

A cura di NNA
Network Non Autosufficienza

**L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI
NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA
6° Rapporto
2017/2018**

Il tempo delle risposte

Rapporto promosso dalla Fondazione Cenci Galligani



Indice

<i>Prefazione</i>	Pag.	5
<i>Gianfranco Platti</i>		
<i>Presentazione</i>	»	7
<i>Anna Banchemo, Enrico Brizioli, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Franco Pesaresi, Marco Trabucchi</i>		
1. Introduzione. L'età dell'incertezza	»	11
<i>Cristiano Gori</i>		
PARTE PRIMA		
Il quadro d'insieme		
2. La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati	»	33
<i>Francesco Barbabella, Arianna Poli, Carlos Chiatti, Laura Pelliccia, Franco Pesaresi</i>		
3. Alcuni profili di assistenza nelle Regioni	»	55
<i>Laura Pelliccia</i>		
PARTE SECONDA		
Nuove prospettive		
4. La domiciliarità	»	77
<i>Rosemarie Tidoli</i>		
5. Le cure intermedie	»	101
<i>Franco Pesaresi</i>		
6. La residenzialità	»	129
<i>Antonio Guaita, Marco Trabucchi</i>		
7. Il welfare aziendale e le fondazioni	»	151
<i>Anna Banchemo</i>		
8. La tecnoassistenza	»	165
<i>Roberta Bevilacqua, Gabriella Melchiorre, Elisa Felici, Silvia Bustacchini, Lorena Rossi, Alberto Deales, Fabrizia Lattanzio</i>		
<i>Gli Autori</i>	»	179

5. Le cure intermedie

Franco Pesaresi

1. Introduzione

La comunità internazionale non ha ancora raggiunto una definizione univoca di “cure intermedie” (Bartoli *et al.*, 2012; Melis *et al.*, 2004). Ci sono interpretazioni molto diverse in campo. Taluni Paesi le considerano delle soluzioni strutturali ben individuate o unità operative, mentre altri, come l’Inghilterra, le ritengono una modalità di intervento, un processo assistenziale da realizzare attraverso il concorso di molteplici servizi (Bartoli *et al.*, 2012; Comodo e Maciocco, 2004).

Le esperienze internazionali sinora realizzate non sono dunque in grado di fornire punti di riferimento condivisi. In Inghilterra il processo delle Cure intermedie coinvolge il servizio di ospedalizzazione domiciliare o di altra assistenza domiciliare, le strutture residenziali o semiresidenziali e i servizi di riabilitazione domiciliari o residenziali. In sostanza tutti i servizi territoriali. Invece, l’esperienza scozzese ha affidato alle cure intermedie l’obiettivo di mantenere al domicilio il paziente il più a lungo possibile, attraverso una pluralità di servizi di comunità, attivati in funzione del bisogno. Ancora, la sperimentazione spagnola della Catalogna di cure intermedie è stata avviata con la realizzazione di posti letto territoriali ottenuti dalla riconversione dei piccoli ospedali, ma con una organizzazione più vicina alla nostra lungodegenza post-acuzie con la conduzione affidata alla geriatria o alla medicina interna (Morando e Tozzi, 2016) ⁽¹⁾.

I diversi Paesi sono partiti dalla volontà di garantire una migliore continuità assistenziale ed una assistenza territoriale più appropriata, ma hanno

⁽¹⁾ Inoltre, è bene ricordare che in molti Paesi del mondo, dal punto di vista terminologico, per *Intermediate Care Units* si intendono delle unità di degenza ospedaliera che si collocano fra le unità di cura intensiva e i reparti di degenza ordinari (Plate *et al.*, 2017). Parliamo cioè di unità operative ospedaliere di terapia subintensiva.

poi sviluppato in modo diverso il concetto di cure intermedie adattandolo alla propria preesistente organizzazione e alle proprie necessità.

In assenza di modelli europei condivisi, anche l'Italia ha avviato il percorso di introduzione delle cure intermedie collocandosi sulla traccia delle precedenti esperienze europee, ma con una sua specifica caratterizzazione organizzativa.

La letteratura prodotta in questi ultimi anni è in parte fuorviante per interpretare il fenomeno delle cure intermedie in Italia. Molti hanno inserito all'interno delle cure intermedie una serie molto ampia di servizi che comprendono, a seconda dei casi, tutti i servizi residenziali e semiresidenziali o, in alternativa, tutti i servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

In realtà le norme nazionali hanno identificato nelle cure intermedie un nuovo *setting* assistenziale residenziale sanitario.

La motivazione che ha indotto lo Stato italiano a introdurre nel sistema una nuova struttura residenziale va ricercata nella difficoltà di dimissione dei pazienti che hanno terminato la fase acuta e la fase di riabilitazione intensiva, ma che necessitano ancora di un supporto sanitario ed assistenziale di una struttura protetta (Pesaresi, 2014). L'Agenzia sanitaria nazionale ha spiegato che le strutture residenziali rispondono solamente in minima parte a questo tipo di esigenze, e quindi impediscono, anche nelle Regioni in cui sono numerose rispetto alla media nazionale, la gestione dei pazienti ad un livello più appropriato rispetto a quello ospedaliero, con un'assistenza pienamente sufficiente al bisogno e ad un costo minore (Agenas, 2011).

Le strutture di cure intermedie italiane, nonostante la pluralità di definizioni e di articolazioni organizzative che in questi anni sono state proposte, sono caratterizzate dalla condivisione di alcuni elementi. Innanzitutto i destinatari nelle diverse Regioni italiane sono generalmente rappresentati da:

- a) pazienti che, superata la fase acuta della malattia, risultano stabilizzati clinicamente, ma necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa;
- b) pazienti per i quali vi siano le premesse per un recupero funzionale;
- c) pazienti che necessitano di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità assistenziale.

L'altro elemento comune è costituito dalle finalità, che il più delle volte consistono nel:

- a) garantire una continuità di cure ospedale-territorio;
- b) ridurre le riammissioni ospedaliere;
- c) riportare il paziente al domicilio o in strutture territoriali (Bartoli *et al.*, 2012).

2. Le tendenze in atto: la normativa nazionale

Negli ultimissimi anni, prima l’Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e poi il Ministero della salute con il decreto ministeriale n. 70/2015, hanno identificato la “struttura per le cure intermedie” (SCI) quale nuova struttura residenziale sanitaria extraospedaliera, con le caratteristiche indicate nella tabella 5.1 (Pesaresi, 2015). All’interno di tale tipologia, secondo il d.m. n. 70/2015, è il cosiddetto ospedale di comunità.

Tabella 5.1 - Le strutture di cure intermedie secondo il d.m. n. 70/2015 e l’Agenas

Caratteristiche	Descrizione
Definizione	Per struttura intermedia si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza. Una di queste è l’ospedale di comunità.
Posti letto	Obiettivo: 0,4 p.l. ogni 1000 abitanti. Modulo da 15-20 posti letto.
Assistenza medica	È assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.
Responsabilità igienico-organizzativa e gestionale	Fa capo al distretto ed è gestita da personale infermieristico.
Standard di personale	L’assistenza viene garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all’assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale. La dotazione di personale deve rispettare i seguenti parametri minimi: <ul style="list-style-type: none"> - 1 coordinatore infermieristico; - 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari a: <ul style="list-style-type: none"> - 1 infermiere ogni 8 ospiti; - 1 OSS ogni 2 ospiti; - 1 terapeuta/logopedista o altra figura professionale ogni 20 ospiti.
Pazienti	<ul style="list-style-type: none"> - Pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario: <ul style="list-style-type: none"> - consolidare le condizioni fisiche; - continuare il processo di recupero funzionale; - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero. - Pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera. - Pazienti che necessitano di interventi sanitari erogabili a domicilio, che non dispongono di un domicilio idoneo (strutturale e familiare). - Pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa.

segue

Caratteristiche	Descrizione
Modalità di remunerazione	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture residenziali. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera la quale può essere o meno a carico dell'utente.
Durata del ricovero	La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.
Accesso	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'ingresso è regolato attraverso l'Unità di valutazione multidimensionale, attivata dal medico selettore cui partecipano medico curante, caposala, responsabile UVMD, infermiere delle cure primarie titolari del percorso dimissioni protette, assistente sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la famiglia. L'ingresso è subordinato alla compilazione: <ul style="list-style-type: none"> - della scheda di valutazione multidimensionale; - della scheda di sintesi delle problematiche rilevate, completa della descrizione del Progetto Assistenziale e della tempistica dello stesso (data di ingresso, durata prevista del ricovero, rientro previsto al domicilio); - del piano di assistenza personalizzato (PAI) che preveda il successivo rientro a domicilio o la collocazione in altra struttura.
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Presso la struttura vengono usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale. Per tutti i pazienti la definizione del PAI, la sua rivalutazione e la gestione clinica e assistenziale sono gestiti dalla struttura e prevedono un approccio multidimensionale e multidisciplinare.
Esplicitazione dei risultati attesi	Alla dimissione viene nuovamente compilata la scheda di valutazione multidimensionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati in ingresso (dalla UVMD).
Sede fisica	Allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

Fonte: decreto Ministero della salute n. 70/2015 e Agenas (2011).

