

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEE S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

15 Lo zibaldone delle cure intermedie: analisi delle esperienze regionali, in Italia e in Europa

di Verdiana Morando e Valeria D. Tozzi¹

15.1 Premessa

Il presente contributo mette a fuoco gli elementi centrali del dibattito e delle scelte regionali sulle cure intermedie, che hanno l'ambizione di fungere da cerniera tra la rete di offerta ospedaliera e i servizi territoriali. Le cure intermedie sono presenti nel vocabolario degli operatori e degli osservatori del settore da circa dieci anni. Nell'edizione 2010 del Rapporto OASI (Compagni et al, 2010) si ricostruì la pluralità di servizi ad esse attribuibili, funzionali a colmare la domanda di continuità e integrazione tra ospedale e territorio², identificando fino a 12 «strumenti di integrazione»: triage telefonico, posti letto territoriali gestiti da medici di medicina generale (MMG) e personale infermieristico, ge-

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 15.1, 15.3 e 15.6 sono da attribuire a Valeria D. Tozzi, mentre i §§ 15.2, 15.4 e 15.5 a Verdiana Morando.

Il capitolo non sarebbe stato possibile senza la partecipazione degli esperti al panel di discussione. Si ringraziano pertanto per la partecipazione, in ordine alfabetico: G. Beretta (Regione Lombardia, Direttore del Dipartimento Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione dell'Asst Grande Ospedale Metropolitano Niguarda), G. Brancati (Regione Calabria, Dirigente del Settore Attività territoriali – LEA, Dipartimento tutela della salute della Regione Calabria), I. Cacciapuoti (Regione Emilia Romagna, Dirigente Area Sviluppo e Monitoraggio Case della Salute, Cure Intermedie, Gestione Cronicità, Servizio Assistenza Territoriale Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare) M. Chiara Corti (Regione Veneto, Dirigente responsabile Sezione Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione Socio-Sanitaria, Ufficio Attuazione programmazione sanitaria), V. Demicheli (Regione Piemonte, Dirigente Responsabile Sezione Assistenza Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale), B. Lombardi (Regione Toscana, Direttore U.O. Riabilitazione e Recupero funzionale USL Toscana Centro, Direttore Dipartimento continuità Assistenziale ex USI 4 Prato), E. Pioppo (Regione Umbria, Dirigente USL Umbria 1), N. Storti (Regione Marche, Direttore Sanitario Azienda Sanitaria Unica Regionale ASUR). Infine, un ringraziamento particolare va alla dott.ssa Stefania Barbieri (Dirigente Medico Anestesista AOU Padova, specializzanda Scuola Igiene Università di Padova) che ha supportato lo sviluppo della ricerca e l'analisi della letteratura all'interno del gruppo di ricerca.

² In linea con la programmazione nazionale dei PSN 2003-2005; 2006-2008, nonché dell'Accordo Stato-Regioni del 2009.

stione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, strutture intermedie intra-ospedaliere, programmi di dimissione assistita/programmata, programmi di dimissione protetta, *patient hotel* (ospedale di comunità gestito completamente da infermieri), programmi di ospedalizzazione domiciliare, strutture di ricovero intermedie di riabilitazione post-acuta, residenziali e ambulatoriali, poliambulatori specialistici, team infermieristici di comunità. Emergeva un portafoglio di servizi e di progetti aziendali ampio ed eterogeneo, largamente baricentrato sul sistema delle cure del territorio. Si proponeva, inoltre, la distinzione presente nella letteratura internazionale tra *intermediate care* e *transitional care*, riferendo alla prima i nuovi servizi che rispondevano ai fabbisogni di salute in senso stretto del paziente, colmando l'eventuale carenza di offerta, e alle seconde quelle soluzioni, più tipicamente funzionali, che supportavano il transito del malato lungo la rete di offerta, organizzandone l'informazione, la logistica del paziente o l'allineamento professionale tra gli operatori.

La ricerca qui proposta intende aggiornare tale quadro e si muove sulla base delle seguenti ipotesi. a) La riorganizzazione della rete di offerta ospedaliera e di quella territoriale rappresentano ancora lo stimolo principale alla formulazione di servizi di natura «intermedia», poiché essi hanno lo scopo sostanziale di connettere queste due filiere. Negli ultimi anni, non solo le aziende sanitarie hanno perseguito insistentemente il mantra dell'integrazione tra ospedale e territorio, ma in tempi recentissimi la trasformazione dei loro assetti istituzionali, a seguito delle riforme dei rispettivi Sistemi Sanitari Regionali (SSR), ha accelerato sia la progettazione che l'implementazione di tali formule. b) Il tema della stabilizzazione e del recupero funzionale del paziente intreccia sia l'antico dibattito sulla post acuzie e la riabilitazione sia quello delle cure intermedie, alimentando aree di confusione e, in alcuni casi, di sovrapposizione. c) Occorre uno sforzo analitico descrittivo per comprendere cosa sta accadendo nel Paese, leggendo quanto le Regioni hanno messo in campo in tempi recenti, in cui la divaricazione tra le loro diverse configurazioni è assai ampia. Di conseguenza, si intuisce che la tassonomia, i contenuti, i target e le regole di funzionamento di tali servizi possano essere fisiologicamente differenti, poiché chiamati a intermediare due poli (l'ospedale e il territorio) molto differenti su scala regionale.

In linea con tali ipotesi di riflessione, il capitolo presenta nei primi paragrafi lo scenario nazionale messo a confronto con alcune esperienze mature europee, per interpretare le potenziali traiettorie evolutive. La seconda parte del capitolo, invece, sviluppa un primo tentativo di sistematizzazione sulle cure intermedie nei diversi SSR. Questo confronto inter-regionale viene quindi discusso negli ultimi paragrafi, con l'obiettivo di restituire alcune intuizioni e raccomandazioni di supporto sia nei processi di *policy making* sia a quelli di implementazione nelle aziende sanitarie.

15.2 Obiettivi e organizzazione della ricerca

L'obiettivo del presente contributo è realizzare un documento di posizionamento dello scenario nazionale delle cure intermedie, muovendo dal piano analitico-descrittivo verso la costruzione di un quadro di sintesi interpretativo rispetto alle configurazioni prevalenti. In queste direzioni, la strategia di ricerca applicata ha previsto tre fasi (Creswell, 2009).

15.2.1 Revisione della letteratura

La prima fase è stata quella della revisione della letteratura, realizzata attraverso l'approccio realista, che intende rispondere all'obiettivo di sistematizzazione delle esperienze esistenti sulla base di alcune ipotesi di ricerca e scelte di metodo (Pawson et al, 2003, 2005), in assenza di un consenso uniforme e consolidato sul tema. L'analisi della letteratura ha previsto anzitutto una ricognizione delle definizioni e dei modelli organizzativi esistenti delle cure intermedie, nel panorama nazionale e internazionale, prendendo in esame sia la letteratura scientifica che la cosiddetta letteratura grigia, ovvero la normativa, gli atti e documenti di programmazione aziendale o regionale nonché la reportistica prodotta da *think tank* o altri enti di ricerca e associazioni.

15.2.2 Framework comparativo e analisi della configurazione di servizio

La revisione della letteratura e il confronto con esperti internazionali sulle cure intermedie hanno supportato la costruzione di un framework funzionale al confronto tra diversi modelli implementati a livello regionale (seconda fase)³. L'elaborazione del framework, definito delle «5W», si impernia sull'intuizione fondamentale dell'approccio realista adottato dalla revisione sulle cure intermedie di Pearson *et al* (2013). Si intende infatti analizzare e valutare i differenti modelli di cure intermedie attraverso alcuni elementi centrali che ne condizionano la configurazione organizzativa. Va sottolineato, tuttavia, che questo approccio alla valutazione delle configurazioni non intende essere né prescrittivo né universalizzabile, ma richiede di essere interpretato attraverso le condizioni del contesto locale di insorgenza, organizzative e istituzionali. La metodologia qui adottata intende piuttosto generalizzare le osservazioni ricorrenti, comuni e differenti, tra le diverse configurazioni di servizio delle cure intermedie. Le 5W identificano le variabili principali dell'approccio configurazionale, attraverso cui sono sta-

³ Paper presentato alla XVI International Conference of Integrated Care, hanno partecipato Claire Holdicht, direttore NHS Benchmarking Network (NHS England), Marco Inzitari, Direttore Benchmark Cure intermedie in Catalogna, Referente del programma nazionale Ministero de Salud Spagnolo, Anne Hendry, senior consultant Scottish government, Intermediate Care Benchmark.

te portare a sistema le esperienze di cure intermedie osservate: chi, cosa, quando, come, dove (cfr. figura 15.1).

15.2.3 Expert panel group

I risultati delle precedenti fasi sono stati infine sottoposti alla discussione e valutazione di un gruppo di esperti (terza fase). In assenza di una definizione univoca di cure intermedie, infatti, risulta oggi difficile condurre una comparazione regionale. Non solo, in molti casi si tratta di progetti di recente attivazione, e ancora in fase sperimentale, o parzialmente in funzione. L'*expert panel* è stato realizzato attraverso la costruzione di un campione di convenienza: sono stati identificati e invitati a partecipare al panel tutti i referenti regionali delle cure intermedie (22 referenti, incluse le Regioni a statuto speciale) e i rappresentanti del livello nazionale di programmazione e monitoraggio, il Ministero della Salute e Agenas. Il panel ha rappresentato un momento di discussione in cui, dal confronto tra le diverse esperienze regionali, si è cercato di costruire un consenso intorno all'approccio di sistematizzazione e alla generalizzazione delle esperienze raccolte. Il panel, quindi, è stato un momento in cui i diversi referenti regionali hanno portato maggior chiarezza sul modello implementato e i criteri

Figura 15.1 Framework delle 5 W delle cure intermedie



Nota: Analisi «path-dependency»: prima definizione delle «cure intermedie», normativa/documenti di riferimento, analisi della domanda (popolazione e popolazione over 65), modelli di committenza dei servizi sanitari e sociosanitari, mix produttori: pubblico e privato, presenza di erogatori specializzati, skill mix professionale e regolamentazione delle professioni)

guida, oltre quanto rinvenibile nella normativa e nella letteratura grigia. I partecipanti al panel hanno quindi condiviso il modello valutativo sia nella fase preparatoria che durante il panel, offrendo inoltre il loro contributo nelle fasi successive, di revisione della raccolta del materiale informativo e della prima stesura del presente capitolo.

15.3 Lo scenario nazionale: come e cosa intermediare tra ospedale e territorio?

La natura intermedia consiste sia nel fatto che tali cure mettono in collegamento l'ospedale e il territorio sia nell'intensità di cura, a metà strada tra quanto è erogato per i casi acuti, in ospedale o in setting ambulatoriali, e quanto è erogato al domicilio dalla rete di servizi territoriali. Si tratta di due accezioni che spesso (ma non sempre) viaggiano parallelamente e che occorre tenere distinte sul piano del ragionamento generale: la prima accezione pertiene alla prospettiva dell'offerta mentre la seconda alla domanda di servizi. In questo paragrafo, si prova a costruire una fotografia nazionale, della rete di offerta da cui hanno avuto origine le cure intermedie, anticipando che tale prospettiva d'inquadramento risulta funzionale a porsi alcune questioni (*Cosa si intende per cure intermedie? All'interno di quali politiche si posizionano?*), piuttosto che a chiarire il contenuto di target e di servizio delle cure intermedie, rispetto ai quali si rimanda all'analisi regionale condotta in seguito (§15.5).

15.3.1 Cure intermedie e ospedale: il mondo vario della post acuzie

Il D.M. 70 del 02.04.2015, che fissa i c.d. «Standard ospedalieri», intende per cure intermedie i modelli di assistenza a garanzia della continuità delle cure tra ospedale e territorio, accanto a programmi come la dimissione programmata/protetta o l'assistenza domiciliare, richiamando alla centralità di una revisione sistemica e integrata di questi strumenti, da declinarsi a livello regionale e aziendale. Le strutture per le cure intermedie sono definite dal DM come unità di degenza post-acuta, territoriali ma a prevalenza sanitaria, in grado di supportare sia la fase di deospedalizzazione che la gestione di acutizzazioni al domicilio, con l'attivazione di gruppi multidisciplinari coordinati con la medicina generale e gli specialisti territoriali. Viene inoltre esplicitata la possibilità di ammettere pazienti sia di provenienza ospedaliera che territoriale (grande differenza rispetto alla lungodegenza ospedaliera). Gli obiettivi dell'intervento rimangono invece molto simili a quelli della lungodegenza post-acuta ospedaliera: stabilizzazione clinica (in questo caso pre o post ricovero) e il recupero funzionale-riabilitativo. Non viene qui fatto riferimento alla gestione del fine vita o a casistiche specifiche (ad es., patologie neuro-degenerative). Il Regolamento non introduce criteri

specifici su tempi di degenza, personale dedicato, standard assistenziali o tariffe, ma rimanda al livello regionale queste declinazioni. Esso esplicita, invece, i riferimenti per l'ospedale di comunità come struttura di 15-20 posti letto, una degenza compresa tra i 15-20 giorni, gestita da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai MMG o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati. La responsabilità organizzativa e il controllo delle prestazioni dovrebbe far capo al distretto socio-sanitario. L'ospedale di comunità eroga un'assistenza infermieristica a bassa intensità e il paziente può accedere dal territorio, su proposta del MMG, dal pronto soccorso o dopo la dimissione per acuti.

Lo standard dello 0,7 per mille abitanti⁴ per i posti letto di post acuzie (riabilitazione e lungodegenza) rappresenta il territorio conteso nella ridefinizione di nuove formule di degenza finalizzate alla riabilitazione funzionale e alla stabilizzazione clinica, tra riabilitazione e lungodegenza ospedaliera e cure intermedie extraospedaliere o territoriali. L'Agenas nel 2011 propose un primo standard per le cure intermedie di 0,4 posti letto per mille abitanti, definendole tali in virtù del carico assistenziale e dell'intensità di cura, e qualificandole per gli interventi specialistici da garantire tra la lungodegenza (0,2 PL ogni 1000 abitanti) e l'accesso nelle strutture residenziali e semiresidenziali (socio-sanitarie) (1,5, PL ogni 1000 abitanti). Quindi le cure intermedie vennero definite proprio a partire da questi due modelli, prevedendo l'accesso in lungodegenza per quella casistica più complessa che necessita di un accesso rapido a prestazioni specialistiche, mentre l'accesso nelle residenze sanitarie assistenziali, per i quadri clinici stabilizzati e con un fabbisogno assistenziale continuativo a bassa intensità. Rispetto a questa definizione, le differenze individuate in quelle proposte risultano più esplicite nella declinazione del modello di offerta, ovvero nell'analisi del personale previsto, dei carichi assistenziali nonché nelle tariffe giornaliere di rimborso (tabella n. 15.1): mentre la lungodegenza (cod. 60) rimane a esclusivo carico del SSR con una tariffa di riferimento di 154 Euro/die, nessuna compartecipazione e l'abbattimento della tariffa dopo il 60esimo giorno; per le cure intermedie, la tariffa deve essere inferiore a quella del cod.60, onde evitare che siano considerati posti letto ospedalieri, e può prevedere una compartecipazione per la parte alberghiera se equiparata a struttura socio-sanitaria; mentre per le residenze sanitarie assistenziali si stima una tariffa media di 103 Euro/die, integrata con una quota alberghiera (Pesaresi, 2014).

