



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



Geriatrics Territoriale Italiana - Sezione Emilia-Romagna

Presidenti del Convegno

Luciano Belloi

Andrea Fabbo



**STRUTTURE INTERMEDIE,
DOMICILIO E CURE PRIMARIE
NELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO.
QUALE FUTURO PER LA QUALITÀ?**

CONVEGNO REGIONALE AGE 2008

Modena, 6 giugno 2008

AULA MAGNA FACOLTÀ DI MEDICINA

Via del Pozzo, 71

CON IL PATROCINIO DI



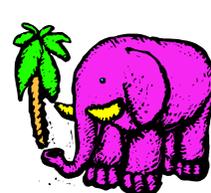
Regione Emilia Romagna

“La definizione delle Strutture Intermedie”

Alberto Cester

Direttore del Dipartimento di Geriatria, Lungodegenza e Riabilitazione

alberto.cester@ulss13mirano.ven.it



Do not forget!



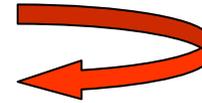
Necessità: ... nel 1997 ...

- maggiore attenzione da parte dei MMG alla fragilità ger.,
- necessità di studiare formule di accesso emergenziale nelle strutture residenziali,
- formule innovative per snellire le procedure nelle dimissioni difficili (**strutture intermedie**, ecc),
- congruità della domanda di sanità, rispetto a quella sociale (tavolo di trattative permanente tra direttore del Dipartimento Geriatrico, Direttore Distretto, MMG, Geriatri Territoriali, A.S. dell'ospedale e del territorio, Responsabili Infermieristici dell'ADI, ecc.)
- ...

In senso centrifugo e centripeto dalla sede del Dipartimento e dell'UGA, si dovrà articolare la rete dei servizi, avendo a disposizione:

Prima versione: 1999

- Rete e “filtro” della rete – MMG e Distretti
- UVGO – UVMD – rapporti con le cure Primarie
- Assegni di cura, I.C. con IA, ecc.
- Dimissioni protette ... fornitura di ausili e presidi ... Tempi ...
- Servizi “Globali” domiciliari (ADI, OD, Pasti a domic., Tesan, Rete Argento, Reti Parentali, Amicali, Care Giver, Banche del Tempo, Volontariato, Gruppi di auto.aiuto, etc.,) RISORSE
- Alloggi protetti
- CdR, C.D.
- RSA (generiche e specialistiche ?)
- Night and Day Hospital (Centri diurni e notturni per anziani)
- “Moduli Respiro” strutture agili disponibili per tempi definiti per emergenze dei singoli nuclei familiari
- Familiari, badanti, ecc.
- Hospice, posti per SV permanenti, ecc ...



QUANTO COSTA TUTTO CIO'?

Meno dei ricoveri impropri ! ...



E' quasi ovvio affermare che il nostro sistema delle cure sia in grave crisi ... Costi elevati, soddisfazione ed aspettative del cliente, iper-attenzione alla domanda (fenomeno delle liste d'attesa, scarsa attenzione per l'appropriatezza), ma meno ai bisogni dei servizi, contrazione del numero di medici, autoimplementazione degli stessi servizi, *doppioni*, difficoltà ad analizzare la differenziazione nella domanda (troppe specialistiche ed indifferenza alla domanda crescente basata su un vero problema epidemiologico, di aumentare la dotazione di letti e servizi geriatrici) ... **si vive di slogan ... *Intensità di Cure* ...**

Non esiste niente di più instabile della “cosiddetta”

CRONICITA’

sia dal punto di vista clinico,
che dal punto di vista sociale.

Ciò è particolarmente vero in Geriatria !

Allora abbiamo sancito che l’Ospedale
è per gli acuti ... ora bisogna interessarsi dei
CRONICI ...

Non si tratta però solo di aprire nuovi contenitori
di disabilità ...

Siamo tutti “ *cronicabili* ”

nel senso che se viviamo, andiamo verso
la *cronicità dell’esistere* ...

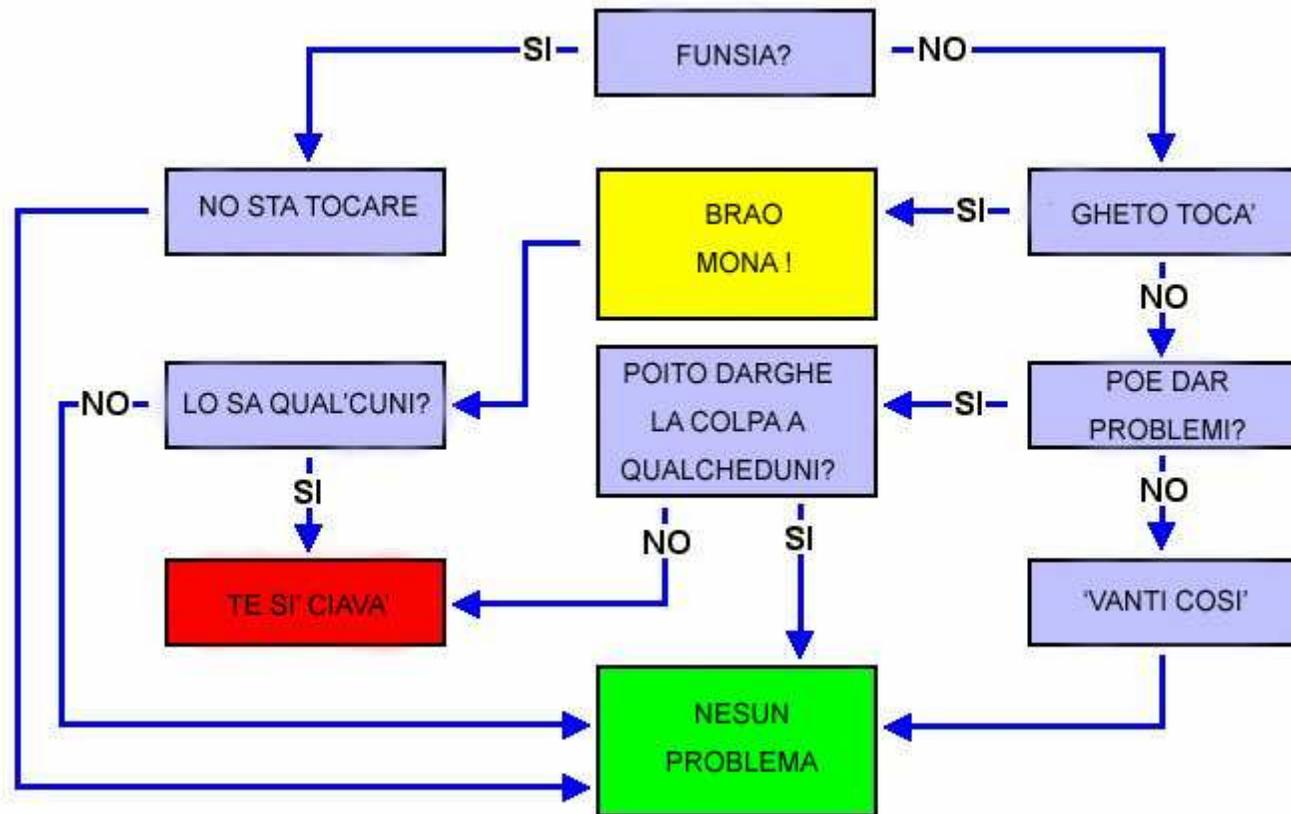
*“ La vecchiaia è una malattia sessualmente trasmissibile
a lenta evoluzione e con una mortalità del 100% ”*

P. Cadrobbi

o siamo tutti, almeno potenzialmente,...

“ *tumorabili* ” ... come dice il mio amico
Alessandro Bergonzoni

SCHEMA PER LA SOLUZIONE DI OGNI PROBLEMA



IN GERIATRIA

Obiettivi delle cure

- Invecchiamento di successo (non solo libertà dalla malattia)
- Prevenire o ridurre la disabilità e rendere massima la funzione
- Cure fondate sull'evidenza
- Anticipare e prevenire le catastrofi cliniche
- Terapia palliativa
- Cure individualizzate
- Cura guidata dalle preferenze soggettive (*Ecologia delle cure*)
- Attenzione ad Accanimento Terapeutico, Applicazione del *Testamento Assistenziale* (o meglio le direttive anticipate di trattamento) ...





