

Tempi di attesa tra evento acuto e riabilitazione: continuità dell'assistenza infermieristica e riabilitativa

Analisi e proposte di un Servizio di Dimissioni Protette

Waiting time between acute event and rehabilitation: continuity of nursing care and rehabilitation

Analysis and suggestions for a Service of Protected Discharge

Ilaria D'Illio¹

Anna Maria Raimondi²

Laura Radice³

Stefania Di Mauro⁴

RIASSUNTO

Introduzione. In Italia negli ultimi anni l'aumento della sopravvivenza della popolazione ha comportato il cambiamento dello stato di salute, che vede l'incremento nella prevalenza delle patologie croniche (Osservatorio, 2011). L'ospedale, riservato alla fase acuta delle patologie, si integra necessariamente con le cure primarie. La continuità assume particolare rilevanza per la cura, assistenza e riabilitazione della persona assistita, così come l'appropriato utilizzo delle diverse tipologie di offerta socio sanitaria assistenziale e riabilitativa.

Obiettivo. Al San Gerardo di Monza, nell'ambito della riabilitazione del paziente post-acuto, si analizza la fase che intercorre tra la dimissione prevista dall'ospedale e la data di accettazione presso gli istituti di riabilitazione. E' possibile quantificare i tempi di attesa? L'allocazione delle persone assistite è appropriata? Scopo dello studio osservazionale descrittivo è accertare la distribuzione dei giorni di attesa. Inoltre si ipotizza il ricorso all'Assistenza Domiciliare Integrata e a soluzioni innovative. Obiettivi sono la diminuzione delle giornate di degenza inappropriate e l'utilizzo delle risorse in modo congruo.

Risultati. Delle 1083 persone in attesa di riabilitazione il 55% (652), a cui sono associate 4505 giornate "inappropriate", è stato dimesso dall'ospedale oltre i tempi previsti.

Conclusioni. L'utilizzo dell'assistenza domiciliare, vantaggiosa per l'ospedale, può essere utilizzata solo per una minoranza di pazienti e in modo diseconomico.

Per abbattere la totalità delle giornate, una soluzione innovativa può essere l'istituzione di posti letto a basso costo. E dato che la maggioranza dei casi sono solo ad alta complessità assistenziale ma a bassa intensità clinica potrebbero essere letti gestiti da infermieri.

Parole chiave: assistenza infermieristica, continuità, dimissioni protette, tempi di attesa, riabilitazione

ABSTRACT

Introduction. In recent years, in Italy, population lengthening of life leads to an higher number of individuals with chronic diseases (Osservatorio, 2010). The hospital which deals with the acute phase of diseases needs to be integrated with primary care. This connection is particularly important for the treatment, care and rehabilitation of patient, as well as a general need for more health and social care integrated tools.

Objective. At the San Gerardo Hospital in Monza, in the context of the patient's post-acute rehabilitation, we analyze the phase between discharge from hospital and the expected date of hospitalization in facilities providing rehabilitation. The aim of this observational descriptive study is to determine the distribution of days of waiting. Furthermore, several different approach are analysed (i.e. Integrated Home Care) in order to reduce unnecessary days hospitalization and a more intelligent and cost effective use of resources

The research question are the follow, to quantify waiting time between discharge and hospitalization in the rehabilitation facility and to ascertain if patients are sent to the correct facility.

Results. 1083 individuals were taken into account, of those 55% (N=652) were discharged from the hospital later. This leads to a 4505 days of inappropriate hospitalization.

Conclusion. Although the use of home care could be beneficial to the hospital, this can be used only for tiny part of the patients and it is not cost effective. A possible solution can be set up a number of low cost bed entirely managed by nurses due to the low level of intensity care.

Key words: nursing care, continuity, protected discharge, waiting time, rehabilitation.

INTRODUZIONE

Nei paesi a sviluppo avanzato, attualmente, si sono raggiunti elevati livelli di sopravvivenza. Tali risultati sono frutto dei continui progressi in medicina e

delle migliori condizioni di vita della popolazione che hanno contribuito a ridurre, notevolmente, i rischi di morte a tutte le età della vita, anche se con modalità e tempi differenti. Negli ultimi anni, l'aumento della sopravvivenza, è stato in gran parte determinato dall'importante declino della mortalità nelle età anziane che ha prodotto un sensibile aumento della sopravvivenza oltre i 65 anni. In questo contesto sanitario il radicale cambiamento dello stato generale di salute, caratterizzato dall'incremento nella prevalenza delle patologie

1 Coordinatrice infermieristica, Referente Servizio Dimissioni Protette, AO San Gerardo di Monza

2 Dirigente Direzione Professioni Sanitarie, AO San Gerardo Monza

3 Direttore Sanitario Aziendale f.f., AO San Gerardo Monza

4 Professore associato in Scienze infermieristiche, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca

croniche e della disabilità, sta rendendo necessari nuovi percorsi assistenziali. (Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2011).

