



**La sfida della continuità assistenziale nel sistema sanitario  
che cambia**

**La pianificazione socio-sanitaria in  
conseguenza dell'evoluzione della durata  
della degenza ospedaliera**

**Francesco Branca**

**DSS / Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio**

**Giornata di studio SUPSI - ASI**

**Lugano, 11 dicembre 2014**





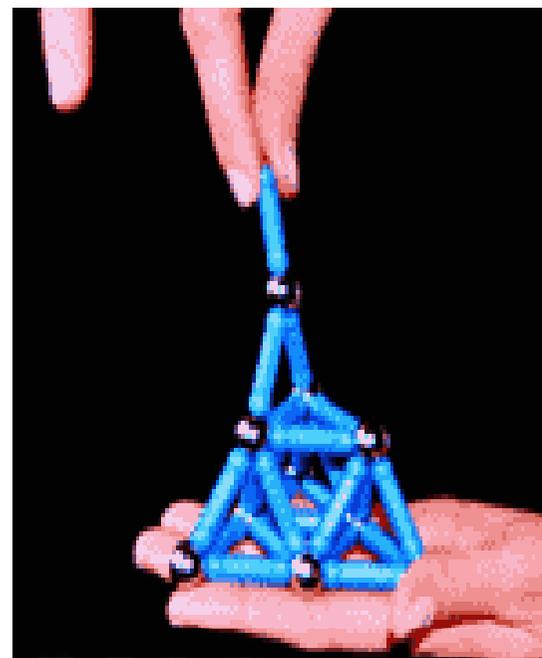
# Indice

1. Raffigurazione del contesto
2. Definizioni di sub- e post-acuto
  1. Generali
  2. CH
  3. TI
3. Strutturazione del sub- e post-acuto
  1. Situazione attuale TI
  2. Soluzione pianificata TI: Istituto di cura
    1. Ubicazione e dimensione
    2. Parametri strutturali e finanziari



# Raffigurazione del contesto

## La pianificazione sanitaria



# Definizioni di sub- e post-acuto (Generale1)

## Sub-acuto

Presa in carico residenziale di pazienti

- dimissibili dall'ospedale, ma in condizioni di instabilità clinica tale da non poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio (richiesta: medico ospedaliero)
- al proprio domicilio, ma in condizioni di instabilità clinica tale da richiedere un'assistenza residenziale (richiesta: medico curante)

# Definizioni di sub- e post-acuto (Generale 2)

## Post-acuto

Presenza in carico residenziale di persone

- che hanno concluso il loro percorso acuto ed ev. sub-acuto, che sono in condizioni di stabilità clinica, ma che tuttavia hanno bisogno di un ulteriore periodo residenziale, a bassa intensità sanitaria e ad alta intensità assistenziale, per preparare il reinserimento nel loro contesto di vita (richiesta: medico ospedaliero o sub-acuto)



# Definizioni di sub- e post-acuto (TI 2004-2010)

## Alto contenuto sanitario (ACS)

### Presa in carico residenziale di pazienti anziani

- post-acuti, che sono in condizioni di stabilità clinica, ma che tuttavia hanno bisogno di un ulteriore periodo residenziale in strutture sanitarie a complessità intermedia, con l'obiettivo di preparare il reinserimento nel loro contesto di vita abituale (richiesta: medico ospedaliero)
- al proprio domicilio, ma in condizioni di fragilità tali da richiedere un periodo residenziale in strutture sanitarie a complessità intermedia (richiesta: medico curante)
- reparti da 15 letti integrati in strutture per anziani, con presenza del medico (50%)
- degenza massima prevista: 28 giorni (media: 21/22 giorni)

# Definizioni di sub- e post-acuto (CH 01.01.2011)

## Cure acute e transitorie (CAT)

Presenza in carico residenziale o ambulatoriale\*1 di pazienti

- che hanno concluso il loro percorso acuto,
- che sono in condizioni di stabilità clinica,
- ma che tuttavia hanno bisogno di un ulteriore periodo di presenza in carico professionale, in particolare da parte di personale curante,
- con l'obiettivo di incrementare le loro competenze di auto-cura,
- al fine che possano utilizzare le capacità e possibilità pre-ricovero nel loro contesto di vita abituale
- (richiesta: medico ospedaliero / periodo max: 14 giorni)

\*1 qui. il concetto di cure ambulatoriali include le cure a domicilio e le cure erogate

