

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la legge regionale 12 maggio 1994 recante Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993 n. 517 ed in particolare l'art 4 e l'art. 7 ove prevedono che le Aziende USL ed ospedaliere definiscono le proprie modalità di organizzazione e funzionamento sulla base di apposite direttive emanate dalla Giunta regionale sentita la competente Commissione consiliare;

Vista la L. 537/93, ove è stabilito per il Servizio Sanitario nazionale uno standard di 5,5 posti letto complessivi per mille abitanti, riservando al settore destinato alla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione 1 posto letto per mille abitanti;

Viste la delibera di Giunta regionale n. 2272 del 27 settembre 1996, ove è indicato per gli ospedali della Regione Emilia Romagna uno standard di 5 posti letto complessivi per mille abitanti, riservando al settore destinato alla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione 0,7-1 posto letto per mille abitanti, a seconda delle diverse specifiche tipologie aziendali, più volte richiamando la necessità programmatica di inserire la funzione ospedaliera in una logica di integrazione del percorso socio-assistenziale, con l'obiettivo di renderlo sempre più appropriato e qualitativamente soddisfacente per il cittadino, oltre che efficiente per il sistema;

Vista la delibera del Consiglio regionale n. 535 del 19 novembre 1996 Rimodulazione della rete Ospedaliera ove si dà indirizzo alle Aziende per la programmazione della dotazione di posti letto per acuti e per lungodegenti post-acuzie e riabilitazione nel triennio 1997-1999, secondo criteri concordati a livello provinciale con le Autonomie locali;

Visto il P.S.N. 1994-96 che, nel definire i livelli uniformi di assistenza che devono essere garantiti ai cittadini

da parte del S.S.N., indica tra le priorità di intervento la riorganizzazione delle attività di riabilitazione, basata sulla graduazione degli interventi riabilitativi, sia relativamente alla caratteristica delle strutture erogatrici sia rispetto alla tipologia della assistenza prestata;

Tenuto conto che il nuovo sistema di finanziamento a prestazione della assistenza ospedaliera per acuti comporta un forte incentivo ad una dimissione tempestiva dei pazienti, con potenziali rischi per la salute del paziente e per il suo pieno recupero funzionale, in carenza di una assistenza ospedaliera post-acuta ed extraospedaliera residenziale, semiresidenziale e domiciliare, che garantisca la continuità assistenziale, una volta esaurita la fase acuta del trattamento;

Rilevato inoltre che le Linee di guida 1/95 relative alla "Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extraospedalieri", pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 29 giugno 1995 fanno riferimento alla necessità di provvedere alla assistenza post-acuzie dei pazienti dimessi dalle strutture per acuti attraverso forme di assistenza residenziale e non, inclusa la assistenza domiciliare, sottolineando in particolare la necessità di integrare l'assistenza prestata in unità di degenza per acuti con quella fornita dalle unità di lungodegenza post-acuzie, di riabilitazione e dalle strutture extraospedaliere per garantire la qualità dell'assistenza al paziente ed evitare ripercussioni negative sull'ospedale, di natura finanziaria e funzionale;

Attesa la necessità di provvedere ad emanare una ulteriore direttiva per la rimodulazione dell'assistenza ospedaliera con riguardo ai criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva;

Acquisito il parere favorevole rilasciato dalla Commissione consiliare Sicurezza Sociale in data 24 luglio 1997;

Dato atto del parere favorevole espresso dal

Responsabile del Servizio Presidi Ospedalieri, dr. Augusto Zappi, in merito alla regolarità tecnica e del parere favorevole espresso dal Direttore Generale dell'Assessorato Sanità e Servizi Sociali, dr. Francesco Taroni, in merito alla legittimità della presente deliberazione, ai sensi dell'art. 4, commi sesto e settimo della legge regionale 19 novembre 1992, n. 41;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

di approvare la seguente direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di Lungodegenza post-acuzie e Riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna:

<u>Rimodulazione dell'assistenza ospedaliera.</u>	<u>Criteri di organizzazione e di finanziamento della funzione di Lungodegenza post-acuzie e Riabilitazione estensiva.</u>
---	--

Premessa

La necessità di sviluppare una funzione di assistenza ospedaliera di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva rappresenta non solo un obbligo derivante da indicazioni programmatiche nazionali, bensì anche una necessità emergente dalla evoluzione della organizzazione della rete ospedaliera, anche in relazione ai molteplici effetti derivanti dalla introduzione del nuovo sistema di finanziamento.

Si è infatti assistito negli ultimi decenni ad un utilizzo spesso improprio di questa forma di assistenza, che ha finito per rappresentare la forma prevalente di risposta ai bisogni di salute dei cittadini, indipendentemente dal tipo di necessità specifica. La ridotta disponibilità di risposte alternative nel ventaglio di offerte assistenziali proposte dal

sistema sanitario può essere di per sé considerata una causa di questa impostazione strategica ed al contempo una logica conseguenza.

La necessità di programmare la rimodulazione della rete ospedaliera impone ora una diversificazione dell'offerta di assistenza residenziale in ambito ospedaliero secondo forme diversificate in base alle caratteristiche dei pazienti, acuti, post-acuti e lungodegenti, pazienti in situazione di temporanea non autosufficienza, con necessità di riabilitazione a diversi livelli sia in ambito ospedaliero che extra-ospedaliero, rendendo necessaria una miglior definizione dei modelli organizzativi e gestionali correlati. Tale definizione va quindi posta in base sia alla complessità assistenziale che alla tipologia ed alla intensità di assistenza richiesta.

Le Linee Guida per la rimodulazione della rete ospedaliera della Regione Emilia Romagna (del. G.R. 2272/96) più volte richiamano la necessità programmatica di inserire la funzione ospedaliera in una logica di integrazione del percorso socio-assistenziale, con l'obiettivo di renderlo sempre più appropriato e qualitativamente soddisfacente per il cittadino, oltre che efficiente per il sistema.

