: paziente in Riabilitazione Generale e Geriatrica

12.00-12.20

Dott. Paolo Innocente Banfi

Responsabile Nucleo SLA e Servizio di Fisiopatologia Respiratoria
Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2

Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

4° caso: paziente affetto da SLA in lungo assistenza

12.20-13.00

Discussione dei casi presentati

13.00-13.30

Compilazione schede di valutazione e di verifica

Le Strutture Intermedie fra Ospedale e Territorio

Dott. Renzo Augusto Bagarolo

Direttore Sanitario Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

Il cambiamento epidemiologico in atto sta modificando in modo radicale la domanda di salute della popolazione italiana. L'impatto che le patologie cronico-degenerative, 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 innovative di servizio in grado di integrare ospedale e territorio, area sociale e sanitaria.

La grave crisi economica in corso in Italia dal 2009 ha ridotto in modo significativo il PIL nazionale e le risorse disponibili per servizi; introdotto logiche di "revisione e razionalizzazione della spesa" anche in ambiti sanitario e sociale fino ad oggi considerati di tutela e protezione.

Tutto ciò ha accelerato e reso più drammatiche le scelte di politica sanitaria, con importanti azioni di riallocazione delle risorse.

Ripartizione % della spesa sanitaria nazionale tra macro livelli di assistenza	2004	2012
Assistenza Ospedaliera	47,9%	43,5%
Assistenza distrettuale	48,1%	51,0%
Ass. sanitaria coll. In ambiente di vita e lavoro	4,0%	5,5%

PI dei reparti ospedalieri attivi a inizio anno (indicatori x 1.000 ab., anno 2011)

Regione	PI x acuti			PI x non acuti			Regione	PI x acuti			PI x non acuti		
Piemonte	2,9	0,3	3,2	0,5	0,5	1,0	Marche	3,2	0,3	3,5	0,3	0,3	0,5
V. Aosta	3,5	0,0	3,5	0,1	0,6	0,7	Lazio	2,9	0,4	3,4	0,3	0,6	0,9
Lombardia	2,9	0,5	3,4	0,5	0,4	0,9	Abruzzo	2,8	0,4	3,3	0,2	0,3	0,6
Pa Bolzano	3,4	0,1	3,5	0,2	0,4	0,6	Molise	3,4	0,3	3,8	0,7	0,3	0,9
Pa Trento	3,1	0,2	3,3	0,4	0,8	1,2	Campania	2,2	0,8	3,0	0,1	0,2	0,3
Veneto	3,2	0,2	3,3	0,5	0,1	0,6	Puglia	2,8	0,4	3,2	0,3	0,2	0,4
Friuli V.G.	3,6	0,4	4,0	0,3	0,1	0,3	Basilicata	3,0	0,1	3,1	0,5	0,2	0,6
Liguria	3,7	0,0	3,7	0,4	0,1	0,5	Calabria	2,5	0,8	3,3	0,1	0,4	0,5
Emilia R.	3,1	0,6	3,8	0,5	0,4	0,9	Sicilia	2,3	0,7	3,1	0,2	0,2	0,3
Toscana	3,0	0,4	3,4	0,1	0,2	0,3	Sardegna	3,1	0,6	3,7	0,1	0,2	0,2
Umbria	2,9	0,3	3,1	0,3	0,0	0,4	Totale	2,9	0,5	3,3	0,3	0,3	0,6

Pubblici
 Accreditati
 Totale

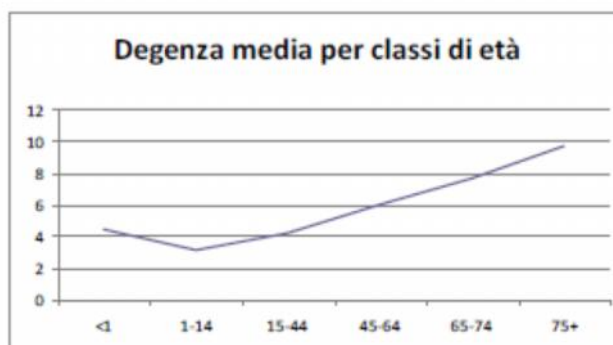
Acuti: sono escluse le discipline: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unità spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuro-riabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice.
Non acuti: sono considerate le discipline: 22 - Residuale manicomiale, 28 - Unità spinale, 56 - Recupero e riabilitazione funzionale, 60 - Lungodegenti, 75 - Neuro-riabilitazione, 99 - Cure palliative/hospice.

Fonte: ministero della Salute - Direzione generale del Sistema informativo e statistico sanitario - Ufficio di Direzione statistica (dati provvisori)

Si sta rimodulando l'offerta dei servizi Ospedalieri con riduzione dei posti letto per acuti (**indice di programmazione 5,9:1000 ab. nel 1997 → 4,4:1000 ab. nel 2007**) ma i bisogni sanitari non si modificano, anzi aumentano in rapporto all'età e alla condizione di fragilità. In particolare aumentano gli accessi in PS (servizio attivo h24) in relazione all'aumento dell'età e le degenze medie sono in aumento con l'aumentare dell'età.

I pazienti "fragili", non autosufficienti, non stabilizzati o in condizioni di sub-acuzie, sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri, 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.

Un anziano su tre che si presenta in PS viene ricoverato contro uno su dieci per le altre età. Le persone anziane e fragili (**ridotta "omeostasi e riserva funzionale"**), presentano degenze medie di ricovero più lunghe in ospedale (LOS).



