

RUOLO E FINALITÀ DELLE STRUTTURE DI DEOSPEDALIZZAZIONE PROTETTA

GIANFRANCO FONTE *

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana sta causando un radicale cambiamento del profilo dei pazienti ricoverati nelle unità operative di area medica, specie degli ospedali non ad alta specializzazione.

I pazienti che afferiscono ai reparti ospedalieri si presentano sempre più complessi clinicamente e sempre più complessi dal punto di vista sociale, economico e relazionale. Di converso il sistema di reintegro della spesa di una Azienda sanitaria governato dai Drg ha determinato, nella corsa alla efficienza, una inevitabile tendenza alla riduzione della durata della degenza in favore di una maggiore intensità di cura. Il sistema a Drg infatti premia da un punto di vista meramente economico la maggiore densità nel tempo dei ricoveri. Tale sistema presenta delle ricadute favorevoli e sfavorevoli anche dal punto di vista clinico:

Pro:

- a parità di giornate di degenza e di risorse umane è possibile curare più persone;
- la minore permanenza in ospedale riduce la possibilità di infezioni ospedaliere (oltre che di altri rischi ospedalieri) causa di un elevato numero di eventi fatali in passato;
- garantisce una certa “democraticità” e trasparenza dell’intervento sanitario essendo stabilito un criterio rigido di remunerazione;
- sistema premiante per reparti efficienti, che migliora la possibilità di investimento in quei setting di cura che “meritano”;
- Day e Week Surgery.

Contro:

- determina una tendenza alla dimissione precoce;
- tende a focalizzare e remunerare una singola patologia causa di perdita di salute e non tiene conto della complessità clinica della maggioranza dei pazienti;
- non permette una valutazione globale delle problematiche di un individuo determinando talora percorsi di salute dispendiosi e poco efficaci (re-ricoveri, utilizzo delle case di cura e

lungodegenza come parcheggio, disautonomie evitabili e conseguenti spese per adattamenti abitativi ed ausili evitabili, ...);

- è un sistema che non permette una conoscenza globale del caso clinico ad esempio alcune istanze sociali.

Il problema, al di là dei contro appena descritti, della necessità di dimettere in tempi rapidi per aumentare la remunerazione annua, ha fatto nascere l’esigenza di reparti ospedalieri a intensità diagnostico-terapeutica più bassa e con un sistema di reintegrazione delle risorse diversa (remunerazione “a giornata di degenza”) che facessero da valvola di sfogo dei reparti per acuti e di conseguenza dei dipartimenti di emergenza. Nascono così i reparti di lungodegenza postacuzie.

I reparti di lungodegenza post-acuzie, proponendo un allontanamento rapido dall’ambiente di ricovero per acuti, possono ridurre anche se non del tutto i rischi legati all’ospedalizzazione in sé (cadute, infezioni ospedaliere, ...), e rispondere alla necessità di ottimizzazione delle scarse risorse umane e strutturali disponibili alle aziende sanitarie.

Inoltre la lungodegenza post-acuzie sembra rispondere in maniera mirata alle esigenze del paziente anziano. Il tempo di ricovero un po’ dilatato permette il progetto e la personalizzazione di un percorso di cura e di continuità assistenziale sulla scorta dell’analisi derivante dalla valutazione geriatrica multidimensionale.

La disponibilità di dimissioni rapide seppur protette determina un progressivo effetto a ritroso che permette di migliorare l’attività di tutti gli *step* del percorso intraospedaliero del paziente, dal Pronto Soccorso all’ultimo reparto per acuti.

Queste strutture costituiscono un ponte di collegamento oltre che “di cura” anche informativo ed operativo rispetto al territorio che può accogliere “qualcosa” di meno destrutturato che un paziente accompagnato da un foglio di terapia. Nell’ottica di una reale continuità assistenziale la lungodegenza post-acuzie può fornire gli ele-

(*) Geriatra dell’Ospedale Molinette di Torino.

menti caratteristici del paziente di tipo clinico, socio-assistenziale, economico che permettano al territorio o alle strutture successivamente accoglienti una corretta programmazione delle attività sia sul singolo che sulla comunità.

È pertanto rilevante approfondire i modelli di assistenza che soddisfano le esigenze di questa utenza secondo i criteri fin qui descritti.

Nate quindi per esigenze economico-amministrative, i reparti di postacuzie possono trovare una ragione d'essere per così dire "alta" nella progettazione di un percorso di cura personalizzato e peculiare.

La letteratura internazionale si è orientata ultimamente ad una revisione della utilità di un ricovero breve. La minimizzazione dei rischi legati al prolungarsi della degenza non sempre controbilancia il rischio di una dimissione precoce. È vero peraltro che l'ambiente di un ospedale per acuti non è certamente scevro da rischi. Inoltre occorre porre l'attenzione sulle caratteristiche proprie del *setting* di cura. Esiste un momento in cui il ricovero diventa inutile, quando i rischi superano i benefici, quando cioè l'impianto tecnologico diagnostico terapeutico ospedaliero non viene più utilizzato dal paziente mentre potrebbe essere utilizzato da altri con prontezza e prosempra.

In un *setting* di cura che non è così fortemente condizionato dalla necessità di dimettere i pazienti, i parenti possono essere facilmente educati all'utilizzo di strumenti altrimenti non facilmente aggredibili quali glucometri, ossimetri, pompe infusionali o nutrizionali che possono trovare utilizzo al domicilio.

Dal punto di vista sociale può essere instaurato più facilmente un rapporto di fiducia tale da poter ottenere informazioni sul paziente e sulla sua vita di relazione e determinare con maggiore precisione un progetto individualizzato.