Fonti normative

Per quanto attiene le fonti normative, in estrema sintesi i punti principali riguardano:

1. La Legge 537/93 stabilisce per il Servizio Sanitario Nazionale uno standard ottimale di 5,5 posti letto complessivi per 1.000 abitanti, riservando al settore destinato alla lungodegenza post-acuzie ed alla riabilitazione 1 posto letto ogni 1.000 abitanti. La situazione attuale vede ancora una larga eccedenza di posti letto nel settore dell'assistenza ospedaliera per acuti, a fronte di un numero di posti letto nettamente inferiore agli standard previsti per la lungodegenza post-acuzie e la riabilitazione. La programmazione della Regione Emilia-Romagna per la rimodulazione della rete ospedaliera (delibera del Consiglio regionale n. 535/96) secondo la Legge 382/96, prevede per il 1999 la disponibilità di circa 3.500 posti letto per la lungodegenza post-acuzie e per la assistenza

riabilitativa, principalmente e prioritariamente derivanti dalla riconversione da posti letti per acuti.

2. Il P.S.N. 1994-96, nel definire i livelli uniformi di assistenza che devono essere garantiti ai cittadini da parte del S.S.N., indica tra le priorità di intervento la riorganizzazione delle attività di riabilitazione, basata sulla graduazione degli interventi riabilitativi, sia relativamente alla caratteristica delle strutture erogatrici sia rispetto alla tipologia della assistenza prestata.

3. Il nuovo sistema di finanziamento a prestazione della assistenza ospedaliera per acuti comporta un forte incentivo ad una dimissione tempestiva dei pazienti ricoverati nelle Unità Operative per l'assistenza dei pazienti in condizioni acute. Questo incentivo, se favorisce l'efficienza tecnica e la appropriatezza dell'uso delle risorse ospedaliere, può comportare rischi per la salute del paziente e per il suo pieno recupero funzionale, in carenza di una assistenza ospedaliera post-acuta ed extraospedaliera residenziale, semiresidenziale e domiciliare, che garantisca la continuità assistenziale, una volta esaurita la fase acuta del trattamento.

Alla necessità di provvedere alla assistenza post-acuzie dei pazienti dimessi dalle Unità Operative per acuti attraverso forme di assistenza residenziale e non, inclusa la assistenza domiciliare, fanno riferimento anche le Linee di guida 1/95 relative alla "Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extraospedalieri", pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale del 29 giugno 1995. Le Linee di guida sottolineano in particolare la necessità di integrare l'assistenza prestata dalle Unità Operative di degenza per acuti con quella fornita dalle Unità di lungodegenza post-acuzie, di riabilitazione e dalle strutture extraospedaliere per garantire la qualità dell'assistenza al paziente ed evitare ripercussioni negative sull'ospedale, di natura finanziaria e funzionale.

Definizioni

Un programma efficace di riorganizzazione e di potenziamento dell'assistenza a pazienti non in condizioni di acuzie, che interessi sia il settore ospedaliero che quello extraospedaliero richiede che sia chiarita preliminarmente, sul piano strettamente tecnico, la confusione concettuale e la conseguente sovrapposizione di obiettivi e di compiti fra diverse funzioni assistenziali interessate. In particolare, è necessario distinguere fra:

- a) Medicina riabilitativa e Riabilitazione sociale
- b) Riabilitazione "intensiva" e Riabilitazione "estensiva"
- c) Riabilitazione estensiva e Lungodegenza post-acuzie

In estrema sintesi, e con tutti i rischi della semplificazione, si ritiene di poter qualificare i diversi settori di attività come segue:

- a) La medicina riabilitativa ha per oggetto la prevenzione ed il trattamento delle menomazioni (impairment) e delle disabilità primarie e secondarie (disability), conseguenti a patologie di diversa natura, caratterizzata da interventi finalizzati a far tornare attivo il soggetto nel proprio ambiente familiare, lavorativo, scolastico e sociale, mentre compito primario della riabilitazione sociale è lo sviluppo di interventi di inserimento e di integrazione con l'obiettivo di minimizzare l'handicap, cioè l'impatto sulle attività della vita quotidiana e sulle funzioni della vita di relazione. Pertanto, mentre la prima fa pienamente parte dell'assistenza sanitaria, la seconda è una componente del sistema socio-assistenziale.
- b) La riabilitazione intensiva interviene precocemente nell'immediata post-acuzie, con l'obiettivo di prevenire le menomazioni e le disabilità secondarie e di promuovere il massimo potenziale di recupero. In particolare l'attività di riabilitazione intensiva è diretta al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno terapeutico riferibile a non meno di tre ore giornaliere di terapia "specificata", che

impegna cioè personale tecnico sanitario della riabilitazione, quali fisioterapisti, logopedisti, etc. E' caratterizzata da una elevata intensità di assistenza (superiore a 3 ore/die), nell'ambito di un progetto globale individualizzato e da una durata di degenza relativamente contenuta, di norma inferiore a 60 giorni. La riabilitazione estensiva ha invece come obiettivo principale di mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti, prevenendone il deterioramento e si caratterizza per:

- un intervento riabilitativo a relativamente bassa complessità e intensità (di norma superiore a 1 ora/die ma inferiore a 3 ora/die)
- a degenza protratta
- con un alto livello di supporto assistenziale infermieristico
- inferiore necessità di sorveglianza medica (non continuativa nelle 24 ore).

c) Larga parte della normativa ricomprende nel termine lungodegenza riabilitativa le due funzioni, concettualmente ed operativamente distinte di assistenza post-acuzie e di riabilitazione estensiva, che possono o meno essere caratterizzate da una durata di degenza protratta.