Le strutture per le cure intermedie vanno ad intercettare un bisogno effettivo del sistema sanitario italiano perché continuano a permanere le difficoltà di dimissione dei pazienti dall'ospedale e di garanzia della continuità assistenziale.

Infatti, le strutture residenziali attuali non rispondono, se non in parte, a questo tipo di esigenze perché sono organizzate soprattutto per gestire la fase lungodegenziale, e molto meno per gestire la fase di transizione fra l'ospedale e il domicilio sia per quantità che per qualità (intensità dell'assistenza) delle strutture. Inoltre, considerato il numero, l'età e la multiproblematicità dei pazienti post acuti, è emersa la necessità di un approccio multidimensionale con una presa in carico globale, con la finalità di curare la non autosufficienza e i pazienti fragili con maggiore efficacia (Agenas, 2011) e ad un costo minore di quello ospedaliero.

A tutt'oggi dunque, ci sono bisogni non pienamente soddisfatti nei percorsi di continuità assistenziale e nella costruzione dei *setting* assistenziali che portano ad affermare l'utilità di una nuova struttura assistenziale che è "intermedia" fra ospedale e territorio. Nel senso che è intermedia fra ospedale ed altre strutture residenziali ma anche intermedia fra ospedale e domicilio. Il problema è che tale nuovo *setting* assistenziale va ad inserirsi in una rete di strutture e servizi (lungodegenza post acuzie, riabilitazione ospedaliera, RSA, strutture residenziali riabilitative, ecc.) già abbastanza affollato per cui la sua implementazione richiede una attenta regolamentazione.

3. Le tendenze in atto: l'organizzazione delle cure intermedie nelle Regioni

Le Regioni italiane hanno avviato l'attuazione di queste nuove indicazioni ministeriali con un'ampia variabilità.

3.1. Cosa significa "cure intermedie"?

Tutte le norme regionali hanno identificato nelle cure intermedie un nuovo *setting* assistenziale residenziale sanitario che in talune Regioni può svilupparsi in due diversi modelli organizzativi.

Le denominazioni identificate dalla normativa nazionale – strutture di cure intermedie ed ospedali di comunità – sono state utilizzate dalla maggioranza delle Regioni. Alcune hanno invece utilizzato una terminologia diversa per indicare strutture che hanno caratteristiche assimilabili a quelle del primo e maggioritario gruppo di Regioni. Per questo motivo anch'esse sono state inserite tra le 15 Regioni che hanno regolato l'attivazione delle cure intermedie, indicate nella tabella 5.2.

La denominazione che ricorre con maggiore frequenza è quella di ospedale di comunità, segue quella di cure intermedie e poi una pluralità di altre denominazioni (cfr. Tab. 5.2).

Tabella 5.2 - Le denominazioni delle strutture di cure intermedie

Regioni	Denominazioni delle strutture di cure intermedie
Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Molise, Puglia, Sardegna	Ospedali di comunità
Lombardia, Umbria	Cure intermedie
Liguria	Strutture di cure intermedie (SCI)
Lazio	Unità di degenza (a gestione) infermieristica
Friuli Venezia Giulia	RSA livello di assistenza medio (per trattamenti assistenziali intensivi)
Marche	Cure intermedie: 1) Country hospital (CH) 2) Struttura intermedia integrata (SII)
Piemonte	Continuità assistenziale a valenza sanitaria
Toscana	a) Low care (setting 1); b) Residenzialità sanitaria intermedia (setting 2) c) Residenzialità assistenziale intermedia (setting 3)
Veneto	Strutture di ricovero intermedie: a) Ospedale di comunità b) Unità riabilitativa territoriale

Fonte: nostra elaborazione della bibliografia.

Le diverse definizioni che le Regioni hanno stilato per le cure intermedie non ci aiutano a sintetizzare le caratteristiche di queste strutture.

Pur nella varietà delle diverse esperienze regionali, esse si configurano come strutture sanitarie residenziali di degenza extra-ospedaliera, ad alta intensità assistenziale, a vocazione internistica (e in qualche caso anche riabilitativa: Piemonte, Veneto), da utilizzare quando l'ospedale, il domicilio e la residenzialità socio-sanitaria risultano inappropriate. Le Strutture di cure intermedie sono caratterizzate dall'accesso attraverso l'unità valutativa multidimensionale (UVM), dalla redazione del piano assistenziale individualizzato (PAI) e dalla temporaneità della degenza. Gli obiettivi prevalenti sono quelli della stabilizzazione/recupero funzionale del paziente fragile unitamente alla gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati, garantire la continuità assistenziale in uscita dall'ospedale).

3.2. L'utenza

La maggioranza delle Regioni ritiene che le cure intermedie siano il luogo di cura appropriato per le seguenti tipologie di pazienti:

- 1) pazienti provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili da ospedali per acuti, ma non in condizione di essere adeguatamente assistiti a casa;
- 2) persone dimissibili per cure a domicilio, ma con contesti socio-familiari "fragili o inadeguati" che non consentono il rientro se non dopo un periodo di cure finalizzato alla acquisizione di autonomie, anche supportate, compatibili con il rientro a domicilio oppure con l'accoglienza/rientro in strutture residenziali socio-sanitarie;
- 3) pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di una instabilità clinica (ad esempio riacutizzazione di patologia cronica persistente o monitoraggio dell'introduzione di presidi medici invasivi) che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall'assistenza domiciliare;
- 4) soggetti che hanno la necessità di un'assistenza continuativa di tipo infermieristico sulle 24 ore (cfr. Tab. 5.4).

Nelle singole Regioni sono poi previste numerose altre possibilità (stati vegetativi, comi prolungati, pazienti dimessi dal Pronto soccorso, pazienti con necessità di terapia con farmaci che si possono dispensare solo in ospedale (farmaci H), persone con patologia neurodegenerativa o dementigena o con disabilità neuro psicomotoria o con patologie correlate all'area delle dipendenze, terminali, soggetti che necessitano di assistenza medica sulle 24 ore, ecc.) che non trovano però la condivisione nelle altre Regioni, per questo motivo sono state omesse dalla tabella 5.3. Non solo. Alcune Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto) hanno indicato anche i criteri di esclusione per il ricovero nelle cure intermedie individuando molte delle condizioni che invece sono eleggibili secondo altre Regioni. In queste cinque Regioni trovano infatti abbastanza consenso i criteri che prevedono l'esclusione dal ricovero delle patologie psichiatriche attive, dei pazienti terminali, dei pazienti con demenza, dei pazienti con instabilità clinica e dei pazienti che necessitano di completare l'inquadramento diagnostico) (cfr. Tab. 5.4).

Per le cure intermedie si tratta pertanto di accogliere più tipologie di pazienti, in condizioni diverse, unite dalla necessità di avere una assistenza continua non ospedaliera, ma di media-alta intensità, per un periodo di tempo determinato, prima di poter tornare al domicilio o ad altra struttura residenziale per una degenza prolungata.

