



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



MALATTIE CRONICHE

Le cure intermedie

Intermediate care

Afro Salsi*, Pietro Calogero*

UO Geriatria (Direttore: dott. A. Salsi), Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Orsola-Malpighi", Bologna

Ricevuto il 9 settembre 2009; accettato il 17 settembre 2009
disponibile online il 16 febbraio 2010

KEYWORDS

Intermediate care;
Elderly;
Multidimensional
assessment;
Hospital discharge.

Summary

Background: In most cases intermediate care is represented by a residential care service that faces needs of people, mainly older people, between discharge from the hospital and the return to home.

Discussion: Some authors have a negative opinion of this system due to the risk of omission of care and malpractice for the elderly as a consequence of early discharge from the hospital. There are different models of implementation based on the resources locally available and on the particular facilities network.

Conclusion: The multidimensional assessment of clinical, functional and social problems is the key for a favourable outcome of intermediate care. If appropriately built as organisational care, intermediate care can become a positive chance for patients' health. The key for success is to operate in a patient-centered mode, by accurately defining the individual plan of care.

© 2010 Elsevier Srl. All rights reserved.

Che cosa sono le cure intermedie

La definizione "cure intermedie" – la cui origine risale ai primi anni Novanta – è stata oggetto di critiche concettuali in ragione del fatto che racchiude elementi assai eterogenei fra di loro. Di fatto, esse sono rappresentate da quelle cure di cui le persone fruiscono una volta dimesse dall'ospedale e prima del rientro al domicilio. La *British Geriatrics Society*,

elaborando le indicazioni di una circolare emanata dal Dipartimento per la Salute del Regno Unito nel 2001 [1], ha suggerito le condizioni che devono essere soddisfatte per raggiungere il criterio definitorio [2], contribuendo con ciò a introdurre un fondamentale elemento di maggiore chiarezza e comprensione, che si trovano in un documento per la buona pratica clinica revisionato l'ultima volta nel 2008. Tali condizioni, tutte necessarie, sono riportate nella *tabella 1*.

* Corrispondenza: UO Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Orsola-Malpighi", via Albertoni 15 - 40138 Bologna.
E-mail: afro.salsi@aosp.bo.it (A. Salsi), pietro.calogero@aosp.bo.it (P. Calogero).

Tabella 1 Criteri per la definizione di cure intermedie.

Servizi finalizzati a quei soggetti altrimenti necessitanti di lungo ricovero ospedaliero o a rischio di inappropriato ricovero ospedaliero o necessitanti di assistenza residenziale	Servizi imperniati sull'approccio globale finalizzato alla messa a punto di un percorso di cura individuale (PAI)	Servizi aventi l'obiettivo primario del massimo recupero funzionale e del rientro al domicilio	Servizi erogati per un periodo di norma non superiore a 6 settimane	Servizi che adottano il metodo del lavoro interprofessionale nell'ambito di un unico processo valutativo con protocolli condivisi
---	---	--	---	---

PAI = Piano di Assistenza Individuale.

Nell'ambito della rete dei servizi, alcune delle forme possibili e maggiormente utilizzate di cure intermedie sono:

- ospedalizzazione al domicilio;
- postacuzie e lungodegenza;
- day hospital;
- nursing home (residenza sanitaria assistenziale, casa protetta);
- ospedale di comunità.

Nella maggior parte dei casi ci si riferisce a strutture di ricovero che operano nel delicato passaggio compreso fra il momento in cui si concludono le cure della fase acuta ospedaliera e il rientro al domicilio.

La richiamata finalizzazione dei piani di cura al recupero massimale delle autonomie funzionali possibili, anche solo parziale, è il punto più specifico e maggiormente caratterizzante anche in termini di differenziazione e complementarità rispetto all'approccio messo in campo nella fase acuta della malattia. Si deve intendere, quindi, come una metodologia che, nei soggetti in cui è appropriata, completa lo sforzo di fornire all'individuo il massimo grado di benessere possibile perseguendo ulteriori obiettivi oltre a quelli meramente clinici.

