



disponibile su www.sciencedirect.com



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



ARTICOLO ORIGINALE

La dimissione del paziente anziano fragile con complessità assistenziale: un problema o una sfida?

Hospital discharge of frail, elderly patients with complex care needs: a problem or a challenge?

Elisabetta Silingardi^{a,*}, Denise Lombardi^a, Antonio Balotta^b

^a UO Anziani e Disabili Fisici e Sensoriali (Direttore ad interim: Dr.ssa Elisabetta Silingardi), Azienda USL Rimini

^b UO Geriatria (Direttore: Dr Carlo Sozzi), Ospedale Bufalini, Azienda USL Cesena

Ricevuto il 9 dicembre 2010; accettato il 28 gennaio 2011
disponibile online il 14 aprile 2011

KEYWORDS

Hospital discharge;
Frail elderly patients;
Intermediate care.

Summary

Introduction: The increase in patients with chronic disease that require on-going care is creating difficulties for the public health system, which have prompted recent attempts to remodel the system with a generalized reduction in the number of hospital beds and the implementation of services designed to promote home health care. Intermediate care is an opportunity to support timely discharge from acute-care facilities and promote functional recovery, but its efficacy requires a strong, complete and comprehensive assessment to ensure appropriate admission.

Materials and methods: The *Care Continuity Service* of Rimini is a multiprofessional team that supplies support and counselling for acute hospital wards and training for nursing and medical professionals to develop their assessment skills.

Results: A questionnaire filled out by the staff of acute-care internal medicine wards in the Greater Romagna Area has revealed ambiguities in the use of terms like “social” and “complex care needs.” It also documents difficulties in the early identification of patients likely to experience problems if they are discharged from the hospital directly to their homes.

Discussion: To ensure prompt identification of these patients, we must identify/develop a screening instrument or clinical-functional method that can be used in acute-care hospital wards to plan discharges. The aims of intermediate care are to reduce hospital stays and improve continuity of care, but specific know-how and expertise are needed if these goals are to be met. Specific staff training programs and a patient-centred model are essential to ensure an acceptable cost-benefit ratio.

© 2011 Elsevier Srl. All rights reserved.

* Corrispondenza: UO Anziani e Disabili Fisici e Sensoriali, via Coriano 38 - 47900 Rimini.
E-mail: esilingardi@auslrn.net (E. Silingardi).

Introduzione

La rimodulazione dell'organizzazione dei servizi sociosanitari negli ultimi decenni scaturisce dalla necessità di garantire la sostenibilità economica del welfare state a fronte del progressivo aumento di un'utenza portatrice di patologia cronica, e quindi con un elevato bisogno di cura, che richiede peraltro risposte sanitarie e sociali integrate tra loro. Si è pertanto assistito a una contrazione dei posti letto e delle giornate di degenza nell'area ospedaliera e, viceversa, a uno sforzo di implementazione dei servizi a sostegno della domiciliarità nell'area territoriale. L'istituzione, nella nostra Regione, del "Fondo regionale per la non autosufficienza" rientra in una di queste iniziative.

Il dialogo tra le due aree non è sempre agevole, in quanto all'ospedale sono attribuite spesso un'eccessiva urgenza dimissoria e una scarsa capacità di lettura della sostenibilità della domiciliazione, al territorio tempi spesso non allineati ai ritmi ospedalieri e una cultura ancora troppo prestazionale e, quindi, non in grado di effettuare una vera presa in carico del paziente.

In tale scenario si inserisce, a partire dagli anni Novanta, un'area variamente definita come "intermediate care", "transitional care", "area della post-acuzie", "strutture intermedie", a volte anche con significati confusivi, che si vuole comunque principalmente caratterizzare come un'area "di cerniera" tra ospedale e domicilio [1,2].

La letteratura è concorde nell'individuare nel governo dell'accesso alle cure intermedie il nodo cruciale per garantirne l'efficacia. In altre parole solo la giusta cura, nel posto giusto e nei tempi opportuni è garanzia dell'efficacia del percorso di continuità assistenziale, inteso come presa in carico globale del soggetto rispetto a un percorso ininterrotto che fornisca risposte appropriate ai diversi bisogni assistenziali, nel delicato passaggio da un contesto di cura all'altro [3]. Quindi: garanzia di appropriatezza attraverso un processo valutativo robusto, completo, competente e con carattere di multidimensionalità.

Se è assodato che la valutazione multidimensionale è lo strumento cardine a garanzia dell'appropriatezza per l'accesso alle cure intermedie [4], non è ancora del tutto

definito a chi competa tale funzione valutativa, se debba cioè essere di competenza di un'unità valutativa esterna, oppure se si possa optare per una valutazione multidimensionale autogestita da parte dei professionisti delle Unità Operative (UO) per acuti.

