



La lungodegenza post-acuzie ponte tra la medicina interna ospedaliera e le strutture di assistenza territoriale

Franco Mastroianni

Direttore UOC Medicina Interna
EE Ospedale F. Miulli
Acquaviva delle Fonti (BA)



DOMICILIO



**RSA
Hospice
Riabilitazione**



Lungodegenza post-acuzie (LDPA)



Centrale Operativa
Territoriale, COT,
Telemedicina,
Teleconsulto,
Ospedali di Comunità
Case della Comunità

Il Contesto... L'Italia si caratterizza per una popolazione con elevata speranza di vita alla nascita (83,1 aa)

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Italy: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.2021

Al 1° gennaio 2021 la popolazione residente in Puglia ammontava a 3.933.777 soggetti, (F 51,4%), (M 48,6%).
La popolazione over 65 ammontava al 23,1% (ISTAT)

Da una survey condotta da FADOI (2024) in 98 ospedali italiani emerge che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.

Il 75,5% dei pazienti anziani rimane impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una RSA.

Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'Adi.

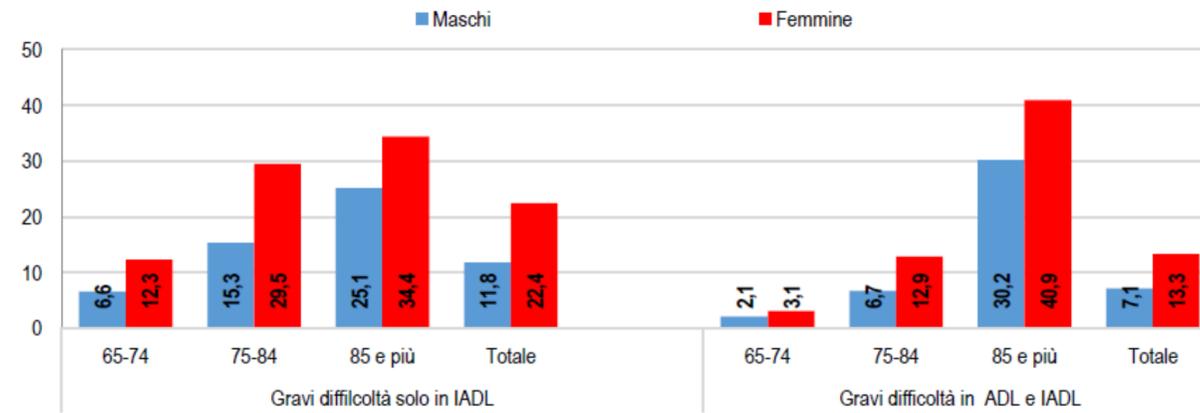
PUGLIA: Ricoveri totali/anno	441.443
Ricoveri in MI	70.630

Annuario Statistico
del Servizio Sanitario
Nazionale
Assetto organizzativo, attività e
fattori produttivi del SSN

**La metà dei ricoveri
riguarda pazienti over 70**

**2,1 milioni le giornate di degenza in eccesso (costo medio di una giornata di degenza, pari a 712 euro, dati Ocse)
un miliardo e mezzo di euro l'anno**

Figura 9. Persone di 65 anni e più che dichiarano gravi difficoltà nelle attività solo nelle IADL, e gravi difficoltà in entrambe (ADL e IADL) per sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche).

