

# REPARTI PER SUB ACUTI DI COSA SI TRATTA?

## Una novità nel panorama della Sanità Lombarda

A cura della Redazione

10

Con la DELIBERAZIONE N° IX / 1479, la Regione Lombardia ha dato il via a quanto aveva ipotizzato nel PSSR in riferimento alle attività di Cure subacute. Riportiamo ampi stralci della Delibera Regionale per chiarire di cosa si tratta.

Si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente non complesso di una patologia cronica. È quindi un trattamento, finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche. Nelle 5 ASL dove viene sperimentato il CReG (chronic related group) le strutture sub - acute si integrano con il percorso di presa in carico della cronicità e diventano un punto protetto di valutazione prioritario rispetto al PS o alla degenza ordinaria tradizionale in caso di subentranti necessità di ulteriori valutazioni cliniche dei pazienti arruolati. Nel caso in cui alle predette valutazioni cliniche non segua il ricovero dei pazienti viene riconosciuto un rimborso forfettario con un rimborso onnicomprensivo di 150 euro.

Le attività subacute rappresentano una forma distinta di attività sanitaria che ha l'obiettivo di erogare le cure, professionalmente qualificate, necessarie a garantire, per alcune definite tipologie di pazienti, l'uscita dalla fase acuta del ricovero.

Le cure subacute possono essere effettuate o in una struttura indipendente rispetto alle strutture di ricovero e cura per acuti o in un'area organizzata ad hoc situata all'interno della struttura per acuti stessa.

Le cure subacute richiedono, per ogni paziente, la formulazione di un piano di trattamento che porti



a conseguire degli specifici obiettivi realizzati da qualificati professionisti.

**Le cure subacute non devono essere confuse con le attività socio - sanitarie rese a favore di pazienti non autosufficienti in condizioni di discreta stabilità clinica.**

In considerazione delle ragioni e delle necessità sopra esposte le attività sub acute possono essere effettuate presso strutture accreditate di tipo sanitario.

Sono cure rivolte a persone che altrimenti prolungherebbero, senza necessità, la durata del ricovero ospedaliero o potrebbero essere ammesse inappropriatamente in ospedale.

Sono erogate sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che comprende:

- una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi.

Sono orientate al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio.



**La durata media della degenza in strutture per cure sub acute non dovrebbe essere inferiore ai 10/15 giorni e per ogni singolo paziente, al momento della accettazione, la degenza attesa, secondo il piano di assistenza individuale, non dovrebbe essere mai inferiore ai 7/10 giorni.** La degenza ha comunque una durata limitata, non superiore ai 30/40 giorni. Alla fine del percorso terapeutico è prevista una valutazione dei risultati ottenuti anche in relazione agli attesi.

**Le cure subacute sono considerate necessarie dal punto di vista medico per soggetti che rientrano nei seguenti criteri:**

A) Criteri di arruolamento:

1. Il paziente non richiede le cure di un ospedale per acuti ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità.
2. Il paziente ha delle necessità mediche più complesse di quelle che potrebbero essere gestite al domicilio.
3. Anche se clinicamente stabile il paziente richiede ancora delle procedure diagnostiche o terapeutiche che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti.
4. Il paziente ha in corso un preciso programma terapeutico.

B) Le condizioni cliniche del paziente richiedono:

1. Coordinamento medico continuo con la necessità di un significativo numero di accessi del medico e dell'infermiere.
2. Assistenza infermieristica.
3. Sulla base delle necessità dei pazienti, l'eventuale supporto di servizi intermedi quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica.
4. Un approccio multiprofessionale e multidisciplinare fortemente orientato al risultato.

L'impiego dei servizi per le cure subacute è indirizzato quindi:

- a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per la complessità del quadro clinico. In questo modo si riduce la durata della degenza, e si assicura al paziente l'assistenza

in un ambiente protetto, per il periodo necessario.

- A pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici caratterizzati da una tendenza alla instabilità clinica, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero.

**Criteri di accesso alle cure sub-acute**

I criteri di accesso sono così identificati:

- diagnosi accertata;
- prognosi definita;
- programma di trattamento individuale predisposto;
- consenso informato (solo se avviene il cambio dell' Ente di ricovero) del paziente che deve essere edotto sulla peculiarità delle cure sub-acute;
- processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali;
- necessità di proseguire cure in fase sub-acute con esigenza di stretto follow-up e completamento processo di guarigione o anche per una fase di instabilità clinica a carico di pazienti affetti da patologia cronica.

**Criteri di sufficiente stabilizzazione clinica per il trasferimento in strutture di cure sub-acute**

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



- Assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
  - temperatura corporea > 38°C o < 36°C
  - frequenza cardiaca > 90
  - frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO<sub>2</sub> < 32mmHg o globuli bianchi > 12.000/mm<sup>3</sup>, o < 4.000/mm<sup>3</sup> o > 10% di cellule immature
- Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG).
- Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi chirurgici



Criteri di esclusione:

- decadimento cognitivo MMSE<17;
- pazienti oncologici terminali;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia.

