



Il sistema di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza infermieristica



Il sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica

*Revisione 01 – 1 gennaio 2006 Prot. n. 7363/GEN.II.4.A.
del 13 febbraio 2006*

*Rev. 02 – 1 aprile 2010 Delibera. n. 175
del 2 aprile 2010*

I risultati delle deospedalizzazioni protette

Anno 2012



Introduzione

Uno dei punti chiave del nuovo Piano Sanitario Nazionale, finalizzato a garantire ai cittadini costanti e migliori servizi sanitari, è rappresentato dall'integrazione tra ospedale e territorio, in particolare dalla promozione di nuovi modelli di organizzazione sanitaria centrati sull'assistenza territoriale.

L'invecchiamento della popolazione ha un evidente impatto sull'organizzazione socio-sanitaria, "costretta" a sperimentare nuovi modelli di assistenza basati sulla continuità, sul concetto di rete dei servizi e sulla multidisciplinarietà¹. L'attivazione di percorsi di continuità implicano un cambiamento di mentalità a tutti i livelli del servizio sanitario e sociale, prima di tutto all'interno dell'ospedale abituato ad essere un luogo di cura a sé stante, concepito come luogo in cui trascorrere un periodo di diagnosi e terapia avulso dall'ambiente familiare e sociale.

Una particolare attenzione deve essere riservata alla "deospedalizzazione protetta", intesa come una dimissione resa problematica dal fatto che essa, per poter essere attuata nel rispetto di una corretta continuità terapeutica ed assistenziale, implica un consumo di risorse economiche, umane ed organizzative che va oltre le reali possibilità dell'assistito e dei suoi familiari e che quindi rende necessario un coinvolgimento particolare di tutti i presidi territoriali: medici di famiglia, servizi infermieristici, servizi assistenziali, residenze sanitarie assistenziali, case protette, case di riposo.²

Oggi l'ospedale per acuti si trova sempre più a contatto con lo scottante problema della dimissione precoce a fronte di un'epidemiologia socio-sanitaria caratterizzata da:

1. criticità clinica (pazienti molto anziani, polipatologie, demenza, instabilità psicofisica, elevato rischio di complicanze, invalidità, guarigione tardiva e spesso incompleta dopo un evento acuto, elevato rischio iatrogeno, eventualità di cadute, fratture e lesioni da decubito, perdita dell'autonomia, allettamento, dipendenza da nutrizione artificiale ed apparecchiature salvavita);
2. criticità sociale (solitudine, abbandono, scarsa compliance familiare, problemi economici, disgregazione del tessuto sociale, ripetitività dei ricoveri ospedalieri, insufficienza dell'assistenza domiciliare e scarsità di presidi territoriali).

La Direzione Infermieristica territoriale, su mandato dei Direttori Generali dell'Azienda Servizi Sanitari n. 1 "Triestina" (ASS1) e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" (AOUTS), ha avviato la sperimentazione nel 2002 del sistema interaziendale di continuità assistenziale infermieristica³ per gli anziani over75enni ricoverati nei reparti di area medica in collaborazione con la direzione infermieristica ospedaliera.

A seguito degli ottimi risultati della sperimentazione i Direttori Generali hanno siglato un protocollo d'intesa il 30 ottobre 2003 che ha esteso tale servizio anche agli anziani ricoverati nei reparti di area chirurgica. Nel 2006 il servizio è stato esteso anche agli assistiti del Pronto

¹ Senin U, Cherubini A, Mecocci P. L'impatto dell'invecchiamento della popolazione sull'organizzazione socio-sanitaria: necessità di un nuovo modello di assistenza continuativa. *Ann Ital Med Int* 2003; 18: 6-15.

² Meschi T, Fiaccadori E, Cocconi S., Adorni G., Ridolo E, Stefani N, Scianchi T, Novarini A, Spagnoli G, Caminiti C, Pini M, Borghi L. Analisi del problema "dimissioni difficili" nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma. *Ann Ital Med Int* 2004; 19: 109-117.