# Definizioni di sub- e post-acuto (CH 01.01.2011)

## CAT - definizione fornita dalla CDS (fr)

Des soins aigus et de transition conformément à l'art. 25a al. 2 LAMal peuvent être prescrits par des médecins d'hôpitaux si les conditions suivantes sont remplies de manière cumulative:

- a. Les problèmes de santé aigus sont connus et stabilisés. Des prestations diagnostiques et thérapeutiques dans un hôpital de soins aigus ne sont plus nécessaires.
- b. La patiente ou le patient a besoin provisoirement d'un encadrement professionnel qualifié, en particulier par du personnel soignant.
- c. Un séjour dans une clinique de réadaptation n'est pas indiqué.
- d. Un séjour dans une unité de gériatrie d'un hôpital n'est pas indiqué.
- e. Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence de prendre soin de soi-même de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes et possibilités disponibles avant le séjour hospitalier.
- f. Un plan de soins avec les mesures en vue d'atteindre les objectifs conformes à la let. e. est établi.



# Definizioni di sub- e post-acuto (CH 01.01.2011)

## CAT - definizione fornita dalla CDS (d)

Akut- und Übergangspflege gemäss Art. 25a Abs. 2 KVG kann vom Spitalarzt verordnet werden, wenn folgende Bedingungen kumulativ erfüllt sind:

- a. Die akuten gesundheitlichen Probleme sind bekannt und stabilisiert. Diagnostische und therapeutische Leistungen in einem Akutspital sind nicht mehr notwendig.
- b. Die Patientin oder der Patient benötigt vorübergehend eine qualifizierte fachliche Betreuung, insbesondere durch Pflegepersonal.
- c. Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik ist nicht indiziert.
- d. Ein Aufenthalt in einer geriatrischen Abteilung eines Spitals ist nicht indiziert.
- e. Die Akut- und Übergangspflege hat die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz zum Ziel, so dass die Patientin oder der Patient die vor dem Spitalaufenthalt vorhandenen Fähigkeiten und Möglichkeiten wieder in der gewohnten Umgebung nutzen kann.
- f. Es wird ein Pflegeplan mit den Massnahmen zur Erreichung der Ziele nach Bst. e. aufgestellt.



