

Maila Mislej
Dirigente infermieristico
S.C. Servizio Infermieristico
Aziendale
ASS n. 1 Triestina
E-mail: maila.mislej@ass
1.sanita.fvg.it

Flavio Paoletti
Responsabile infermieristico
Servizio Infermieristico
distrettuale Cure Primarie
Distretto 3
ASS n. 1 Triestina

Con la collaborazione di
Diego Canderlic e
Rosolino Trabona
Responsabili
infermieristici
S.C. Servizio Infermieristico
Aziendale
ASS n. 1 Triestina

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

Riassunto

Introduzione. La letteratura scientifica è unanime nel ritenere che l'assistenza infermieristica domiciliare migliori la qualità di vita degli anziani; controverse sono le valutazioni sulla riduzione dei ricoveri. L'obiettivo di questo studio è valutare se gli assistiti presi in carico dal servizio infermieristico domiciliare hanno una riduzione dei ricoveri medici e delle giornate di degenza indipendentemente dalla patologia e dall'età.

Pazienti e metodi. La popolazione è costituita dai 3.263 assistiti dal SID nel 2005. Per arrivare al campione si sono individuati i nuovi casi presi in carico nel 2005 escludendo i deceduti durante lo stesso anno, con randomizzazione semplice, si è poi estrapolato un campione di 150 persone. Si sono rilevati il numero di ricoveri medici e delle giornate di degenza avvenuti nell'anno antecedente la presa in carico del SID e nell'anno di presa in carico.

Risultati. La comparazione tra i due periodi ha evidenziato che i ricoveri si sono ridotti del 56,95%, le giornate di degenza si sono ridotte del 39,26%.

Conclusioni. Lo studio evidenzia che il modello della presa in carico del SID, indipendentemente dalla patologia di attivazione e dall'età, riduce significativamente i ricoveri e le giornate di degenza.

Introduzione

La ricerca è finalizzata a dimostrare che il modello della presa in carico del Servizio infermieristico domiciliare dell'ASS n. 1 Triestina, riduce notevolmente il fenomeno dei ricoveri ripetuti prescindendo dalla patologia e dall'età degli assistiti. Il modello prevede che il case manager – infermiere di distretto – assicuri:

- a) la programmazione della continuità assistenziale già durante il ricovero dell'assistito recandosi in degenza;
- b) un processo assistenziale olistico con la messa in rete del medico di famiglia, dei servizi sanitari, sociali, delle risorse della comunità locale (caregiver, volontari, giovani del servizio civile e vicini di casa).

L'atteggiamento è pro-attivo nel reperire le risorse utili al processo assistenziale e al recupero dell'autonomia. È parte di questo atteggiamento anche assicurarsi che sia garantita l'erogazione del gas se l'assistito (o la sua famiglia) non è in grado di pagare la bolletta (questi casi non sono infrequenti). L'infermiere deve essere un esperto sulle risorse della comunità e riconosciuto da quest'ultima come un autorevole professionista capace di attivare e integrare le risorse. Per queste ragioni l'infermiere di famiglia deve essere anche l'infermiere di comunità e viceversa. Deve essere un dipendente pubblico, perché un soggetto privato non avrebbe la forza istituzionale (ma neppure l'interesse) a promuovere processi assistenziali interdisciplinari e

