

Ufficio del medico cantonale
Dipartimento della sanità e della
socialità
Bellinzona

REPARTI AD ALTO CONTENUTO SANITARIO

Definizione, concetti, primi
risultati

A. De Benedetti, A. Aleman, I. Cassis

e il gruppo di lavoro

“Reparto ad alto contenuto sanitario in Ticino”

Salute pubblica No 25

luglio 2005

Citazione suggerita: De Benedetti A, Aleman A, Cassis I.
Reparti ad alto contenuto sanitario
Bellinzona, Ufficio del medico cantonale, 2005
(Salute pubblica).

Autori: Anna De Benetti, dr med.,
Caposervizio Vigilanza e qualità specialista in
prevenzione e sanità pubblica.
Alexandre Aleman, inf. CRS
Infermiere cantonale.
Ignazio Cassis, dr med., MPH
Medico cantonale
specialista in medicina interna, prevenzione e
sanità pubblica.

Gruppo di lavoro:
Marco Bernasconi, direttore Castelrotto
Riccardo Boschetti, direttore Santa Lucia
Cesare Cattori, direttore Cevio
Gian Paolo Caligari, contabile Castelrotto
Giorgio Borradori, capoufficio anziani
Carlo Denti, caposezione sost. a enti e attività
sociali
Marie-Claire Fabbris, responsabile cure Cevio
Doris Giacomini, responsabile cure Opera Caritas
Dr. Thomas Kottanattu, direttore sanitario Cevio
Dr.ssa Rita Monotti, supervisore sanitario Cevio
Renata Quadri, responsabile cure Castelrotto
Dr.ssa Wania Roggiani, direttore sanitario Opera
Charitas
Sr Dietbirg Rung, direttrice Opera Caritas
Dr. Antonio Rusca, direttore sanitario Santa Lucia
Maria Grazia Sassi, responsabile cure Santa Lucia
Dr. Gianmaria Solari, direttore sanitario Castel-
rotto

Indirizzo generale: Ufficio del medico cantonale
Via Dogana 16
CH 6501 Bellinzona
Telefono +41 (0)91 8144002
Fax +41 (0)91 8144446
E-mail dos-umc@ti.ch
Sito internet www.ti.ch/med

INDICE

1	Introduzione	4
2	Il concetto di alto contenuto sanitario.....	6
2.1	Breve storia	6
2.2	Definizione del target.....	8
2.3	Dotazione di personale.....	10
2.4	Qualifiche del medico.....	10
2.5	Il picchetto medico	11
2.6	Durata del ricovero	12
2.7	Finanziamento del ricovero.....	12
3	La fase sperimentale.....	13
4	Obiettivi.....	14
5	Metodo	14
6	Risultati	15
6.1	Caratteristiche generali	15
6.2	Degenza media	15
6.4	Età media e genere	16
6.5	Provenienza e dimissioni dei pazienti.....	16
6.6	Stato di salute dei pazienti ammessi.....	18
6.7	Fabbisogno sanitario supplementare	21
6.8	Caratteristiche dei pazienti provenienti dal domicilio e dall'ospedale...21	
7	Conclusioni	23
8	Raccomandazioni.....	23
9	Allegati	24

1 INTRODUZIONE

I sistemi sanitari dei paesi industrializzati sono attraversati da un processo di progressiva specializzazione dei servizi ospedalieri, orientati verso un aumento della capacità di risposta ad emergenze cliniche, problemi acuti, interventi diagnostici e terapeutici ad elevata complessità. Contemporaneamente si registra un progressivo aumento delle problematiche legate alla disabilità e alle malattie croniche, che determinano una crescente domanda di servizi di cura a medio-lungo termine e a minor contenuto sanitario specialistico.

Il ruolo dell'ospedale in tutto il mondo è dunque al centro di un processo di trasformazione e ridefinizione, del quale ancora non si conoscono tutti i confini. Tuttavia, in assenza di precisi riferimenti culturali, scientifici ed epidemiologici per potere -con sufficiente precisione- prevedere il futuro, ci si trova comunque nell'obbligo di gestire nel modo più razionale un'assistenza sanitaria moderna e umana, ad un costo sostenibile.

La necessità di contenere la crescita eccessiva dei costi della salute¹ ha indotto il legislatore ad ancorare nella LAMal (art. 39) il principio della pianificazione ospedaliera, così da rispondere nel modo più adeguato possibile al fabbisogno sanitario dei cittadini. Finalizzato alla riduzione dei posti letto nel settore acuto² - ritenuti eccedenti nel paragone internazionale - l'esercizio pianificatorio ha comportato la conversione di numerosi posti-letto acuti in posti-letto di casa per anziani³, il cui numero complessivo appariva insufficiente a coprire il fabbisogno di una popolazione che invecchia.

La conseguente riduzione di posti letto ospedalieri, associata alla diminuzione della degenza media in ospedale apre la questione del destino di quei pazienti anziani sofferenti di poli-patologie croniche (definiti "anziani fragili"), che colpiti dal riacutizzarsi di una malattia, o dal manifestarsi di un nuovo evento morboso abbisognano di tempi lunghi per la guarigione. In particolare, per questi pazienti il ricovero in ospedali somatici acuti spesso non risolve completamente il problema perché la risposta sanitaria é concentrata in una degenza sempre più corta (7/8 giorni). D'altro canto, la necessità di una sorveglianza continuativa da parte del personale curante non ne permette la cura al proprio domicilio e i cosiddetti soggiorni temporanei, predisposti all'interno di varie case per anziani per accogliere transitoriamente anziani e sollevare così i famigliari per brevi

¹ Per costi della salute s'intende l'insieme dei costi necessari al funzionamento del sistema sanitario, quale dispositivo organizzativo preposto alla risposta dei bisogni dei cittadini classificati come "sanitari"

² Il settore acuto secondo LAMal comprende gli istituti somatici acuti, gli istituti di psichiatria e di riabilitazione medica (art. 39.1 LAMal).

³ In Italia RSA (residenze sanitario-assistenziali, case di riposo), in Svizzera francese EMS (établissements medico-sociaux), in Svizzera tedesca Pflegeheime.

periodi da questo compito, non offrono una struttura sufficientemente "medicalizzata" per un'appropriata cura del paziente.