Regione Lombardia - Confronto principali Indicatori ricoveri 2007 – 2011

Casi >1g	Degenza Media Osservata	% Casi O.V.S.	% GG O.V.S.	% Casi Chir.	% Casi Compl.	Peso Medio	DRG Anom.	N. Med. Diagn.	N. Med. Int.	% Deced. D.O.
1.269.389	8,70	5,39	5,46	34,95	13,74	1,1564	1.137	2,36	2,42	2,91
1.214.496	9,05	7,92	7,88%	35,70	11,02	1,1265	1064	2,30	2,57	3,18

La conseguenza a questi cambiamenti sono dimissioni di pazienti ancora instabili e spesso più disabili per gli esiti dell'ospedalizzazione, il cui ritorno al domicilio è spesso problematico o impossibile.

Importanti predittori di riospedalizzazione ad un anno sono: l'instabilità clinica e lo stato confusionale acuto.

Principali predittori di istituzionalizzazione ad un anno sono: l'età, il livello cognitivo, il livello di dipendenza, lo stato confusionale acuto (Delirium), la condizione di solitudine.

I criteri di dimissibilità e la scelta della destinazione alla dimissione devono tenere in considerazione:

- Livello di stabilizzazione clinica, necessità di tutela medica e infermieristica (supervisione, controllo diurno, controllo continuo)
- Livello ottenuto di recupero funzionale rispetto alle attese predefinite dall'equipe
- Carico assistenziale del paziente, a sua volta condizionato da stato cognitivo ed affettivo
- Necessità di ulteriore trattamento riabilitativo
- Risorse della famiglia e del vicinato, supporto e rete sociale di sostegno, situazione sociale e culturale, con particolare riferimento alle condizioni abitative ed economica.

**Rete dei servizi del sistema socio-sanitario attivati in regione Lombardia
per la disabilità temporanea o prolungata**

	AREA SANITARIA	AREA SOCIALE	
SERVIZIO TUTELARE	MEDICO di BASE e VOUCHER SANITARIO (A.D.I.)	ASSISTENZA DOMICILIARE	VOUCHER SOCIALE
DIURNATO	CENTRO DIURNO DISABILI (CDI)	CENTRO ANZIANI (SOCIALIZZAZIONE)	
RESIDENZIALITA' AUTONOMA	ALLOGGI PROTETTI	MINI ALLOGGI e RESIDENZIALITA' INTEGRATA	
RESIDENZIALITA' PROTETTA	RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)	COMUNITA' ALLOGGIO (CA)	
RIABILITAZIONE	RIABILITAZIONE SPECIALISTICA, GENERALE/GERIATRICA, MANTENIMENTO		
OSPEDALE	DIVISIONI SPECIALISTICHE, SUB-ACUZIE		

L'offerta di questi servizi in ASL Milano – Anno 2010:

ASL Milano - 2010					
Servizio	Unità	Posti letto	Utenti	Prestazioni	Peso % budget
Riabilitazione	18	824	24890	512820	28,6
diurno		259			
RSD	6	327	307		7,6
RSA	67	8918	13144		14,9
CSS	20	163	155		11,5
Comunità					
CDD	46	1191	1161		18,5
CDI	27	707	1156		10,1
ADI	24		8010		31,5
Consultorio	20 pubblico			88365	
	18 privato				

Nella nostra regione l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari si può considerare ricca per quantità e tipologia, si discute spesso fra tecnici e operatori se questa offerta sia sufficiente alla domanda di cure sanitarie e socio-sanitarie, mettendo in evidenza spesso percorsi asincroni fra "governance" e "disease management", queste riflessioni esitano il più delle volte in 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) ed più in generale evitare sprechi di risorse altrimenti utilizzabili.

Le “Cure Intermedie” in “setting” di degenza sono 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.

Diventa importante per il paziente la definizione del percorso di cura ed il processo decisionale.

PROCESSO DECISIONALE

- 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
- Pressione del tempo nel processo decisionale, e non sempre la prima soluzione praticabile è la migliore

TAPPE DEL PROCESSO DECISIONALE

- Definire gli obiettivi ed il risultato desiderato (esempio: fra sicurezza e riabilitazione qual’ è l’obiettivo primario)
- Informare (efficacia dei servizi)
- Scegliere (luoghi idonei e appropriati)
- Controllo (verifica) e follow-up (utile per avere dati di efficacia)

CRITERI FACILITANTI (le buone decisioni)

- Tempo
- Informazioni
- Struttura organizzativa
- Guida
- Supporto

L'esperienza di Continuità di Cura dell'Istituto Palazzolo (Fondazione Don Gnocchi)

