Item 25

La dimissione ospedaliera: per essere sicura ed efficace richiede comunicazione precisa e con mezzi adeguati, descrizione dettagliata del piano terapeutico, evitando incomprensioni con il setting che riceve l' anziano dimesso; il setting deve essere il più adatto alle esigenze del malato.

La Geriatria propone come metodologia gestionale la continuità curativo-assistenziale dell' anziano soprattutto se fragile e che necessità di cure a lungo termine o LTC. La realtà dei tanti servizi sanitari regionali è poco rassicurante da questo punto di vista: ospedale e cure territoriali appartengono a due mondi che non collaborano (si parla di silos ermeticamente separati). Le iniziative per realizzare un'efficiente gestione delle cure continue sono divers, ma il loro trasferimento alla pratica clinica è lento e incompleto anche se l' anziano accede al pronto soccorso degli ospedali con grande frequenza ed è più probabile il suo ricovero conseguente. Considerando la mortalità (su 263746 pazienti) degli anziani (> 65 anni) ospedalizzati per malattie comuni è stato osservato in Olanda che la mortalità intraospedaliera è diminuita nettamente dal 2000 al 2009, mentre quella dalla dimissione a 30 giorni dopo rimane immodificata.

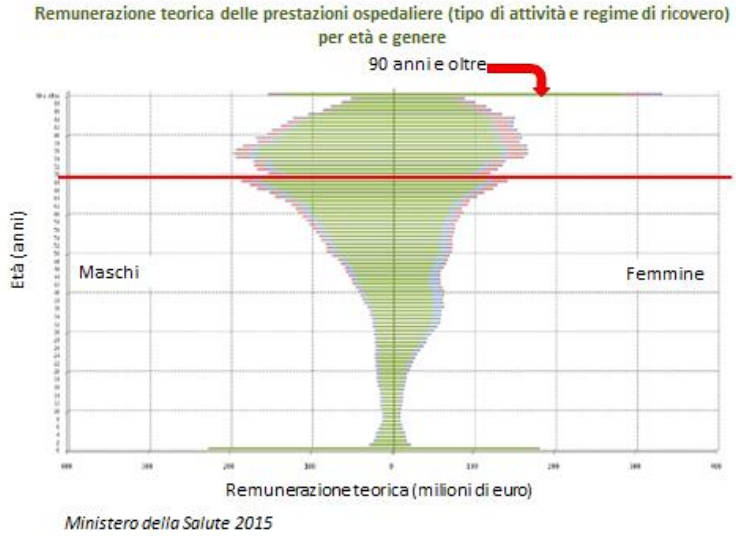
Quindi il problema più importante da affrontare sono le cure e l' assistenza alla dimissione e nel periodo postacuzie che riguardano pazienti complessi perché oltre alla multipatologia hanno problemi sociali e mentali ; nei piani della sanità nazionale si fa riferimento ai PDTA (piani diagnostico terapeutici assistenziali) per le singole malattie che riguada le cure territoriali: un buon parametro di efficienza è il tasso di re-ospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione; è questo un evento frequente che, oltre a ridurre la qualità dell'assistenza, determina spreco di risorse economiche; è anche un criterio per valutare la qualità del sistema sanitario.

Si parla di <u>medicina di transizione</u> che realizza la continuità delle cure nei diversi setting della sanità; l' ospedale dovrebbe fungere con il suo pronto soccorso da hub (vedi figura)

E' fondamentale che nei vari setting disponibili si utilizzino strumenti di valutazione simili e compatibili (valutazione multidimensionale geriatrica) e che le rilevazioni di vario tipo siano

memorizzati e raccolti su uno strumento informatico come la cartella clinica informatizzata accessibile agli operatori di ogni setting; la telemedicina ha ragionevole applicazione in questo settore della medicina geriatrica.

Si continua ad ignorare che gli anziani (>65 anni) occupano almeno la metà delle giornate di ricovero ospedaliero (vedi figura) ;



.