The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Perspective

MAY 8, 2008

Planning for the Future — Long-Term Care and the 2008 Election

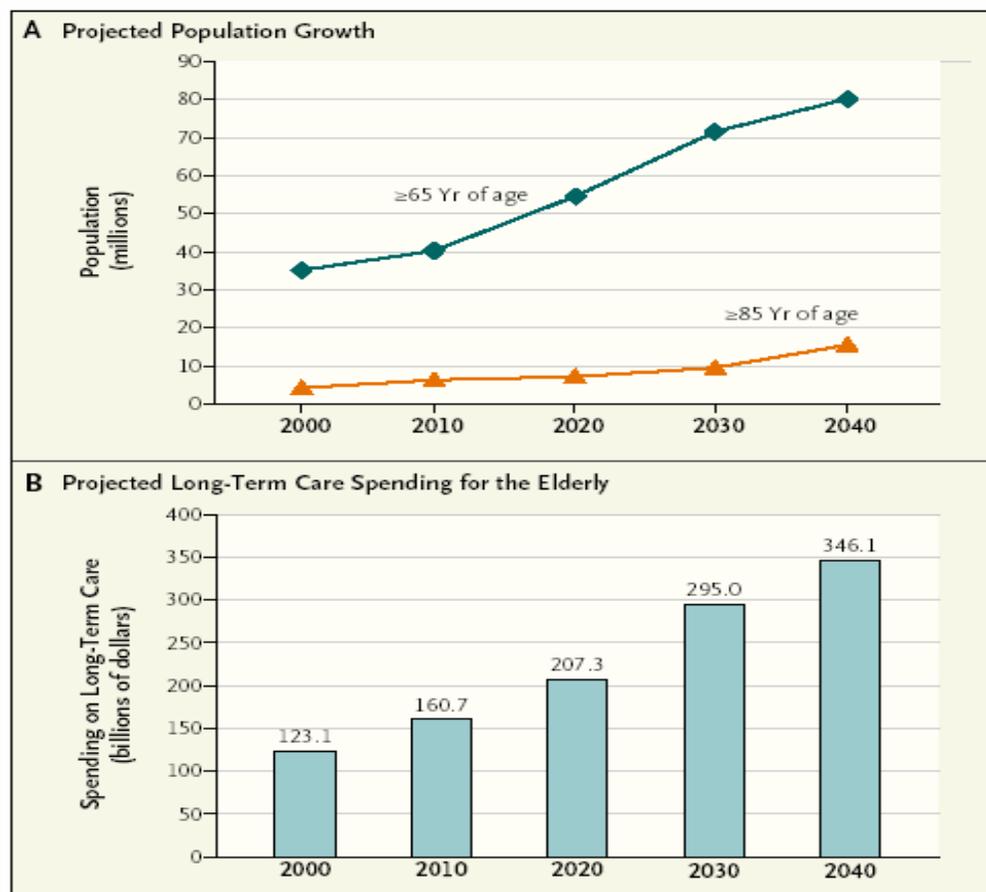
David G. Stevenson, Ph.D.

Dr. Stevenson is an assistant professor of health policy at Harvard Medical School, Boston.

... Nevertheless, now is the time to reconsider the financing of long-term care.

...

... Thus, **the presidential candidates** have an important role to play in raising awareness about future long-term care needs and in outlining visions for reform. ...



Projected Growth of the Elderly Population of the United States (Panel A) and of U.S. Spending on Long-Term Care for the Elderly (Panel B).

Data are from the U.S. Census Bureau, 2004, and the Congressional Budget Office, 1999. Spending figures are inflation-adjusted from the year 2000.



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
7^a legislatura

Deliberazione della Giunta

n. 2481 del 06/08/2004

OGGETTO: Sperimentazione organizzativa ai sensi dell'art. 25 della L.R. 03/02/1996, n. 5: "Progetto per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dismissioni ospedaliere".

**... delle Aziende U.L.S.S. n. 1
Belluno, 12 Veneziana, 22
Bussolengo in quanto collocate in
aree di specifico interesse
(lagunare e montana) e n. 16
Padova ...**

L'OSPEDALE DI COMUNITA'

Requisiti Strutturali e Organizzativi

... La dotazione standard di riferimento per un modulo di 20 p.l. quanto al personale di assistenza nelle 24 hh., può essere determinato in 1 infermiere coordinatore, 5,5 infermieri e 7,5 OTAA.

...

... esonerare dal pagamento della quota parte alberghiera la persona accolta in struttura sino al 20° giorno di permanenza incluso. ...

- 10,00.= pro die, dal 21° al 40° giorno

- 30,00.= pro die, dal 41° al 60° giorno

la quota parte alberghiera resta comunque fissata in 10,00.= pro die, anche dopo il 40° giorno nei riguardi della persona appartenente al nucleo familiare con situazione economica equivalente (ISEE) non superiore a 13.503,60.=, ...



DGR 2841 dd. 24.11.2006

Strutture intermedie per anziani

Nella Regione Friuli Venezia Giulia è presente un'offerta molto articolata di strutture intermedie identificate come strutture residenziali per anziani:

- residenze polifunzionali;
- residenze polifunzionali con modulo fascia A;
- comunità alloggio;
- case albergo;
- residenze ad utenza diversificata;
- centri diurni.

per un totale di oltre 10 mila posti letto. ...

<http://www.regione.fvg.it/rafvfg/salutesociale/dettaglio.act?dir=/rafvfg/cms/RAFVG/AT3/ARG1/FOGLIA7/>

ART. 22 - STRUTTURE INTERMEDIE RESIDENZIALI (SIR).

1. Nell'ambito dei programmi di residenzialità sanitaria assistita (ASR) previsti dalla legge n.32/1994, ogni UOSM dispone di strutture intermedie residenziali (SIR), nelle quali si attua **l'intervento terapeutico e riabilitavo di salute mentale** nelle sue varie graduazioni ed articolazioni, da periodico a continuativo, con forme di protezione differenziate e flessibili, in rapporto alle condizioni di salute degli utenti, secondo piani personalizzati di intervento. Le SIR, funzionali all'esigenza complessiva delle ASL, sono gestite dalle UOSM, nel cui territorio insistono, in costante raccordo funzionale con le UOSM di residenza dei soggetti ospitati.

2. Le strutture residenziali si distinguono in:

- a) "assistite", quando sia garantita al loro interno la presenza di almeno un operatore per 24 ore al giorno;
- b) "semiprotette", quando tale presenza è assicurata per un numero di ore inferiore a 24;
- c) "autogestite", quando il progetto riabilitativo non comporta una prefissata presenza degli operatori nella residenza.

<http://www.pol-it.org/ital/servizi/regol22.htm>



Sovrapposizione terminologica

Sanità e igiene pubblica

Deliberazioni della Giunta Regionale N. 3148 del 09 ottobre 2007

L.R. 16 agosto 2002 n. 22. **Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie**. Ulteriori modifiche e integrazioni alla D.G.R. n. 2501/2004.

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, On. Dr.ssa Francesca Martini, riferisce quanto segue:

La Giunta Regionale con deliberazione n. 2501 del 6 agosto 2004 ha dato prima attuazione alla L.R. n. 22/2002 approvando un provvedimento, assai complesso, che si articola, fra gli altri, nei seguenti punti:

1. adozione della classificazione delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali, nel puntuale rispetto della normativa regionale e nazionale di riferimento;
2. adozione del Manuale applicativo, che disciplina le fasi di ogni processo e la relativa tempistica, anche relativamente alle strutture già in esercizio e a quelle che "ex novo" sono assoggettate all'autorizzazione;
3. definizione, in esecuzione dell'art. 10 L.R. n. 22/2002, dei requisiti minimi (organizzativi, strutturali e tecnologici) generali per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, nonché dei requisiti minimi specifici per alcune delle strutture indicate nella classificazione.
4. adozione, in aggiunta ai requisiti minimi, di ulteriori requisiti generali di qualificazione per l'accredimento istituzionale.

....

