

PRESIDIO TERRITORIALE INTEGRATO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE

M. Magi, P. Balzani¹, E. Boaro², A. Aprile³

Medico Generale - Ancona

1 Direttore Dipartimento Servizi Territoriali ASL 7 Ancona

2 Direttore Distretto SUD Asl 7 Ancona

3 Direttore Generale ASL 7 Ancona

Premessa ed Obiettivi

L'alto costo raggiunto dalle prestazioni ospedaliere in relazione alla gestione delle patologie cronico-degenerative, unitamente all'incremento che nel tempo tali quadri hanno subito, impongono una riflessione sulla possibilità che, lo sviluppo di altre modalità assistenziali possono migliorare il rapporto costo-benefici. In particolare l'Assistenza Domiciliare può rappresentare una valida alternativa al ricovero. Infatti come ampiamente risaputo, in determinati quadri patologici l'ingresso in ospedale non aumenta la qualità di vita del paziente, né migliora le sue aspettative. Anzi talora avvia quadri di peggioramento delle condizioni cliniche.

Una ulteriore possibilità assistenziale è rappresentata dalle strutture residenziali ovvero strutture che pur rimanendo nell'ambito delle cure primarie, possono fornire una costante assistenza alla persona con una media medicalizzazione delle prestazioni offerte. Queste strutture hanno il vantaggio di fornire prestazioni in ambienti deospedalizzati, sotto il controllo del medico di famiglia, contenendo enormemente i costi rispetto a soluzioni che prevedono l'ingresso in ambiente ospedaliero. Queste strutture, pur nella diversità delle loro denominazioni, possano essere a loro volta suddivise in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) dove prevalentemente vengono ricoverati pazienti anziani sotto la responsabilità clinica del proprio medico di famiglia e Ospedale di Comunità (OdC), sarebbe meglio definire come presidio territoriale integrato di assistenza residenziale. Nel presente lavoro verranno comunque usati come sinonimi. In entrambi i casi viene assicurata una assistenza di tipo residenziale ovvero di cura della persona ed infermieristica, con prestazioni mediche di medio impatto tecnologico, secondo i criteri delle cure domiciliari (Tabella 1).

Il ventaglio delle esperienze in Italia comunque non è omogeneo. Vengono infatti definite RSA strutture che in realtà rappresentano reparti ospedalieri riconvertiti, mentre la tipologia di queste strutture assistenziali dovrebbe appartenere tipicamente alle cure primarie con l'implementazione delle metodologie tipiche di questo settore rivolte alla estensività e non alla intensività delle procedure diagnostico-terapeutiche e dei processi clinico-assistenziali (Tabella 2). L'obiettivo di tali strutture è quello di mantenere definiti livelli di qualità assistenziale con costi ridotti per la gestione delle patologie cronico-degenerative, associate o meno a particolari condizioni di rischio sociale (anziani soli, soggetti con pluripatologie, nuclei familiari problematici, eccetera). Nel caso dell'Ospedale di Comunità inoltre i soggetti ammessi al ricovero non necessariamente devono essere appartenenti alla fascia di età geriatrica che è una caratteristica che le contraddistingue dalla RSA. Con questa esperienza viene ampliata la gamma delle cure domiciliari, potenziando e professionalizzando ad un livello qualitativamente superiore le risposte che il Distretto può offrire ai bisogni della popolazione e può essere adottata per quei pazienti che risentono meno positivamente del ricovero ospedaliero poiché affetti da patologie che necessitano prevalentemente di una particolare cura della persona (Tabella 3).

Per tale motivo il Presidio Territoriale di Assistenza Residenziale è fortemente integrato con i servizi di assistenza domiciliare, integrata e programmata attraverso l'Unità Valutativa Distrettuale. Questo consente di valutare le varie opzioni assistenziali per i bisogni dei soggetti, modulando una adeguata risposta anche in caso di difficoltà a gestire le cure domiciliari (ADI o ADP), senza

ricorrere alla ospedalizzazione.