L'ampiezza dei bisogni a cui la lungodegenza ospedaliera potenzialmente risponde è alla base delle diverse vocazioni che ha assunto nelle declinazioni re-

⁴ L. 135/2012 e il Dlgs 158/2012 definiscono lo standard di 0,7 PL per mille abitanti per la riabilitazione di cui 0,2 PL per la lungodegenza, indicazioni queste già confermate dalla Conferenza Stato Regioni 98/2014 e dal successivo Regolamento 70/2015. Il documento dell'Agenas rappresenta una proposta tecnica, formulata nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale nei piani di rientro regionali – Monitor, n. 27.

Tabella 15.1 **Caratteristiche delle unità di lungodegenza post-acuta (cod. 60)**

	Rif. normativo	Contenuto	Indicazioni AGENAS
	L. 412/91	Lungodegenza post acuta	
PL	Conf. Stato Regioni 98/2014	0,7/1000 abitanti di cui 0,2/1000 per lungodegenza	0,2/1000 abitanti, tasso di utilizzo 95%
Durata degenza massima	DMS 18/10/2012	60 giorni, dopo 40% riduzione tariffa	30 giorni
Tariffe	DMS 18/10/2012	154 Euro giorno	
Soglia dimensionale minima	Dm 13/9/1998	32 PL	Min. 20 PL, ottimale 30 PL
Bacino di utenza	Conf. Stato Regioni 98/2014	Da 80.000 a 150.000 abitanti	
Standard personale	Dm 13/9/1998	Per 32 PL: 3 medici, 13 infermieri + dirigente infermieristico, 4 tecnici riab., 8 OSS	
Tipologia pz	Dm 13/9/1998	<ul style="list-style-type: none"> • Pz anziani: terapia conservativa • Pz che necessita primo ciclo di riab funzionale limitatamente alla fase di convalescenza • Pz terminali 	Pz dimessi da reparti acuti che necessitano una stabilizzazione clinica

Fonte: Pesaresi, 2014, Agenas, 2011

gionali: post-acuta a vocazione internistica, in cui l'obiettivo è la stabilizzazione clinica, il controllo di eventuali complicanze e il completamento della fase di deospedalizzazione; lungodegenza riabilitativa, focalizzata sul progetto riabilitativo estensivo, non realizzabile al domicilio; e infine la lungodegenza «dedicata», per soggetti con patologie croniche degenerative in fase avanzata e senza possibilità di recupero.

Per quel che riguarda la riabilitazione, gli indirizzi nazionali del 2011 e il documento della Conferenza Stato-Regioni, sempre del 2011⁵, rimarcavano: a) l'importanza di una revisione dei volumi e delle tipologie di servizi riabilitativi; b) la necessità di innovarne l'approccio terapeutico, in una prospettiva di intervento sistemico rispetto alle condizioni di disabilità funzionale acquisite nel corso della vita (cd. approccio bio-psico-sociale, recepito nella Legge n. 18/2009 che ratifica la dichiarazione internazionale sui diritti delle persone con disabilità); c) l'opportunità del modello dipartimentale integrato, tra l'ospedale e il territorio. In quella sede, infatti, è stata declinata la distinzione tra: riabilitazione ospedaliera intensiva (ad es., post-trauma o episodio acuto, incluse le patologie croniche, come lo stroke, la riabilitazione cardiologica e respiratoria) (cod.

⁵Cfr. Ministero della Salute, Piano Nazionale Riabilitazione, Dicembre 2010; Accordo Conferenza Stato Regioni, Seduta del 10/02/2011 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1546_allegato.pdf; Ministero della Salute, Quaderno n. 8, 2011. www.quadernidellasalute.it/download/download/8-marzo-aprile-2011-quaderno.pdf.

56), intensiva ad alta specializzazione (cod. 75, tra cui le unità per le gravi cerebrolesioni e gravi disabilità età evolutiva o per le patologie neuromuscolari), e la riabilitazione estensiva sia ospedaliera (cod. 60, lungodegenza post acuta) che extraospedaliera, in setting residenziali e semiresidenziali o ambulatoriali. La previsione infine del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta un altro degli elementi cardine delle linee guida recepite nel 2011.

Questa riconfigurazione della riabilitazione profila una sovrapposizione al mandato delle cure intermedie, sia rispetto alla fase di deospedalizzazione, come gestione dell'intervento post-acuto a vocazione riabilitativa, sia rispetto alla gestione delle fasi di instabilità o acutizzazione sul territorio, o ancora di orientamento conservativo, rispetto alle capacità funzionali e abilitative.

15.3.2 Cure intermedie e assistenza territoriale: uno spazio legittimo tra forme evolute di organizzazione delle cure primarie e gestione della polipatologia e della fragilità

Le cure intermedie si confrontano con la progressiva concentrazione fisica dei servizi territoriali, lo sviluppo di forme evolute di organizzazione delle cure primarie e il rafforzamento della residenzialità per anziani. Spesso le prime due questioni si muovono di pari misura: si pensi alla Casa della Salute che presenta un portafoglio più o meno ampio di servizi per rispondere ai bisogni del paziente, evitandogli l'accesso in ospedale e garantendogli forme di prossimità delle cure. La Casa della Salute, nelle diverse declinazioni, regionali non rappresenta un modello univoco, ma è caratterizzata gradienti scalari di complessità che prevedono espressioni organizzative diverse, rispetto al range di servizi e prestazioni offerte, tra cui la dotazione di posti letto a gestione infermieristica. Tali esperienze sono state spesso pensate per il malato cronico, ma definite nelle pieghe dei processi di riconversione dei presidi ospedalieri. Una mappatura completa dei modelli di Case della Salute, e delle ferme formule assimilabili, è indisponibile in questa fase storica, se non attraverso analisi su base locale, nelle aziende sanitarie locali.

Il riordino della medicina generale e convenzionata (Dlgs 158/2012) si muove nella stessa direzione, spingendo sull'aggregazione dei MMG nelle cosiddette AFT (Aggregazione Funzionali Territoriali), proponendo nuove unità strutturali quali le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) e introducendo ruoli di coordinamento della medicina territoriale, assimilabili a strutture semplici afferenti al distretto socio-sanitario.

Altro snodo fondamentale dell'assistenza territoriale sono le strutture residenziali socio-sanitarie. Da questa prospettiva, la definizione di cure intermedie proposta nei documenti programmatori (Agens, 2011) viene a configurarsi come un intervento di appropriatezza assistenziale, necessario per rafforzare il volume crescente della domanda e della complessità che in questo momento è scaricato

sulle strutture residenziali socio-sanitarie, dove presenti⁶. Il 67% dell'utenza infatti è rappresentato da persone anziane; il 44,7% dell'assistenza registra un livello assistenziale medio, seguito dal 24% di assistenza ad alta complessità. La maggior parte di queste strutture inoltre risulta a gestione del privato no profit (49%) e profit (25%), a livello nazionale, con una componente pubblica pari a circa il 29%, mentre raggiunge livelli superiori nelle regioni a statuto speciale (PA Trento e Bolzano e Val d'Aosta) (Fonte, Rapporto presidi sociosanitari, ISTAT, dati riferiti al 2013).

Come è possibile osservare, rispetto alla definizione delle cure intermedie, le configurazioni preesistenti di posti letto extraospedalieri sono molteplici. Una chiave interpretativa di sintesi potrebbe derivare dall'attuazione congiunta del Regolamento 70/2015, rispetto alla definizione delle cure intermedie, come posti letto territoriali extraospedalieri e alla previsione degli ospedali di comunità, e del Piano nazionale per le cronicità, emanato a luglio 2016, che rivolge alle cure intermedie la gestione della casistica più complessa ad alta intensità e/o con polipatologie. Per quest'ultima, si fa riferimento alla necessità di un Piano Individuale di Cure (PIC), alla presenza di team multidisciplinari inter-aziendali, che raccordi non solo territorio e ospedale ma anche le strutture riabilitative e residenziali.

15.4 Le esperienze delle regioni europee e il percorso di audit delle cure intermedie

Lo scenario nazionale mostra pertanto un percorso composito, in cui l'affermazione e la definizione del modello di cure intermedie sono la risultante di diverse spinte di riconfigurazione e riconversione della rete d'offerta che, in modo centripeto, hanno portato a collocare questo modello di servizio tra l'ospedale e territorio, colmando questo segmento produttivo con una nuova unità d'offerta, per garantire un'alternativa temporanea, in entrata e in uscita, diversamente dal modello unidirezionale della lungodegenza, da cui trae maggiore ispirazione. La prevalenza della logica di offerta può essere in parte ricondotta alla fase embrionale di implementazione delle stesse, in un momento storico di riorganizzazione degli assetti istituzionali e dei modelli organizzativi a livello regionale e aziendale.

È quindi interessante osservare lo sviluppo delle cure intermedie in realtà più mature, tali da esibire possibili strategie e logiche evolutive, nonché la continua manutenzione prestata al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate

⁶ Lo scenario nazionale si presenta altamente disomogeneo con una concentrazione al Nord di oltre il 50% delle strutture e una copertura del fabbisogno doppia rispetto al Centro e tripla rispetto al Sud (Fonte, Rapporto presidi sociosanitari, ISTAT, dati riferiti al 2013).

a partire dal fabbisogno. In questa direzione, preservando l'approccio realista all'analisi delle configurazioni di servizio rispetto al contesto di riferimento, porteremo qui l'attenzione ad alcuni modelli europei confrontabili con lo scenario nazionale. La selezione di tre casi Europei – Inghilterra, Scozia e Catalogna – è stata guidata da tre criteri: 1) assetti istituzionali analoghi: le esperienze identificate riguardano Paesi con un sistema sanitario universalistico, modello cd. Beveridge, in cui la gestione è devoluta all'autonomia regionale; 2) maturità dei modelli di cure intermedie, tale per cui è osservabile sia un'evoluzione del modello di servizio sia un processo di sistematizzazione orientato tanto all'efficienza che all'efficacia alla qualità delle cure sulla base del fabbisogno; 3) si tratta di sistemi di welfare simili al contesto nazionale, dove storicamente l'assistenza sociale è stata separata da quella sanitaria e risulta in capo alle amministrazioni locali, mentre solo i modelli più recenti hanno avviato un'integrazione tra i due sistemi – solo in Spagna, esiste l'ambito socio-sanitario, assimilabile a quello nazionale (ex. L. 328/2000).

15.4.1 L'esperienza dell'Inghilterra: l'audit come esercizio di sistematizzazione

A livello internazionale, fa scuola il modello inglese, da cui deriva la prima introduzione del termine cure intermedie nel 2001, in un momento di relativa crescita e investimento nel sistema sanitario nazionale, all'interno del primo piano nazionale dedicato alla gestione dei soggetti anziani fragili (*National Service Framework for Older People*). Le definizioni adottate dai documenti ministeriali, infatti, ripresero la formulazione del geriatra Steiner (2001), ovvero di servizi in grado di garantire la continuità della presa in carico tra ospedale e il domicilio, per evitare il ricorso all'ospedale o all'istituzionalizzazione in strutture residenziali, qualora inappropriati – sia per interventi di stabilizzazione sub-acuti sia di riabilitazione funzionale⁷.

Questa prima formulazione è stata quindi oggetto di varie sperimentazioni e revisioni, sia attraverso successivi aggiornamenti del piano nazionale per gli anziani sia attraverso un processo di valutazione e sistematizzazione delle cure intermedie promosso nel 2012. Il primo ciclo di valutazione delle sperimentazioni, a metà degli anni Duemila, infatti, aveva messo in evidenza alcune criticità. In primo luogo, il modello delle cure post-acute in unità a gestione infermieristica mostrava risultati misti: da un lato, non c'erano prove robuste di efficacia rispetto alla degenza in reparti post-acuti di lungodegenza, se non effetti positivi deri-

⁷ «A whole set of services designed to smooth transitions between hospital and home, treat chronically or terminally ill people without recourse to hospital care, and prevent long-term institutionalization [...] – That range of services designed to facilitate the transition from hospital to home, and from medical dependence to functional independence, where the objectives of care are not primarily medical, the patient's discharge destination is anticipated, and a clinical outcome of recovery (or restoration of health) is desired» (Steiner, 2001).

vanti dal prolungamento del periodo di degenza (Griffiths *et al*, 2005); dall'altro, l'analisi di costo-efficacia rilevava un aumento di costi derivante dalla degenza in queste unità rispetto alle cure post-acute standard (Walshe *et al*, 2005). A rinforzare queste evidenze, l'analisi di Youngh (2009) metteva in evidenza come, tra i servizi di cure intermedie, solo l'ospedalizzazione domiciliare mostrava i risultati di efficacia e beneficio nella presa in carico attesi dalle cure intermedie. Tra le maggiori difficoltà venivano richiamate: la mancanza delle competenze necessarie a gestire questi servizi, la resistenza al cambiamento e, soprattutto, la debolezza di percorsi integrati e continuativi supportati da team e multidisciplinari e multi-professionali. Non solo, era evidente una difficoltà nell'identificare il target ideale delle cure intermedie, con la tendenza ad escludere i soggetti con problemi di demenza senile o disturbi cognitivi e mentali. Da qui, il documento ministeriale del 2009 «*Halfway Home*» ha riportato al centro il ruolo dell'assistenza al domicilio e la necessità di promuovere modelli di integrazione sul territorio, tra servizi e professionisti.

La seconda fase di valutazione delle cure intermedie è stata avviata nel 2012, con la richiesta da parte del National Audit Office di procedere ad una ricognizione e sistematizzazione dei servizi presenti a livello regionale (NHS England), per comprendere meglio i modelli sviluppati, la tipologia di servizi offerti e, possibilmente, valutarne i margini di costo-efficacia nella presa in carico. Venne quindi realizzato nel 2012 il primo National Audit of Intermediate Care (NAIC), per la sola regione inglese, in seguito trasformato in un'attività di monitoraggio stabile, condotta dal National Benchmark (Unità di valutazione ministeriale, dipendente da NHS England). L'audit venne condotto attraverso un'adesione volontaria e strutturata a due livelli, da un lato, sui provider di cure intermedie e dall'altro, sugli enti dedicati alla committenza (CCG, Clinical Commissioning Groups e Local Agency, LA). La realizzazione del NAIC ha richiesto un lungo lavoro preliminare di definizione, classificazione, elaborazione dei requisiti minimi, sulla base delle evidenze e la costruzione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione. Questo lavoro di sistematizzazione è cresciuto negli anni, nelle quattro edizioni dell'Audit (ultima nel 2015), in uno sforzo condiviso tra tutti gli attori coinvolti per il continuo miglioramento nell'elaborazione, raccolta e interpretazione dei dati. Non solo, si può notare come si sia trattato di un lavoro di ricerca applicata e continua interazione tra i cambiamenti degli assetti istituzionali e organizzativi, i disegni di riforma nazionali e l'adeguamento sul fronte della rete d'offerta.