CONTINUITA' DI CURA				
RETE - PERCORSI - APPROPRIATEZZA				
POLIAMBULATORIO (ex art. 25)	MEDICINA 1 (SSN) 20 p.l.	CURE SUB ACUTE (SSN) 20 p.l.		MEDICINA 2 ONCO (SSN) 14 p.l.
	Provenienza Ospedale o domicilio (invio MMG) Evento contestuale, diagnosi, terapia, stabilizzazione clinica Trasferimenti: Sub Acuta, Specialistica, RGG, Post Acute, RSA, ADI	Provenienza Ospedale Reparti o PS Lombardia Successiva Evento, Complessità Assistenziale (ICA 2-3-4) Trasferimenti: Specialistica, RGG, Post Acuta, RSA, ADI	Provenienza Ospedale o domicilio (invio MMG) Prevalenza paziente anziano, VMD + Valutazione Oncologica Eventuale intervento di seconda linea Trasferimenti: RGG Onco, Post Acuta (se non terminale), RSA, ADI	
	RIABILITAZIONE SPECIALISTICA (SSN) 40 p.l.		R.G.G. ONCO (SSN) 13 p.l.	
	Provenienza preferibile setting Acuzie o Subacuzie Evento Indice e distanza < 60 gg. (per patologia vedi Sistema esperto) Clinicamente stabile e Ridotta comorbidità (CIRS ≤ 2 patologie > 3) Prognosi riabilitativa Barthel almeno 50 -75		Provenienza Ospedale o domicilio (invio MMG). Medicina Oncologica Paziente Oncologico o con diagnosi oncologica Trasferimenti: Post Acuta, Hospice (se terminale), RSA, ADI	
EX AR. 26	R.G.G. FAMIGLIA (SSR o extra SSR con autorizzazione) 75 p.l.			
	Provenienza Specialistica, Acuzie se non appropriato Specialistica, Domicilio con presenza Evento indice Evento Indice e distanza < 180 gg. (anche comparsa di sindrome geriatrica documentata) Clinicamente stabile ma presenza di comorbidità (CIRS > 2 patologie > 3) Prognosi riabilitativa Barthel anche < 50			
U.V.G. - U.V.A.	RESIDENZIALITA': R.S.A - R.S.D. (SSR) 615 p.l.			Custodi e Housing Sociale
	SV-SLA e NEURODEGENERATIVI	NUCLEO ALZHEIMER	CURE POST ACUTE	HOSPICE

Le Unità di Cure Intermedie attivate in via sperimentale (Sub-acuzie e Post-Acuzie) e le Unità di riabilitazione (intensiva ed estensiva) possono diventare i luoghi ideali per la definizione del percorso di cura dei pazienti fragili e complessi.

Possono essere attivate senza risorse aggiuntive da parte del sistema a partire da ridefinizione e innovazione di servizi già presenti in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.

Lo sviluppo delle cure Intermedie richiede che:

- La rete di cure intermedie per poter essere efficace ed efficiente deve essere messa a sistema
- 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.
- Nella definizione organizzativa e operativa di queste unità di cure in ambito ospedaliero ed extra-ospedaliero si possono individuare elementi comuni condivisibili ed elementi specifici distintivi, ma richiedono una condivisione di cultura e strumenti di valutazione dell'appropriatezza, tali da permettere il

“governo” della complessità e intensità clinico-assistenziale, dove il livello di disabilità, comorbidità e fragilità sono considerati elementi essenziali nel definire il bisogno del paziente ed il “setting” di cura adeguato.

- Infine una volta definiti nodi e percorsi all’interno della rete, un valido sostegno può essere fornito dalla tecnologia digitale (ICT).

La Struttura Intermedia in ambito sanitario

Dott. Roberto Caprioli

Responsabile Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie – Polo Lombardia 2
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

Nel 2007 la Regione Lombardia ha attivato un gruppo di lavoro sulla tematica della continuità assistenziale, rilevando una certa insufficienza di continuità delle cure, cioè il “vuoto assistenziale” talora percepito dal cittadino come abbandono istituzionale, quando sono necessarie per la cura molteplici interlocutori o modalità assistenziali.

E' stata opinione del gruppo di lavoro che, per avviare un miglioramento in questo ambito occorresse considerare sia il livello clinico ovvero lo specifico percorso assistenziale con riferimento all'evidenza scientifica o alla consolidata buona pratica clinica considerati “ideali” per efficacia teorica e pratica, sia quello organizzativo (tipologie di prestazione, loro sequenza temporale e distribuzione temporale, loro articolazione e interazione).

Da qui discende la necessità di :

- adottare meccanismi operativi che facilitino la comunicazione, l'informazione e l'interazione tra i diversi attori della rete e la popolazione assistita
- standardizzare i processi assistenziali che più frequentemente necessitano di continuità di cura; a tal fine necessitano percorsi coordinati tra la fase ospedaliera, la degenza extraospedaliera, la fase riabilitativa, l'assistenza e la cura al domicilio.

In particolare va ricordato il livello delle cure ospedaliere con quelle extraospedaliere progettando un sistema integrato di coordinamento per la continuità delle cure, al fine di superare la frammentarietà del percorso assistenziale del cittadino nell'ambito dei sistemi sanitari e sociali.

Il sistema sanitario lombardo con l'avanzare di tali concezioni ha riscontrato la necessità di dotarsi di strutture intermedie che, dopo una serie di passaggi di cui faremo menzione , alla fine sono state denominate “cure subacute.

La struttura intermedia in ambito sanitario nasce ufficialmente con DGR n.IX/1479 del 30/03/2011 e viene realizzata tramite trasformazione di posti letto ospedalieri da reparti di acuzie in posti letto “tecnici” appunto denominati “cure subacute”.

La gestazione di questo orientamento organizzativo risale agli anni precedenti, in particolare a una convenzione stipulata tra azienda ospedaliera Niguarda e Istituto Palazzolo –Fondazione don Gnocchi .

In seguito dalla convenzione ad hoc si passa a una vera e propria gara d'appalto che vede l'assegnazione da parte del Niguarda di 10 pl cosiddetti di “struttura intermedia” all'Istituto Palazzolo-Fondazione don Gnocchi e di altri posti letto a una RSA milanese.

L'orientamento iniziale non era quindi quello di creare posti letto “ospedalieri” di struttura intermedia ma anzi tali posti letto erano in realtà assegnati a strutture socio-sanitarie (RSA).