Tabella 5.3 - Pazienti eleggibili per le cure intermedie nelle diverse Regioni

Regioni	Pazienti eleggibili (sintesi)
Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Toscana, Veneto	Pazienti provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili da ospedali per acuti, ma non in condizione di essere adeguatamente assistiti a casa .
Lazio, Lombardia, Veneto, Piemonte, Puglia, Sardegna	Personne dimissibili per cure a domicilio, ma con contesti socio-familiari "fragili o inadeguati" che non consentono il rientro se non dopo un periodo di cure finalizzato alla acquisizione di autonomie, anche supportate, compatibili con il rientro a domicilio oppure con l'accoglienza/rientro in strutture residenziali socio-sanitarie.
Abruzzo, Emilia-Romagna, Lazio, Marche, Toscana	Pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di una instabilità clinica (ad esempio riacutizzazione di patologia cronica preesistente o monitoraggio dell'introduzione di presidi medici invasivi) che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dall'assistenza domiciliare.
Lazio, Puglia, Sardegna, Toscana	Pazienti dimissibili dall'ospedale per acuti che hanno bisogno di mantenere (e completare) la stabilizzazione clinica e che presentano ancora una necessità di tutela medica e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore prima di rientrare a domicilio o in altra struttura.
Marche, Veneto (in parte in Unità riabilitativa territoriale)	Pazienti afferenti al profilo R1 (stati vegetativi o coma prolungato, pazienti con gravi insufficienze respiratorie, pazienti affetti da malattie neurodegenerative, etc) (nelle Marche nel massimo del 10% dei posti letto del modulo).
Lazio, Marche	Pazienti caratterizzati da non autosufficienza , anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza/assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore.
Emilia-Romagna, Toscana	Pazienti che necessitano di riattivazione motoria o di supporto riabilitativo-rieducativo respiratorio o di altro organo/distretto o di recuperare la cura del sé.

Fonte: nostra elaborazione della bibliografia.

Tabella 5.4 - Criteri di esclusione dei pazienti nelle cure intermedie delle diverse Regioni

Regioni	Criteri di esclusione
Emilia-Romagna	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica;</u> - <u>pazienti in fase di terminalità;</u> - <u>pazienti che richiedono assistenza medica continuativa;</u> - <u>pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.</u>
Lombardia	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Patologie psichiatriche attive;</u> - <u>condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);</u> - <u>condizioni di instabilità in corso o non completamente superate;</u> - <u>acuzie non risolte;</u> - <u>diagnosi incomplete o in corso di definizione.</u>

segue

Regioni	Criteri di esclusione
Marche	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Pazienti con instabilità clinica;</u> - <u>paziente con diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito;</u> - <u>paziente terminale proveniente da altra struttura ;</u> - <u>paziente psichiatrico o con demenza con severi disturbi del comportamento non controllati con le terapie;</u> - <u>paziente assistibile a domicilio da parte del nucleo familiare o caregiver.</u>
Toscana (nel modulo Continuità as- sistenziale/Cure intermedie)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Pazienti terminali;</u> - <u>pazienti con ragioni sociali che prolungano il ricovero</u> - <u>lungodegenti;</u> - <u>pazienti che hanno in corso specifici programmi riabilitativi;</u> - <u>pazienti psichiatrici;</u> - <u>pazienti affetti da malattie infettive diffuse;</u> - <u>pazienti con gravi disturbi cognitivo-comportamentali.</u>
Veneto	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Ospedale di comunità: pazienti con demenza e disturbi comportamentali non ben controllati dalla terapia.</u> - <u>Unità riabilitativa territoriale: i profili SVAMA 16 e 17 (pazienti con decadimento cognitivo e gravi disturbi del comportamento) non possono essere adeguatamente protetti in queste strutture.</u>

Nota di lettura: le condizioni indicate da almeno 2 Regioni sono state sottolineate.

Fonte: nostra elaborazione della bibliografia.

Dati regionali sull'utenza effettiva delle strutture per le cure intermedie non sono ancora disponibili. L'unica ricerca è stata reperita nell'ambito di una tesi di dottorato, e riguarda una casistica di 236 pazienti ricoverati nei primi 9 mesi del 2015 in tre ospedali di comunità dell'Emilia-Romagna (Pieri, 2016). I pazienti sono per il 95% anziani, in particolare grandi anziani, essendo l'età media alla dimissione pari a 83,1 anni. Tra i motivi ricorrenti di ricovero figurano la necessità di sorveglianza e assistenza infermieristica continuativa (40% dei casi) e la necessità di un monitoraggio clinico e la stabilizzazione terapeutica (22%). Non risultano quale possibile causa di ricovero negli ospedali di comunità dell'Emilia-Romagna i problemi sociali o la situazione socio-familiare dei pazienti. Sostanzialmente tutti i pazienti (98,3%) provengono dall'ospedale, precisamente dalle unità operative di medicina generale (34%), di ortopedia e traumatologia (27%), di medicina d'urgenza (18%) e di geriatria (11%). I gruppi di diagnosi principali dei ricoverati nelle cure intermedie sono stati in ordine di frequenza: fratture di femore o di spalla (28% dei casi), patologia infettive di organi e apparati (23,3%), tumori non metastatici, inclusi linfomi e leucemie (8,9%) e la malnutrizione/deperimento (7,6%). La degenza media è stata di 18,1 giorni, compresa nel 55,5% dei casi all'interno di un *range* di 11 e 30 giorni, e solo nel 13,6% dei casi la degenza

ha superato i 30 giorni. All'interno di tale studio è poi importante soffermarsi sulla destinazione dei pazienti alla dimissione dalle cure intermedie, abbiamo che: il 72% dei pazienti è tornato al domicilio (dimissione ordinaria o protetta), l'11% è stato trasferito ad altra struttura residenziale, il 5,9% è rientrato in una struttura per acuti mentre il 5,9% dei pazienti è deceduto in struttura. Da ciò emerge che il gruppo principale di pazienti necessita di assistenza prevalentemente infermieristica, per condizioni però relativamente complesse che richiedono la presenza di personale infermieristico addestrato e consulenze mediche anche di tipo specialistico. C'è anche un secondo gruppo di pazienti, molto meno numeroso che ha invece bisogni di tipo riabilitativo e fisioterapico.

Questo quadro ci aiuta a comprendere il modello delle cure intermedie dell'Emilia-Romagna ma, stanti le differenze significative fra le Regioni, non può essere considerato indicativo di altre realtà territoriali.

3.3. I posti letto

Allo stato attuale solo una minoranza di Regioni ha individuato gli obiettivi di sviluppo e diffusione delle strutture di cure intermedie. In media sono stati previsti 0,22 posti letto per 1.000 abitanti, una percentuale lontana dall'obiettivo indicato dall'Agenas che ne prevede 0,40 (cfr. Tab. 5.5). Oltre alla solita grande varietà regionale, merita di essere attenzionata la Regione Veneto che ha previsto uno straordinario sviluppo delle cure intermedie con una diffusione pari a 0,62 posti letto per mille abitanti.

Tutto questo sembra confermare l'ipotesi che la definizione del fabbisogno di posti letto sia legata non tanto alle reali necessità, quanto ai processi di riconversione della rete ospedaliera in atto nelle singole Regioni. In buona sostanza, il fabbisogno di strutture di cure intermedie viene stabilito essenzialmente in base al numero di piccoli ospedali da riconvertire. Non a caso, a livello regionale la costruzione e l'implementazione di questo nuovo *setting* assistenziale non viene accompagnata da nuove risorse.

Non ci sono ancora dati, invece, sui posti letto di cure intermedie attivati.