### **Programmazione ed attivazione locale delle attività**

Le strutture nelle quali saranno attivati questi posti tecnici sono strutture già accreditate di tipo sanitario preferenzialmente degli stabilimenti di ricovero e cura di tipo medio/piccolo non inseriti nella rete dell'emergenza urgenza nei quali siano presenti solo alcune specialità ospedaliere di base. **Queste attività di natura sub-acuta infatti non devono essere effettuate in strutture che abbiano le caratteristiche strutturali e tecnologiche degli ospedali per acuti e non devono neppure diventare una copia in miniatura degli stessi.** L'obiettivo è infatti quello di promuovere il livello più appropriato e meno costoso di cura per le

tipologie di pazienti sopra descritte. A questo riguardo è assolutamente necessario che i protocolli di gestione dei pazienti presso queste strutture sub-acute, considerando la natura sanitaria delle stesse, prevedano la sola presa in carico di pazienti con problemi di tipo sanitario (residua instabilità clinica non gestibile al domicilio) e che non si cerchi di supplire con questo tipo di struttura a problematiche di natura familiare e sociale che comporterebbero una impropria ed inappropriata completa messa a carico del servizio sanitario nazionale delle problematiche di natura non sanitaria.

### **Le ASL propongono alla DG Sanità la distribuzione territoriale delle attività sub-acute seguendo i seguenti criteri:**

- valorizzare e stabilizzare i progetti già in atto in ambito simile;
- implementare nuove attività solo in strutture di tipo sanitario di ricovero e cura ordinario;
- prevedere che queste attività vengano svolte preferenzialmente in moduli di 20 posti tecnici;
- garantire il più possibile una distribuzione territoriale omogenea delle attività;
- privilegiare le attività che nascono dalla conversione di posti letto riabilitativi accreditati, a contratto e realmente attivati;
- nel caso in cui non vi siano posti letto riabilitativi da convertire le attività sub acute possono essere attivate presso strutture sanitarie di ricovero e cura già accreditate ed a contratto con il SSR, anche in incremento di posti letto a condizione che un numero equivalente di posti letto accreditati ed a contratto vengono ridotti, pro quota, nelle strutture di ricovero e cura che utilizzano le attività sub acute di cui sopra.

## Cosa è il CReG

CReG (Chronic Related Group): si intende come una innovativa modalità di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (CReG), deve garantire, senza soluzioni di continuo e cali di assistenza, tutti i **servizi extraospedalieri** (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinico organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività, servizi e prestazioni previsti nel pacchetto rappresentato dal CReG è specifico per patologia ed è finalizzato ad assicurare i livelli assistenziali previsti nei vari percorsi di cura. La DGR IX/1283 del 1° febbraio 2011 ha individuato gli ambiti territoriali di sperimentazione.

In prima applicazione del CReG le patologie individuate saranno:

Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scemenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, Ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi e le Patologie neuromuscolari a maggiore livello di disabilità. Si conferma che l'area territoriale minima di applicazione dovrebbe essere rappresentata dal distretto. È infatti indispensabile avere un numero di pazienti sufficiente per ridurre al minimo la variabilità di consumi osservati rispetto a quelli attesi che saranno la base per definire l'ammontare economico del cosiddetto CReG. Preferenzialmente i pazienti reclutati devono essere assistiti da un medico di medicina generale che faccia parte di forme associative di gruppo e di rete.

L'ammontare delle risorse verrà assegnato a quei soggetti, individuati e governati dalla ASL (ad esempio: Medici di Medicina Generale, ONLUS, Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere ecc.), che si faranno carico di garantire, previa sottoscrizione di specifico accordo con la ASL stessa, la piena adesione dei pazienti reclutati al percorso del CReG.

Gli attori coinvolti dalla ASL in questo processo opereranno nell'ottica prevalente di assicurare la continuità di cura. Non è richiesto che i soggetti erogino direttamente le prestazioni previste dal piano individuale ma sono comunque responsabili che le stesse siano effettuate secondo le modalità qualitative e quantitative previste. In questo caso la ASL contratterà direttamente con gli erogatori le prestazioni necessarie. **Nessun vincolo deve essere posto alla libera scelta del cittadino.**

I soggetti selezionati e coordinati dalla ASL operano in modo tra loro sussidiario. Il ruolo della ASL è quello di facilitare l'incontro tra domanda ed offerta e di monitorare, valutare e perseguire l'appropriatezza dei percorsi clinici ed assistenziali.

Alla ASL è lasciato ampio margine per sperimentare le modalità tecnologiche ed organizzative più consone al perseguimento dell'obiettivo (call center, telemedicina, carte della salute, etc.).