Per evidenziare adeguatamente la diversità degli obiettivi, e quindi di conseguenza, della tipologia di pazienti assistiti, dei servizi prestati e della assistenza praticata, e delle conseguenti forme di finanziamento, si può affermare che, se entrambe le forme di assistenza sono orientate alla assistenza a soggetti non autosufficienti che presentano generalmente una degenza protratta, la assistenza post-acuzie si rivolge principalmente a soggetti con patologie ad equilibrio instabile o con disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che necessitano di assistenza clinica e di sorveglianza infermieristica continuativa nelle 24 ore, pur con intensità assistenziale inferiore a quella dei reparti per acuti.

La assistenza post-acuzie è quindi una fase di assistenza

comune a molti settori della assistenza ospedaliera, che opera in stretto collegamento funzionale ed operativo (di norma in forma dipartimentale) con l'area della assistenza per acuti.

Per quanto detto ai punti b) e c) la riabilitazione cosiddetta estensiva si differenzia quindi sia dalla assistenza post-acuzie sia dalla riabilitazione intensiva per obiettivi, momento di intervento e intensità dell'assistenza.

La riabilitazione estensiva comprende infatti interventi di moderato ma protratto impegno terapeutico, di norma diretti alla prevenzione di aggravamenti possibili in disabili ed in soggetti clinicamente stabili, affetti da disabilità croniche evolutive, oppure a soggetti con disabilità a lento recupero che, pur necessitandone, non possono utilmente giovare o sopportare un trattamento intensivo.

Obiettivi

Quanto fin qui detto evidenzia la necessità di definire con chiarezza gli aspetti organizzativi, gestionali ed assistenziali riguardanti la lungodegenza post-acuzie e riabilitazione, come genericamente richiamata nelle fonti normative citate, al fine di permettere la necessaria omogeneità nella programmazione e nella organizzazione di questa funzione nei presidi ospedalieri della Regione.

Obiettivo specifico del documento è fornire alle Aziende gli strumenti necessari per rispondere alle diverse tipologie di bisogno attraverso diversificazione della risposta assistenziale sia nell'ambito della stessa lungodegenza post-acuzie, sia in generale nell'organizzazione e programmazione aziendale delle attività assistenziali, al fine di graduare le possibili risposte assistenziali in sede ospedaliera ed extraospedaliera, con la conseguente diversa valorizzazione in termini economici.

Scopo del presente documento è la definizione delle caratteristiche organizzative della funzione ospedaliera per la assistenza post-acuzie e la riabilitazione estensiva, sia dal punto di vista delle tipologie di pazienti da destinarvi sia della organizzazione strutturale, delle caratteristiche assistenziali e dei necessari collegamenti funzionali.

A tal fine gli argomenti in cui si articola il presente documento sono:

- Il modello assistenziale
- I collegamenti funzionali
- I sistemi di codifica e modalità di tariffazione
- Formazione, Aggiornamento e Riqualificazione del personale

Il Modello Assistenziale

Dal punto di vista strettamente organizzativo, la funzione di assistenza ospedaliera deve articolarsi in due grandi settori di attività assistenziale, cui deve corrispondere una chiara separazione strutturale (fra parentesi è indicata la dotazione di posti letto per 1000 abitanti stabilita dalla delibera di G.R. n. 2272/96):

1. Assistenza per Acuti (4 per mille). In questa dotazione vanno ricompresi i letti destinati alla riabilitazione intensiva e sub-intensiva delle strutture di II e III livello (Recupero e Riabilitazione Funzionale, Unità Spinali).
2. Assistenza per Lungodegenti post-acuzie (LD) (0.7-1 per mille).

Caratteristiche dei pazienti ricoverati in unità di Lungodegenza post-acuzie

La funzione di assistenza in lungodegenza post-acuzie si rivolge principalmente alla soddisfazione delle necessità assistenziali di pazienti che si differenziano dai pazienti in condizioni di acuzie o di criticità in quanto presentano:

- un inquadramento diagnostico già esaurito
- un programma terapeutico compiutamente definito, quando non interamente completato

- un quadro clinico relativamente stabilizzato.

Questi pazienti che hanno concluso la fase acuta del ricovero ma abbisognano di protratti interventi finalizzati al massimo recupero possibile della salute e dell'autosufficienza necessitano quindi di assistenza a prevalente carattere infermieristico, di supervisione medica e di eventuale trattamento riabilitativo di tipo estensivo, ivi compresi progetti riabilitativi individuali. In questo caso la riabilitazione va considerata uno degli strumenti dell'attività assistenziale, a disposizione del curante, nell'ambito delle iniziative attuate per mantenere e promuovere le abilità funzionali presenti.

Tale grande categoria di pazienti qui sommariamente caratterizzata nei suoi elementi essenziali può essere suddivisa in due ulteriori gruppi, elencati di seguito secondo la decrescente complessità assistenziale:

A) Pazienti in fase post-acuzie non stabilizzati
Pazienti che a seguito della fase acuta di malattia, presentano la compromissione di una o più funzioni, così da caratterizzarsi per una ridotta autosufficienza dal punto di vista psicofisico. Essi provengono dalle diverse discipline mediche e chirurgiche presenti nell'ospedale e la fase di assistenza post-acuzie dovrà essere resa in unità di degenza specifiche in contiguità/continuità assistenziale con l'équipe che li ha avuti in carico nella fase acuta dell'episodio di malattia e comunque in aree funzionalmente separate ed opportunamente identificate rispetto all'unità per acuti di provenienza.