Sebbene si possa affermare che il numero d'anziani fragili all'interno della popolazione rappresenti una percentuale modesta, questa può metter in crisi l'attuale offerta sanitaria ospedaliera acuta proprio perché i tempi di ripresa di questi pazienti sono più lunghi, con conseguente occupazione del posto letto. Ciò determina la tendenza dell'ospedale ad eludere i bisogni sanitari assistenziali degli anziani, poiché anche di fronte alla guarigione dell'evento acuto, l'anziano fragile non ha superato lo "stato di malato" che gli deriva dall'essere portatore di altre malattie croniche ad andamento progressivo, spesso incurabili con situazioni di disagio socio-ambientale o psico-cognitivo. Ne deriva quindi la necessità d'offrire una risposta differenziata ai bisogni di cura dell'anziano, non ancora pronti a rientrare al proprio domicilio, dopo una settimana di ricovero ospedaliero.

Un'offerta sanitaria che si colloca a metà strada tra l'ospedale per acuti e il rientro al domicilio (con o senza aiuti) è la sfida che il Dipartimento della sanità e della socialità si è proposto di cogliere con la creazione di unità denominate "*reparto ad alto contenuto sanitario (ACS)*". L'idea che soggiace a quest'offerta sanitaria è quella di una diversificazione dei compiti delle classiche strutture di casa per anziani. Il potenziamento, limitato ad un piccolo reparto (di regola una quindicina di letti), dell'intervento sanitario riabilitativo senza la necessità di disporre di tecnologia sofisticata e costosa, dovrebbe rispondere al meglio al fabbisogno del paziente "anziano fragile", descritto più avanti. Quest'intervento deve inoltre essere caratterizzato da un inserimento ottimale nella rete dei servizi presenti sul territorio (assistenza domiciliare nelle varie forme, centri diurni), così da permettere all'anziano di rientrare al proprio domicilio, nel senso di una continuità delle cure.

2 IL CONCETTO DI ALTO CONTENUTO SANITARIO

2.1 Breve storia

La precedente fase della pianificazione ospedaliera concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal), conclusasi con il Decreto esecutivo del Consiglio di Stato del 20 giugno 2001, comportò la riconversione di alcuni istituti di cura acuti - pubblici e privati - in istituti di cura per anziani, soggetti quindi ad un diverso regime di finanziamento (art. 39.3 LAMal).

La trasformazione di ospedali, fino ad allora classificati come acuti⁴ (p. es. Ospedale Valmaggese di Cevio, Clinica Opera Charitas di Sonvico, Clinica Santa Lucia di Arzo), in istituti di cura per persone anziane, aveva sollevato non pochi interrogativi sulla disponibilità residua di posti letto adeguati ai bisogni di pazienti anziani e fragili. Pazienti per i quali l'ospedale acuto offre una risposta ai bisogni sanitari spesso troppo tecnologica ed onerosa, mentre la casa per anziani, seppur medicalizzata, si dimostra una soluzione insufficiente a coprire il fabbisogno di cura di questi pazienti.

La riconversione dell'ospedale Valmaggese di Cevio aveva suscitato un'ondata di rifiuto tra la popolazione della valle. Si dibatteva così sulla necessità di aggiungere una nuova categoria di servizi stazionari al catalogo già esistente di strutture stazionarie per colmare una carenza tra offerta e domanda e quietare le critiche. Dalle discussioni reattive all'intenzione pianificatoria era scaturita l'idea di definire e proporre una nuova tipologia di servizio: il **reparto ad alto contenuto sanitario**⁵, ubicato all'interno di una casa per anziani. In sostanza si tratta di un servizio da collocare, dal profilo concettuale ed organizzativo, tra:

- a. l'ospedale acuto (insieme eterogeneo di strutture acute somatiche, di riabilitazione e di psichiatria), secondo l'articolo 39.1 LAMal;
- b. il reparto di soggiorno temporaneo (definito dalla legge anziani) ubicato all'interno della casa per anziani "classica", secondo l'articolo 39.3 LAMal).

Giova ricordare che l'ospedale di Cevio, oltre ad assumere un ruolo simbolico grazie all'impegno sociale e comunitario per la Valle, rappresentava comunque un punto di riferimento apprezzato per l'assistenza sanitaria ai Valmaggesi e, soprattutto, un importante indotto per una parte della popolazione.

⁴ ancorché caratterizzati da una durata media di degenza piuttosto lunga (alcune settimane) e frequentati da pazienti generalmente anziani e con plurime problematiche sanitarie

⁵ Guglielmetti A, Monatti R, Mossi G, Poncini M, Cassis I. *Istituto di cura valmaggese Cevio e Someo*. Bellinzona, Ufficio del medico cantonale, 2001 (Salute pubblica n. 13).

L'Istituto di ricerche economiche (IRE) del Cantone evidenziava, in un rapporto del 2000⁶, come l'allora ospedale di Cevio aveva un impatto rilevante - rispetto all'economia della regione - sia sulla massa salariale sia conseguentemente sul gettito fiscale. Di minor rilevanza era l'impatto misurato in termini di prestazioni ospedaliere.

Sulla scorta di queste osservazioni, e ritenuto che la LAMal - nell'interpretazione datale dal Consiglio federale - non può avere quale finalità il mantenimento o la promozione di una politica regionale⁷, il Dipartimento promuoveva la ricerca di soluzioni operative che tenessero in conto la necessità di riconvertire l'attività del nosocomio al nuovo mandato (casa per anziani) e contemporaneamente i bisogni sanitari della popolazione locale. Inoltre, la riconversione doveva garantire anche l'indotto economico, a tutela di una politica regionale di sviluppo.

In collaborazione con l'Ente ospedaliero cantonale, proprietario dell'ospedale, fu celermente elaborato il progetto di riconversione⁸, approvato dal Consiglio di Stato il 20 dicembre 2000. La rapidità con la quale fu richiesto di procedere, non permise un'ampia consultazione e condivisione del progetto, aspetto questo che determinò importanti resistenze al cambiamento da parte dei medici della Valle proprio sui contenuti sanitari del progetto. Il progetto, seppur conforme all'analisi dell'IRE e agli indirizzi di politica regionale fu oggetto di molte critiche espresse dai medici e la loro posizione fu accolta dalle autorità della Valle. Si ricordi a questo proposito l'accesso dibattito tenutosi a Cevio il 25 aprile 2001 e il seguente incontro a Bellinzona tra l'allora Dipartimento delle Opere Sociali (oggi Dipartimento della sanità e socialità) e una delegazione della Valle (30 aprile 2001). In particolare i medici della Valle reclamavano un progetto "più medico", che tenesse maggiormente in considerazione i bisogni sanitari dei pazienti, così come percepiti ed espressi dai medici locali.