È per questa ragione – vale a dire una concezione di assistenza complementare integrativa – che sono richieste sia la separazione strutturale sia la differenziazione degli staff rispetto all'area della degenza ordinaria: obiettivi di cura, metodologie e competenze dei professionisti, organizzazione del lavoro differiscono profondamente, anzi sono il vero valore aggiunto che scongiura il rischio di un'assistenza meramente custodistica, il maggiore e più insidioso dei rischi possibili o, nella migliore delle ipotesi, una riproposizione del pattern precedente.

Proprio per tali motivi si ritiene che, in linea di principio, non si debba accedere direttamente alle cure di postacuzie (comunque siano configurate localmente dato che sono possibili adattamenti alle specificità dei bisogni emergenti): il soggetto, infatti, per esservi accolto deve essere clinicamente stabile e aver terminato il proprio percorso diagnostico, requisiti, questi, richiamati dalla quasi totalità dei protocolli di trasferimento.

Costituisce eccezione alla regola di accedervi per trasferimento il modello del cosiddetto "ospedale di comunità". Gli ospedali di comunità, anch'essi originariamente concepiti dal mondo anglosassone [3] (dove i *community hospitals* hanno goduto a lungo di cattiva fama in quanto giudicati di livello mediocre e utilizzati prevalentemente da persone delle classi sociali più disagiate), sono stati introdotti di recente anche in alcune regioni italiane. I tratti costitutivi sono i seguenti, ripresi da una descrizione del Dipartimento della Salute britannico parzialmente modificata:

- servono pazienti che risiedano nel territorio di pertinenza e non sono dotati di funzioni specialistiche;
- hanno dimensioni ridotte;
- si collocano al di fuori dell'ospedale generale;
- assistono pazienti seguiti direttamente dal Medico di Medicina Generale;
- la casistica può coinvolgere soggetti di tutte le branche specialistiche;
- quando opportuno e indicato forniscono prestazioni riabilitative, in particolare a soggetti di età avanzata.

Come per altre tipologie di strutture intermedie, anche gli ospedali di comunità possono esprimere modelli non esattamente identici fra di loro; infatti, da un lato essi devono tenere conto delle opportunità presenti in loco, dall'altro rispondere a bisogni che quasi mai coincidono in contesti diversi. Con una punta di ottimismo si può pensare che la duttilità sia una risorsa che, pur se viene a mancare l'omogeneità applicativa, consente però – almeno in linea teorica – di rispondere al meglio a esigenze assistenziali a volte assai eterogenee.

Il semplice diagramma di flusso rappresentato nella *fig. 1* sintetizza le opzioni possibili che sviluppano con maggiore frequenza un percorso di uscita dall'ospedale nei casi nei quali l'immediato e diretto rientro al domicilio non sia consigliabile. La postacuzie si differenzia dalla lungodegenza per una maggiore intensività della componente medico-infermieristica. La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) temporanea è riconducibile al modello della nursing home; la temporaneità è intesa, di norma, fino a un massimo di 30 giorni, limite entro il quale usualmente è garantita la completa gratuità, contrariamente a quanto si prevede nella residenzialità ordinaria non a termine, per la quale è previsto il pagamento di una quota della retta da parte dell'ospite.

L'intento dichiarato è quello di non creare situazioni potenzialmente discriminatorie fra le varie tipologie di strutture intermedie, favorendo scelte dettate unicamente dai criteri di appropriatezza. Certo è che, occorre ribadirlo, non tutte le regioni italiane hanno programmato questi servizi in maniera identica e anche nell'ambito della medesima regione si osservano applicazioni diversificate.

In Italia la costruzione di una rete di strutture intermedie ha fruito di un impulso decisivo in occasione di due eventi che hanno caratterizzato lo scenario delle politiche per la salute: l'obbligo di destinare una quota compresa fra lo 0,7% e l'1% dei posti letto ospedalieri a funzioni di tipo lungodegenziale, sancito con atto legislativo [4], e l'adozione del sistema di remunerazione per raggruppamenti omogenei di diagnosi (*Diagnosis-Related Group*, DRG). È interessante notare, per le ricadute sul ruolo e sulle funzioni da attribuire alle cure intermedie, ciò che si è verificato in Italia dopo l'introduzione del sistema a DRG: l'analisi condotta dal Gruppo

