

Il paziente postacuto: significato di una definizione

Post-acute patient: what is the real meaning?

C. Volpe, F. Bassan, P. Bordin, D. Castellano, G. Treppo, V. Moretti *

UO Medicina (Direzione Sanitaria: F. Bassan), Ospedale di San Daniele del Friuli (UD), ASS n. 4 Medio Friuli

KEY WORDS

Post acute care unit
Intermediate care
Hospital utilization
evaluation protocol
Care complexity score
Octogenarians

Summary **AIM OF THE STUDY** The study is about Medicine ward inpatients in one acute hospital, before and after the implementation of the Post Acute Care Unit (PACU). Clinical parameters to be accepted in PACU and clinical and assistential needs are defined. **METHODS** The selection of patients relies on the absence of criteria for staying in acute hospital, as defined in the Hospital Utilization Evaluation Protocol (PRUO), and excluding patients with end stage tumors. The care burden is calculated applying the Care Complexity Score (CCS) at time of take in charge. We present data related to the first 100 consecutive patients managed in PACU, compared with those of Medicine staying obtained in 3 different days during the month antecedent the activation of PACU. **RESULTS** Among the in-patients in the medical ward, 17.3% can be managed in PACU. Compared to all in-patients, post acute population resulted older, with greater CCS and need of care support at discharge. The high number of deaths (24%) is due to patients with several end stage co-morbidities, which are very difficult to manage at home, with adequate tools. **CONCLUSIONS** Octogenarians who overcrowd acute-patient hospitals demonstrate increased care demands and may need a prolonged hospital stay to achieve clinical stabilization or functional independence after an acute event. This goal can be obtained in a specifically oriented hospital setting. The same area could also manage the end of life of patients with multiple co-morbidities, even if not with neoplastic disease.

Introduzione

L'ospedale è una struttura ad alto impatto economico. La politica sanitaria degli ultimi decenni identifica la sua funzione nella gestione dei pazienti acuti, introducendo il concetto di appropriatezza del ricovero, in un'ottica di efficienza e allocazione di risorse.

Di fronte alla politica di riduzione complessiva dei posti letto e di contrazione delle giornate di degenza, si assiste a un aumento notevole della vita media della popolazione e della sopravvivenza del malato cronico, con polipatologia. Questo andamento demografico aumenta l'afferenza all'ospedale, favorisce la crisi di risorse [1], crea un incremento esponenziale della spesa ospedaliera nell'ultimo anno di vita [2] con il dubbio che ciò non comporti miglioramento nella qualità delle fasi terminali della vita stessa.

L'ospedale d'altra parte è visto, nell'immaginario popolare italiano, come la sede appropriata per la gestione dei problemi di salute, acuti o meno, e anche di situazioni socioambientali di tipo non strettamente medico.

L'interferenza di tale insieme di fenomeni con il "sistema ospedale" nel suo complesso non è ancora stata valutata appieno. La struttura di Medicina, unica senza filtro per l'accoglimento, è la sede in cui si concentrano, oltre ai problemi medici, anche quelli psichiatrici, chirurgici o sociali, non suscettibili di immediata risoluzione.

Nell'ottica di ridistribuire le risorse umane e materiali a disposizione, per la gestione di tale popolazione di utenti, si vuole riorganizzare la fase di ricovero, differenziandone i livelli di assistenza.

Nell'Ospedale di San Daniele del Friuli (UD), si è intrapresa questa direzione nel corso del 2005, costituendo un'Area Post-Acuzie (*Post Acute Care Unit*, PACU) all'interno dell'Unità Operativa di Medicina.

Descriviamo le caratteristiche dei primi 100 pazienti gestiti in PACU, con particolare riferimento alle caratteristiche demografiche e alle necessità assistenziali, in confronto con quelle dei ricoveri ordinari.

Metodo

Strumenti

La selezione dei pazienti trasferibili in PACU avveniva tramite l'utilizzo della scheda n. 1, riportata in **Tab. 1**.

* Corrispondenza:

Carla Volpe, UO Medicina, Ospedale di San Daniele del Friuli, ASS n. 4 Medio Friuli, v.le Trento Trieste, 33038 San Daniele del Friuli (UD), e-mail: carla.volpe@ass4.sanita.fvg.it

Tabella 1 Caratteristiche cliniche del paziente trasferibile nell'Area Post-Acuzie (scheda n. 1)

N. letto	Nome	Parametri (non più di 2 volte al giorno)	Prelievi (non più di 2 volte la settimana)	Terapia parenterale semplice (infusione continua o in bolo)	Procedure diagnostiche o terapeutiche (non più di 1 volta la settimana)

La scheda prevede quattro punti che sintetizzano il concetto di “stabilizzazione clinica” e quello di appropriatezza della giornata di degenza, secondo il Protocollo di Revisione dell'Utilizzo dell'Ospedale (PRUO).

