

Manuale di Competenze in Geriatria

ITEM 25

La dimissione ospedaliera: per essere sicura ed efficace richiede comunicazione precisa 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 bisognoso 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 diverse, 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 263.746 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 immutata.

Quindi il problema più importante da affrontare sono le cure e l'assistenza alla dimissione e nel periodo post-acuzie che riguardano pazienti complessi perché oltre alla multipatologia presentano anche problemi sociali e mentali. Nei piani della sanità nazionale si fa riferimento ai PDTA (Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali) per le singole malattie che riguardano 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 uno spreco di risorse economiche e rappresenta anche un criterio di valutazione della qualità del sistema sanitario.

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

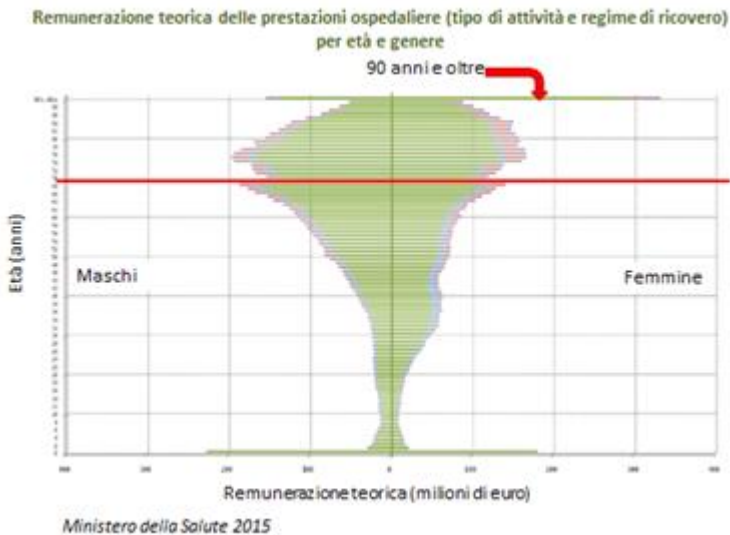


È fondamentale che nei vari setting disponibili si utilizzino strumenti di valutazione simili e compatibili (valutazione multidimensionale geriatrica) e che le rilevazioni di vario tipo siano memorizzate e raccolte su uno strumento informatico, come la cartella clinica informatizzata, accessibile agli 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):



Manuale di Competenze in Geriatria



La dimissione dei pazienti anziani con multipatologia e variabile disabilità è influenzata anche dalla degenza ospedaliera a volta protratta; a parte la situazione di *bed blockers* (vedi più avanti), la degenza concorre a realizzare la necessaria “continuità assistenziale”. La dimissione a volte definita “protetta” rappresenta il momento in cui viene assicurata una attenta valutazione clinico-assistenziale del malato stesso e vengono 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 così 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 di cure e realizzare il recupero del malato alla autonomia. In alcuni casi si deve attuare la dimissione “protetta” che nelle regioni italiane è stata realizzata con variabile qualità (si veda questo [link](#)). Alcuni dettagli si trovano anche [qui](#). L’obiettivo è sempre quello di realizzare la continuità assistenziale e curativa del malato che sta 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 propri dell’anziano che se non soddisfatti rendono più probabile il ricovero ripetuto del paziente.

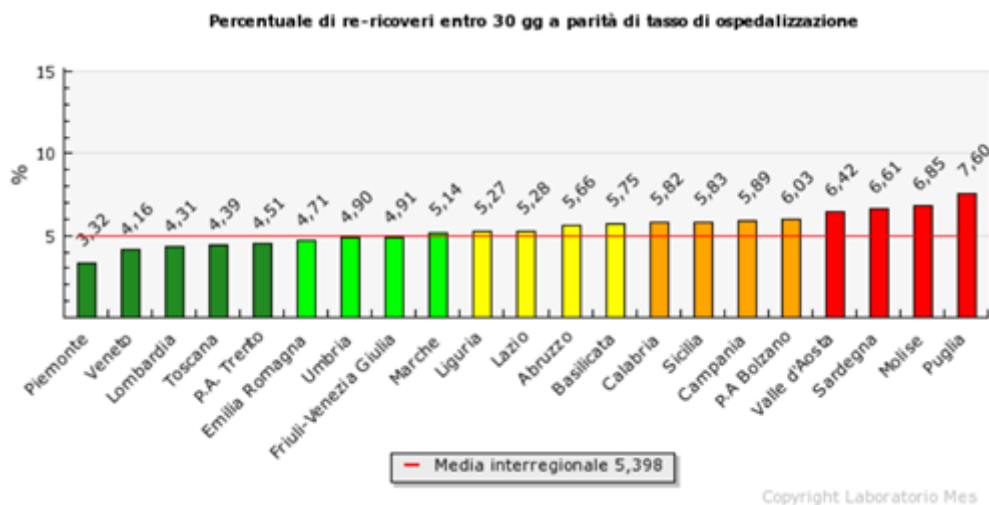
Si è già parlato dei problemi provocati dalla ospedalizzazione dell’anziano, dei quali si dovrà tener conto alla dimissione per ottenere il massimo recupero. Solo puntando alla continuità si può realizzare una Long-Term Care efficace ed utile al malato. Non raramente il paziente anziano viene dimesso dopo che dalla unità operativa di acuzie è stato preso in carico dalla lungodegenza post-acuzie e dalla 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 una alta intensità di cure infermieristiche e riabilitative soprattutto nel caso della P.A.G. (post-acuzie geriatrica); in quest’ultima 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 sul 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, dall’impiego per analisi proxy di altri livelli di assistenza ad analisi di carattere più propriamente clinico-epidemiologico e di esito: la banca dati SDO, infatti, rappresenta un elemento fondamentale del Programma Nazionale Esiti (PNE).