Possono essere descritti secondo due categorie:

A1) Pazienti che a seguito della fase acuta di definizione diagnostica e trattamento della patologia responsabile del ricovero, in via di regressione, presentano tuttavia pluripatologie e/o instabilità clinica tali da rendere necessario un ulteriore periodo di sorveglianza medica e, soprattutto, di assidua assistenza infermieristica, al fine di recuperare un buon compenso clinico e/o di una assistenza riabilitativa intensiva con aspettative di recupero a caso.

A2) Pazienti che a seguito della fase di definizione diagnostica e trattamento della patologia per cui è stato effettuato il ricovero hanno recuperato un buon compenso clinico ma nei quali persistono limitazioni nelle condizioni di autosufficienza che richiedono un periodo di riabilitazione estensiva (generalmente non superiore ai 30 giorni) con finalità di recupero, anche attraverso un progetto riabilitativo individualizzato.

B) Pazienti in fase post-acuzie stabilizzati
Pazienti generalmente affetti da un quadro di polipatologia cronica in condizioni di buon compenso clinico che richiedono assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo con l'obiettivo principale di mantenere i livelli residui di autosufficienza.

Questa categoria comprende ad esempio:

- a) Pazienti con recenti fratture e/o con apparecchi gessati che comunque necessitino di lungo riposo a domicilio, in carenza di sostegno familiare adeguato.
- b) Cardiopatici a bassa gravità clinica e non complicati, con quadro clinico acuto a rapida risoluzione (ad es. cardiomiopatia ischemica cronica riacutizzata, edema polmonare acuto recidivante in cardiomiopatia cronica) diabetici in scompenso lieve, etc., per cui persiste la necessità di trattamento sanitario di ridotta intensità.
- c) Pazienti reduci da malattie acute che, non potendo presumibilmente recuperare un'autonomia completa, sono in attesa di essere accolti presso strutture residenziali extraospedaliere.
- d) Broncopneuropatici cronici con lieve/media insufficienza respiratoria, il cui iter diagnostico in fase acuta è già concluso, ma sono considerati ancora suscettibili e bisognosi di sorveglianza medica.
- e) Sindromi ipocinetiche secondarie a patologie

comunque stabilizzate.

Come risulta dai criteri sopra riportati e dalle esemplificazioni addotte, il tentativo di individuare varie forme di assistenza appropriata per le diverse tipologie di pazienti utilizza il concetto di stratificazione del bisogno assistenziale per differenziare le diverse categorie di pazienti in base al livello di gravità ed alle prognosi (peggioramento, complicanze, invalidità, exitus, etc.), secondo caratteristiche individuali sia di tipo demografico come l'età, sia elementi clinici riferiti allo stato di instabilità o stabilità clinica. La individuazione di grandi categorie di pazienti attraverso il concetto di stratificazione del bisogno favorisce la razionalizzazione del percorso assistenziale in quanto suggerisce una gradualità di progressione nelle intensità e nella tipologia di assistenza.

Inoltre, dal momento che il concetto di stratificazione del rischio rinvia alla quantità e alla tipologia dell'assistenza necessaria per le diverse categorie di pazienti individuate, presenta anche un'ovvia rilevanza per l'assorbimento di risorse previsto e può quindi essere utilizzato come base per un più equo sistema di finanziamento per l'assistenza.

Modalità Organizzative

Dato il prevedibile lungo periodo di degenza dei pazienti ricoverati in LD, tali unità strutturali riconoscono una vocazione riabilitativa generale, che in alcuni casi può tradursi in progetti riabilitativi individuali.

Tale vocazione è da intendersi come necessità di garantire una idonea funzione di supporto finalizzata alla protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti ospitati, tramite la disponibilità ed organizzazione degli spazi, dell'organizzazione del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura.

Le unità LD sono caratterizzate da elevata intensità di assistenza infermieristica (24/24 ore), a fronte di una bassa intensità di assistenza medica; la responsabilità organizzativa e gestionale deve di norma essere affidata al personale infermieristico, ferma restando la supervisione e responsabilità clinica dei singoli medici responsabili dei

degenti, individuati a seconda del reparto di provenienza o della patologia prevalente del paziente, secondo criteri stabiliti nell'ambito del dipartimento cui afferisce l'unità LD; nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente necessitino di un progetto riabilitativo individualizzato, il responsabile del progetto sarà un fisiatra.

Pur nell'ambito dello stesso Dipartimento, si ritiene che le unità funzionali di LD a regime dovranno essere strutturalmente distinte e spazialmente separate dalle unità funzionali dedicate alla assistenza di pazienti acuti, al fine di garantire:

- trasparenza e chiarezza, anche organizzativa, in termini amministrativi e di responsabilizzazione assistenziale;
- efficacia ed efficienza della gestione, dal momento che la tipologia di pazienti individuati richiede una diversa complessità ed intensità assistenziale rispetto alle strutture per acuti.

Le aree destinate alla assistenza di LD, tenendo conto delle due fasce di gravità e complessità assistenziale descritte per le tipologie di pazienti, possono inoltre prevedere:

A seconda delle dimensioni del Presidio e delle tipologie di pazienti, anche al fine di perseguire obiettivi di efficienza gestionale, tali unità strutturali potranno essere previste:

- nell'ambito di un Dipartimento, in cui per ciascun paziente viene comunque mantenuta la continuità con l'unità per acuti di provenienza anche per facilitare la necessaria consulenza medica,
- come unica unità strutturale di LD del Presidio, con un proprio referente medico, che assume la responsabilità clinica dei pazienti, anche in stabilimenti diversi da quello ove sono collocate le unità per acuti di provenienza dei pazienti.

Si ribadisce che in tutti i casi l'équipe infermieristica non può essere la stessa della unità di provenienza, ma deve rappresentare una unità funzionale appositamente dedicata ed

autonoma.