In Italia dal 2006 al 2010 la speranza di vita alla nascita, è passata da 78,4 a 79,2 anni per gli uomini e da 84 a 84,4 anni per le donne. Dal 2006 al 2011 la percentuale di popolazione con 65 anni e oltre è passata dal 19,7% al 20,3% (20,1% in Lombardia). Sempre dal 2006 al 2011 l'indice di vecchiaia (% o ‰ di popolazione con 65 anni e più sulla popolazione di età 0-14 anni) da 140 a 145 (ISTAT, 2011).

Dal Rapporto Osservasalute (Osservatorio, 2011) che stratifica e analizza i dati demografici 2005 – 2008, emerge che è aumentata la quota di over 65 anni che vive in un nucleo monocomponente. Il monitoraggio di questo indicatore appare di particolare rilevanza in quanto gli anziani che vivono soli richiedono, al momento della loro perdita di autosufficienza, interventi di assistenza socio-sanitaria numerosi; nel 2008 in Lombardia tale quota risulta il 26,8 (per cento persone di 65 ed oltre della stessa regione). E' utile monitorare la struttura della popolazione che insiste sui servizi socio-sanitari regionali e delle singole ASL. Infatti sia la tipologia che la dimensione della domanda dei servizi sanitari dipendono in modo significativo dalla composizione per età e genere della popolazione.

Altro fattore messo in evidenza dai dati ISTAT (2011) sono le persone con almeno una patologia cronica. In Lombardia sono aumentate dal 35,6% del 1994 al 39,3 del 2010; anche le persone con almeno due patologie croniche passano dal 17,1 del 1993 al 19,8 del 2010.

In Lombardia il peso della popolazione anziana è relativamente più contenuto grazie alla maggior presenza di cittadini stranieri che hanno una composizione per età nettamente più giovane rispetto alla popolazione nazionale (Osservatorio, 2011).

Dopo un evento indice di tipo acuto, in Lombardia, la persona assistita, in base alla valutazione del clinico, del Servizio di Dimissioni Protette e del Servizio Sociale (ove necessario), può proseguire o iniziare la cura, assistenza e riabilitazione in:

- Modello Cure primarie (territorio, assistenza domiciliare, ecc.)
- Modello Strutture Intermedie (RSA, ricovero di sollievo, ecc.);
- Modello bilanciato, ovvero un mix dei precedenti;
- Modello Ospedale: presso gli Istituti di Riabilitazione (IDR).

Si esplicitano a seguire le suddette opzioni ma si dedica il primo paragrafo alla prevenzione nell'ambito delle cure primarie che, qualora ottimizzate, aumentano sensibilmente i più appropriati stili e condizioni di vita finalizzati al perseguimento e mantenimento di adeguate condizioni di salute.

Le cure primarie, prevenzione

L'assistenza sanitaria primaria (PHC) è il primo livello di contatto con il sistema sanitario nazionale riservato a singole persone, famiglie e all'intera comunità ed ha lo scopo di portare la salvaguardia e cura per la salute il più vicino possibile ai luoghi dove le persone vivono e lavorano (International council of nurses, 2008). Concetti condivisi dalla carta di Tallinn "Health Systems, Health and Wealth", sottoscritta dai Governi di tutti i paesi della regione Europea nel 2008, e dal rapporto "Primary health care, including health system strengthening" dell'OMS del 2009. Tuttavia, trent'anni dopo la dichiarazione di Alma Ata del 1978, è ancora una sfida l'accesso alle cure e alla qualità delle stesse.

Anche la Conferenza nazionale sulle cure primarie del 2008 svoltasi a Bologna ribadisce che l'Assistenza primaria ha come obiettivo quello di riorganizzare il sistema per garantire ai cittadini un'assistenza appropriata e continuativa, sanitaria e sociale, integrando le azioni di cura e recupero della salute con quelle destinate alla sua difesa, alla prevenzione, alla riabilitazione fisica, psichica e sociale del malato all'interno della comunità, in una società sempre più caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle malattie croniche e degenerative (L'infermiere, 2008).

L'urgenza e la qualità dei servizi inducono sempre più le persone a optare per l'ospedale anziché casa, cure piuttosto che prevenzione, istituti piuttosto che comunità, e gli infermieri oltre a essere sempre presenti nelle acuzie dovranno essere il collante che porta alla continuità delle cure sul territorio. Le cure e l'assistenza ospedaliera, sempre più riservate alla fase acuta delle patologie, si devono integrare con le cure primarie, e le sue tipologie di offerte, domiciliari e residenziali (ICN, 2008).