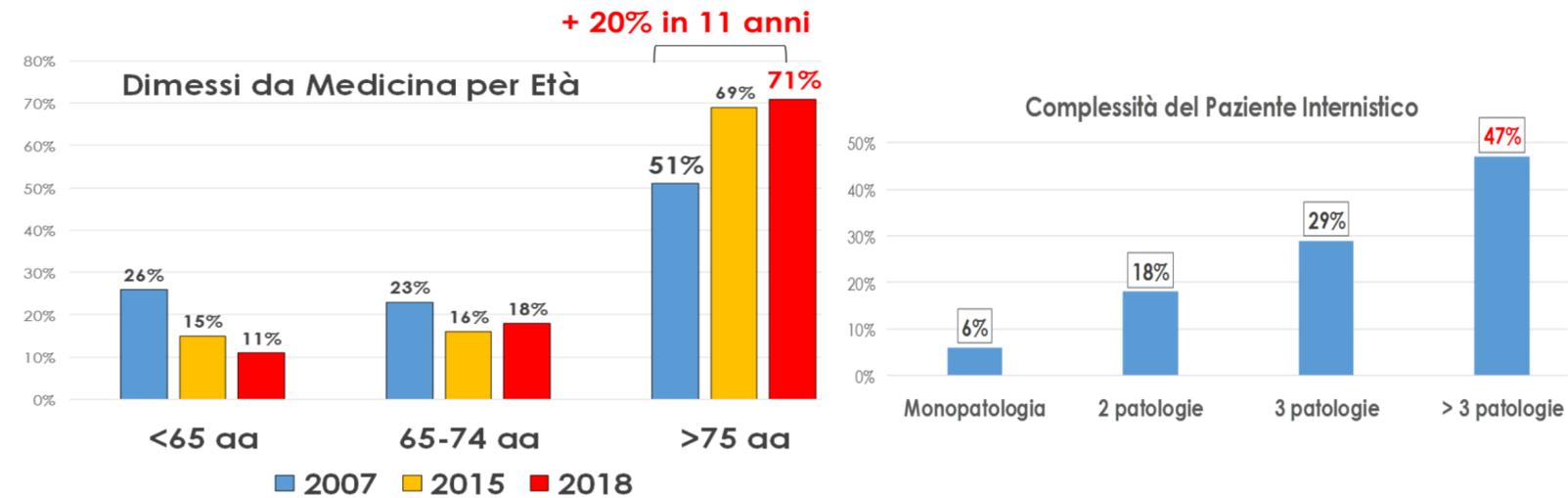


Fonte: dati Istat, Indagine Europea sulla salute (EHIS) 2019

“Piano nazionale della cronicità” (PNC) – proposta di aggiornamento 2024.



Il Contesto... in ospedale



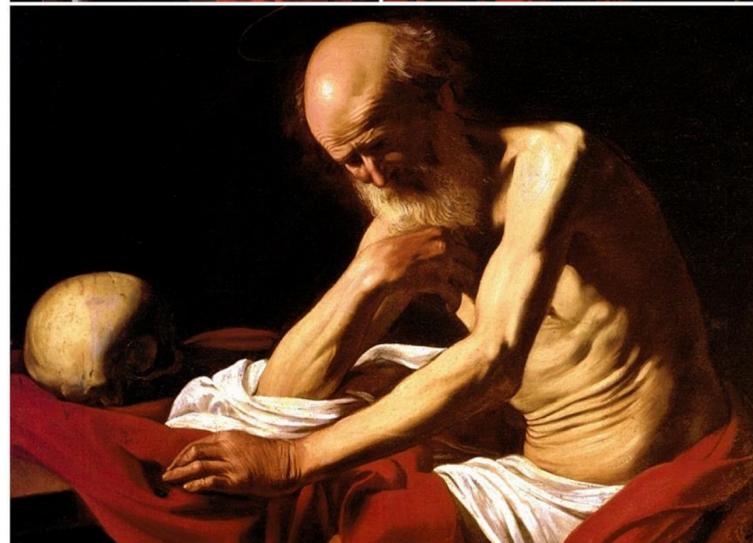
La particolare **complessità** e **cronicità** delle problematiche di salute di un numero sempre maggiore di pazienti, **anziani e polipatologici**, crea difficoltà al momento della dimissione, in quanto, superata la fase acuta della malattia, molti pazienti necessitano ancora di cure e trattamenti in ambito ospedaliero, per superare o stabilizzare le **limitazioni all'autosufficienza** e le preesistenti patologie croniche, aggravatesi per effetto dell'evento patologico acuto.

Dati Ministero della salute 2019

San Girolamo scrivente,
1605-1606
Galleria Borghese, Roma



San Girolamo scrivente,
1608
Concattedrale di San
Giovanni, La Valletta



San Girolamo penitente, 1605-1606, Museo Montserrat, Montserrat

... ne consegue...