Le finalità e gli obiettivi a suo tempo definiti erano simili a quelli poi deliberati per le cure subacute in ambito ospedaliero con alcune rilevanti eccezioni: non vi era l'esclusione delle attività riabilitative per i pazienti ricoverati nelle strutture intermedie, i criteri organizzativi e di personale non erano stabiliti con assoluto rigore come poi è stato per le cure subacute e i criteri di esclusione erano meno “drastici” specie per i pazienti con gravi deficit cognitivi .

C'è anche da rilevare che la remunerazione a carico delle strutture ospitanti tali posti letto era inferiore a quella poi prevista per le cure subacute.

In seguito alla decisione esplicitata con la delibera sopra ricordata del 2011 si sono fissati criteri di accreditamento molto precisi sia di ordine strutturale che organizzativo sia relativamente all'appropriatezza dei ricoveri definendo precisi parametri di esclusione e di inclusione dei pazienti.

L'obiettivo dichiarato rimane quello di creare una struttura di collegamento tra l'ospedale e il territorio per pazienti fragili provenienti da reparti ospedalieri per acuti che necessitano di un ulteriore periodo di ricovero per una definitiva stabilizzazione clinica e anche per un periodo di Maggiore attenzione alla dimissione a domicilio .

Viene definito un assetto organizzativo autonomo rispetto ad altri reparti ospedalieri con uno standard di personale medico ridotto rispetto per esempio a quello previsto nei reparti di medicina (1 medico ogni 20 pz contro 1 ogni 10) e la presenza di un coordinatore (non necessariamente primario).

Viene inoltre valorizzata la componente infermieristica con uno standard importante , di 160 min/pz/die e non vengono invece previste figure riabilitative escludendo tale

attività nell'ambito delle cure subacute: aspetto tuttora controverso e ritenuto negativo da più parti. Vengono fissati criteri di esclusione rigidi : tra questi quello più discusso è relativo ai pazienti con deficit cognitivi (MMSE < 17) che porta a escludere parecchi pazienti anziani che per il resto rientrerebbero nei criteri di inclusione.

I criteri di inclusione si basano su una griglia di tipo infermieristico che, a seconda di punteggi prefissati per vari aspetti assistenziali, porta a una classificazione che comprende 4 classi, a seconda dell'impegno assistenziale crescente(dalla classe 1 alla 4) Vengono ritenuti appropriati solo i pazienti rientranti nelle classi 2 e 3 .

Tale impostazione è poi stata rivista in seguito, dopo la fase iniziale di implementazione, riconoscendo la possibilità, seppur in forma percentualmente limitata, di accogliere anche pazienti della classe 4.

La remunerazione riconosciuta dalla regione è di 150 E al giorno per paziente della classe 2 e 190 E al giorno per pazienti della classe 3 e 4 .

L'ASL di Milano ha messo a punto un utile strumento informatico che permette la trasmissione on line della domanda di ricovero da un reparto ospedaliero per acuti a un reparto di cure subacute, corredata dalla documentazione relativa ai parametri di appropriatezza ,che permette quindi una valutazione immediata e facilitata del caso in questione.

I reparti di cure subacute vanno a inserirsi nel vasto complesso a rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della regione Lombardia che può essere validamente(anche se non in modo completamente esaustivo) esemplificato dalla rete di reparti e servizi di cui dispone l'Istituto Palazzolo- Fondazione don Gnocchi con i relativi collegamenti.

I reparti di cure subacute e altri progetti di strutture intermedie, essendo implementati da poco tempo, necessitano probabilmente di interventi futuri di aggiustamento .

Nell'esperienza di questi ultimi anni relativamente al reparto di cure subacute possiamo indicare alcuni punti di forza e alcune criticità che ci paiono degni di attenzione .

PUNTI DI FORZA :

- rispondenza ad effettivi bisogni di continuità assistenziale di pazienti fragili con una prosecuzione del ricovero in ambiente protetto per la completa stabilizzazione clinica e maggior possibilità di impostare correttamente la fase di ritorno al domicilio.
- importanza della assistenza infermieristica preminente, nei casi appropriati, su quella medica.

- liberare posti letto di reparti per acuti occupati da pazienti in fase di stabilizzazione, che potrebbero meglio essere assistiti dal punto di vista specialmente infermieristico.
- fluidità e tempestività del passaggio dal reparto ospedaliero per acuti a quello di cure subacute grazie alle regole chiaramente definite e standardizzate e, in particolare nell'ASL di Milano, al valido sistema informatico di trasmissione delle domande

PUNTI CRITICI:

- nonostante il sistema di cui sopra, si verificano casi di pazienti che rivelano una complessità clinica e assistenziale maggiore di quella prevista.
- alcune patologie che necessiterebbero di continuità assistenziale in reparti tipo struttura intermedia sono esclusi (es. pazienti con gravi problemi respiratori) e di difficile collocazione nelle strutture sanitarie e socio sanitarie attualmente presenti.
- assenza di riabilitazione prevista dalla delibera che a volte comporta ulteriori passaggi dalle cure subacute a reparti di riabilitazione.
 - criteri di esclusione dei pazienti con deficit cognitivi rilevanti che impediscono il ricovero di molti anziani fragili
- pericolo, insito in tutta la complessa rete assistenziale sanitaria e socio-sanitaria lombarda, di scarsa attenzione al periodo di degenza troppo prolungato specie per pazienti anziani, causa il passaggio da un reparto all'altro della rete (es.: da reparto per acuti ospedaliero a reparto di cure subacute a riabilitazione generale e geriatria a RSA)
- scarsa propensione (con le dovute eccezioni) degli ospedali ad occuparsi adeguatamente dei risvolti sociali di alcuni di questi ricoveri.

