

## Le dimissioni protette: problemi di definizione e di qualità

In attesa che le "dimissioni protette" abbiano validati contenuti (soprattutto geriatrici) e finalità (si dà per certo, per esempio, che il paziente anziano con tanti problemi sia ricoverato con appropriatezza all'ospedale, scartando la possibilità che si possa fare meglio e di più proprio nel setting da cui proviene il paziente, inutilmente definito fragile), si spera che sia attuata una reale continuità assistenziale, oggettivamente organizzata con procedure comuni, utilizzando documentazione informatizzata.. Così facendo si potranno qualificare anche le cosiddette dimissioni protette; queste risultano ancora un prevalente atto burocratico, basato su scale di valutazione (infermieristiche) incerte, parziali e di settore, che non considerano le eventuali cure necessarie anche per indirizzare il paziente al setting curativo-assistenziale più idoneo in modo da assicurargli la miglior qualità delle cure. Si dice che il piano personalizzato delle cure sarà definito dalla unità di valutazione geriatrica: ma nella realtà la "sistemazione" dell'anziano dimesso dipende in buona parte dalla disponibilità di "un posto" nella "rete dei servizi. Il termine "dimissione protetta" è difficilmente traducibile in termini medico-scientifici: sorgono dubbi anche sulla effettiva qualità della terminologia adottata vuota di contenuto scientifico-medico; si potrebbe parlare con maggior precisione di appropriatezza di transizione fra due setting di cura che spesso sono troppo diversi. Per esempio, chi assicura che la struttura ricevente (RSA o ADI) sia in grado di attuare con appropriatezza il piano terapeutico stabilito in base ai dati forniti dalla valutazione multidimensionale geriatrica? Con una corretta VMD si potrà utilizzando un validato strumento (RUG III) identificare la tipologia di struttura più idonea al singolo caso: in Italia non si fa. La continuità prevede che nella transizione fra due setting di cura non ci sia semplicemente una parte che dà ed una che riceve, ma una collaborazione che attualmente è molto povera come dimostrano anche i risultati.

L'impressione è che non si voglia considerare quale sia il flusso dei pazienti anziani all'interno dei servizi forniti dal sistema sanitario nazionale anche per mettere in evidenza le strozzature esistenti che rallentano il richiesto fluire dei pazienti nel sistema della rete dei servizi che dovrebbero assicurare la continuità della cure; solo così si potrebbe disporre di dati per cercare di innovare un sistema piuttosto vecchio come dimostrato anche dalle recenti proposte in tema di dimissioni protette, procedura che non tiene conto della realtà e soprattutto della qualità dei servizi e delle prestazioni richieste.

Si dovrebbe partire dalla osservazione epidemiologica e demografica che soprattutto nella pratica medica si va verso la progressiva "geriatrizzazione" delle cure senza però che si adottino le procedure tecniche proposte e validate dalla Geriatria: è probabilmente in atto una forma di ageismo scientifico-medico. Il settore che affronta i problemi legati all'invecchiamento della popolazione (soprattutto le cure primarie) risente della mancanza o carenza di traslazione delle novità e dei risultati della ricerca clinica applicata alla pratica quotidiana: forse per questo emerge a Modena il problema delle dimissioni protette e non quello delle efficaci cure continue che richiedono connettività e coordinamento fra cure primarie, intermedie ed ospedale.

Non c'è luogo più idoneo per invecchiare bene come la propria casa quando ha struttura idonea ed è agevolata dalla presenza di qualcuno o caregiver. I servizi domiciliari non sono in genere molto trasparenti e disponibili tanto da provocare la proliferazione delle badanti straniere; dovrebbero essere ben descritti come in [www.nlm.nih.gov/medlineplus/homecareservices.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/homecareservices.html); da noi non è così e il tutto è lasciato alla discrezionalità e all'ageismo delle amministrazioni regionali e comunali. Rivisitando la casistica di coloro che sono ricoverati più di 3-4 volte/anno si potrebbero forse raccogliere notizie rilevanti per apportare modifiche correttive nei comportamenti dei medici e degli infermieri che operano nella *long-term care* (LTC): probabilmente una effettiva integrazione con la medicina territoriale e la presenza di strumenti di riferimento potrebbero essere di aiuto anche per migliorare la qualità complessiva delle cure a lungo termine (LTC).