Nel caso di unità strutturali destinate a pazienti LD in strutture ospedaliere di piccole dimensioni, deve essere di norma presente una funzione di degenza per acuti di Medicina Generale per la necessaria garanzia di assistenza medica al bisogno per i pazienti in LD; Al fine di utilizzare al meglio le competenze presenti, si dovranno inoltre individuare altre attività rivolte alla popolazione generale (Day Hospital, Ambulatori specialistici, etc.), previa riprogrammazione delle attività e funzioni dell'Azienda USL, in modo che ciò non comporti un aumento dell'offerta non commisurata alle effettive necessità.

Si ribadisce dunque che obiettivo generale della organizzazione delle diverse zone di degenza è di integrare, differenziandoli, i diversi livelli di assistenza per l'intensità di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa. In questo modo si realizza anche la differenziazione della dotazione di personale e attrezzature, favorendo lo svolgersi equilibrato di un processo terapeutico che, soprattutto in pazienti anziani, si rivela lungo e complesso, tanto da non potersi esaurire in aree di assistenza per acuti.

Requisiti

Per quanto riguarda le caratteristiche delle strutture, il DPR 14 gennaio 1997 che definisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, indica alcuni criteri per l'assistenza residenziale e non, nel settore ospedaliero non acuto ed in quello extraospedaliero. A tale proposito si sottolinea la grande importanza da attribuire nelle unità LD, nell'ambito della loro generale vocazione riabilitativa, agli aspetti relazionali e di facilitazione dei rapporti con la famiglia, anche attraverso la creazione di appositi spazi per l'accoglimento dei visitatori, etc.

Di particolare importanza per qualificare la nuova funzione di assistenza introdotta nel sistema ospedaliero e per definire i suoi rapporti con la assistenza extraospedaliera sono i criteri specifici elaborati dalla Agenzia Sanitaria

Regionale, che saranno, dopo le opportune verifiche attualmente in corso, alla base dell'atto normativo che dovrà essere assunto dalla Regione per definire i "requisiti ulteriori" richiesti per l'accreditamento delle strutture come indicato dall'art. 2, commi 4 e 5 dello stesso Decreto.

Responsabilità organizzative e gestionali

Le ipotesi considerate sono state le seguenti:

Gestione infermieristica, con responsabilità medica a cura degli specialisti dei reparti invianti.

La responsabilità clinica inclusa la decisione sulla dimissione del paziente sono a carico dei medici dell'Unità Operativa inviante, salvo diversa disposizione del Responsabile di Dipartimento.

La responsabilità della organizzazione della assistenza è conferita al personale infermieristico con funzioni dirigenziali.

Gestione da parte di un organico medico, con standard di personale ridotto rispetto alla dotazione prevista di norma per le unità di Medicina Interna, con il compito prevalente di gestire i protocolli concordati con gli specialisti invianti e di integrarli con eventuali prestazioni sanitarie che si rendessero necessarie. In questo caso la responsabilità clinica e la decisione della dimissione sono affidate al personale medico presente.

L'elemento alla base di questa organizzazione è il Modulo organizzativo (a valenza) dipartimentale, che rappresenta una articolazione funzionalmente trasversale ai diversi settori di produzione dell'assistenza, ove un effettivo decentramento delle responsabilità organizzative, anche tramite il conferimento di incarichi di responsabilità a carattere organizzativo-gestionale al personale infermieristico di livello dirigenziale, dovrebbe permettere di perseguire una migliore efficienza operativa, migliori economie di gestione ed un aumento della qualità delle prestazioni assistenziali.

L'opzione che valorizza il ruolo della professionalità infermieristica attribuendo a quest'ultima la responsabilità

della definizione del piano di assistenza infermieristica e l'organizzazione e la gestione dell'unità di degenza rappresenta la risposta più coerente alla logica che ha guidato la categorizzazione dei pazienti e la conseguente differenziazione dell'assistenza sulla base della natura e della intensità.

Questa scelta organizzativa è principalmente giustificata da una serie di considerazioni che comprendono:

1. La necessità di organizzare la risposta assistenziale per livelli di complessità e di intensità della assistenza, medica ed infermieristica, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai criteri di gradualità e di intensità delle cure, di continuità-continuità degli interventi a esse collegati, obbliga a ripensare ai modelli organizzativi e gestionali che coinvolgano il personale infermieristico e tecnico.
I nuovi modelli organizzativi e gestionali dell'assistenza ospedaliera devono perciò essere coerenti con due esigenze fondamentali: stratificazione dell'assistenza e gestione dipartimentale delle risorse.
2. L'organizzazione dell'assistenza infermieristica non può essere rigidamente strutturata in modo omogeneo alle funzioni mediche, ma deve piuttosto essere articolata secondo le funzioni assistenziali di nursing rese. Queste ultime sono prevalenti rispetto alle cure mediche per i pazienti Lungodegenti post-acuti, che richiedono una risposta ad elevata complessità di assistenza infermieristica, laddove prevalgono le procedure terapeutiche (terapie farmacologiche con intervalli inferiori alle 3-4 ore, medicazioni e sostituzioni di sonde, drenaggi, cannule, etc.) e di monitoraggio (quali ad esempio misurazioni di parametri vitali ripetuti nelle 24 ore con intervalli inferiori alle 4 ore, prelievi, etc.).
Rilevante è l'assistenza infermieristica a supporto delle funzioni di base per la perdita della autosufficienza del paziente, che può essere erogata dall'infermiere con l'aiuto di altri operatori, quali ad esempio gli operatori tecnici addetti all'assistenza.
Fondamentale infine è la componente del nursing finalizzato alla comunicazione con il paziente, i familiari,

le équipes territoriali, l'Unità di Valutazione Geriatrica, il Medico di Medicina Generale.