integrati¹. La ricerca è iniziata dalle revisioni sistematiche *Cochrane* ed è proseguita nelle banche dati *Cinhal* e *Medline*. I criteri di selezione sono stati la pertinenza con il tema di ricerca e il modello assistenziale e la presenza di abstract in lingua inglese. Le *key words* utilizzate nelle banche dati sono: *case management, home care, discharge programme, hospital readmissions, benefits, cost, nurse, reduce hospitalisation*. Non abbiamo trovato revisioni sistematiche e studi che prescindessero dall'età degli assistiti oltre che dalla patologia, né studi che consentissero di valutare la corrispondenza dei modelli assistenziali al nostro. Onder², con uno studio condotto in 11 Paesi europei su una popolazione di oltre 2000 anziani, evidenzia come l'home care, basato sul case management, riduca il rischio di istituzionalizzazione e probabilmente i costi. Shepperd³, con una revisione sistematica di 11 RCTS sulla pianificazione della dimissione durante il ricovero ospedaliero, rileva risultati incerti sugli outcomes e i costi; medesimi risultati raggiunge lo stesso autore⁴ con una successiva revisione sistematica di 22 trial relativi all'ospedalizzazione a domicilio. Naylor⁵, con un RCT evidenzia che la programmazione della deospedalizzazione, unitamente all'home care degli anziani, riduce il fenomeno dei ricoveri ripetuti e i costi; un precedente studio dello stesso autore⁶ rilevava analoghi risultati confermati anche da Bernabei⁷.

Obiettivi

Lo studio su campioni appaiati ha l'obiettivo di valutare se gli assistiti presi in carico dal SID, rispetto a coloro che non ricevono questo servizio, hanno una riduzione del numero di ricoveri ospedalieri medici e delle giornate di degenza indipendentemente dalla patologia di attivazione e dall'età.

Materiali e metodi

La popolazione di riferimento è costituita dai 3.263 assistiti del SID continuato¹ del

2005. Per arrivare al campione di studio si sono individuati i nuovi casi presi in carico nel 2005 (2199 persone), si sono esclusi i deceduti durante l'anno di presa in carico arrivando ad una popolazione di riferimento di 1946 persone. Tra queste 440 risultavano in carico al SID continuato da almeno un anno, quindi abbiamo proceduto ad una randomizzazione semplice¹¹ costituendo un campione di 150 persone. Il campione è composto da 60 maschi e 90 femmine, l'età media è di 78,8 anni ($\pm 15,86$), con moda di 85 anni e mediana di 83 anni. Il range va da 6 a 101 anni. La distribuzione per età è normale tranne per due casi di età, 6 e 7 anni.

In particolare, l'88% del campione è over 65 ed è composto da 49 maschi (37%) e 83 femmine (63%) di cui il 56% vedove.

Il campione della ricerca rispecchia perfettamente la popolazione assistita dal SID durante il 2005 (3263 persone) anche nella distribuzione per sesso (tab. 1).

I dati sono stati raccolti nel mese di luglio 2007 su apposita scheda informatizzata utilizzando il Sistema Informativo Applicazioni Sanitarie Integrate (SIASI) della Regione FVG per rilevare gli assistiti con diagnosi clinica principale e il numero di ricoveri medici e delle giornate di degenza avvenuti nell'anno antecedente la presa in carico del SID e nell'anno di presa in carico nel 2005-2006. I dati raccolti sono: Codice Regionale di Assistenza (CRA) per ogni assistito; data di presa in carico SID continuato; numero accessi infermieristici durante la presa in carico SID; ricoveri medici nei periodi considerati. Gli indicatori di analisi sono il numero di ricoveri medici e giornate di degenza nei dodici mesi antecedenti la presa in carico e nei dodici mesi di presa in carico SID. L'analisi statistica è stata effettuata con il software Epi Info 3.4 e i calcolatori, basati su fogli di lavoro MS Excel, del sito del Centro Studi EBN dell'Ospedale S. Orsola Malpighi di Bologna⁸.

Parole chiave

Case management, assistenza domiciliare, programma di dimissione, reospedalizzazione, costo-beneficio, infermiere, riduzione degenza.

Summary

Introduction. The aim of this experimental study is to evaluate if the persons being cared for by the Home Care Nursing Service (HCNS) have fewer medical hospitalisations and if the duration of hospitalisations is likewise reduced, regardless of the pathology for which HCNS was initially activated and the age of the patients involved.

Patients and Methods. The population consisted of 3,263 HCNS patients in 2005. The randomised sample group of 150 patients was based on new HCNS patients in 2005, excluding those who died during the course of that year. The data was gathered in July 2007 in order to obtain the number of medical hospitalisations and days of hospitalisation during the year prior to HCNS treatment and for the year in which HCNS treatment was activated.

