

Integrare l'emergenza-urgenza con l'assistenza domiciliare per ridurre i ricoveri inappropriati: uno studio pilota

Domenico Lorenzo Urso^{1*}

¹Medico Chirurgo, U.O. Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza – Ospedale N. Giannettasio Rossano (CS) – ASP Cosenza

ABSTRACT

Background. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie cronico-degenerative richiedono setting assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero, che deve essere limitato alla fase di acuzie della malattia. Le patologie croniche stabilizzate devono trovare la giusta allocazione nelle diverse articolazioni dei servizi territoriali. In tal senso, è fondamentale considerare il concetto di appropriatezza del ricovero dalle strutture di emergenza-urgenza alla luce di una proficua integrazione ospedale-territorio.

Obiettivi. Individuare un percorso assistenziale per ridurre l'inappropriatezza dei ricoveri di malati cronici, in fase di stabilità clinica, dalle strutture di emergenza-urgenza nei reparti per acuti.

Metodi. I destinatari del progetto sono malati cronici residenti nel distretto sanitario di Cariati (CS) che accedono al punto di primo intervento (PPI) del centro di assistenza primaria territoriale (CAPT), con complessità assistenziale tale da non consentirne un ricovero ospedaliero appropriato, né una dimissione a domicilio in condizioni di sicurezza se non attraverso la presa in carico da parte del sistema di cure domiciliari (SCD). Il percorso si applica ai pazienti che, alla dimissione dal PPI, necessitano di una continuità assistenziale attraverso i servizi domiciliari la cui attivazione avviene su proposta del medico del PPI. Entro 24 h dalla richiesta il paziente viene preso in carico dal servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI).

Risultati. Nel trimestre settembre-novembre 2012, nel PPI sono stati registrati 1.861 accessi dei quali 167 erano codici gialli e rossi. Dei pazienti valutati è stato disposto il ricovero ospedaliero in 117 casi (6,2% degli accessi), mentre per 3 pazienti è stato attivato il servizio di ADI. Questo ha comportato una riduzione dello 0,2% dei ricoveri.

Limiti. Nel PPI accedono pazienti con patologie meno gravi; breve durata del progetto conseguente al processo di riorganizzazione aziendale.

Conclusioni. Un efficiente utilizzo delle risorse prevede un'adeguata integrazione ospedale-territorio. Di primaria importanza è l'appropriatezza del ricovero dalle strutture di emergenza-urgenza. Il Pronto Soccorso, spesso unico interlocutore per il paziente cronico che non trova adeguata risposta nei servizi territoriali, viene sovraccollato da codici di minori gravità che si traducono, in assenza di valide alternative sul territorio, in ricoveri inappropriati. Il progetto è finalizzato a un'integrazione tra ospedale e territorio che deve realizzarsi già al momento dell'accesso improprio alle strutture di emergenza, alle quali deve essere riconosciuta la possibilità di attivare direttamente i servizi di assistenza territoriale.

Citazione. Urso DL. Integrare l'emergenza-urgenza con l'assistenza domiciliare per ridurre i ricoveri inappropriati: uno studio pilota. Evidence 2014;6(10): e1000091.

Ricevuto 15 aprile 2014 | **Accettato** 30 giugno 2014 | **Pubblicato** 16 ottobre 2014

Copyright. 2014 Urso. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato; sottoposto a peer-review.

* E-mail: mimmourso71@yahoo.com

BACKGROUND

Il profondo cambiamento del quadro epidemiologico del nostro Paese (progressivo invecchiamento della popolazione, aspettativa di vita al 2008 di 83,2 anni per le donne e di 77,1 anni per gli uomini¹) impone risposte assistenziali caratterizzate da una elevata flessibilità organizzativa, scelta strategica obbligata per migliorare l'appropriatezza degli interventi, la sostenibilità dei modelli e il gradimento dei cittadini.

Un fenomeno strettamente correlato all'invecchiamento è rappresentato dalle malattie croniche, la maggiore causa di mortalità negli adulti con un trend in progressivo aumento. Si ritiene infatti che nei prossimi 10 anni le morti attribuibili alle malattie croniche siano destinate ad aumentare del 17%². Un secondo fenomeno associato all'invecchiamento è la comorbidità³ tipica degli anziani: infatti, la maggioranza delle persone tra 65 e 79 anni presenta una media di 4.9 malattie, che negli ultraottantenni arriva a 5.4⁴. La comorbidità, oltre alla degenza media⁵, aumenta la probabilità di re-ospedalizzazione a breve e lungo termine⁶, la comparsa di complicanze⁷ e peggiora la qualità della vita⁸. Infine, la comorbidità incrementa il rischio di mortalità e di disabilità ben oltre quello osservabile in una singola specifica malattia⁹.