I punti sono:

- necessità di controllo dei parametri vitali e dello stato di vigilanza, per non più di 2 volte al dì;
- necessità di controlli di laboratorio non più di 2 volte la settimana;
- possibilità della terapia parenterale, ma senza necessità di monitoraggio ravvicinato;
- manovre diagnostiche o terapeutiche invasive non più di 1 volta la settimana.

I pazienti che soddisfano tutti e quattro i punti risultano in condizione di stabilizzazione clinica, mentre la loro giornata di ricovero, a questo punto, non risponde a criteri di “appropriatezza”, perciò vengono classificati “trasferibili”.

La scheda veniva compilata dal medico curante durante la visita giornaliera.

Le finalità dell'intervento infermieristico e la complessità delle azioni che ne derivano erano valutate tramite la rilevazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), come riportato in **Tab. 2**.

Vengono rilevate 11 attività infermieristiche, che costituiscono le attività assistenziali necessarie ad assicurare la

funzionalità dei principali apparati, le normali attività della vita quotidiana relative all'igiene, all'alimentazione, alle relazioni socioambientali, la terapia e le procedure diagnostiche **[3]**. Per ognuna è previsto un punteggio da 1 a 5, corrispondente a livelli crescenti di necessità di intervento. Tale intervento si può infatti limitare a indirizzare il paziente (1), peraltro autonomo, a guidare (2), sostenere (3), compensare (4), fino a sostituire (5) del tutto la funzione nel soggetto compromesso.

Le caselle annullate (Ø) indicano attività non sostituibili, come l'assicurare il sonno.

La somma dei punteggi esprime l'intensità di assistenza necessaria, per ogni singolo paziente (ICA individuale). I dati sintetizzano, da una parte, lo stato di gravità della compromissione d'organo e, dall'altra, l'entità della condizione di dipendenza del malato.

L'ICA viene considerato un indicatore del peso dell'assistenza infermieristica, relativo alla tipologia del gruppo di pazienti presi in considerazione **[4]**.

I punteggi variano da un valore minimo di 14 a un massimo di 53. Punteggi elevati esprimono la necessità di un impegno assistenziale crescente.

La scheda veniva compilata da un gruppo di infermieri specificamente formati, in base ai dati della cartella infermieristica, per i pazienti presenti alle ore 12 del giorno indice.

Tabella 2 Valutazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (scheda ICA)

Prestazioni		Livello 1 Indirizzare	Livello 2 Guidare	Livello 3 Sostenere	Livello 4 Compensare	Livello 5 Sostituire
Assicurare la respirazione	1-5					
Assicurare l'alimentazione	1-5					
Assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale	1-5					
Assicurare l'igiene	1-5					
Assicurare il movimento	1-4					Ø
Assicurare il riposo e il sonno	1-3				Ø	Ø
Assicurare la funzione cardiocircolatoria	1-5					
Garantire un ambiente sicuro	2, 5	Ø		Ø	Ø	
Assicurare l'interazione nella comunicazione	1-5					
Applicare le procedure terapeutiche	2, 3, 5	Ø			Ø	
Eseguire le procedure diagnostiche	2, 5	Ø		Ø	Ø	
Totale						

Le caselle annullate (Ø) indicano attività non sostituibili.

Indagine conoscitiva

Utilizzando le due schede, sono state condotte tre rilevazioni, in giorni diversi della settimana, per tutti i ricoverati, durante un singolo mese del 2005.

Dai soggetti trasferibili sono stati tolti i dimessi entro i 3 giorni successivi, per escluderli da un eventuale trasferimento, non opportuno data la brevità della successiva permanenza in ospedale. È stata applicata la scheda ICA a ogni soggetto presente in reparto nella mattinata.

I risultati sono espressi in percentuale di soggetti che ricadono nei quattro gradi diversi di intensità di assistenza: bassa da 14 a 29, media da 30 a 37, alta da 38 a 45, intensiva oltre 45.

Istituzione dell'Area Post-Acuzie

Nel secondo semestre del 2005 sono stati istituiti 6 letti di post-acuzie, collocati in 2 stanze da 3 letti, in un'area definita del reparto, in grado di accogliere non tutti, ma una quota dei pazienti valutati come trasferibili.