La classificazione delle cure intermedie oggi in vigore è quindi focalizzata sulla tipologia di servizio in risposta al bisogno assistenziale, ovvero è funzionale ai processi di committenza in un mercato di erogatori privati e non-profit. Si distinguono quattro tipologie di cure intermedie, tutte caratterizzate dalla temporaneità, ovvero da interventi che hanno una durata massima di 6 settimane: *crisis response* (il servizio deve essere attivato entro 48 ore e può prevedere poi solu-

zioni differenti), *home based* (ospedalizzazione domiciliare o integrazione nell'assistenza domiciliare a seconda del bisogno), *bed based* (prevede il ricovero in strutture residenziali o semiresidenziali, principalmente a conduzione infermieristica) e *re-ablement* (interventi a vocazione riabilitativa o abilitativa, a seconda del fabbisogno, sia al domicilio che in strutture residenziali). L'intervento delle cure intermedie prevede sempre l'attivazione di un progetto individuale condiviso con il team multidisciplinare dell'erogatore, il committente locale e il medico di medicina generale, che viene allertato qualora non sia lui stesso a farne richiesta.

Rispetto al target, nel corso degli anni, l'utente tipico delle cure intermedie è sempre più definito come l'anziano fragile e pluripatologico, in condizioni di instabilità clinica o funzionale ma non identificato da una patologia prevalente. Per alcune condizioni, infatti, esistono servizi dedicati (*specialised commissioning*), dato che evidenzia la prevalenza del modello di committenza sulla base dell'offerta specializzata. In questo senso, il target ad oggi più critico risulta la salute mentale e gli anziani con demenza: la salute mentale è rimasta storicamente un segmento autonomo del servizio sanitario, con servizi e personale dedicato, solo con le riforme più recenti e l'introduzione del budget condiviso tra servizi di cure primarie, sociali e di salute mentale, sono stati avviati percorsi sperimentali condivisi.

L'ultimo report (cfr. NAIC 2015) ha visto la partecipazione di 53 CCGs (committenti) e 95 erogatori, per un totale di 340 servizi partecipanti all'audit – 48 *crisis response*, 109 *home based*, 139 *bed based* e 44 di *re-ablement*. Sebbene la maggior parte degli utenti trattati avesse ricevuto servizi domiciliari, gli investimenti risultano molto più alti nei servizi *bed-based* in ragione del costo medio di ogni intervento. Secondo le stime, i servizi di *crisis response* hanno un costo pro-capite di 598,76 €, per la fase di attivazione tempestiva e valutazione; la presa in carico domiciliare ha un costo medio per utente di 1.409,19 €; i servizi *bed based* di 6.633,14 €, mentre i servizi di *rehablment* di 1.735,47 €. In complesso, il budget dedicato alle cure intermedie per England è stato di 2,6milioni di Sterline nel 2014. I tempi medi di intervento sono risultati: 29,3 giorni al domicilio, 26,8 nelle strutture di degenza e 34,5 per gli interventi di riabilitazione abilitativa. La capacità di letti disponibili per le cure intermedie in complesso è stata stimata a 25.6 per 100.000 – quindi 0,25 per 1000, simile al target per la lungodegenza in Italia. I tempi di attesa per l'accesso sono stati: 3,7 ore per le *crisis responses*, 6,3 giorni per le cure al domicilio e 1,9 per l'accesso nelle residenze, mentre più lunghi risultano i tempi per l'attivazione delle cure riabilitative, fino a 8,7 giorni. Oltre a questi indicatori di risultato, il report dedica particolare attenzione a valutare i processi di integrazione, ovvero l'attivazione di team multi-disciplinari e i percorsi di trasferimento del paziente da un setting all'altro. Rispetto a questi indicatori si evidenzia come il lavoro continuo dell'audit e il confronto tra gli erogatori abbiano rafforzato nel tempo i processi di comunicazione e trasferimento,

mentre risultano ancora particolarmente critici sia l'attivazione di team multidisciplinari e multiprofessionali tra tipologie diverse di servizio, che tendono a mantenere una vocazione e matrice disciplinare specialistica, sia l'integrazione con le unità di salute mentale e la gestione di questo target di utenza.

Da sottolineare, infine, come l'innovazione introdotta nell'ultimo report e la tendenza principale per gli anni a venire risultino l'introduzione delle informazioni di *outcome* raccolte anche nella prospettiva dell'utente, attraverso misure quantitative e qualitative, fino alle storie di vita dei pazienti nell'accesso e nella relazione con i servizi e i team di cura (cfr. PREMs *Patient Reported Experience Measure*).

15.4.2 L'esperienza della Scozia: la casa come centro della presa in carico

L'esperienza scozzese delle cure intermedie presenta orientamenti molto simili al percorso inglese, ma con alcune sostanziali differenze, nella misura in cui il servizio sanitario scozzese (NHS Scotland) ha mantenuto un modello di committenza e gestione diretta, con una presenza minima di erogatori dal settore del no-profit. Questa logica di committenza ha consentito quindi un percorso evolutivo sempre più orientato ad una gestione centrata sul paziente e sul fabbisogno assistenziale. Le differenze principali, infatti, si evincono nella valorizzazione degli interventi a domicilio e nello sforzo di definire le classi di bisogno del paziente. Il primo documento di indirizzo del 2001 (*Maximising Recovery, Promoting Independence*) esplicita il mandato delle cure intermedie come un intervento finalizzato a promuovere anzitutto l'indipendenza e il mantenimento al domicilio il più a lungo possibile, attraverso una pluralità di servizi di comunità, attivati in funzione del fabbisogno.

I servizi sono oggi organizzati intorno alla presenza di una centrale territoriale, collocata nelle cure primarie, in cui un team multidisciplinare risponde alla segnalazione dell'utente o del medico di famiglia, H24 e 7/7 giorni, e attiva un piano di intervento individuale. Rispetto al portafoglio si servizi identificati come cure intermedie, l'invio a strutture residenziali con posti letto avviene solo dopo un'attenta valutazione e l'impossibilità di gestire il caso al domicilio. Esiste infatti un range molto ampio di servizi, distinti per livello di intensità assistenziale, finalizzati al mantenimento il più possibile al domicilio: dall'assistenza domiciliare più tradizionale, che viene integrata per un periodo di tempo predefinito, a prevalenza infermieristica e/o di tecnici della riabilitazione; si passa all'ospedale a domicilio (*hospital at home*) in cui è previsto l'accesso di medici o figure specialistiche e l'installazione di strumenti e tecnologie, per un periodo massimo di 6 settimane; fino al modello più complesso della cd. *virtual ward o community ward*, in cui la responsabilità clinica sul paziente è temporaneamente in carico all'unità di cure intermedie locale che definisce un protocollo di presa in carico per 6 settimane che può prevedere l'accesso in strutture residenziali o semiresi-

denziali o riabilitative fino all'accesso in strutture per acuti per periodi limitati, mantenendo la continuità dei passaggi tra il domicilio e le strutture residenziali, attraverso il case manager.

Il sistema di cure intermedie è costantemente monitorato e valutato a livello regionale attraverso un sistema capillare di informatizzazione che supporta sia l'attività di audit⁸ dei servizi che la possibilità di programmazione attraverso un sistema predittivo che individua gli utenti potenziali, promuovendo attività di prevenzione da parte delle cure primarie, sia del medico di base che dei servizi locali⁹. Anche nel modello scozzese, l'utenza è prevalentemente aspecifica, caratterizzata da fragilità clinico-funzionale, limitata autosufficienza e tendenzialmente anziana (over 75).

15.4.3 L'esperienza della Catalogna: la centralità della disciplina geriatrica

Un'esperienza differente è all'origine del modello catalano di cure intermedie, sebbene negli ultimi anni i tentativi di sistematizzazione e le innovazioni introdotte siano molti affini all'evoluzione del modello inglese. In Catalogna, infatti, le cure intermedie furono introdotte nel 1986, in seguito alla necessità di accreditamento presso il neonato sistema sanitario regionale degli ospedali precedentemente gestiti dalle casse mutualistiche. Alcuni dei piccoli ospedali che non raggiungevano gli standard previsti furono riconvertiti come presidi sociosanitari, posti letto territoriali, sovvenzionati direttamente dal ministero del welfare e non della salute. Il «*Programa Vida als anys*» (1986) destinò pertanto queste strutture ad un'assistenza assimilabile alla nostra lungodegenza post-acuta all'interno di strutture socio-sanitarie, preservando sia la centralità e prevalenza della presa in carico sanitaria, affidandone la conduzione alla geriatria e alla medicina interna, sia la continuità con i servizi territoriali. Il programma del 1986, inoltre, elencava le attività e l'utenza di queste strutture, esplicitando la declinazione di assistenza «socio-sanitaria» a prevalenza sanitaria, tra cui: anziani fragili; utenti con una o più condizioni cronico-degenerative, anziani con demenza (e non le forme di psicosi e delirium della salute mentale) e, infine, la gestione del fine vita.

⁸ L'audit prevede il monitoraggio costante dell'utenza e dei dati demografici e clinici, dei trasferimenti, degli interventi eseguiti anche al domicilio e delle attività successive all'intervento di cure intermedie – mantenimento dei servizi domiciliari, accesso o invio ad altre strutture etc. Grazie all'audit è stata inoltre attivata una piattaforma di scambio di informazioni tra i professionisti, simile a una comunità di pratica sulle cure intermedie. Cfr. <http://www.knowledge.scot.nhs.uk/chin/intermediate-care.aspx>

⁹ Il servizio regionale scozzese si è dotato di uno strumento predittivo per supportare un approccio di popolazione nella programmazione (SPARRA – Scottish Patients at Risk of Readmission & Admission), alimentato anche dalla medicina generale. Questo strumento consente di individuare tre grandi gruppi sulla base del rischio, tra cui il target di over 75 considerato l'utenza prevalente delle cure intermedie, e sviluppare progetti ad hoc ispirati al modello dell'Anticipatory Care Plan.

La definizione iniziale di questo modello di cure intermedie fu gradualmente estesa sia nei volumi di attività, allargando il portafoglio di prestazioni erogate, sia nei contenuti, ovvero ampliando ulteriormente la casistica trattata, non tanto in una logica di occupazione di altri territori (per esempio la salute mentale), quanto di una crescente specializzazione clinico-funzionale per avviare strategie di collaborazione con le unità specialistiche per acuti o territoriali. Ad esempio, già verso la fine degli anni '2000, furono introdotti servizi e percorsi preferenziali di invio per i soggetti con patologie neuro-degenerative (i.e. sclerosi multipla) e neuromuscolari. O ancora, negli ultimi anni, l'aumento delle patologie tumorali, ha portato all'attivazione di percorsi di collaborazione con gli istituti oncologici per la gestione di percorsi di degenza post-acuta o riabilitativi o ancora di fine vita di pazienti «onco-geriatrici». Si tratta in questo caso di un target di utenza molto più ampio e comunque clinicamente definito rispetto a quanto avviene nei modelli inglese e scozzese.

Il portafoglio di prestazioni erogate da queste unità si è ampliato nel tempo, sia per il mutato contesto epidemiologico, che ha reso sempre più centrale la funzione di queste unità d'offerta, sia per rafforzare il posizionamento di queste strutture rispetto a servizi concorrenti o assimilabili. In questo senso, l'approccio geriatrico, caratterizzato da una valutazione olistica del quadro clinico-assistenziale, allineato alle premesse della riabilitazione, ha finito col giocare un ruolo dominante in questi servizi rispetto al modello internistico.

Dal 1986, i presidi sociosanitari, oltre ai servizi di post-acuzie per supportare la dimissione programmata o protetta e ridurre i tempi di degenza (cd. *step down services*), hanno iniziato a garantire delle prestazioni a funzione prevalentemente riabilitativa e di prevenzione dal ricovero, ricevendo anche utenti da territorio (*step-up services*). I servizi possono essere erogati in regimi differenti: day hospital, accesso ambulatoriale, ricovero ordinario o accesso nei centri diurni per i pazienti con demenza. Il modello dell'ospedalizzazione domiciliare, invece, solo di recente è entrato stabilmente tra i modelli assistenziali garantiti dai centri socio-sanitari. In questo caso, i centri partecipano alla creazione di team multidisciplinari con i servizi territoriali – il centro assicura l'accesso del geriatra e l'assistenza infermieristica al domicilio, i servizi territoriali mettono a disposizione i tecnici della riabilitazione e i terapisti occupazionali. Gli stessi standard di qualità e tempestività d'intervento offerti dalle strutture socio-sanitarie sono garantiti nella presa in carico domiciliare (attivazione entro 12 ore dalla segnalazione, assistenza infermieristica h24, 7/7, durata massima 6 settimane per il completamento di un progetto individuale). I primi studi sui risultati dell'ospedalizzazione domiciliare hanno rilevato sia livelli più alti di soddisfazione dell'utenza sia, soprattutto, mostrano significativi miglioramenti nella riduzione delle complicanze derivanti da infezioni ospedaliere.

Altre innovazioni nei modelli di servizio sono attualmente in corso, ma in questa sede è interessante richiamare l'attività di sistematizzazione e valutazio-

ne catalana. Nel 2013, infatti, è stato pubblicato il primo Audit regionale, pensato come pilota di un futuro audit nazionale. L'audit è strutturato in tre aree di monitoraggio che replicano il modello del cd. *triple aim*: risultati di salute (set d'indicatori di monitoraggio per tipologia di utenti), efficienza (indicatori di produttività collegati al bilancio d'esercizio, essendo molte strutture a gestione diretta delle municipalità e senza tariffa) e l'esperienza e soddisfazione dell'utente (questionario di qualità). La partecipazione all'audit, diversamente dal modello inglese, è obbligatoria e prevista dal contratto di esercizio per tutte le strutture pubbliche e accreditate.