In questo modo la rete dei servizi sul territorio viene potenziata con la finalità di ampliare l'offerta assistenziale extraospedaliera, conseguendo i medesimi risultati clinici del ricovero tradizionale a fronte di un minor consumo di risorse e un maggior gradimento del servizio da parte dell'utenza che rimane nel proprio contesto sociale.

Sono esclusi dal ricovero i pazienti con patologia acuta e ad alta complessità diagnostica.

Organizzazione del presidio

Il Presidio è articolato in tre moduli ed è attivato presso la sede di un ex-Ospedale il cui bacino di utenza al momento limitato alla popolazione di 16.000 persone relativa al Comune di Castelfidardo in provincia di Ancona. Inoltre questa collocazione risulta al centro di un territorio a forte concentrazione ospedaliera in cui l'offerta di ricovero è abbastanza elevata (due Presidi Ospedalieri di Azienda nei Comuni limitrofi di Osimo e Loreto e le tre Aziende Ospedaliere del capoluogo Ancona – Figura 1).

Il primo modulo è rappresentato da una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) già operante dal 1991 con 15 posti letto. Il secondo modulo è costituito da 5 posti letto e fa riferimento al modello organizzativo dell'Ospedale di Comunità. Inoltre è presente un terzo modulo con tre posti letto a ciclo diurno di 12 ore dove è attivato un servizio assistenziale semi-residenziale per l'effettuazione di terapie infusionali e/o trasfusioni e per la realizzazione di percorsi preferenziali di orientamento diagnostico (Pe.P.O.D. – Figura 2).

Sono ammessi al ricovero temporaneo soggetti con patologia non acuta riguardanti le seguenti tipologie (Tabelle 4-5):

a) Valutazione delle terapie e controllo della fase di recupero in pazienti con:

- Sindrome parkinsoniana
- Encefalopatia ischemica e/o post-emorragica
- BPCO in precario equilibrio respiratorio
- Scempenso cardiaco una classe di 2-3 NYHA
- Diabete Mellito

b) Stabilizzazione e ripristino dei livelli di autosufficienza in paziente anziani

c) Terapia infusione in paziente anziani o affetti da patologia cronica

d) Controllo del dolore oncologico nell'ambito di programmi domiciliari

e) Riattivazione motoria in soggetti con esiti di:

- ischemia cerebrale
- procedure chirurgiche
- procedure ortopediche

f) Temporaneo supporto assistenziale nell'ambito di un programma di reinserimento domiciliare o in collettività in pazienti con:

- Deficit nutritivo
- Patologie neurodegenerative
- Problematiche psichiatriche
- Disabilità di origine sociale

Non sono ammissibili pazienti affetti da patologie acute che necessitino di terapia intensiva o che siano affetti da patologie che comportino rilevante impegno specialistico o tecnologico.

In particolare dunque lo spettro delle patologie ammissibili possono essere le seguenti:

1) patologia ortopedica

- riabilitazione e controllo di fratture di femore, bacino e dei vari segmenti del rachide nella fase post-acuta e/o post-operatoria

2) pazienti geriatrici

- temporaneamente non autosufficienti con bisogno di assistenza domiciliare nei casi in cui non si possa fare affidamento sulla famiglia o su di un entourage parentale

- 3) patologia neoplastica
 - terapia di supporto e antalgica nelle fasi pre-terminali e terminali e ove possibile, chemioterapia
- 4) patologia neurologica
 - fase riabilitativa episodi vascolari
 - fase di controllo, nursing e riabilitativa delle forme demenziali
- 5) patologia vascolare periferica
 - arteriopatia ostruttiva, flebotrombosi superficiale e periferica
- 6) patologia cardiologica
 - scompenso cardiaco medio-lieve in soggetti con pluripatologie o senza sostegno familiare
- 7) patologia gastroenterica
 - forme dispeptiche severe (anche in funzione di orientamento diagnostico)
- 8) patologia polmonare
 - BPCO, polmoniti in soggetti con pluripatologie o senza sostegno familiare
- 9) patologia ematologica
 - forme che richiedono monitoraggio e terapia trasfusionale
- 10) accertamenti diagnostici orientati per problema clinico