Modello cure primarie

Tra il 2000 e il 2004 si costituiscono i nuclei o gruppi di cure primarie sostanzialmente composti da MMG (Del Missier et al., 2007). Tale rimodulazione organizzativa nell'erogazione delle Cure primarie viene perfezionata nell'Accordo Stato-Regioni del 29 luglio 2004, dove l'intento è favorire lo sviluppo di forme innovative di organizzazione dell'assistenza primaria, attraverso nuove modalità aggregative dei medici che operano nell'ambito della primary care, quali, ad esempio, le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria). Si supera gradualmente l'organizzazione basata sugli studi individuali dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, verso nuove forme ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, dove si integra la componente sociale.

L'emanazione del D.M. 10 luglio 2007, attuativo delle previsioni della legge finanziaria, individua la

"sperimentazione del modello assistenziale case della salute".

Quanto citato è stato concretizzato, seppur in modo diversificato, in diverse regioni italiane, compresa Regione Lombardia.

Nell'ambito delle cure primarie, anche l'assistenza domiciliare integrata (ADI) è andata diffondendosi seppur in maniera disomogenea in tutto il territorio nazionale, ed è una modalità assistenziale rivolta a soggetti in condizione di ridotta o completa non autosufficienza, temporanea o protratta, o per chi è affetto da patologie croniche a medio e lungo termine o da patologie acute trattabili a domicilio. Risulta inoltre rivolta anche a pazienti oncologici in fase critica e/o terminale con le cure palliative domiciliari anche se per questa tipologia di pazienti sono disponibili strutture di tipo residenziale quali l'Hospice.

I diversi profili assistenziali dell'ADI hanno l'obiettivo di garantire, l'applicazione di un progetto di cura ed assistenza socio-sanitaria personalizzato, multi disciplinare e multi professionale (medica, infermieristica, riabilitativa), e socio assistenziale (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche), con idoneità delle condizioni socio-ambientali dell'assistito (supporto familiare, alloggio idoneo) (Osservatorio, 2011).

È chiamata, pertanto, a soddisfare esigenze complesse, di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo sociosanitario. La sede organizzativa è nel distretto, la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza in relazione ai bisogni della persona. L'obiettivo è anche quello di trasferimento all'ADI di una quota di ricoveri ospedalieri riconosciuta inappropriata. (L'infermiere, 2008).

Le regioni realizzano le indicazioni del Servizio Sanitario Nazionale in modo diversificato.

In Regione Lombardia il Voucher sociosanitario è stato istituito nel 2003 con la delibera della Giunta regionale n. 12902 del 9 maggio 2003 allo scopo di avviare il processo di riforma in ambito domiciliare: libertà di scelta per il cittadino e libertà d'azione per gli erogatori; si compra da soggetti accreditati prestazioni di assistenza socio-sanitaria integrata, svolte da professionisti.

Inoltre i servizi sperimentali presenti in Nuove Reti Sanitarie (NRS) di Regione Lombardia recepiscono le indicazioni della programmazione sanitaria nazionale finalizzate a sperimentare nuovi modelli di cure alternative al ricovero ospedaliero. Progetti sperimentali di gestione domiciliare sono:

- Telesorveglianza sanitaria domiciliare per pazienti con Scompenso cardiaco cronico medio grave (PTS) nel 2006;
- Ospedalizzazione Domiciliare riabilitativa post-cardiochirurgica (POD) nel 2006.
- Ospedalizzazione Domiciliare per le Cure Palliative

oncologiche (ODCP) nel 2008.

- Telesorveglianza Sanitaria Domiciliare per pazienti con BPCO grave e molto grave (PTP) nel 2010;
- Teleconsulto specialistico al Medico di Medicina Generale (TCS) nel 2010.

Sempre in Regione Lombardia con la Delibera 937 del 1.12.2010 - Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 (allegato 14), prendono il via la Cronicità e i CReG (Cronic Related Group), che si avvalgono di una Banca dati assistito e di Percorsi Diagnostico Terapeutici e prevedono la remunerazione del servizio.

I pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata sono in continua crescita, attestandosi su 834 casi per 100.000 abitanti. A livello nazionale, nel corso del 2008, sono stati quindi assistiti quasi 500.000 persone. L'ADI è erogata prevalentemente a soggetti anziani (80,7% del totale nel 2008). Permane, anche dal confronto con gli anni precedenti, una notevole disomogeneità regionale, e, nelle regioni dove si rileva la tendenza alla riduzione del ricovero ospedaliero, si registra un aumento del numero di pazienti assistibili in ADI (Osservatorio, 2011).

Questo dati sono analoghi a quelli dell'ISTAT (2011), secondo il quale i casi trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) sono passati da 373.414 nel 2004 a 494.204 nel 2008. Nell'ambito di questi casi, gli anziani trattati in ADI sono passati dall' 84,1 % all' 81%. In Regione Lombardia i casi trattati in ADI sono passati da 70.754 del 2004 a 91.177 del 2008; gli anziani trattati sono anche qui percentualmente diminuiti dall'86,5% al 84,2%, ma aumentati come valori assoluti.