La dimissione dei pazienti anziani con multipatologia, variabile disabilità è influenzata anche dalla degenza ospedaliera a volta protratta, “fragili”; a parte la situazione di bed blockers (vedi oltre) la degenza concorre a realizzare la necessaria “continuità assistenziale". La dimissione a volte definita “protetta” appresenta il momento in cui viene assicurata un’attenta valutazione clinico-assistenziale del malato stesso e sono predisposte le operazioni necessarie, anche dal punto di vista gestionale, organizzativo e informativo, per un appropriato trasferimento della presa in carico ad altri operatori realizzando un sistema multiprofessionale, integrato. La dimissione e i suoi problemi devono essere comunicati con largo anticipo ai parenti/caregiver e al setting che dovrà accogliere il paziente anziano per continuare il piano delle cure e realizzare il recupero del malato alla autonomia. In alcuni casi si deve attuare la dimissione “protetta” che nelle regioni italiani è stata realizzata con variabile qualità http://www.projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Percorsi-di-dimissioni-ospedaliere-protette-nelle-Regioni-Italiane-Le-buone-prassi.pdf . Alcuni dettagli sono in : http://www.insielmercato.it/it/news/mettere-il-paziente-al-centro-la-dimissione-protetta: l’ obiettivo è sempre quello di realizzare la continuità assistenziale e curativa del malato che al centro delle iniziative multidisciplinari.

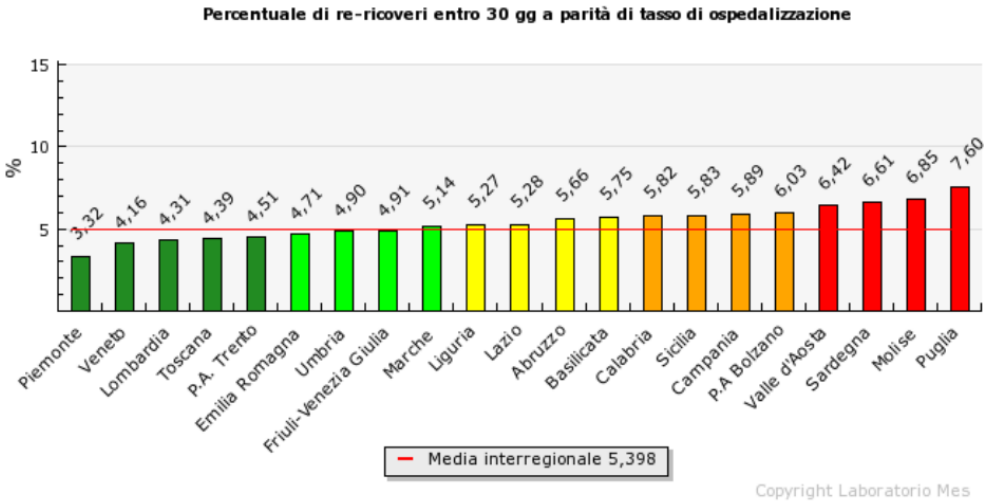
La cartella clinica ospedaliera del paziente anziano deve contenere elementi della valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) per essere esauriente anche per quanto riguarda i bisogni dell’ anziano che se non soddisfatti rendono più probabile il ricovero ripetuto del malato.

Si è già parlato dei problemi provocati dalla ospedalizzazione dell’ anziano: di questi si dovrà tener conto alla dimissione per ottenere il massimo recupero. Solo puntando alla continuità si può realizzare una **LTC** o *long-term care* efficace e utile al malato. Non raramente il paziente è dimesso dopo che dalla unità operativa di acuzie l’ anziano è stato

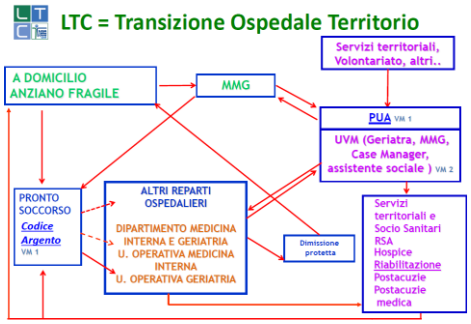
preso in carico dalla lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, area di degenza a metà tra l'intensità delle cure ospedaliere e la presa in carico a domicilio o nelle strutture residenziali territoriali: essa prevede un'alta intensità di cure infermieristiche e riabilitative soprattutto nel caso della P.A.G.(postacuzie geriatrica); in questa è necessaria una integrazione tra i professionisti e le strutture sanitarie e socio sanitarie; si tende anche al coinvolgimento del caregiver o della badante che dovrà concorrere ad assicurare continuità nella realizzazione del piano di cura e di assistenza.