Per questa ragione il Medico cantonale fu incaricato dal Dipartimento ad approfondire la questione con i colleghi della Valle e di elaborare una specifica proposta. L'8 maggio 2001 furono stabiliti, in un incontro tra il Medico cantonale e la delegazione dei medici della Valle presso l'ospedale di Cevio, le condizioni necessarie alla revisione del progetto di riconversione dell'ospedale di Cevio. Queste erano:

- Accoglienza di pazienti anziani, dimessi dopo malattie acute dall'Ospedale regionale di Locarno, per una riabilitazione in vista del rientro al domicilio;
- Accoglienza di pazienti anziani valmaggesi bisognosi di una più elevata intensità di cure di quanto è possibile al proprio domicilio;

⁶ Lurà P, Alberton S. *Il sistema cantonale degli ospedali pubblici - Valutazione dell'impatto socio-economico e territoriale* IRE, maggio 2000.

⁷ Decisione del CF 17 febbraio 1999 sui ricorsi contro la pianificazione del Cantone Zurigo (RAMA 3/1999, pp. 211 ss)

⁸ Rapporto del Consiglio di Stato. *Proposta di nuovo Centro sociosanitario di Cevio/Someo*. Bellinzona, settembre 2000.

Durata di degenza in entrambi i casi di circa due settimane, così da evitare un impiego inappropriato del reparto (casi sociali) e da permettere un turn-over sufficiente a non avere liste d'attesa.

2.2 Definizione del target

La creazione di un reparto di 15 posti letto, ubicato all'interno della casa per anziani - e quindi sottoposta al regime assicurativo riferibile all'articolo 39.3 LAMal - rappresenta la nuova formula di risposta sanitaria scaturita dalla negoziazione relativa alla chiusura dell'ospedale di Cevio.

L'idea centrale è quella di potere continuare a offrire cure adeguate a pazienti anziani "post-acuti", cioè reduci da un ricovero in ospedale o clinica acuta, oppure necessitanti di cure non erogabili al proprio domicilio, ma non così complesse da richiedere un ricovero ospedaliero.

Si tratta della presa a carico del cosiddetto "anziano fragile", considerato il tipico paziente geriatrico. Un soggetto affetto da due o più patologie croniche, spesso incurabili e ad andamento progressivo, accompagnate o no da situazioni di disagio socio-ambientale o psico-cognitivo. Di fronte alla riacutizzazione di una malattia cronica o all'insorgenza di una patologia acuta, è necessario un intervento intensivo che tenda a contrastare l'evento acuto insieme alle sue possibili conseguenze invalidanti che possono condurre alla riduzione o alla perdita dell'autonomia.

Il reparto si rivolge perciò a pazienti anziani e fragili, con problemi internistici in senso lato (anche per es. dopo interventi chirurgici addominali o dopo protesi dell'anca), che necessitano un sostegno clinico non specialistico per ritrovare la propria autosufficienza e poter quindi rientrare al domicilio. Proprio il rientro a domicilio rappresenta l'obiettivo ultimo delle degenze in questo reparto. I pazienti possono accedere a questo reparto sia dall'ospedale acuto, sia dal domicilio. La durata di degenza non deve superare, di regola, le due settimane.

Non si tratta quindi di un reparto per ricoveri nell'attesa di un trasferimento definitivo in casa per anziani e neppure di un reparto di "soggiorno temporaneo", dove *sistemare* i propri cari transitoriamente per alleggerire il carico familiare. E nemmeno si ammetteranno pazienti oncologici terminali, o pazienti necessitanti di riabilitazione specialistica (ortopedica, neuro-muscolare, cardiaca), per i quali esistono in Ticino apposite strutture.

Il criterio fondamentale d'ammissione - valutato sulla base della malattia e dello stato clinico - è pertanto il **potenziale riabilitativo** e l'elevata probabilità che il paziente possa far **ritorno al proprio domicilio** entro due settimane.

Il reparto ad alto contenuto sanitario (ACS) è quindi un'unità organizzativa, il cui obiettivo consiste nel fornire un'intensità di cura a metà strada tra la casa per anziani e l'ospedale acuto. All'organizzazione medico-infermieristica compete il fornire un'assistenza sanitaria continuativa per un periodo di circa due settimane

di degenza, tesa a ristabilire un nuovo equilibrio omeostatico dell'anziano fragile, tale da consentire il rientro al proprio domicilio o, in casi eccezionali, in casa per anziani⁹.

L'unità deve saper rispondere a bisogni sanitari eterogenei dei pazienti anziani, sia che provengano da un ricovero ospedaliero, sia dal proprio domicilio. Per esplicitare la casistica di pazienti anziani ammissibili in reparti ad ACS, elenchiamo a titolo esemplificativo alcune tipologie di soggetti anziani candidati che potrebbero beneficiare di un ricovero in quest'unità:

- soggetti che hanno superato in ospedale la fase acuta di malattia, ma che presentano astenia, disidratazioni o sindromi d'immobilizzazione necessitanti una riabilitazione globale (es.: stati post infettivi come ad es. polmoniti e infezioni vie urinarie; stati di riequilibrio dopo scompensi cardiovascolari; stati di riequilibrio di scompensi metabolici e diabetici);
- pazienti la cui patologia richiede uno stretto monitoraggio ematochimico;
- pazienti che necessitano di frequenti medicazioni posttraumatiche o postinfettive;
- pazienti anziani in gravi condizioni cliniche per patologie irreversibili, non richiedenti tecnologia ospedaliera (alcune patologie tumorali¹⁰, reumatiche, ecc.);
- anziani affetti da deterioramento mentale con disturbi del comportamento che necessitano d'aggiustamento e monitoraggio della terapia farmacologica;
- soggetti affetti da esiti di fratture che necessitano di fisioterapia non intensiva¹¹ o in attesa d'essere idonei al trasferimento in altra struttura riabilitativa.

In sintesi, si tratta frequentemente di pazienti reduci da ricoveri ospedalieri acuti, o dal proprio domicilio per peggioramento di una malattia nota e curabile senza alta tecnologia, che richiedono un sostegno ed un riequilibrio terapeutico (fisioterapia, deambulazione, recupero delle funzioni quotidiane).

Essendo l'obiettivo del reparto la preparazione al rientro a casa dopo l'evento morboso che ha condotto al ricovero, è necessario stabilire precocemente contatti con il medico di famiglia, con il servizio di assistenza e cure a domicilio e con eventuali associazioni di volontariato per garantire la continuità assistenziale dell'anziano.

⁹ Si tenga presente che nella convenzione tariffale tra santésuisse e le case per anziani dotate di reparto ACS, santésuisse ha deciso di riconoscere il finanziamento della degenza soltanto per quei ricoveri che si concludono con il rientro al domicilio della persona anziana.