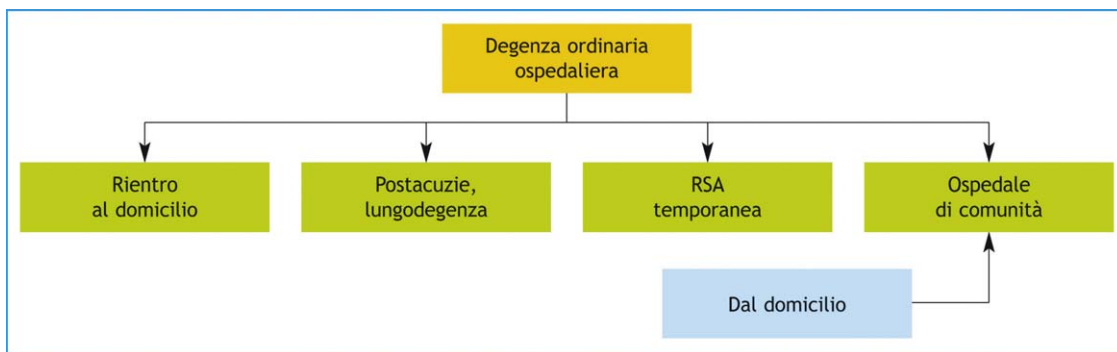


Figura 1 Possibile percorso di dimissione dall'ospedale nei casi in cui non sia consigliabile l'immediato e diretto rientro al domicilio.

Italiano di Farmacoepidemiologia nell'Anziano (GIFA) [5] ha documentato, da un lato, la riduzione della degenza media e, dall'altro, l'incremento dal 24,6 al 28,4% dei non autosufficienti alla dimissione.

L'allora nuovo sistema di finanziamento a prestazione dell'assistenza ospedaliera per acuti ha quindi determinato un forte incentivo alla dimissione precoce e, parallelamente, un aumento potenziale del rischio per la salute di alcuni pazienti, in particolare anziani, specialmente in riferimento a necessità quali la garanzia di stabilizzazione dei risultati clinici ottenuti, il ripristino ottimale delle autonomie possibili dopo la fase acuta della malattia, l'analisi istruttoria e la ricerca delle soluzioni relativamente ai legami esistenti fra morbilità e contesto sociale. Lo stesso fenomeno fu registrato anche negli Stati Uniti al momento dell'introduzione dei DRG [6,7].

Quanto emerso concordemente dall'analisi degli effetti prodotti dal sistema a DRG può essere considerato il razionale teorico che funge da presupposto non solo alla creazione del sistema complementare di cure intermedie, ma anche alla corretta definizione del profilo operativo: questa è la chiave per creare un circolo virtuoso, appunto la capacità di agire per rispondere a un bisogno dell'individuo e non per trovargli una collocazione a fini di deaffollamento dei reparti.

La fase del trasferimento

La quasi totalità dei protocolli per il trasferimento da un reparto ospedaliero per acuti richiede che sia soddisfatto il doppio criterio della stabilità clinica e del completamento dell'iter diagnostico. La ricerca di parametri il più possibile oggettivi per definire la condizione di instabilità-stabilità clinica trova nel contributo di Halm et al. [8], che allo scopo utilizzano una casistica di pazienti ospedalizzati per broncopneumonia, una ragionevole e condivisibile proposta di riferimento. I criteri suggeriti per l'instabilità sono:

- temperatura corporea > 37,8 °C;
- frequenza respiratoria > 24 atti/min;
- frequenza cardiaca > 100 bpm;
- pressione arteriosa sistolica < 90 mmHg;
- saturazione di ossigeno < 90%;
- alterazione dello stato di vigilanza;
- assunzione orale impossibile.

Un ulteriore sistema è quello basato sulla frequenza del monitoraggio cosiddetto M-MI/S, vale a dire medico-infermieristico e strumentale [9], che appare forse più

convincente, almeno sul piano concettuale: infatti, più che alla gravità (si può essere stabili anche in condizioni cliniche gravi e non più suscettibili di miglioramento), ci si riferisce alla velocità con la quale cambiano le condizioni del paziente misurate attraverso l'intervallo temporale fra gli interventi medico-infermieristici e fra le indagini strumentali e/o di laboratorio necessari nell'unità di tempo (giornaliera o settimanale). A ciò si può ragionevolmente aggiungere la frequenza di cambiamento dello schema terapeutico, anche perché variabile in definitiva dipendente dalle precedenti.