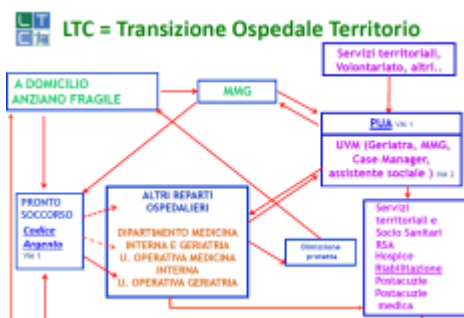


Manuale di Competenze in Geriatria

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 4.200.000 interventi e 160.000 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 (anno 2008) è stato valutato il tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti di 50-75 anni 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 nella quale emergono i tanti, forse 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 piano di dimissione ospedaliera prevede:

- valutazione del paziente con metodologie standardizzate e di qualità che prevedono anche l'individuazione dei bisogni 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 la rilevazione di parametri importanti da riferire in occasione del follow-up;



Manuale di Competenze in Geriatria

- informare i servizi territoriali per ottenere eventuale supporto, in particolare se 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 con relativa posologia dovrà assumere segnalando anche i possibili effetti avversi, la dieta più opportuna da seguire, 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 paziente ma anche dalle informazioni e comunicazioni di scambio fra lui e l'équipe assistenziale e naturalmente dalla competenza professionale del sistema coinvolto, in cui le figure professionali svolgono un ruolo specifico integrandosi però con tutte le altre figure coinvolte. 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, ma questo 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 anziani, le dimissioni ritardate e i ricoveri inappropriati che spesso sottraggono posti letto ai pazienti più bisognosi 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. Permette inoltre 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.



Manuale di Competenze in Geriatria

4. Definizione del setting assistenziale appropriato

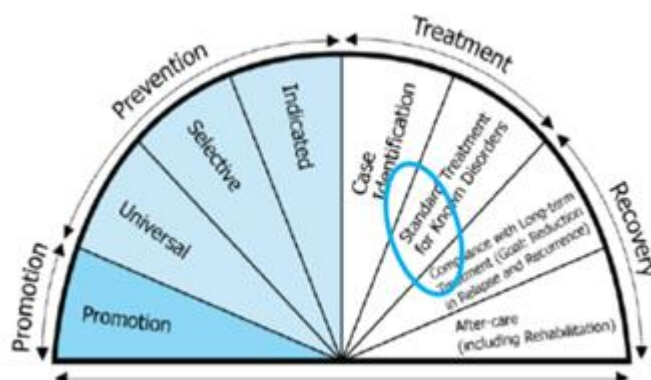
Si fa attraverso il confronto tra la valutazione del paziente e i suoi bisogni e quanto viene offerto dai servizi territoriali, la loro adeguatezza e rispondenza alle necessità evidenziate.

I vantaggi della dimissione protetta sono: maggiore aderenza alla terapia, empowerment delle équipe 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. In cui vengono riportati tutti i dati utili alla gestione del caso, è raccomandata ma di fatto non esiste. Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) potrebbe, invece, 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 cronicodegenerative. In realtà alla dimissione del paziente anziano geriatrico non è agevole programmare e prevedere il suo destino successivo; ci si domanda infatti: *“Ritournerà 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 nell’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 anziani, le dimissioni ritardate e i ricoveri inappropriati che spesso sottraggono posti letto ai pazienti più bisognosi e che pesano sulla gestione economica della struttura di ricovero.



Manuale di Competenze in Geriatria

IN CONCLUSIONE

È necessario realizzare un collegamento tra le Aziende Ospedaliere, i servizi della ASL e i Distretti Socio-Sanitari, al fine di 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 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); esso si applica agli anziani fragili, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, con lo scopo di assicurare la continuità del processo di cura, riabilitazione ed assistenza. Si parla, infatti, di medicina di transizione che richiede informatizzazione anche del sistema di dimissione, così da ridurre al minimo i rischi di questa fase delle cure che espone il malato anziano agli effetti avversi, frequente causa di ricovero ripetuto. Il problema della ri-ospedalizzazione è molto rilevante negli anziani e sembra non sia stato affrontato con serenità in Italia. In Geriatria si dovrebbe tenere conto anche delle ri-ospedalizzazioni provocate da cause diverse da quelle citate alla dimissione (N Engl J Med 2013; 368:100 – figura) ed in particolare dei nuovi ricoveri provocati da reazioni avverse ai trattamenti soprattutto farmacologici.