¹⁰ Non sono contemplati i pazienti oncologici terminali sotto i 60 anni d'età, che vanno curanti al domicilio o pazienti terminali anziani che possono essere curati in CPA

¹¹ I pazienti necessitanti riabilitazione specialistica (ortopedica, neuro-muscolare, cardiaca) devono rivolgersi alle apposite cliniche di Novaggio, Sementina, Brissago e Faido.

2.3 Dotazione di personale

Il modello di reparto ad ACS – con dotazione di 15 posti-letto - è caratterizzato dalla presenza quotidiana di un **medico sperimentato** sull'arco di mezza giornata (5 ore al giorno), che garantisce una supervisione delle cure ed un adeguamento rapido delle stesse¹². Il medico garantisce anche un'adeguata reperibilità tramite un servizio di picchetto, i cui tempi di latenza devono essere differenti (più lunghi, 1-2 ore p.es.) di quanto generalmente richiesto in un ospedale acuto (30 minuti).

Il modello prevede anche un'assistenza infermieristica costante 24 ore al giorno, la regolare presenza di fisioterapia riabilitativa, di ergoterapia ed altri servizi specialistici al bisogno. Visite mediche specialistiche (anche in ambito psicologico) vanno sollecitate ad uopo tramite accordi con gli specialisti del territorio o di strutture sanitarie e noscomi vicini. Per quanto riguarda i servizi medico-tecnici i pazienti devono poter usufruire di prestazioni di radiologia convenzionale e di laboratorio di base.

Per il calcolo della dotazione infermieristica valgono gli usuali parametri definiti dal DSS e inclusi nell'elenco dei requisiti di qualità emanato dal medico cantonale. Infine i 15 pazienti del reparto ad alto contenuto sanitario devono poter usufruire delle usuali attività di riabilitazione della casa per anziani, così come di ogni altro servizio pertinente offerto (animazione, podologo, ecc.).

2.4 Qualifiche del medico

Il medico titolare di un reparto ACS dev'essere in possesso del titolo federale di perfezionamento (o FMH) in medicina interna e, idealmente, del titolo di formazione approfondita in geriatria. In assenza di quest'ultimo va preferito il/la candidato/a che può vantare un'esperienza professionali in questo settore della medicina.

La forchetta salariale riconosciuta dal Dipartimento della sanità e della socialità per questa figura professionale varia – per un unità a tempo pieno - da un minimo di Fr. 140'000 a un massimo di Fr. 170'000 e si situa così nella parte superiore della scala di medico capoclinica EOC, fino al salario di medico caposervizio EOC. L'istituto è libero di definire contrattualmente altri compensi, ma ne assume la responsabilità finanziaria.

La collocazione iniziale di un medico tra gli estremi di questa forchetta è compito della direzione della casa per anziani, che può avvalersi al proposito dell'Ufficio del medico cantonale. Di seguito i principali criteri di giudizio:

- a) titoli professionali,

¹² Istituto di cura valmaggese con sedi a Cevio e Someo (conversione dell'Ospedale di zona di Cevio). Consiglio di Stato, Bellinzona 19 giugno 2001

- b) anni di esperienza clinica,
- c) ruoli professionali coperti nel rimanente 50%,
- d) esperienza specifica nel settore geriatrico,
- e) appartenenze e conoscenza del territorio in cui si opera,
- f) legami professionali e sinergie con istituti di cura acuti

La forchetta salariale può essere divisa in 6-8 scalini, senza garanzia di progressione automatica, ma lasciata al giudizio dell'ente proprietario quale incentivo per il medico.

Da notare inoltre che la settimana lavorativa considerata per questo salario è di 50 ore e che il metà tempo deve garantire una presenza quotidiana media di 5 ore. Da considerare infine che il medico ha un obbligo di aggiornamento professionale di 80 ore per titolo di specialità e che occorre dunque concedere 2 settimane (pro rata temporis) per questo compito, oltre alle ferie.

Da ricordare che se il medico titolare assume anche l'onere di direttore sanitario della CPA, il suo salario è maggiorato di Fr. 15'000.-

Il medico ha infine diritto ad una copertura di RC a carico della casa per anziani.

2.5 Il picchetto medico

Per quanto concerne il servizio di picchetto, questo va garantito sull'arco delle 24 ore, ma con modalità ragionevoli. La reperibilità del medico dev'essere garantita sull'arco di 1-2 ore, situazioni cliniche acute che non possono essere gestite in loco dal personale sanitario comportano il trasferimento immediato del paziente nel più vicino ospedale acuto.

Il medico ha poi la responsabilità di definire, insieme con la direzione amministrativa, l'organizzazione del picchetto e d'istruire il personale curante a farne un uso appropriato. Quale esempio può valere la seguente rappresentazione schematica:

La settimana sarebbe allora suddivisa in questo modo:

orario	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
0800 - 1300	A) Presenza medico titolare					D) Picchetto medico festivo	
1300 - 1900	B) Picchetto medico diurno						
1900 - 0800	C) Picchetto medico notturno						

Il medico titolare garantisce senza indennizzi supplementari la reperibilità telefonica nei turni B e C durante l'anno (circa 44 settimane). La reperibilità telefonica di fine settimana è remunerata Fr. 250.- / settimana e compete al medico titolare organizzarla, eventualmente con l'aiuto di colleghi conosciuti in casa per anziani.

L'intervento notturno e festivo è onerato con la tariffa di Fr. 120/ora.

2.6 Durata del ricovero

La durata ideale di un ricovero presso un reparto ad altro contenuto sanitaria è stabilita dal modello medico (vedi capitolo 2.2). Con la durata di due settimane, a cui vanno spesso aggiunti i 7-10 giorni trascorsi dapprima in un ospedale acuto, si raggiunge una degenza complessiva di 3-4 settimane che s'ipotizza rispondere in modo appropriato al bisogno riabilitativo dell'anziano fragile.