Il taglio progressivo dei posti letto ospedalieri avrebbe dovuto contemplare anche un potenziamento e una specifica qualificazione delle attività sanitarie fuori dall'ospedale; le cure intermedie tipicamente le strutture sanitarie-assistenziali hanno attualmente una gestione aspecifica che ha evidenti debolezze (per esempio la problematica presenza del medico nei giorni festivi); il libro verde del 2008 del Ministero competente sollecita una maggior qualificazione e presenza effettiva delle cure primarie nelle prestazioni per la salute del cittadino, la FIASO (Federazione italiana delle aziende sanitarie ed ospedaliere- <http://www.fiaso.it>) sollecita una maggior integrazione di questo fondamentale settore con le attività ospedaliere anche perché il territorio utilizza il 56% delle risorse del servizio sanitario nazionale. Si sollecita ripetutamente la creazione di forme qualificate di associazionismo dei medici di famiglia (da molti anni si parla di nuclei di cure primarie, di UTAP, di casa della salute) ma senza successo: gli accessi al pronto soccorso continuano ad essere molto elevati, soprattutto i codici bianchi; si raccomanda di sviluppare le strutture intermedie per anziani anche per ridurre il tasso di ospedalizzazione e i ricoveri impropri. Ma nessuno raccomanda alla medicina accademica di aggiornare il curriculum formativo del medico e dell'infermiere adeguandolo alle esigenze reali riservando crediti formativi alle attività sul territorio del futuro medico: le cure primarie non sono oggetto di didattica, di ricerca e di assistenza da parte dei Docenti universitari: non si capisce il perché e non sono chiari gli obiettivi di chi ha compilato il recente curriculum del Corso di laurea tanto povero di innovazioni ed escludente i *setting* dove più probabilmente opereranno il Medico e l'Infermiere. La missione della Medicina accademica è quello di migliorare la salute di tutti anche della crescente popolazione di vecchi. Le attuali aziende ospedaliero-universitarie configurano gli Academic Medical Centers di cui dovrebbero cercare di condividere l'eccellenza anche nella ricerca e sviluppo oltre che nell'assistenza e didattica.

Inoltre nel curriculum del CLMeC non si tiene conto della possibile utilizzazione della cartella clinica informatizzata, strumento indispensabile per migliorare le cure, evitare gli sprechi in forma di ripetizioni, migliorare la sicurezza e la qualità per il paziente ed assicurare la possibile, ma mai realizzata continuità delle cure.

Proprio perché per i Medici di famiglia è previsto un ruolo sempre più rilevante nella gestione della salute e delle malattie, è necessario che la loro preparazione professionale si basi sui principi fondamentali della medicina accademica: ricerca, didattica e clinica pratica che nel caso della Geriatria devono conferire competenze minime, ma fondamentali per curare con responsabilità le persone anziane malate. Si veda: <https://www.sigg.it/manuale-di-competenze-in-geriatria/>

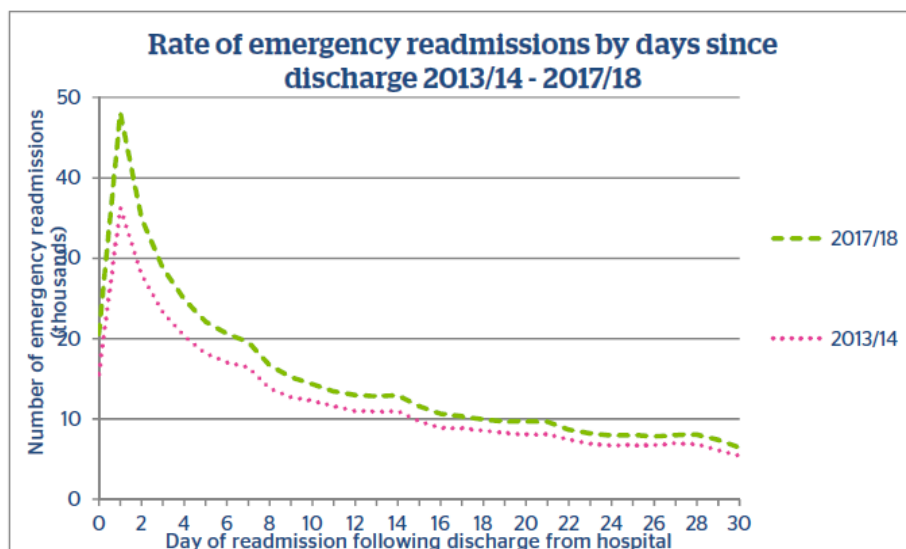
L'assistenza e le cure continue delle malattie croniche dell'anziano comprese le dimissioni protette richiedono anche il fondamentale intervento del Nursing; purtroppo la specializzazione geriatrica o la cultura geriatrica dell'infermiere non sono perseguite nei corsi di laurea: la preparazione continua ad essere centrata sull'ambito ospedaliero dove la formazione geriatrica non è proprio evidente; prevale così un generico fai da te. I problemi della sicurezza e della qualità delle cure non sono perseguiti anche se i problemi del Nursing geriatrico sono generali e diffusi. In alcune nazioni sono stati sviluppati strumenti per apprendere ed approfondire gli aspetti più rilevanti del Nursing geriatrico: si ricorda il *Professional Development Software*, **How to try this**, <https://consultgeri.org/tools/videos/how-to-try-this> - l'Hartford Geriatric Nursing Iniziative dotate di materiale informativo di immediato accesso utili per l'aggiornamento degli infermieri che operano senza qualificazione specifica nel settore geriatrico. Purtroppo in Italia non esistono analoghe iniziative nonostante le Società Scientifiche che per statuto si interessano ai problemi citati. Invece si continua a parlare a molteplici livelli che gli anziani sono a corto di assistenza anche se dovrebbe esserci un fondo per la non autosufficienza legato alla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) specifici per l'anziano malato e variamente disabile.

