

## La validazione del modello - le ricerche sull'efficacia del servizio

Maila Mislej e Flavio Paoletti

L'assistenza infermieristica domiciliare migliora la qualità di vita degli anziani, questo è ormai un assunto della letteratura; viceversa sul fatto che riduca i ricoveri i risultati sono controversi. Spesso non è dato a comprendere se dietro ai risultati il modello è olistico o è prestazionale; se esso comprende o meno la continuità assistenziale. Anche quando è dichiarato olistico, quanto realmente lo è? Quanto le risorse in rete della comunità locale e quelle che noi chiamiamo eterodosse sono messe in gioco? Nella letteratura abbiamo trovato un'ottica centrata sulla patologia, si tratta di studi realizzati su campioni di anziani in rapporto a singole patologie e l'attenzione è posta sugli aspetti tecnico specialistici, poco nulla è detto sul resto dei bisogni di una popolazione quasi sempre composta da soggetti fragili.

Anche noi, per valutare i risultati del servizio, siamo caduti nella *trappola* della patologia. Abbiamo affrontato il tema della riduzione dei ricoveri con una prima ricerca sugli anziani affetti da Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO). Per altro si considera difficile ridurre il fenomeno dei ricoveri nei soggetti affetti da questa patologia, ciò non di meno i risultati della ricerca hanno evidenziato che la presa in carico a domicilio (com'è realizzata da noi) è fattore protettivo, riduce significativamente i ricoveri e le giornate di degenza. Il risparmio in ricoveri è del 34,2%.

Ma poiché:

- i bisogni/diritti dei nostri assistiti sono molteplici e non sono riferiti solo alla patologia;
- la presa in carico tiene conto delle variabili cliniche e di contesto, è altamente interdisciplinare ed integrata anche con le risorse non istituzionali della comunità locale (come si è cercato di dimostrare nei precedenti capitoli);

ciò detto, abbiamo ritenuto utile condurre un'ulteriore ricerca che analizzasse il fenomeno dei ricoveri prescindendo dalla singola patologia e dall'età dei nostri assistiti. I risultati di questa seconda ricerca dimostrano che la presa in carico è fattore protettivo in ogni caso. Il risparmio in ricoveri è del 56,95%.

## Prima ricerca

### **Gli assistiti affetti da Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva (BPCO) in carico al servizio infermieristico domiciliare hanno una riduzione dei ricoveri e delle giornate di degenza. Studio di efficacia su campioni appaiati**

con la collaborazione di Valentino Patussi<sup>i</sup>, Diego Canderlic e Rosolino Trabona<sup>ii</sup>

#### *Introduzione*

Nel nostro Paese le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte e tra queste la BPCO costituisce il 50-55% delle morti. La BPCO è correlata all'aumentare dell'età e colpisce circa il 15% degli anziani, maggiormente i maschi. In termini di ricoveri ospedalieri in Italia le BPCO risultano al settimo posto<sup>i</sup>. Il 4 aprile 2001 è stato avviato a livello internazionale il programma sanitario *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*<sup>iii</sup> che si propone la divulgazione e l'implementazione delle linee guida per la diagnosi, prevenzione e trattamento delle broncopneumopatie croniche ostruttive. Il programma identifica 5 stadi di gravità, in relazione alla progressione della patologia:

*Stadio 0:* definisce le persone a rischio. Gli individui che rientrano in questo stadio presentano tosse cronica ed espettorazione, ma la funzionalità respiratoria è ancora normale;

*Stadio I:* definisce un grado di BPCO lieve. Le caratteristiche di appartenenza a questo stadio sono rappresentate da una lieve riduzione del flusso aereo espiratorio ( $VEMS/CVF < 70\%$  ma  $VEMS \geq 80\%$  del teorico) e di solito, ma non sempre, tosse cronica ed espettorazione. A questo stadio il soggetto può non essere consapevole che la sua funzionalità respiratoria è ridotta;

*Stadio II:* definisce una BPCO moderata. In questa fase si ha un peggioramento dell'ostruzione bronchiale ( $50\% \leq VEMS < 80\%$  del teorico) e di solito la progressione dei sintomi, con dispnea che tipicamente insorge durante lo sforzo fisico;