Iniziano tuttavia a esservi evidenze a sostegno dell'idea che una stretta collaborazione tra medici e infermieri all'interno delle UO migliori i processi assistenziali [5,6].

Il Nucleo Operativo Aziendale per la Continuità Assistenziale di Rimini

Nell'esperienza riminese, il Nucleo Operativo Aziendale per la Continuità Assistenziale (NOA) viene costituito nel 2008 con l'obiettivo primario del supporto e della formazione per le UO ospedaliere.

Costituito da un team multiprofessionale – formato da un medico geriatra, un coordinatore infermieristico, un assistente sociale, un responsabile delle attività assistenziali – è situato all'interno del principale presidio ospedaliero della provincia di Rimini, ma dipende dal Dipartimento di Cure Primarie.

Svolge un ruolo centrale di snodo tra ospedale, strutture intermedie e domicilio, intrecciando rapporti molto stretti con il Punto Unico di Accesso alle Cure Domiciliari.

Di fatto, accentra in un unico servizio le funzioni di gestione delle graduatorie per l'accesso alle strutture intermedie, di valutazione diretta per i casi più complessi, ma, soprattutto, di formazione sul campo per l'acquisizione di competenze valutative da parte dei professionisti delle UO ospedaliere, con la finalità di promuovere appropriatezza di allocazione e di progetto (fig. 1).

I dati relativi a 2 anni e mezzo di attività sono indicativi di un progressivo miglioramento dell'appropriatezza delle segnalazioni. Questo si evince sia da una significativa riduzione delle richieste multiple per strutture intermedie (maggiore appropriatezza allocativa), sia da una lenta ma progressiva riduzione delle segnalazioni in tempi incongrui (inferiori a 3 giorni) per le domiciliazioni protette con attivazione del Punto Unico per le Cure Domiciliari (tabella 1).

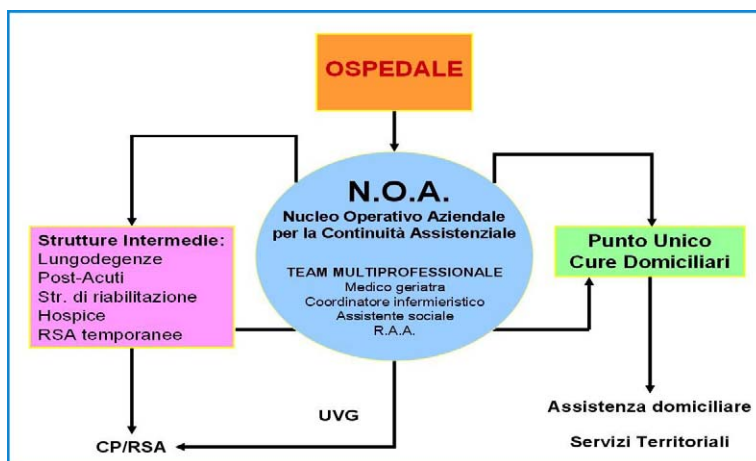


Figura 1 Struttura del Nucleo Operativo Aziendale per la Continuità Assistenziale (NOA) di Rimini.

Tabella 1 Dati di attività del NOA di Rimini.

	Richieste di trasferimento a strutture intermedie	Trasferimenti effettivi	Richieste annullate	Richieste multiple	Tempi medi di attesa (giorni)
Anno 2008	2.561	1.869	27,0%	Aprile-luglio 15,5% 9%	5,10
Anno 2009	2.739	2.004	27,0%	6%	4,78
Anno 2010 (primi 6 mesi)	1.533	1.125	25,7%	5%	3,93
	Domiciliazioni protette		Tempi di segnalazione <3 giorni		
Anno 2008	1.586		56%		
Anno 2008	1.674		47% (differibili = 10,3% = 37%		
Anno 2008 (primi 6 mesi)	926		50% (differibili = 22,9% = 27%		

La gestione delle dimissioni difficili e le UO di Medicina Interna dell'Area Vasta Romagna

Un questionario diffuso nei primi mesi del 2010, per iniziativa del coordinatore delle UO di Medicina Interna dell'Area Vasta Romagna, in collaborazione con il NOA di Rimini, evidenzia altri elementi di rilievo: per esempio, i tempi medi di attesa dichiarati per accedere alle strutture intermedie sono di 5-7 giorni nel 58% dei casi e superiori a 7 giorni nel 21% dei casi. Tali tempi vengono giudicati globalmente (75%) non congrui alle esigenze dimissorie delle UO di Medicina Interna.

Se, tuttavia, si chiede quale strumento venga impiegato per l'individuazione di una possibile difficoltà dimissoria, il 36% delle UO dichiara di non utilizzare alcuno strumento e il 64% dichiara di applicare scale autoprodotte: di fatto, si tratta di strumenti non omogenei e non validati. Questo dato, di conseguenza, induce a chiedersi se esista, all'interno delle UO per acuti, una reale capacità di intercettazione precoce dei pazienti a verosimile difficoltà dimissoria.