Tabella 5.5 - I posti letto previsti per le cure intermedie nelle diverse Regioni

Ente	Popolazione all'1.1.2017	Posti letto previsti	p.l. per 1.000 abitanti
Emilia-Romagna	4.448.841	232	0,05
Abruzzo	1.322.247	90-120	0,07 – 0,09
Lombardia	10.019.166	800	0,08
Puglia	4.063.888	356	0,09
Molise	310.449	30-40	0,10-0,13
Marche	1.538.055	371	0,24
Piemonte	4.392.526	1.293	0,29
AGENAS	60.589.445	24.318	0,40
Toscana	3.742.437	1.604	0,43
Veneto	4.907.529	1.775+1.263 = 3.038	0,36+0,26 = 0,62

Note: i posti letto dell'Abruzzo sono stimati tenendo conto che sono previsti 6 ospedali di comunità con 15/20 posti letto. I posti letto dell'Emilia-Romagna sono quelli esistenti nel 2015. I posti letto della Lombardia sono stimati. Il primo dato della Regione Veneto si riferisce agli ospedali di comunità, il secondo dato alle unità di riabilitazione territoriale ed il terzo dato al totale.

Fonte: nostra elaborazione della bibliografia.

La dimensione minima di ogni singola struttura è prevista prevalentemente nell'intervallo 20-30 posti letto ma si segnala che tre Regioni, sorprendentemente, individuano in 20 posti letto anche la dimensione massima di tali strutture. Per quanto attiene poi la dimensione dei singoli moduli c'è ampia varietà (da 8 a 30 posti letto) anche se la maggior parte delle Regioni si orienta su moduli da 20 posti letto.

3.4. La durata della degenza

Una grande variabilità si registra nella definizione della durata della degenza, a conferma della diversità di idee sulla tipologia di pazienti da ospitare nelle strutture. Generalmente nelle diverse Regioni la degenza media oscilla fra i 15 e i 30 giorni; mentre le differenze più ampie riguardano la durata massima che può arrivare fino a 90 giorni, anche se la maggioranza delle Regioni la definisce nell'intervallo 30-60 giorni (cfr. Tab. 5.6). Infine, va ricordato che Emilia-Romagna, Liguria e Veneto hanno definito la degenza massima in 40-42 giornate, analogamente a quanto accade per le *intermediate care* inglesi.

Tabella 5.6 - La degenza prevista nelle strutture di cure intermedie

Ente	Durata max degenza (giorni)	Degenza media (giorni)
AGENAS	60 prorogabile a 90	25
Abruzzo		15-20
Emilia-Romagna	42	15
Friuli Venezia Giulia	30	
Lazio	20 se in Casa della Salute 4 se in sede ospedaliera	
Liguria	40	22-30
Lombardia	40 (profilo 1); 60 (altri profili) +15 (per fragilità sociali)	
Marche	60	30
Piemonte	30+30	
Sardegna	60+30	15-20
Toscana	20	
Veneto	42 (ospedale di comunità); 48 (unità riabilitativa territoriale)	

Fonte: nostra elaborazione su dati contenuti in bibliografia.

3.5. La collocazione

Le strutture di cure intermedie sono collocate in larghissima prevalenza in ospedali in riconversione extra-ospedaliera. In pochi casi possono essere previste anche all'interno di strutture ospedaliere o di RSA (queste ultime in riconversione).

Proprio per questo le Regioni Liguria, Sardegna e Veneto pongono l'accento sulla necessità di prevedere un collegamento con la continuità assistenziale e con l'ospedale di riferimento, nonché con la rete dell'emergenza 118, per garantire ai pazienti delle strutture un accesso tempestivo e facilitato alle cure ospedaliere.

3.6. L'accesso

In tutte le Regioni italiane le fasi dell'accesso sono tre (salvo la Regione Liguria che aggiunge una interessante ulteriore azione):

- 1) la *prima fase* è quella della richiesta di ricovero del paziente che, in quasi tutte le Regioni, avviene a cura delle strutture ospedaliere o residenziali al

momento della dimissione; per i pazienti provenienti dal domicilio la proposta può essere inoltrata dal medico di medicina generale (MMG) (con qualche limitazione in alcune Regioni). In Puglia e in Sardegna l'invio del paziente può essere effettuato anche dal Pronto soccorso;

- 2) la *seconda fase* consiste nella valutazione della unità di valutazione multidimensionale, in base alla quale viene definito l'accesso alle cure intermedie secondo criteri di appropriatezza; con l'eccezione della Regione Lombardia che mantiene la valutazione multidimensionale ma la esegue dopo il ricovero. La valutazione viene effettuata con gli strumenti già utilizzati in passato dalle UVM, ad esclusione di quattro Regioni che hanno adottato delle nuove scale di valutazione specifiche per i pazienti da accogliere nelle Cure intermedie. La Regione Lazio ha adottato il MEWS (*Modified Early Warning Score*), da usare insieme all'IDA (Indice di dipendenza assistenziale); la Regione Lombardia che ha adottato una nuova scheda che identifica cinque Profili di intensità di cura; la Regione Toscana ha adottato il NEWS (*National Early Warning Score* – Misurazione standardizzata della gravità della malattia); infine la Regione Emilia-Romagna ha affidato la definizione del profilo assistenziale dei ricoverati al flusso informativo SIRCO. A questo proposito è da sottolineare che la Toscana ha individuato con molta puntualità ed efficacia i pazienti eleggibili per le cure intermedie utilizzando il NEWS (*Low care NEWS 3-4*; Residenzialità sanitaria intermedia NEWS 2-3; Residenzialità assistenziale intermedia NEWS 0-1), procedura assolutamente necessaria per evitare inapproprietezze nei ricoveri all'interno dei tre *setting* delle cure intermedie previsti nella Regione;
- 3) ancora, la *terza fase* consiste nella redazione del Piano di assistenza individualizzato (PAI) o altro progetto assistenziale, che metà delle Regioni fa eseguire prima dell'accoglienza e l'altra metà dopo il ricovero.

Infine, la Liguria prevede che prima del ricovero venga definito anche il percorso successivo alla dimissione dalla struttura di cure intermedie, in accordo con la famiglia del paziente.

A ben vedere il percorso di accesso alle strutture di cure intermedie prevede delle innovazioni solo parziali. Anche in precedenza era possibile accedere alle strutture residenziali dal domicilio, così come erano previste le valutazioni multidimensionali ed il PAI per gli anziani non autosufficienti ed i disabili. Nel caso però delle cure intermedie le valutazioni multidimensionali vengono allargate a tutti i pazienti, anche a quelli che non rientrano nelle categorie citate. Non sfugge però che la grande maggioranza di utenti

delle strutture di cure intermedie sono comunque anziani fragili spesso non autosufficienti almeno temporaneamente.

L'attenzione posta alla valutazione multidimensionale e alla redazione del PAI è pertanto decisamente apprezzabile dato che questa metodologia, figlia consolidata dell'esperienza geriatrica, garantisce una presa in carico globale che dà la possibilità di usufruire di cure più appropriate per i pazienti anziani o con maggiore fragilità complessiva.

Tre Regioni – Emilia-Romagna, Lazio e Veneto – hanno previsto la presenza dell'infermiere *case manager* all'interno delle strutture di cure intermedie, con il compito di partecipare alla valutazione multidisciplinare dei pazienti e alla stesura del PAI, di coordinare l'attuazione del PAI e verificarne l'attuazione e l'efficacia per i pazienti assegnati. Si tratta di un numero ancora minoritario di Regioni ma sicuramente in crescita.

3.7. La responsabilità gestionale e clinica

Una delle novità delle cure intermedie è l'introduzione, all'interno della funzione di direzione della struttura, della distinzione fra responsabilità gestionale/organizzativa e responsabilità clinica. Un gruppo maggioritario di Regioni ha deciso di affidare la responsabilità organizzativa e gestionale delle strutture di cure intermedie ad un infermiere, mentre una minoranza ha affidato tali funzioni ad un medico.

L'affidamento della responsabilità gestionale ad un infermiere non va confusa con la funzione clinica o con la sovrapposizione con altri compiti medici. In questi casi la responsabilità del modulo di cure intermedie è in carico ad un dirigente infermieristico con funzioni gestionali, organizzative e di programmazione delle figure professionali necessarie per rispondere ai programmi individuali di assistenza (ad esempio: fisioterapisti, psicologi, infermieri referenti sul territorio del paziente come infermieri di comunità o *case manager* delle cure domiciliari, assistenti sociali, *caregiver*, ecc.), oltre che MMG o specialisti che hanno inviato i pazienti nella struttura. Dal canto suo il Lazio ha precisato le responsabilità del coordinatore infermieristico con grande dettaglio⁽²⁾. Si tratta

(2) La Regione Lazio ha stabilito che la gestione dell'unità di degenza infermieristica (UDI) è affidata ad un coordinatore infermieristico il quale:

- è responsabile dell'organizzazione dell'UDI, garantendo una congrua organizzazione

in sostanza di una funzione organizzativa che non intacca la funzione clinica, che deve rimanere centrale.