In definitiva si tratta al momento di riflettere attentamente sui benefici innanzitutto assistenziali e clinici che i pazienti traggono da questi ricoveri (i dati ormai dovrebbero essere abbastanza numerosi).

Non si può non considerare anche l'aspetto dell'eventuale risparmio economico per il SSR (che va dimostrato con dati alla mano), tenendo ben presente che il trasferimento di pazienti da reparti per acuti a cure subacute va attentamente controllato per quanto riguarda l'appropriatezza, intesa soprattutto nell'effettivo quadro di tendenziale stabilizzazione del paziente, per evitare la pericolosa tentazione alla diminuzione impropria dei giorni di ricovero in reparti per acuti per favorire un maggior ricavo sui DRG (maggiore turnover), se non nei casi veramente appropriati.

La Struttura Intermedia in ambito socio-sanitario

Dott.ssa Jolanda Bisceglia

Direttore Struttura Complessa Residenzialità – ASL Milano

Il contesto Lombardo è stato interessato negli ultimi tempi da profondi mutamenti relativamente alla struttura demografica e sociale: si assiste a un progressivo incremento delle fasce più anziane della popolazione, con un miglioramento complessivo della qualità di vita delle persone anziane e il prevalere, per lunghi periodi, di necessità di sostegno nei compiti di assistenza presso il proprio domicilio.

Inoltre l'aumento costante delle demenze senili comporta sempre più difficoltà nella gestione della qualità dell'assistenza.

Dall'altra parte si registra un cambiamento delle reti familiari con riduzione progressiva del numero di figli, incremento delle famiglie monocomponente, peggioramento delle condizioni economiche, ecc...

Questo contesto sta iniziando fin da ora a far emergere da parte delle famiglie, bisogni di welfare espressi o inespressi, sempre più **complessi e dinamici**.

In questa logica è stata avviata da parte di Regione Lombardia una riforma complessiva del welfare lombardo, con l'ottica di promuovere la centralità della persona e della famiglia, che si focalizzi su un modello "centrato sulla domanda" con implementazione del processo di valutazione multi dimensionale del bisogno.

Ne consegue la necessità di **sviluppare in ambito SOCIO-SANITARIO flessibilità nella rete dei servizi, continuità degli interventi e presa in carico globale**.

Per questo motivo Regione Lombardia ha dato attuazione a progettualità innovative per sperimentare nuove tipologie di unità di offerta.

In questo contesto si inserisce la DGR 3239 " Linee guida per l'attivazione di sperimentazione nell'ambito delle politiche del welfare" del 4/4/2012: tale provvedimento identifica tra gli altri, l'area della fragilità e della non autosufficienza per sperimentare modalità innovative di intervento.

La sperimentalià di questi progetti prevede la quantificazione dei risultati e la valutazione di efficacia attraverso approcci che consentano di stimare il valore aggiunto dell'intervento.

Il carattere innovativo riguarda gli aspetti organizzativi, metodologici, gestionali tecnologici e di governance reattivamente a servizi e interventi che siano in grado di leggere i bisogni delle famiglie.

Altro obiettivo di queste sperimentazioni in ambito socio – sanitario, è stata la creazione di sinergie tra tutti gli enti e i servizi socio–sanitari e sociali del territorio.

Nel citato provvedimento normativo, nell'area della fragilità e non autosufficienza, è stata identificata la **ASSISTENZA POST ACUTA** come intervento rivolto a soggetti fragili (anziani e non autosufficienti) che hanno concluso il percorso clinico acuto o sub acuto in ambito sanitario, raggiungendo le condizioni di stabilità clinica, ma che presentano necessità di un ulteriore percorso residenziale in ambito socio – sanitario sia per raggiungere il migliore stato di salute dopo l'evento scompensante, che per preparare il reinserimento protetto nel contesto di vita, idoneo e preparato, o per accompagnare il soggetto e la sua famiglia verso altre soluzioni offerte dalla rete dei servizi socio sanitari, soprattutto la residenzialità protetta.

Nel pensiero del legislatore l'ASSISTENZA POST ACUTA si caratterizza per una bassa intensità sanitaria e alta intensità assistenziale e viene identificato il setting delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e delle Strutture di Riabilitazione extra ospedaliera (SRE) per la sua realizzazione.

L'elemento metodologico centrale è quello della **valutazione multidimensionale** che vede Ente Gestore e Asl coinvolti per l'accesso.

La operatività di questi progetti di Assistenza Post Acuta si è avviata nell'agosto 2012 ed è proceduta fino a luglio 2013, con il continuo monitoraggio e supervisione da parte delle ASL

La Direzione Generale Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato ha analizzato e valutato i dati di monitoraggio e rendicontazione che man mano venivano inviati dalle ASL e ha valutato positivamente la fase di attività svolta fino a luglio 2013, in considerazione del fatto che tali sperimentazioni hanno garantito risposte a persone non accolte o accolte solo parzialmente dalla attuale rete di offerta socio sanitaria, ma d'altro canto ha identificato delle azioni di correzione migliorativa da intraprendere nel proseguire le progettazioni.

Ha inoltre evidenziato la necessità di rafforzare le buone prassi realizzate, sistematizzare le nuove unità di offerta nella rete dei servizi e ha chiesto alle ASL di effettuare ulteriori azioni di monitoraggio e controllo, anche sulla appropriatezza delle prestazioni.

Per tale motivo dal 1 agosto 2013 è partita la fase due delle sperimentazioni di ASSISTENZA POST ACUTA già attivate: tale fase si concluderà il 31/1/2014.