3. La responsabilità e la pianificazione dell'assistenza infermieristica, intesa come corretta esecuzione delle prescrizioni mediche, l'adeguata erogazione dei livelli di assistenza necessaria per le funzioni di base, delle tecniche infermieristiche e di comunicazione, è di pertinenza della figura professionale infermieristica nelle diverse articolazioni di coordinamento e di dirigenza previste dalla attuale normativa.

I Collegamenti funzionali

Il modello assistenziale LD deve stabilire stretti collegamenti di tipo dipartimentale con le altre discipline interne al presidio ospedaliero e collegarsi funzionalmente con le varie strutture territoriali della rete distrettuale dei servizi. E infatti fondamentale, per il miglioramento della qualità dei servizi, che la loro riorganizzazione sia orientata alla massima facilitazione del percorso del degente all'interno della struttura ospedaliera e nei difficili momenti di passaggio da questa alle strutture territoriali (accesso, dimissione, eventuale ricovero in RSA, etc.)

Collegamenti funzionali intra-ospedalieri

La funzione di lungodegenza post-acuzie è di norma organizzata in forma dipartimentale con le unità operative di Medicina Interna e di Geriatria, ove presenti, cui fa riferimento per la sorveglianza medica dei pazienti ricoverati ed affidata alla responsabilità organizzativa di un dirigente dell'assistenza infermieristica.

La collocazione delle attività di lungodegenza post-acuzie rispetto alla dipartimentalizzazione può prevedere due ipotesi, fortemente condizionate dalle specifiche situazioni locali, quali la dimensione del Presidio, le modalità di aggregazione dipartimentale attuata, la stessa tipologia delle funzioni assistenziali di provenienza dei pazienti:

1. Costituzione di unità LD all'interno di singoli Dipartimenti i ospedalieri.

2. Aggregazione in un unico polo interdipartimentale (o di Presidio).

La scelta della collocazione organizzativa dell'unità LD intra- o inter-dipartimentale dovrà cioè rispondere a logiche di tipo assistenziale, tendenti ad ottenere il miglior risultato clinico, ed a necessità gestionali di ricerca dell'ottimizzazione nell'uso delle risorse, al fine di evitare un loro eccessivo frazionamento.

Collegamenti funzionali extra-ospedalieri

L'accesso alle unità LD è riservato, di norma, a pazienti provenienti da unità per acuti, secondo la logica per cui il ricovero in unità LD è una delle tipologie assistenziali offerte dalla struttura ospedaliera per eventuali evoluzioni del bisogno nel corso della degenza.

La programmazione del trasferimento dalle unità per acuti alle unità LD, all'interno della stessa struttura ospedaliera o in altre (es. private) va concordata con le figure responsabili delle unità LD.

Le dimissioni dei pazienti dalle unità LD, qualora non sia possibile un rientro al proprio domicilio del paziente o persistano problematiche assistenziali o socio-assistenziali, devono essere concordate con le Unità territoriali competenti, per il passaggio in cura di questi pazienti. La fase di dimissione è infatti un momento critico nell'iter terapeutico del paziente lungodegente.

Qualora il paziente sia anziano non autosufficiente, l'interlocutore più idoneo per il passaggio in cura nella rete dei Servizi Territoriali è l'Unità di Valutazione Geriatrica.

Nel ribadire la maggior valenza sanitaria delle tipologie di bisogno per pazienti ricoverati in LD rispetto al prevalente carattere sociale dei pazienti che usufruiscono dell'ADI o dell'ospitalità in RSA, al fine di evitare inappropriato utilizzo delle funzioni di LD da un lato e di RSA e ADI dall'altro, possono essere previste modalità di accesso diretto alle unità LD, su indicazione del medico responsabile delle strutture RSA o dell'ADI, tramite protocolli e integrazione fra specifiche strutture ospedaliere e l'Unità di Valutazione

Geriatrica (UVG) o simili modelli organizzativi distrettuali.

Al fine di favorire l'appropriatezza nell'utilizzo della nuova funzione LD di assistenza ospedaliera, presso ogni Azienda dovranno essere sviluppate Linee di Guida per individuare criteri clinici ed organizzativi in merito a:

- accesso ai reparti di LD, con definizione dei criteri di ammissione in queste unità
- percorso nella struttura ospedaliera
- programmazione della dimissione, inclusa l'eventuale dimissione protetta, utilizzando la rete dei servizi extra-ospedalieri con particolare riguardo alla Assistenza Domiciliare Integrata. In particolare per quanto riguarda la popolazione anziana, si dovrà fare riferimento a quanto già previsto dalla L.R. 5/94.

Tali Linee di Guida, anche tenendo conto del presente documento, dovranno definire i criteri di pertinenza ed appropriatezza sia del ricorso alla degenza in ambiente ospedaliero sia della risposta assistenziale al livello di rischio del paziente in base alla stratificazione del bisogno.

La rete dell'assistenza extra-ospedaliera

La rimodulazione dell'assistenza in ambiente ospedaliero, con la ridefinizione delle tipologie di pazienti assistiti, di organizzazione strutturale e gestionale, comporta necessariamente una ridefinizione dei percorsi assistenziali, e conduce necessariamente alla individuazione di tutte le opzioni assistenziali offerte dalla rete extra-ospedaliera dei servizi assistenziali, caratterizzate a loro volta da diversi livelli di intensità e complessità.

Le Residenze sanitarie assistenziali appartengono alla rete dei servizi per anziani non autosufficienti previsto dalla LR 5/94, si caratterizzano come strutture residenziali appartenenti al settore socio-assistenziale, a forte integrazione sanitaria.