I pazienti **fragili e complessi** rappresentano una **dimissione difficile**, cioè un paziente non più autonomo, che non può rientrare al proprio domicilio ma che non trova collocazione immediata in strutture residenziali ed impatta sul sistema degli ospedali che pertanto impegnano posti letto per acuti per soggetti che hanno necessità di un diverso setting assistenziale e diversa intensità di cura.

A questa esigenza deve rispondere la presenza dell'Unità Operativa di Lungo Degenza Post-Acuzie (LDPA), in diretta continuità assistenziale con il reparto di Medicina interna per acuti.

La **collocazione** più opportuna della U.O. di Lungodegenza è nello stesso ospedale ed in contiguità spaziale con il reparto di Medicina interna per acuti.

In tal modo il paziente guarito, ma ancora non completamente autonomo e con un livello critico di stabilità clinica, può con grande facilità essere trasferito nella contigua area di LDPA per proseguire le cure ed avviare un programma di riabilitazione, al fine di recuperare funzioni e autonomia.

Caratteristiche della lungodegenza post acuzie

Tre tipologie di prestazioni nella fase immediatamente successiva al ricovero ordinario per acuti:

1. Prestazioni di riabilitazione intensiva
2. Prestazioni di riabilitazione estensiva
3. Prestazioni di lungodegenza post acuzie: «prestazioni di lungodegenza post-acuzie a **persone non autosufficienti** affette da **patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale**, che hanno bisogno di **trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative**».

D.P.C.M. 12 gennaio 2017, «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza», art. 44.

COSA E' UNA LUNGODEGENZA POST ACUZIE (LDPA)

La **LDPA** si configura come struttura della Unità Operativa di Medicina Interna con la finalità di accogliere pazienti in fase post-acuta, provenienti da unità operative ospedaliere di qualsiasi disciplina.

Compito della LDPA è migliorare e/o stabilizzare le condizioni cliniche e funzionali, affinché un paziente con instabilità da fase acuta, che sconsiglia l'immediata dimissione, possa poi essere trasferito in ambiente extra ospedaliero (domicilio o strutture residenziali).

Si realizza in tal senso un percorso di continuità terapeutico-assistenziale, territorio-ospedale (reparto per acuti e LDPA), che permetta la transizione in sicurezza del paziente dall'ospedale al proprio domicilio o ad un ambiente protetto residenziale sociosanitario.

TIPOLOGIA DI PZ DA ACCOGLIERE IN LUNGODEGENZA

- 1) Pazienti con **inquadramento diagnostico completo**, affetti da patologia in via di risoluzione ma non del tutto stabilizzata e/o con comorbidità di pertinenza internistica, bisognevoli di trattamenti sanitari, anche orientati al recupero, erogabili solo in regime ospedaliero con sorveglianza medica e di assistenza infermieristica continuativa;
- 2) Pazienti in **condizioni cliniche relativamente stabilizzate**, accompagnate da peggioramento funzionale che richiede il completamento del processo di recupero mediante interventi di **riabilitazione estensiva** miranti alla ottimizzazione dello stato funzionale.
- 3) Pazienti **provenienti da unità operative chirurgiche con quadro clinico risolto**, ma che presentano comorbidità e/o complicanze di pertinenza internistica a rischio di instabilità e/o che necessitano di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica continuativa non erogabile in regime alternativo.