U.O. Medicina Interna per le Cure Intermedie

Direttore: Dott. Lionello Parodi, l.parodi@asl2.liguria.it

Dirigenti medici: Dott. G. Loretu, Dott.ssa V. Sguerso

Caposala: Sig.ra Renata Mandraccio

Numeri utili:

telefono corsia: 0198404463

day hospital: 0198404551

studio direttore: 0198404760

studio medici: 0108404461 - 0198404464 (Tel e Fax)

ambulatorio per la malnutrizione: 0198404366

ambulatorio endocrinologico: 0198404691

ambulatorio medicina interna: 0198404366



Le Cure Intermedie (intermediate health care, secondo gli autori anglofoni), stanno affermandosi sempre più in tutto il mondo occidentale in quanto vanno a garantire una continuità di cure che non va solo ricercata nel rapporto ospedale-territorio, ma anche all'interno delle reti dei servizi ospedalieri tra le diverse unità operative di base e tra queste e i livelli specialistici .

Le Cure Intermedie, pertanto, si indirizzano a quei pazienti che, superata la fase acuta della malattia, risultano **stabilizzati clinicamente, ma necessitano ancora di una fase di osservazione e continuità terapeutica e riabilitativa.**

La struttura di Cure Intermedie è rivolta a pazienti in cui **vi siano le premesse per un recupero funzionale**, con l'obiettivo principale di riportare il paziente a domicilio o in strutture territoriali cercando anche di evitare un re-ricovero a breve distanza di tempo. Questi pazienti sono identificabili prevalentemente in soggetti affetti da pluripatologia ed in soggetti che necessitano ancora di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità assistenziale. Per tale motivo la struttura è dedicata a pazienti che presentino un grado di collaborazione e uno stato fisico tali da permettere un intervento fisioterapico mirato ed una riattivazione volta al recupero alle attività della vita quotidiana. **Non è pertanto né una lungodegenza, né accoglie pazienti cronici. Non è adatta a pazienti con demenza di grado avanzato.**

Tipologie di intervento (ordinate in base all'intensità assistenziale crescente) in favore degli anziani non autosufficienti:



SANITÀ



CONTESTO

INTERVENTO

Domiciliare

- ADI x Cure Palliative
- ADI x altre patologie (+ eventuale FSK)
- ADP
- Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- Assistenza Domiciliare dei Comuni e dei Consorzi
- Assegni di Cura
- Telesoccorso
- Altre iniziative di sostegno alla domiciliarità
- ADI Lungoassistenza (DA ATTIVARE)

Semiresidenziale

- Centri Diurni Integrati (CDI)
- Centri Diurni Alzheimer (CDA)

Residenziale a breve termine

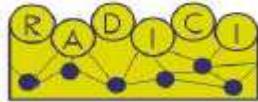
- Post Degenza c/o Belletti Bona
- Struttura Cure Intermedie (SCI)** di Trivero
- Alcuni posti c/o RSA di Bioglio
- Nucleo Residenziale Alzheimer c/o C. Zegna-Occhieppo
- Hospice c/o Belletti Bona

Residenziale a medio - lungo termine

- RSA Alta Intensità
- RAF Media Intensità
- RAF Bassa Intensità (DA ATTIVARE)
- RSA x Paz. Psichiatrici Anziani non autosuff. (DA ATTIVARE)

Ospedale

- Trattamento evento patologico acuto



PREMESSA



Obiettivo del Questionario è la **raccolta di informazioni su progetti ed esperienze** che possano rappresentare significativi esempi di innovazione organizzativa e/o di percorso diagnostico-terapeutico, eventualmente supportati dalle nuove tecnologie informatiche-telematiche, nell'ottica di un riequilibrio tra i ruoli dell'ospedale e del territorio.

Ai fini del **progetto RADICI** si ritengono di particolare interesse progetti focalizzati sulle seguenti aree tematiche:

1. **Cure domiciliari ad alta intensità assistenziale**, intese, secondo le indicazioni del Comitato Ospedalizzazione Domiciliare¹, come forma di assistenza domiciliare intensiva, caratterizzata da un impegno specialistico di tipo diagnostico-terapeutico-riabilitativo di elevata complessità e di durata definita, con affidamento del paziente ad una équipe specialistica distrettuale, ovvero ad una équipe ad inquadramento ospedaliero ("**Ospedalizzazione domiciliare**"), ovvero ad una équipe specialistica dell'Unità di cure palliative, a seconda dell'utenza target e della soluzione organizzativa sperimentata (rientra in quest'area anche la realizzazione al domicilio di cicli di chemioterapia, nutrizione artificiale, ossigeno e ventilo-terapia, ecc).

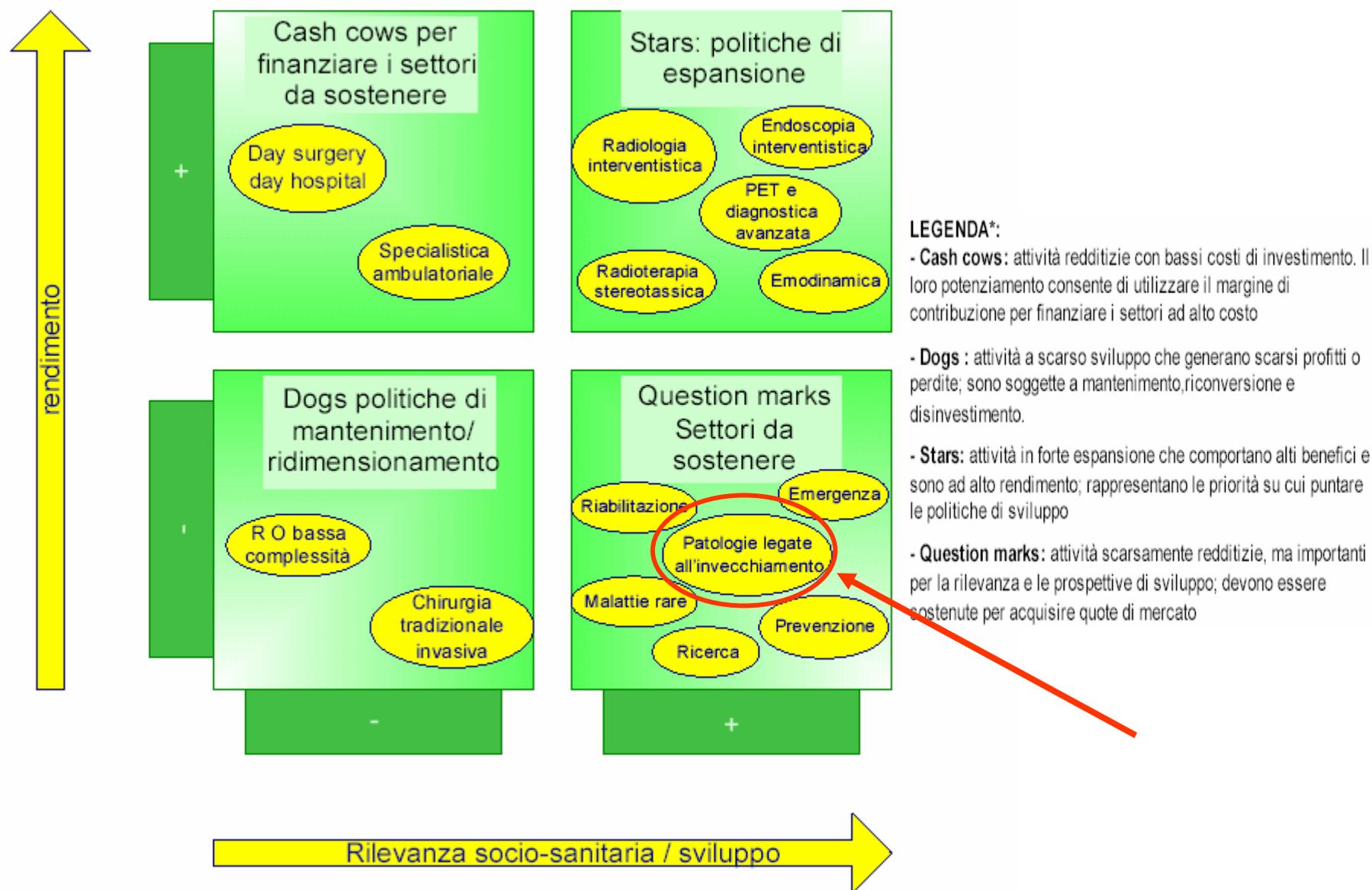
2. Assistenza in **Strutture "intermedie"**, intese come strutture che, secondo le previsioni del PSSR Lombardia 2002-04, offrono un'assistenza "più leggera" e a minor costo rispetto all'ospedale garantendo comunque degli standard di tipo sanitario, per consentire la continuità terapeutico assistenziale a malati che, terminata la fase acuta, non sono trasferibili al domicilio o alle RSA.

