

Allegato 15

Attività di tipo sub - acuto

Premessa

La nuova prospettiva posta dal PSSR 2010 – 2015, intitolato dalla cura al prendersi cura, afferma un principio che cambia in modo significativo l'organizzazione e l'erogazione delle attività di ricovero e cura. Infatti il “prendersi cura” prevede anche la necessità di erogare le prestazioni nella modalità più adeguata per i pazienti. I nuovi ospedali, in fase di avvio in questi mesi, sono stati progettati per funzionare secondo il modello delle aree di intensità di cura. Questo nuovo modello organizzativo “costringe” a riflettere su come oggi si stanno utilizzando gli ospedali che sono sempre più complessi e tecnologicamente evoluti e ci fa comprendere con maggiore chiarezza che la risposta ad un bisogno deve avere una forma sempre più adeguata alle reali necessità clinico terapeutiche dei pazienti. Questa svolta di tipo organizzativo ci porta a riflettere sulla gestione intraospedaliera dei pazienti anziani, ricoverati prevalentemente in reparti di medicina, che pur avendo raggiunto un buon compenso offrono il rischio di instabilità clinica e che per vari motivi di natura sanitaria e / o familiare non possono essere dimessi al domicilio. Ciò comporta spesso delle degenze di lunga durata che si svolgono in un contesto di intensità di cura che non è quello adeguato per i pazienti e che anzi li espone ai rischi tipici legati alla permanenza in ospedale. Una risposta a questo fabbisogno può essere quella di realizzare delle strutture di tipo intermedio sub acuto che possano permettere di curare questo tipo di pazienti in un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera.

Stato dell'arte

Nella nostra regione sono oggi in fase avanzata di realizzazione tre progetti (due a Milano, uno in provincia di Cremona a Soncino e uno a Varese) finalizzati a sperimentare delle modalità, alternative alla UO ospedaliera, di cura ed assistenza di pazienti prevalentemente molto anziani e ricoverati in UO di Medicina Generale che, pur avendo superato la fase di instabilità e criticità clinica, continuano ad avere un quadro critico soprattutto dal punto di vista dell'efficacia delle cure in quanto presentano il rischio che la precaria stabilizzazione clinica possa dare origine ad episodi acuti. Alla residua complessità delle cure si aggiungono in molti casi problemi di tipo logistico e familiare che richiedono di prolungare le degenze inappropriatamente. A ciò si aggiunga la necessità che i cosiddetti ospedali per acuti svolgano sempre più il loro ruolo concentrandosi sulla casistica di maggiore complessità clinica e terapeutica.

Prospettiva e definizione delle attività

Il PSSR 2010 / 2015, riprendendo in termini programmatici e propositivi questo tema, parla dello sviluppo di un'area sub acuta tra l'ospedale per acuti ed il domicilio che assolverà contemporaneamente agli obiettivi di ridurre il carico di pazienti in fase post acuta che restano a lungo negli ospedali per acuti in quanto non ancora dimissibili per la necessità di individuare il livello di cure post acute più utile e appropriato.

Queste attività non devono assolutamente essere confuse con quelle riabilitative di bassa complessità in quanto la loro principale caratteristica è quella di mantenere la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto fornendo dei servizi sanitari, oggi forniti in larga misura in ospedali per acuti, caratterizzati da una forte e competente componente diagnostico terapeutica.

Tali attività, se adeguatamente definite ed organizzate, permetterebbero sia di rispondere meglio ai bisogni di cura dei pazienti, sia di ridurre i costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati. In questo senso la realizzazione di attività di cure intermedie bene si inserisce nella direzione degli ultimi indirizzi normativi regionali e negli indirizzi del Patto della Salute finalizzati a perseguire ulteriormente l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Queste attività dovranno essere erogate in strutture di ricovero e cura di complessità medio bassa accreditate e a contratto e potranno integrarsi con attività ambulatoriali erogate anche da specialisti ambulatoriali in sinergia con Medici di Medicina Generale associati.