Spesso nei reparti di postacuzie vengono ricoverati pazienti clinicamente molto compromessi quali quelli neoplastici terminali destinati all'*hospice* in attesa di un posto in queste strutture. Questi pazienti molto vulnerabili possono trovare beneficio da un ambiente accogliente formato ai bisogni specifici di questi malati ed abituato alla palliazione.

In quelle situazioni dove il percorso del paziente all'interno dell'ospedale può considerarsi concluso, ma esistono difficoltà terapeuti-

che o logistiche o necessità di osservazione clinica prolungata per la modulazione di intervento o la necessità di progettare un percorso di cura il più favorevole possibile, il lavoro può essere completato da una struttura di cure intermedie e postacuzie.

Queste strutture che cominciano ad operare, dovrebbero essere arricchite da figure professionali quali:

- un *case-manager* che si occupi di sintetizzare le istanze cliniche e socio-economiche assistenziali del paziente. Il *case-manager* può anche identificare quei pazienti che necessitano di un percorso residenziale (Uvg - Unità valutativa geriatrica), o che presentano condizioni cliniche compatibili con una attivazione di invalidità civile, può anche stimolare l'attivazione di servizi infermieristici e di assistenza alla persona territoriali;
- una strutturata consulenza fisiatrica periodica, che identifichi oltre ai pazienti che necessitano di trattamento riabilitativo specifico anche le necessità di ausili;
- un adeguato numero di fisioterapisti;
- infermieri professionali con preparazione specifica;
- un logopedista;
- un *counsellor* che metta in atto strategie comunicative migliori che permettano di minimizzare lo stress del *caregiver* e di effettuare una adeguata educazione sanitaria per il paziente e le famiglie.

L'osservazione diretta per un tempo adeguato permette di valutare il paziente dal punto di vista clinico, motorio e funzionale. Ciò determina indubbi vantaggi per il paziente quali la efficace personalizzazione degli interventi e dei trattamenti e la progettazione di percorsi di cura successivi al ricovero.

Dal punto di vista della società e dell'utilizzo delle risorse il vantaggio non risiede tanto nell'incrementare la densità dei ricoveri remunerati a Drg, che costituisce un vantaggio economico più virtuale che reale, ma quanto nel risparmio legato alla riduzione della disautonomia, consumo di farmaci, utilizzo diagnostico strumentale, giornate di lavoro del *caregiver* e soprattutto benessere del paziente che questo tipo di organizzazione può favorire.

L'attività svolta dal reparto Dimissioni protette - post acuzie del Presidio Istituto di riposo per

la vecchiaia, gestito direttamente dall'Ospedale Molinette di Torino per i propri pazienti che hanno terminato la degenza ospedaliera, ma che necessitano ancora di prestazioni sanitarie di un certo rilievo, è illustrata dalle seguenti due situazioni.

Caso 1 - Donna di 92 anni

Ricoverata (25 giorni in postacuzie) per scompenso cardiaco in fibrillazione atriale, infezione delle vie urinarie, insufficienza renale cronica, ipertensione, in passato mastectomia destra per carcinoma della mammella, vasculopatia cerebrale cronica.

La paziente è giunta in reparto non deambulante per allettamento e per affaticamento dovuto allo scompenso cardiaco. È stato iniziato un mirato intervento riabilitativo. Il decorso è stato favorevole con recupero di una discreta mobilità in assenza di sintomi cardiaci di rilievo.

La paziente alla dimissione presenta una discreta autonomia: si mobilita con deambulatore, ma necessita comunque di essere parzialmente assistita negli atti quotidiani. È stato eseguito intervento di educazione sanitaria nei confronti dei parenti. Tale recupero funzionale e gli interventi associati hanno permesso di evitare un ulteriore ricovero in una Casa di cura conducendo la paziente al proprio domicilio con minima assistenza.

Caso 2 - Donna di 93 anni

Ricoverata (30 giorni in postacuzie) per demenza senile con disturbi comportamentali, ernia della parete addominale anteriore, malattia diverticolare del sigma, anemia da mancanza grave di vitamine.

La paziente vive sola senza rete familiare e sociale, indigente.

Durante la degenza si è verificato un modesto ma persistente rialzo pressorio che ha reso necessaria l'introduzione in terapia di un diuretico tiazidico con normalizzazione dei parametri. Talora la paziente è insonne e affaccendata, l'introduzione di aloperidolo in terapia ha ridotto la frequenza di tali episodi. Deambula senza alcuna finalità (Wandering) ma è totalmente dipendente dal punto di vista funzionale.

L'azione sanitaria durante la degenza si è rivolta non solamente sul lato clinico ma ha confezionato un percorso di cura a tutela della persona come segue: è stata avviata procedura di tutela legale coinvolgendo l'Ufficio "Fasce deboli" del Tribunale di Torino.

È stata effettuata una Unità di valutazione geriatrica che ha esitato in un codice "Rosso" ed è stata avviata la prassi per una sistemazione futura di tipo residenziale stabile. La paziente è stata quindi trasferita in una Residenza sanitaria assistenziale.

RELAZIONE 2012 DEL DIFENSORE CIVICO DELLA REGIONE PIEMONTE

Numerosi e importanti sono gli argomenti presi in esame dalla Relazione 2012 predisposta dal Difensore civico della Regione Piemonte, Avv. Antonio Caputo.

Per quanto riguarda la difesa del diritto alla salute, anche nel 2012 una particolare attività ha riguardato *«il numero considerevole di lettere di "opposizione alle dimissioni" da strutture ospedaliere o da strutture socio-sanitarie, formulate da prossimi congiunti di pazienti anziani gravemente malati e non autosufficienti»*.

La relazione e la normativa di riferimento sono pubblicate sul sito del Difensore civico regionale all'indirizzo www.consiglioregionale.piemonte.it.