...

¹ Ministero Salute – DM 12/4/2002

Fig. 2: matrice decisionale

Dinamiche di sistema sempre più complesse...



Piano strategico 2006 – 2008 Az. ...

... L'orientamento all'anziano, pertanto, non deve far pensare ad una caratterizzazione dell'ospedale come “l'ospizio” di vecchia concezione, ma effettivamente come un centro altamente qualificato nell'ambito della prevenzione, terapia e riabilitazione, anche riguardo alla diagnostica avanzata e alla ricerca, con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative. L'attenzione all'anziano trova i suoi cardini nelle seguenti attività:

d) definizione di percorsi ad hoc per anziani,

e) potenziamento delle cure intermedie,

f) sviluppo dell'integrazione con il territorio e con l'assistenza domiciliare.

L'obiettivo primario è quello di limitare il ricorso al ricovero in ospedale alle situazioni appropriate, per rispondere a un effettivo bisogno di cura piuttosto che a un bisogno sociale legato all'emarginazione dell'anziano. Per questo motivo devono essere favorite soluzioni che facilitino i rapporti con gli anziani e le loro famiglie, come **ad esempio un ambulatorio geriatrico in pronto soccorso.**

...

**< Per far ciò si deve dichiarare necessariamente il fallimento del modello assistenziale fino ad oggi perseguito ...
e “CAMBIARE ROTTA” ...>**

GLI ANZIANI E LE CURE INTERMEDIE

l'Assistenza Domiciliare Integrata

di Massimo De Fino*

Si parla solo di ADI ... senza alcun riferimento alle strutture di cura ...

Le Strutture Intermedie

Le strutture residenziali intermedie rappresentano una soluzione assistenziale alternativa per gli anziani non autosufficienti od a rischio di non autosufficienza che, per motivi diversi, non possono più usufruire della loro abitazione.

Dopo il dipartimento geriatrico e l'assistenza domiciliare integrata, costituiscono il terzo servizio fondamentale della "rete" di assistenza geriatrica.

Si possono considerare due principali tipologie:

✓ *Residenze protette ("old people homes" nella dizione anglosassone)...*

✓ *Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.) ("nursing homes" nella dizione anglosassone) ...*



http://www.webmed.unibo.it/didattica/gaddi/cap_6.doc



UN SISTEMA INTEGRATO TERRITORIALE PER PRENDERSI CURA DELLE PERSONE: LA CASA DELLA SALUTE

... Questi sono i punti strategici fondamentali:

- **Strutturare il territorio e garantire la *centralità del sistema di cure primarie***

- Assetto istituzionale, autonomia e responsabilità dei distretti
- Mettere a disposizione del distretto strumenti di governo della domanda, dei servizi, delle risorse

- Strumenti di governo clinico

- Riorientamento proattivo dei servizi

- **Indirizzare gli investimenti edilizi e tecnologici**

- **Gli accordi integrativi regionali**

- **La formazione ...**

...

- **La rete dei servizi della medicina generale prevede:**

- Ospedali di comunità

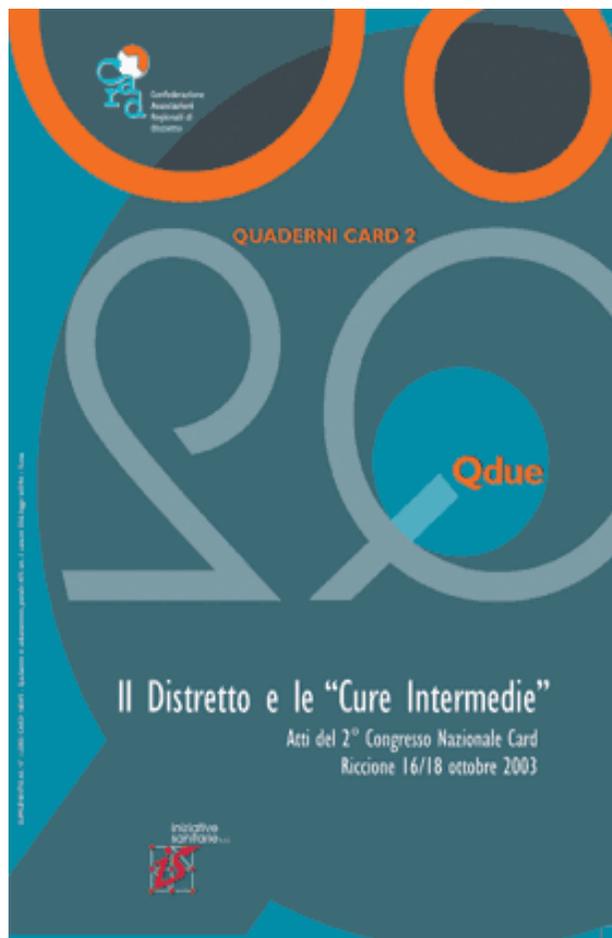
- Gestione di Rsa

- Gruppi in sedi distrettuali

- Gruppi in sedi di ex-ospedali



Cosa saranno mai ???



... Le cure intermedie sono un'area di servizi integrati, sanitari e sociali – domiciliari, residenziali e semi-residenziali – finalizzata a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti. Il rafforzamento di questa area assistenziale può favorire inoltre la prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri ...

Gavino Maciocco

*"Le cure intermedie. La sostanza, oltre il lessico".
Considerazioni a margine del Congresso
"Il Distretto e le Cure Intermedie"*

**MA DOVE DEVE STARE IL LUOGO DI REGIA
DI QUESTE CURE ?**

Sindacato dei Servizi Pubblici - Regione Ticino

La politica del Cantone Ticino per l'anziano, una sfida continua!

...

Tra invecchiamento della popolazione e mutamento radicale della società ...

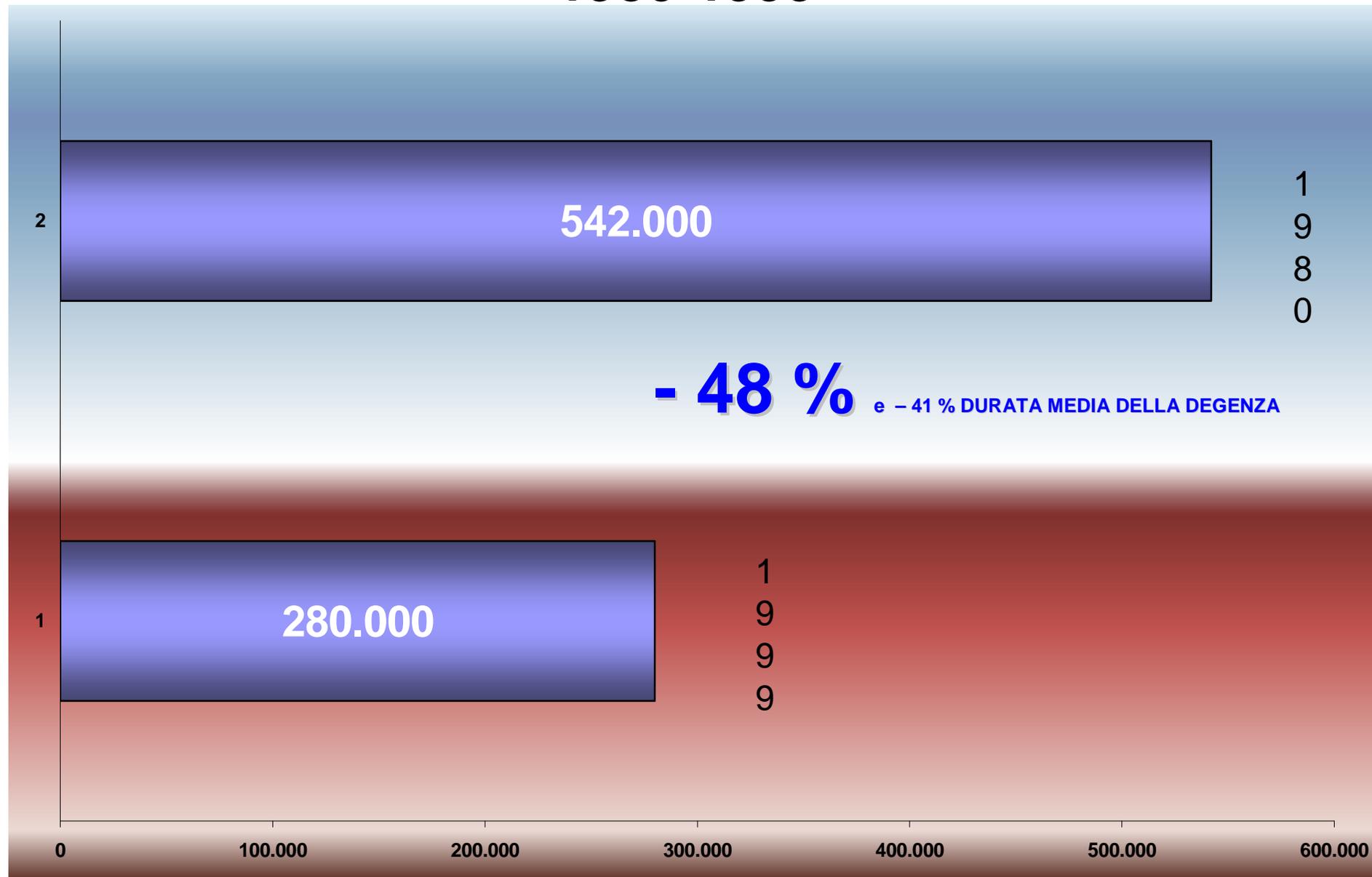
4) L'offerta di prestazioni stazionarie-post-acuto