La richiesta di ricovero proviene dal medico di famiglia del paziente e redatto su un apposito modulo (Allegato A). Questa viene consegnata alla Unità Valutativa Distrettuale che provvederà alla valutazione della congruità della richiesta di ricovero e alla sua autorizzazione che comunque avverrà entro quarantotto ore dalla richiesta, compatibilmente con le disponibilità di posti letto della struttura. È prevista indicativamente una durata media della degenza di 20 giorni.

Durante le ore notturne nei giorni festivi e prefestivi l'assistenza viene garantita dal servizio di continuità assistenziale, mentre per eventuali consulenze specialistiche viene fatto riferimento al Poliambulatorio presente nella struttura o al Presidio Ospedaliero. Per le eventuali emergenze ed i trasporti sanitari il Presidio è integrato con il Servizio 118, garantito dalla locale Pubblica Assistenza Croce Verde. Inoltre nella struttura è presente un servizio di Radiologia territoriale che supporta con una corsia preferenziale le richieste provenienti dal presidio. Gli esami di laboratorio vengono effettuati presso il laboratorio centralizzato del Presidio Ospedaliero di Loreto e trasportati tramite una staffetta sanitaria (Figura 3).

Ruolo dell'Unità Valutativa Distrettuale (UVD)

Il livello di integrazione del presidio è rappresentato dalla Unità Valutativa Distrettuale (UVD – Figura 4). È questa la sede della valutazione e della analisi dei bisogni dei cittadini oltreché il luogo ove si attivano le risorse disponibili per le risposte. Infatti una volta arrivata la segnalazione del caso, l'UVD dispone l'attivazione delle risorse presenti sul territorio attivando i rispettivi servizi. Questi sono rappresentati dalle varie forme di assistenza domiciliare (ADI, ADP, SAD, ecc.) o dalle forme di assistenza residenziale (Casa di riposo, RSA, PePOD, OdC) oppure ospedaliera. Gli assi decisionali su cui si muovono i criteri per decidere un ricorso alla struttura residenziale o ad un'assistenza domiciliare sono essenzialmente due, pur con diverse gradazioni. Il primo asse è quello della condizione socio-familiare in cui il paziente si trova. Le forme residenziali vengono privilegiate nei casi dove maggiore è il rischio sociale ed in particolare l'assenza di una famiglia o di un gruppo parentale in grado di occuparsi della persona gestendo, in maniera integrata con gli operatori, le risposte ai bisogni assistenziali. Ove esista invece questo tessuto familiare vengono privilegiate le forme di assistenza domiciliare. L'altro asse invece è rappresentato dalla patologia. Le forme acute o che comunque richiedono in maniera indifferibile un ricorso agli aspetti ad elevato contenuto "tecnologico" dell'assistenza medica vengono immediatamente orientate al ricovero ospedaliero. Le forme croniche che richiedono monitoraggio oppure un ritorno alla condizione di equilibrio clinico-metabolico possono essere gestite domiciliarmente oppure, a seconda dei casi, nelle strutture residenziali, con un livello crescente di medicalizzazione che va dalla Casa di Riposo, PePOD, RSA fino al OdC (Figura 5).

L'Unità Valutativa Distrettuale, è composta dal medico di distretto che coordina gli aspetti organizzativi e gestionali unitamente alla valutazione della qualità dei processi assistenziali, dal medico di famiglia che è il responsabile clinico del paziente e delle cure domiciliari, unitamente alla valutazione di qualità dei protocolli clinico-assistenziale e della analisi dei bisogni del paziente, l'infermiere professionale in funzione di case-manager è il responsabile delle cure infermieristiche; l'assistente sociale ha funzione di supporto oltreché di segretariato sociale. L' UVD è integrata di volta in volta da altre figure professionali come il medico specialista (cardiologo, neurologo, chirurgo) o figure con valenza tecnico-professionale di supporto (psicologo, fisioterapista, assistenza spirituale, eccetera), per la valutazione di particolari situazioni di maggiore complessità assistenziale (Figura 6).