Relativamente al territorio di Asl Milano sono stati complessivamente approvati da Regione Lombardia e finanziati 7 progetti di ASSISTENZA POST ACUTA RESIDENZIALE cui 6 realizzati presso RSA (di questi un EG ha rinunciato da subito alla sperimentazione) e 1 realizzato presso una SRE.

A margine segnalo che è stato poi approvato un progetto di ASSISTENZA POST ACUTA DOMICILIARE, con caratteristiche peculiari e intensività assistenziale intermedia tra quella di Ospedale e di ADI

I 6 progetti di POST ACUTA RESIDENZIALE attivati in ASL Milano sono indicati in tabella

STRUTTURA	ENTE GESTORE	POSTI LETTO IN SPERIMENTAZIONE
RSA S. Luca	Anni Azzurri	10
PAT	ASP Pio Albergo trivulzio Martinit Stellite	20
Residenza del Sole	Consorzio Il Sole	20
Ippocrate	Gli Oleandri	25 (ridotti poi a 20)
Istituto Palazzolo	Fond. Don Gnocchi	10
Istituto Redaelli Milano	ASP Golgi Redaelli	10

Alcune sperimentazioni si rivolgevano a target specifici di soggetti fragili come ad esempio soggetti in fase post acuta da scompenso cardiaco, da politraumi, da scompenso diabetico oppure soggetti con amputazione di arto inferiore non protesizzabili o soggetti con esiti di ictus invalidanti e con basse possibilità di recupero. I dati complessivi di attività della fase 1, in corso di completamento e analisi, evidenziano che i progetti hanno intercettato e dato risposta ad un bisogno che si è caratterizzato per una elevata fragilità con comorbilità significativa, dipendenza

funzionale severa e talora erano presenti anche criticità assistenziali, come nutrizione enterale, Ossigeno-terapia cronica, dialisi, decubiti significativi.

La provenienza prevalente è stata da strutture di ricovero (AO - Sub Acute - alcune Riabilitazioni): considerando anche lo specifico di alcuni nostri progetti, la causa neurologica e cardiovascolare è stata prevalente.

La quasi totalità dei soggetti aveva criticità nell'area socio familiare identificabili come necessità di supporto e formazione del care giver o accompagnamento nella rete dei servizi.

Nella nostra sperimentazione si sono evidenziate due sottotipologie di utenza:

- un gruppo di soggetti con stabilità clinica precaria, necessità sanitarie non residuali e facilità ad andare incontro a scompenso, in cui le problematiche socio assistenziali aggravavano talora il quadro, ma non erano le motivazioni principali del ricovero;
- un secondo gruppo di soggetti, con quadri clinici sufficientemente stabilizzati e con necessità sanitarie compatibili con una lunga assistenza ma che, per elevate problematiche socio-assistenziali e/o economiche, non avevano ancora disponibile il setting adeguato di cura.

Tra questi due gruppi di utenti, vi è poi tutta una gamma di sfumature che portano verso l'uno o l'altro specifico sub set.

Relativamente al destino post dimissione troviamo variamente rappresentato sia il rientro a domicilio con la attivazione dei servizi necessari che il passaggio in struttura protetta.

Continuità di Cure: un esempio di percorso virtuoso nella grave fragilità

Dott. Pierluigi Gnocchi

Responsabile Medicina e Sub-Acuti – Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

Dott. Paolo Innocente Banfi

Responsabile Nucleo SLA e Servizio di Fisiopatologia Respiratoria
Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

“Nel nostro Paese, la continuità delle cure è uno dei principali obiettivi del SSN; essa è intesa sia come continuità tra i diversi professionisti integrati in un quadro unitario (lavoro in team, elaborazione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ecc.), sia come continuità tra i diversi livelli di assistenza soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio.

Nella gestione integrata della cronicità il MMG è il principale referente e corresponsabile della presa in carico e del percorso diagnostico-terapeutico più appropriato per il paziente stesso anche nella previsione di un’organizzazione territoriale che contempli la possibilità di disporre di posti letto territoriali e/o servizi residenziali all’interno di apposite strutture di cure intermedie, nonché dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

La riorganizzazione della rete ospedaliera porterà a compimento per quelle prestazioni erogabili in più appropriati setting assistenziali i processi di deospedalizzazione in atto, promuovendo un modello di ospedale radicato nel territorio, funzionalmente collegato con le reti assistenziali presenti, anche mediante l’adozione di procedure e protocolli certificati e condivisi con le strutture territoriali, dotato di moderne tecnologie, collegato in rete con le altre strutture ospedaliere di diversa complessità individuate dalla programmazione regionale in base alla specifica vocazione, alla tipologia della casistica trattata, alla presenza crescente di alte tecnologie, fino ai Centri di eccellenza e ai Poli tecnologici.

L'assistenza, erogata nel rispetto degli standard di qualità e sicurezza delle cure, per processi caratterizzati da un elevato grado di interdisciplinarietà, polispecialità e integrazione, è modulata secondo l'intensità di cura richiesta per il singolo paziente, facilitata anche da scelte strutturali, di flussi e di percorsi di tipo flessibile, priorizzando, ove appropriato, modalità alternative al ricovero ordinario, anche al fine di un maggiore gradimento dei pazienti".

Sono parole che si trovano nel Documento della Consulta Stato-Regioni del 2009, documento che sancisce un importante assunto: la comunicazione tra i vari attori, reparti ospedalieri (dalla UTI alle varie specialità medico-chirurgiche ai vari gradi delle strutture di riabilitazione) e MMG operante sul territorio.