CONDIZIONI CLINICHE ELEGGIBILI AL RICOVERO IN LDPA

Area medica

1. **Ictus cerebri** in fase post-acuta non idoneo al trattamento di riabilitazione intensiva;
2. **Scompenso cardiaco post-acuto**, complicato da sepsi e/o Sindrome ipocinetica o scompenso cardiaco cronico, già stabilizzato in acuzie, che richiede cure ulteriori continuative;
3. **Polmonite** o altro processo infettivo a lenta risoluzione, non stabilizzato;
4. **Insufficienza respiratoria acuta o cronica** riacutizzata in via di stabilizzazione, che necessita di ulteriori trattamenti in regime di ospedalizzazione;
5. **Stato vegetativo** permanente a bassa responsività con inquadramento diagnostico esaurito, programma terapeutico definito, quadro clinico stabilizzato, che necessita di trattamenti riabilitativi di minore intensità assistenziale, di cure mediche e di assistenza infermieristica e per il quale è stato attivato un percorso di inserimento in struttura residenziale o a domicilio. In questa fase della malattia deve essere, in ogni caso, garantito il dovuto impegno assistenziale con un costante monitoraggio;
6. **Endocardite infettiva**, a basso rischio di embolizzazione e di rottura valvolare, che richiede prosecuzione prolungata della terapia antibiotica per via endovenosa, eseguibile solo in ambito ospedaliero;
7. Pazienti provenienti da reparti per acuti, affetti da **malattia neoplastica in fase terminale**, limitatamente ai casi in attesa di essere trasferiti, a breve termine, in strutture residenziali per cure palliative o a domicilio per assistenza domiciliare oncologica.
8. Pazienti provenienti da reparti per acuti, affetti da **patologia neoplastica, che necessitano di seguire, per brevi periodi, terapie di supporto** e/o terapia antalgica e/o di reintegrazione calorica, non effettuabili a livello domiciliare per motivi sanitari o per mancanza di adeguato sostegno familiare;
9. **Pazienti cronici con affezioni concomitanti che richiedono cure continuative** (ad esempio grave anemizzazione, vasculopatie periferiche, piede diabetico, disidratazione, malnutrizione);
10. **Cirrosi epatica complicata** con ascite e/o encefalopatia porto-sistemica, a basso rischio di sanguinamento delle varici esofagee;
11. **Nefropatia stabilizzata** in fase di terapia di consolidamento;
12. **Fibrillazione atriale cronica** a rischio di instabilità clinica o da dimettere con TAO consolidata;
13. **Pazienti reduci da malattie acute, con esito in disabilità stabilizzata, non dimissibili per problematiche socio-assistenziali e/o per non adeguato sostegno familiare**, per i quali è in atto un percorso di dimissione protetta in strutture residenziali, semiresidenziali o in assistenza domiciliare.

CONDIZIONI CLINICHE ELEGGIBILI AL RICOVERO IN LDPA

1. Fase di **convalescenza controllata**, temporalmente limitata, per alcuni interventi di chirurgia generale o specialistica;
2. Necessità di eseguire **medicazioni in regime di ricovero**;
3. **Complicanze mediche di interventi chirurgici** (metaboliche, infettive, circolatorie);
4. Pazienti dimessi da strutture per acuti, sottoposti a **sostituzione protesica dell'articolazione dell'anca** o del ginocchio, o affetti da fratture recenti, che richiedono cure ulteriori continuative prima di essere inviati alla riabilitazione intensiva, o non dimissibili a domicilio a causa di inadeguato sostegno familiare e per i quali è in atto un percorso di dimissione protetta in struttura residenziale, semiresidenziale o in assistenza domiciliare.

Area chirurgica



OBIETTIVI DEL SETTING DI LUNGODEGENZA

1. Perseguire il raggiungimento della condizione di stabilità clinica e sintomatologica in modo da consentire la deospedalizzazione.
2. Ottimizzare il recupero funzionale: autonomia personale (ADL e Barthel) e mobilità (Tinetti).
3. Collaborare con i servizi territoriali (Distretto SS di pertinenza) e creare le condizioni psicologiche e sociali per il reinserimento in ambiente extra ospedaliero.