Alla dimissione ospedaliera è compilata la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) fondamentale strumento di raccolta delle informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in tutto il territorio nazionale; nata per finalità amministrative del setting ospedaliero, la SDO, grazie alle tante informazioni cliniche, è anche un irrinunciabile strumento per analisi ed elaborazioni, che spaziano dagli ambiti a supporto dell'attività di programmazione sanitaria al monitoraggio dell'erogazione dell'assistenza ospedaliera e dei Livelli Essenziali di Assistenza, all'impiego per analisi proxy degli altri livelli di assistenza nonché per analisi di carattere più propriamente clinico-epidemiologico e di esito; infatti la banca dati SDO è un elemento fondamentale del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Il paziente anziano dimesso necessita di istruzioni chiare e di riferimenti qualificati per evitare la cosiddetta sindrome della porta girevole, molto costosa non solo economicamente, ma anche per la qualità della vita e la sicurezza del malato; per esempio in Italia si fanno 4200000 interventi e che 160000 pazienti devono ricorrere ad un nuovo ricovero entro 30 giorni dall'intervento. Per quanto riguarda le singole patologie - perché sono queste le condizioni rintracciabili nel database delle SDO - lo scompenso cardiaco è al primo posto fra le cause di ricovero ripetuto a 30 giorni; nello studio Ministero-scuola superiore S.Anna il tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100000 residenti di 50-75 anni (!) è stato valutato (anno 2008) risultando variabile da 156 della Valle d'Aosta a 494 della Calabria): questo parametro può essere considerato indice di efficacia assistenziale per quella patologia. La figura che segue (Scuola superiore S.Anna) riporta la percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per la stessa MDC (Major diagnostic category) – dati del 2008 - corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari per acuti nazionali (nelle valutazioni riportate sono esclusi i pazienti psichiatrici e naturalmente i trasferimenti).



La realtà della possibile LTC in Italia (da Landi F) è ben descritta nella figura che segue dalla quale emergono i tanti e troppi attori che interagiscono senza disporre con certezza di sistemi di comunicazione idonei e veloci; si dice che ospedale e territorio assomigliano a due silos che non comunicano come dovrebbero



Il <u>piano di dimissione ospedaliera</u> prevede : valutazione del paziente con metodologie standardizzate e di qualità che prevedono anche l' individuazione dei bisogni anche sociali del paziente, discussione sui contenuti del piano di dimissione con il paziente e/o il parente o caregiver, pianificazione del trasferimento del paziente al domicilio o in una struttura, determinare se il caregiver deve essere addestrato a compiere manovre o procedure necessarie e anche la rilevazione di parametri importanti da riferire in occasione del follow-up, informare i servizi territoriali per ottenere eventuale supporto (in particolare il domicilio deve essere modificato per agevolare le attività quotidiane del malato?), organizzare un piano di follow-up del paziente utilizzando anche metodologie a distanza (telemedicina).

Si stabiliscono anche le attività fisiche e mentali che il paziente dovrà svolgere a domicilio, quali farmaci e la loro posologia segnalando anche i possibili effetti avversi, la dieta più opportuna, il controllo eventuale del peso corporeo giornaliero (molto importante nel paziente con scompenso cardiaco cronico). La qualità della dimissione o più propriamente della medicina transizionale che la caratterizza è definibile non solo dagli interventi medici sul malato, ma dalle informazioni e comunicazioni di scambio fra malato ed equipè assistenziale e curative e naturalmente dalla competenza professionale del Sistema coinvolto il cui le figure professionali svolgono un ruolo specific ma integrandosi con le alter figure professionali. In genere gli ospedali non prestano grande attenzione al coordinamento delle cure del paziente anziano che si sposta (transitional care); è necessario che le informazioni sulle cure e le procedure anche riabilitative abbiano continuità nel cambio di setting: difficilmente succede.