"Transitional care" è un'espressione non facile da tradurre in italiano, soprattutto per un uso corrente; si potrebbe rendere con "cure traslocazionali" o "cure della fase di trasferimento da un setting a un altro". Ne fanno parte quell'insieme di azioni concepite per assicurare il coordinamento e la continuità di cura quando i pazienti vengono trasferiti o da una struttura a un'altra o da un livello di intensità di cura a un altro. Ai fini di una buona pratica clinica Coleman e Boulton [10] hanno individuato i cinque punti riportati nella *tabella 2*.

Il tema è diventato oggetto di attenzione da parte della ricerca, in particolare gerontologica, in quanto si è da più parti osservato che alla continuità assistenziale, intesa come individuazione di un percorso completo senza interruzioni, spesso non si accompagna anche una continuità di cura, intesa invece come sviluppo del percorso diagnostico-terapeutico secondo elementi di coerenza tra una fase e l'altra. Da questo punto di vista la sola lettera di dimissione

Tabella 2 Elementi chiave per la continuità di cura.

1	I professionisti devono preparare pazienti e caregiver a ricevere le cure previste nel setting successivo e coinvolgerli nel piano di trasferimento
2	Occorre garantire un'efficace comunicazione bidirezionale
3	Sono necessarie politiche che migliorino il livello delle procedure di trasferimento
4	Bisogna formare i professionisti alle cure traslocazionali
5	È necessario sviluppare la ricerca specifica per migliorare la qualità

non può essere sufficiente nei casi più complessi e occorre sviluppare ulteriori fattori di trasferimento delle informazioni al momento della traslocazione. Per conferire maggiore evidenza a questa importante affermazione si può citare un esempio, fra i tanti possibili: il completamento di un ciclo di terapia antimicrobica endovenosa nel passaggio a un'area di cure intermedie; l'opzione fra la via enterale e parenterale, se possibile, dovrebbe essere concordata, fra chi invia e chi riceve il paziente, anche in base alle opportunità presenti.

Come sottolineato al punto 1, lo stesso paziente e i suoi familiari possono svolgere un ruolo positivo non secondario. L'efficace comunicazione bidirezionale richiamata al punto 2 suggerisce, invece, la ricerca di canali diretti di dialogo fra lo staff medico-infermieristico inviante e quello che riceve il paziente, canali diretti che non possono evidentemente limitarsi alla compilazione e trasmissione di format più o meno sofisticati. A questo proposito esiste il dubbio che la proceduralizzazione mediante standardizzazione di una documentazione cartacea specifica non sia in alcune circostanze sufficiente a garantire il livello necessario di continuità non tanto assistenziale generale - garantita dalla presa in carico successiva - quanto, piuttosto, delle pratiche di cura individuali (sviluppo coerente del Piano di Assistenza Individuale, PAI) [11]. Si tratta, evidentemente, di una continuità che può anche esprimersi con una differenziazione delle opzioni terapeutiche, purché queste avvengano in maniera argomentata e, soprattutto, avendo nozione esatta delle scelte precedenti e dei motivi che le hanno sostenute. D'altronde, la superiorità dei sistemi cartacei in format sulla capacità di inquadramento diretto effettuata dai clinici è tutta da verificare, come si dimostra per la valutazione del rischio di caduta [12]. Recentemente una task force statunitense interprofessionale [13] - riunitasi la prima volta nel luglio 2007 - cui afferivano i rappresentanti di oltre 30 categorie professionali e composta da esponenti dell'ordine professionale dei medici (internisti ospedalieri e di famiglia), geriatri, medici dei servizi di Medicina d'Urgenza, ha messo a punto un ulteriore documento di consenso i cui contenuti si fondano sui seguenti cinque principi, sviluppo degli enunciati di Coleman e Boulton [10]:

- affidabilità;
- comunicazione chiara e diretta dei piani di cura e degli obiettivi;
- scambio periodico e bidirezionale di informazioni;
- coinvolgimento del paziente e dei familiari in tutte le fasi;
- valorizzazione delle funzioni di coordinamento.