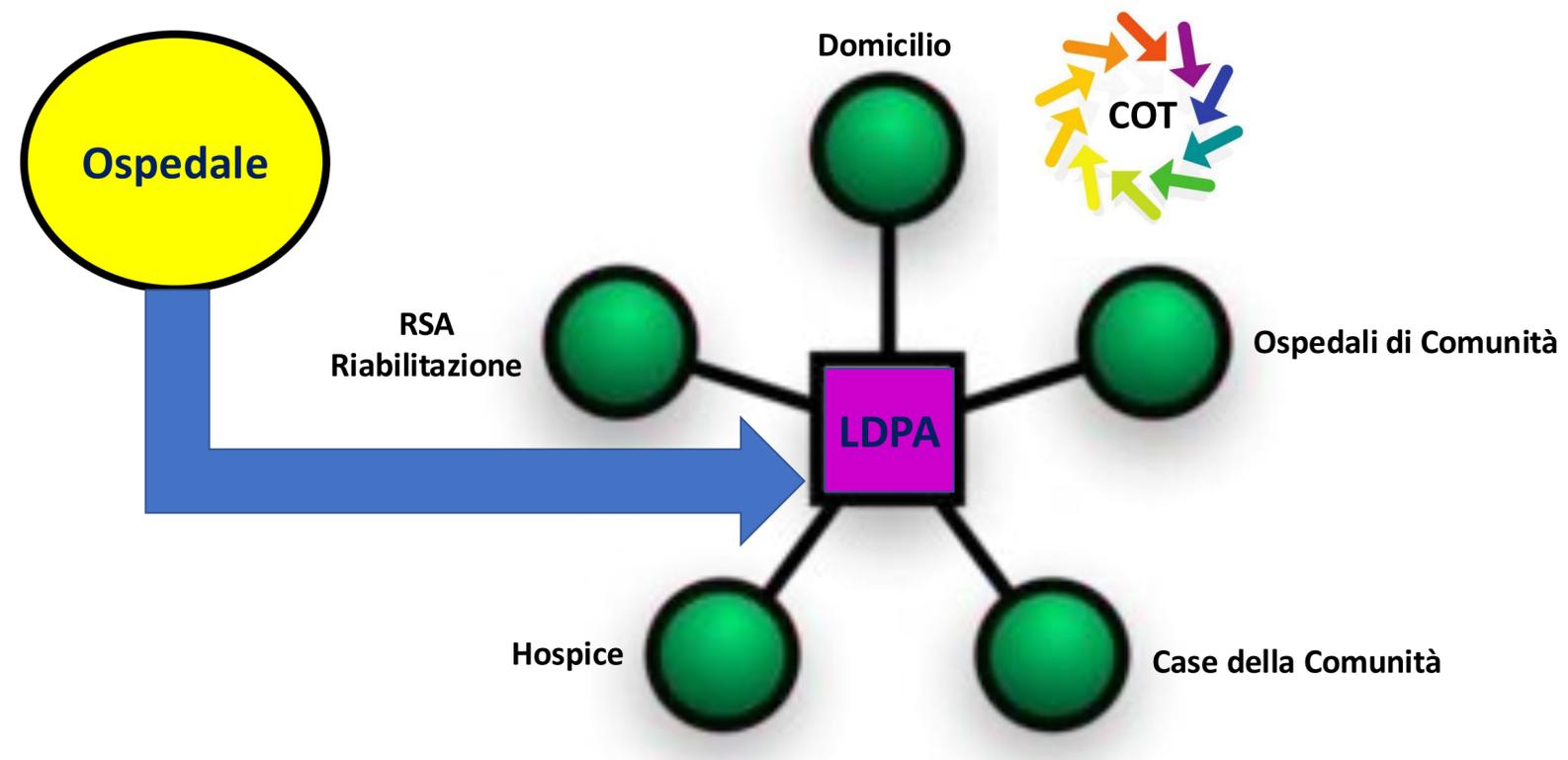
OBIETTIVI sul sistema cure del setting DI LUNGODEGENZA

1. Riduzione della degenza media in MI ed aumento del turn over
2. Decongestionamento dei PS
3. Miglioramento dell'appropriatezza del setting assistenziale

OBIETTIVI Gestionali del setting DI LUNGODEGENZA

La Missione 6 del PNRR 2021– 2026(8) ha l'obiettivo ambizioso di offrire ulteriori ed importanti possibilità di **interazione e collaborazioni tra professionisti ospedalieri e del territorio**, attraverso la creazione di reti di prossimità e strutture intermedie per l'assistenza sanitaria territoriale e per facilitare la **transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari (COT)**.