15.5 Lo sviluppo delle cure intermedie nelle Regioni Italiane: analisi comparativa tra modelli «deliberati» e modelli in transizione

15.5.1 Modelli «deliberati» e modelli in transizione

A livello nazionale, l'analisi regionale sulle cure intermedie evidenzia un'alta variabilità dei modelli formalizzati e delle priorità da mettere in campo in questa fase comune di revisione dei SSR. Oltre all'analisi della normativa regionale, l'invito rivolto alle direzioni sanitarie regionali a partecipare all'Expert Panel Group, in qualche modo, ha costituito una cartina di tornasole di questo scenario. In alcune Regioni, infatti, è stato possibile identificare semplicemente dal sito della direzione/dipartimento/assessorato per la Salute il dirigente di riferimento per le cure intermedie; in altre, si è arrivati a identificare l'esperto di riferimento attraverso contatti con il referente per la rete ospedaliera o per le cure primarie o per le strutture socio-sanitarie; in altre, invece, non è stato possibile individuare un referente perché assente, perlomeno a momento della ricerca (marzo-maggio 2016). A fronte dei vari contatti realizzati per la costruzione del panel, vi hanno partecipato 8 Regioni. Questa rispondenza, di interesse, coincide largamente con lo scenario odierno di maturazione del modello di cure intermedie: ovvero, tra le 8 Regioni partecipanti vi sono le 4 già dotate di una normativa dedicata alle cure intermedie; altre 2 che, con modalità e velocità diverse, sono prossime alla definizione; mentre le ultime 2 presentano una serie di servizi pilota avviati negli ultimi anni o riconversioni recenti che, a tendere, potrebbero confluire nelle cure intermedie.

La fotografia dinamica di queste 8 Regioni, pertanto, restituisce in scala lo scenario nazionale attuale, sebbene con un forte bias dettato dalla prevalenza delle esperienze più avanzate. La ricognizione della letteratura normativa condotta e i contatti avuti con i referenti regionali nella fase di campionamento del panel, infatti, evidenziano come oggi, da un lato, tutte le regioni presentino esperienze di riconversione della rete ospedaliera o di avvio di sperimentazioni pilota sul territorio (come i posti letto gestiti dai MMG o nelle

case della salute) che in futuro potranno essere ricondotte alle cure intermedie. Dall'altro, alcune Regioni hanno già introdotto in uso il termine delle cure intermedie come «contenitore» sul piano concettuale di una serie di interventi in essere, sebbene si attenda ancora un processo di deliberazione esplicita in modo di fissare alcuni parametri definitivi. Nell'economia di questo lavoro, si è ritenuto quindi opportuno presentare analiticamente un confronto inter-regionale basato sugli 8 contesti che hanno preso parte all'Expert Panel Group.

Le 8 Regioni analizzate sono rappresentate nella tabella n. 2, nella quale il modello di cure intermedie, derivato dall'analisi documentale e dalla discussione del panel, viene riletto nella logica della configurazione di servizio attraverso il framework delle 5 W. Di queste, le 4 Regioni che hanno deliberato il modello delle cure intermedie sono: Lombardia (dal 2012), Marche (dal 2015), Toscana (dal 2013), Veneto (dal 2012). Altre 2 Regioni, Emilia Romagna e Piemonte, presentano una situazione avanzata nello sviluppo del modello di cure intermedie. Infine, anche Umbria e Calabria, con situazioni differenziate, presentano oggi una serie di interventi che a tendere potranno rientrare in un modello di cure intermedie.

Tabella 15.2 **Le configurazioni regionali delle cure intermedie**

REGIONE CALABRIA	
Atti Normativi	<p>No documenti normativi dedicati: si possono ricondurre alle cure intermedie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dlgs 75/2015: rete hospice e cure palliative • DGR 221/2015 Requisiti specifici per l'accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie • DGR 2040/2015 Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, del patto per la Salute 2014/2016 e DM 70/2015
Tipologia Di Servizio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientamento è PL extraospedalieri a gestione territoriale affidata al MMG e all'assistenza infermieristica; • Obiettivo è individuare PL nelle CdS e nelle strutture riabilitative: problema principale è la riconversione delle prestazioni e la gestione delle strutture riabilitative residenziali, tutte gestite dal privato • Attualmente, il modello della lungodegenza e delle strutture territoriali prevede l'inclusione degli Hospice e delle cure palliative per il fine vita nonché la gestione degli stati vegetativi
Utenti	Da definire
N. Posti Letto	<ul style="list-style-type: none"> • L'analisi di fattibilità per le cure primarie e la riconversione della rete ospedaliera prevedono: 1400 PL circa per le cure intermedie e 3000 PL per la riabilitazione. • Rispetto a questo fabbisogno stimato sussiste un'alta variabilità nella saturazione rispetto alle diverse province e alla possibilità di riconvertire la rete pre-esistente (cfr. Piano di rientro 2013-2015, 2016-2018)
Durata Degenza	
Tariffa	
Modalità Di Accesso	Da definire
Professionisti	

Tabella 15.2 (segue)

REGIONE EMILIA ROMAGNA	
Atti Normativi	<p>No documenti normativi dedicati: si possono ricondurre alle cure intermedie</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSSR 2013-14: potenziamento della rete assistenziale territoriale delle CdS e strumenti di continuità ospedale-territorio, tra cui PL territoriali e ospedali di comunità (OSCO) • DGR 221/2015: Requisiti per l'accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie • DGR 2040/2015 Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard della L. 135/2012, patto della Salute 2014/2016 e DM Salute 70/2015
Tipologia Di Servizio	<ul style="list-style-type: none"> • Orientamento PL extraospedalieri • Ospedali di Comunità (OsCO): modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e ospedalizzazione. Con la circolare 26/2014 è stato attivato un flusso informativo dedicato regionale per analizzare la casistica – SIRCO (Sistema Informativo Regionale Ospedali di Comunità), censiti all'interno dell'Anagrafe delle Strutture Sanitarie e Socio-sanitarie Regionali – in modo univoco. Il flusso ha cadenza trimestrale ed è adeguato alla normativa sulla privacy e sulle misure di sicurezza per il trattamento dei dati personali dei pz, mediante la gestione separata delle informazioni anagrafiche e sanitarie. • Analisi della casistica: Allegato tecnico «Integrazione Sistema Informativo Regionale degli Ospedali di Comunità» per l'introduzione della Scala di valutazione Barthel modificata • DGR 221/2015 individua gli indicatori di processo e esito monitorati semestralmente dalla regione e discussi nel gruppo di lavoro regionale OsCO
Utenti	<p>Utenti degli OsCO sono prevalentemente</p> <ul style="list-style-type: none"> • pz con multimorbidità provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa • pz fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per riacutizzazioni di condizioni cliniche pre-esistenti, non appropriati al ricovero per acuti • pz che necessitano di assistenza infermieristica nelle ADL, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio • pz che necessitano formazione/educazione/addestramento del pz e del caregiver prima dell'accesso al domicilio <p>Sono ESCLUSI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pz con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica • pz terminali • pz che richiedono assistenza medica continua • pz che necessitano di inquadramento diagnostico
N. Posti Letto	<ul style="list-style-type: none"> • Gli OsCO sono 10 all'interno delle CdS+ 3 Moduli presso strutture socio-sanitarie • PL sono 232 (dato aggiornato a luglio 2015) • Moduli prevedono 15-20 PL
Durata degenza	Durata media di 6 settimane, in relazione alla valutazione multidimensionale e agli obiettivi del piano di cure
Tariffa	Non prevista: ad oggi gli OsCO sono a gestione diretta dei Dipartimenti di Cure Primarie – AUSL
Modalità Di Accesso	La richiesta di accesso avviene tramite l'invio all'OsCO della scheda con proposta di ricovero (scheda elaborata a livello regionale): può essere formulata dallo specialista ospedaliero o dal MMG, che è sempre coinvolto. L'accettazione prevede la redazione di un piano integrato e individualizzato di cura (PAI/Patto di cura)
Professionisti	<p>La responsabilità dei moduli OsCO è del responsabile infermieristico e la gestione degli ingressi e delle dimissioni è affidata al case-manager infermieristico, la responsabilità clinica è in capo ai medici di famiglia o ad altro medico dell'AUSL.</p> <p>Il personale e l'assistenza infermieristica è in capo all'AUSL e garantita continuamente nelle 24h, coadiuvati da altro personale (operatori sociosanitari) e professionisti quando necessario da piano di cura (specialisti, fisioterapisti e assistenti sociali delle CdS).</p>

Tabella 15.2 (segue)

REGIONE LOMBARDIA	
Atti Normativi	<ul style="list-style-type: none"> • DGR 19833/2004 Riordino riabilitazione: 7.300 PL nei tre setting riabilitativi (specialistica, generale geriatrica e mantenimento) • DGR 3239/2012 PL post-acuzie: avvio sperimentazione DG Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato • DGR 1479/2012 cure subacute avvio sperimentazione DG Salute • DGR 1185/2013 Riordino attività riabilitative per adulti: riduzione dell'offerta sul territorio e avvio delle cure intermedie come attività di riabilitazione afferente alla DG Famiglia Solidarietà Sociale e Volontariato • DGR 1520/2014 Determinazione in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative recependo la nuova organizzazione dettata dal piano indirizzo della riabilitazione 2011 G.U. 2.3.2011 • DGR 3383/2015 Determina che nell'ambito delle cure intermedie si collocano, oltre alle strutture residenziali di riabilitazione specialistica, generale, geriatrica e di mantenimento afferenti alla DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, anche l'assistenza post-acuta realizzata ai sensi della DGR n. 3239/2012 e successiva DGR n. 499/2013 ; • LR 23/2015 riordino del SSL e Piano cronicità DGR 4662/2015: integrazione DG Famiglia e DG Salute nella DG Welfare e avvio di una revisione della rete d'offerta, integrata tra ospedale e territorio, sanitario e sociosanitario.
Tipologia di Servizio	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalentemente posti letto extra ospedalieri come riconversione della lungo-degenza (sub-acute) e PL riabilitativi e dalle sperimentazioni delle post-acute;
Utenti	<ul style="list-style-type: none"> • È prevista una valutazione multidimensionale e la definizione di un piano assistenziale individuale (PAI) per l'accesso; • Per le cure intermedie sono previsti 5 profili assistenziali più il profilo demenza. Sono ESCLUSE: le patologie psichiatriche attive; le condizioni per cui sono già previsti interventi specifici specializzati (come ad esempio le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.); le condizioni di instabilità in corso o non completamente superate; le acuzie non risolte; le diagnosi incomplete o in corso di definizione. • Nelle cure subacute viene formulata una valutazione multidimensionale che prevede 5 profili in base al carico assistenziale – sono ammessi solo i profili 2 e 3. I criteri di accesso sono: diagnosi accertata; prognosi definita; consenso informato del paziente sull'accesso alle cure sub-acute; processo di stabilizzazione non ancora consolidato dei parametri vitali; necessità di proseguire cure in fase sub-acuta con esigenza di stretto follow-up e completamento del processo di guarigione o anche per una fase di instabilità clinica a carico di pazienti affetti da patologia cronica. Sono esclusi: decadimento cognitivo MMSE<17; pazienti oncologici terminali; pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia.
N. Posti Letto	<p>Si stimano oggi, a fronte delle riconversioni delle delibere sopra richiamate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7300 PL Riabilitativi (ospedalieri cod. 56, cod. 75) • 800 PL afferenti alle cure intermedie (extraospedalieri) • 1000 PL afferenti alle cure subacute (extraospedalieri)
Durata Degenza	<ul style="list-style-type: none"> • Nelle subacute: degenza media 10 giorni – i PAI possono arrivare a 15 giornate, il massimo previsto sono 40 giorni. • Nelle intermedie: degenza massima 40 giorni per il profilo di cura 1 e 60 giorni per i rimanenti profili. Nei casi di fragilità sociale riconosciuta, è prevista la possibilità di prolungare la degenza di 15 giorni oltre le soglie (punteggio dell'indice GEFI superiore a 50)
Tariffa	<ul style="list-style-type: none"> • Tariffa giornaliera per le subacute: da 150 a 190 euro al giorno (profili IIA 2 e 3) • Tariffa per le cure intermedie: 120 Euro al giorno • Non è prevista compartecipazione da parte dell'utente e il servizio è a carico del SSR

Tabella 15.2 (segue)

Modalità Di Accesso	<ul style="list-style-type: none"> • L'invio può essere fatto da una struttura ospedaliera o dal MMG attraverso la compilazione di una scheda e la richiesta di valutazione multidimensionale che viene redatta dalla struttura accogliente e trasmessa alla Regione; • La compilazione del profilo assistenziale e il piano di cura (PAI o il progetto riabilitativo) sono trasmessi alla Regione per il monitoraggio come debito informativo e previsti nei requisiti di accreditamento (ex DGR 3383/2015)
Professionisti	<ul style="list-style-type: none"> • L'accreditamento delle strutture prevede requisiti strutturali e di assistenza professionale specifici per profilo assistenziale e intensità di cura: è previsto un team multiprofessionale composto da: infermieri, Medico responsabile (internista), OSS/OTA, medico specialista – geriatra, fisiatra – tecnico della riabilitazione, Assistente sociale e psicologo e/o neuropsichiatra per il profilo demenza; • È obbligatorio il care manager – segnalato sul profilo e nel PAI , individuato per ogni caso;
REGIONE MARCHE	
Atti Normativi	<ul style="list-style-type: none"> • DGR 1696/2012; DGR 735/2013, DGR 1292/2014, DGR 559/2015, DGR 908/2015, DGR 940/2015, DGR 139/2016 Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle strutture ospedaliere e riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza Urgenza della Regione Marche • DGR 159/2016 Provvedimenti in attuazione del DM 70/2015 concernente la riduzione dei posti letto ospedalieri, ai sensi dell'art. 1 comma 541 della L. 208/2015 • DGR 139/2016 Adeguamento delle Case della Salute di Tipo C, Ridefinite Ospedali di Comunità • Riorganizzazione della rete territoriale: DGR 1183/2015 Ospedali di Comunità ai sensi del 70/2015
Tipologia di Servizio	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalentemente posti letto extraospedalieri e semiresidenzialità: le CI rappresentano la riconversione delle Case della Salute di terzo livello in Ospedali di comunità. • Delibera 735/2015: la revisione della rete ospedaliera prevede la creazione di una rete a bassa intensità assistenziale socio-sanitaria per le fragilità, composta prevalentemente da attività di post-acuzie, cure intermedie, riabilitazione extraospedaliera e ex art. 26, RSA e RSD, hospice e assistenza semiresidenziale. Le CdS normate nel 2015, identificando le strutture di terzo livello con PL, sono state convertite in ospedali di comunità e PL di cure intermedie.
Utenti	<ul style="list-style-type: none"> • Soggetti prevalentemente anziani e fragili che presentano un quadro di instabilità clinico, dopo una degenza per acuti o per uno scompenso al domicilio, per cui è necessario un intervento di stabilizzazione e abilitazione funzionale. • L'Unità di valutazione valuta ogni caso e definisce il PAI come criterio di accesso alle cure intermedie. • Sono esclusi i pz terminali e le demenze.
N. Posti Letto	DGR 139/2016: previsione di 380 PL per le cure intermedie, derivanti da riconversione e incremento in alcuni OdC entro il 2016
Durata Degenza	Massimo 60 giorni, definita dal PAI
Tariffa	145 Euro al giorno per cure intermedie fino al 60 giorno interamente a carico del SSR, dopo è prevista la compartecipazione alberghiera ex DGRM 1331/2014
Modalità di Accesso	Possono accedere sia da dimissione protetta ospedaliera sia da strutture residenziali extraospedaliere o da domicilio per impossibilità di seguire il PAI attraverso ADI. L'accesso richiede l'intervento dell'UVI (Unità di Valutazione Integrata che svolge la valutazione multidimensionale) che prevede la valutazione del pz e la definizione del PAI, quindi l'invio al setting più appropriato. In fase di attuazione, si prevede una sovrapposizione con le modalità di valutazione e invio alle strutture sociosanitarie. In questo caso sarà la valutazione dell'UVI a dover identificare la prevalenza del quadro di instabilità clinica per cui è richiesto un intervento a prevalenza sanitaria e l'invio in CI piuttosto che in struttura sociosanitaria.