Modello strutture intermedie

Arduo è classificare le diverse tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali italiane. In letteratura le si trovano anche denominate cure intermedie, strutture residenziali, semiresidenziali, centri diurni, cure sub intensive, cure post acute, cure subacute.

In Regione Lombardia la Delibera 937 del 1.12.2010 - Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 (allegato 15) ha dato il via all'Attività di tipo subacuto: si tratta di cure intermedie subacute per la transizione fra ospedale e domicilio finalizzate a stabilizzazione clinica (da non confondere con le riabilitazioni a bassa intensità).

Anche a livello internazionale le cure intermedie sono diversificate in: intermediate care, nurse led unit, nursing led unit, nurse led clinic, nurse managed special care unit, nursing beds, nursing development unit, nursing home care unit. Rappresentano strutture che facilitano la transizione della persona assistita:

- dall'ospedale al domicilio,

- da una dipendenza medica ad una indipendenza funzionale,
- dalla malattia gestita al domicilio ad un ambiente protetto (ospedali di comunità),
- per prevenire il trasferimento da un ospedale ad una istituzione.

Vi accedono persone con bisogni prevalentemente infermieristici e/o riabilitativi e sono caratterizzate da alta e bassa intensità assistenziale e da 3 livelli distinti in base all'autonomia esercitata dagli infermieri, che hanno leadership sul gruppo multidisciplinare.

Sono strutture in cui gli infermieri assumono la direzione e gestione dell'assistenza al posto dei medici e i cui risultati sull'efficacia dimostrano migliore funzionalità e maggiori dimissioni a domicilio a tre mesi e meno riammissioni in ospedale. In Italia sono presenti gli ospedali di comunità e le Residenze sanitarie ed assistenziali flessibili (Palese et al., 2006) con finalità maggiormente indirizzate alla long-term care, anche se in questo ultimo periodo se ne prevede un utilizzo per stabilizzare le persone e ricondurle al domicilio, anche con ADI ove necessaria.

Secondo la definizione dell'Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) i presidi residenziali per long-term care sono presidi dedicati a soggetti che necessitano di assistenza continua a causa di patologia croniche e di ridotto grado di autonomia nelle attività quotidiane. Sono incluse le Residenze Sanitarie Assistenziali, le residenze socio sanitarie per anziani e le comunità socio riabilitative; per quanto riguarda le residenze Assistenziali per anziani autosufficienti, le Comunità alloggio, le Comunità familiari e la tipologia altre strutture, sono state incluse solo quelle caratterizzate da una componente sanitaria (medico o infermieristico) o finanziate da parte del SSN.

Nel 2006 i presidi residenziali per la long-term care sono 7.577 (pari a 12,86 strutture ogni 100.000 abitanti) con una dotazione di circa 308mila posti letto. L'indicatore continua a presentare differenze marcate tra le regioni. Gli ospiti nei presidi di long-term care sono: oltre 6.100 minori, quasi 37.000 adulti e circa 224.000 anziani e sono per oltre 2/3 (68%) non autosufficienti. Anche se i bisogni possono essere diversi tra le varie regioni, l'accessibilità alla residenzialità permane maggiore al Nord rispetto al Sud con sistemi di offerta tra loro diversificati. Nel 2006 in Lombardia i tassi (per 100.000) di posti letto sono di 527 per le RSA (158 per l'Italia) e di 622 posti letto totali per long-term care (522 per l'Italia). La quota di soggetti istituzionalizzati dipende dall'offerta di posti letto per long-term care. Le regioni presentano sistemi di offerta diversificati ed in alcuni casi giudicati carenti rispetto ai bisogni della popolazione. In particolare nei casi di soggetti anziani, questa situazione potrebbe determinare un utilizzo non appropriato dei diversi setting assistenziali e questo a

sua volta potrebbe tradursi, ad esempio, in un allungamento della durata della degenza in strutture per acuti. Va considerato inoltre che l'indicatore può essere influenzato da fattori legati all'assetto sociale e culturale che circonda l'anziano (Osservatorio, 2011).

Riabilitazioni

In Lombardia le Medicine Fisiche e Riabilitative, i cui posti letto si devono attenere allo standard dello 0,7 per mille abitanti, sono state oggetto di riclassificazione in Riabilitazioni Specialistiche, Generali e Geriatriche e di Mantenimento con Delibera n. VII/19883 del 16.12.2004 Riordino della rete delle attività di riabilitazione.

Sono di tipo pubblico o privato accreditate.