Scenario di riferimento

Nel contesto delle sperimentazioni in atto sopra ricordate sono state sviluppate delle scale di valutazione sia della criticità / instabilità clinica dei pazienti, sia della complessità di cura che permettono, sulla base dei dati ad oggi raccolti, di essere un ausilio al fine di definire in via oggettiva una soglia di ammissibilità alle attività di cure intermedie sub acute.

Una modalità adeguata per quantificare il fabbisogno di posti letto già accreditati e a contratto che potranno essere convertiti, fin dal 2011, per svolgere queste attività è quella di individuare, utilizzando i dati di ricovero più recenti (SDO del 2009), i ricoveri delle UU.OO. di Medicina Generale che hanno registrato una durata della degenza significativamente maggiore rispetto a quella media che nel 2009 è stata di 11 giorni.

classe_degenza	ricoveri	età media	degenza media	gg diff / media	gg totali diff.	letti equivalenti
<5	28.941	67,85	3,16			
5 - 9	61.683	72,02	6,93			
10 - 14	34.986	74,62	11,73			
15 – 19	15.773	75,59	16,69	6,0	93.982	
>=20	17.554	75,28	29,20	18,5	324.214	
totali	158.937	72,55	10,73		418.196	1.146

Dalla tabella sopra esposta si possono evidenziare due aree problematiche:

- 1) Un'area caratterizzata da un numero importante di ricoveri con degenza significativamente inferiore rispetto a quella media (<5).
- 2) Un'area caratterizzata da ricoveri per pazienti molto anziani con degenze significativamente superiori rispetto a quelle medie (>=15)

La prima area molto presumibilmente comprende degli accessi di emergenza urgenza che necessitano, anche per problemi di natura medico legale, di effettuare delle valutazioni diagnostiche complesse indifferibili. In questa area vi sono anche dei ricoveri riferibili a dei pazienti di tipo cronico che effettuano, per mancanza di una adeguata valutazione a livello del territorio, dei ricoveri di natura inappropriata che potrebbero essere evitati del tutto o che comunque potrebbero avvenire in una struttura di tipo sub acuto quale è quella che trattasi nel presente documento. **(funzione sub acuta in ingresso – con riduzione dei codici verdi e gialli)**

La seconda area comprende dei ricoveri riferibili a pazienti che, pur avendo in larga parte risolto l'instabilità clinica causa del ricovero, per motivi di natura sanitaria non possono essere dimessi. **(funzione sub acuta in dimissione)**. A questo riguardo è assolutamente necessario che i protocolli di gestione dei pazienti presso queste strutture sub – acute, considerando la natura sanitaria delle stesse, prevedano la sola presa in carico di pazienti con problemi di tipo sanitario (residua instabilità clinica non gestibile al domicilio) e che non si cerchi di supplire con questo tipo di struttura a problematiche di natura familiare e sociale che comporterebbero una impropria ed inappropriata completa messa a carico del servizio sanitario nazionale delle problematiche di natura non sanitaria.

Su base regionale il fabbisogno atteso di posti letto per attività di tipo sub acuto può essere previsto nell'ordine di circa 1.150 ed in considerazione delle 2 principali necessità sopra esposte afferenti all'area sanitaria.

Caratteristiche della struttura

Le strutture nelle quali saranno attivati questi posti letto saranno ospedali di tipo medio / piccolo non inseriti nella rete dell'emergenza urgenza nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base. Queste attività di natura sub – acuta infatti non devono essere effettuate in strutture che abbiano le caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ospedali per acuti e non devono neppure degli stessi diventare una copia in miniatura. L'obiettivo è infatti quello di

promuovere il livello più appropriato e meno costoso di cura per le tipologie di pazienti sopra descritte.

Saranno strutture che comunque dovranno avere un livello minimo di potenziale diagnostico in ambito laboratoristico e radiologico in quanto i pazienti che giungeranno in ingresso e anche quelli provenienti dal reparto per acuti avranno la necessità di conferme diagnostiche.

Un discorso a parte invece deve essere fatto per i professionisti sanitari che dovranno operare in queste strutture.