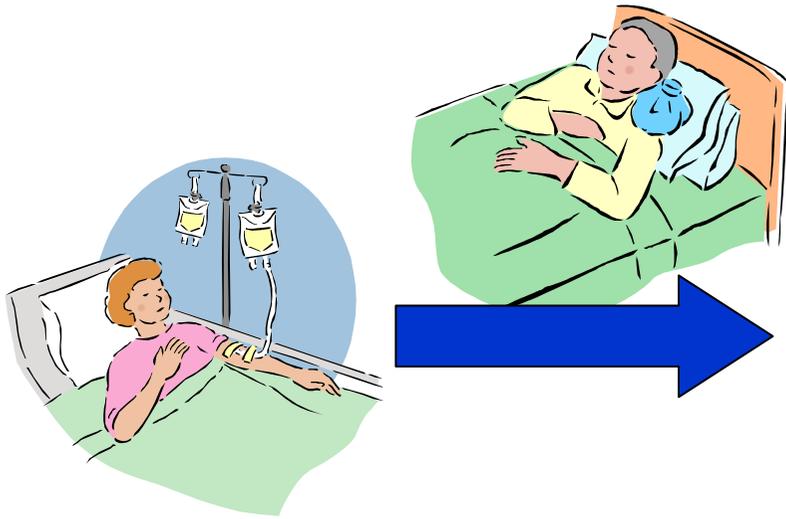
La pianificazione dell'intervento a domicilio è coordinata con quella sulle **strutture stazionarie**. ...



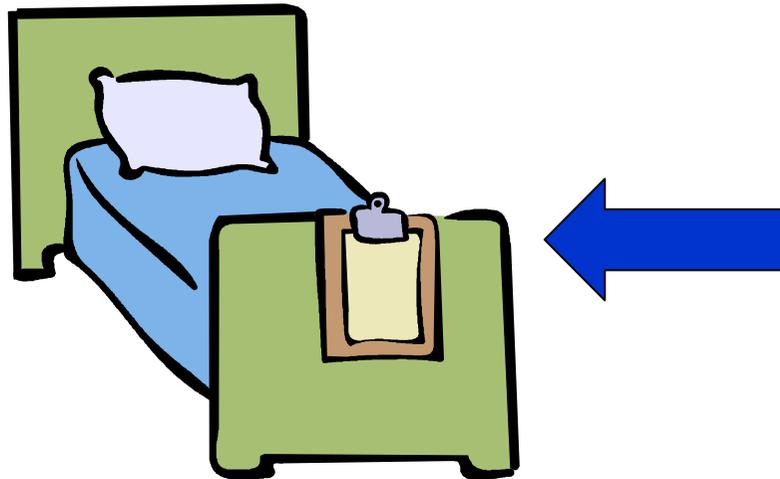
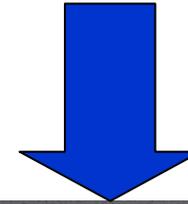
N. Posti Letto Ospedalieri (Pubblici e Privati)