³ Responsabile del sistema è la dr.ssa Maila Mislej, Responsabile delle istruzioni operative e del monitoraggio è il dott. Rosolino Trabona .



Soccorso; dei neo costituiti reparti di *post acuzie-area medica e post acuzie-chirurgica*; della clinica ortopedica, del reparto di ortopedia, del reparto di riabilitazione e della stroke-unit (agli assistiti che non rientrano nei protocolli interaziendali di riabilitazione). Nel 2009 le Aziende hanno sperimentato⁴ la presenza dell'infermiere di distretto al Pronto Soccorso dell'ospedale di Cattinara, al mattino dal lunedì al venerdì. In data 1 aprile 2010 il servizio denominato *sistema interaziendale di continuità assistenziale infermieristica* è stato esteso in via definitiva a tutti i ricoverati con bisogni clinici, assistenziali e sociali complessi prescindendo dall'età e dalla patologia.

Materiali e metodi

Il "Protocollo di intesa sul sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica" prevede lo svolgimento di una attività di raccolta dati, orientamento ai servizi territoriali e la presa in carico degli assistiti in via di dimissione ospedaliera e di quelli che hanno avuto un accesso di pronto soccorso.

AOUTS garantisce agli infermieri della continuità assistenziale libero accesso alla documentazione sanitaria di ricovero o di pronto soccorso per la raccolta dei dati necessari alla compilazione delle schede allegate al citato protocollo, favorisce l'interazione degli infermieri di comunità con il personale ospedaliero, agevola la comunicazione con l'assistito al fine di orientare la migliore scelta possibile di assistenza territoriale.

ASS1 garantisce la formazione specifica degli operatori che accedono in ospedale per svolgere la funzione di continuità assistenziale.

ASS1 e AOUTS effettuano valutazioni sul servizio erogato e collaborano al fine di risolvere eventuali criticità che dovessero emergere, adottando una raccolta sistematica delle non conformità rilevate e analizzandole congiuntamente.

Una particolare attenzione è riservata dal servizio agli assistiti che si trovano in una fase di dimissibilità clinica, ma la dimissione non può essere tempestivamente realizzata per ostacoli di natura non clinica. Questi possono essere:

- la mancanza di familiari idonei ad accudire una persona non autosufficiente;
- le resistenze dei familiari a riprendere a casa il congiunto per motivi di carattere organizzativo, economico o altro;
- la necessità di affiancare alla famiglia idonei servizi infermieristici e/o sociali;
- la necessità di fornire e gestire particolari presidi a domicilio (letti antidecubito, pompe per nutrizione artificiale, sollevatori, respiratori, ecc.);
- la necessità di procedere a revisioni strutturali del domicilio (bagno assistito, montacarichi, ascensore) o la necessità di trovare un nuovo domicilio caratterizzato da accessibilità e vivibilità adeguate ad una persona non più autonoma;
- la necessità di reperire un'idonea sistemazione extrafamiliare, temporanea o definitiva, quando era ragionevolmente impossibile il ritorno al proprio domicilio (residenza sanitaria assistenziale, casa protetta, casa di riposo);
- altre situazioni problematiche di natura non clinica (stato di abbandono, povertà, extracomunitari sprovvisti di permesso di soggiorno).

⁴ Delibera n.12 del 9 gennaio 2009 "Continuità assistenziale infermieristica tra pronto soccorso e infermieri di continuità dei distretti sanitari – implementazione del protocollo d'intesa su "il sistema della continuità assistenziale infermieristica interaziendale".



Dopo un'approfondita analisi del caso, l'infermiere territoriale stabilisce se la difficoltà alla dimissione è legata a problematiche esclusivamente sociali, oppure a problematiche esclusivamente medico-infermieristiche o infine ad un intreccio tra le due.