2.7 Finanziamento del ricovero

Altro elemento caratteristico del modello in discussione è il **regime di finanziamento**. Le prime due settimane del ricovero devono rappresentare, per il paziente, il medesimo onere finanziario (partecipazione ai costi) che questi avrebbe sostenuto se fosse stato ricoverato in un ospedale acuto. Questo per garantire parità di trattamento tra il cittadino che effettua una post-cura in appositi ospedali (Clinica Varini, Clinica Luganese sede San Rocco) e quello che effettua una cura analoga in reparti ACS. Si è stabilito di garantire una partecipazione finanziaria individuale equivalente nei due regime di presa a carico solo nelle prime due settimane, in quanto a partire dal 16esimo giorno di degenza presso l'ACS il modello prevede un aumento della partecipazione finanziaria del paziente ai costi di ricovero. La partecipazione personale del paziente è fissata come segue:

- Fr. 20.- dal primo al quattordicesimo giorno
- Fr. 50.- dal quindicesimo giorno

Tuttavia, sia la compartecipazione del paziente ai costi, sia il rimborso forfetario delle casse malati non copre il fabbisogno di questo reparto la cui gestione finanziaria s'inserisce in quella dei sussidi erogati sulla base della Legge anziani. Il finanziamento di questi reparto segue quindi le medesime regole di calcolo e ripartizione del finanziamento per le case per anziani, di cui questi reparti sono unità operative. Dal profilo finanziario la responsabilità incombe dunque al DSS, che negozierà direttamente o indirettamente (per il tramite della casa per anziani o dell'associazione di categoria) con gli assicuratori malattia, per ottenere il riconoscimento delle prestazioni sanitarie in base alla LAMal.

Per l'anno 2004 DSS e santésuisse hanno pattuito una convenzione che prevede una diaria giornaliera di Fr. 97.- comprendente le seguenti prestazioni:

- Fr. 75.- di forfait giornaliero per prestazioni infermieristiche, fisioterapiche ed ergoterapiche,
- Fr. 7.- di forfait giornaliero per medicinali e materiale sanitario,
- Fr. 15.- di forfait giornaliero per prestazioni mediche (esami radiologici convenzionali, elettrocardiogramma, laboratorio).

3 LA FASE SPERIMENTALE

Trattandosi di una nuova tipologia di servizi stazionari per cure mediche, occorre definire una fase di rodaggio, durante la quale – e limitatamente a un numero ristretto di servizi – si possa prestar maggior attenzione agli aspetti concettuali, organizzativi e finanziari, per poter esprimere un parere circa la pertinenza del modello rispetto ai bisogni di partenza, la sua sostenibilità finanziaria, e un'eventuale espansione ad altre case per anziani del Cantone.

La fase sperimentale che si riferisce a questa nuova formula organizzativa e finanziaria dei reparti ACS si sviluppa essenzialmente su due assi di ricerca: quello sanitario e quello finanziario.

La gestione del primo aspetto è stata prevalentemente assunta dall'Ufficio del medico cantonale, la gestione del secondo aspetto dall'Ufficio anziani, entrambi servizi del DSS.

Nel corso del 2004 tre reparti ACS ubicati presso le case per anziani Santa Lucia di Arzo, Malcantonese di Castelrotto e Centro socio-sanitario di Cevio, per un totale di tre volte 15 letti (= 45 posti letto) sono stati sottoposti ad una verifica puntuale di diversi elementi. L'inizio di questa fase di rodaggio è avvenuta in tempi diversi, ma a partire dal secondo semestre 2004 le tre unità erano tutte operative. Per ragioni storiche la casa per anziani di Cevio ha iniziato prima delle altre la propria attività ACS (già nel 2003), mentre la casa Santa Lucia di Arzo, benché la conversione da clinica a casa per anziani fosse formalmente già avvenuta il 1. gennaio 2004, ha iniziato a monitorare soltanto dal mese di giugno la propria attività ACS. La casa anziani Malcantonese di Castelrotto ha iniziato la propria attività a metà giugno 2004 e da subito ha sottoposto a verifica il proprio agire (tabella 1).

Tabella 1. Inizio delle attività di monitoraggio

	Cevio	Arzo	Castelrotto
inizio attività	01.01.2004	03.06.2004	14.06.2004

La fase sperimentale ha l'obiettivo di verificare l'adeguatezza sanitaria del modello teorico di riferimento e la capacità di raggiungere gli obiettivi stabiliti (le cure erogate migliorano la fragilità dell'anziano e ne favoriscono il rientro al domicilio?).

4 OBIETTIVI

1. verificare le caratteristiche demografiche della popolazione che accede ai reparti ACS e descriverne il quadro morboso e il grado di dipendenza;
2. verificare il livello d'intensità delle cure erogate;
3. verificare la destinazione degli anziani alla dimissione.

5 METODO

Un'apposita scheda di valutazione (allegato 1), il cui contenuto è stato previamente discusso e approvato dal gruppo di lavoro coordinato dall'UMC e composto dai medici responsabili dei reparti e dalle rispettive capo cure¹³, ha consentito la raccolta dei dati allo scopo sanitario. L'immissione dei dati è avvenuta tramite in una banca dati apposita creata in MS-Office.

La scheda contiene i dati anagrafici, la provenienza del paziente, la diagnosi alla dimissione (codificata in base alla classificazione ICD 10), il numero di sedute di fisioterapia eseguite, il tempo dedicato ad attività di coordinamento sociale, il tempo medico, il grado di dipendenza, il risultato del mini-mental status e informazioni sulla complessità del trattamento.

¹³ Cfr. Verbale del 22 gennaio 2004

6 RISULTATI

I risultati dell'analisi dei dati sono presentati in forma anonima. Per semplicità le tre unità sono state nominate ACS1, ACS2 e ACS3.

6.1 Caratteristiche generali

Le tre unità ACS, nel secondo semestre 2004, hanno trattato 345 pazienti, per un totale di 8'609 giornate di cura (queste sono calcolate dalla data di ammissione a quella di dimissione dall'unità, indipendentemente dal sistema di fatturazione). La degenza media (DM) delle tre unità è di 25.1 giorni ed è calcolata dividendo le giornate totali per il numero dei pazienti (tabella 2).

Tabella 2. Indicatori di attività

Indicatori	Totale
Pazienti	345
Giornate di cura	8'609 giornate
Degenza media	25.1 giorni
Età media	80 anni

6.2 Degenza media

Le degenze più brevi ed omogenee nella durata del soggiorno avvengono presso l'ACS2 (tabella 3). Inoltre, in questo istituto la quasi totalità dei ricoveri si realizza con una degenza media inferiore ai 28 giorni (98%). Mentre, importanti variazioni nella durata nei ricoveri si riscontrano presso l'ACS1 (Dev. Std. = 23.4), che si caratterizza anche, per essere l'istituto con la più alta percentuale di ricoveri di durata \geq a 29 giorni (30%). L'ACS3 dimette il 78% dei pazienti entro 28 giorni, pur avendo 22% delle degenze che si protraggono più di 29 giorni.