La riorganizzazione della rete ospedaliera in atto nel nostro Paese è caratterizzata da una riduzione progressiva del numero dei posti letto (PL) per acuti e del tasso di ospedalizzazione che impone una riduzione dei ricoveri ospedalieri, che devono essere riservati, sulla base del criterio della appropriatezza clinica, alle malattie acute e/o alla riabilitazione delle patologie croniche. Le malattie cronico-degenerative in fase di stabilità clinica comportano spesso condizioni di fragilità e/o di non autosufficienza che devono trovare la loro giusta allocazione nelle diverse articolazioni dei servizi e delle strutture territoriali (strutture residenziali, semi-residenziali e di assistenza domiciliare). In particolare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) nasce come modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate. L'ADI è finalizzata, pertanto, a soddisfare esigenze complesse di persone che richiedono un'assistenza continuativa di tipo sociosanitario. La responsabilità assistenziale è attribuita al medico di medicina generale (MMG); la sede organizzativa è nel distretto sanitario; la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza (PAI) in relazione ai bisogni della persona.

L'integrazione dei servizi territoriali, in particolare dell'ADI, quale modalità complessa e avanzata di cura che consente di trasferire a domicilio le logiche della degenza, con i servizi ospedalieri¹⁰, non solo di degenza

ordinaria, ma anche di emergenza-urgenza, può rappresentare un'efficace risposta all'inappropriatezza dei ricoveri dalle strutture di pronto soccorso (PS) nei reparti per acuti. Questi ultimi spesso rappresentano, in una condizione di iper-afflusso di pazienti cronici con codici triage di minore gravità non adeguatamente filtrati dal sistema delle cure primarie, l'*extrema ratio* alla impossibilità di garantire al paziente cronico, spesso anziano e portatore di comorbidità, un adeguato setting assistenziale sul territorio.

OBIETTIVI

Ridurre i ricoveri inappropriati di pazienti cronici in fase di stabilità della malattia e di pazienti non autosufficienti da parte delle strutture di emergenza-urgenza, attraverso la definizione di un percorso assistenziale dedicato.

METODI

Il percorso è destinato a pazienti non autosufficienti e in condizioni di fragilità residenti nel distretto sanitario di Cariatì che accedono al punto di primo intervento (PPI) del centro di assistenza primaria territoriale (CAPT), con complessità assistenziale tale da non richiedere un ricovero ospedaliero, né una dimissione a domicilio in condizioni di sicurezza se non attraverso la presa in carico dello stesso da parte del sistema di cure domiciliari (SCD). Questi pazienti necessitano di un insieme integrato di interventi sanitari e sociali per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale, consentire il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione e migliorare la qualità della vita.

Il primo step del progetto, della durata di un anno, ha previsto alcuni incontri formativi che hanno coinvolto il personale medico del PPI e il responsabile della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del distretto, con l'obiettivo di uniformare le conoscenze sui servizi erogati dal SCD del distretto e sulle caratteristiche dei destinatari di questi servizi, oltre che ad illustrare e approfondire il protocollo operativo del progetto. In particolare, esso si applica ai pazienti che, al momento della dimissione dal PPI, necessitano di una continuità assistenziale attraverso i servizi domiciliari. L'attivazione di questi avviene al momento della dimissione del paziente dal PPI con l'inizio della richiesta di accesso ai servizi territoriali, a mezzo fax, sia al punto unico di accesso (PUA) back office che al responsabile della UVM del distretto. Il responsabile della UVM, entro 24 h dalla richiesta, attiva la valutazione multidimensionale coinvolgendo il medico proponente del PPI e il MMG dell'assistito e ne garantisce la presa in carico. Per la valutazione multidimensionale è stata utilizzata la scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (SVaMA).

L'obiettivo del progetto è garantire la presa in carico del paziente da parte del SCD entro 24 ore dalla dimis-

sione da una struttura ospedaliera, riducendo i tempi di attivazione della UVM, attualmente previsti entro le 72 ore dalle linee guida regionali¹¹, al fine di rendere i servizi territoriali fruibili non solo ai pazienti ricoverati, ma anche a quelli che accedono alla rete di emergenza-urgenza (figura 1). Questo comporterebbe una riduzione dei ricoveri inappropriati, una migliore qualità dell'assistenza e un più efficace ed efficiente utilizzo delle risorse.