SCOPO ED OBIETTIVI

La variegata offerta territoriale risponde quindi a diverse esigenze. La continuità nel settore della riabilitazione del paziente post-acuto può seguire percorsi diversificati in base allo specifico progetto di presa in carico: ambulatoriale, day hospital, domicilio, ricovero in struttura riabilitativa. Tuttavia, in caso di ricovero ordinario in Istituti di Riabilitazione, si ritengono eccessivi i tempi di attesa che intercorrono tra la dimissibilità auspicata dall'Ospedale, e la ricettività degli IDR. E' possibile quantificare in modo oggettivo i tempi di attesa? Esistono soluzioni alternative di allocazione appropriata della persona assistita che risponda ai suoi bisogni clinico assistenziali riabilitativi?

Lo scopo della ricerca è rilevare e analizzare la distribuzione dei suddetti giorni di attesa e sondare tra le offerte esistenti un'alternativa al ricovero ospedaliero o ancora proporre soluzioni innovative.

Obiettivi sono la diminuzione delle giornate di degenza inappropriate e l'utilizzo delle risorse in modo congruo.

METODO

Il disegno di ricerca è riconducibile ad un tipo di studio osservazionale descrittivo. Lo studio, condotto presso il Servizio di Dimissioni Protette dell'A.O. San Gerardo di Monza, ha preso avvio dall'1/05/2010 al 31/8/2011, per una durata di 16 mesi.

Il campionamento, determinante i criteri di inclusione, ha reclutato:

- tutte le persone cui i clinici hanno richiesto trattamenti riabilitativi presso IDR;
- le richieste di riabilitazione di tipo specialistico, generale e geriatrico e di mantenimento da effettuare presso IDR;
- tutte le tipologie di strutture intraospedaliere richiedenti: a bassa, media ed elevata intensità di

cura, le sub intensive e le intensive;

si è così raggiunta una numerosità campionaria di 1263 persone.

I criteri di esclusione sono:

- le persone decedute dopo la richiesta di riabilitazione;
 - gli assistiti che hanno rifiutato la struttura riabilitativa e hanno preferito l'assistenza domiciliare;
 - le persone le cui condizioni non presentavano alcun spazio riabilitativo e la cui destinazione è l'RSA;
 - le strutture quali la cardiologia e l'oncologia che richiedono raramente l'intermediazione del Servizio di Dimissioni Protette (di recente costituzione), in quanto storicamente autonome nella gestione della continuità ospedale-territorio;
- quindi la popolazione target risulta di 1191 (Grafico 1).

Tali persone coinvolte nello studio, sono un campione rappresentativo e generalizzabile in quanto:

- hanno le caratteristiche della popolazione teorica, cioè tutte le persone che necessitano di ricovero presso IDR;
- ha coinvolto reparti medici e chirurgici, generali e specialistici e specificamente: geriatria, chirurgia 1, chirurgia 3, clinica medica, medicina 2, chirurgia toracica, cardiologia, terapia intensiva neurochirurgica, neurochirurgia, neurologia, ginecologia chirurgica, malattie infettive, semintensiva pneumologia, pneumologia, traumatologia, stroke unit, urologia, medicina fisica e riabilitativa; quest'ultima struttura è sia reparto richiedente che struttura ricevente.
- l'apposito modulo di richiesta per IDR garantisce univocità di analisi da parte dei medici delle varie strutture.

Tale modulo, codificato SDP-MO-002, contiene informazioni sulle condizioni delle persone:

- dati anagrafici e concisa situazione sociale;
- motivo per cui si chiede il trasferimento o evento indice;
- se effettuato, che tipo di intervento chirurgico;
- comorbidità;
- terapie particolari quali ossigeno, radioterapia, chemioterapia, dialisi, presenza di sondino nasogastrico o gastrostomia endoscopica percutanea (PEG),
- condizioni di autonomia prima del ricovero: uscita di casa da solo, indipendente solo nell'ambito del domicilio, al domicilio si spostava con aiuto di una o più persone, in carrozzina o allettato;
- presenza di ulcere da pressione, e/o medicazione;
- indicazioni per la concessione del carico;
- condizioni attuali sulla:

- capacità comunicativa e collaborazione alla visita: "può comunicare sui problemi personali e/o su domande semplici, sufficientemente adeguato all'interlocutore, collabora alle manovre della visita", oppure "la comunicazione è molto compromessa o assente, non adeguato all'interlocutore, non collabora alla visita", ed infine "non contattabile" con indicato il punteggio della Glasgow Coma Scale
- alimentazione: indipendente, ha bisogno di aiuto, deve essere imboccato;
- trasferimenti letto-carrozzina: autonomo, necessario aiuto di una persona, dipendente da due persone, necessita di dispositivo elevatore;
- deambulazione: cammina da solo, cammina con aiuto, non cammina;
- data di dimissione prevista.

RISULTATI

La popolazione accessibile infine è quantificata in 1083 persone dato che per 108 (il 9%) non è stata indicata la data richiesta di dimissione (Grafico 1).