L'Area veniva gestita da un medico responsabile e da un infermiere dedicato: entrambi espletavano le funzioni nell'arco orario della mattinata, mantenendo comunque anche altre attività di reparto. Il restante personale di reparto prestava la propria opera anche in quest'Area, nell'ambito delle attività routinarie. Le valutazioni cliniche e il programma prospettico, clinico, assistenziale, riabilitativo venivano stilati in collaborazione durante la visita medica, in presenza di altre figure professionali, se indicato. Su tale base si attivava il colloquio con i parenti per scelte condivise relative alla fase successiva alla dimissione. Inoltre era previsto un contatto trisettimanale con i servizi territoriali al letto del malato per decisioni concordate sul futuro del

paziente stesso (attivazione delle cure intermedie/necessità assistenziali). Il medico di famiglia veniva contattato in casi selezionati. L'accesso all'Area era libero per parenti e conoscenti durante tutta la giornata e tali soggetti venivano istruiti sulla gestione delle nuove invalidità.

Dell'esperienza complessiva vengono riportati in questo lavoro gli elementi relativi ai dati demografici e alla scheda ICA, compilata nelle prime 48 ore dal trasferimento, dei primi 100 pazienti.

Risultati

Rilevazione sui ricoveri ordinari

La **Tab. 3** riassume i dati dell'indagine conoscitiva. Il totale dei pazienti valutati è 162, di cui 103 donne e 59 uomini. Nelle tre giornate della rilevazione, il numero di presenti nella mattinata risulta stabile, tra 52 e 55. L'indice di occupazione dei posti letto è superiore al 90%. Le donne sono in numero doppio rispetto agli uomini e di età media superiore.

Oltre un quarto dei ricoverati risulta trasferibile, ma, togliendo i dimessi entro tre giorni, la quota effettiva è del 17,3%, in numero assoluto tra 8 e 11.

Come si deduce dai dati della **Tab. 4**, più della metà dei soggetti abitualmente ricoverati in Medicina richiede alta e intensiva attività assistenziale (punteggi da 38 a 53), specificamente il 55% delle donne e i 54% degli uomini.

Ricoveri nell'Area Post-Acuzie

Le caratteristiche dei primi 100 pazienti sono riassunte nella **Tab. 5**. Il numero sostanzialmente sovrapponibile di

Tabella 3 Dati della rilevazione sui ricoveri ordinari

Rilevazione	I giorno (mercoledì)	II giorno (lunedì)	III giorno (sabato)	Totali
Ricoverati	52	55	55	162
Trasferibili nell'Area Post-Acuzie	13	15	19	47
% sui ricoverati	25	27,3	34,5	29,0
Dimessi entro 3 giorni	5	6	8	19
% dei trasferibili esclusi i dimessi entro 3 giorni	15,4	16,4	20	17,3

Tabella 4 Indice di complessità assistenziale dei pazienti ricoverati in medicina

Complessità assistenziale (punteggio)	Donne		Uomini		Donne + uomini	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Bassa (14-29)	24	23,3	20	33,9	44	27,8
Media (30-37)	22	21,4	7	11,9	29	17,3
Alta (38-45)	27	26,2	19	32,2	46	29,6
Intensiva (46-53)	30	29,1	13	22,0	43	25,3
Numero dei pazienti valutati	103		59		162	

N: numero assoluto.

donne e uomini dipende dalla struttura rigida delle stanze dedicate. L'età media è molto elevata, maggiore per le donne rispetto agli uomini. Una quota intorno al 35% è sottoposta a valutazione fisiatrica, per diversi obiettivi:

- riattivazione motoria dopo la fase di immobilità;
- definizione del livello di invalidità e delle necessità di trattamento e di presidi a domicilio;
- recupero funzionale dopo un danno.

La durata media della permanenza è di 13 giorni, superiore ai 10 giorni in regime ordinario e comunque aggiuntiva rispetto allo stesso. La quota di decessi è di 24 su 100. Dei viventi, 37 tornano al domicilio, 14 assistiti sul piano infermieristico e 19 sul piano assistenziale; 32 soggetti trovano collocazione in Residenza Sanitaria Assistenziale, 7 in casa di riposo. I dati sulla complessità assistenziale, valutata nelle 48 ore successive al trasferimento, sono riportati in **Tab. 6**. La popolazione si differenzia nettamente rispetto a quella in degenza ordinaria. Solo una quota minore si colloca nell'area di bassa e media necessità di assistenza: il 26,8% rispetto al 45,1% dei ricoveri ordinari.

Il 73,2% presenta ICA > 38. Ciò avviene nell'81,6% delle donne e nel 64% degli uomini. In sintesi, le donne che necessitano di ricovero protratto sono di età più avanzata e presentano un profilo di invalidità e cronicità tanto evoluto da configurare un'importante mancanza di autosufficienza.