1980-1999



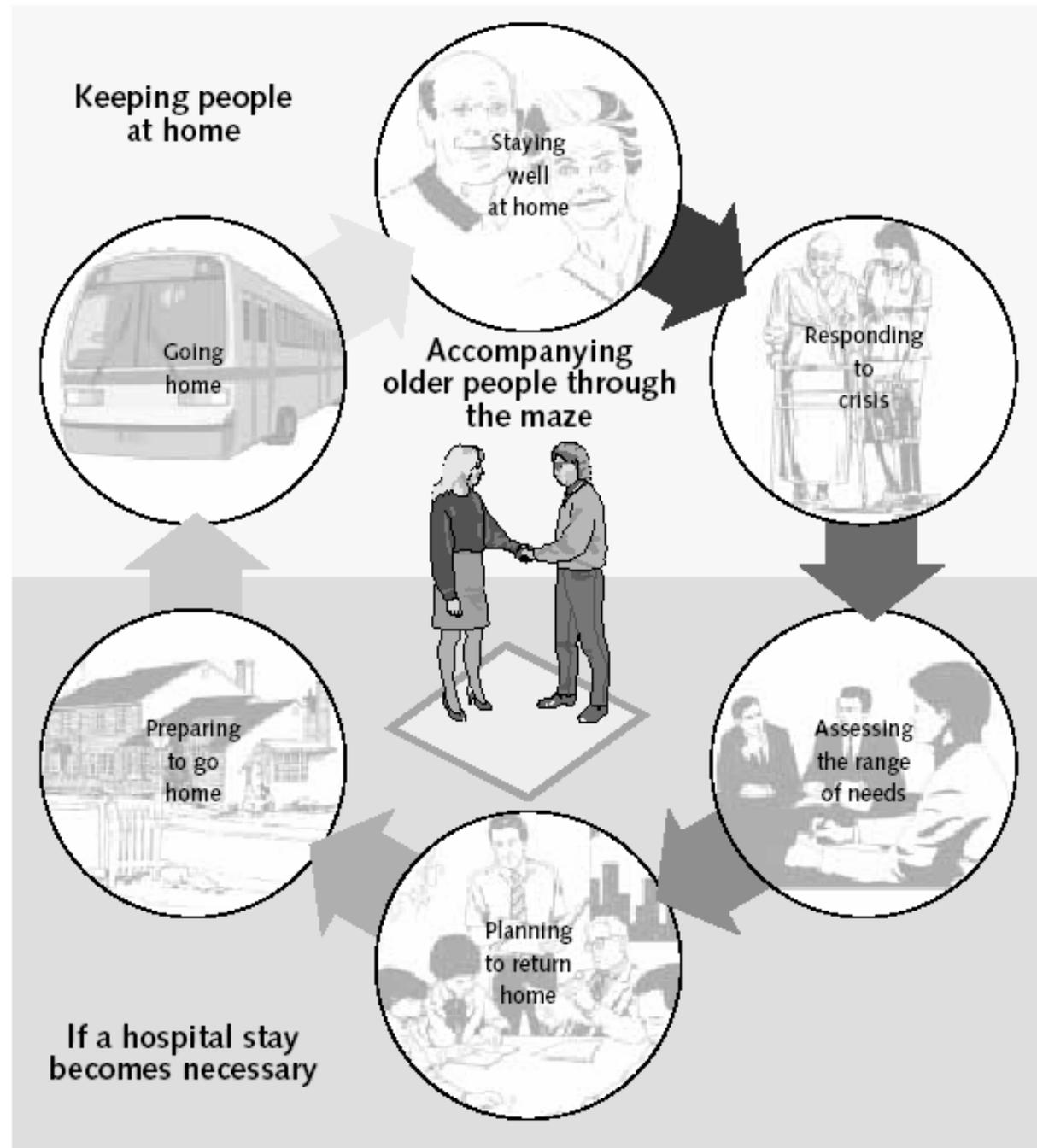


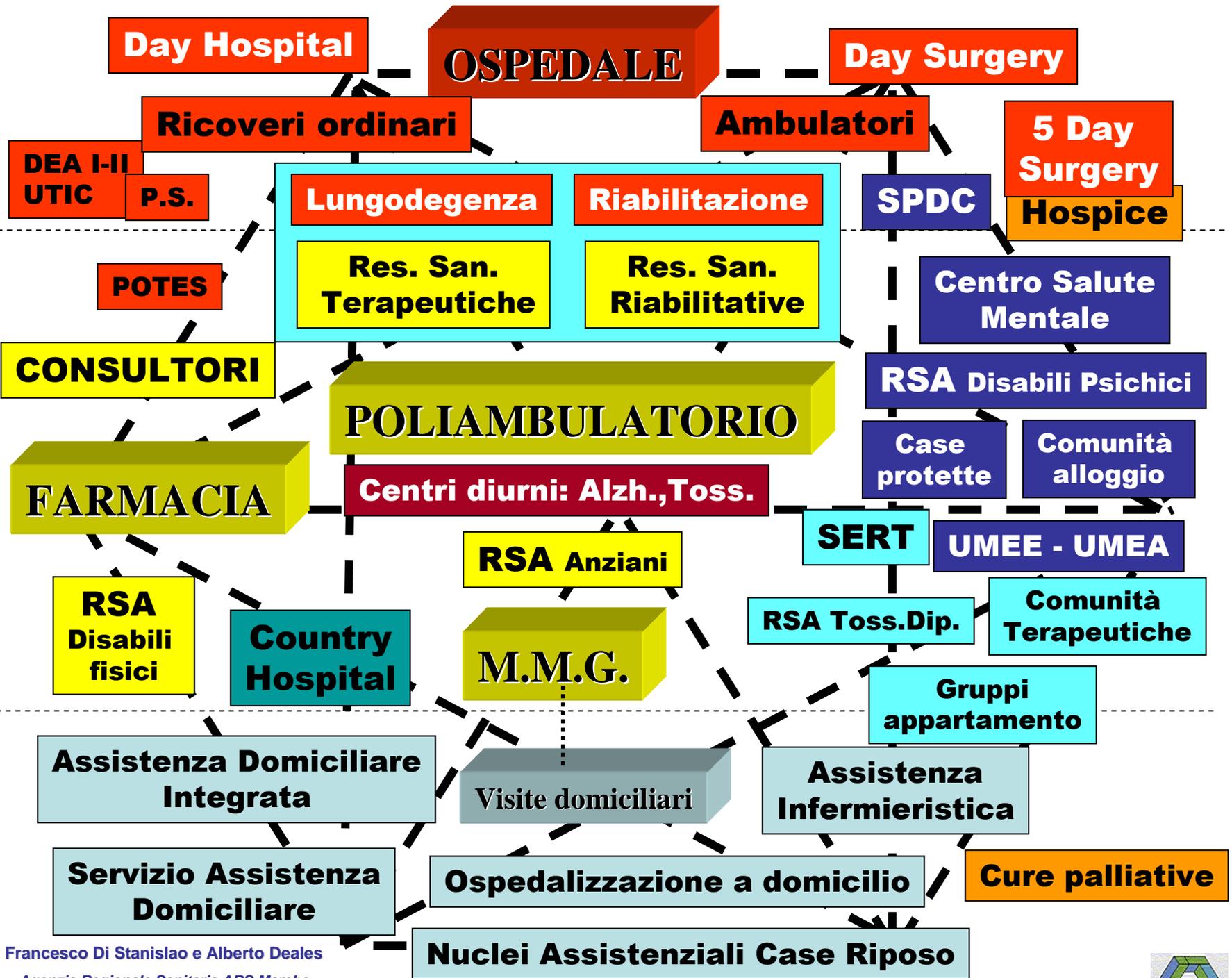
E se l'anziano che ci viene proposto è nella migliore delle ipotesi un malato grave o un demente grave che non trova "altre" collocazioni per "incapacità" della rete ... ???



**STRUTTE INTERMEDIE =
altri posti mascherati di residenzialità !**

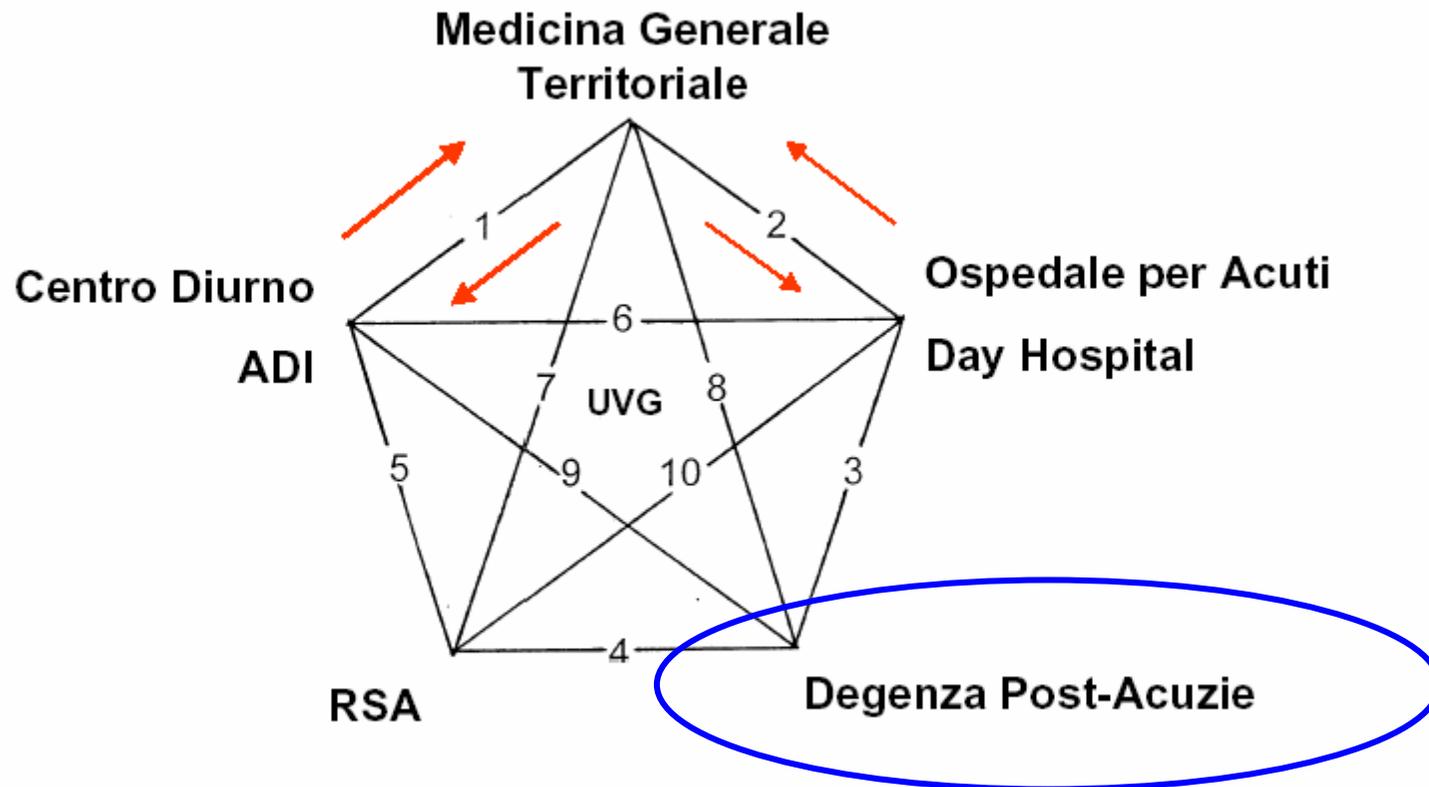
**Accompagnare gli
anziani attraverso
il labirinto ...**





Siamo nei migliore dei casi ai modelli ...