La durata del progetto, a causa della riorganizzazione aziendale, è stata limitata al trimestre settembre-novembre 2012.

RISULTATI

Per analizzare correttamente i risultati è necessario fare riferimento ai dati di attività del PS nel 2011. Il PPI, allocato all'interno del CAPT, è la risultante del processo di riconversione del PS che, nel trimestre settembre-novembre 2011, aveva registrato 2.442 accessi dei quali 305 erano stati classificati codici gialli e rossi. Per 233 pazienti è stato disposto il ricovero presso l'Ospedale di Cariatì e/o altri presidi ospedalieri. Premesso che con la riconversione dell'Ospedale di Cariatì in CAPT gli accessi al PPI sono diminuiti per numero e per gravità, nel trimestre settembre-novembre 2012 il PPI ha registrato 1.861 accessi dei quali 167 codici gialli e rossi. Dei pazienti visitati nel PPI è stato disposto il trasferimento per ricovero in altre strutture ospedaliere in 117 casi (6,2% degli accessi), mentre per 3 pazienti è stato attivato il servizio di ADI (figura 2). Questi ultimi, in caso di mancata presa in carico del servizio ADI, avrebbero incrementato dello 0,2% la percentuale dei ricoveri.

DISCUSSIONE

Un efficiente utilizzo delle risorse prevede un'adeguata integrazione ospedale-territorio. Superata la fase di riacutizzazione di una malattia cronica è fondamentale riconsiderare il concetto di appropriatezza del ricovero dalle strutture di emergenza-urgenza alla luce di una più proficua integrazione con i servizi territoriali. Infatti, il PS/DEA rappresenta il primo e spesso l'unico interlocutore per il paziente anziano con problematiche sanitarie e sociali che non trova adeguata risposta nei servizi territoriali ed è spesso sovraccollato da codici di minori gravità che si traducono in ricoveri inappropriati, in assenza di valide alternative di presa in carico dell'ammalato.

L'integrazione tra emergenza-urgenza e assistenza domiciliare, sebbene realizzata con il coinvolgimento di un PPI in cui, per definizione, accedono i pazienti con codici di gravità minori, ha determinato nel trimestre di applicazione una riduzione dei ricoveri inappropriati (0,2%). Tale riduzione, realizzata nel percorso di integrazione ospedale-territorio proposto, potrebbe essere applicata anche negli ospedali sede di dipartimento di emergenza, spesso sovraccollati da pazienti con codici di gravità minore. L'attivazione dell'ADI, ove indicata, rappresenta nei casi adeguatamente selezionati una risposta assistenziale adeguata nell'ottica di un efficiente utilizzo delle risorse.

LIMITI

Il progetto è stato attuato in un distretto sanitario sede di PPI dove, in applicazione alle linee guida regionali di centralizzazione del malato critico, accedono pazienti