La raccolta dei dati avviene attraverso l'utilizzazione di tre schede:

1. "continuità assistenziale infermieristica - area medica e specialistica";
2. "continuità assistenziale infermieristica - area chirurgica e specialistica";
3. "continuità assistenziale tra infermieri di comunità e Pronto soccorso".

Le schede di "deospedalizzazione protetta" contengono, oltre ai dati anagrafici, tutte le informazioni cliniche relative all'assistito che rendono evidente la difficoltà della dimissione dal punto di vista strettamente sanitario, utili ad una prima analisi delle esigenze di continuità terapeutica. In particolare esse permettono di raccogliere una serie di informazioni sulla situazione dell'assistito, della famiglia e del tessuto sociale, pregresse ed attuali, utili ad una prima analisi delle esigenze socio-assistenziali che si prospettavano per quel caso. Le schede prevedono una valutazione preliminare sulla possibilità o meno del rientro a domicilio e se la dimissione implica un'organizzazione non integrata (meno complessa) o integrata (più complessa).

Per realizzare questo servizio ogni giorno in media 8 infermieri⁵ (2 per distretto) accedono all'ospedale a seguito delle segnalazioni effettuate dai responsabili infermieristici dei reparti. È stato attivato uno specifico percorso per le "deospedalizzazioni protette" concordato tra i servizi territoriali dell'ASS1 e i servizi ospedalieri dell'AOUTS. Esso prevedeva in sintesi i seguenti due passaggi:

1. Entro 72 ore dal ricovero il responsabile infermieristico di reparto o un suo sostituto attiva la segnalazione di "deospedalizzazione protetta" attraverso l'invio della scheda deospedalizzati (tramite e-mail o telefax) al distretto di appartenenza. L'invio della scheda, quando necessario, è preceduto da un contatto telefonico con i servizi assistenziali territoriali per una più diretta presentazione delle problematiche.
2. Entro 72 ore dalla segnalazione il personale infermieristico del Servizio Infermieristico Distrettuale (SID) valuta il caso in reparto, approfondisce le problematiche segnalate, incontra se necessario i familiari dell'assistito e/o eventuali care-givers, si raccorda con il medico di famiglia, redige un piano assistenziale personalizzato, compila la scheda nella parte di propria competenza e stabilisce l'esito finale della valutazione attivando i servizi e le risorse necessarie (SID, Residenza Sanitaria Assistenziale, Hospice, struttura protetta, polifunzionale, servizi sociali, ecc.).

Stabilito l'esito, i dati contenuti nella scheda sono inseriti dal personale del SID nella "Linea Lavoro Unità di Valutazione" (LLUV) del Sistema Informatico Sanitario Regionale (SISR). Il monitoraggio del sistema si realizza attraverso riunioni periodiche tra responsabili infermieristici delle due Aziende, è affidato alla Direzione del Servizio Infermieristico dell'ASS1 ed interessa in particolare il numero delle deospedalizzazioni protette annuali, l'aderenza agli standard concordati, gli esiti delle segnalazioni ovvero i servizi attivati dai distretti.

⁵ Sono gli infermieri della S.C. Tutela Salute Adulti e Anziani.