E' pertanto opportuno ribadire che:

- a) le RSA non appartengono alla rete ospedaliera e non sono quindi da conteggiare all'interno dello standard di posti letto ospedalieri dello 0,7 - 1 per mille destinato alla lungodegenza ed alla riabilitazione;
- b) l'accesso alle RSA segue il percorso assistenziale individuato dalla LR 5/94, attraverso l'Unità di Valutazione Geriatrica Territoriale.

L'ampia variabilità dei bisogni assistenziali rende inopportuna ogni definizione restrittiva e limitante, slegata dalla verifica del raggiungimento degli obiettivi dei singoli Piani individualizzati. Peraltro, la Regione è già intervenuta per far modificare erronei indirizzi assunti da alcune Aziende USL che inizialmente predeterminavano per via regolamentare la durata del periodo massimo di ospitalità in RSA. Di conseguenza l'ospitalità in RSA comporterà modelli, durate e piani assistenziali differenziati.

I posti disponibili nelle RSA comprendono una quota destinata ai ricoveri temporanei a carico, per i primi 30 giorni, del Fondo sanitario che, a regime, è stata quantificata in un massimo del 10%. Al fine di garantire la necessaria contestualità al processo di rimodulazione della rete ospedaliera, le Aziende USL che hanno sviluppato una adeguata rete di RSA in riferimento agli standard previsti dall' Accordo quadro sulla Politica Sociale a favore degli anziani potranno rendere più flessibile l'utilizzo dei posti disponibili in RSA per ricoveri temporanei fino ad un massimo del 30%, in rapporto ad esigenze territoriali specifiche. Tali esigenze, comunque contingenti, sono riconducibili principalmente alla disponibilità di un numero limitato di posti letto di lungodegenza e di riabilitazione estensiva ed alla carenza di alternative nella rete di servizi per anziani, soprattutto in quelle Aziende dove la dotazione di posti letto per acuti è già stata adeguata alle indicazioni regionali. Tale evenienza, attuata d'intesa con gli Enti Locali, comunque deve:

- caratterizzarsi per specifiche motivazioni territoriali;
- essere temporalmente limitata al completamento della rimodulazione della rete ospedaliera (comunque non oltre il 31 dicembre 1999);

- non escludere la possibilità di utilizzo dei posti temporanei anche per accessi dal domicilio per le finalità di cui ai punti a) e b) del comma 6 dell'art. 24 della L.R. 5/94.

Formazione, Aggiornamento,

Riqualificazione del Personale

La creazione di una funzione di assistenza ospedaliera influenza profondamente le caratteristiche strutturali, organizzative ed assistenziali della rete ospedaliera riguardando numerosi aspetti attinenti i modelli assistenziali, la dipartimentalizzazione, la istituzione del Servizio Infermieristico, la responsabilizzazione gestionale dei professionisti, i sistemi e le logiche dell'accreditamento, etc.

E' perciò necessario che da parte delle Aziende si avvii un grande sforzo per ottenere il coinvolgimento di tutto il personale dipendente, in termini di formazione, aggiornamento ed eventuale riqualificazione su molteplici aspetti, compreso quello delle relazioni inter-personali, di fondamentale importanza ai fini di una condivisa motivazione personale al cambiamento ed ai rapporti con il pubblico.

La Regione Emilia Romagna, anche attraverso il contributo degli Ordini ed i Collegi Professionali si impegna a coordinare e verificare le diverse attività messe in atto dalle Aziende, predisponendo un adeguato Piano per la formazione delle diverse figure professionali interessate.

In questo ambito, entro il 1997, fra le attività del Master Regionale per la Amministrazione e Gestione dei Servizi Sanitari, sarà attivato un primo modulo per la formazione rivolta alla Dirigenza Infermieristica.

I Sistemi di codifica e modalità

di tariffazione

Il codice da attribuire alle unità di LD è 60 Lungodegenti. I ricoveri di pazienti dimessi da cod. 60 Lungodegenti sono remunerati a giornata di degenza, secondo la tariffa di L. 214.000, prevista al punto e3 della delibera di Giunta Regionale n. 409 del 25 marzo 1997.

I ricoveri di riabilitazione intensiva e sub-intensiva in strutture di II e III livello sono remunerati secondo apposite tariffe già determinate (cod. 56 Recupero e rieducazione funzionale, 28 unità spinali, 75 neuroriabilitazione; v. del. G.R. n. 409 del 2 marzo 1997 al punto e1/e2).

La applicazione della tariffa a giornata di degenza è ovvia per i pazienti che hanno trascorso tutta la degenza in una unità LD. Questa condizione, tuttavia, per le considerazioni precedentemente espresse dovrebbe rappresentare una quota estremamente ridotta dei pazienti dimessi dai reparti LD, che dovrebbero provenire in larga maggioranza, per trasferimento interno, da unità per acuti. In questo caso si pone il problema dell'integrazione fra le due componenti dell'attuale sistema di finanziamento degli ospedali, a prestazione per la parte relativa ai pazienti acuti ed a giornata di degenza per la parte relativa alla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione; tale integrazione è peraltro necessaria in quanto il significativo aumento previsto per la componente di assistenza in LD rischia di produrre problemi seri di equità di finanziamento e richiede pertanto una più precisa regolamentazione amministrativa.

Fra i possibili problemi che potrebbero derivare alla adeguatezza del finanziamento ed alla sua equità, si considerino, ad esempio, i seguenti casi.

Qualora un paziente sia trasferito da una unità operativa per acuti ad una per LD della stessa struttura ospedaliera, risulta conteggiato un unico ricovero remunerato interamente secondo l'una o l'altra delle due tipologie di pagamento, in base all'unità di degenza da cui è avvenuta la dimissione.

Se invece il paziente è trasferito ad una unità per LD situata in altra struttura, esterna allo stabilimento/presidio, si verifica la chiusura del primo ricovero in stato di acuzie, che risulta quindi finanziato a DRG e si apre un'altra cartella, determinando un nuovo ricovero, remunerato a giornata di degenza.