In tutte le Regioni la responsabilità clinica viene affidata ad un medico, la cui provenienza può però essere assai diversa. Due Regioni affidano la responsabilità clinica dei pazienti ad un medico di medicina generale (MMG); quattro Regioni ad un medico dipendente del Distretto sanitario (o dell'ospedale in Toscana), mentre ben cinque Regioni prevedono indifferentemente di affidare tale responsabilità al MMG o ad altro medico dipendente dell'ASL (cfr. Tab. 5.7).

Tabella 5.7 - Responsabilità gestionale e clinica

RESPONSABILITÀ GESTIONALE/ORGANIZZATIVA		
Affidata a medici di famiglia	Affidata ad un infermiere	Affidata ad un medico del distretto
	<ul style="list-style-type: none"> - Emilia-Romagna - Lazio - Marche - Molise - Puglia 	<ul style="list-style-type: none"> - Friuli Venezia Giulia - Veneto
RESPONSABILITÀ CLINICA		
Affidata a medici di famiglia	Affidata a medici di famiglia (MMG) o altro medico dipendente	Affidata ad un medico del distretto
<ul style="list-style-type: none"> - Marche - Toscana (<i>nella Residenzialità assistenziale intermedia</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> - Emilia-Romagna - Molise - Puglia - Sardegna - Umbria 	<ul style="list-style-type: none"> - Friuli-Venezia Giulia (<i>RSA livello medio</i>) - Marche (<i>Strutture intermedie integrate</i>) - Toscana (<i>medico di struttura nelle Low Care; medico specialista in stretto raccordo con la medicina generale nelle Residenze sanitarie intermedie</i>) - Veneto (<i>medico pubblico o privato</i>)

Fonte: nostra elaborazione su dati contenuti in bibliografia.

-
- e gestione delle risorse professionali ivi assegnate; dipende gerarchicamente dalla Direzione assistenziale infermieristica;
 - garantisce un'adeguata gestione del rischio clinico attivando sistemi e procedure per identificare, prevenire e ridurre gli "eventi avversi" relativi alla erogazione delle prestazioni assistenziali secondo le procedure aziendali vigenti;

Nel complesso, si tratta di innovazioni incisive che hanno portato all'individuazione di modelli organizzativi diversi. Troviamo infatti un modello organizzativo che vede un infermiere alla direzione gestionale ed organizzativa dell'ospedale di comunità, ed (in genere) un MMG avente la responsabilità clinica dei pazienti ricoverati (per esempio Emilia-Romagna) ed un modello più tradizionale che prevede l'affidamento della responsabilità gestionale/organizzativa e clinica ad un medico dipendente dell'ASL (per esempio il Veneto). Infine abbiamo delle situazioni ibride, con alcune Regioni che hanno previsto, distinguendoli, ambedue i modelli (per esempio le Marche).

Il primo modello, a gestione infermieristica e con assistenza medica del MMG, nasce per accompagnare la riconversione dei piccoli ospedali in strutture territoriali e per evitare che nelle nuove strutture si riproducano gli stessi costi della precedente struttura ospedaliera a vocazione lungodegenziale o internistica. Inoltre in tale modello, forse per la prima volta, viene affidata la funzione di direzione gestionale ed organizzativa di singole strutture ad una professionalità infermieristica. Questo ultimo aspetto, in alcune Regioni, ha incontrato l'opposizione delle rappresentanze sindacali dei medici che hanno intravisto un tentativo di ridimensionare il ruolo del medico a favore dell'infermiere. In Umbria, per esempio, su ricorso dei sindacati medici Cimo e Aaroi-Emac, il TAR (sentenza n. 704/2016) ha annullato la d.G.R. Umbria n. 1084/2015, che appunto prevedeva l'attivazione sperimentale dell'Unità di degenza infermieristica (UDI), struttura assimilabile alle cure intermedie.

Si tratta dunque di un modello che rimette in discussione le relazioni tra professioni sanitarie e classe medica, ricco di grandi potenzialità e da promuovere, ma allo stesso tempo foriero di conflitti reali o potenziali. Pertanto per poter salvaguardare tale impostazione da prevedibili opposizioni profes-

-
- definisce gli obiettivi, i criteri e gli indicatori per la valutazione degli esiti dell'attività assistenziale e organizzativa;
 - garantisce la continuità delle attività assistenziali e dei relativi percorsi assistenziali;
 - è responsabile dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale assistenziale;
 - assicura il supporto e fornisce consulenza per la costruzione ed implementazione di linee guida e protocolli specifici secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili (EBM);
 - assicura i rapporti funzionali con le diverse strutture organizzative aziendali coinvolte nel funzionamento dell'UDI.

sionali diviene indispensabile un quadro normativo di supporto più solido e percorsi formativi per tutti gli operatori coinvolti.

3.8. *Il personale*

Tutte le Regioni prevedono presso le strutture di cure intermedie un'assistenza medica di 10-20 minuti giornalieri per paziente; l'unica eccezione è data dalla Toscana che prevede tempi più lunghi (32 minuti al giorno per paziente nelle RSI ed assistenza medica h24 nelle *Low Care*).

Poco più di un terzo delle Regioni affida l'assistenza medica ai medici dipendenti dell'ASL, soprattutto geriatri; mentre un terzo delle Regioni prevede che l'assistenza medica venga fornita dai MMG con l'ausilio della continuità assistenziale nelle ore festive, prefestive e notturne. Il gruppo rimanente di Regioni delega indifferentemente l'assistenza medica ai MMG (con l'aiuto della continuità assistenziale) o ai medici dipendenti (soprattutto geriatri) (cfr. Tab. 5.8).

Tabella 5.8 - L'assistenza medica nelle strutture di cure intermedie

Regioni	Assistenza medica (10-20 minuti die/paziente)
Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Piemonte, Toscana, Veneto	Garantita da medici dipendenti soprattutto geriatri.
Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria	Garantita da MMG. Nella maggioranza dei casi con l'ausilio della continuità assistenziale.
Lazio, Marche, Molise, Sardegna	Garantita da MMG o da medici dipendenti soprattutto geriatri. Spesso con rinforzo della Guardia medica.

Note: in Toscana l'assistenza medica è superiore ai 10-20 minuti al giorno per paziente delle altre Regioni.

Fonte: nostra elaborazione su dati contenuti in bibliografia.

Occorre qui sottolineare che la sistematica disponibilità di funzioni cliniche, anche se ovviamente ridotte rispetto a quelle della fase acuta, è resa ancor più necessaria dalla documentata elevata variabilità individuale della condizione dell'anziano; variabilità che richiede frequenti rivalutazioni e aggiustamenti dei piani di cura (Salsi e Calogero, 2010).

Gli standard assistenziali garantiti dal personale sanitario di cura sono estremamente disomogenei nelle diverse Regioni. Si passa dall'Emilia-Romagna che assicura 309 minuti di assistenza al giorno per ogni paziente, alle Marche che ne garantisce solo 175 con un mix di infermieri, OSS e terapisti

della riabilitazione (cfr. Tab. 5.9), escludendo dal conteggio la presenza del coordinatore infermieristico.

Oltre all'estrema variabilità colpisce che metà delle Regioni avrebbero degli standard assistenziali inferiori a quelli indicati dall'Agenas (2011).