Alla domanda, poi, su quale sia il fattore che influenza maggiormente la possibilità di domiciliazione, solo il 21% delle UO lo identifica nella complessità clinico-assistenziale, mentre ben il 79% risponde che è da individuare in una situazione di fragilità sociale. Tuttavia dai dati di letteratura emerge, al contrario, che il cosiddetto fenomeno dei "bed blockers" è determinato prevalentemente da problematiche cliniche, da sintomatologia correlata a delirio o demenza, da perdita di autonomia funzionale rispetto alla situazione pre-ricovero o, ancora, da problematiche associate a un elevato carico assistenziale [7-9].

Anche il fenomeno dei "frequent users" – a eccezione di una fascia d'età compresa tra 25 e 44 anni, portatrice di

patologia mentale con problematiche abitative ed economiche spesso associate – è prevalentemente determinato da soggetti ultrasessantacinquenni portatori di patologie croniche, per i quali l'accesso ai Dipartimenti di Emergenza si traduce nella maggior parte dei casi in ricoveri ospedalieri. Si tratterebbe, in generale, di soggetti più malati, che utilizzano di più, globalmente, tutti i servizi sanitari, sia dei Dipartimenti di Emergenza sia territoriali [10-15].

Infine, rispetto alla tipologia delle strutture intermedie presenti nell'Area Vasta Romagna, lo scenario è alquanto diversificato e comprende lungodegenze, post-acuzie a gestione infermieristica, residenze sanitarie assistenziali temporanee, hospice, strutture di riabilitazione estensiva; non in tutte le aziende, però, vi è una distribuzione omogenea in quanto, per esempio nel Cesenate, sono grandemente rappresentate le lungodegenze, a scapito delle altre tipologie. In quasi in tutte le aziende, viceversa, sono previsti posti letto di riabilitazione estensiva, anche all'interno di lungodegenze e post-acuzie a gestione infermieristica (fig. 2).

Conclusioni

I dati di questa indagine pongono in evidenza l'uso spesso confusivo del termine "sociale" da parte dei professionisti ospedalieri, che spesso identificano una problematicità di elevato carico assistenziale, secondaria peraltro a patologia organica, con una carenza di rete familiare o con una criticità abitativa e/o economica.

Ancora aperto è il tema relativo a chi competa la valutazione per l'individuazione precoce dei pazienti a difficoltà dimissoria, e se sia un problema di *strumento* o di *metodo*,

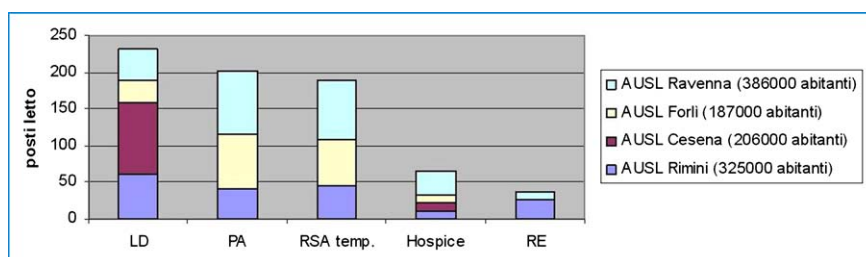


Figura 2 Strutture intermedie dell'Area Vasta Romagna.

anche se dalla letteratura si evince un valore aggiunto offerto dalla collaborazione tra professionisti medici e infermieri [5,6] nel contribuire, ognuno per le proprie competenze, alla pianificazione della dimissione intesa non come evento, ma come processo.

Nello specifico riteniamo che l'appropriatezza nell'individuazione del progetto/percorso più idoneo non possa prescindere da una diagnosi/prognosi clinico-funzionale di competenza medica, che deve integrarsi con una diagnosi assistenziale di competenza infermieristica.

Anche gli aspetti sociali, qualora non particolarmente complessi e quindi di pertinenza dell'assistente sociale, devono essere integrati nella valutazione medico-infermieristica effettuata all'ingresso o, comunque, il più precocemente possibile.

In questo senso è paradigmatico l'esempio rappresentato dall'anziano con frattura di femore per il quale, se non viene effettuata a monte una precisa valutazione clinico-funzionale delle autonomie antecedenti l'evento fratturativo, si rischia di programmare un lungo percorso in vari setting assistenziali che, pur appropriati in linea teorica, nel caso specifico non saranno apportatori di alcun beneficio aggiuntivo. Se infatti, per esempio, la motricità era pesantemente compromessa già prima dell'evento fratturativo e vi è un contesto familiare adeguato, la soluzione dimissoria più appropriata si traduce, com'è ovvio, in una domiciliazione con prescrizione di idonei ausili, anziché nel perseguimento di percorsi riabilitativi fallimentari. Il tema, pertanto, si incentra sullo sviluppo di una capacità di *massima anticipazione prognostica*, che necessariamente si gioca su una valutazione precoce dei tre domini (clinico, funzionale, sociale) e sull'individuazione dell'eziologia della disabilità.