Tabella 15.2 (segue)

<p>Professionisti</p>	<p>Standard assistenziale degli Ospedali di Comunità prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistenza infermieristica e OSS/OTA h24 • Presenza del medico per consulenza almeno 15 min/pz/die: sono coinvolti i Medici di Continuità assistenziale e di assistenza primaria per supportare l'assistenza H12 diurna e attività ambulatoriale delle strutture e la reperibilità notturna; • Sono in fase di definizione gli accordi con la MG: il MG è informato dell'accesso e referente per l'assistito: si prevede da accordi in fase di approvazione, che il MMG garantisca 12h settimanali di presenza di cui 4h di attività ambulatoriale e reperibilità. Per tale attività si stima una valorizzazione complessiva di 125Euro al die, in più sono previsti emolumenti per la reperibilità e giornate di festività (questi ultimi anche per i medici CA, per i quali 1h di ambulatorio c/o OdC è valorizzata 3 Euro). • La continuità dell'assistenza medica è garantita da personale aziendale ASUR e dall'intervento della Centrale Operativa Territoriale • È prevista la funzione di coordinamento del MMG di riferimento del Gruppo di MG locale, per la cui attività è previsto un compenso di 1000 Euro su base annua • Referente per la programmazione e gestione del personale degli OdC è il direttore di DSS- • Previsto l'accesso del FKT e un'assistenza media di 15 min/pz/die
<p>REGIONE PIEMONTE</p>	
<p>Atti Normativi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mancano atti normativi dedicati alle cure intermedie, ma si possono ricondurre ad esse gli atti per i CAVS: PL di continuità assistenziale a valenza sanitaria • DGR 13-1439 Criteri di appropriatezza organizzativa, clinico-gestionale per le attività di recupero funzionale di 3,2,1, livello per le attività di lungodegenza e definizione della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria; • DGR n. 6-5519/2013 «Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione del P.S.S.R. 2012-2015 • DGR n 14-7070 «DGR 6-5519/2013- interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese in applicazione della DR 167-1408/2012. Interventi attuativi sulla rete di post acuzie assicurate di P.O pubblici, ai presidi ex artt. 42 e 43 della L.833/78, dalle case di cura private e definizione rete di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Azione 14.3.3 di cui alla DGR 25-6992/2013. • DGR n. 77-252775/2015 «Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria, Modifica alla DGR n. 6-5519/2013. Modifiche ed integrazioni agli allegati A),B), C) alla DGR n. 13-2022/2015» • DD n.924 del 30 dicembre 2015 della Direzione Sanità Sanità «Modalità operative per l'esercizio dell'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS); • DGR n. 30-3016/2016 Modifiche ed integrazioni alla DGR n. 77-2775/2015 recante «Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Modifica alla DGR n. 6-5519/2013. Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B) e C) alla DGR n. 13-2022/2015». • DGR n.32-3342/2016 «disposizioni relative all'attivazione di prestazioni di tipo riabilitativo aggiuntive alle attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria di cui alla DGR 6-5519/2013» • DGR n. 12-3730/2016 «modifiche ed integrazione all'allegato A della DGR n. 6-5519/2013 – paragrafo «continuità assistenziale a valenza sanitaria». Modifiche ed integrazione agli allegati A), B), e C) alla DGR n. 30-3016/2016
<p>Tipologia di Servizio</p>	<p>CAVS: PL extraospedalieri di continuità assistenziale a valenza sanitaria. Riconversione da case di cura private + RSA + UO lungodegenza ospedaliera e UO per acuti psichiatriche (cod. 40), strutture post-acuzie psichiatriche (cod.56.40; 60.40)</p>

Tabella 15.2 (segue)

Utenti	<p>DGR13-1439/2011 individua sette tipologie di utenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pz con disabilità complesse motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un percorso di continuità delle cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max 30gg + 30); • Pz con disabilità complesse motorie, di età inferiore ai 65 anni, che non possono seguire un percorso di continuità delle cure in RSA per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza (max 30 gg. + 30); • Pz ultra 65enni, con problematiche clinico-assistenziali e funzionali di significativa rilevanza, che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max 30 gg. + 30); • Pz ultra 65enni, con disabilità motorie di grado moderato, che non possono seguire un percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max 30 gg); • Pz con disabilità ad elevata complessità con necessità prevalentemente assistenziali continuative nelle 24 ore, in occasione di emergenze socio-assistenziali (eg. Ricoveri di sollievo) (max 30 gg.) • Pz con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure al domicilio per problemi socio-ambientali o socio-familiari (max 30 gg + 30); • Pz con disabilità neuro-psichiatriche, che non possono seguire un appropriato percorso di continuità di cure in RSA/strutture residenziali per problematiche clinico-assistenziali di significativa rilevanza (max 30 gg + 30)
N. Posti Letto	<ul style="list-style-type: none"> • Standard dello 0,3 per 1000 abitanti DGR 1-600/2014 • Si prevedono moduli con un minimo di 20 PL • Il computo complessivo ex DGR 30-3016/2016 prevede: <ul style="list-style-type: none"> – Fabbisogno complessivo CAVS 1188 PL – PL riconvertiti da strutture sanitarie riabilitative ex art. 26: 60 • DGR 39-813/2014: <ul style="list-style-type: none"> – Fabbisogno autorizzato alla copertura CAVS: 317 PL – PL da riconversione PL post-acuti ospedali pubblici: 131 – PL da riconversione PL RSA: 240 • DGR 12-2022/2015: <ul style="list-style-type: none"> – PL da riconversione letti ospedalieri post-acuti da IRCCS: 25 – PL da riconversione PL ospedalieri post-acuti da Case di cura: 381 + 27 PL convertiti in REMS
Durata Degenza	In media, non dovrebbe superare i 30 giorni, sono prorogabili di altri 30 giorni sulla base di valutazione del singolo caso.
Tariffa	125 Euro tariffa giornaliera che include i farmaci e prestazioni ambulatoriali specialistiche (non presenti nella struttura) garantiti dall'ASL locale: l'importo viene scalato dal consuntivo finale, in dimissione, dell'ASL alla struttura. I trasporti del pz sono interamente a carico della struttura CAVS. Superati i 30 giorni potrebbe essere richiesta l'integrazione della compartecipazione alberghiera.
Modalità Di Accesso	<p>L'accesso appropriato ai CAVS dipende dalla valutazione del setting, inteso come opportunità per progettare la dimissione protetta/programmata da reparti per acuti o come alternativa all'ospedalizzazione per pz provenienti da situazioni di scempenso al domicilio, con particolari esigenze clinico-assistenziali.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserimento deve avvenire attraverso la valutazione e invio del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC) dell'ASL di residenza; • Per pz in dimissione il NDCC opera in collaborazione con il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC); • In caso di emergenza o nell'impossibilità di attivare tempestivamente il NDCC o NOCC le direzioni ospedaliere su richiesta del Responsabile di PS può inviare il pz in una struttura CAVS chiedendo attivazione del NDCC successivamente;

Tabella 15.2 (segue)

	<ul style="list-style-type: none"> Il NDCC è tenuto a formulare l'autorizzazione all'accesso del pz in una struttura CVS, definendo il periodo massimo di 30gg e la richiesta di segnalare su specifici casi la possibilità di prorogarlo oltre, fino a max 30 gg, in una valutazione congiunta con la struttura. L'autorizzazione è integrata alla cartella clinica e prevede: la numerazione progressiva del pz nell'ASL, i dati anagrafici, setting di provenienza, valutazione sanitaria e sociale del NOCC, quadro clinico-assistenziale e terapeutico; definizione del livello di complessità assistenziale; la struttura CAVS di ricovero, data di decorrenza del ricovero in CAVS e durata;
Professionisti	<p>Le strutture CAVS devono essere accreditate a livello regionale, attraverso le verifiche effettuate dall'ASL locale e dall'ARPA regionale. L'accreditamento prevede requisiti strutturali e organizzativi, tra cui la definizione delle professionalità. In particolare è prevista:</p> <ul style="list-style-type: none"> Requisito organizzativo: richiesta l'assistenza medica giornaliera in consulenza – internista, geriatra, fisiatra e neuropsichiatra. Inoltre, deve essere garantita la continuità assistenziale attraverso la guardia e il medico di continuità assistenziale; Assistenza infermieristica e OSS/OTA nelle 24 ore.
REGIONE TOSCANA	
Atti Normativi	<ul style="list-style-type: none"> DGR 1235/2012 Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale; Parere Consiglio Regionale 34/2013 Sviluppo del Sistema Cure Intermedie DGR 431/2013 Indirizzi per lo sviluppo del sistema delle Cure Intermedie
Tipologia di Servizio	PL residenziali extraospedalieri per la continuità ospedale territorio: PL in ospedale di comunità (ri-conversione presidi), hospice, sollievo in RSA, riabilitazione, posti di CA intraospedaliera e cure intermedie attivate nelle RSA
Utenti	<ol style="list-style-type: none"> Moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute, che offrono assistenza prevalentemente infermieristica, pur essendo caratterizzata da una componente diagnostico terapeutica significativa per la quale è richiesta una residuale dotazione tecnologica all'interno della struttura Criteri per l'accesso: NEWS tendenzialmente ≤ 3 integrato da scale di valutazione della complessità assistenziale tipo Flugelman, Brass, ecc. Strutture extraospedaliere di continuità assistenziale per la sub acuzie, a valenza sanitaria. Il target è rappresentato sia da pazienti in condizioni cliniche a minore complessità non ancora in grado di tornare al proprio domicilio, sia da soggetti di provenienza territoriale per evitare l'ospedalizzazione. Le necessità sono prevalentemente di assistenza infermieristica ma deve essere assicurata la valutazione medica quotidiana in relazione alla situazione clinica Criteri di accesso: NEWS 0-1 integrato da scale di valutazione della complessità assistenziale tipo Flugelman, Brass, ecc <p>Sono ESCLUSI: pazienti terminali; Pazienti che per motivi sociali prolungano il ricovero; lungodegenti; pazienti che hanno in corso programma riabilitativi; pazienti con gravi disturbi cognitivi e comportamentali, pazienti con malattie infettive e diffuse;</p>
N. Posti Letto	PL previsti 1064 previsti da DGR 431/2013 (da attivare 549)
Durata Degenza	Tempo di permanenza tra 7 e 20 gg (in media 14 gg)
Tariffa	119 Euro interamente a carico SSR, farmaci e esami forniti da azienda
Modalità Di Accesso	<ul style="list-style-type: none"> Il paziente con dimissione con evoluzione favorevole può avvenire verso il proprio domicilio o verso le «Cure Intermedie», oppure verso strutture «sociali» o riabilitative, in accordo con il Medico di MG e il medico di Comunità. Obbligatoria la valutazione del PUA: alla richiesta dalla dimissione programmata viene fatta una visita prima della dimissione (Medico CA, medico PUA, Infermiere, Ass Sociale) e valutazione (News, Karnofsky, Braden) per l'accesso in struttura. Redazione piano assistenziale obbligatoria, diagnosi e prognosi definita Programma di trattamento viene concordato con il MMG

Tabella 15.2 (segue)

Professionisti	<ul style="list-style-type: none"> • La DGR prevede degli standard di assistenza in base al livello di intensità assistenziale; • Coordinamento organizzativo: MMG Coordinatore di AFT e le cure intermedie dipendono funzionalmente dal Dipartimento del Territorio • OdC a prevalente gestione infermieristica: <ul style="list-style-type: none"> – Il MMG è il responsabile clinico del caso – L'infermiere ha autonomia e responsabilità per funzioni specifiche alla gestione assistenziale del paziente individuate sulla base di percorsi condivisi – Sono previsti inoltre: OSS/OTA, presenza della fisioterapia dipende dalla presenza di un progetto riabilitativo ad hoc, può quindi essere attivata la richiesta anche in consulenza e accesso alla strutture del personale aziendale. – Il Medico di Comunità (H16) garantisce il governo dei servizi per la presa in carico e verifica dell'andamento delle attività del progetto di modulo, coordina i flussi dei pz ammessi in unità di cure intermedie – Il medico di continuità assistenziale garantisce la coperture sulle 24h. più medico di continuità assistenziale – Può essere richiesta la consulenza di altri specialisti al bisogno: ad esempio in presenza di un progetto riadattativo o di riattivazione, si può richiedere l'accesso del geriatra o fisiatra
REGIONE UMBRIA	
Atti Normativi	<p>No documenti normativi dedicati: si possono ricondurre alle cure intermedie diversi interventi sia nella rete ospedaliera che nei servizi territoriali previsti a partire dal PSS 2009-2011;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisione della rete riabilitativa: creazione dei dipartimenti integrati, tra riabilitazione intensiva ospedaliera e estensiva, residenziale e semiresidenziale (DGR n. 1114/2010)
Tipologia di Servizio	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalentemente posti letto a media e bassa intensità assistenziale collocati presso: <ul style="list-style-type: none"> – Unità di degenza infermieristica (UDI: AO Perugia (12PL) – emettono SDO, codice 60. – RSA a degenza breve collocate all'interno delle AO e presidi ospedalieri; – RSA a lungodegenza con unità di 40-50 PL, equipe medica e la presenza del geriatra – Attivate due CdS che prevedono alcuni PL a gestione della Medicina Generale – Posti letto riabilitativi – riabilitazione estensiva residenziale;
Utenti	Paziente dimesso da struttura per acuti, che presenta fragilità socio-assistenziale o residua autonomia e instabilità clinica per il rientro al domicilio;
N. Posti Letto	Nd –
Durata Degenza	Dipende dalle strutture di riferimento (UDI – degenze massima di 15 giorni);
Tariffa	nd
Modalità Di Accesso	<p>Invio da unità di degenza per acuti e/o dal domicilio su segnalazione del MMG nel caso delle RSA a lungodegenza</p> <p>È richiesta la valutazione dimensionale nelle RSA e CdS, mentre un progetto riabilitativo individuale per le strutture riabilitative e un piano individuale di cura per l'UDI</p>
Professionisti	<p>UDI: gestione infermieristica ma prevede il coordinamento e la responsabilità del medico internista (firma la SDO) in accesso ogni giorno;</p> <p>RSA: equipe multi-professionali, gestione prevalentemente infermieristica h24, accesso dello specialista, geriatra, internista e fisiatra.</p>
REGIONE VENETO	
Atti Normativi	<ul style="list-style-type: none"> • DGR 2481/2004: Sperimentazione «Progetto per l'attivazione di strutture sanitarie intermedie a seguito di dimissioni ospedaliere». • DGR 2718/2012 Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale

Tabella 15.2 (segue)

	<ul style="list-style-type: none"> • DGR 2108/2014 Strutture di Ricovero intermedie. Standard strutturali minimi Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. Definizione del procedimento di autorizzazione alla realizzazione, ai sensi dell'art. 7 della L.R. 22/02, mediante trasformazione di spazi esistenti, già autorizzati all'esercizio per l'erogazione di prestazioni sanitarie o socio-sanitarie, o comunque inseriti in contesto sanitario o socio-sanitario. • DGR 2683/2014 Approvazione dei requisiti generali e specifici per l'accreditamento istituzionale, del contenuto assistenziale delle prestazioni mediche, del tracciato del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza erogata e degli indicatori di attività e risultato per Ospedali di Comunità e Unità Riabilitative Territoriali. • DGR 2019/2015 Tariffazione delle strutture per le Cure intermedie
Tipologia Di Servizio	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalentemente posti letto extraospedalieri a vocazione riabilitativa (URT) o internistica (OdC), accompagnamento alla terminilità (hospice) e residenzialità temporanea
Utenti	<ul style="list-style-type: none"> • Ospedali di Comunità: accolgono elettivamente pazienti con perdita di alcune funzioni basilari della vita quotidiana (activities of daily living), con tre possibili traiettorie prognostiche, che nella valutazione multidimensionale (UVM) obbligatoria hanno un profilo SVAMA superiore a 2 e necessità variabili di cure sanitarie: <ul style="list-style-type: none"> – pazienti le cui funzioni/abilità perse sono recuperabili ma è necessario un periodo di convalescenza – pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, richiedono un adattamento alla disabilità definitiva – pazienti le cui funzioni/abilità sono definitivamente perse, la malattia ha una prognosi infausta a breve termine, ma le cui condizioni potrebbero non renderli eleggibili per Hospice (palliazione, anche non oncologica). – Sono ESCLUSI: pazienti con demenza e disturbi comportamentali non ben controllati dalla terapia dovrebbero essere assistiti in nuclei SAPA(PL dedicati per Alzheimer) • Unità riabilitative territoriali (URT): servizi di riabilitazione residenziale temporanea a valenza territoriale, post-ricovero con funzione di riabilitazione e recupero funzionale. Accoglie elettivamente ed è obbligatoria la compilazione della valutazione UVM entro 7 giorni: <ul style="list-style-type: none"> – paziente le cui funzioni/abilità temporaneamente perse sono parzialmente o totalmente recuperabili (fratture polipatologiche e traumatologiche) con riabilitazione estensiva; – pazienti a lento recupero funzionale che hanno già effettuato riabilitazione intensiva o pazienti provenienti dall'OdC che necessitano di proseguire/iniziare il trattamento di riabilitazione estensiva (es.: ictus a lenta risoluzione); – paziente cronico evolutivo (es.: Sclerosi multipla stabilizzata, Parkinson, SLA, insufficienza respiratoria) con grave disabilità residua che necessita di un periodo di riabilitazione e/o adattamento a nuovi ausili o a un nuovo livello di disabilità.
N. Posti Letto	<p>Previsti da fabbisogno 1600 PL da attivare entro 2017: 2016 attivati 800 PL previsto completamento nel 2018 – URT e OdC prevedono moduli di ca. 24 PL Hospice fabbisogno 252 PL attivati 200</p>
Durata Degenza	<p>Massimo 30 giorni in OdC Massimo 8 settimane in URT</p>
Tariffa	<p>OdC fino a 130Euro, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Per i primi 30 giorni Fino a 130 senza compartecipazione • Dal 31 al 60 giorno: 105 Euro + 25 di compartecipazione; • Dal 61 in poi: 85 Euro + 45 Euro di compartecipazione; <p>URT: fino a 135Euro, di cui:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dal 1 al 60 giorno: 110 Euro + 25 Euro di compartecipazione; • Dal 61 giorno in poi: fino a 90 Euro + 45 Euro di compartecipazione <p>Le prestazioni di riabilitazione e terapeutiche/farmacologiche sono erogate direttamente dalla struttura (ODC e URT) senza compartecipazione (ticket) mentre quelle di specialistica e di diagnostiche sono erogate con ricetta rossa ed eventuale compartecipazione (ticket) se applicabile.</p>

Tabella 15.2 (segue)

Modalità di Accesso	Il paziente accede o in dimissione da una struttura per acuti o, ancora, dall'OdC può accedere in URT. È necessaria la valutazione multidimensionale (UVM) da compilare entro 7 giorni dall'ingresso. Il MMG di riferimento è sempre informato ed è referente per la responsabilità clinica del pz nel periodo di degenza.
Professionisti	<p>La composizione e il carico assistenziale dei team multidisciplinari dipendente dalle Unità d'offerta, per le quali sono previsti degli standard di qualità nel processo di accreditamento sia nel minutaggio dell'assistenza da erogare e che nei professionisti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Media di 1.850 minuti settimanali di assistenza per paziente (assistenza infermieristica + OSS) e la presenza di un assistente sociale secondo necessità • Nell'ODC è previsto un FKT part time solo per i pazienti da mobilitare; • Nell'URT sono previsti 2 FKT a tempo pieno equivalente. <p>La presenza del personale medico dipende da situazioni pregresse (riconversione), oppure viene affidata a personale del distretto – internistico o geriatrico. Anche il MMG può essere responsabile. In URT la presenza fisiatrica è garantita dal Dipartimento di riabilitazione.</p> <p>La responsabilità clinica è del medico che è identificato come responsabile a seconda dell'organizzazione (geriatra, MMG o medico della struttura o medico di continuità assistenziale CA). Il paziente in cure palliative è seguito preferibilmente dall'Equipe aziendale di Cure Palliative</p>

15.5.2 Risultati dell'analisi comparativa inter-regionale

Cosa: tipologia di servizio, dimensionamento, finanziamento

A livello nazionale, le cure intermedie si presentano prevalentemente come posti letto extra-ospedalieri, a vocazione internistica o riabilitativa, funzionale o abilitativa. Tra le esperienze censite, infatti, la definizione delle cure intermedie emerge nell'ambito degli interventi di riconversione della rete ospedaliera intrapresi a partire dal 2012 per adeguare i SSR agli standard nazionali e nel quadro delle riforme dei SSR (cfr. Veneto, Toscana). Questa origine è rinforzata dalla constatazione che le contestuali azioni di riforma delle cure territoriali, come le AFT e le UCCP, risultano esperienze nella maggior parte dei casi parallele, connesse alle cure intermedie solo nei contesti di riforma delle cure primarie più maturi, rispetto a quanto previsto dallo stesso Dlgs 158/2012. Questo snodo è particolarmente importante rispetto a due considerazioni: il rafforzamento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e il riconoscimento del MMG come attore principale e regista del percorso del paziente.

A caratterizzare la formula di servizio e presa in carico è in primo luogo la definizione dell'intervento personalizzato (attraverso un Piano di cure) e la temporaneità: dai 15 gg nelle sub-acuzie e negli ospedali di comunità ai 30 – 60 giorni nelle soluzioni a vocazione riabilitativa.

In generale, il segmento delle cure intermedie tende a identificarsi come quella soluzione «intermedia» di degenza a prevalenza sanitaria, a medio-alta intensità assistenziale, a vocazione internistica o riabilitativa, tale per cui sia il setting delle acuzie, che il domicilio, e la residenzialità sociosanitaria (RSA e RSD), ri-

sultano inadeguate. La definizione della configurazione di servizio e il setting identificato determinano la prevalenza dell'assistenza a vocazione internistica e di stabilizzazione del quadro clinico rispetto a soluzioni a prevalenza riabilitativa e abilitativa. In questa direzione, tuttavia, il processo di insorgenza e riconversione delle cure intermedie ha caratterizzato, nelle esperienze censite, un diverso grado di specializzazione rispetto a questi due obiettivi. I modelli della Lombardia, del Veneto e l'esperienza dei posti di letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) piemontesi prevedono infatti entrambe le tipologie, di stabilizzazione clinica e riabilitazione/abilitazione, derivando per lo più da una riconfigurazione di posti letto pre-esistenti. Al contrario, i modelli di Toscana, Marche e Emilia Romagna puntano direttamente allo sviluppo degli ospedali di comunità come espressione delle cure intermedie, funzionalmente dipendenti dal territorio (dipartimenti del territorio, di cure primarie e distretto sociosanitario). Queste soluzioni hanno una vocazione più internistica, prevedendo la consulenza riabilitativa (fisiatrice e fisioterapica) al bisogno.

La prevalente vocazione di posti letto extraospedalieri qualifica quindi le esperienze odierne di cure intermedie, distinguendole dalle tensioni rilevate negli altri Paesi Europei che, come visto sopra, sempre più tendono a spostare l'assistenza da unità di degenza al domicilio (ospedalizzazione domiciliare), a soluzioni intermedie (per es. *virtual ward*). Questa mancata tensione verso la domiciliarità è evidente tanto nella classificazione delle cure intermedie adottata dalle delibere, quanto nei dati nazionali sull'utilizzo dell'ADI e la tipologia di assistenza oggi fornita, che non sembra, se non in limitate esperienze aziendali, essere in grado di fornire un'assistenza intensiva al domicilio in modo tempestivo e per un periodo limitato di tempo. Queste distinzioni, d'altro canto, risultano ancora molto lasche nel dibattito sulle cure intermedie, dove alcune proposte includono l'assistenza domiciliare integrata e riconoscono un ruolo importate ai setting di assistenza socio-sanitaria (centri diurni e RSA/RSD – cfr Fantini et al. 2015). In questo dibattito, si potrebbero collocare anche le esperienze più innovative delle RSA aperte (in Lombardia e Piemonte), in cui un livello di assistenza medio-alto è fornito dalle RSA direttamente al domicilio, evitando l'istituzionalizzazione. In questi margini, il dibattito rimane aperto: forme avanzate di ADI (terzo livello e/o ospedale domiciliare) potrebbero essere incluse nelle cure intermedie ma solo rispettando i requisiti di temporaneità e, soprattutto, di responsabilità clinica sul paziente. Quest'ultimo requisito distingue le cure intermedie dal modello di assistenza socio-sanitaria oggi prevalente, nella misura in cui si tratta di interventi che hanno una priorità sanitaria e di stabilizzazione clinica del paziente. Oltre alla consulenza clinica è previsto infatti che nella riconversione le strutture socio-sanitarie si dotino degli strumenti per svolgere un'attività diagnostica di base o, in alternativa, prevedano l'invio ai presidi distrettuali per l'erogazione di tali prestazioni – un collegamento comunque previsto per le prestazioni più avanzate.

La distinzione tra sanitario e socio-sanitario diventa più chiara nelle fonti di finanziamento: la codifica di intervento a prevalenza sanitaria (ex L. 308/2000) determina che le cure intermedie siano interamente a carico dei SSR. Non solo, nella definizione delle tariffe, la diaria delle cure intermedie ha il vincolo di un valore massimo di 154 Euro, sopra il quale diventerebbe assimilabile alla tariffa della lungodegenza, e quindi i posti letto dovrebbero essere computati nello 0,2 per mille. Non solo, trattandosi di interventi sanitari la compartecipazione del cittadino non dovrebbe essere richiesta, neppure per la copertura dei costi alberghieri. Queste le indicazioni di massima dalla normativa vigente, tuttavia, le esperienze censite mostrano soluzioni altamente composite anche in merito al finanziamento e alla tariffazione. Se il tetto dei 154 Euro giornalieri è rispettato in tutte le esperienze, con l'unica eccezione delle cure sub-acute lombarde in cui il rimborso può arrivare fino a 190 Euro, il criterio della compartecipazione non è definito in modo uniforme sul territorio nazionale. La compartecipazione alberghiera è prevista infatti: o nei casi di prolungamento della degenza oltre i tempi riconosciuti (30 giorni in Piemonte e 60 giorni nelle Marche, oltre i 30 giorni negli ospedali di comunità in Veneto); oppure nell'assistenza riabilitativa, come avviene nel caso dell'Unità Riabilitative Territoriale, in Veneto. In quest'ultimo caso, è stato possibile nella misura in cui le strutture attualmente riconvertite in URT derivano da precedenti setting socio-sanitari.

Da sottolineare, tuttavia, che prima ancora dell'assistenza alberghiera, il livello di tariffazione previsto per queste strutture sembra inadeguato a coprire l'intera assistenza del paziente clinicamente instabile e la continuità dell'assistenza terapeutica: l'esecuzione della diagnostica strumentale e la fornitura dei farmaci, infatti, risultano in alcuni casi a carico dell'azienda sanitaria locale, in altri del cittadino. Emilia Romagna, Toscana e Marche, che hanno sviluppato un modello di cure centrato sull'ospedale di comunità, così come la Lombardia, non prevedono alcuna compartecipazione del cittadino e la completa copertura dell'assistenza diagnostica e terapeutica. Nel caso del Piemonte, è previsto che tutti gli esami erogati dal presidio locale siano scalati dalla fatturazione complessiva, quindi ricadono sul rimborso reale dell'erogatore, motivo per cui la riconversione dei posti letto CA-VS trova alcune difficoltà e ostacoli da parte degli erogatori privati. Nel modello veneto, invece, la diagnostica e le terapie sono assicurate al paziente degente attraverso ricetta rossa, quindi è prevista un'ulteriore compartecipazione nel ticket. Risulta evidente in questo quadro come la definizione della tariffa diaria risulti difficile in questa fase di partenza del modello, tanto per i vincoli normativi collegati all'intervento sanitario extraospedaliero, quanto per la reale copertura del fabbisogno assistenziale degli utenti ammessi. Il costo effettivo dell'assistenza globalmente erogata attende una valutazione economica reale nel prossimo futuro, nella misura in cui la gestione diretta di alcune soluzioni e dell'erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche rende più complessa una stima affidabile e comparabile tra le diverse realtà, a monte. Di contro, le potenzialità delle strutture

socio-sanitarie e riabilitative, in larga parte gestite dal privato e no profit, trovano un ostacolo maggiore nella tariffazione, ancor più in fase di start up in cui dovrebbero investire nell'adeguamento agli standard assistenziali. A valle di questa riflessione sull'offerta, una reale valutazione di costo-efficacia dovrebbe includere una valorizzazione economica delle prestazioni rispetto all'appropriatezza dell'assistenza e della qualità delle cure erogate – quindi del target.