Rischi e opportunità

Qualcuno ha scritto che la creazione di un sistema di strutture per le cure intermedie risponde a criteri prima politici che clinici [14], intendendo per "politici" la ricerca di servizi a più basso costo; altri hanno coraggiosamente richiamato i rischi non solo per gli assistiti ma anche per l'efficienza del sistema, nonché l'eventualità che si produca uno squilibrio complessivo [15] a seguito di una pianificazione affrettata che decidesse di prescindere dagli outcome clinici. Non si deve dimenticare, infatti, che questo passaggio peculiare nel percorso di cura riguarda con maggiore frequenza persone anziane, fragili e perciò vulnerabili, a elevato rischio di

perdere ulteriori quote di autonomia. Di conseguenza, se non si costruisce un modello che persegue efficacemente gli obiettivi dichiarati, il risultato negativo sarà quello di moltiplicare la quota di soggetti con dipendenze funzionali. Esistono almeno quattro importanti ragioni per ritenere che un risultato virtuoso non sia garantito:

1. la definizione è imprecisa;
2. non vi è evidenza certa di efficacia;
3. vi è il rischio di insufficiente preparazione specialistica del personale;
4. il modello può nascondere il rifiuto di un'assistenza ospedaliera.

Quanto richiamato ai punti 3 e 4 merita specifica attenzione. La preparazione del personale - necessariamente specialistica visto che i compiti che deve svolgere sono complessi e molto particolari - è condizione necessaria per la corretta applicazione delle metodologie assistenziali richieste. Anche il rischio, sempre presente, di omessa assistenza ospedaliera non deve essere sottovalutato. La persona ne è tutelata quando sia verificata la doppia condizione di stabilizzazione clinica e conclusione del percorso diagnostico, insieme al soddisfacimento del criterio dell'appropriatezza per il paziente.

La capacità di realizzare all'interno delle strutture intermedie processi di cura pensati per rispondere alle esigenze reali del paziente, evitando di conseguenza i rischi di mera custodia passiva e di duplicazione dell'intervento assistenziale svolto nella fase acuta, è l'elemento che può trasformare un rischio (per il paziente e, come si è visto, anche per il sistema) in un'opportunità. Questo risultato lo si persegue attraverso due momenti fondamentali del processo: la scelta dei soggetti eligibili secondo il già richiamato criterio di appropriatezza rispetto alla persona e l'introduzione di un sistema di cura adeguato.

L'appropriatezza consiste nell'offrire alla persona giusta le cure giuste, vale a dire quelle che si interfacciano il più esattamente possibile con il suo bisogno tenuto conto delle opportunità disponibili. Quindi, nel nostro caso, occorre definire sul piano sia diagnostico sia prognostico l'insieme delle variabili cliniche, funzionali e sociali della persona e, contemporaneamente, il menu delle prestazioni che la struttura verso la quale essa viene avviata è in grado di fornire e valutare se vi è corrispondenza, cioè valore aggiunto potenziale per il paziente.

In relazione alla tipologia di cure intermedie cambiano sensibilmente le opportunità di assistenza medica, di assistenza infermieristica, di riabilitazione/riattivazione, di supporti per l'analisi e la soluzione di problemi sociali, di esecuzione di accertamenti strumentali e laboratoristici. Dato che lo sviluppo del progetto di cura individuale assume caratterizzazioni operative diverse a seconda che si tratti della necessità di ripristinare - qualora prognosticamente compatibile - l'autonomia precedente il ricovero (esigenza più frequente nei soggetti anziani) o di osservare l'ulteriore evoluzione clinica e magari anche laboratoristico-strumentale di una condizione morbosa o, ancora, di affrontare problemi sociali e assistenziali, occorre ricercare la corrispondenza fra ciò di cui necessita la persona e ciò che la struttura può offrire. In ciascuno di questi casi la struttura di postacuzie deve garantire le corrispondenti risorse e capacità operative, altrimenti il trasferimento assume il significato di una scelta di espulsione dal sistema di cure e di elusione del

fondamentale diritto alla salute. Per selezionare convenientemente il paziente che potrebbe trarre beneficio da un trasferimento in una delle strutture intermedie disponibili, il decisore – che normalmente è un medico – deve quindi conoscere nel dettaglio le prestazioni possibili all'interno del setting ove egli intende trasferirlo e aver eseguito un inquadramento multidimensionale [16] non formale. Sarebbe omissione di soccorso inviare verso una struttura una persona con un'esigenza alla quale la struttura non possa rispondere. L'appropriatezza così definita è una variabile per l'outcome favorevole.