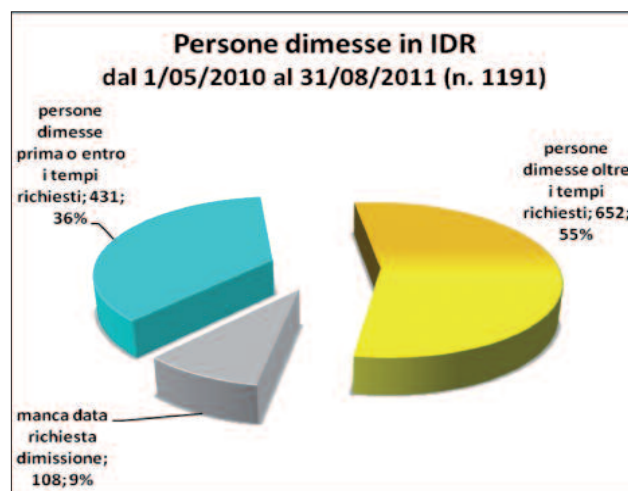


Grafico 1

Sono state indirizzate presso IDR, entro i tempi previsti, e a volte anche prima, 431 persone ovvero il 40% della popolazione accessibile (Grafico 2).

Gli assistiti residui, 652 persone, trascorrono in ospedale 7 giorni medi di attesa, con valore minimo di 1 e massimo di 75 giorni, per un totale di 4505 giornate di degenza potenzialmente incongrue.

Si procede all'analisi dei dati per verificare se è possibile ricorrere all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) in attesa della collocazione in IDR.

Sempre nel Grafico 2 è possibile visualizzare una stratificazione che diversifica in due fasce:

- gli assistiti dimessi oltre i tempi richiesti ma entro i

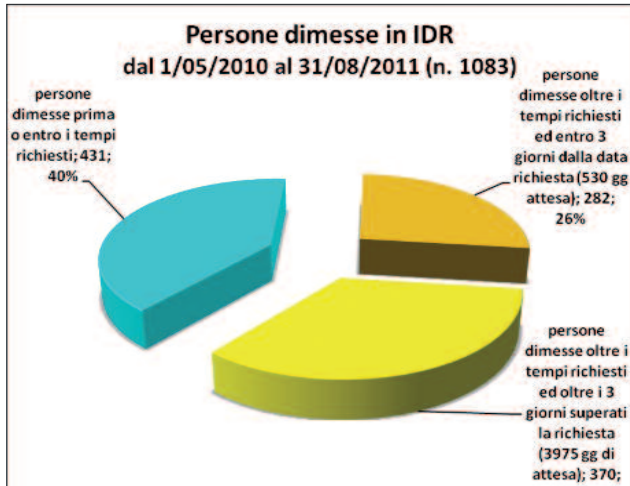


Grafico 2

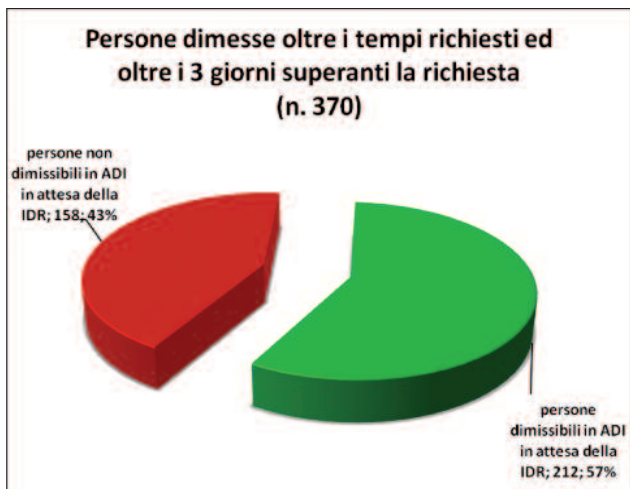


Grafico 3



Grafico 4

3 giorni superanti la data di richiesta stessa (282, a cui sono connessi 530 giorni di attesa);

- le persone dimesse oltre i 3 giorni superanti la data richiesta di dimissione (370 ma essi restano in ospedale per 3975 giorni).