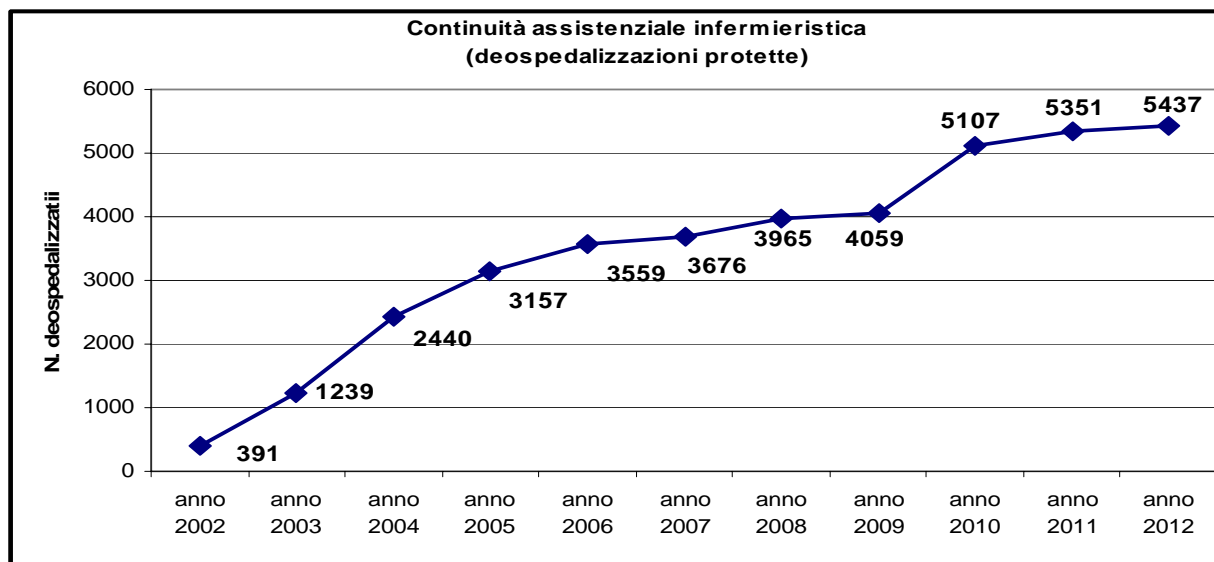


Risultati

Nel corso degli anni si è ridotto notevolmente il tasso di ospedalizzazione dell'azienda sanitaria triestina: dal 1998 al 2012 è passato da 236 a 156,9 su mille. Alla riduzione del tasso ha concorso anche lo sviluppo del Servizio infermieristico domiciliare che nel 2012 ha raggiunto 7711 assistiti a domicilio, ma un ruolo innegabile lo sta giocando anche il sistema della continuità assistenziale.

La continuità assistenziale è una delle funzioni dell'infermiere di comunità, non c'è presa in carico senza continuità assistenziale e viceversa. Presa in carico domiciliare e continuità assistenziale riducono i ricoveri medici ripetuti, documentati con tre ricerche effettuate nel 2007 e nel 2008. La prima⁶, realizzata su un campione di soggetti affetti da BPCO, ha rilevato una riduzione dei ricoveri medici del 34,2%, la domiciliare abbinata alla continuità assistenziale infermieristica è fattore protettivo (RR = 0.62 , 95% I.C. 0.47 – 0.79). Prescindendo dall'età e dalla patologia, su un campione di 150 assistiti della domiciliare, la seconda ricerca⁷ ha evidenziato una riduzione del 56.95% dei ricoveri medici (R.R. = 0.58 , 95% I.C. 0.44 – 0,76). La terza ricerca⁸, condotta su un campione di 102 assistiti a rischio di scompenso cardiaco, ha rilevato una riduzione del 69,94% dei ricoveri medici.

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2012 si sono realizzate 5437 deospedalizzazioni protette. Dal 2002 al 2012 il numero delle deospedalizzazioni è aumentato di quasi 14 volte passando da 391 a 5437 (Graf. 1. Fonte: INSIEL-SIASI- LLUV.).



⁶ M. Mislej F. Paoletti *L'infermiere di famiglia e di comunità*. Ed. Maggioli, Rimini 2008; 231.

⁷ M. Mislej, F.Paoletti con la collaborazione di R. Trabona, D. Canderlic, Gli assistiti presi in carico dal Servizio infermieristico domiciliare (SID) indipendentemente dalla patologia di attivazione, hanno una riduzione dei ricoveri medici e delle giornate di degenza. Studio di efficacia. *Giornale italiano di Scienze infermieristiche* 2008; IV – 8: 18.