Risulta difficile pensare che ciò si possa effettuare attraverso una semplice check-list o il cut-off di una scala di valutazione, in quanto appare più intrinsecamente parte di una *metodologia anamnestica* che dovrebbe, di fatto, essere acquisita e praticata da tutti i professionisti che si occupano di pazienti anziani portatori di patologie croniche.

Cruciale è poi, a prescindere da eventuali appropriate diversificazioni e specializzazioni, pensare alle strutture intermedie come a un modello unitario per specificità metodologica e organizzativa, in modo da evitare il facile errore di riprodurre una sorta di fotocopia di un reparto per acuti a minore intensità sanitaria.

La loro efficacia è salvaguardata esclusivamente da un modello che ne garantisca la separatezza ambientale e funzionale dall'area di degenza ordinaria, con un'autonomia di staff che operi con obiettivi non esclusivamente clinici ma più spesso funzionali, con forte tensione riabilitativa e capacità di utilizzo di tutte le risorse, anche informali, per la promozione del recupero delle massime autonomie possibili. Un modello assistenziale, quindi, basato sul lavoro in team e sulla figura dell'infermiere case-manager, sull'adozione del Piano Assistenziale Individualizzato, su forti connessioni con i servizi sociali e i servizi territoriali, e su forti competenze rivolte al "processo dimissione", con particolare attenzione all'addestramento dei caregiver [16–19].

Infine, pur essendo la domiciliazione la soluzione più conveniente, in termini sia di risposta personalizzata ai bisogni della persona sia di impiego delle risorse, essa non è tuttavia perseguibile senza la motivazione della famiglia.

Verosimilmente i cambiamenti culturali e del tessuto sociale ci porteranno, nei prossimi anni, a percorrere sempre più la strada dell'istituzionalizzazione che, per essere economicamente sostenibile, non potrà prescindere da scelte di programmazione sociosanitaria che dovranno ricercare soluzioni sempre più flessibili, innovative e integrate.

Conflitto di interesse

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] Mion L, Odegard PS, Resnick B, Segal-Galan F, Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group, American Geriatrics Society. Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatrics Society position statement. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(5):849–52.
- [2] Holland DE, Harris MR. Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: clarifying concepts and terms from the hospital perspective. *Home Health Care Serv Q* 2007;26(4):3–19.
- [3] Department of Health. Discharge from Hospital: Pathway, process and practice. 2003. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4116525.pdf.
- [4] Department of Health. National Service Framework for older people. Intermediate Care Moving Forward. 2002. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065694.pdf.
- [5] Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD000072.
- [6] Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000072.
- [7] de Bey JS, Huijsman R, van der Cammen TJ. Delayed discharge of older patients from the Department of Geriatric Medicine of the Erasmus Medical Centre and factors affecting the length of stay; July 2001–June 2002. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148(49):2438–42.
- [8] Jasinarachchi KH, Ibrahim IR, Keegan BC, Mathialagan R, McGourty JC, Phillips JR, et al. Delayed transfer of care from NHS secondary care to primary care in England: its determinants, effect on hospital bed days, prevalence of acute medical conditions and deaths during delay, in older adults aged 65 years and over. *BMC Geriatr* 2009;9:4.
- [9] McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy* 2000;53(3):157–84.
- [10] Raymont V, Bingley W, Buchanan A, David AS, Hayward P, Wessely S, et al. Prevalence of mental incapacity in medical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. *Lancet* 2004;364(9443):1421–7.
- [11] LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med* 2010;56(1):42–8.
- [12] Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* 2006;48(1):1–8.
- [13] Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high

- use of other health care services. *Ann Emerg Med* 2001; 37(6):561–7.
- [14] Fuda KK, Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Ann Emerg Med* 2006; 48(1):9–16.
- [15] Pope D, Fernandes CM, Bouthillette F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *CMAJ* 2000;162(7):1017–20.
- [16] Salsi A, Calogero P. Le cure intermedie. *It J Med* 2010;4(4): 57–62.
- [17] Ploch T, Delnoij DM, van der Kruk TF, Janmaat TA, Klazinga NS. Intermediate care: for better or worse? Process evaluation of an intermediate care model between a university hospital and a residential home. *BMC Health Serv Res* 2005;5:38.
- [18] Naylor MD, Broton D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281(7):613–20.
- [19] Carroll A, Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. *Br J Nurs* 2007;16(14):882–6.