# Definizioni di sub- e post-acuto (TI 2011 - 201?)

**Prestazione CAT - STT (Soggiorno temporaneo terapeutico)**

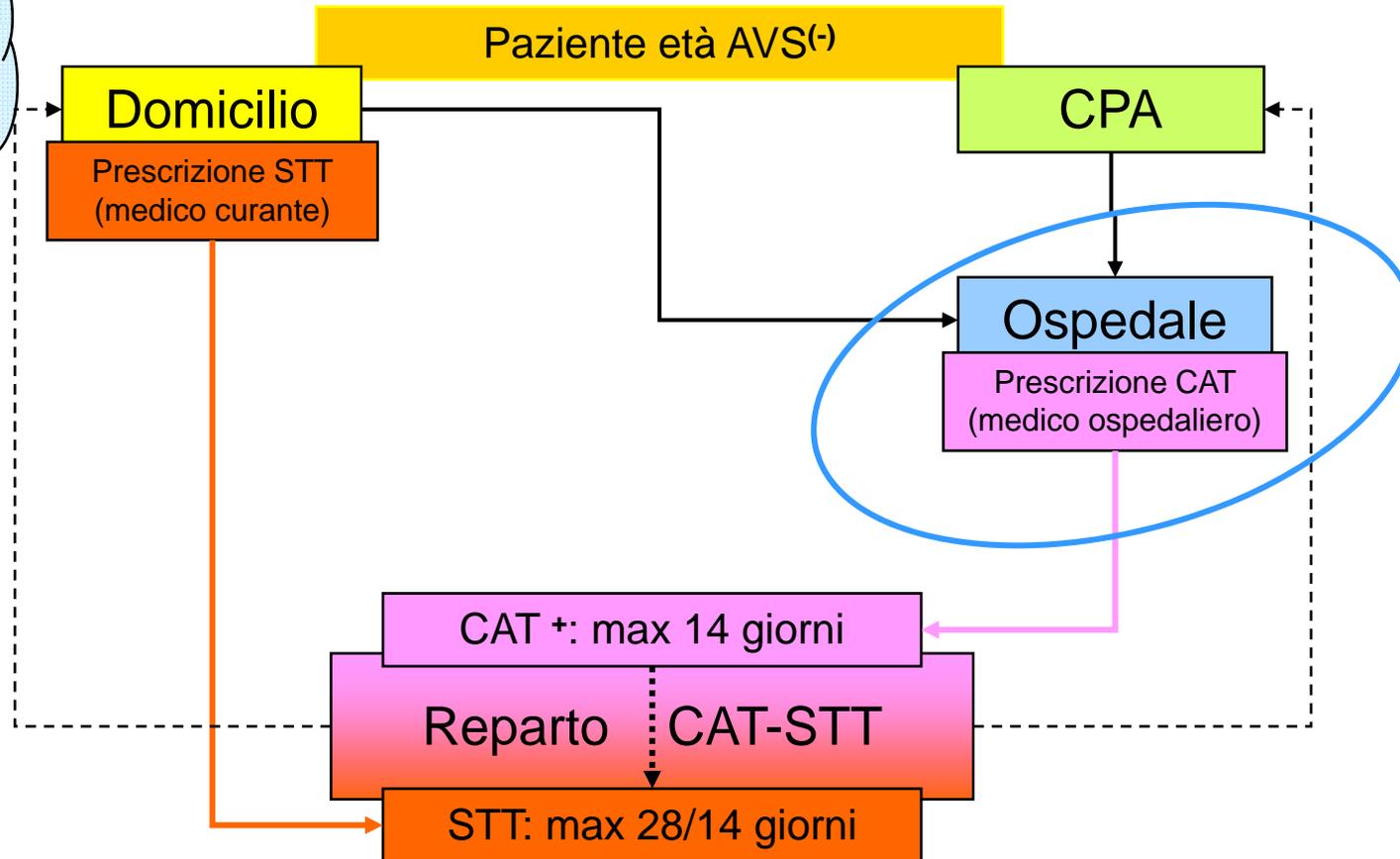
Integrazione dei modelli CAT e ACS

**Presa in carico residenziale di pazienti (generalmente) anziani**

- **post-acuti: applicazione del modello CAT+ :**
  - richiesta: medico ospedaliero
  - durata massima: 14 giorni
  - (+) presenza del medico (50%)