Al fine di garantire una decisione in tempo reale del caso proposto e comunque non oltre le 48 ore, è attivato un collegamento in rete tramite Internet che consente di trasmettere i dati richiesti per la valutazione sulla base di una scheda di accesso predeterminata che permette una valutazione di massima. Inoltre è costituito il gruppo operativo della UVD nelle persone del MdF di turno e dell'Infermiere professionale-case manager con facoltà di ammettere i pazienti nella struttura dietro richiesta del medico di famiglia.

Prima valutazione dei risultati

L'attività del presidio territoriale è iniziata a titolo sperimentale il giorno 21 settembre del 1998. È pertanto prematuro fare delle valutazioni definitive. Nel protocollo sperimentale è previsto a 4 mesi la prima valutazione sulla qualità dell'assistenza, sulla appropriatezza dei ricoveri e sulle risorse assorbite dalla sperimentazione, compreso l'eventuale abbattimento di costi generati da ricoveri ospedalieri o altre forme di assistenza usuali applicate prima dell'avvento di tale progetto. A tutt'oggi (15 novembre) i ricoverati nella struttura sono in numero di 22. Undici di sesso femminile e nove di sesso maschile. Le diagnosi sono rappresentate da diabete mellito insulino dipendente, patologie neoplastiche preterminali con necessità di sostegno dei parametri vitali, esiti di ictus cerebrale con necessità di controllo che di riabilitazione, patologia maggiore del sistema nervoso (sclerosi multipla), patologia del sistema emopoietico con necessità di valutazione generale per l'eventuale prosecuzione dell'iter diagnostico. La degenza media si aggira attualmente sui 18 giorni (Tabella 6).

Ruolo del medico di famiglia

All'interno del presidio il Medico di Famiglia svolge un ruolo di responsabilità clinica, di lettura dei bisogni e di valutazione di qualità dei processi clinico-assistenziali (Figura 7). I livelli di partecipazione sono:

- Unità Valutativa Distrettuale
- Presenza all'interno dei processi clinico assistenziali ex art. 39 DPR 484
- Presenza all'interno delle residenze protette e collettività ex art. 39 Accordo Integrativo Regionale.
- Accordo Aziendale per la remunerazione a tariffa giornaliera onnicomprensiva dei medici operanti presso l'Ospedale di Comunità di Castelfidardo.

Per quanto attiene alla presenza del medico all'interno del Presidio nel modulo RSA ogni paziente mantiene il proprio medico curante che garantisce la propria presenza attraverso il metodo degli accessi se il numero dei pazienti è inferiore a 5 oppure se i pazienti presenti all'interno della struttura sono in numero superiore a 5 attraverso quanto previsto dall'accordo Integrativo Regionale che prevede un pagamento forfetario settimanale onnicomprensivo. Per il modulo OdC invece è prevista una presenza di quattro ore giornaliere di un MdF da dividersi in due fasce una anti-meridiana l'altra pomeridiana. Le restanti ore sono considerate di disponibilità. Le attività professionali garantite dal medico di famiglia all'interno del presidio sanitario in favore dei pazienti

ricoverati senza vincolo di scelta possono essere sinteticamente indicati nei seguenti punti:

- attività diagnosi e terapia
- attività prescrittiva in favore dei pazienti ricoverati
- compilazione e aggiornamento della cartella clinica orientata per problemi
- ogni certificazione ritenuta necessaria (invalidità civile, aggravamento, scheda di dimissione, certificati richiesti dai familiari, ecc.)
- prestazioni di particolare impegno professionale
- pronta disponibilità
- riunioni periodiche per valutazione della qualità della sperimentazione e di coordinamento con gli altri medici responsabili del progetto con cadenza almeno settimanale.