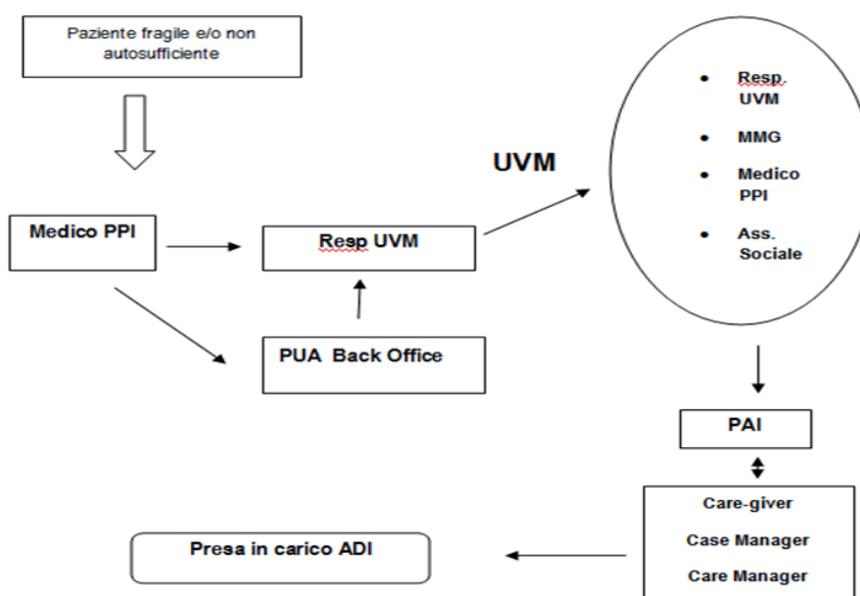


Figura 1. Il percorso del paziente fragile e/o non autosufficiente

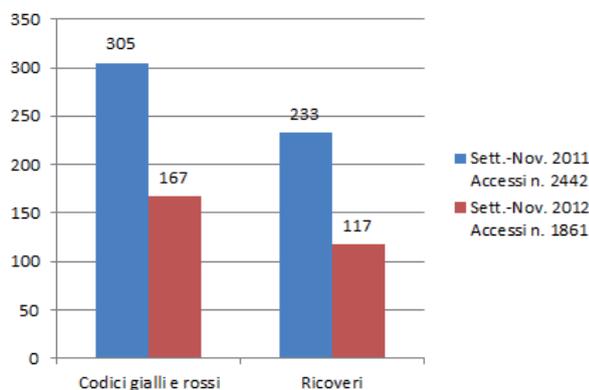


Figura 2. Punto di Primo Intervento: confronto 2011-2012

con patologie meno gravi. Altro limite è rappresentato dalla breve durata, conseguente alla riorganizzazione aziendale.

CONCLUSIONI

Il progetto, realizzato in un distretto sanitario di piccole dimensioni e per un periodo di tempo limitato, ha dimostrato che l'integrazione tra ospedale e territorio deve realizzarsi già al momento dell'accesso inappropriato alle strutture di emergenza. Queste devono, in casi selezionati e attraverso un percorso di adeguata formazione degli operatori, attivare direttamente i servizi di assistenza territoriale per garantire rapidamente la presa in carico del paziente e la sua allocazione in un setting assistenziale adeguato ai suoi bisogni.

In un contesto di risorse limitate la sostenibilità del sistema sanitario necessita di un'adeguata integrazione ospedale-territorio, dove l'ADI è destinata ad avere un ruolo cruciale nel soddisfare i bisogni del paziente anziano non autosufficiente o ad elevato rischio di non autosufficienza.

BIBLIOGRAFIA

1. INRCA, Ageing Society, Osservatorio Terza Età, Federsanità ANCI (a cura di). Rapporto nazionale 2009 sulle condizioni ed il pensiero degli anziani: una società diversa. Roma: Bruni s.r.l., 2009.
2. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO Global Report: Geneve, 2005. Disponibile a: www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en. Ultimo accesso: 16 ottobre 2014.
3. Abete P, Testa G, Della Morte D, Mazzella F, Galizia G, D'Ambrosio D et al. La comorbilità nell'anziano: epidemiologia e caratteristiche cliniche. *G Gerontol* 2004;52:267-72.
4. Bocognano A, Dumesnil S, Frerot L, Le Fur P, Sermet C. Santé, soins et protection sociale en 1998. Enquête sur la santé et la protection sociale France 1998. Parigi : CREDES Edition, 1999. Disponibile a: www.irdes.fr/Publications/Rapports1999/rap1282.pdf. Ultimo accesso: 16 ottobre 2014.
5. Librero J, Peiró S, Ordiñana R. Chronic comorbidity and out-

comes of hospital care: length of stay, mortality and readmission at 30 and 365 days. *J Clin Epidemiol* 1999;52:172-9.

6. Greenfield S, Apolone G, McNeil BJ, Cleary PD. The importance of co-existent disease in the occurrence of postoperative complications and one-year recovery in patients undergoing total hip replacement. *Med Care* 1993;31:141-54.

7. Chin MH, Jin L, Karrison TG, Mulliken R, Hayley DC, Walter J et al. Older patients' health related quality of life around an episode of emergency illness. *Ann Emerg Med* 1999;34:595-601.

8. Fried LP, Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significant etiology and risk. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:92-100.

9. Stuck AF, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48:445-69.

10. Legge n. 135 del 5 Giugno 1990. Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS. GU n. 132 del 8 Giugno 1990 Serie Generale Repubblica Italiana.

11. Regione Calabria. Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 12 del 31 Gennaio 2011. Approvazione Linee Guida sul Sistema delle Cure Domiciliari e di Accesso ai servizi territoriali. Obiettivo Specifico (B6). Disponibile a: www.regione.calabria.it/sanita/allegati/decreti_2011/d.p.g.r._n._12_del_31.01.2011.pdf. Ultimo accesso: 16 ottobre 2014.