*Stadio III:* definisce una BPCO grave. Si ha un ulteriore peggioramento dell'ostruzione bronchiale ( $30\% \leq VEMS < 50\%$  del teorico), un peggioramento della dispnea e frequenti riacutizzazioni che peggiorano la qualità di vita della persona. Le riacutizzazioni si osservano specialmente in pazienti con un  $VEMS < 50\%$  del teorico;

---

iValentino Patussi, Responsabile della S.C. Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro dell'ASS n.1 "Triestina".

ii Diego Canderlic e Rosolino Trabona responsabili infermieristici S.C. Servizio Infermieristico Aziendale dell'ASS n.1 "Triestina".

iii AA.VV, Progetto mondiale per la Diagnosi, il Trattamento e la Prevenzione della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva WHO 2004 Promosso in Italia dall'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), Società Italiana di Medicina Respiratoria (SIMER) e Fondazione Pneumologia UIP; [www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it).

Lo *Stadio IV*: definisce una BPCO molto grave. Si caratterizza con una severa riduzione del flusso aereo respiratorio (VEMS < 30% del teorico) e la presenza di insufficienza respiratoria cronica. La qualità di vita è scarsa e le riacutizzazioni possono essere pericolose per la sopravvivenza dell'individuo.

La ricerca bibliografica è stata effettuata iniziando dalle revisioni sistematiche COCHRANE e successivamente CINHALL e MEDLINE. I criteri di selezione sono stati la pertinenza con il tema di ricerca, gli studi pubblicati dal 1999 al 2007, la presenza di abstracts in lingua inglese.

Le key words utilizzate nelle diverse banche dati sono: *COPD, home care, hospital, benefits, costs, nurse, reduce hospitalisation*.

Non si sono trovati dati sufficienti per affermare che il servizio infermieristico domiciliare riduca i ricoveri. Alcuni studi evidenziano una riduzione delle giornate di degenza e delle riammissioni in ospedale in rapporto agli stadi della BPCO<sup>2</sup> ed i risultati migliori si rilevano con il grado moderato/lieve. La gran parte degli studi analizzati evidenziano la necessità di condurre ulteriori trial clinici randomizzati<sup>3</sup> (*key words: COPD, home care, hospital, benefits, costs, nurse, reduce hospitalisation*).

*Obiettivo primario*: valutare se gli assistiti con BPCO, presi in carico dal SID, rispetto a coloro che non ricevono questo servizio, hanno una riduzione del numero di ricoveri ospedalieri (BPCO e medici) e delle giornate di degenza.

*Obiettivo secondario*: valutare i costi, nei due periodi presi in esame, confrontando quelli ospedalieri, valutati in DRG's, e quelli del SID, valutati attraverso gli accessi infermieristici domiciliari.

### *Materiali e metodi*

Il campione scelto è composto dal 100% dei malati affetti da BPCO, con età uguale e maggiore di 65 anni, presi in carico dal SID continuato dal 1 gennaio al 31 dicembre 2006. Il criterio di inclusione, oltre all'età, è la diagnosi clinica principale di BPCO (codice G15), stilata all'interno della cartella infermieristica di ogni assistito. Sono esclusi coloro che non hanno come patologia principale la BPCO, anche se presente come causa secondaria di erogazione dell'assistenza e le persone decedute entro i sei mesi della presa in carico. Il campione è costituito da 65 soggetti, 34 maschi e 31 femmine, l'età media è di 80,8 ( $\pm 7.15$ ) anni con moda e mediana 82 anni. Il range va da 65 a 97 anni. La distribuzione del campione per età è normale.

L'effettuazione delle prese in carico del SID ha due picchi a gennaio e a settembre ed una depressione ad agosto. L'andamento stagionale delle prese in carico (in rapporto a solstizi ed equinozi) è il seguente : 20 inverno, 14 primavera , 17 estate e 14 autunno.

I dati sono stati raccolti dal 11 al 25 giugno 2007 su apposita scheda utilizzando il "sistema informativo applicazioni sanitarie integrate" (SIASI) della regione F.V.G. per rilevare gli assistiti

con diagnosi clinica principale di BPCO (codice G15) e il numero di ricoveri per BPCO e di ricoveri medici, delle giornate di degenza ed i costi in DRGs avvenuti nei sei mesi antecedenti la presa in carico del SID e nei sei mesi successivi di presa in carico nel 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 nei periodi considerati per BPCO e ricoveri medici.