I medici individuati a far parte della sperimentazione aderiscono su base volontaria e ricevono per tale partecipazione un compenso a parte concordato con i Sindacati medici maggiormente rappresentativi.

Conclusioni e prospettive

L'esperienza del Presidio Territoriale Integrata di Assistenza Residenziale è iniziata da troppo poco tempo nella ASL 7 di Ancona per poter indicare delle conclusioni valide. C'è comunque da dire che nei confronti di queste strutture attivate oramai in diverse ASL d'Italia si ripone la speranza che, pur mantenendo l'assistenza all'interno di determinati standard qualitativi, il consumo di risorse sia più contenuto rispetto all'ospedale.

Infatti i costi che derivano da altre situazioni più avanzate con la sperimentazione indicano che la spesa giornaliera per l'assistenza ai pazienti ricoverati si aggira dalle 150 alle 180 mila lire giornaliere.

Al momento comunque occorre sottolineare come esistano alcune prospettive (Figura 8) che, l'attivazione di questo presidio integrato indica e che vale la pena indicare, anche al fine di capire come questo tipo di iniziative possano raggiungere un livello di equilibrio nella allocazione delle risorse in relazione all'ospedale e più in generale a tutti i processi assistenziali. Infatti è convincente fortemente radicato in tutto il gruppo di lavoro che ha progettato questo tipo di esperienza, che strutture di questo tipo adeguatamente organizzate sappiano dare delle risposte assistenziali di qualità, ricollocando correttamente l'equilibrio tra territorio e ospedale ora alterato a causa di una prospettiva ancora troppo ospedalocentrica. Infatti il ruolo fondamentale all'ospedale è stato malinteso generando eccessivi consumi di risorse economiche. Fornire la rete dei servizi territoriali di concrete possibilità di risposte flessibile che dal domicilio gradualmente passino attraverso l'attivazione di assistenza programmata o integrata oppure di strutture residenziali, fino a riservare i casi acuti e ad alta complessità diagnostica all'ospedale, significa non solo aumentare la qualità dell'assistenza ma allocare correttamente le risorse nel rispetto della persona sofferente e dei vari "sistemi" che integrano il più ampio Sistema Sanitario Nazionale.

Una prima prospettiva che la realizzazione del presidio territoriale di assistenza integrata residenziale pone è quella della possibilità protocolli definiti di ricovero dai pronto soccorso. Infatti quei pazienti che provenendo dal pronto soccorso non sono affetti da una patologia acuta o ad alta complessità diagnostica, ma da una patologia cronica momentaneamente scompensata che necessiti comunque di controlli ravvicinati ed una adeguata assistenza alla persona potrebbero essere candidati al ricovero in strutture residenziali la media medicalizzazione in grado di garantire un adeguato monitoraggio ed una assistenza al tipo di patologia presentata dal soggetto. Questo consentirebbe da una parte una decompressione dell'ospedale da parte di ricoveri che pur non essendo impropri non sono tipicamente appropriati per una struttura il cui obiettivo è fare diagnosi ed il trattamento della patologia acuta.

Parimenti il problema delle dimissioni precoci potrebbe rappresentare un segmento dell'assistenza più correttamente gestibile all'interno delle strutture residenziali. Infatti una volta stabilizzata una

situazione acuta oppure individuata una determinata diagnosi è possibile inviare il paziente ad una dimissione precoce in una struttura residenziale. Chiaramente occorrerà valutare l'incidenza di questa precocità sul pagamento del DRG ospedaliero.

Inoltre possibile pensare ad una dimissione protetta per quelle situazioni che terminata la fase acuta si stabilizzano pur con dei deficit funzionali o clinico-metabolici aumentando in questo caso il livello qualitativo dell'assistenza fornita.