⁸ L. Penzo Tesi di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Organizzazione dell'assistenza nello scompenso cardiaco: presa in carico ed impatto sulle riospedalizzazioni, relatore G. Sinagra, Università degli Studi di Trieste, A.A. 2007 – 08.



Le deospedalizzazioni nel 2000 interessavano il 3.2% degli over 75enni e nel 2012 hanno interessato il 46.8% (tabella n. 1).

Tabella n. 1 - deospedalizzazioni protette >75enni dimessi dall'AOUTS													
Anno	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
n. dimessi	13.199	12.588	12.458	12.387	12.037	12.035	11.996	11.858	11.403	11.281	11.354	11.428	11.605
T.O.	425	401	391	390	381	380	373	365	351	343	342	345	347
N. deosp. protette	431	299	391	1.239	2440	3.157	3.559	3.676	3.965	4.059	5.107	5.351	5.437
% deosp. protette	3.2	2.3	3.1	10.0	20.0	26.2	29.6	31.0	34.9	36.0%	45.0%	46.8%	46.8%

Le deospedalizzazioni protette interessano i servizi nel seguente modo: il Distretto 1 con il 21.4%, il Distretto 2 con il 20.1%, il Distretto 3 con il 32.4% e il Distretto 4 con il 26.1% (tabella 1).

Tab. 1 – n. deospedalizzazioni per distretto				
N. Deospedalizzazioni	Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
5.437	1.166 (21.4%)	1.093 (20.1%)	1.761 (32.4%)	1.417 (26.1%)

L'incremento tra il 2011 e il 2012 è pari al 4.8% (tabella 2).

Tab. 2 – incremento 2010-2011			
	Anno 2011	Anno 2012	Incremento
n. deospedalizzazioni protette	5.351	5.437	+ 86
n. medio di persone deospedalizz. al giorno*	20.6	20.9	+ 0,3

*Si intende un giorno feriale dal lunedì al venerdì (260 giorni/anno).

Delle 5437 deospedalizzazioni protette, 5143 si sono realizzate nei reparti, 294 al pronto soccorso.



Conclusioni

La gran parte dei ricoveri ospedalieri degli anziani è dovuta a pluripatologie. Il sistema della continuità assistenziale abbinato al Servizio infermieristico domiciliare in rete con i medici di medicina generale ed i servizi territoriali incide favorevolmente sulla riduzione dei ricoveri ripetuti e del tasso d'ospedalizzazione triestino.

E' utile evidenziare che gli assistiti *dimessi* dal Servizio infermieristico domiciliare, entrano nel sistema di follow-up. L'integrazione con i servizi sociali è attiva da lungo tempo ma ci si "scontra" ancora sui tempi d'intervento: veloci quelli sanitari, lenti quelli sociali. Al problema della tempistica, che è rilevante al fine di contenere la perdita delle abilità avviando precocemente un processo di abilitazione e riabilitazione, si aggiunge quello delle risorse sociali che scarseggiano notevolmente.

La realizzazione del *pronto intervento domiciliare*, da parte del Comune di Trieste, è un primo importante passo verso un'integrazione efficace ed efficiente del sistema della domiciliarità triestina. Si tratta di un servizio innovativo nato nel 2004 che consente immediati interventi a domicilio (assistenza alla persona, pasti, pulizie domestiche ecc.) per un breve periodo e prescindendo dal reddito della persona. E' molto richiesto dagli infermieri della domiciliare per assicurare le deospedalizzazioni protette.

I risultati sinora ottenuti fanno ritenere che il bisogno di continuità assistenziale è elevato e il suo margine d'azione, al fine di incidere positivamente sulla qualità di vita degli anziani a Trieste, è ancora molto ampio.

Dr,ssa Maila Mislej e dr. Rosolino Trabona

Trieste, 7 maggio 2013