Le codifiche della BPCO ( ICD9-CM 1.1.2001) sono le seguenti: bronchite cronica ostruttiva, con riacutizzazione; bronchite acuta con malattia polmonare cronica ostruttiva (BPCO); bronchite ostruttiva acuta e cronica; bronchite asmatica ostruttiva con riacutizzazione; enfisema associato a bronchite acuta e cronica. Non è stato possibile rilevare il grado di BPCO.

L'analisi statistica è stata effettuata con il software Epi Info 3.4 e i calcolatori del sito <http://www.evidencebasednursing.it/calcolatori/calcolatoriEBN.htm>,

#### *Risultati relativi ai ricoveri per BPCO*

Nel periodo precedente alla presa in carico del SID, il 76.9% dei broncopatici ha ricorso ad uno o più ricoveri, con una media di 26,6 giornate di degenza per soggetto, di 20,46 giornate considerando anche i non ricoverati. Il costo di degenza medio pro capite, compresi i soggetti non ricoverati, è stato di 8.448,66 €. La durata media dei 92 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta) è attestata a 14,4 giornate. Tra i 50 ricoverati, 22 lo sono stati più volte, da 2 a 5 ricoveri.

Durante la presa in carico il numero degli assistiti che vengono ricoverati diminuisce del 40% (20 soggetti in meno rispetto ai 50 del periodo antecedente). La percentuale dei soggetti ricoverati è calata al 46%, con una media di 26,5 giornate di degenza per soggetto, di 12,2 giornate considerando anche i non ricoverati. Il costo di degenza medio, compresi i soggetti non ricoverati, è stato di 6051,9 € a persona. Il numero totale dei ricoveri per BPCO è passato da 92 a 62 con una diminuzione del 32,6%, mentre i ricoverati nei periodi in esame da 35 a 15. L'R.R. è 0.60 (95% I.C. 0,44-0,80). La durata media dei 62 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta), la stessa si è attestata a 12,2 giornate. Tra i 30 ricoverati, 16 lo sono stati più volte, da 2 a 5.

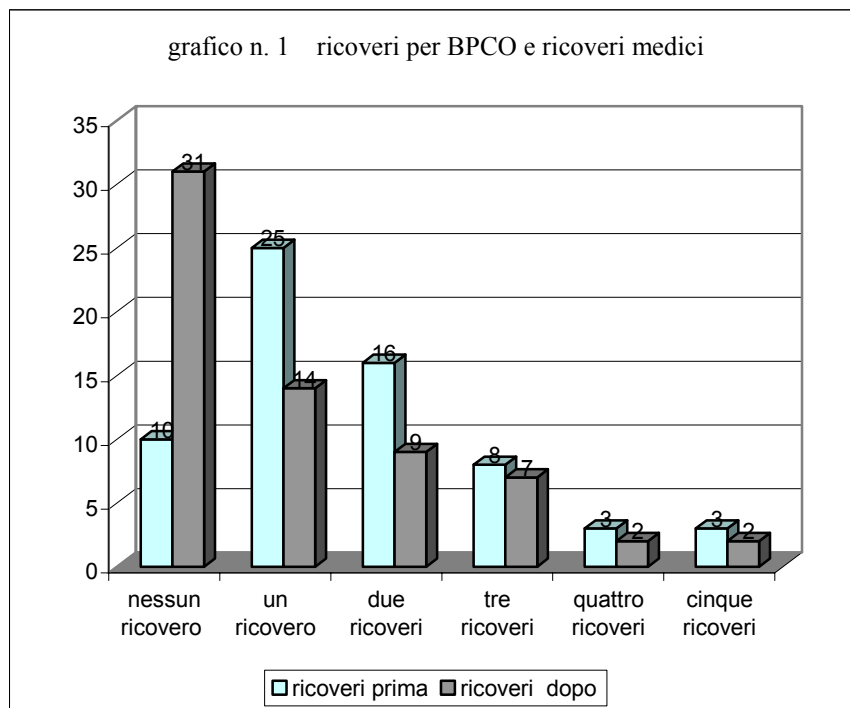
#### *Risultati relativi ai ricoveri medici*

Nel periodo antecedente la presa in carico il 18.4% dei soggetti ha ricorso ad uno o più ricoveri medici, con una media di 16 giornate di degenza per soggetto, di 2,9 considerando anche i non ricoverati, per un costo di degenza medio pro capite, compresi i soggetti non ricoverati, di 1148,27 €. La durata media dei 16 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta) è stata di 12 giorni. Tra i 12 ricoverati, 3 assistiti lo sono stati più volte, da 2 a 3.