Discussione

In base al nostro studio, la popolazione in ricovero ordinario in Medicina comprende una quota del 17,3% di soggetti gestibili in un'area a caratteristiche differenziate di assistenza, in quanto non necessita più di monitoraggio clinico intensivo, pur mantenendo necessità di controlli medici

ravvicinati, sostegno infermieristico per garantire le funzioni d'organo e l'espletamento delle attività quotidiane, riattivazione funzionale.

Dati epidemiologici riferiti agli anni Novanta dimostrano che, tra i ricoveri in posti letto per acuti, il 19,7% dei soggetti viene accolto per problemi subacuti e il 18,1% per problemi non acuti. Tali percentuali raddoppiano nelle successive giornate di permanenza in ospedale. L'età risulta fattore condizionante per l'inappropriatezza di ricovero in area per acuti [5].

La popolazione ricoverata nella nostra PACU è costituita da pazienti di età media decisamente elevata, superiore almeno di 6 anni rispetto a quella già alta di 72,5 dei ricoveri ordinari.

Hanno una mortalità intraospedaliera del 24%. Dei 76 dimessi in vita, solo 4 non necessitano di supporto assistenziale.

Le esigenze assistenziali sono peculiari, e si traducono in un ICA > 38 nel 73,2% dei casi. Un valore di ICA \geq 38 viene utilizzato per discriminare due livelli di assistenza. Il primo è il livello medio-basso, con punteggio da 14 a 37, che prevede un rapporto ottimale infermiere/malato di 1 a 10. Il secondo è quello intensivo, con punteggio \geq 38, in cui tale rapporto ottimale diventa di 1 a 2,5. Infatti si rendono indispensabili numerose attività sostitutive, paragonabili a quanto erogato in reparto subintensivo.

Nel nostro caso, però, i soggetti coinvolti, per definizione, non necessitano di controllo parametrico intensivo, né di trattamento o indagini diagnostiche invasive, quindi l'ICA è correlato essenzialmente al danno d'organo e allo stato di invalidità. Tale rilievo concorda con le caratteristiche della popolazione alla dimissione, quando solo un'infima minoranza non necessita di supporto infermieristico/assistenziale o di struttura protetta.

Tabella 5 Caratteristiche della popolazione ricoverata in Area Post-Acuzie

Ricoverati	Donne	Uomini	Totale
Numero	49	51	100
Età media (anni)	83,9	79,3	81,6
Degenza media (giorni)			13,0
Decessi	13	11	24
Dimissione di viventi	36	40	76

Tabella 6 Indice di complessità assistenziale: confronto tra i dati della rilevazione e i pazienti in Area Post-Acuzie

Complessità assistenziale (punteggio)	Rilevazione (%)	Area Post-Acuzie (%)
Bassa (14-29)	27,8	13,4
Media (30-37)	17,3	13,4
Alta (38-45)	29,6	34,0
Intensiva (46-53)	25,3	39,2
N dei valutati	162,0	97,0

N: numero assoluto.

Tali caratteristiche da sole descrivono una popolazione ben definita, costituita da grandi anziani che, dopo l'evento acuto, presentano difficoltà di stabilizzazione e ripresa, quindi richiedono maggior tempo di ricovero e attivazione di cure intermedie. L'aggravamento temporaneo o permanente di malattie croniche e invalidità pregresse determina le rilevanti esigenze assistenziali, quantificate dal nostro studio, e la conseguente difficoltà nell'attivare un'assistenza extraospedaliera appropriata. Alcuni dati concordano con quanto descritto per gli ottuagenari della Mayo Clinic, dopo il ricovero in unità di cura intensiva: la permanenza in ospedale è più lunga, la dimissione in istituzione raggiunge il 35% e il decesso intra ed extraospedaliero precoce è più frequente rispetto ai pazienti più giovani [6]. Inoltre l'ospedalizzazione tradizionale rischia di tradursi in indagini e procedure invasive di dubbia efficacia. Il 39% dei soggetti nelle fasi terminali della vita viene ricoverato in terapia intensiva. Ciò porta a una concentrazione della spesa sanitaria individuale nell'ultimo anno di vita, per il 40% addirittura nell'ultimo mese, senza che questo si traduca in miglioramento della qualità di vita [2]. Diversi studi confermano l'ipotesi che una gestione organizzativa dedicata comporti una migliore risoluzione delle esigenze complessive di tali soggetti, riducendo gli esami inutili ma consentendo uno standard terapeutico adeguato e una maggiore autonomia a distanza [7,8].