Il processo di dimissione inizia con la **valutazione accurata del paziente** e la conseguente definizione del setting assistenziale appropriato anche in base alle competenze e alle risorse necessarie al singolo caso. Grazie a questa fase è possibile identificare subito i pazienti a rischio di dimissione difficile e i setting assistenziali che dovranno essere attivati per la continuità delle cure. Per questo motivo **il processo di dimissione protetta deve iniziare il prima possibile**: all'accettazione o, al massimo, entro la terza giornata di degenza. Si potrebbe anche prevedere uno scenario in cui accertamento e inquadramento avvengano già al **Pronto Soccorso**, in modo da poter

attivare immediatamente percorsi di cura dedicati. Sarebbe così possibile evitare le lunghe attese che spesso causano il peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti, le dimissioni ritardate e i ricoveri inappropriati che spesso sottraggono posti letto ai pazienti che più ne hanno necessità e che pesano sulla gestione economica della struttura di ricovero.

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) è al centro dell'intero processo di dimissione protetta; esso nasce durante il ricovero definendo gli interventi necessari per raggiungere gli obiettivi della cura e i bisogni di salute del paziente, sia in ospedale sia nelle fasi successive al ricovero; quindi il PAI nasce in ospedale ma **definisce tutto il percorso di cura, anche al** domicilio del paziente**.** Sarà poi il distretto a realizzare il piano fuori dall' ospedale. Possiamo identificare quattro fasi distinte della dimissione protetta:

1. **Valutazione accurata del paziente**
   Viene svolta in team e prevede un coinvolgimento del personale socio-sanitario sia ospedaliero che territoriale a livello multiprofessionale. È una fase complessa e di estrema importanza che deve presupporre dei protocolli e dei percorsi di intervento e di approccio al paziente strutturati, condivisi ed integrati delle diverse professionalità coinvolte (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali ecc).

2. **Analisi delle abilità funzionali**: si definiscono le abilità psico-fisiche dell' anziano, cosa è in grado di fare, qual è il suo grado di autonomia, quali disabilità sono presenti; Inoltre permette di capire quali risorse la persona è capace di attivare per affrontare la malattia (resilienza) e per raggiungere gli obiettivi di cura. Il recupero funzionale è l' obiettivo delle cure continue e prevede la riabilitazione anche di tipo occupazionale

3. **Analisi del supporto sociale** intorno al paziente per capire il tipo di supporto da attivare in caso di scarsa presenza o totale assenza, ad esempio, di caregivers.

4. **Definizione del setting assistenziale appropriato** : si fa con il confronto tra la valutazione del paziente e i suoi bisogni e quanto è offerto dai servizi territoriali, la loro adeguatezza e rispondenza alle necessità evidenziate.

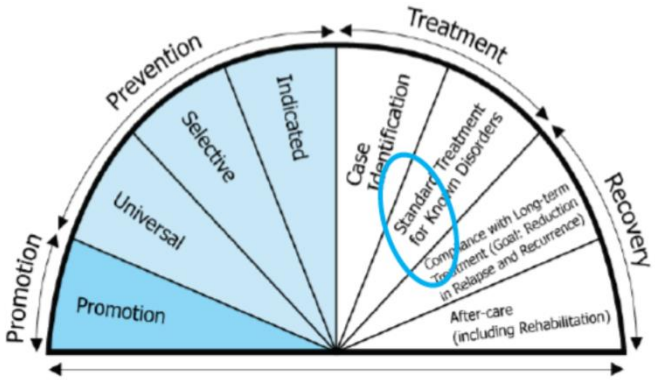
I vantaggi della dimissione protetta sono : maggior aderenza alla terapia, Empowerment delle equipe mediche, riduzione dei ricoveri inappropriati, diminuzione delle dimissioni ritardate e delle complicanze post – ricovero, maggior soddisfazione dei pazienti (qualità della vita) e delle famiglie, miglioramento della qualità percepita dei servizi. La disponibilità di una cartella clinica informatizzata che riporta tutti i dati utili alla gestione del caso è raccomandata, ma di fatto non esiste. Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) potrebbe essere di grande aiuto.

Quando si parla di “servizi” dedicati agli anziani, si indica un effettivo ed efficace sistema di continuità delle cure rivolto agli anziani fragili e disabili, quasi sempre con polipatologia da

malattie cronico-degenerative**;** in realtà alla dimissione del paziente anziano e geriatrico non è agevole programmare e prevedere il suo destino successivo; ritornerà ad un'autosufficienza adeguata?, ci saranno ricoveri ripetuti in altri reparti?, le cure prescritte alla dimissione sono state condivise dal medico di famiglia? I servizi a disposizione riescono a fornire il programma curativo-assistenziale più appropriato ed efficace? cosa non funziona adeguatamente o è migliorabile?; le procedure sono state in grado di valutare anche la fragilità del paziente con attivazione di adeguate misure preventive. Per quanto riguarda la cura e l'assistenza alle persone anziane il modello multidimensionale e multidisciplinare è fondamentale: la continuità deve essere intesa certamente come relazione di cura continua e interpersonale, ma soprattutto come continuità di gestione qualificata con figure professionali e *setting* diversi che richiedono unitarietà di metodologie e continuità d'informazione per operare con efficacia nel tempo evitando la frammentazione.