Anche la verifica dell'adeguatezza del sistema di cura fa riferimento a un criterio orientato al paziente. Adeguatezza implica fornire quelle prestazioni utili a migliorare lo stato di salute e/o benessere del singolo individuo dopo la fase acuta della malattia (per esempio, il ripristino delle autonomie funzionali perse con l'ospedalizzazione la cui perdita non sia giustificate dalla diagnosi di malattia) anziché riproporre quelle metodologie – spesso controproducenti in questa fase del percorso oltretutto inutili e ripetitive – essenzialmente imperviate sul ricorso pressoché esclusivo ad accertamenti laboratoristico-strumentali, sulle terapie farmacologiche, sull'assenza quasi totale di stimoli alla mobilitazione attiva e passiva. Di conseguenza occorre che l'organizzazione complessiva del lavoro e le metodologie di approccio di tutti i professionisti siano differenziate e complementari alla fase precedente e che tengano nel debito conto, oltre al livello differenziato di intensività assistenziale, anche l'ulteriore differenziazione delle procedure necessarie. In sintesi "meno cure e più care".

Il ridimensionamento del ruolo delle funzioni mediche e la conseguente ulteriore valorizzazione delle funzioni infermieristiche, che ne è corollario, hanno indotto qualcuno a proporre aree di degenza postacuzie a direzione infermieristica, all'interno delle quali il medico presta la sua opera solo se chiamato. Tale impostazione racchiude in sé sia un elemento di incongruità metodologica sia una visione discriminatoria nei confronti degli anziani, massimi utilizzatori di questa tipologia di servizio. L'errore sta nel rinunciare – venendo meno all'applicazione piena e non meramente enunciativa di interprofessionalità e multidimensionalità – alla funzione di guida della valutazione diagnostico-prognostica, sulla quale deve fondarsi ogni progetto di cura individuale: che cosa curo se non conosco la diagnosi e come erogo le risorse se non mi è nota la prognosi? La sistematica disponibilità di funzioni cliniche, anche se ovviamente ridotte rispetto a quelle della fase acuta, è resa ancor più necessaria dal dato dell'elevata variabilità individuale diacronica della condizione dell'anziano, variabilità che richiede frequenti rivalutazioni e aggiustamenti dei piani di cura. È invece discriminatoria e "ageista" in quanto priva questa popolazione, composta quasi esclusivamente da vecchi, di una protezione medica sistematica per evidenti ragioni di risparmio non supportate da alcuna evidenza scientifica [17].

Profilo operativo

Come sottolineato, per essere in grado di fornire una risposta positiva ai formidabili problemi posti dai vari scenari di invecchiamento della popolazione e di cronicizzazione della malattia, occorre che le cure intermedie offrano ai pazienti

un valore aggiunto – concreto e quantificabile tramite idonei indicatori di risultato – al beneficio della fase di degenza ordinaria, anziché sottrarre salute come purtroppo a volte avviene quando non sanno fronteggiare il danno iatrogeno provocato da omissioni e incongruità assistenziali.

Gli elementi strutturali e funzionali necessari allo scopo sono:

- separazione ambientale e funzionale dall'area della degenza ordinaria;
- libero accesso dei familiari;
- disponibilità di una superficie minima utile a consentire l'alzata in poltrona;
- garanzia di poter fruire dell'alzata dal letto quotidiana e di un tempo minimo di deambulazione assistita;
- modello assistenziale basato sul lavoro in team e sulla figura dell'infermiere case-manager;
- adozione del PAI;
- attuazione del progetto di struttura di riattivazione/riabilitazione/mantenimento;
- presenza nel team delle funzioni del terapeuta della riabilitazione;
- supporto delle funzioni di assistenza sociale;
- garanzia di funzioni medico-cliniche specifiche;
- adozione di strumenti con indicatori di esito.