- **al proprio domicilio e post-CAT+: applicazione del modello ACS**
  - richiesta: medico curante o medico CAT+
  - durata massima: 28 giorni (14 giorni per i post-CAT+)

# Strutturazione del sub- e post-acuto

## Situazione attuale



# Definizioni di sub- e post-acuto (TI 2001 – 201?)

## Medicina di base\*

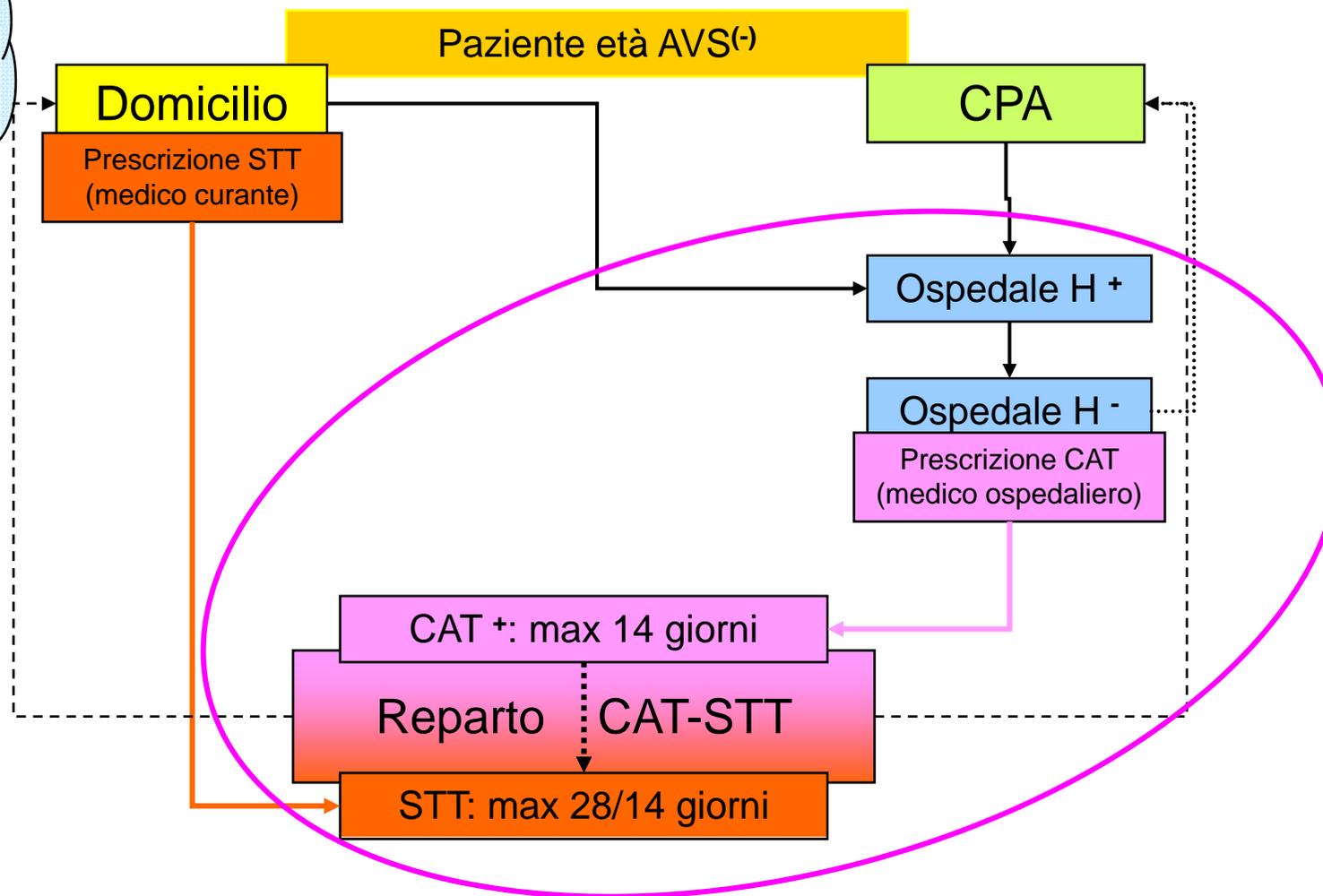
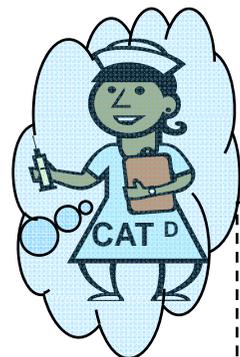
### Presa in carico residenziale di pazienti