Si segnala infine che il decollo delle cure intermedie è avvenuto in un sistema iso-risorse, anzi, l'attivazione delle cure intermedie oggi proviene dai disinvestimenti nella rete ospedaliera e dalla chiusura dei posti letto per acuti. Gli investimenti in questo segmento d'offerta sono spesso i fondi dedicati alla riconversione e/o a nuove strutture territoriali, nelle quali possono essere previsti posti letto di cure intermedie. In questa fase, dopo la prima riconversione della rete ospedaliera, la saturazione dei posti letto rispetto agli standard ha quindi determinato uno stallo, in cui mancano costi cd. «cessanti» da investire in posti di cure intermedie per raggiungere i parametri previsti dal fabbisogno stimato (cfr. caso del Veneto e Emilia Romagna).

Ultimo elemento definitorio del modello di cure intermedie riguarda il dimensionamento. Nella fase di transizione attuale non è possibile identificare uno standard uniforme a livello nazionale, quanto piuttosto la definizione del fabbisogno di posti letto per le cure intermedie è determinata dai processi di riconversione della rete ospedaliera e dagli standard adottati dalle regioni in questi processi: ad esempio, la Toscana ha introdotto lo standard del 3,2 per mille della dotazione complessiva di PL ospedalieri, mentre il Veneto del 3,6. Il Piemonte è l'unico esempio che fissa uno standard di riferimento per i CAVS allo 0,3 per mille, vicino alle indicazioni dell'Agenas del 2011 dello 0,4 per mille. A monte, tuttavia, del dimensionamento vanno considerati gli obiettivi e il target- potenziale dei pazienti eleggibili per le cure intermedie. In particolare, due elementi appaiono centrali nelle esperienze regionali censite, in rapporto al quadro europeo: in primo luogo, l'inclusione degli hospice e della gestione del fine vita; in secondo luogo, l'inclusione o esclusione dei posti letto per la psichiatria e condizioni neuropsichiatriche. L'hospice e il fine vita risultano inclusi nei modelli del Veneto, della Toscana, delle Marche e in Calabria. La salute mentale e i casi di pazienti con diagnosi neurodegenerative, invece, sono escluse chiaramente nella maggior parte dei modelli di cure intermedie censite. Fanno eccezione in questo senso, da un lato, la Lombardia che prevede il profilo demenze e, soprattutto, il Piemonte che ha istituito formalmente i CAVS psichiatria e CAVS ordinari ad indirizzo neuropsichiatrico, includendo oltre ai profili neuro-degenerativi o dementigeni, le disabilità neuro-psicomotorie, fino a patologie collegate con le dipendenze.

Chi: pazienti-target e professionisti

Il paziente-tipo delle cure intermedie è il soggetto che presenta un'instabilità clinica o funzionale a seguito di complicanze per un evento acuto gestito in regi-

me di ricovero o di un evento d'instabilità al domicilio, in particolare per i soggetti anziani fragili e polipatologici, le persone con disabilità acquisite o disabilità cronico-degenerative, fino al fine vita – laddove sia incluso anche l'hospice nelle cure intermedie. Se questo è il profilo generico dell'utente delle cure intermedie, ogni modello regionale ha adottato definizioni più o meno strutturate, in base all'utilizzo di specifiche scale valutative.

Tutte le esperienze, infatti, prevedono che l'accesso del paziente in una struttura di cure intermedie sia vincolato dall'esecuzione della valutazione dimensionale e dalla definizione di un percorso individuale di stabilizzazione e/o riabilitazione da completare nel periodo di degenza. In sede di valutazione, viene quindi riconosciuta l'appropriatezza del setting assistenziale e l'accesso alle strutture. Alla valutazione multidimensionale è inoltre associato il percorso individuale e in alcuni casi la compilazione del profilo assistenziale. Ritroviamo, in particolare, l'obbligo della definizione del profilo in tre modelli: in Lombardia, con l'obbligo per la struttura accogliente di assegnare un profilo assistenziale sulla base delle scale psico-metriche, geriatriche, funzionali e assistenziali stabilite e di trasmettere il profilo assegnato alla Regione come debito informativo per il riconoscimento del rimborso. Anche in Toscana è prevista la valutazione del profilo rispetto a determinate scale funzionali per l'identificazione del setting e la stesura del percorso assistenziale. In Emilia Romagna, infine, il profilo assistenziale e la valutazione risultano tra gli elementi di maggior attenzione in questa fase di definizione del modello delle cure intermedie: l'avvio degli ospedali di comunità, infatti, è stato supportato sin dall'inizio dalla predisposizione di un flusso informativo regionale dedicato, il flusso SIRCO, proprio per monitorare l'utenza di questa strutture e le prestazioni erogate durante la degenza.

Un ulteriore elemento rilevante rispetto alla definizione del profilo e del percorso individuale è il collegamento con la medicina generale e il ruolo riconosciuto al MMG del paziente durante il periodo di degenza e di invio/dimissione dalle cure intermedie. Sebbene in tutte le esperienze venga segnalata la necessità di informare il MMG del ricovero presso una struttura di cure intermedie, una nota distintiva dei modelli improntati all'ospedale di comunità è la centralità del MMG che rimane il responsabile clinico del paziente durante il periodo di degenza. Ad accumulare questi modelli infatti è la previsione di un ruolo del medico curante che accede alla struttura o per monitorare la gestione del paziente, garantendo la continuità della presa in carico, o come consulente clinico di riferimento, per cui oltre alla responsabilità sul paziente il MMG assolve alla funzione di assistenza clinica durante la degenza. Il modello più avanzato in questa direzione è quello marchigiano: la recente delibera di conversione e avvio degli ospedali di comunità è accompagnata dalla stipula di un nuovo accordo integrativo che definisce le modalità, i tempi e gli incentivi riconosciuti ai MMG per adempiere a questa funzione. La responsabilità clinica resta in capo al MMG anche in Veneto, Toscana ed Emilia Romagna, ma in questi casi la copertura

dell'assistenza medica è garantita anche dal personale medico della struttura e distrettuale (in Toscana il rinnovo dell'accordo integrativo regionale dovrebbe prevedere delle specifiche per la gestione delle cure intermedie per i pazienti più lievi con NEWS tra 0-1¹⁰).

La garanzia e il requisito dell'assistenza medica, in generale, rappresenta uno degli scogli organizzativi più rilevanti per la gestione delle cure intermedie e l'avvio delle strutture: nelle delibere e nei sistemi di accreditamento delle esperienze in essere, le cure intermedie risultano a prevalente gestione infermieristica, supportata da personale sanitario (OSS/OTA) e tecnici della riabilitazione, come previsto anche dal DM 70/2015 e dal Piano nazionale delle cronicità. Tuttavia, il profilo clinico degli utenti e la prevalenza della componente sanitaria rende altrettanto necessaria la garanzia della consulenza clinica giornaliera dell'internista e/o medico di medicina generale o geriatra e degli specialisti in funzione della casistica (generalmente, fisiatra e neuropsichiatra o psicologo), nonché il collegamento della struttura con la rete di emergenza-urgenza aziendale. In molti casi, tuttavia, il distretto si trova in sofferenza nel garantire gli accessi del personale medico dipendente specializzato, mentre per la copertura h24 si ricorre al medico di continuità assistenziale o di cure primarie. Da qui, si comprende il ruolo strategico nell'affidare la responsabilità clinica al medico curante, che è chiamato a risponderne direttamente al Coordinatore di AFT o di équipe territoriale o al direttore di distretto. La garanzia della consulenza clinica giornaliera, inoltre, ha rappresentato e rappresenta una difficoltà per la riconversione delle RSA in cure intermedie, sia per la collocazione geografica di tali strutture sia per la gestione complessiva dei costi del personale, che rischiano di non rendere più sostenibile il modello di servizio rispetto al rimborso tariffario.

Nelle esperienze censite si trovano quindi diverse soluzioni lungo un continuum che va dal riconoscimento della responsabilità al MMG fino a quello di altri soggetti del territorio. Ad un estremo, si trova il modello lombardo dove la riconversione dei posti letto per acuti e riabilitativi, iniziata nel 2012, non prevede il coinvolgimento diretto del MMG, se non in fase di invio dal domicilio¹¹. Nel modello, tuttavia, è previsto che ad ogni paziente sia affidato un case manager infermieristico che è responsabile della realizzazione e del buon esito del percorso assistenziale durante la degenza. Il case manager e l'équipe interdisciplinare di cura sono segnalati nella scheda-profilo dell'utente. All'altro estremo, troviamo l'esperienza toscana e marchigiana in cui il MMG è responsabile del

¹⁰ National Early Warning Score (NEWS) è stata adottata in Toscana, sul modello inglese, per valutare la stadiazione della malattia in modo standardizzato.

¹¹ Lo scenario lombardo, tuttavia, sta attraversando un momento di assestamento dei modelli organizzativi e istituzionali, in seno alla riforma LR 23/2015, e all'interno del piano per la cronicità sono previste nuove forme di presidi territoriali, POT (Presidio Ospedaliero Territoriale) e PREsST (Presidio Sociosanitario Territoriale), in cui potranno essere previsti posti letto intermedi a gestione della MG.

paziente degente ed è previsto il suo accesso e consulenza clinica. In questi casi, sono state adottate delle soluzioni organizzative esplicite per gestire il ruolo della MG nelle cure intermedie. Nel modello toscano, le cure intermedie dipendono dal Dipartimento del Territorio e il Coordinatore di AFT è responsabile del loro coordinamento. Anche il modello dell'Emilia Romagna, infine, prevede la responsabilità clinica del MMG e gli ospedali di comunità sono collocati in prossimità delle Case della Salute e dipendono dai Dipartimenti di cure primarie.

La rapida espansione delle cure intermedie e degli ospedali di comunità dovrà prevedere un'altrettanta rapida soluzione della responsabilità dell'infermiere, se questo modello di assistenza extraospedaliera a prevalenza sanitaria dovrà essere consolidato. Le prime esperienze di unità a degenza infermieristica ospedaliera (inquadrate come cod. 60 di lungodegenza) hanno infatti riscontrato diverse difficoltà normative e autorizzative. Ne è un esempio il modello dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, dove l'apertura di un'unità di degenza infermieristica ha causato dei ricorsi al TAR e la necessità di rivedere il modello assistenziale prevedendo la presenza di un consulente medico, responsabile per l'accettazione, il monitoraggio e la firma della SDO.

Quando: criteri e modalità di accesso

Le cure intermedie si distinguono dalla lungodegenza ospedaliera per il doppio ingresso, dai reparti per acuti e dal domicilio. L'invio e l'appropriatezza del setting intermedio è definito attraverso la valutazione multidimensionale e l'attribuzione di un profilo assistenziale, dove previsto. Questa classificazione è inoltre utilizzata, in questa fase embrionale, per monitorare il tipo di utenza, le prestazioni e l'appropriatezza dell'intervento.

L'esigenza di gestire compagini aziendali sempre più grandi, sia per bacino di utenza che estensione territoriale, e, al contempo, di supportare l'invio da parte dei professionisti, ha reso necessario la previsione di «gate»/unità dedicate o coinvolte nella gestione del flusso pazienti. In alcuni casi, questo servizio di gestione del flusso pazienti è stato affidato a unità già esistenti, mentre in altri l'esperienza delle cure intermedie ha messo in evidenza la necessità di attivare dei servizi innovativi. È il caso del Veneto, in cui la riorganizzazione dei servizi territoriali ha previsto l'introduzione della Centrale Operativa Territoriali (COT) per la gestione e il case management infermieristico dei pazienti più fragili, mentre nel tempo è diventata un punto di riferimento anche per la consulenza dei professionisti nel gestire l'invio dei pazienti in un logica di continuità tra l'ospedale e il territorio. Attualmente, la sperimentazione delle COT prevede in media 2 centrali per bacino provinciale che, con l'attuazione del riordino del SSR, andranno a coincidere con l'USSL. Anche in Piemonte, l'accesso ai CAVS prevede l'intervento del Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC) in sinergia al Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure qualora il paziente venga inviato dopo la dimissione da un reparto. Il NDCC è responsabile della

valutazione multidimensionale, assegnazione del profilo e del percorso assistenziale. In Toscana, invece, l'attivazione delle cure intermedie e la contestuale riforma del SSR, con la creazione di tre grandi aziende territoriali, hanno reso la mobilità e l'invio dei pazienti di difficile gestione. L'accesso dei pazienti alle cure intermedie nel modello toscano, infatti, prevede la valutazione multidimensionale da parte del distretto, anche per il paziente acuto dimesso: nell'evoluzione prossima, verranno introdotte delle agenzie dedicate, dipendenti dal Dipartimento di continuità assistenziale, con bacini corrispondenti alle zone distretto, in modo da gestire la presa in carico dei pazienti residenti e identificare delle soluzioni di prossimità, appropriate rispetto al fabbisogno clinico-assistenziale.

Perché: Obiettivi

Nonostante la configurazione del servizio vari nelle diverse esperienze, si può tracciare un minimo comun denominatore rispetto agli obiettivi perseguiti dalle cure intermedie: ovvero, la stabilizzazione del paziente fragile e la riabilitazione/abilitazione delle capacità funzionali e motorie, in proporzione alla casistica e al grado di recupero atteso. L'inclusione della palliazione tra gli obiettivi si trova invece solo nei modelli che includono l'hospice.

Sebbene gli obiettivi enunciati siano riflessi nell'impostazione del modello di degenza intermedia, così come nei setting e nei professionisti individuati, il tema della stabilizzazione merita qualche considerazione. La stabilizzazione di fatto è prevalente, fino quasi ad essere l'unico obiettivo, negli ospedali di comunità, dove l'assistenza è principalmente internistica, mentre può essere previsto da piano assistenziale l'invio al termine della degenza in un'unità riabilitativa residenziale. Non solo, se consideriamo che la degenza attesa per la stabilizzazione, anche nei reparti di subacuzie (cfr. Lombardia), è al massimo di 15 giorni, è possibile chiedersi quanto la degenza in queste unità sia più appropriata rispetto all'ospedalizzazione domiciliare, seguita dal MMG e dal team infermieristico distrettuale. Più che di stabilizzazione, infatti, in questi casi sarebbe corretto parlare di convalescenza, così come previsto dal modello catalano. Non va dimenticato che l'appropriatezza dei DRG prevede che il paziente dimesso sia stabile in teoria: un parametro questo che diventa molto lasco nel caso del target delle cure intermedie cd. step-down (dopo la dimissione), in condizioni di fragilità e cronicità. I dati sul tasso di decesso negli ospedali di comunità suggeriscono una codifica e una gestione della qualità ancora embrionali.