Nell'elenco si intravedono gli elementi metodologici qualificanti. Fra essi spicca la necessità di fornire a ogni singolo soggetto un piano ben individualizzato di cure, antidoto al rischio custodistico (se non vi è vantaggio non ha senso accedervi) e, soprattutto, all'idea che uno stesso profilo di prestazioni assistenziali, usualmente di non eccelso livello qualitativo, venga imposto alla totalità delle persone secondo uno stile che ha negativamente connotato le lungodegenze del passato. La separazione ambientale e funzionale dalla degenza ordinaria rappresenta la condizione necessaria, anche se ovviamente non sufficiente, per raggiungere l'obiettivo della complementarità e dell'integrazione nell'ambito del percorso complessivo di cura.

Il cuore di quella che, fino a prova contraria, deve essere considerata la migliore metodologia per la buona pratica clinica nell'ambito delle cure intermedie è comunque rappresentato dal concetto di progetto di struttura e dall'idea, a esso ancillare, di educazione sanitaria [18]. Per progetto di struttura s'intende un modo di agire da parte dell'intero setting tale per cui ogni elemento costitutivo (personale strutturato insieme ai supporti informali e ai vari momenti dell'articolazione dell'assistenza) opera al fine del perseguimento del massimo risultato proponibile quanto a riabilitazione/riattivazione/mantenimento. Trattandosi, infatti, di agire per la valorizzazione della capacità di espletare in autonoma le attività della vita quotidiana (non strumentali ADL, e strumentali IADL), un lavoro interstiziale, continuo, reiterato per quanto possibile nell'arco delle 24 ore risulta più efficace di un intervento spot di una o anche due ore giornaliere per cinque o sei giorni la settimana attuato con trattamenti individuali in palestra. Evidentemente le due opportunità non si escludono reciprocamente fra di loro.

Va da sé che la realizzazione del progetto di struttura necessita della collaborazione, quando presenti, dei cosiddetti "supporti informali", vale a dire dei familiari e degli assistenti privati, secondo una visione di alleanza terapeutica operativa. Di conseguenza l'accesso all'area della degenza

andrà favorito e non ostacolato (accesso libero senza limiti orari) e affiancato dall'opera di educazione terapeutica [18].

L'educazione terapeutica, preceduta da una valutazione preliminare operata dallo staff, della disponibilità e capacità delle persone potenzialmente coinvolgibili, prevede che esse vengano successivamente sensibilizzate e addestrate dal personale a uno specifico compito e che poi assumano – sempre che ne esistano le condizioni – un ruolo anche rilevante di sinergismo basato sulla collaborazione. Assistenza ai pasti, mobilitazione attiva e passiva, gestione del catetere vescicale e dell'alimentazione artificiale enterale, somministrazione di insulina ed eparina sottocute sono alcuni esempi illuminanti del valore aggiunto che l'educazione terapeutica può garantire sia al paziente sia al sistema. Per raggiungere lo scopo occorre che anche il personale di assistenza sia preliminarmente sensibilizzato e formato all'analisi degli elementi del contesto relazionale che caratterizza ogni singola situazione personale e a fornire le corrette istruzioni per la trasmissione efficace della mansione delegabile. Questa sorta di aiuto che il sistema del welfare chiede ai cittadini tiene conto del fatto che nessun sistema sanitario di nessuna nazione al mondo dispone di risorse sufficienti per fronteggiare la mole di bisogni prodotti dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento dei tassi di prevalenza di malattie croniche e disabilità; il ricorso alla sussidiarietà diffusa può quindi rivelarsi ineludibile.

La fruizione dell'assistenza medica – variamente quantificabile a seconda delle realtà – non può essere negata. Infatti, come anticipato, vi è la necessità di disporre con sistematicità delle variabili diagnostico-prognostiche a sostegno del PAI, per evitare il rischio di responsabilità omissive sostenute da forme di "ageismo", per combattere il rischio di un declassamento e anche perché la direzione infermieristica, quando valutata mediante analisi degli outcome, non è apparsa del tutto convincente [19]. All'assistenza medica, oltre a quella infermieristica, è necessario affiancare le funzioni della terapia della riabilitazione e dell'assistenza sociale, anch'esse dimensionate secondo il bisogno emergente.

L'irrinunciabilità dell'assistente sociale trova giustificazione nell'altissima prevalenza dei problemi sociali: in proposito, non si deve dimenticare che l'efficacia dell'opera dei pionieri della Geriatria del Regno Unito nel risolvere il sovraffollamento degli ospedali fu determinata dal completamento dell'inquadramento clinico con l'analisi dei problemi sociali.