I medici e gli infermieri infatti si troveranno di fronte alla necessità di soddisfare una nuova organizzazione per erogazione di cure di bassa e media intensità e di teletrasmissione, ad ospedali più complessi della rete, di dati da discutere in sede multidisciplinare anche mediante teleconferenza.

Dovrà essere garantita la pronta disponibilità di un medico sulle 24 ore.

Date le caratteristiche delle strutture che accoglieranno queste attività le stesse saranno denominate ospedali a bassa complessità di cure sub-acute nelle quali queste attività saranno integrate con quelle ambulatoriali e con le altre che riguardano l'implementazione del modello di gestione della cronicità denominato CReG Territoriale che vedrà coinvolti a livello della ASL diversi attori, MMG compresi, che potranno trovare in queste strutture un luogo di integrazione e di supporto.

Da ciò ne consegue anche che i posti letto convertiti in queste attività saranno considerati come dei posti letto tecnici derivati già da quelli accreditati e a contratto e non entreranno più nel conteggio del tasso di posti letto così come già avviene per i posti tecnici di dialisi, per le culle dei neonati e per i posti di macroattività ambulatoriale di nuova introduzione.

Prime ipotesi di criteri di accesso alle cure sub acute

I criteri di accesso alle cure sub-acute dovranno essere definiti in modo univoco a livello regionale con la finalità di avere l'implementazione sul territorio di strutture che consentano la appropriata continuità delle cure. Sono così identificati:

- diagnosi accertata;
- prognosi definita;
- consenso informato del paziente che deve essere edotto sulla peculiarità delle cure sub-acute;
- processo di stabilizzazione non ancora consolidata dei parametri vitali;
- necessità di proseguire cure in fase sub-acute con esigenza di stretto follow-up e completamento processo di guarigione.

Esempi di criteri di sufficiente stabilizzazione clinica per il trasferimento in ospedali a bassa complessità di cure sub-acute

- Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi ipertensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)
- Respiro autonomo da > 48 ore (anche se con ossigenoterapia) con $\text{SaO}_2 > 95\%$, $\text{PO}_2 > 60$ mmHg, CO_2 non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di $\text{SaO}_2 > 90\%$. La presenza di cannula tracheotomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP)

- Non insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano
- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - temperatura corporea $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$
 - frequenza cardiaca $> 90'$
 - frequenza respiratoria > 20 atti/min o $\text{PCO}_2 < 32\text{mmHg}$
 - globuli bianchi $> 12.000/\text{mm}^3$, o $< 4.000/\text{mm}^3$ o $> 10\%$ di cellule immature (21,22)
- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG)
- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica

Criteri di esclusione:

- decadimento cognitivo $\text{MMSE} < 17$;
- pz oncologici terminali o in trattamento chemioterapico;
- pz psichiatrici

Costi

Sulla base dei dati raccolti nel corso delle sperimentazioni oggi in atto il valore di rimborso unitario pro die riservato a queste attività potrebbe essere pari ad un valore compreso tra circa i 150 ed i 190 euro. In considerazione della alternatività di queste attività rispetto a quelle per acuti ne deriva che, grazie al minore e più appropriato utilizzo delle strutture per acuti, le cure sub – acute troveranno parziale compensazione con minori costi per le attività ospedaliere tradizionali. I posti letto che dovranno essere trasformati in letti tecnici intermedi sub acuti saranno quelli provenienti da ospedali pubblici e privati con posti letto già accreditati ed a contratto con proporzione di 7/3 preferibilmente afferenti all'area riabilitativa che, sulla base dell'ultimo Patto della Salute Stato Regioni, dovranno subire nella nostra regione una riduzione di circa 1.000 unità. Si renderà anche obbligatorio implementare dei protocolli per la riabilitazione e l'ospedalizzazione domiciliare. Le stime di fabbisogno effettuate portano ad una distribuzione sul territorio regionale che può essere prevedibile nei termini contenuti nella tabella seguente:

asl	letti
Bg	118
Bs	97
Co	54
Cr	37
Lc	55
Lo	27
Mn	30
mic	249
mi1	146
mi2	59
MB	66
Pv	91
So	26
Va	76
val cam	14
totale	1.146