- dimissibili dall'ospedale acuto, ma in condizioni di instabilità clinica tale da richiedere un'assistenza sanitaria residenziale a complessità intermedia, con prestazioni mediche in struttura (richiesta: medico ospedaliero)
- al proprio domicilio, ma in condizioni di instabilità clinica tale da richiedere un'assistenza sanitaria residenziale a complessità intermedia, con prestazioni mediche in struttura (richiesta: medico curante)

\* Per pura comodità di abbreviazione, questa tipologia di presa in carico viene di seguito indicata con H-

# Strutturazione del sub- e post-acuto

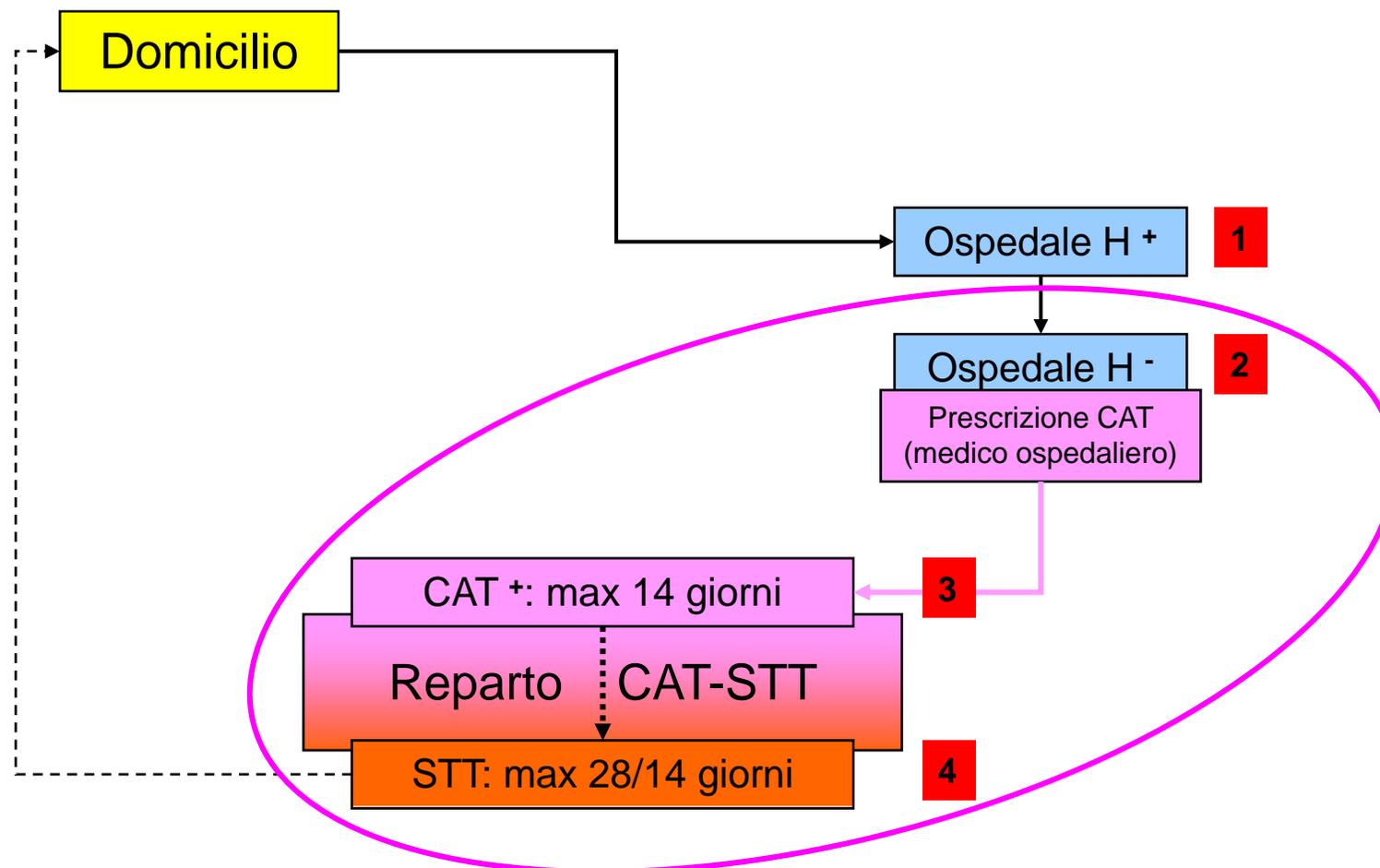
## Situazione attuale – Criticità / Fattori di cambiamento



# Strutturazione del sub- e post-acuto

## Situazione attuale – Criticità / Fattori di cambiamento

### Sistema complicato



# Strutturazione del sub- e post-acuto

## Situazione attuale – Criticità / Fattori di cambiamento

### Sovrapposizione di prestazione

- ❑ Le due possibilità di presa in carico (H - e CAT-STT) non sono sostitutive (nel senso di compensative) né complementari, ma spesso si sommano causando una doppia degenza in due istituti diversi.
- ❑ Le prestazioni erogate sono assimilabili e si situano ambedue tra il cpv. 1 e il cpv. 3 dell'art. 39 LAMal.
- ❑ Il costo di una giornata di cure in un istituto con il solo mandato di medicina di base (H -) o in una struttura CAT-STT, adeguatamente potenziata, sono simili; cambiano gli agenti finanziatori.