Tabella 3. Durata della degenza per reparto ACS

degenza	ACS1	ACS2	ACS3
Min.	0	4	3
Max	154	37	72
Media	29.4	20.1	25.1
Mediana	26	21	27
Std. Dev.	23.4	6.9	13.3
Degenza \leq 14 dì	22%	32%	23%

degenza	ACS1	ACS2	ACS3
Degenza $15 \leq \text{di} \leq 28$	48%	67%	55%
Degenza ≥ 29 di	30%	1%	22%

Tuttavia, solo un quarto dei ricoveri totali ACS (25.8%) si risolve con una degenza media inferiore a 14 giorni, come ipotizzato dal modello sanitario. Poco più della metà dei ricoveri si conclude in massimo 28 giorni (55.9%), mentre ben il 17.7% dei ricoveri ha una degenza superiore ai 29 giorni.

6.4 Età media e genere

L'età media complessiva dei pazienti è di 80 anni. Dalla tabella 4 s'evince che vi sono delle differenze nella configurazione dell'età tra le tre unità. In particolare l'ACS1 ha ricoverato un paziente di 39 anni, ma risulta comune la presenza di pazienti centenari in queste unità.

Tabella 4. Età dei pazienti ricoverati presso l'ACS

età	ACS1	ACS2	ACS3
Min.	39	60	59
Max	101	100	98
Media	77.2	81.5	82.2
Mediana	80	81.4	83.4
Std. Dev.	12.3	8.4	8.8

Le pazienti di sesso femminile (tabella 5) sono maggiormente rappresentate (41%), almeno per i due istituti per i quali questi dati sono a disposizione (ACS2 e ACS3).

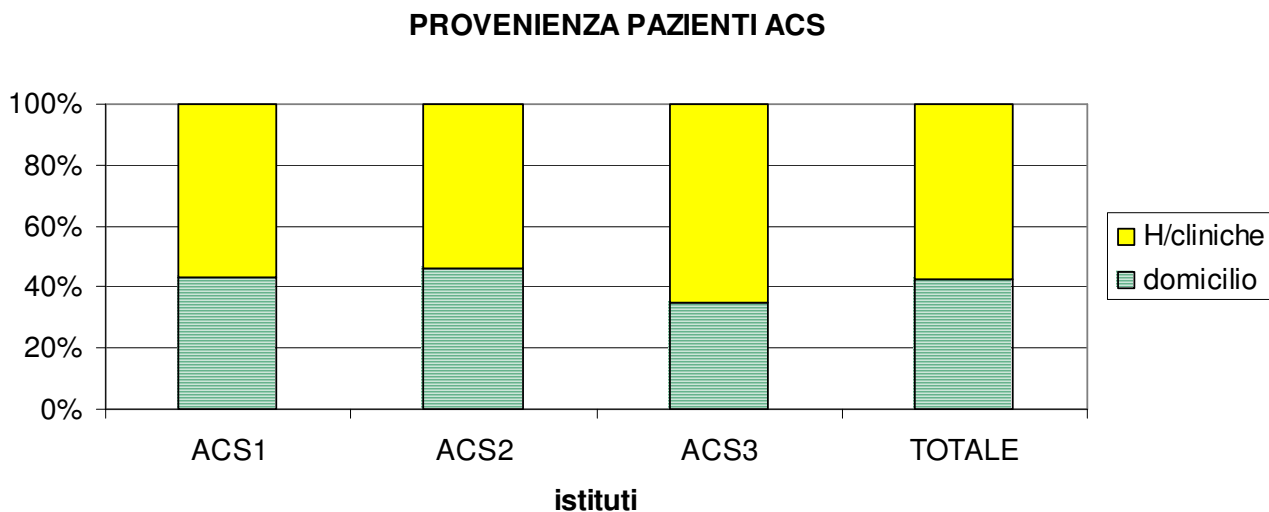
Tabella 5. Sesso dei pazienti ricoverati all'ACS (missing elevato !)

Sesso	%
Femmine	40.6
Maschi	17.7
Missing	41.7

6.5 Provenienza e dimissioni dei pazienti

Il 42% (n=145) dei pazienti proviene dal proprio domicilio, mentre il 56.8% (n = 196) da un ospedale o clinica (missing 1.2%). Il grafico 1 riporta le piccole differenze tra un'unità e l'altra rispetto alla provenienza dei pazienti.

Grafico 1. Provenienza pazienti in ACS

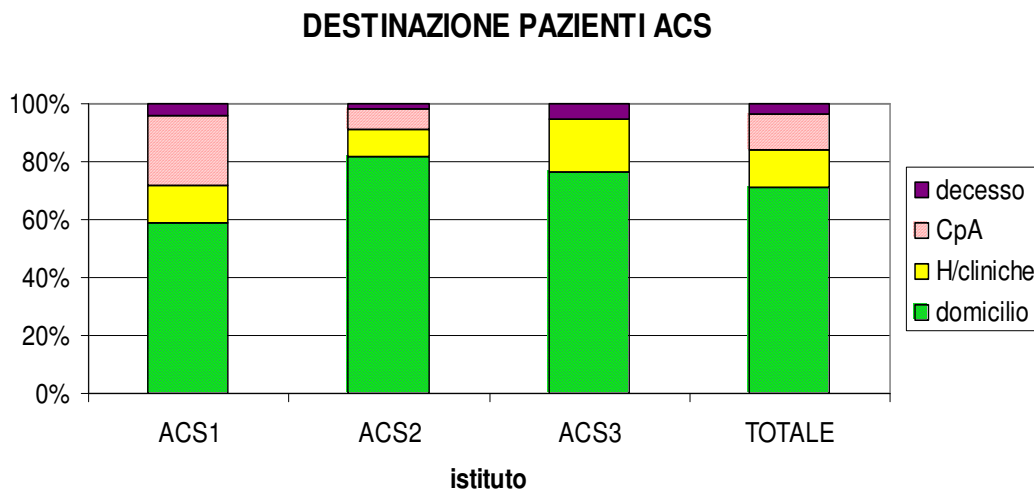


dei pazienti dell'unità ACS è stato trasferito presso un ospedale, clinica o altro istituto (es.: di riabilitazione) per un'ulteriore proseguimento delle cure. Infine il 3,5% degli anziani è deceduto (tabella 6).

Tabella 6. Destinazione complessiva degli anziani alla dimissione

Destinazione pazienti	n	%
Domicilio	242	70.1
Ospedale – clinica	29	8.4
Altri istituti	15	4.3
Casa per anziani	41	11.9
Cimitero	12	3.5
missing	6	1.7

Grafico 2. Destinazione pazienti alla dimissione



Come per l'ammissione, anche la destinazione del paziente alla dimissione è caratterizzata da piccole variazioni tra le tre unità ACS.