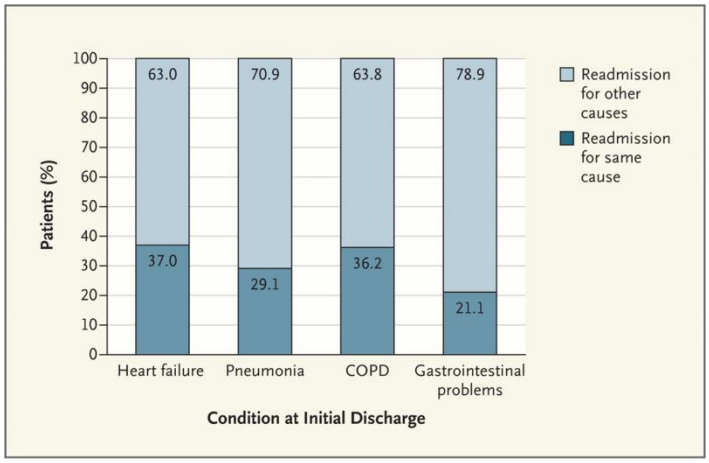
Il problema degli anziani "bed blockers"

Un paziente anziano viene definito "Bed Blocker" quando pur essendo dimissibile (sta abbastanza bene o ha completato l' iter diagnostico terapeutico), non può lasciare l'ospedale perché non è stato predisposto un percorso di continuità assistenziale. Si tratta in genere di donne molto anziane con multipatologia e disabilità (ADL ridotte) e con problemi sociali e psicologici di solitudine . In questi casi la qualità nella organizzazione del sistema sanitario non è perseguita: ospedale e territorio rimangono due entità molto lontane



Per questo motivo **il processo di dimissione protetta dovrebbe iniziare il prima possibile**: all'accettazione o, al massimo, entro la terza giornata di degenza. Si potrebbe anche prevedere uno scenario in cui accertamento e inquadramento avvengano già al **Pronto Soccorso**, in modo da poter attivare immediatamente percorsi di cura dedicati. Sarebbe così possibile evitare le lunghe attese che spesso causano il peggioramento delle condizioni di salute dei pazienti, le dimissioni ritardate e i ricoveri inappropriati che spesso sottraggono posti letto ai pazienti che più ne hanno necessità e che pesano sulla gestione economica della struttura di ricovero.

In conclusione

È necessario realizzare un collegamento tra le Aziende Ospedaliere, i Servizi dell'ASL e i Distretti Socio Sanitari per assicurare al paziente la continuità di cura. All'interno di questo

sistema il Medico di Medicina Generale (MMG) è fondamentale nella gestione del paziente anziano dimesso (piano individuale di assistenza). Per facilitare il collegamento tra Ospedale e Territorio e favorire l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, le ASL hanno attivato, tramite i Distretti (Assistenti Sociali), delle forme di collaborazione e di collegamento con gli ospedali Uno degli strumenti della *"continuità di cura"* è rappresentato dalla ***"dimissione protetta",*** processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro (il caso più frequente è la dimissione ospedaliera per il domicilio); si applica agli anziani **"fragili"**, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura, riabilitazione ed assistenza. Si parla di medicina di transizione che richiede informatizzazione anche del sistema di dimissione: così si riducono i rischi di questa fase delle cure che espone il malato anziano agli effetti avversi causa frequente di ricovero ripetuto. Il problema della riospedalizzazione è particolarmente rilevante negli anziani ; non credo che sia stato affrontato con serenità in Italia. In Geriatria si dovrebbe tener conto anche delle riospedalizzazioni provocate da cause diverse da quelle citate alla dimissione (N Engl J Med 2013; 368:100 – figura) e in particolare di quelle provocate da reazioni avverse ai trattamenti soprattutto farmacologici.