La flessibilità di queste strutture inoltre permetterebbe anche di affrontare quelle situazioni socio-assistenziali che talvolta le Amministrazioni Comunali gestiscono in maniera non appropriata è che spesso sono destinate a non fornire quel minimo di assistenza richiesta dalla situazione di bisogno. Tutte queste prospettive debbono essere individuate con precisione e supportato da definiti protocolli di intesa individuati dagli operatori chiamati in causa, per evitare anche in questo settore abusi o il ricorso improprio alle modalità assistenziali individuate.

La sfida delle risorse limitate comunque ci impone di ricercare nuove modalità assistenziali rompendo anche con vecchi schemi mentali e organizzativi che oramai non sono più in grado di assicurare qualità efficace ed efficienza delle cure e quindi costose.

Hanno partecipato i seguenti Medici di Famiglia ASL 7 – Distretto Ancona Sud partecipanti al progetto: C. Beviglia, M. Cianca, O. Gambi, G. Gioacchini, G. Giuliani, M. Lusardi, M. Magi, S. Mannocchi, C. Rosciani, C. Salvucci

(Bibliografia a richiesta)

Allegato A

ASL 7 Ancona

Distretto Ancona SUD Ospedale di Comunità di Castelfidardo Via XXV Aprile tel. 071782301

Scheda di ammissione

Nome..... Cognome

Data e luogo di nascita.....

Indirizzo

Numero di telefono.....

Persone da contattare in caso di necessità:

1) nome e cognome

via

telefono:

2) nome e cognome

via

telefono:

3) nome e cognome

via

telefono:

Problemi attivi:

Terapia effettuata:

Altre osservazioni:

Data

Timbro e firma

RECENSIONI
Lezioni Italiane,
Laterza,
Bari, 1998,
Pag. 97,
£ 18000

RICHARD C. LEWONTIN

**Gene,
organismo e ambiente**

Il biologo evolucionista e genetista di popolazione Lewontin è uno studioso di fama internazionale, invitato in Italia nel 1995 dalla fondazione Sigma Tau per una serie di conferenze, che ora appaiono nella collana Lezioni Italiane. Nei capitoli del volume egli affronta tre temi: la biologia dello sviluppo, la concezione evolucionistica dell'adattamento e la causalità in biologia, ovvero i rapporti tra il tutto e le parti. Lewontin esordisce sottileando il carattere metaforico delle enunciazioni scientifiche e mette in guardia dal rischio che si confonda la metafora con la cosa reale. Per esempio chi, aderendo ad una posizione meccanicista della biologia, vede l'organismo "come se fosse una macchina" può finire con il tempo per "pensare che sia una macchina". Nel primo capitolo Lewontin illustra con numerosi esempi i limiti della concezione che fonda la biologia dello sviluppo interamente sui geni e che attribuisce all'ambiente un ruolo di fattore di sfondo. In realtà sono essenziali le interazioni tra ambiente e corredo genetico e forse ancor di più i processi casuali. L'idea di adattamento perfetto degli organismi rispetto all'ambiente - argomento del secondo capitolo - è un altro esempio di travisamento metaforico dell'evoluzionismo che "inquina da tempo la biologia scientifica". L'ambiente non è affatto qualche cosa che esiste in se, cioè indipendentemente dalla moltitudine di essere viventi che lo abitano: anzi gli organismi e gli ambienti co-evolvono, nel senso che i primi "costruiscono attivamente il mondo che li circonda, nel senso letterale della parola".

Infine nell'ultimo capitolo Lewontin affronta le complesse problematiche della causalità in biologia e dei rapporti tra il tutto e le parti, partendo dalla metafora cartesiana dell'uomo-macchina, vista come tentativo di segmentazione del mondo a fini conoscitivi e pratici. Nonostante gli innegabili successi di questa impostazione in realtà i "rapporti tra geni, organismo a ambiente sono relazioni reciproche in cui tutti e tre gli elementi sono sia cause che effetti". Il libro fornisce un contributo di chiarificazione su argomenti fondamentali, sia per la biologia sia per la medicina, troppo spesso utilizzati a sproposito o in modo banale, ad esempio per prospettare soluzioni semplici a problemi complessi.



[top](#)