Quindi il modello applicativo della LDPA potrà anche favorire l'adozione dei nuovi modelli organizzativi di presa in carico territoriale previsti dal PNRR (Centrale Operativa Territoriale, Telemedicina, Teleconsulto, Ospedali di Comunità e Case della Comunità)





REGIONE PUGLIA
 Deliberazione della Giunta Regionale

N. **1119** del 31/07/2024 del Registro delle Deliberazioni

OGGETTO: Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015–
 Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto "Modifica e integrazione del
 Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020".
 Modifica DGR n. 919 de 03/07/2023 Allegato A – Distribuzione posti letto autorizzati
 all'esercizio e della D.G.R. 936/2024.

➤ potenziare, con successivo provvedimento, la rete ospedaliera incrementando i posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza, fino al raggiungimento dello standard massimo previsto dal D.M. n. 70/2015. Infatti, si intende raggiungere lo standard massimo ministeriale, incrementando ulteriormente i posti letto già programmati con il Regolamento regionale n. 23/2019, di ulteriori n. 1.255 posti letto, così come di seguito riportato:

- n. 474 posti letto di acuzie;
- n. 123 posti letto di riabilitazione;
- n. 658 posti letto di lungodegenza. ←

Tale scostamento è compensato dal numero di pl di lungodegenza non previsti, considerata l'attivazione degli ospedali di comunità →

PUGLIA				
COD	DENOMINAZIONE	OFFERTA RETE PUBBLICA	OFFERTA RETE PRIVATA	TOTALE OFFERTA RIORDINO 2024
	TOTALE	10.311	4.991	15.302
	<i>di cui POSTI LETTO ACUTI</i>	8.961	3.596	12.557
	<i>di cui POSTI LETTO RIABILITAZIONE</i>	641	1.310	1.951
	<i>di cui POSTI LETTO LUNGODEGENZA</i>	709	85	794

Attività Lungodegenza Post-Acuzie PPA Canosa di Puglia

20 posti letto

2022: 289 ricoveri, giorni di degenza media 14.14, peso DRG 1.153

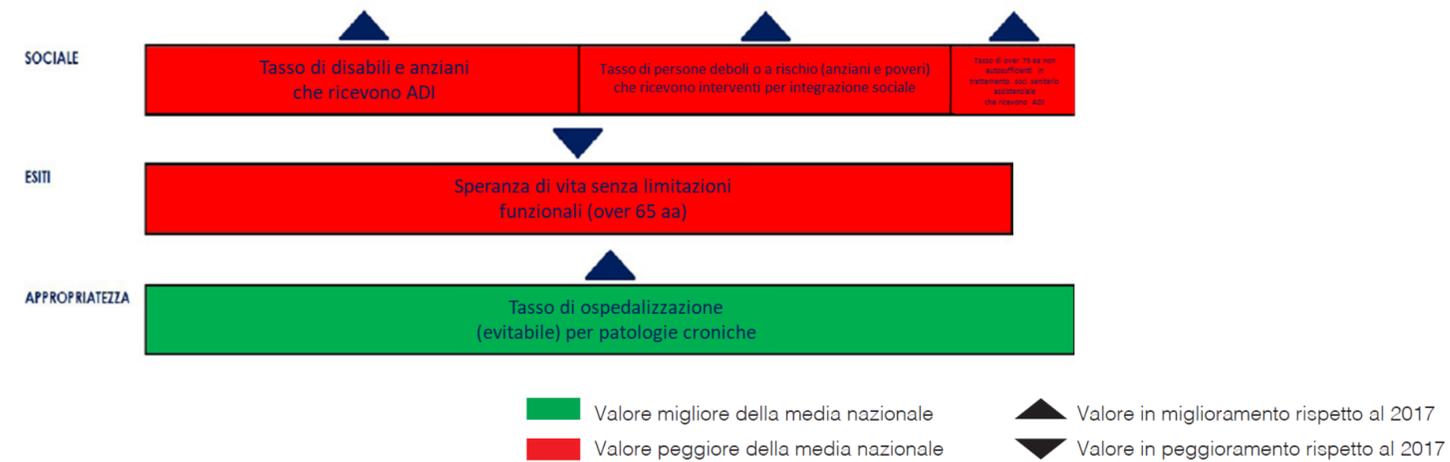
2023: 215 ricoveri, giorni di degenza media 22.36, peso DRG 1.060