# Strutturazione del sub- e post-acuto

## Situazione attuale – Criticità / Fattori di cambiamento

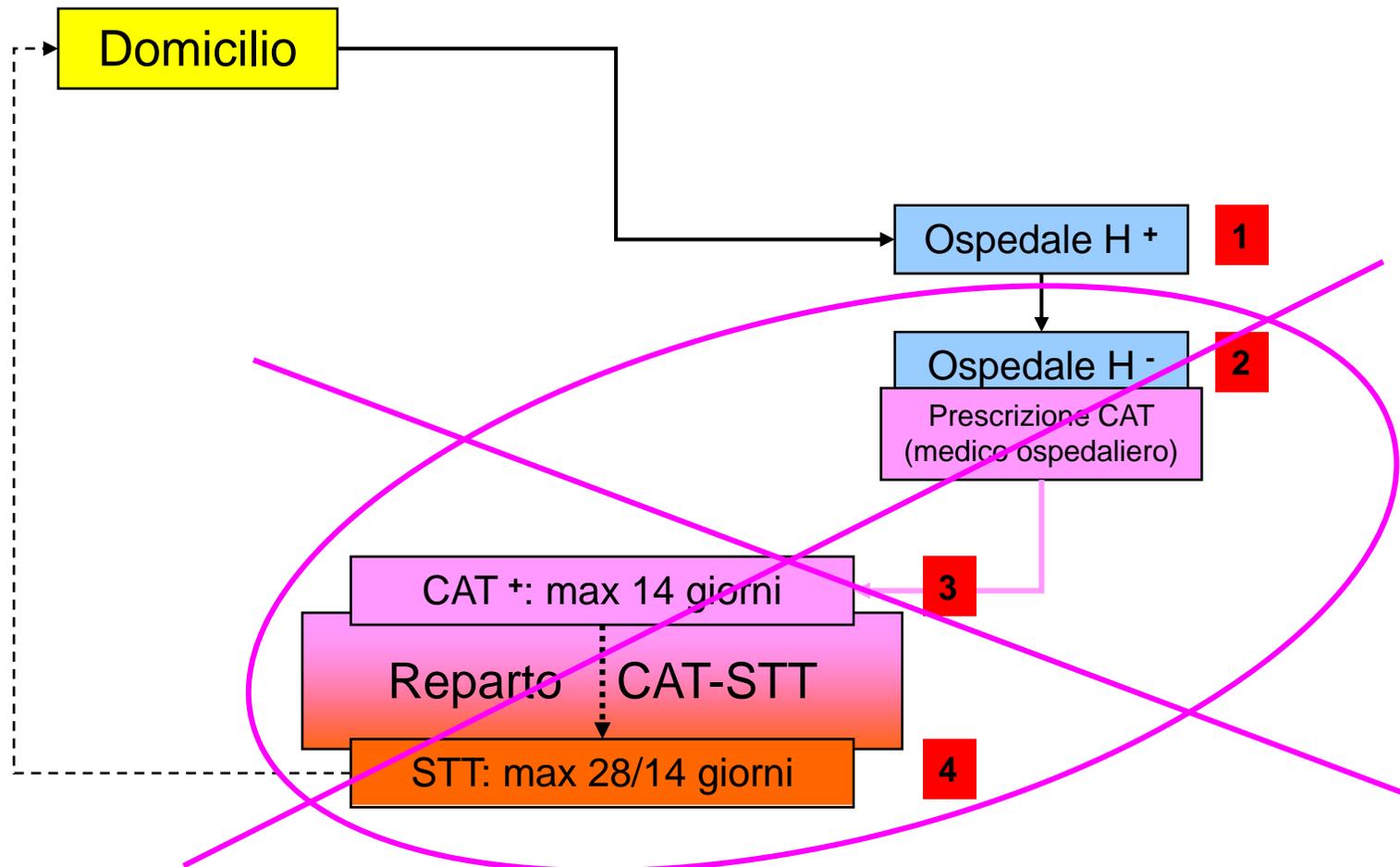
### Altri fattori di cambiamento

- ❑ Fabbisogno di cure somatico-acute in diminuzione (-18%) (Struttura SwissDRG / dimissioni anticipate).
- ❑ Requisiti di qualità richiesti nel settore somatico-acute (H<sup>+</sup>) elevati e non necessari nelle strutture con attuale mandato di medicina di base (H<sup>-</sup>).
- ❑ Evidenza di un fabbisogno di cure sub- / post-acute non coperto o coperto in modo insufficiente sul piano quantitativo e sul piano dell'intensità della presa in carico sanitaria (pressione sugli attuali reparti CAT<sup>+</sup>-STT).
- ❑ Inadeguatezza dei requisiti CAT <sup>puro</sup>: necessità di accesso direttamente dal domicilio (ricoveri H<sup>+</sup> impropri) e periodi di degenza insufficiente esperienza ACS).
- ❑ Accessibilità a cure sub-acute per tutti i pazienti adulti, anche in un contesto di invecchiamento della popolazione.