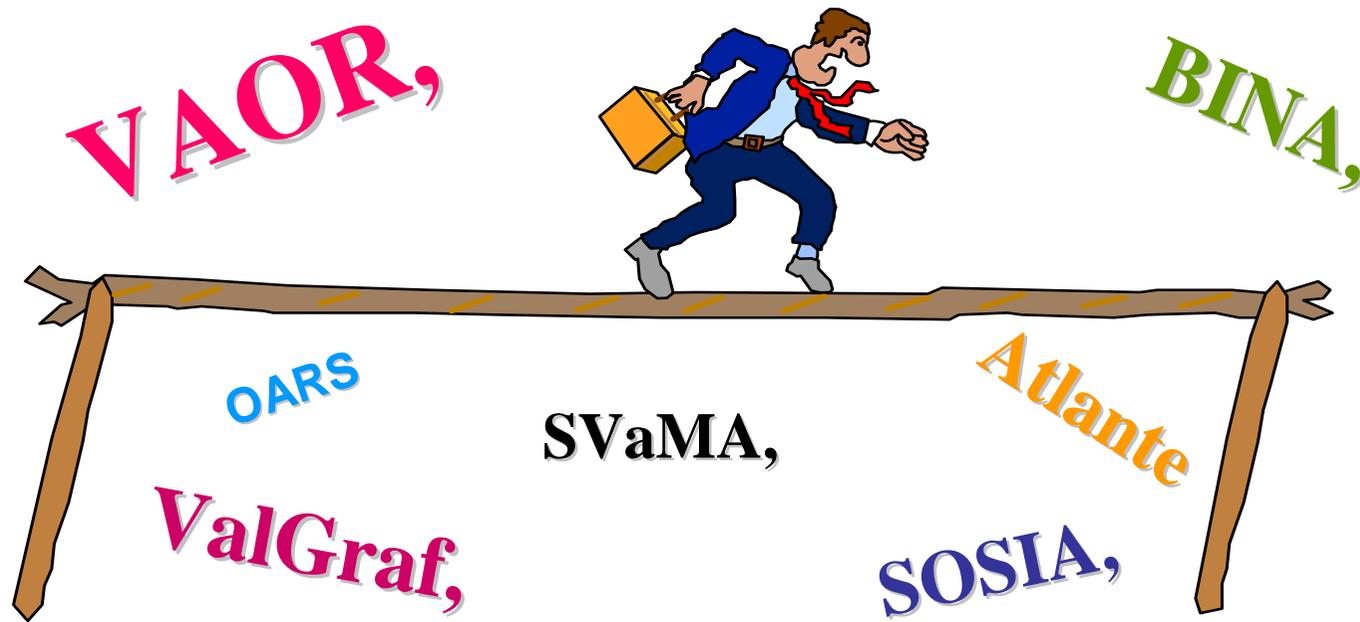
La Rete dei Servizi (e la regia ?)



UVG: Unità di Valutazione Geriatrica
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

→ **Transizione**

**La Valutazione MultiDimensionale in Geriatria, il
“vero” fonendoscopio del Geriatra ???...:
ovvero il modello del fai da te ...**

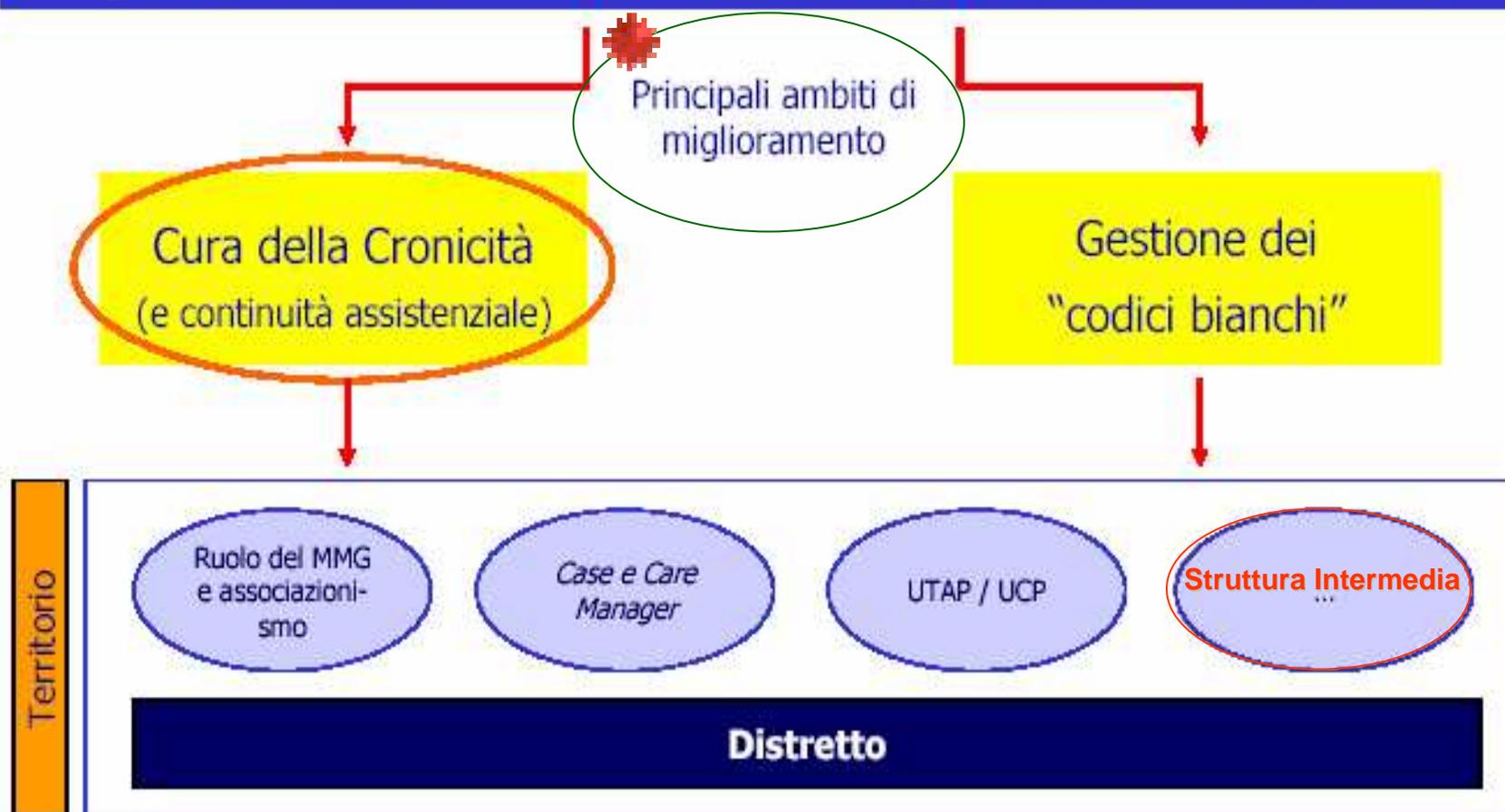


eccetera, eccetera, eccetera, ...