Tabella 5.9 - Standard assistenziali nelle strutture di cure intermedie (minuti al giorno per paziente)

Regione	Coordinatore infermiere	Infermieri	OSS	Terapisti	Totale (escluso coordinatore)	Presenza h24
Emilia-Romagna	15	103	206	Sì, riducendo gli infermieri	309	Infermieri
Veneto OdC	15	100	154	10	264	Infermieri
Veneto URT	10	96	154	26	276	Infermieri
Friuli Venezia Giulia	Sì	110	130	13	253	Infermieri
Liguria		60	140	20	240	Infermieri e copertura medica
Lombardia (5 profili)		34 43			160-189-200 (media)-231-231	Infermieri e reperibilità medica
Lazio	16	81+16 (case manager)	81	16	194	Infermieri e OSS
Piemonte (2 livelli)		60 80	110		170 190	Infermieri e OSS
Marche		160		15	175	Infermieri e OSS

Nota di lettura: gli standard assistenziali sono indicati in modo diverso dalle singole Regioni; alcune esprimono lo standard nel rapporto operatore/utenti ed altre in minuti/paziente/die. Per permettere la comparazione fra le varie Regioni i dati sull'assistenza del personale sono stati tutti trasformati nel medesimo indicatore dei minuti/paziente/die.

Fonte: nostra elaborazione su dati contenuti in bibliografia.

Inoltre lasciano perplessi anche le grandi differenze previste per le singole figure professionali. Abbiamo infatti da un lato la Lombardia che prevede 34 minuti al giorno di assistenza infermieristica, e dall'altro il Friuli-Vene-

zia Giulia con 110 minuti al giorno; mentre l'assistenza dell'OSS varia tra gli 81 minuti al giorno per paziente del Lazio contro i 206 dell'Emilia-Romagna. Risultano altresì molto più contenute le differenze relative alla presenza dei terapisti della riabilitazione. Tali differenze prefigurano tipologie diverse di pazienti da accogliere ed obiettivi assistenziali non omogenei nel territorio nazionale.

La lettura di questi dati fa emergere con forza due aspetti. Il primo è dato dal ruolo strategico che viene affidato durante il periodo di degenza al MMG del paziente. Nei modelli orientati all'ospedale di comunità, infatti, il MMG rimane il responsabile clinico del paziente per tutto il periodo di degenza, accede alla struttura per monitorare la gestione del paziente, garantendo la continuità della presa in carico, o come consulente clinico di riferimento, per cui oltre alla responsabilità sul paziente assolve alla funzione di assistenza clinica durante la degenza (Morando e Tozzi, 2016).

Il secondo aspetto riguarda invece la grande disomogeneità negli standard assistenziali che denota l'assenza di modelli organizzativi di riferimento. Le singole Regioni hanno condiviso un percorso ed un obiettivo, ma poi la fase realizzativa è stata portata avanti in modo assai diversificato.

3.9. Le tariffe

Le Regioni hanno previsto tariffe giornaliere che vanno dai 119 euro delle Residenze assistenziali intermedie della Toscana ai 154 euro delle *Low Care* sempre della Toscana, mentre la media nazionale risulta pari a 133 euro (cfr. Tab. 5.10).

Tabella 5.10 - Le tariffe delle strutture di cure intermedie

Ente	Tariffa giornaliera in euro	Note
AGENAS	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture residenziali (103-154).	Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente.
Lombardia	120	
Piemonte*	120 130 +20	120 euro per i pazienti con moderata/lieve complessità clinico-assistenziale; 130 euro per i pazienti con alta complessità clinico-assistenziale; + 20 euro di tariffa aggiuntiva per pacchetto riabilitativo. Quota alberghiera dopo il 30° giorno.
Veneto	130 (OdC) 135 (URT)	La quota alberghiera dell'OdC a carico dell'utente è di 25 euro a partire dal 31° giorno e di 45 euro dopo il 60° giorno di presenza. La quota alberghiera dell'URT a carico dell'utente è di 25 euro a partire dal 16° giorno e di 45 euro dopo il 60° giorno di presenza.
Friuli -Venezia Giulia	134	Superati 30 gg. di degenza il cittadino contribuisce con il 50% della tariffa giornaliera.
Toscana	119 132 154	119 residenze assistenziali intermedie 132 residenze sanitarie intermedie 154 <i>low care</i> Nessuna compartecipazione dell'utente.
Sardegna*	138	La quota alberghiera a carico della persona accolta: nessuna quota sino al 10° giorno e per i pazienti con prognosi in <i>exitus</i> , in fase di definizione diagnostica dello stato vegetativo, di completamento di terapie iniziate in fase di ricovero per acuzie; successivamente, dall'11° giorno o dal termine del completamento delle terapie iniziate in fase di acuzie sino al 40° giorno di permanenza incluso, euro 15 <i>pro die</i> . Il protrarsi della degenza oltre tali termini comporta il pagamento del 50% della tariffa.
Lazio	144	
Marche	145	Superati 60 gg. di degenza il cittadino contribuisce per la quota alberghiera pari a 42,50 euro/die.

Note *: in Piemonte è previsto che tutti gli esami erogati dalle cure intermedie siano scalati dalla fatturazione complessiva, quindi dalla tariffa giornaliera. Sardegna: non avendo trovato la normativa di livello regionale, la tariffa fa riferimento a quanto disciplinato dalla ASL di Olbia per il proprio territorio.

Fonte: nostra ricerca nelle deliberazioni di Giunta delle diverse Regioni.

Tutte le Regioni hanno stabilito le tariffe delle strutture di cure intermedie nel rispetto delle indicazioni nazionali, che fissavano il costo giornaliero in un valore compreso tra la tariffa della lungodegenza ospedaliera e quella delle strutture residenziali. Questo significa che le tariffe regionali andavano individuate all'interno del *range* compreso fra 103 euro, che rappresenta la media del costo delle RSA italiane (Pesaresi, 2016), e 154 euro, ovvero la tariffa prevista per la lungodegenza post acuzie (codice 60). Ciononostante, in ben 8 Regioni per alcune tipologie di RSA sono state previste tariffe più elevate di quella più bassa definita per le strutture di cure intermedie (119 euro previste dalla Toscana) (Pesaresi, 2016).

Il costo del personale non sempre è il *driver* più importante nel determinare le tariffe regionali, dato che le tariffe più elevate si registrano in due delle Regioni che hanno gli standard assistenziali più bassi (Marche e Lazio).

La tariffa regionale stabilita è integralmente a carico del servizio sanitario, con esclusione delle Regioni Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Sardegna e Veneto, che hanno previsto (con posizioni molto diverse tra loro) una quota alberghiera a carico dell'utente. L'unico aspetto che accomuna queste cinque Regioni riguarda la previsione di un periodo in cui non ci sono oneri per l'utenza (di 10 giorni in Sardegna ma che arriva a 60 giorni nelle Marche). Superato tale periodo viene applicata una quota alberghiera che è di 15 euro al giorno in Sardegna, ma che arriva a 67 euro in Friuli Venezia Giulia o che cresce in alcune Regioni al prolungarsi della degenza (Veneto e Sardegna) (cfr. Tab. 5.10).

La logica di questo sistema di compartecipazione è finalizzato a produrre un incentivo anche nell'utente e nella sua famiglia verso una degenza di durata determinata e di consenso (o di bassa contrarietà) verso il successivo avvio alle forme di cure domiciliari o agli altri *setting* assistenziali territoriali.

Le differenze tariffarie fra le varie Regioni sono meno intense rispetto ad altre comparazioni regionali, probabilmente perché in questo caso sono stati predefiniti i limiti entro i quali potevano esplicitarsi; ciononostante, dopo le prime sperimentazioni, le tariffe regionali dovrebbero tendere verso una maggiore omogeneizzazione.

4. Rischi ed opportunità

Non è ancora possibile presentare un quadro complessivo su come ed in che misura le indicazioni nazionali e regionali sono state attuate, in quan-

to non ci sono dati ed in molti contesti l'esperienza delle cure intermedie è troppo recente.

Sin da ora appare invece plausibile fornire un primo quadro di alcuni aspetti di rischio e di opportunità connessi all'introduzione delle strutture di cure intermedie.