Parlando del problema delle dimissioni ospedaliere dei vecchi ancora bisognosi di cure e di assistenza non dovrebbe essere dimenticato che l'Italia è quasi il fanalino di coda quando si considera la percentuale di anziani ospiti di strutture residenziali (2%) o assistiti a domicilio (4%); i numeri non sono nemmeno confrontabili con quelli di Francia, Germania, Regno Unito, Svezia, ecc; siamo vicini alla Grecia e alla Spagna. Non sarà questa carenza imputabile alla problematica organizzazione sociale del problema anziani a creare difficoltà nella corretta utilizzazione dei letti ospedalieri?

Un'autorevole rivista ha pubblicato i risultati di una ricerca molto ampia da cui emerge che il "Re-Engineered Discharge - RED -program" riduce del 30 % l'utilizzazione dell'ospedale nei 30 giorni successivi alla dimissione. E' un'iniziativa che riguarda la qualità dell'assistenza e che deve essere considerata perché riporta iniziative utili per migliorare la qualità delle prestazioni medico-infermieristiche alla dimissione ospedaliera. Questo argomento non è considerato in Italia.

Quanto sopra deve essere collegato ai dati emergenti da studi su larga scala riguardanti l'ospedalizzazione di pazienti che usufruiscono di Medicare (programma di assicurazione medica amministrato dal governo USA a favore delle persone con più di 65 anni); questi studi hanno evidenziato ed approfondito il problema delle ospedalizzazioni ripetute anche a breve termine; la loro valutazione su casistiche molto ampie consente di ottenere risultati utili per impostare correttamente il problema della "dimissione protetta". Dallo studio citato risulta che il 19,6% e il 34,0% dei pazienti ospedalizzati e beneficiari di Medicare è ricoverato di nuovo entro 30 e 90 giorni, rispettivamente, dalla dimissione; il 56,1% entro 1 anno.

La metodologia seguita sembra perseguibile anche in Italia se si vogliono di evidenziare i punti deboli del sistema delle cure continue, evidenti nei primi 30 giorni dopo la dimissione. La collaborazione con i medici di famiglia non deve essere solo proclamata, ma deve essere effettiva per coordinare percorsi di cura ed assistenza che perseguano anche la buona qualità delle cure e la sicurezza del paziente. Poiché le ospedalizzazioni a 30 giorni dalla dimissione risultano le più frequenti, emerge la rilevanza delle attenzioni del medico ospedaliero per il paziente appena dimesso anche in forma di un'attività da implementare e sostenere finanziariamente del tipo *hospitalist*.



In Italia è novità recente il piano nazionale della cronicità che per ora non ha dato risultati apprezzabili anche a livello accademico.

Il servizio sanitario inglese riporta il risultato della figura sopra riguardante i ricoveri ripetuti: il timing del ricovero ripetuto è caratterizzato da un numero più elevato nei primi giorni dalla dimissione. Si ricordi di consultare un'altra news della SIGG: "Proposta geriatrica: seguire i pazienti geriatrici dimessi con una specifica Unità Operativa da istituire negli ospedali di insegnamento"