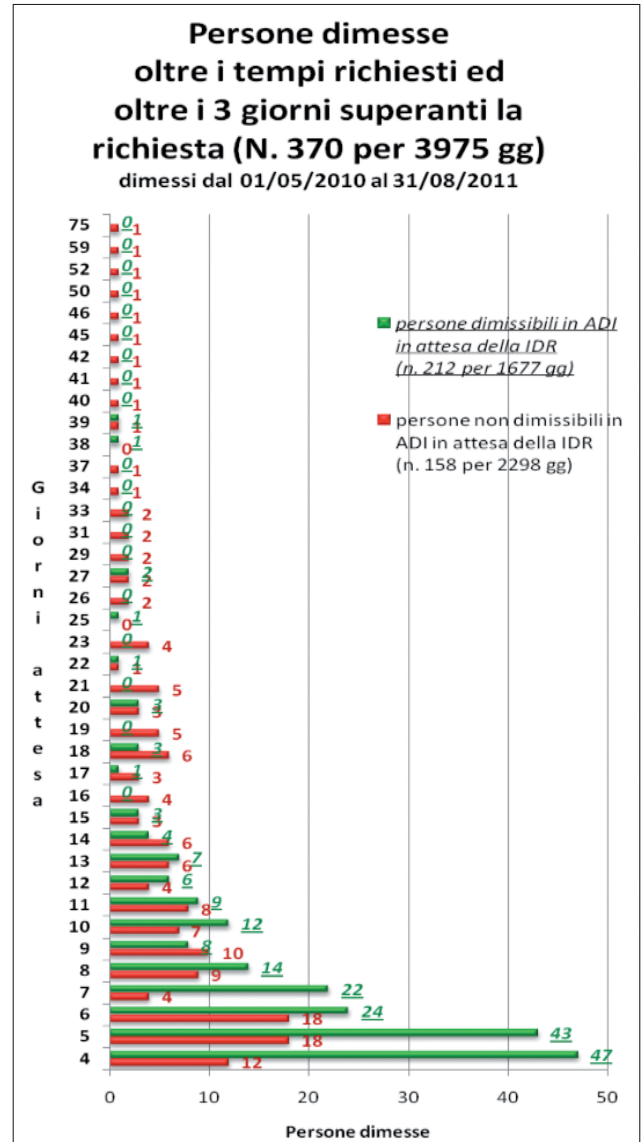


Grafico 5

Quest'ultima stratificazione è stata eseguita per i seguenti motivi:

- sono necessari 3 giorni per attivare un'ADI;
- la sua attivazione deve tenere conto di un'adeguato rapporto risorse e tempo di impiego;
- difficoltà oggettiva nel motivare i caregiver ad accogliere la persona al domicilio solamente da 1 a 3 giorni in attesa dell'IDR.

A questo punto sono state analizzate le pratiche delle 370 persone dimesse oltre i 3 giorni rispetto la data richiesta e sono stati suddivise in:

- dimissibili in ADI: 212 persone per 1677 giornate;
- non dimissibili in ADI: 158 persone per 2298 giornate (grafici 3 e 4).

Sono state valutate non dimissibili in ADI le persone:

- in condizioni cliniche non stabili, con riacutizzazioni o con insorgenza di complicazioni a parere del medico referente;

- con colonizzazioni o infezioni (clostridium, klebsiella, ecc.) già in trattamento antibiotico ma che necessitano di isolamento, motivo che induce gli IDR a non accettare il paziente;
- coma: il trasferimento avviene a svezamento concluso ma le infezioni intercorrenti son causa di blocco ai trasferimenti;
- degenti in Medicina Fisica e Riabilitativa in quanto le richieste vengono inoltrate con largo anticipo e non costituiscono un reale tempo di attesa incongruo;
- persone autonome prima del ricovero e dipendenti o parzialmente dipendenti alla dimissione, situazione in cui i caregiver rischiano di non usufruire di adeguato tempo per organizzarsi e gestire la nuova situazione.

Nel grafico 5 vengono stratificate le 370 persone in base alle rispettive giornate di degenza in più.

Le 212 persone in attesa di IDR e dimissibili in ADI si collocano prevalentemente in una fascia dai 4 ai 7 giorni di attesa.

Ulteriore stratificazione delle 158 persone non dimissibili in ADI, vede clinicamente stabili 141 persone, per 1795 giornate di degenza.

DISCUSSIONE

L'ipotesi di avvalersi maggiormente dell'assistenza domiciliare presenta delle criticità applicative che ne riducono sia il numero di persone che ne potrebbero usufruire che le connesse giornate inappropriate. Infatti solo 212 persone possono usufruirne con un risparmio di 1677 giornate di degenza ospedaliera, ma anche in questo caso è un'opzione che si rivela poco fruibile dati i tempi di attesa per particolari presidi quali letti articolati o superfici antidecubito.

Gli attuali modelli di strutture intermedie in Regione Lombardia non sono ricettive per queste tipologie di pazienti, ivi compresa la recente istituzione delle cure subacute.

Le 652 persone in attesa di IDR trascorrono mediamente 7 giorni in ospedale e generano 4505 giornate di ricovero ospedaliero che possiamo classificare come segue:

- inappropriate:

- le persone dimesse oltre i tempi richiesti ed entro 3 giorni dalla data richiesta, non dimissibili in ADI: 282 persone e 530 giornate;
- le persone dimesse oltre i tempi richiesti ed oltre i 3 giorni superanti la richiesta, tecnicamente dimissibili in ADI ma di dubbia appropriatezza ed economicità: 212 e 1677 giornate;
- quota delle 158 persone non dimissibili in ADI

ma clinicamente stabili: 141 persone e 1795 giornate di degenza;

tali persone potrebbero trovare collocazione in letti ad alta complessità infermieristica e riabilitativa e bassa intensità clinica;

- appropriate:

- la restante quota dei 158 pazienti non dimissibili ma con instabilità clinica: 17 persone e 503 giornate di degenza.