# Strutturazione del sub- e post-acuto

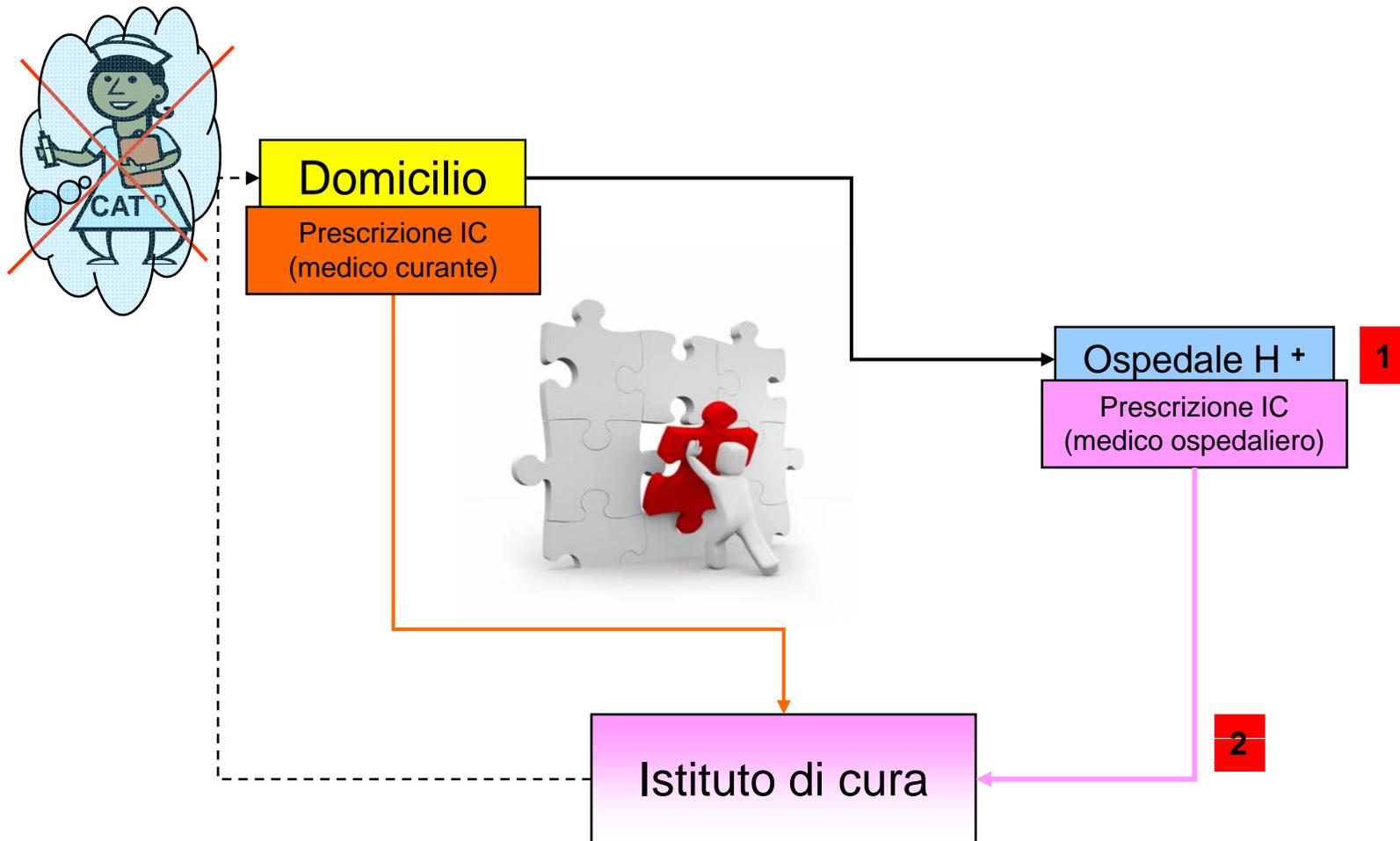
## Situazione attuale - Criticità

### ... sistema da cambiare



# Strutturazione del sub- e post-acuto

## Soluzione pianificata

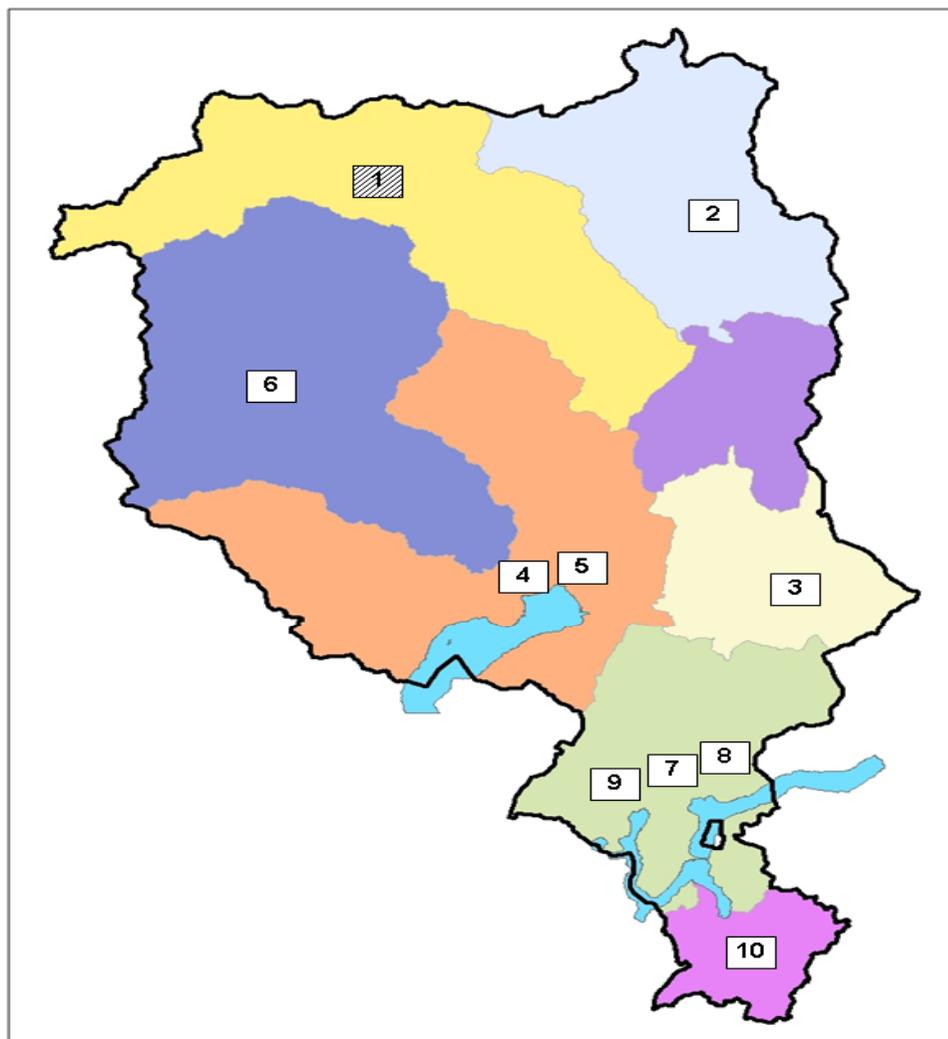


## **Creazione Istituti di cura Ubicazione e dimensione **di partenza (I)****

- Nella fase iniziale, il fabbisogno stimato per tutto il Cantone è di ca. 250 – 300 posti letto.
- Dimensione della struttura / reparto: 30 posti letto (con eccezioni).
- L'ubicazione ha tenuto conto della disponibilità di strutture già esistenti ed attive con il mandato di medicina di base (H-) e dei reparti CAT+-STT, con l'obiettivo di strutturare un'offerta di prossimità.
- Valutazione definitiva del fabbisogno, dell'ubicazione, dell'organizzazione, della qualità delle cure e delle modalità di finanziamento durante un congruo periodo di sperimentazione.

# Creazione Istituti di cura

## Ubicazione e dimensione di partenza (I1)



- 1 ORBV Faido: 30 posti-letto Istituto di cura (transitoriamente)
- 2 ORBV Acquarossa: 30 posti-letto Istituto di cura; 20 CPA
- 3 Ex-clinica riabilitazione Sementina: 30 posti-letto Istituto di cura
- 4 ODL Locarno: 15 posti-letto Istituto di cura