6.6 Stato di salute dei pazienti ammessi

Per valutare, in senso lato, lo stato di salute dei pazienti ricoverati presso l'ACS in questa prima fase della sperimentazione, ci si è basati su tre sistemi d'indicatori:

1. la diagnosi medica alla dimissione, codificata tramite il sistema internazionale di classificazione delle malattie dell'OMS, l'ICD 10;
2. il grado di dipendenza del paziente misurato tramite una griglia di valutazione, denominata di Paillard, che quantifica l'abilità della persona ad eseguire le cosiddette ADL (*Activities of Daily Living*), vale a dire valuta l'adeguatezza della performance in diverse funzioni quali: la mobilità, la comunicazione, l'orientamento, l'alimentazione, ecc.
3. Lo score o risultato dell'esecuzione del mini mental status per valutare lo stato cognitivo.

6.6.1 Codici ICD-10

In riferimento ai codici diagnostici, codificati alla dimissione dei pazienti, si evidenzia una certa disomogeneità tra i tre istituti. Come si evince dalla tabella 7, l'ACS2 codifica in media 5 diagnosi per dimissione, rispetto all'ACS3 che ne riporta, meno di tre.

Tabella 7. Media codici ICD per paziente

ACS1	ACS2	ACS3
3.1	5.0	2.7

Pertanto, nell'analizzare nel loro insieme tutti i codici diagnostici, quelli riportati da ACS2 rappresentano il 55% (n = 713) del totale delle diagnosi codificate nei tre ACS (n = 1303). Per questa ragione si è optato d'analizzare solo i codici diagnostici riportati come prima e seconda diagnosi alla dimissione (n = 627). La tabella 7 esemplifica i risultati ottenuti.

Il primo 50% circa della somma dei codici delle prime e seconde diagnosi evidenzia un quadro di poli-patologie tipiche dell'anziano fragile (capitoli I, F e M della classificazione ICD-10), ma con una predominanza delle malattie cardiovascolari (27%), capitolo I; seguito a distanza dai disturbi cognitivi (10%) capitolo F e da malattie dall'apparato osteo-articolare (10%), capitolo M.

Tabella 8. Prevalenza codici diagnostici 1e e 2e diagnosi

capitoli CIM 10 e descrittivo		TOTALE %
I	malattie dell'apparato circolatorio	24
F	malattie mentali e del comportamento	11
Z	fattori che influenzano lo stato di salute	10
M	malattie del sistema osteo-articolare	9.4
G	malattie sistema nervoso	8.1
R	sintomi, segni e risultati anormali	7.8
E	malattie endocrine	7.5
S	lesioni traumatiche	4.6
J	malattie dell'apparato respiratorio	3.8
C + D	tumori	3.8
N	malattie dell'apparato genito-urinario	3
K	malattie dell'apparato digerente	2.2
W	altre cause esterne di lesioni traumatiche esterne	2.1
A	malatti infettive e parassitarie	0.8
B	infezioni virali	0.8
L	malattie della pelle e dei tessuti sottocutanei	0.3
T	lesioni traumatiche	0.3
H	malattie dell'occhio	0.0

6.6.2 Griglia di Paillard

La griglia di Paillard è uno strumento ancora in uso presso le case anziani e permette la misurazione del grado di dipendenza di un residente. Dalla stratificazione dei gradi di dipendenza dipende anche la corretta dotazione di personale e il relativo finanziamento pubblico.

La griglia, il cui punteggio va da 0 a 60, è suddivisa in 5 categorie che descrivono il grado di dipendenza della persona anziana. Concretamente, il risultato dell'applicazione della griglia individua tre livelli di dipendenza dell'anziano: indipendente (grado 0 e 1), semi-dipendente (grado 2) e totalmente dipendente (gradi 3 e 4). A questi tre livelli corrispondono specifici tempi standard di cura giornaliera.

Tabella 9. Griglia di Paillard sui gradi di dipendenza

punteggio	grado dipendenza	descrittivo
12 -15	0	Indipendente nell'alimentazione, nella mobilità, continente, orientato, collaborante, nessun problema comunicativo, non necessita la preparazione di farmaci.
16 - 19	1	Parzialmente dipendente. Necessita di stimolazione e aiuto individuale.
20 - 33	2	
34 - 44	3	Assistenza totale e continuativa.
45 - 60	4	

Il risultato dell'applicazione della griglia di Paillard ai pazienti sia all'ammissione sia alla dimissione è disponibile solo per gli ACS 2 e 3, e rappresenta il 58% della casistica trattata nel semestre oggetto di studio.

Tabella 10. Valutazione del grado di dipendenza

	Min.	Max	Media	Mediana
Paillard entrata	14 (gr. 1)	52 (gr. 4)	28.9	28 (gr. 2)
Paillard uscita	14 (gr. 1)	59 (gr. 4)	27.9	26 (gr. 2)

Contrariamente a quanto sarebbe parso plausibile, non si rileva un cambiamento – segnatamente una diminuzione - del grado di dipendenza dei pazienti, espresso tramite il punteggio della griglia di Paillard, tra ammissione e dimissione.

I pazienti ACS ammessi hanno verosimilmente un grado di dipendenza poco influenzabile dal ricovero e appaiono stabili nel tempo (grado di dipendenza 2). Va comunque ricordato che i residenti abituali di casa per anziani sono caratterizzati da un più elevato grado di dipendenza (≥ 3).

Nonostante questo strumento sia ancora in uso, soprattutto ai fini del calcolo del fabbisogno della dotazione, esso risulta superato rispetto ai nuovi strumenti più sensibili sviluppati negli ultimi anni (RAI – nursing home per esempio). In particolare la griglia di paillard non permette di differenziare le nuove poli-patologie in ambito geriatrico e le particolari esigenze di presa a carico che esse richiedono, ad esempio sul versante psichiatrico (demenze senili e affezioni correlate). Ciò potrebbe in parte spiegare questo risultato piuttosto inatteso.

6.6.3 Mini-mental Status

Il 62% dei pazienti ammessi alle unità ACS è stato sottoposto al *mini-mental status* (MMS) per la valutazione dello stato cognitivo degli stessi. Nel caso del dato mancante, un solo istituto ha motivato le cause della non esecuzione del test (paziente non può o non vuole).

È utile ricordare che il valore medio del test varia in funzione dell'età e del livello di scolarità dell'anziano¹⁴, generalmente maggiore è l'età e minore è il livello di scolarità, più basso è il risultato del test. In letteratura si trova un valore medio di 25 nella fascia d'età tra gli 80 e 84 anni e di 23,75 per gli anziani ≥ 84 anni.