In questo contesto vogliamo portare un esempio di percorso virtuoso nella gestione della fragilità grave che comunemente avviene nel nostro ospedale.

Il paziente RM di anni 66 è affetto da sclerosi laterale amiotrofica insorta nel 1996 con una ipostenia all'arto inferiore destro e rimane in follow-up clinico presso la Neurologia dell'Ospedale San Luca dell'Istituto Auxologico di Milano.

Nel febbraio 2013 giunge alla nostra osservazione, inviato dal Neurologo curante, per un quadro di grave dispnea con impossibilità a mantenere la posizione supina e respiro paradossale. Le prove di funzionalità respiratoria rilevano in ortostatismo FVC 810 ml (23%) ed in clino FVC 700 ml (20%) con PEF tosse 180 L/min. Ambulatorialmente viene adattato all'Assistente Meccanico alla Tosse ed alla Ventilazione Notturna non-invasiva configurandosi anche un quadro di ipoventilazione alveolare (pH 7.38 – pCO₂ 68 – pO₂ 67 e HCO₃ 32).

Persistendo una dispnea diurna con uso spasmodico dei muscoli respiratori accessori il paziente il 10 aprile viene ricoverato presso la Neurologia dell'Ospedale San Luca di Milano, dove verificano un quadro di insufficienza respiratoria.

Il 17 aprile viene ricoverato presso le Cure Sub-acute dell'Istituto Palazzolo, viene preso in carico dal team medico, infermieristico e dai Fisioterapisti Respiratori che organizzano un'estensione della ventilazione non-invasiva anche durante le ore diurne con interfaccia tipo "nasal pillow" a basso impatto claustrofobico ed ottimizzano la ventilazione notturna. In pochi giorni il paziente però passa ad una ventilazione H 24, pur persistendo un eloquio ed una deglutizione normali.

Dopo numerosi colloqui con il paziente ed il caregiver (moglie) il paziente, il 13 maggio, viene trasferito presso la Pneumologia del Policlinico di Milano con cui ci eravamo interfacciati e viene sottoposto a tracheotomia chirurgica in elezione e posizionamento di sondino gastrostomico.

Il 24 maggio il paziente viene di nuovo accolto nel reparto di Riabilitazione Respiratoria del nostro Istituto per eseguire un programma di incentivazione delle autonomie rimaste.

Nel caso specifico

- i fisioterapisti motori eseguono al letto esercizi atti a ritardare il fenomeno di retrazione tendinea da “non uso” e si attivano per la prescrizione di ausili atti al movimento ed alla domiciliazione.
- i fisioterapisti respiratori ottimizzano la ventilazione invasiva H 24 e attuano il giorno l’”open ventilation” cioè un modello particolare in cui il paziente riesce ad esprimersi adeguatamente e ad alimentarsi nonostante sia collegato al respiratore, iniziano e portano a termine l’addestramento del caregiver in materia di assistenza alla tosse, nursing della cannula tracheotomica e della ventilazione invasiva.
- il personale infermieristico partecipano attivamente all’addestramento del caregiver anche grazie alla scelta del responsabile di garantire un reparto “aperto” cioè con la possibilità di presenza attiva, costante e libera del caregiver nelle 24 H.

Il paziente viene dimesso in data 9 luglio in buone condizioni generali dopo aver avuto

- la completa sicurezza che tutti gli ausili erano stati prescritti e presenti a domicilio
- attivato l’ADI tramite il MMG con cui eravamo in costante contatto
- mantenuto nel tempo un contatto tramite SKYPE per mezzo del quale è possibile comunicare pressoché quotidianamente con il paziente ed eventualmente risolvere situazioni anomale anche grazie alla videocamera.

Dott. Geremia Giordano

Responsabile Riabilitazione Intensiva – Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

2° Caso: paziente in Riabilitazione Specialistica

Paziente R. F. (13/03/1941)

Diagnosi: **SINDROME D'ALLETAMENTO IN INSUFFICIENZA RENALE ACUTA – esiti di**

AMPUTAZIONE DI COSCIA ARTO INFERIORE DX.

ANAMNESI:

diabete mellito tipo II in terapia insulinica, BPCO, F.A. cronica in TAO, portatore di PM, cardiopatia ischemica (by-pass AO-Co nel 1999), nota insufficienza mitralica, AOCF: nel 2007 amputazione arto inferiore sx, pregresso by-pass femoro-popliteo dx, nel gennaio 2013 ischemia acuta arto inferiore dx con gangrena, in data 21/01/2013 veniva sottoposto ad amputazione di coscia all'arto inferiore dx (in anestesia spinale), nel corso del ricovero riabilitativo riscontro di I.R.A. di verosimile origine iatrogena (impostata gentamicina per IVU), invio al PS H Sacco e ricovero in nefrologia; in data 26/03 tentativo di rimozione di CV senza successo; in data 05/04 iniziava terapia con Glazidim per tampone cutaneo positivo per proteus mirabilis della ferita del moncone dx.

VALUTAZIONE CLINICA:

All'ingresso riscontro di elevati valori di creatininemia (4,65 mg/dL) trattata con idratazione e.v. 1000cc/die con regressione dei valori fino al 03/05 (creatininemia 2,15 mg/dL). Sospesa idratazione e.v. il 03/05. Episodi di addominalgia riferiti dopo assunzione di Movicol con scarso beneficio in stipsi nota, regrediti con Buscopan i.m. Buon controllo dei valori pressori ed ematici di glucosio.