Il nuovo setting assistenziale: un'opportunità

Pur nella varietà della terminologia e delle diverse esperienze regionali, le strutture di cure intermedie si configurano, comunque, come strutture sanitarie residenziali di degenza extra-ospedaliera, ad alta intensità assistenziale, a vocazione internistica (e in qualche caso anche riabilitativa: Piemonte, Veneto) da utilizzare quando l'ospedale, il domicilio e la residenzialità socio-sanitaria risultano inappropriate. Gli obiettivi prevalenti sono quelli del recupero funzionale del paziente fragile, della preparazione dell'ambiente familiare al ritorno al domicilio del paziente e della gestione più appropriata delle degenze ospedaliere (prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati o il loro prolungamento, garantire la dimissione ospedaliera in continuità assistenziale con il territorio).

Gli elementi distintivi delle strutture di cure intermedie sono:

- a) *Target*: si tratta di più tipologie di pazienti fragili, in condizioni diverse, per i quali si registrano difficoltà nella dimissione, o che necessitano di avere una assistenza continua non ospedaliera ma di media-alta intensità, per un periodo di tempo determinato prima di poter tornare al domicilio o ad altra struttura residenziale per una degenza prolungata.
- b) *Valutazione multidimensionale e Progetto assistenziale individuale*: l'attenzione posta alla valutazione multidimensionale e alla redazione del PAI è finalizzata ad una presa in carico globale al fine di usufruire di cure più appropriate per i pazienti anziani o con maggiore fragilità complessiva.
- c) *Durata*: la degenza nelle cure intermedie è sempre temporanea e, in genere, non può superare i 30-60 giorni. La temporaneità della degenza esplicita la duplice funzione di transizione di questi servizi che: *a)* traghettano il paziente dall'ospedale al domicilio; *b)* evitano l'accesso inappropriato in ospedale o il ricovero prolungato in altre strutture residenziali attraverso interventi clinico-assistenziali per ripristinare condizioni di autonomia per i pazienti provenienti dal domicilio (Morando, Tozzi, 2016).
- d) *Il ruolo gestionale degli infermieri e clinico dei MMG*: molte Regioni hanno deciso di affidare la responsabilità organizzativa e gestionale delle cure intermedie ad un infermiere e la responsabilità clinica ai MMG. Questi

due soli elementi sono in grado di definire un nuovo modello organizzativo che intende caratterizzarsi per il saldo legame con il territorio e per un medio-alto livello assistenziale.

Nel diversificato panorama nazionale sono emersi due diversi modelli organizzativi: un primo modello che assume spesso la denominazione di ospedale di comunità in cui la gestione organizzativa viene affidata agli infermieri e la gestione clinica dei pazienti viene affidata ai MMG; un secondo modello più tradizionale con direzione della struttura e gestione clinica dei pazienti affidata ad un medico dipendente della ASL, che in qualche caso ha uno specifico orientamento specialistico (per esempio riabilitativo).

L'introduzione di elementi di innovazione, la presenza di due modelli principali di riferimento che dovrebbe garantire la necessaria flessibilità del sistema e l'esplicita missione della garanzia della continuità assistenziale dei pazienti mette le cure intermedie in condizione di rappresentare una possibile soluzione ad alcune criticità del sistema sanitario.

L'organizzazione delle cure intermedie: un rischio

Ma se quelli appena visti sono gli elementi prevalenti emergenti che caratterizzano le cure intermedie, altra cosa è la loro attuazione nelle singole Regioni.

La "giovinezza" dell'esperienza e la tendenza delle Regioni italiane a muoversi in ordine sparso non hanno favorito la creazione di modelli organizzativi di riferimento. Diversi elementi contribuiscono a definire un modello organizzativo per le strutture di cure intermedie: per esempio la durata della degenza (breve-lunga); la responsabilità organizzativa (infermiere-medico); la responsabilità clinica e l'assistenza medica (MMG-medico dipendente); gli standard assistenziali (alti-bassi).

Le Regioni su questi ed altri aspetti hanno fatto scelte molto diversificate e disomogenee che, per ora, hanno prodotto tanti modelli regionali quante sono le Regioni che si sono misurate con le cure intermedie.

Adesso occorre sperimentare le strutture per le cure intermedie per arrivare alla definizione di un piccolissimo numero di modelli organizzativi condivisi ed efficaci perché certo non si può ipotizzare che, a regime, le medesime strutture in Regioni diverse eroghino, per esempio, il doppio dell'assistenza (in minuti di assistenza giornalieri per paziente) di altre.

Le risorse: un rischio

Le cure intermedie sono state introdotte nel Regno Unito negli anni '90 con l'obiettivo di ridurre i costi sanitari legati ad un'impropria occupazione

dei posti letto nei reparti per acuti da parte di soggetti anziani fragili, anticipando i tempi di dimissione e riducendo il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa. È così anche per l'Italia?

In buona parte si può rispondere di sì. L'introduzione in Italia delle strutture di cure intermedie sono la risposta a due spinte contrapposte: da un lato la spinta al contenimento della spesa sanitaria che ha portato ad una costante riduzione dei posti letto ospedalieri e ad una ridefinizione della loro attività, e dall'altro lato la spinta proveniente dai mutati bisogni della popolazione italiana che invecchiando chiede al sistema di far fronte in modo crescente alla gestione delle condizioni croniche (specie ad alta complessità) e della non autosufficienza.

Le risorse sono dunque uno dei *driver* della scelta politica ma senza risorse non si può innovare il sistema. Eppure le Regioni, in genere, hanno previsto la realizzazione delle strutture di cure intermedie senza stanziare risorse aggiuntive per la loro realizzazione. Dato che le cure intermedie sono ottenute dalla riconversione di strutture ospedaliere, secondo quasi tutte le Regioni, le risorse da utilizzare sono le stesse che si liberano dalla riconversione ospedaliera.

Questo orientamento ha rallentato il processo di sviluppo delle strutture di cure intermedie e non ne ha permesso un avvio davvero originale e di qualità, dovendo fare i conti con i modelli organizzativi e strutturali preesistenti. La disponibilità di risorse aggiuntive, anche solo nella fase iniziale di avvio, è invece indispensabile per far partire nel modo giusto un nuovo modello assistenziale ed organizzativo anche laddove sono disponibili delle risorse da riconvertire.

Il rischio delle sovrapposizioni

La creazione di un nuovo *setting* assistenziale crea rischi significativi di sovrapposizione. Le strutture di cure intermedie vanno a collocarsi fra la lungodegenza post-acuzie e le RSA (ed altre strutture residenziali similari) sovrapponendosi per taluni aspetti all'una e all'altra tipologia.

A ben guardare, in termini assistenziali le cure intermedie si differenziano dalla Lungodegenza post-acuzie per una minore presenza medica e dalle RSA per una maggiore assistenza infermieristica e dell'OSS. Non sfugge però che i livelli di assistenza infermieristica e di OSS garantiti dalle strutture di cure intermedie di alcune Regioni sono assimilabili a quelli previsti per le RSA in altre Regioni (Chiatti *et al.*, 2013; Masera *et al.*, 2011) per cui occorrerà ridefinire i modelli assistenziali e gli standard assistenziali per utilizzare al

meglio le risorse messe in campo e per assegnare ad ogni struttura una specifica funzione.

Molti altri valori e standard delle strutture di cure intermedie sono intermedi rispetto alla lungodegenza post-acuzie e alle RSA, come la degenza media che si colloca solo lievemente al di sopra di quella dei reparti ospedalieri post-acuzie e molto al di sotto delle RSA, o come la tariffa di riferimento che, addirittura in base alla norma, deve collocarsi fra le due strutture.

Le cure intermedie, per la loro collocazione, presentano rischi significativi di utilizzo inappropriato sia in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) che in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero). Eppure poche Regioni hanno posto la dovuta attenzione sul sistema di valutazione dei pazienti e su un adeguato sistema informativo per verificare il corretto funzionamento delle strutture.