Lo score medio del test è risultato pari a 23,63 (mediana di 25). La media del MMS per i pazienti provenienti dal proprio domicilio è pari a 22.89 (mediana 24), mentre per quelli provenienti dall'ospedale la media è di 24.18 (mediana 25) apparentemente questo dato suggerirebbe una funzione cognitiva migliore nei pazienti dimessi dall'ospedale (p-value F test ANOVA 0,0153).

¹⁴Normative Data on the MMSE, www.nemc.org/psych/mmse.asp

6.7 Fabbisogno sanitario supplementare

Con questo termine s'identificano le risorse supplementari rispetto alla dotazione del personale sanitario calcolato in base al risultato della griglia Paillard. In particolare ci si riferisce all'impegno orario medio del medico e dei fisioterapisti per caso trattato. Per il medico questo è pari a 9, 9 ore (mediana 7 ore) e quello del fisioterapista di 13, 9 ore (mediana 13 ore).

6.8 Caratteristiche dei pazienti provenienti dal domicilio e dall'ospedale

Uno dei quesiti posti durante il 1. semestre di sperimentazione concerne la verifica dell'esistenza di differenze tra la tipologia dei pazienti in base alla provenienza degli stessi. Il 43% degli anziani (n = 145) giunge dal proprio domicilio e il 57% (n = 196) arriva da ospedali o cliniche.

Per quanto concerne l'età, le due popolazioni sono abbastanza simili. Come si evince dalla tabella 11, la popolazione proveniente dall'ospedale è poco più vecchia rispetto a quella ammessa dal domicilio (p-value two sided t test 0.5872).

Tabella 11. Età dei pazienti, secondo la provenienza

Età	domicilio	Ospedale - clinica
Min.	42	39
Max	100	101
Media	79.5	80.1
Mediana	81	81.4
Std Dev.	11.1	10.2

Per quanto riguarda i risultati del MMS non vi è una differenza significativa dello stato cognitivo (p-value two sided t test = 0,0834) tra i pazienti provenienti dal domicilio rispetto a quelli ammessi dall'ospedale (tabella 12).

Tabella 12. Mini-mental Status dei pazienti, secondo la provenienza

Età	domicilio	Ospedale - clinica
Min.	4	8
Max	30	30
Media	22.9	24.2
Mediana	24	25
Std Dev.	5.9	4.9

Ciò nonostante, i pazienti ammessi dall'ospedale consumano più risorse tempo-medico. In media ogni ricovero per paziente proveniente dall'ospedale richiede quasi 12 ore di tempo medico mentre i pazienti provenienti dal proprio domicilio, necessitano poco meno di 8.5 ore (tabella 13).

Tabella 13. Fabbisogno medico secondo la provenienza del paziente

Tempo medico (ore)	domicilio	Ospedale - clinica
Min.	.45	1
Max	36	56
Media	8.5	11.9
Mediana	6	7.5
Std Dev.	7.5	9.8

Si evidenzia come gli obiettivi di cura e la dimissione al proprio domicilio sono maggiormente raggiunti per i pazienti provenienti da casa (79%), rispetto a quelli ammessi dall'ospedale (68% p-value x2 test 0.0516). Una possibile spiegazione è che i pazienti ammessi dall'ospedale sono fisicamente più compromessi e quindi più gravi, se utilizziamo come indicatore di esito anche la mortalità. Infatti il 5,2% di questi pazienti è deceduto (n= 10) durante la degenza rispetto all'1,4% dei pazienti ammessi dal domicilio (n= 2).

Tabella 14. Destinazione dei pazienti alla dimissione

Provenienza pazienti	Destinazione pazienti alla dimissione (in %)					
	n	Cpa	Decesso	Domicilio	Istituto	Ospedale
Domicilio	143	12	1.4	80	3.5	2.8
Ospedale – clinica	192	11	5.2	65	5.2	1.3
totale	335	12	3.6	72	4.5	8.7

7 CONCLUSIONI

In conclusione, questa prima fase della sperimentazione ha permesso di verificare che il 70% dei pazienti ricoverati presso un reparto ACS rientra al proprio domicilio. Probabilmente una selezione più rigorosa dei pazienti all'ammissione potrebbe aumentare questa percentuale.

I primi risultati hanno permesso d'individuare due sottogruppi, statisticamente significativi di pazienti: uno proveniente dal domicilio e l'altro da ospedali/cliniche. La provenienza risulta essere un indicatore indiretto di fabbisogno di risorse, in particolare i pazienti ammessi direttamente dal domicilio esigono un impegno sanitario inferiore rispetto a quello richiesto dai pazienti giunti da ospedali/cliniche. Inoltre, nonostante risultino cognitivamente più compromessi, questi pazienti manifestano una prognosi migliore, con rientro al proprio domicilio nell'80% dei casi, rispetto al 65% dell'altro gruppo. Informazioni complementari sulla presenza di aiuti domiciliari dopo la dimissione potrebbero fornire altri elementi conoscitivi. Gli elementi finora raccolti suggeriscono che l'ACS contribuisce al miglioramento dello stato di salute dell'anziano fragile e al suo rientro al proprio domicilio.

8 RACCOMANDAZIONI

- Continuare la sperimentazione migliorando la raccolta e la completezza dei dati;
- introdurre un data base specifico alla raccolta dei dati sanitari e compatibile con la contabilità analitica delle case per anziani;
- uniformare i criteri d'ammissione tra i diversi ACS;
- introdurre dei sistemi di valutazione dei casi complessi;
- modificare e/o stralciare alcuni paragrafi della convenzione con santésuisse che inficiano il modello sanitario.

9 ALLEGATI

Allegato 1

Reparto ad alto contenuto sanitario / Ufficio del medico cantonale / am

Digitare una domanda.

Scheda

ID caso

Numero paziente

Anno nascita

Sesso

Provenienza

Ammissione dal Al

Durata

Dimissione

Diagnosi

Codici di classificazione

MMS G. Paillard

All'ammissione

Alla dimissione

Sedute fisioterapia Sedute

Prestazioni mediche Ore

Interventi assistenti sociali Ore

Esami specialistici e consulti

Terapia

Entrata Pastiglie
Fiale

Cambiamenti Pastiglie
Fiale

Uscita Pastiglie
Fiale

Altre terapie

Obbiettivi

All'ammissione

Nel decorso

Alla dimissione

Osservazioni

Records: 14 | 1 | di 1

Visualizzazione Maschera

Start | Posta in arrivo - Mi... | statistiche | 050711 alto conte... | cpa : Database (fo... | Scheda | 100% | 14:35