Results. Comparing the data for the two years shows that the overall number of medical hospitalisations was reduced by 56.95% and the total number of days of hospitalisation was reduced by 39.26%. The theoretical cost evaluated in DRGs was reduced by 57.47%.

Conclusions. The study shows that the particular model of HCNS, regardless of the pathology of activation and age, reduces hospitalisations and length of hospitalisation.

Key words

Case management, home care, discharge programme, hospital readmissions, benefits, cost, nurse, reduce hospitalisation.

¹ Per SID continuato si intende un servizio di assistenza domiciliare continuativo e prolungato nel corso dell'anno.

¹¹ Si è utilizzato il programma di calcolo EpiCalc2000.doc.

Tabella 1 - Popolazione assistita dal SID - 2005

	età = > 65 anni	maschi	femmine
Italia	11.592.335 persone (20,00%)	41,60%	58,40%
Provincia di Trieste	64.299 persone (27,00%)	39,00%	61,00%
Popolazione SID continuato	3263 persone (88,00%)	37%	63%
Campione di ricerca	150 persone (88,00%)	37%	63%

La scheda di raccolta dati consiste in un foglio dati MS Excel dove ad ogni riga corrisponde un record assistito numerato progressivamente e ad ogni colonna la variabile considerata.

Risultati

Nell'anno antecedente la presa in carico del SID, il 56% dei soggetti ha avuto bisogno di ricorrere ad uno o più ricoveri medici, con una media di 14,25 giornate di degenza per soggetto, di 13,31 considerando anche i non ricoverati, per un costo di degenza medio pro-capite, compresi i soggetti non ricoverati, di 4.531,567 euro. La durata media dei 151 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta) è stata di 7,92 giorni. Come evidenzia il grafico 1, tra gli 84 ricoverati, 18 assistiti lo sono stati due volte, 12 assistiti 3 volte, 6 assistiti da 4 a sette volte nell'anno. Durante l'anno di presa in carico del SID, la percentuale dei soggetti ricoverati è calata al 32,67%, con una media di 14,83 giornate di degenza per soggetto, di 4,84 giornate considerando anche i non ricove-

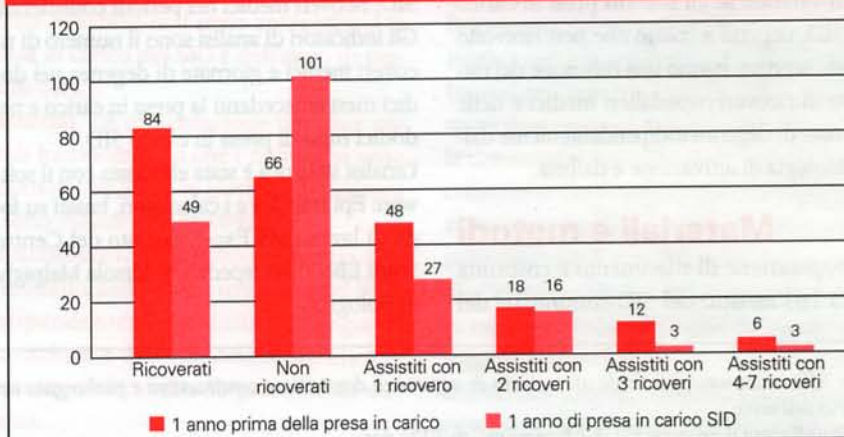
rati, per un costo di degenza medio del gruppo, compresi i soggetti non ricoverati, di 1.926,91 euro a persona. Il numero totale dei ricoveri medici è passato da 151 a 65, con una diminuzione del 56,95%, mentre i ricoverati nei periodi in esame sono passati da 84 a 49. Il R.R. è 0,58 (95% I.C. 0,44-0,76). La durata media dei 65 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta) si è attestata a 11,18 giornate. Tra i 49 ricoverati, 3 assistiti a causa del peggioramento della loro patologia sono stati ricoverati da 4 a 5 volte, 3 assistiti 3 volte e 16 assistiti 2 volte (graf. 1).