2024 (luglio): 163 ricoveri, giorni di degenza media 21.53, peso DRG 1.000

Personale sanitario nell'unità operativa di Lungodegenza

· Medici: 3; Infermieri: 14; OSS: 12; Fisoterapista: 1; Personale ausiliario: 3

In conclusione...l'attivazione delle LDPA potrebbe impattare sulle performances...



...gli indicatori relativi alla presa in carico extra-ospedaliera dei soggetti cronici hanno ricevuto una particolare attenzione da parte del Panel, secondo il quale non si raggiungono però valori di Performance “soddisfacenti” neppure nelle Regioni con i “migliori” risultati: in particolare, nella **presa in carico degli anziani non autosufficienti**, nel “livello” di spesa sanitaria pubblica, nelle rinunce alle cure, **nella gestione domiciliare degli anziani**.

XII edizione dello studio sulle Performance Regionali del C.R.E.A. Sanità



Grazie per l'attenzione

Franco Mastroianni

Delitti in materia di violazione del diritto d'autore (Art. 25-novies, D.Lgs. n. 231/2001) [articolo aggiunto dalla L. n. 99/2009]

- Messa a disposizione del pubblico, in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta, o di parte di essa (art. 171, legge n.633/1941 comma 1 lett. a) bis)
- Reati di cui al punto precedente commessi su opere altrui non destinate alla pubblicazione qualora ne risulti offeso l'onore o la reputazione (art. 171, legge n.633/1941 comma 3)
- Abusiva duplicazione, per trarne profitto, di programmi per elaboratore; importazione, distribuzione, vendita o detenzione a scopo commerciale o imprenditoriale o concessione in locazione di programmi contenuti in supporti non contrassegnati dalla SIAE; predisposizione di mezzi per rimuovere o eludere i dispositivi di protezione di programmi per elaboratori (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 1)
- Riproduzione, trasferimento su altro supporto, distribuzione, comunicazione, presentazione o dimostrazione in pubblico, del contenuto di una banca dati; estrazione o reimpiego della banca dati; distribuzione, vendita o concessione in locazione di banche di dati (art. 171-bis legge n.633/1941 comma 2)
- Abusiva duplicazione, riproduzione, trasmissione o diffusione in pubblico con qualsiasi procedimento, in tutto o in parte, di opere dell'ingegno destinate al circuito televisivo, cinematografico, della vendita o del noleggio di dischi, nastri o supporti analoghi o ogni altro supporto contenente fonogrammi o videogrammi di opere musicali, cinematografiche o audiovisive assimilate o sequenze di immagini in movimento; opere letterarie, drammatiche, scientifiche o didattiche, musicali o drammatico musicali, multimediali, anche se inserite in opere collettive o composite o banche dati; riproduzione, duplicazione, trasmissione o diffusione abusiva, vendita o commercio, cessione a qualsiasi titolo o importazione abusiva di oltre cinquanta copie o esemplari di opere tutelate dal diritto d'autore e da diritti connessi; immissione in un sistema di reti telematiche, mediante connessioni di qualsiasi genere, di un'opera dell'ingegno protetta dal diritto d'autore, o parte di essa (art. 171-ter legge n.633/1941)
- Mancata comunicazione alla SIAE dei dati di identificazione dei supporti non soggetti al contrassegno o falsa dichiarazione (art. 171-septies legge n.633/1941)
- Fraudolenta produzione, vendita, importazione, promozione, installazione, modifica, utilizzo per uso pubblico e privato di apparati o parti di apparati atti alla decodificazione di trasmissioni audiovisive ad accesso condizionato effettuate via etere, via satellite, via cavo, in forma sia analogica sia digitale (art. 171-octies legge n.633/1941).

[Torna all'inizio](#)