Queste soluzioni non si traducono automaticamente in una riduzione dei costi economici. Un'analisi, effettuata in contesti di cure intermedie, come i reparti a gestione infermieristica della Gran Bretagna, riporta i seguenti risultati: costi elevati e tempi di degenza più lunghi [9]. D'altra parte, una metanalisi di 10 studi sull'argomento testimonia un migliore stato funzionale alle dimissioni, un minore ricorso al collocamento in istituzione e una riduzione dei ricoveri ripetuti [10].

È presumibile, quindi, che un trattamento in ambiente protetto e specializzato favorisca la stabilizzazione clinica e permetta un iniziale recupero di autonomia, quando possibile, e una collocazione nell'ambiente più idoneo, dopo la dimissione.

Conclusioni

La popolazione di grandi anziani o malati polipatologici, ricoverata ogni giorno nei reparti di Medicina, costituisce una percentuale di rilievo delle presenze quotidiane.

Il prolungamento dei tempi di degenza, ben oltre i parametri costruiti per il malato acuto "ideale", è una conseguenza della difficoltà di stabilizzare questa tipologia di pazienti e della necessità di attivare le cure intermedie e l'assistenza domiciliare. Le strutture territoriali prevedono un'attivazione programmata, quindi tempi più lunghi, e intervengono solo dopo stabilizzazione clinica consolidata. Come conseguenza, all'ospedale non è consentito il rispetto dei criteri di appropriatezza del ricovero e dei tempi medi di degenza in relazione alla patologia.

In un'ottica di allocazione di risorse limitate, l'istituzione di aree specializzate per malati postacuti può consentire una migliore gestione della patologia e dell'invalidità di una popolazione di grandi anziani. Rispetto al ricovero ordinario, tale struttura organizzativa non comporta automaticamente una riduzione di spesa, ma può consentire una maggiore autonomia alle dimissioni e un minore ricorso all'istituzionalizzazione protratta.

Su questo tema vi è un dibattito aperto e non risolto a livello internazionale, data la difficoltà di valutare costi e benefici relativi alla gestione della cronicità evoluta [8].

I parametri di efficacia tradizionali (mortalità, giornate medie di degenza) forniscono una fotografia molto parziale di tale realtà, mentre risulta difficile raggiungere evidenze statistiche su condizioni più generali quali il livello di indipendenza motoria e cognitiva o il livello di "peso" sulle persone di supporto domestico.

Dati concreti come quelli qui presentati costituiscono comunque elementi essenziali per una programmazione realistica dell'offerta, a livello ospedaliero, mentre è auspicabile che la politica sanitaria renda espliciti gli obiettivi di salute per cui operare scelte coerenti.

Bibliografia

- [1] Irwin RS, Marcus L, Lever A. The critical care professional societies address the critical care crisis in the United States. *Chest* 2004;125(4):1512-3.
- [2] Wood KA, Marik PE. ICU care at the end of life. *Chest* 2004; 126(5):1403-6.
- [3] Cavaliere B, Snaidero D. Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. *Management Infermieristico* 1999;1:32-5.
- [4] Pettinà G, Seghieri G, Monfardini M, et al. Il rilevamento dell'indice di complessità per la definizione di elevata intensità di cura in Medicina Interna. *GIMI* 2005;4(2):64-8.
- [5] Flintoft VF, Williams JI, Williams RC, Basinski AS, Blackstien-Hirsch P, Naylor CD. The need for acute, subacute and nonacute care at 105 general hospital sites in Ontario. Joint Policy and Planning Committee Non-Acute Hospitalization Project Working Group. *CMAJ* 1998;158(10):1289-96.
- [6] Rady MY, Johnson DJ. Hospital discharge to care facility: a patient-centered outcome for the evaluation of intensive care for octogenarians. *Chest* 2004;126(5):1583-91.
- [7] Steiner A, Walsh B, Pickering RM, et al. Therapeutic nursing or unblocking beds? A randomised controlled trial of a post-acute intermediate care unit. *BMJ* 2001;322(7284):453-60.
- [8] Green J, Young J, Forster A, et al. Effects of locality based community hospital care on independence in older people needing rehabilitation: randomised controlled trial. *BMJ* 2005;331(7512):317-22.
- [9] Walsh B, Steiner A, Pickering RM, Ward-Basu J. Economic evaluation of nurse led intermediate care versus standard care for post-acute medical patients: cost minimisation analysis of data from a randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330(7493):699.
- [10] Cullum N, Spilsbury K, Richardson G. Nurse led care. *BMJ* 2005;330(7493):682-3.