Discussione

La presa in carico del SID è globale e concreta; un indicatore di efficacia di tale modello assistenziale a domicilio è costituito dalla riduzione dei ricoveri ospedalieri. I risultati dello studio dimostrano questa efficacia indipendentemente dalla patologia di attivazione del SID e dall'età degli assistiti. Il numero degli assistiti che vengono ricove-

Lo studio evidenzia che il modello della presa in carico del Servizio infermieristico domiciliare è fattore protettivo, riduce notevolmente i ricoveri e le giornate di degenza

Grafico 1 - Ricoveri medici. Campione di 150 assistiti SID. Periodo 2004-2006



rati diminuisce del 41,67% durante la presa in carico (35 soggetti in meno rispetto agli 84 del periodo antecedente). La percentuale dei soggetti che vanno incontro almeno ad un ricovero passa dal 56% (84 soggetti) al 32,7% (49 soggetti), l'incidenza dei ricoveri passa da 151 a 65. Il numero delle giornate di degenza si riduce del 40,1% e i costi in misura proporzionale da 4.531,56 a 1.926,91 euro pro-capite (nelle due quote pro-capite è compresa l'intera popolazione in esame, compresi i soggetti che non hanno avuto ricoveri). Il numero delle giornate di degenza si riduce del 39,26%, passano da 1197 a 727 con un risparmio in giornate di ricovero del 39,26%. I costi in misura proporzionale passano da 4.531,56 a 1.926,91 euro pro-capite (nelle due quote è compresa l'intera popolazione, anche i soggetti che

non hanno avuto ricoveri). Il risparmio teorico in DRGs è del 57,47%.

Conclusioni

Lo studio evidenzia che il modello della presa in carico del Servizio infermieristico domiciliare è *fattore protettivo*, riduce notevolmente i ricoveri e le giornate di degenza. Considerando il totale dei ricoveri, la percentuale dei soggetti (di ogni età e prescindendo dalla patologia) che va incontro a ricovero passa dal 56% al 32,7%, il risparmio in ricoveri è del 56,95% (tabella 2). È probabile che, se allo sviluppo del SID si accompagnasse una riduzione e/o accorpamento di reparti medici ospedalieri, i costi della sanità si ridurrebbero. Quest'outcome secondario meriterebbe uno studio specifico ad hoc.

Tabella 2 - Confronto tra prima e dopo la presa in carico

	12 mesi prima	12 mesi dopo
n. soggetti che hanno avuto bisogno di ricovero	84	49
n. ricoveri medici	151	65
media pro-capite ricoveri	1	0,43
n. giorni di degenza	1197	727
media pro-capite giorni di degenza	13,31	4,84
costo in euro equivalente da DRGs	679.735	289.037
costo medio euro pro-capite da DRGs	4.532	1.927

Bibliografia

- Mislej M, Paoletti F. *L'infermiere di famiglia e di comunità. E il diritto di vivere a casa anche quando sembra impossibile...* Collana Sociale & Sanità, Maggioli Editore, gennaio 2008.
- Onder G, Liperoti R, Soldato M, Carpenter I, Steel K, Bernabei R, Landi F. *Case management and risk of nursing home admission for older adults in home care: results of the Aged in Home Care Study.* Journal of the American Geriatrics Society, 2007 Mar;55(3):439-44.
- Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. *Discharge planning from hospital to home.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2004;(1):CD000313.
- Shepperd S, Illiffe S. *Hospital at home versus in-patient hospital care.* Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005 Jul 20;(3):CD000356.
- Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. *Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial.* Jama 1999 Feb 17;281(7):613:20.
- Naylor MD. *Comprehensive discharge for the elderly.* Research Nursing Health 1990 Oct;13(5):327-47.
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P. *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community.* BMJ 1998 May 2;3126(7141):1348-51.
- File: calc_rct.xls accessibile all'indirizzo: <http://www.evidencebasednursing.it/calcolatori/calcolatoriEBN.htm>; Ultimo accesso il 12 gennaio 2008.