Quanto sopra verrebbe a prefigurare una disparità di finanziamento della stessa situazione, risolta con diverse modalità, in ragione delle diversità organizzative locali.

Per contro, l'eventuale decisione di considerare le due

fasi di uno stesso ricovero (una in unità per acuti e la seconda in unità per LD) come due ricoveri separati all'interno della stessa struttura darebbe luogo ad un apparente incremento del numero di ricoveri ed un fittizio aumento del tasso di ospedalizzazione.

Questa soluzione permetterebbe altresì di evidenziare la reale incidenza delle due tipologie assistenziali e di valutare l'andamento nel tempo della appropriatezza delle risposte attuate.

Queste considerazioni contrastanti portano alla necessità di ricercare una soluzione amministrativa flessibile, fattibile e legittima, con aspetti di reciproca convenienza sia per l'Azienda che offre la prestazione sanitaria sia per l'Azienda di residenza del cittadino ricoverato, oltre che per le strutture private chiamate a condividere la programmazione di posti letto per lungodegenza, nell'ambito della rimodulazione ospedaliera in atto.

A questo scopo si dà indicazione di:

- 1) Trattare separatamente le due fasi del ricovero, per acuti e LD, anche nel caso di trasferimenti interni alla stessa struttura, attraverso l'analisi della scheda nosologica, facendo riferimento alle informazioni sui trasferimenti interni.
- 2) Rimborsare la componente del ricovero nella unità per acuti secondo la relativa tariffa DRG-specifica.
- 3) Remunerare la successiva degenza in unità LD a giornata di degenza, secondo le tariffe relative alla riabilitazione estensiva (come definita dalla del. G.R. n. 409 del 2 marzo 1997 al punto e3)

Pertanto, la tariffa complessiva per il ricovero di un paziente che ha trascorso una parte della degenza in unità per acuti ed una seconda e successiva parte in una unità LD (ed ha quindi avuto un trasferimento interno) è data dalla somma fra la tariffa DRG-specifica (per la quota di assistenza acuta) ed il prodotto del numero di giornate di degenza in unità LD per la tariffa prevista per il cod. 60 Lungodegenza (equivalente a quanto previsto al punto e/3 della del. G.R. n. 409/97).

Le Aziende dovranno pertanto provvedere ad adeguare le attuali procedure amministrative ed informatiche relative alla scheda nosologica, per l'identificazione di questi ricoveri ed il calcolo della relativa tariffa, anche previo raccordo con l'Agenzia Sanitaria Regionale.

Al fine di incentivare la diffusione e l'appropriato utilizzo delle unità di LD funzionalmente e strutturalmente distinte dalla unità per acuti, gli accordi aziendali potranno prevedere per le giornate in eccesso rispetto al valore soglia della degenza DRG-specifica in unità per acuti, le seguenti modalità di remunerazione:

- a) il rimborso secondo la tariffa pro-die DRG-specifica limitatamente ad una percentuale (es. 10%) di giornate outliers;
- b) il rimborso delle giornate oltre il valore soglia secondo la tariffa per giornata di degenza relativa alla riabilitazione estensiva (se questa è inferiore al valore di outlier specifico).

Gli stessi accordi aziendali potranno prevedere l'applicazione di diversa remunerazione (v. del. G.R. n. 409/97 al punto e2) nei casi in cui sia attivato un progetto individualizzato di riabilitazione intensiva o sub-intensiva a pazienti ricoverati in unità LD per necessità contingenti (es. indisponibilità in strutture di II livello; paziente che, pur necessitando di progetto individualizzato di riabilitazione intensiva o sub-intensiva, non è in grado di sopportarne l'intensità).

Tale logica di remunerazione dei ricoveri per acuti e per LD, dovrebbe nel tempo condurre ad incentivare la riduzione della degenza e del valore soglia di durata di degenza dei ricoveri per acuti, favorendo altresì un utilizzo appropriato di questa funzione ed una più appropriata definizione della tipologia di pazienti da trasferire in unità LD.

Sistemi di controllo interno ed esterno dovranno comunque potenziare gli strumenti tesi a controllare il numero di ricoveri in strutture per acuti, a verificarne l'appropriatezza, la riduzione ipotizzata della degenza media

e del valore soglia per DRG in acuzie, oltre che dell'appropriato utilizzo, clinico e gestionale, della modalità assistenziale in LD.

Alla contrattazione Aziendale è affidata la individuazione di meccanismi di controllo, tesi ad individuare e disincentivare eventuali comportamenti opportunisti che, nel tempo, potessero derivare dalle presenti disposizioni in materia, sia organizzativi che economico-gestionali.

Monitoraggio

Per il controllo esterno dell'avvio di questo processo di rimodulazione ospedaliera, sarà istituito un apposito monitoraggio a livello regionale, in stretta collaborazione con le Direzioni sanitarie delle Aziende.

La definizione di specifici indicatori e la periodica verifica dovranno permettere eventuali tempestivi adeguamenti nella valorizzazione economica e nelle stesse disposizioni organizzative.

Le Aziende dovranno inoltre predisporre gli strumenti per la valutazione economica del processo di ristrutturazione qui descritto (es. attraverso la identificazione di specifici centri di costo LD). Se infatti, a medio e lungo termine ciò comporterà un risparmio nell'utilizzo delle risorse, risulta evidente che il processo in sé di riconversione implica un iniziale investimento economico, in termini di ristrutturazione degli ambienti, adeguamento ai requisiti di accreditamento, formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale addetto, etc.

L'Agenzia Sanitaria Regionale, per quanto di competenza, rappresenta il fondamentale supporto per il coordinamento e la messa in rete delle analisi e degli approfondimenti necessari.

- - - - -