ACCERTAMENTI:

ECG, esami ematochimici (vedi allegati) – Barthel Index: 3 ----> 41% - Tinetti Test: 0/28 ----> 0/28

VALUTAZIONE FISIATRICA ALL'INGRESSO:

vigile, collaborante, orientato S/T. Amputazione al terzo medio superiore della coscia bilateralmente. Non riferite algie, viene mobilizzato in carrozzina con il sollevatore, non possibile la gestione della carrozzina in autonomia.

Presenza di caregiver: moglie non in grado di assistere il marito autonomamente presso il domicilio.

PRI (obiettivo a breve/medio termine): stabilizzazione clinico-funzionale – autonomia con ausili e rientro al domicilio.

Tempo previsto per la realizzazione del programma: 20 giorni

PROGRAMMA CLINICO-RIABILITATIVO EFFETTUATO:

monitoraggio clinico-medico ed infermieristico - mobilizzazione globale arti superiori, rinforzo muscolare globale, addestramento nelle strategie corrette dei passaggi posturali, controllo del tronco.

VALUTAZIONE FISIATRICA ALLA DIMISSIONE:

Modico miglioramento globale. Il paziente ha un discreto controllo del tronco da seduto, passaggi posturali assistiti molto difficoltosi, facile affaticabilità per sforzi moderati.

TERAPIA CONSIGLIATA:

Lyrica 25 mg 1 cp ore 8, Congescor 2,5 mg 1 cp ore 20, Rocaltrol 0,50 mg 1 cp ore 16, Allopurinolo 300 mg ½ cp ore 18, Pantorc 20 mg 1 cp ore 18, Lanoxin 0,0625 1 cp ore 12, Norvasc 5 mg 1 cp x2 (ore 8-20), Eskim 1000 1 cp x2 (ore 12-18), Deursil 300 mg 1 cp ore 20, Calcio carbonato 500 mg 2 cp x2 (ore 12-18), Lasix 25 mg 1 cp ore 8, KCl R 1 cp x2 (ore 12-18), Sintrom 1 mg secondo AP (1 cp/die) ore 16, Humalog 10+10+10 UI (ore 8-12-18), Clistere ogni 72 ore (prossimo 08/05), medicazione LDD sacrale con Noruxol e connettivina garze a dì alterni.

Dott.ssa Giovanna Spannocchi

Responsabile Riabilitazione Estensiva – Istituto Palazzolo – Polo Lombardia 2
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus – Milano

3° caso: paziente in Riabilitazione Generale e Geriatrica

CASO CLINICO RGG

UOMO , 72 ANNI

(ANNO NASCITA 1941)

SITUAZIONE SOCIALE: VIVE CON LA MOGLIE

PAZIENTE PROVENIENTE DALLA RIABILITAZIONE SPECIALISTICA DELL'ISTITUTO PALAZZOLO

ANAMNESI:

diabete mellito tipo II in terapia insulinica, BPCO, F.A. cronica in TAO, portatore di PM, cardiopatia ischemica (by-pass AO-Co nel 1999), nota insufficienza mitralica, AOCF.

Nel 2007 amputazione arto inferiore sx, pregresso by-pass femoro-popliteo dx;
nel gennaio 2013 ischemia acuta arto inferiore dx con gangrena, in data 21/01/2013 veniva sottoposto ad amputazione di coscia all'arto inferiore dx (in anestesia spinale);
Nel corso del ricovero riabilitativo riscontro di I.R.A. di verosimile origine iatrogena (impostata gentamicina per IVU), invio al PS H Sacco e ricovero in nefrologia;
in data 26/03 tentativo di rimozione di CV senza successo; in data 05/04 iniziava terapia con Glazidim per tampone cutaneo positivo per proteus mirabilis della ferita del moncone dx

QUADRO FUNZIONALE ALL'INGRESSO:

vigile, collaborante, orientato S/T. Amputazione bilaterale di coscia, ipototonotrofia monconi, discreta articularita' coxo-femorale bilaterale. Non riferite algie.

Arti superiori con ROM scapolo-omerale nei limiti. Mobilizzato in carrozzina con il sollevatore, non autonomo in carrozzina .

PROGRAMMA RIABILITATIVO SVOLTO:

mobilizzazione globale arti superiori, rinforzo muscolare globale, addestramento ai passaggi posturali in autonomia, addestramento all'autonomia in carrozzina, esercizi di controllo del tronco da seduto.

DURATA PREVISTA DEL PRI: 30 GG

DIMISSIONE : RIENTRO AL DOMICILIO

Decorso riabilitativo :

paziente non idoneo alla protesizzazione per i problemi clinici generali sottostanti; avviato programma per il recupero della massima autonomia possibile in carrozzina attraverso il potenziamento muscolare globale, mantenimento del tono-trofismo dei muscoli. Eseguita valutazione e prescrizione di ausili per facilitare la gestione delle attività di vita quotidiana al domicilio in autonomia, prescritti con mod. 03 letto ortopedico elettrico, carrozzina pieghevole e cuscino antidecubito, alza wc e sedia per doccia. Acquistata dal paziente tavoletta per eseguire passaggi carrozzina–letto. Eseguito addestramento all'uso degli ausili per esecuzione passaggi posturali letto-carrozzina, carrozzina wc.

QUADRO CLINICO ALLA DIMISSIONE :

raggiunta autonomia nei passaggi posturali letto–carrozzina, carrozzina–wc; autonomia nell'uso della carrozzina in interni. Miglioramento funzionale globale.

APPUNTI

APPUNTI