Dove: setting

Concludendo l'analisi del framework delle 5W, il setting identificato per le cure intermedie è già stato anticipato nell'analisi precedente. In estrema sintesi, i setting prevalenti sono individuati in strutture di degenza extra-ospedaliere/territoriali: da un lato, unità dedicate a vocazione riabilitativa clinico-funzionale e psichiatrica (URT in Veneto, CAVS in Piemonte, le cure intermedie in Lombar-

dia), dall'altro in moduli di ca. 20 PL a prevalente vocazione internistica, in cui è garantita l'assistenza infermieristica, che qualificano gli ospedali di comunità (in Veneto, Emilia Romagna, Marche, Toscana). Mentre i primi derivano, nella maggior parte dei casi, dalla riconversione di precedenti unità riabilitative ospedaliere o unità di PL per acuti o da strutture residenziali socio-sanitarie assistenziali; gli ospedali di comunità sono stati introdotti ex-novo negli anni più recenti, sia all'interno di strutture riconvertite per l'assistenza sanitaria territoriale sia in realtà di nuova edificazione. Il dimensionamento delle nuove unità è stato stimato e fissato nelle delibere, in funzione del target e del tipo di assistenza da garantire.

Rispetto alla dipendenza funzionale e organizzativa, tutti i modelli collocano le cure intermedie in capo alle aziende sanitarie locali (e all'ASST in Lombardia), responsabili dell'organizzazione, della verifica degli standard di qualità, della gestione del flusso dei pazienti e valutazione in ingresso di ogni caso, del rimborso/pagamento diretto e della copertura assistenziale, ovvero garantiscono sia l'erogazione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche sia l'assistenza sanitaria sulle H24 (medico di continuità assistenziale) e il coordinamento della rete di emergenza-urgenza territoriale.

15.6 Osservazioni conclusive

Seguendo il formato dello zibaldone, di seguito si propongono al lettore «annotazioni di varia misura e ispirazione» per intercettare il fenomeno delle cure intermedie nel nostro Paese e per, eventualmente, supportare alcune decisioni.

- ▶ Gli elementi distintivi della formula di servizio delle cure intermedie appaiono i seguenti: a) il target si riferisce alle popolazioni polipatologiche e fragili, in media aspecifiche sul piano patologico ma con un quadro di bisogni (soprattutto assistenziali) più chiaro. Le cure intermedie hanno rimesso in luce il tema della convalescenza del malato in uscita dall'ospedale che, soprattutto per i target citati, può diventare una questione critica. Su questo fronte è interessante osservare come alcune Regioni si siano mosse individuando profili di riferimento come classi rappresentative di bisogni (ad es. Lombardia) e altre abbiamo individuato specifiche esclusioni (ad es. il Veneto per la demenza e la casistica oncologica). Il tentativo di profilare la popolazione target nasce dalla necessità di mantenere alto il livello di efficacia di questo livello di cure e pare sia uno sforzo intrapreso da tutto il campione di Regioni impegnate sul tema; b) l'attivazione delle cure intermedie si basa su un progetto individuale di recupero funzionale del malato (PAI o PIC o altro). Questo prevede che l'attivazione sia fondata non sulla diagnosi (modello tradizionale di attivazione del setting ospedaliero) ma sulla prognosi. In questa direzione appare naturale l'esclusione del fine vita e dell'hospice ed evidente la difficoltà nel program-

mare i servizi e le risorse da destinare alle cure intermedie; c) i contenuti del servizio erogato sono di doppia natura: non solo vi sono quelli di carattere sanitario (o socio sanitario come si esplicherà in seguito) ma sempre più vengono organizzate anche attività a supporto del malato e della famiglia promuovendo modelli ancora artigianali di *patient centricty*; d) le cure intermedie sono sempre temporanee (da qui la definizione dei tempi massimi di erogazione dei servizi, funzionali alla prognosi in uscita) e spesso di transizione nella misura in cui traghettano il paziente dall'ospedale al proprio domicilio o organizzano più interventi clinico assistenziali per ripristinare condizioni di autonomia per il ritorno al domicilio del malato. Il panorama offerto dalle esperienze regionali illustra sia *step up* che *step down services* nella misura in cui consentono l'attivazione delle cure intermedie dall'ospedale ma anche dal domicilio e) i modelli di organizzazione del lavoro sono multidisciplinari e interprofessionali a partire dalla formulazione della prognosi fino all'erogazione della terapia. Ciò alimenta la necessità di concentrare competenze e risorse in luoghi di erogazione specifici capaci di sviluppare grandi interdipendenze all'interno di tutta la filiera di offerta. A supporto del governo delle interdipendenze operative tra ospedale e territorio, le cure intermedie si appoggiano a centrali operative o agenzie di orientamento territoriale che consentono di organizzare i fabbisogni logistici intorno al malato sulla base del suo percorso personalizzato.

- ▶ Se qualche anno fa il tema delle cure intermedie appariva grandemente sbilanciato nell'area di gioco dei servizi territoriali, adesso si osserva una sorta di ribilanciamento delle progettualità che vanno in questa direzione sia in ospedale sia sul territorio. I fenomeni alla base sono molteplici: il più significativo è riconducibile al consolidamento dei processi di riorganizzazione della rete ospedaliera e di quella territoriale. La distinzione dei confini tra le cure primarie, intermedie, di secondo e terzo livello è labile, forse impossibile su scala generale. Si segnala in questa direzione come, soprattutto attraverso il confronto con gli esperti regionali: a) sia apparsa univoca l'interpretazione della casa della salute nell'alveo delle cure intermedie solo quando essa presenta modelli di servizio e di organizzazione complessi. Le altre formule appartengono alle espressioni più nuove dell'*expanded primary care*; b) sia stato possibile dirimere i territori della lungodegenza, riabilitazione, cure intermedie e residenzialità per anziani solo nelle loro interpretazioni più «pure» (ovvero nella configurazione di servizio e di target più ortodossa e in linea con gli elementi fondativi). Tutte le ibridazione che nel tempo sono emerse, in assenza di un dibattito sulle cure intermedie, vengono ricondotte alle contingenze regionali oppure alle cure intermedie per le riflessioni fatte in precedenza.
- ▶ Risulta oramai superata la visione retorica che relegava alla rete dei servizi territoriali la gestione delle condizioni croniche e all'ospedale quelle acute.

I sistemi aziendali sono messi alla prova dalla gestione della non autosufficienza, dalle condizioni croniche ad alta complessità (si pensi a molte condizioni neurologico degenerative che richiedono organizzazione armoniosa di interventi specialistici, di quelli territoriali o addirittura assistenziali), dalla polipatologia e dalla fragilità socio ambientale. Questi target mettono largamente in discussione i modelli di organizzazione dei servizi per il malato cronico, che è portatore di un ampio ventaglio di esigenze. Le cure intermedie sembrano in questo momento andare incontro a molti di questi bisogni e in questa sede si segnala il rischio che vengano lette come la soluzione unica al «fallimento» dell'ospedale o dei servizi territoriali, essendo esse stesse una formula di servizio territoriale con una vocazione poco chiara a livello nazionale e molto evidente nelle Regioni che hanno elaborato politiche attive in tal senso.

- ▶ Le cure intermedie divengono sempre più centrali quando le riconfigurazioni istituzionali dell'azienda sanitaria sembrano spingere verso forme di integrazione verticale e i modelli di presa in carico intercettano globalmente i processi erogativi dalla diagnosi al follow-up. In questa duplice tensione, le cure intermedie diventano il territorio in cui si scaricano alcune tensioni dello storico modello bipolare ospedale-territorio. Nelle esperienze regionali nazionali ed europee illustrate emerge un elemento comune: la centralità del *case manager* infermieristico nel costruire continuità con gli altri professionisti della rete, mantenendo il MMG quale referente clinico (nel modello dell'ospedale di comunità) e coinvolgendo principalmente internisti, geriatri, fisiatri. Si tratta di un modello che rimette in discussione non solo le relazioni tra professioni sanitarie e classe medica, ma anche quelle tra gli specialisti che afferiscono alle diverse discipline, che in passato riaccoglievano o aspettavano in ospedale il paziente. La forza e la risoluzione di tali conflitti reali o potenziali si rivolge nei modelli di organizzazione dei servizi piuttosto che nel dibattito disciplinare in senso stretto. Il terreno delle cure intermedie evidenzia non solo ruoli nuovi, ma anche forme di specializzazione non sulla gestione della condizione di salute ma sulla presa in carico: si tratta di questioni manageriali e assistenziali sulle quali si innestano i doverosi interventi sanitari. In questa direzione sono in fase di sperimentazione a livello internazionale ruoli nuovi a partire dal più noto *hospitalist*.
- ▶ Vi è un nervo scoperto e una grande assenza nelle esperienze nazionali: la salute mentale e la psichiatria non vengono prese in considerazione – ad eccezione del modello piemontese dei CAVS. Si tratta di un sistema di servizi che sta tentando di rispondere all'indebolimento del proprio target in virtù della crisi economica e che sta tentando di costruire connessioni più forti rispetto al passato con la filiera dei servizi sanitari. La salute mentale intercetta una ampia gamma di servizi a partire dall'ospedalità (i servizi psichiatrici di diagnosi e cura) fino all'assistenza residenziale e semiresidenziale con il significativo

tema del transito del malato nella filiera e del suo reinserimento e della sua autonomia. L'impressione è che la salute mentale e la psichiatria vengano letti dai decisori e dai direttori delle aziende sanitarie come un sistema autonomo che adesso rischia di muoversi parallelamente formulando soluzioni contingenti e concorrenziali rispetto a quelle sulle quali si misurano tradizionalmente le cure intermedie.

- ▶ Il confronto con le esperienze più mature delle regioni europee, inoltre, mette in evidenza due indirizzi fondamentali di sviluppo delle cure intermedie rispetto ai quali il contesto nazionale mostra la sua recente attivazione, sotto il profilo gestionale. In primo luogo, l'assenza di modelli di assistenza domiciliare esplicitamente riferibili alle cure intermedie rispetto alla configurazione di servizi emergente (vedi primo punto). Questa mancanza può essere in parte attribuita alla carenza attuale di team multidisciplinari e multi-professionali sul territorio o team «nomadi» che dalle strutture ospedaliere e socio-sanitarie siano in grado di organizzare in modo sistematico un'assistenza domiciliare ad alta complessità su volumi più ampi. È evidente che per intraprendere questa strada siano necessari nuovi modelli organizzativi, ma, soprattutto, in prima battuta nuove risorse e investimenti da destinare ai professionisti e alle dotazioni tecnologiche presso il domicilio. In secondo luogo, le esperienze europee mostrano il ruolo fondamentale dei processi di audit che hanno avviato, sia per migliorare la programmazione e progettazione dei servizi (lato dell'offerta), sia per introdurre delle valutazioni di efficacia e appropriatezza degli interventi (lato della domanda). È questo uno sforzo fondamentale che le esperienze nazionali dovranno intraprendere in una logica di valutazione di costo-efficacia di questi servizi per indirizzare successivi interventi. Si tratta in questo caso di intraprendere un nuovo sistema di valutazione e monitoraggio imperniato sul singolo percorso di cura, come previsto dal Piano nazionale per la cronicità, e nella cui realizzazione gioca un ruolo strategico la rapida disponibilità del Fascicolo Sanitario Elettronico e l'integrazione dei flussi informativi lungo la filiera socio-sanitaria.
- ▶ Appare prioritario a chi scrive non solo alimentare un network di confronto tra le istituzioni che si cimentano o intendono organizzare cure intermedie ma anche avviare un sistema di monitoraggio, come ci illustra l'esperienza oltrefrontiera. Il confronto tra modelli regionali consente di esplicitare non solo le dinamiche emergenti nell'intermediazione tra l'ospedale e i servizi territoriali (poli spesso poco comparabili a livello interregionale nei loro modelli operativi di funzionamento) ma anche configurazioni di servizio ricche e stimolanti che possono essere estrapolate dai loro contesti generali e importate nei diversi contesti locali. La traslazione appare più evidente sui modelli operativi dei servizi piuttosto che sugli impianti generali. Il processo di confronto e monitoraggio dovrebbe avvalersi di uno schema generale di rilettura delle scelte regionali: in questo contributo si è proposto il modello 5W che è stato condi-

viso all'interno di una comunità di esperti e studiosi internazionali. Esso potrebbe essere arricchito da un modello di lettura dei servizi che animano le cure intermedie. A parere di chi scrive quello inglese appare una buona base di partenza nella sua distinzione tra *bed based*, *home based crisis response e re-ablement* tenendo presente che la ricchezza dell'offerta territoriale italiana è molto più ampia di quella inglese, circoscritta alle cure primarie.

Bibliografia

- Agenas (2011), «Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni in piano di rientro». Quaderno Monitor, n. 27.
- AA.VV (2011), «La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali». Quaderni del Ministero della salute. N.8 Marzo 2011. Disponibile al link: <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/8-marzo-aprile-2011-quaderno.pdf>
- Bevan G., Robinson R. (2005), «The interplay between economic and political logics: path dependency in health care in England» *J Health Polit Policy Law*, 30(1-2):53-78.
- Compagni A., Tediosi F., Tozzi V.D. (2010), «L'integrazione tra ospedale e territorio nelle Aziende Sanitarie». Capitolo 16, in Elena Cantù (a cura di), Rapporto OASI 2010. Milano: Egea.
- Galanti, Bussotti (a cura di) (2014), «Monografia sulle Cure intermedie». Salute e Territorio, n. 201, Giugno 2014.
- Griffiths P., Edwards M., Forbes A., Harris R. (2005), «Post-acute intermediate care in nursing-led units: a systematic review of effectiveness» *International Journal of Nursing Studies*, 42(1): 107-116.
- Greener I. (2002), «Understanding NHS Reform: The Policy-Transfer, Social Learning, and Path-Dependency Perspectives». *Governance*, (15): 161-183
- Geist M. (2010), «Using the Delphi method to engage stakeholders: A comparison of two studies» *Evaluation and Program Planning* (33): 147-154.
- ISTAT (2015). Rapporto Presidi Socioassistenziali e sociosanitari. ISTAT.
- Landeta J. (2006), «Current validity of the Delphi method in social sciences» *Technological Forecasting & Social Change* (73): 467-482.
- Ministero della Salute (2015). Rapporto SDO 2014. Ministero della salute.
- National Audit of Intermediate Care (England) <http://www.nhsbenchmarking.nhs.uk/partnership-projects/National-Audit-of-Intermediate-Care.php>
- Pawson R. (2003), «Nothing as Practical as a Good Theory». *Evaluation*, 9(4): 471-490.
- Pawson R., Greenhalgh T., Harvey G., Walshe K. (2005), «Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions». *Journal of Health Service Research and Policy*, 10:21-34.

- Pearson, Mark, *et al.* (2013), *Intermediate care: a realist review and conceptual framework*. National Institute for Health Research SDO Project: Southampton.
- Pesaresi F. (2014), «Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e cure intermedie». In *Network per la Non Autosufficienza (2014) Il Cittadino non autosufficiente e l'ospedale. Quinto Rapporto*. Maggioli Editore: Ravenna.
- Steiner A. (2001), «Intermediate care—a good thing?». *Age Ageing*, 30 (suppl 3): 33-39.
- Steiner W., Ward-Basu P. (2005), «Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial». *BMJ*; 330: 699.
- Wilsford D. (1994), «Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way». *Journal of Public Policy*, 14(03): 251-283.