La presenza del terapeuta della riabilitazione merita invece una precisazione. Se è vero che nell'area delle cure intermedie il progetto di struttura risponde meglio dei trattamenti riabilitativi individuali alle esigenze di riattivazione/mantenimento, potrebbe sorgere un dubbio circa il ruolo di questo professionista. In effetti il contributo richiesto non consiste tanto in trattamenti per il singolo soggetto, bensì nell'essere un riferimento per tutti gli attori coinvolti quanto a conoscenza delle particolari tecniche necessarie a un approccio assistenziale vocato al recupero di tutte le autonomie funzionali possibili e all'altrettanto massimale riduzione delle disabilità in eccesso. In definitiva, gli si chiede la trasmissione permanente e costante dei saperi della sua disciplina trasferibili alle tre categorie principali di interlocutori: personale, pazienti e caregiver.

L'applicazione e il rispetto degli elementi costitutivi della lista del profilo operativo sono, a nostro parere, i fattori che

possono trasformare il sistema delle cure intermedie, da tentativo di declassamento con fini di risparmio sulla spesa, in un sistema virtuoso che interpreti correttamente la nuova e particolare configurazione dei bisogni emergenti.

Conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interesse.

Bibliografia

- [1] National Service Framework for Older People 2001 March. http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH_4003066.
- [2] http://www.bgs.org.uk/Publications/Compendium/compend_4-2.htm. (visionato il 16 giugno 2009).
- [3] Young J, Donaldson K. Community hospitals and older people. *Age Ageing* 2001;30(Suppl 3):7–10.
- [4] Legge 537/93.
- [5] Ricercatori del Gruppo Italiano di Farmacoepidemiologia nell'Anziano (GIFA). Caratteristiche dell'ospedalizzazione dei pazienti prima e dopo l'avvio del pagamento a prestazione. *Ann Ital Med Int* 1996;11:220–7.
- [6] Kahn KL, Keeler EB, Sherwood MJ, Rogers WH, Draper D, Bentow SS, et al. Comparing outcomes of care before and after implementation of the DRG-based prospective payment system. *JAMA* 1990;264(15):1984–8.
- [7] Koseoff J, Kahn KL, Rogers WH, Reinish EJ, Sherwood MJ, Rubinstein LV. Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited. *JAMA* 1990;264(15):1980–3.
- [8] Halm EA, Fine MJ, Kapoor WN, Singer DE, Marrie TJ, Siu AL. Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Arch Intern Med* 2002;162(11):1278–84.
- [9] Lopez S, Sibilano A, Stefanoni G, Gazzardi S, Balconi R, Guaita A. La complessità e l'instabilità clinica dell'anziano istituzionalizzato. *Giornale di Gerontologia* 2009;57:23–32.
- [10] Coleman EA, Boulton C, American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(4):556–7.
- [11] Somme D, Hébert R, Bravo G, Blanchard F, Saint-Jean O. The individualized service plan as a clinical integration tool: qualitative analysis in the Quebec PRISMA experiment. *Int J Integr Care* 2007;7:e52.
- [12] Meyer G, Köpke S, Haastert B, Mühlhauser I. Comparison of a fall risk assessment tool with nurses' judgement alone: a cluster-randomised controlled trial. *Age Ageing* 2009;38(4):417–23.
- [13] <http://www.medscape.com/viewarticle/707077?src=mp&sp=18&uac=12394AK>. (visionato il 20 agosto 2009).
- [14] Pincheon D. Intermediate care. *BMJ* 2002;324:1346–8.
- [15] Young J, Stevenson J. Intermediate care in England: where next? *Age Ageing* 2006;35(4):339–41.
- [16] Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull* 2005;71:45–59.
- [17] Griffiths PD, Edwards MH, Forbes A, Harris RL, Ritchie G. Effectiveness of intermediate care in nursing-led inpatient units. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(4):CD002214.
- [18] Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288(19):2469–75.
- [19] Griffiths P, Harris R, Richardson G, Hallett N, Heard S, Wilson-Barnett J. Substitution of a nursing-led inpatient unit for acute services: randomized controlled trial of outcomes and cost of nursing-led intermediate care. *Age Ageing* 2001;30(6):483–8.