Per questo occorre definire bene funzione ed organizzazione delle strutture di cure intermedie ma anche delle RSA e delle unità ospedaliere di lungodegenza per evitare sovrapposizioni e confusioni che mettano in discussione l'efficacia del sistema. L'appropriatezza si persegue solo se sono chiari i ruoli, la tipologia dei pazienti, gli obiettivi delle diverse unità operative e le differenze che su questi aspetti caratterizzano l'una o l'altra struttura. Il rischio è che i pazienti possano indifferentemente essere accolti nell'una o nell'altra tipologia di struttura indipendentemente dalle loro condizioni e necessità, o che si registrino diatribe opportunistiche tra i professionisti su quale debba essere la struttura di ricovero per i pazienti più impegnativi, rendendo del tutto inutile l'introduzione della struttura di cure intermedie.

I rischi per la lungodegenza post-acuzie

L'altro nodo riguarda il rapporto fra lungodegenza ospedaliera post-acuzie e le strutture di cure intermedie. Queste ultime sono destinate a sostituire le lungodegenze ospedaliere?

Negli ultimi 20 anni la programmazione sanitaria nazionale ha ridotto da 0,50 ad almeno 0,20 i posti letto per mille abitanti per la lungodegenza post-acuzie mentre i posti letto attivi sono passati da 0,20 a 0,17 posti letto per mille abitanti. Nel contempo, il programmatore nazionale propone le strutture per le cure intermedie che pur mantenendo la caratteristica di struttura extraospedaliera presenta uno standard assistenziale più importante, capace di intercettare ed assistere un target di pazienti che, in parte, oggi fanno capo alle lungodegenze. Per le cure intermedie si propone una dotazione di posti letto che è di 0,40 per mille abitanti, addirittura doppia di quella oggi indicata

per la lungodegenza post-acuzie. C'è da chiedersi se le strutture per le cure intermedie, nel tempo, soppianderanno le lungodegenze ospedaliere che oggi sono in riduzione o se si affiancheranno ad esse.

Il ridimensionamento delle lungodegenze ospedaliere post-acuzie costituisce un rischio per l'organizzazione ospedaliera e per il mantenimento della completezza della rete dell'assistenza post-acuzie. Le cure intermedie non sono in grado di sostituirsi ad esse. Le unità di lungodegenza post-acuzie sono necessarie per le situazioni più instabili che hanno bisogno di una presenza medica prolungata e della possibilità di accedere tempestivamente ad una pluralità di servizi ospedalieri, da quelli diagnostici alle cure specialistiche. Peraltro, proprio la stabilizzazione dei pazienti, in genere, viene esclusa tra le attività cliniche delle cure intermedie. Ecco dunque che per garantire l'appropriatezza e l'efficacia delle cure e la continuità dell'assistenza dei pazienti occorre mantenere una presenza significativa delle lungodegenze ospedaliere post-acuzie che sono chiamate a svolgere un'attività non delegabile ad altri.

L'educazione terapeutica: un'opportunità

Solo due Regioni (Emilia-Romagna, Marche) sottolineano la necessità di garantire un'attività di educazione terapeutica nei confronti del paziente e dei *caregiver* familiari in prospettiva della dimissione al domicilio.

L'educazione terapeutica, come è noto, è un processo educativo che si propone di aiutare la persona malata ed i suoi familiari ad acquisire e mantenere le conoscenze e le competenze per la gestione ottimale della sua vita con la malattia. È necessario che l'educazione terapeutica diventi un'attività ordinaria delle strutture per le cure intermedie. Ne trarranno un grande vantaggio soprattutto i pazienti con malattie croniche sin dal momento della loro dimissione. L'educazione terapeutica, preceduta da una valutazione operata dal personale della struttura, prevede che i *caregiver* ritenuti "idonei" vengano successivamente sensibilizzati e addestrati a uno o più specifici compiti assistenziali che possano essere gestiti in autonomia a livello domiciliare per migliorare la qualità della vita del paziente. Assistenza ai pasti, mobilitazione attiva e passiva, gestione del catetere vescicale e dell'alimentazione artificiale enterale, somministrazione di insulina ed eparina sottocute sono alcuni esempi indicativi del valore aggiunto che l'educazione terapeutica può garantire sia al paziente sia al sistema. Per raggiungere lo scopo occorre che anche il personale di assistenza sia preliminarmente sensibilizzato e formato all'analisi del contesto relazionale che caratterizza ogni singola situazione

oltre che a fornire le corrette istruzioni per la trasmissione efficace della mansione delegabile (Salsi e Calogero, 2010).

Box 5.1 - Introduzione delle Cure intermedie: opportunità e rischi

Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenire i ricoveri ospedalieri inappropriati o il loro prolungamento. ▪ Garantire la dimissione ospedaliera in continuità assistenziale con il territorio. ▪ Permettere risparmi di spesa rispetto ai costi dell'ospedale. ▪ Favorire l'innovazione organizzativa nella direzione di una maggiore efficienza ed efficacia. ▪ Rafforzare il legame con il territorio (in particolare con il MMG). ▪ Favorire l'educazione terapeutica del paziente e dei suoi caregiver. ▪ Rispondere al bisogno crescente di gestione delle condizioni croniche e della non autosufficienza. ▪ In sostanza, le cure intermedie possono rappresentare la soluzione a diverse criticità del sistema sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Scelte regionali eccessivamente diversificate. ▪ Il mancato stanziamento di risorse aggiuntive può condizionare l'avvio del nuovo modello assistenziale. ▪ Sovrapposizioni con la lungodegenza post-acuzie e le RSA, tali da mettere in discussione l'efficacia del sistema: necessità di ridefinire con chiarezza modelli e standard assistenziali. ▪ Utilizzo inappropriato in "eccesso" (ricovero di pazienti gestibili a livelli di minore complessità) o in "difetto" (ricovero di pazienti che avrebbero bisogno di un ricovero ospedaliero): necessità di porre attenzione al sistema di valutazione. ▪ Le cure intermedie, di fatto, si sostituiranno alle lungodegenze post-acuzie, a danno dei pazienti più instabili?

Bibliografia

- AGENAS (2011), *Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle Regioni in piano di rientro*, in *Monitor*, 27, pp. 12-86.
- BARTOLI S., FERRO S., DE PALMA R. (2012), *Le cure intermedie come soluzione per affrontare le malattie croniche: il programma Stoke Care*, in *Italian Journal of Medicine*, 6, pp. 139-143.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., MASERA F. (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 71-91.
- COMODO N., MACIOCCO G. (2004), *Cure intermedie: basi concettuali*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, pp. 1-3.
- MASERA F., CHIATTI C., ROCCHETTI C. (2011), *Gli standard di qualità e di personale nelle residenze*, in NNA (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 3° rapporto*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, pp. 103-122.
- MELIS R.J., OLDE RIKKERT M.G., PARKER S.G., VAN EIJKEN M.L. (2004), *What is intermediate care?*, in *British Medical Journal*, 329, pp. 360-361.
- MINISTERO DELLA SALUTE, Decreto 2 aprile 2015, n. 70: "Regolamento recante definizione

degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera''.

MORANDO V., TOZZI V.D. (2016), *Lo zibaldone delle cure intermedie: analisi delle esperienze regionali, in Italia e in Europa*, in CERGAS BOCCONI (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea, pp. 509-547.

PESARESI F. (2016), *Quanto costa l'RSA*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

PESARESI F. (2015), *I servizi per le cure intermedie*, in *Welfare Oggi*, 1, pp. 48-53.

PESARESI F. (2014), *Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e di cure intermedie*, in BRIZIOLI E., TRABUCCHI M. (a cura di), *Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.

PIERI G. (2016) *L'ospedale di comunità nella regione Emilia-Romagna: modelli organizzativi e valutazione della qualità dell'assistenza*, Tesi del dottorato di ricerca, Università di Bologna.

PLATE J.D.J., LEENEN L.P.H., HOUWERT M., HIETBRINK F. (2017), *Utilization of intermediate care units: a systematic review*, in *Critical care research and practice*, July, pp. 8-17.

SALSI A., CALOGERO P. (2010), *Le cure intermedie*, in *Italian Journal of Medicine*, 4, pp. 57-62.

Per ragioni di spazio si omette l'elenco dei 43 atti regionali che costituiscono la fonte principale del presente capitolo. Tale elenco può essere richiesto a: franco.pesaresi@gmail.com