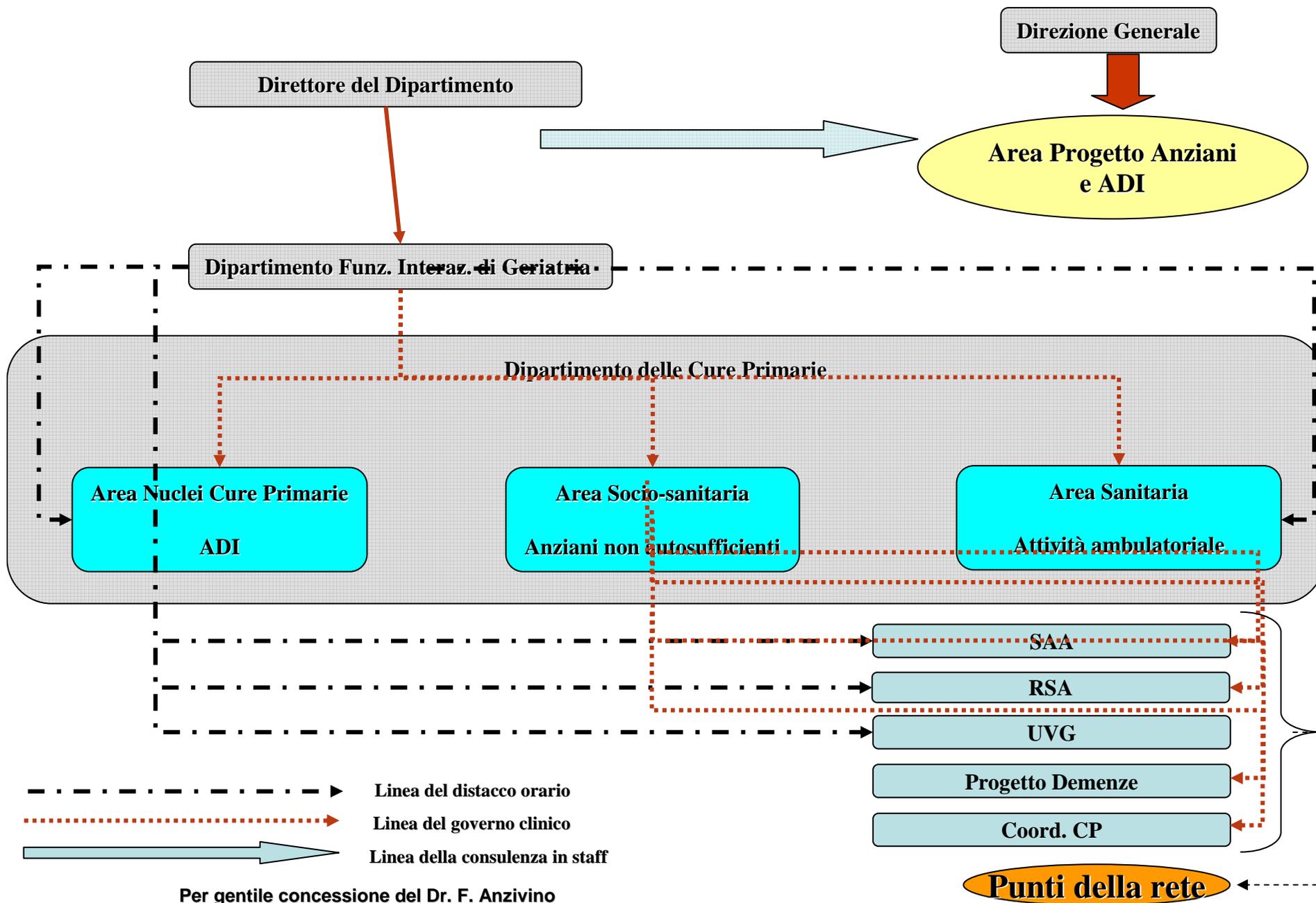
Alberto Cester

La riorganizzazione delle cure primarie e l'integrazione del sistema

Un rafforzamento della componente territoriale del S.S.N. appare di assoluta importanza al fine di incrementare il generale livello di efficienza ed adeguatezza del Sistema, che deve essere in grado di intercettare e soddisfare sul territorio le esigenze socio-sanitarie dei pazienti



Rapporti funzionali tra Dipartimento Interaziendale di Geriatria e Dipartimento delle Cure Primarie



Per gentile concessione del Dr. F. Anzivino



... Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario, basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi regionali e locali, costituisce:

- lo strumento di governo e supporto dei flussi informativi del Servizio Sanitario Nazionale;
- la fonte di riferimento dei dati utilizzata a livello nazionale per le misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo del SSN, nonché per le misure relative all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

La corretta progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno richiesto la disponibilità di un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali. In particolare si è evidenziata la necessità di disporre di:

- **dati classificati e codificati in modo omogeneo;**
- **approcci omogenei per la creazione**, a livello locale del SSN, **dei dati** resi poi disponibili al livello regionale e nazionale del SSN;
- **metodologie condivise per la costruzione delle misure per il bilanciamento tra qualità e costi nel sistema sanitario.**

A questi elementi comuni è stato dato il nome di "Mattoni del SSN".

...

Struttura Intermedia: ...

=

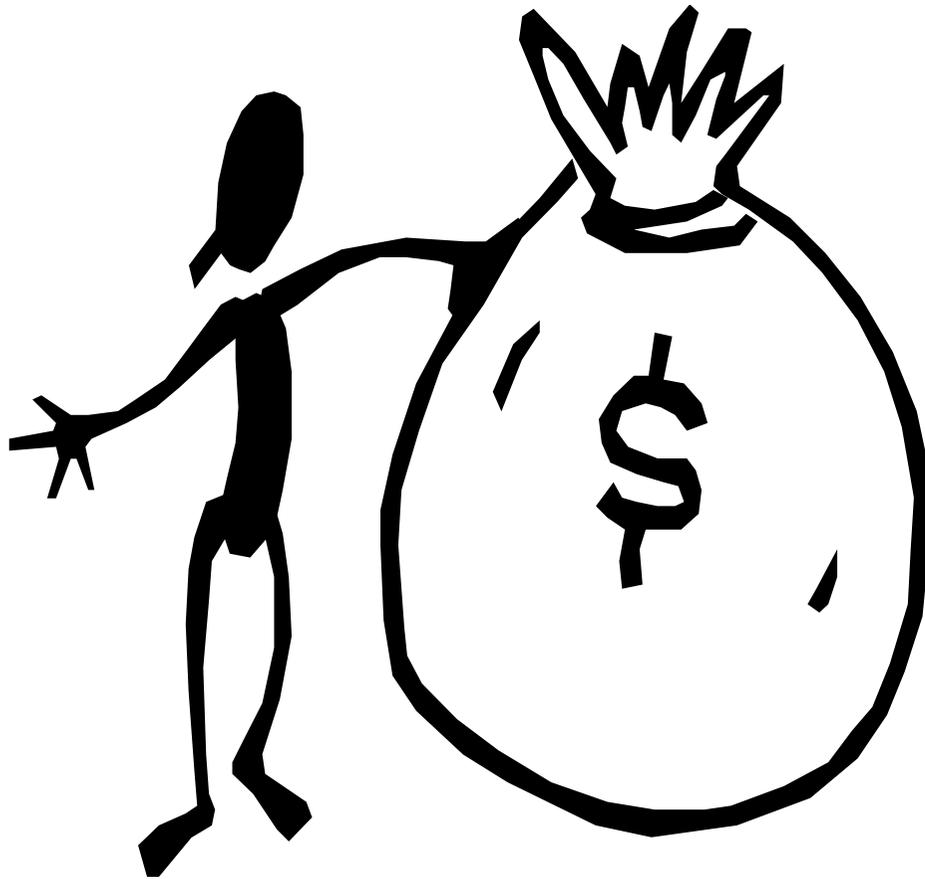
POST OSPEDALE ?!



La torre di Babele in un dipinto di Pieter Bruegel del 1563

PROBLEMI ANCORA APERTI:

ANALISI DEI COSTI e MODELLO DI ACCESSO



TEMPI d'ATTESA

Un solo esempio:

I richiedenti U.V.D.M.

le assistenti sociali	54 %
i medici di medicina generale	30 %
<u>l'ospedale</u>	6 %
il geriatra territoriale	2 %
altro	8 %

Ragioni per cui è richiesto il ricovero : (da campione S.V.A.M.A.)

- **STRESS familiare** da carico assistenziale (*assistenziale e sanitario*)
problemi sanitari
gestione comportamentale

- **SOLITUDINE**

Il tempo medio di attesa in graduatoria = 95,5 gg - 88* ('06*)

Il n° di anziani in graduatoria al 30.09.2005= 160 - 181* ('06*)
(di cui n°99 domande regolarizzate)

Chi paga ? Anziani, famiglie e .. l'Ospedale

Situazione nella nostra ULSS di ieri
su 58 P.L. per acuti di Geriatria ed 83 di LD,
per un territorio di pianura di 17 comuni con
260.202 abitanti di cui 46.056 ultra 65enni
con indice di invecchiamento di 18
ed indice di vecchiaia di 131:

11 appoggi fuori reparto a Mirano, 18 P.L.
ed 8 a Dolo, 40 P.L. + 14 di LD ...
e allora ?!

E i sistemi di classificazione/clusterizzazione dei costi: ???

Cioè quanto mi costa un certo profilo sanitario in termini

assistenziali (ad es. riabilitativi: R.U. group, ecc.) ..

- **quanto in ospedale**
- **in ADI**
- **in Residenza, Str. INTERM.**
- **in Centro Diurno**
- **ecc.**



= SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA !

**Credo abbiamo bisogno tutti di REGOLE CHIARE
e di un TAVOLO di TRATTATIVE INTER-REGIONALE
per condividere anche TERMINOLOGICAMENTE ...**

**Non può esistere su questi argomenti una sorta di
“*federalismo organizzativo*” !!!**



The Three Ages of Woman

KLIMT

(1862-1918)

Alberto Cester

ringrazia per l'attenzione ...

alberto.cester@ulss13.mirano.ven.it