- 5 Clinica Varini Orselina: 30 posti-letto Istituto di cura
- 6 Centro socio-sanitario Cevio: 15 posti-letto Istituto di cura
- 7 Clinica Luganese S. Rocco Lugano: 60 posti-letto Istituto di cura
- 8 Opera Charitas Sonvico: 30 posti-letto Istituto di cura
- 9 Ospedale Malcantonesse Castelrotto: 30 posti-letto Istituto di cura
- 10 OBV Mendrisio e/o Santa Lucia Arzo: 30 posti-letto Istituto di cura

# Creazione Istituti di cura

## Parametri strutturali **di partenza (1)**

Dotazione di personale (30 posti letto; 90% occupazione)	UTP	x pl
Medici FMH	1.2	0.04
Medici assistenti	2.5	0.08
Infermiere caporeparto	1.0	0.03
Infermieri diplomati	11.3	0.38
Altro personale curante	11.3	0.38
Aiuto medico	1.0	0.03
Fisioterapisti	2.5	0.08
Ergoterapisti	1.0	0.03
Dietista	0.5	0.02
Ass. sociale	0.5	0.02
Personale amministrativo	ND	
Personale alberghiero / servizio tecnico	ND	



## Creazione Istituti di cura Parametri finanziari (indicativi)

- Partecipazione media degli assicuratori: CHF 200/g
- Costo medio CHF 450 – 500 /g
- Partecipazione del paziente CHF 30 /g, massimo CHF 600 /a
- Partecipazione Cantone e Comuni 50% / 50% (ca. CHF 10 Mio. a testa)



**Grazie dell'attenzione**