Nel periodo di presa in carico la percentuale dei soggetti ricoverati è calata al 12,3%, con una media di 12,8 giornate di degenza per soggetto, di 1,58 giornate considerando anche i non ricoverati, per un costo di degenza medio del gruppo, compresi i soggetti non ricoverati, di 531,41 € a persona. Il numero totale dei ricoveri medici è passato da 16 a 9, con una diminuzione del 43.75%, mentre i ricoverati nei periodi in esame sono passati da 12 a 8. Il R.R. è 0.67 (95% I.C. 0,29-1,52). La durata media dei 9 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta) si è attestata a 11.4 giornate. Tra gli 8 ricoverati, 1 solo assistito è stato ricoverato 2 volte.

*Risultati relativi ai ricoveri totali BPCO e medici*

Considerando tutti i ricoveri dei soggetti, risulta che nel periodo antecedente la presa in carico l'84.6% dei soggetti ha avuto bisogno di ricorrere ad uno o più ricoveri, con una media di 27.7 giornate di degenza per soggetto, di 23.4 considerando anche i non ricoverati. Il costo di degenza medio del gruppo, compresi i soggetti non ricoverati, è di 9.596,9 € pro capite. Per quanto riguarda invece la durata media dei 108 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta), la stessa è stata di 14 giornate. Tra i 55 ricoverati, 30 lo sono stati più volte, da 2 a 5 (grafico 1).



Nel periodo della presa in carico, la percentuale dei soggetti ricoverati è calata al 52,3%, con una media di 26,4 giornate di degenza per soggetto, di 13,8 giornate considerando anche i non ricoverati, per un costo di degenza medio pro capite, compresi i soggetti non ricoverati, di 6.583,3 €. Il numero totale dei ricoveri è passato da 108 a 71, con una diminuzione del 34,2 %, mentre i ricoverati nei periodi in esame sono passati da 55 a 34. Il R.R. è 0.62 (95% I.C., 0,47 – 0, 79). La

durata media dei 71 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta) si è attestata a 12.6 giornate. Tra i 34 ricoverati, 20 sono stati ricoverati da 2 a 5 volte (tabella n.1).

tabella n. 1 confronto tra 6 mesi prima e 6 mesi dopo la presa in carico							
	n° soggetti che hanno avuto bisogno di ricovero	n° ricoveri per BPCO e medici	media pro capite ricoveri (65 soggetti)	Giornate di degenza	Media pro capite gg degenza (65 soggetti)	Costo in € equivalente, da DRG	Costo medio € pro capite (65 soggetti)
6 mesi prima	55	108	1,66	1523	23,4	623.801	9.596,9
6 mesi dopo	34	71	1,09	899	13,8	427.918	6.583,3

### Discussione

La presa in carico del SID riduce notevolmente i ricoveri ospedalieri. I risultati dello studio dimostrano questa efficacia in merito ai ricoveri per BPCO e ai ricoveri medici. Il numero degli assistiti che vengono ricoverati per BPCO diminuisce del 40%. Il numero delle giornate di degenza si riduce del 40,1%, ed i costi in misura proporzionale da 8.448,66 a 6.051,9 € pro capite (nelle due quote pro capite è compresa l'intera popolazione in esame, compresi i soggetti che non hanno avuto ricoveri).

Considerando il totale dei ricoveri (BPCO e medici), la percentuale dei soggetti che vanno incontro a ricovero passa dall'84.6% (55 soggetti) al 52.3% (34 soggetti). L'incidenza dei ricoveri sul semestre passa da 108 a 71 con un "risparmio" del 34,2% di ricoveri. Il numero delle giornate di degenza si riduce del 46,6%, passano da 1523 a 899 con un risparmio in giornate di ricovero del 40,97%.