La gestione di letti ad alta complessità assistenziale e bassa intensità clinica può essere gestita proficuamente da infermieri. Oltre all'utilizzo congruo delle risorse diminuirebbero alcune segnalazioni relative alle dimissioni; infatti recentemente è stato aggiunto da Cittadinanza Attiva (2011), il monitoraggio delle dimissioni forzate, segno che questo problema è particolarmente sentito.

Tutto ciò nonostante il dato generale sull'assistenza territoriale mostri un numero di segnalazioni sostanzialmente invariato, dal 12,7 del 2009 al 11,5 del 2010 (Cittadinanza Attiva, 2011).

Infine va sottolineato, che l'intento è in linea con le indicazioni di Paesi che basano l'allocazione delle risorse sui bisogni di salute piuttosto che sulla domanda, mettendo in atto un'assistenza centrata sulla persona e non su singoli episodi di trattamento, attuando logiche e strumenti di assistenza primaria, con il risultato di migliori outcome di salute, minori disparità in termini sanitari e minori costi complessivi per la sanità (Osservatorio, 2011).

BIBLIOGRAFIA

- Cittadinanza Attiva. (2011). *Le dimissioni ospedaliere: cosa è utile sapere? Quali sono i nostri diritti?*. <http://www.cittadinanzattiva.it/notizie/salute/dimissioni-forzate.html>. Ultimo accesso 8-12-2011.
- Cittadinanza Attiva – Tribunale per i diritti del malato. (2011). *Cittadini e assistenza territoriale* (sintesi Rapporto Pit 2010). <http://www.cittadinanzattiva.it/aree-di-interesse/salute/205-assistenza-domiciliare-rsa.html>. Ultimo accesso 8-12-2011.
- Cittadinanza Attiva – Tribunale per i diritti del malato. (2011). *Diritti al taglio (XIV Rapporto Pit salute 2011)*. <http://www.cittadinanzattiva.it/form/salute/rapporto-pit.html>. Ultimo accesso 8-12-2011.
- Delibera Consiglio Regionale Regione Lombardia n. VII/462 del 13 marzo 2002. *Piano Socio sanitario Regionale 2002-2004*.
- Del Missier, S., Tedeschi, P. (2007). Lo sviluppo organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale: evoluzioni in corso e spunti dall'esperienza

- lombarda dei gruppi di cure primarie. *Mecosan*, 16(61), 83–108.
- International Council of Nurses (2008). Fornire qualità servendo la comunità: infermieri leaders nell'assistenza sanitaria primaria. *Professioni infermieristiche*, 61(3), 173–191.
- ISTAT. (2011) *Popolazione e famiglie, indicatori demografici*. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDDEMOG&Lang. Ultimo accesso 10-12-2011.
- ISTAT. (2011) *Salute e sanità, condizioni di salute, persone con presenza di alcune malattie croniche*. <http://dati.istat.it/>. Ultimo accesso 10-12-2011.
- ISTAT. (2011) *Salute e sanità, ricorso ai servizi sanitari, assistenza sanitaria di base*. <http://dati.istat.it/>. Ultimo accesso 10-12-2011.
- L'infermiere (2008). Dieci punti per lo sviluppo delle cure primarie. *L'infermiere*, 52(2), 4–6.
- L'infermiere (2008). La salute territoriale è ancora una sfida da vincere. *L'infermiere*, 52(1), 9–10.
- Ministero della Salute. (2008) *Cure primarie e casa della salute*. <http://www.salute.gov.it/curePrimarie/paginaInternaMenuCurePrimarie.jsp?id=827&lingua=italiano&menu=aggregazione>. Ultimo accesso 10-12-2011.
- Ministero della Salute. (2008) *Cure primarie e casa della salute*. <http://www.salute.gov.it/curePrimarie/paginaInternaMenuCurePrimarie.jsp?id=826&lingua=italiano&menu=cure>. Ultimo accesso 10-12-2011.
- Organizzazione mondiale della Sanità (OMS), WHO European Ministerial Conference on Health Systems (2008). La carta di Tallin: I Sistemi sanitari per la Salute ed il Benessere economico. Draft, 13 giugno 2008. *Professioni infermieristiche*, 61(3), 166–169.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. (2011). *Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane 2010*. Milano: Prex.
- Palese, A., Fisoli, L., Bertuzzo, M. (2006) Cure intermedie e Nurse Led clinics. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 25(1), 24–28.
- Regione Lombardia Sanità. (2010). *Nuove Reti Sanitarie*. <http://ftp.cefril.it/nrs/>. Ultimo accesso 10-12-2011.