I costi in misura proporzionale passano da 9.596,9 a 6.583,3 € 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 31,4%.

Nei sei mesi di presa in carico, il SID ha realizzato 1.164 accessi a domicilio degli assistiti per l'assistenza e/o il follow up. La media degli accessi pro capite è 17,9, la mediana è costituita da 11 accessi domiciliari. In base a valutazioni realizzate nel 2003 nell'A.S.S. 1 con il servizio economico finanziario, ogni accesso del servizio infermieristico a domicilio costa mediamente 35 € ed è comprensivo dei costi di personale, trasporto, strumentazioni/presidi e programmazione delle attività assistenziali e dell'attivazione della rete dei care givers. Il costo complessivo degli accessi infermieristici domiciliari è stato nel 2006 di circa di 40.740 €.

A questo costo si potrebbe supporre di dover aggiungere quello delle visite specialistiche (pneumologo e cardiologo, ect) effettuate durante il periodo di presa in carico, si ritiene invece che esse si sarebbero effettuate in ogni caso ed è anzi probabile che nel periodo di presa in carico siano

diminuite rispetto al precedente, tale ipotesi è in ogni caso da verificare con successivi studi. Ciò premesso si stima che, sommando il costo del SID al costo dei ricoveri, valutato in DRGs, avvenuto durante la presa in carico, il costo complessivo nel periodo di presa in carico dei 65 broncopatici è di circa 468.658 € .

### *Conclusioni*

Lo studio evidenzia che il SID è *fattore protettivo*, riduce significativamente i ricoveri e le giornate di degenza. Il risparmio in ricoveri è del 34,2%. 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. Poiché gli anziani sono di norma affetti da più patologie, la presa in carico tiene conto complessivamente delle variabili cliniche oltre che di contesto e quindi incide su tutti i ricoveri. Per tale ragione si ritiene utile condurre un ulteriore studio, che prescindendo dalla singola patologia e dall'età, con un campione randomizzato relativo ai 3.736 assistiti del SID continuato del 2006.

## Seconda ricerca

**Gli assistiti in carico al servizio infermieristico domiciliare (SID), indipendentemente dalla patologia di attivazione, hanno una riduzione dei ricoveri medici e delle giornate di degenza. Studio sperimentale su campioni appaiati**

con la collaborazione di Diego Canderlic e Rosolino Trabona

### Introduzione

Questa ricerca è finalizzata a dimostrare che il modello olistico della presa in carico, così com'è praticato dall'infermiere di comunità dell'A.S.S. n.1 Triestina, in particolare dal servizio infermieristico domiciliare, riduce notevolmente il fenomeno dei ricoveri ripetuti degli assistiti prescindendo dalla patologia e dall'età. La ricerca bibliografica è stata effettuata iniziando dalle revisioni sistematiche COCHRANE e successivamente CINHAL e MEDLINE. I criteri di selezione sono stati la pertinenza con il tema di ricerca e la presenza di abstracts in lingua inglese.

Le key words utilizzate nelle diverse banche dati sono: *case management, home care, discharge programme, hospital readmissions, benefits, cost, nurse, reduce hospitalisation.*

### Obiettivi

Lo studio sperimentale 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.

### Campione

La popolazione di riferimento è costituita dai 3.263 assistiti del SID continuato 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 semplice<sup>iv</sup> costituendo un campione di 150 persone. Il campione è costituito 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 over65 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 (tabella n.1).

---

<sup>iv</sup> Si è utilizzato il programma di calcolo EpiCalc2000.doc



tabella n.1	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%

### *Materiali e metodi*

I dati sono stati raccolti nel mese di luglio 2007 su apposita scheda informatizzata utilizzando il *sistema informativo applicazioni sanitarie integrate* (SIASI) della regione F.V.G. per rilevare gli assistiti con diagnosi clinica principale e il numero di ricoveri medici e delle giornate di degenza avvenuti nell'anno antecedenti 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 del sito <http://www.evidencebasednursing.it/calcolatori/calcolatoriEBN.htm>. La scheda di raccolta dati consiste in un foglio Excel dove ad ogni riga corrisponde un record assistito numerato progressivamente e ad ogni colonna la variabile considerata.

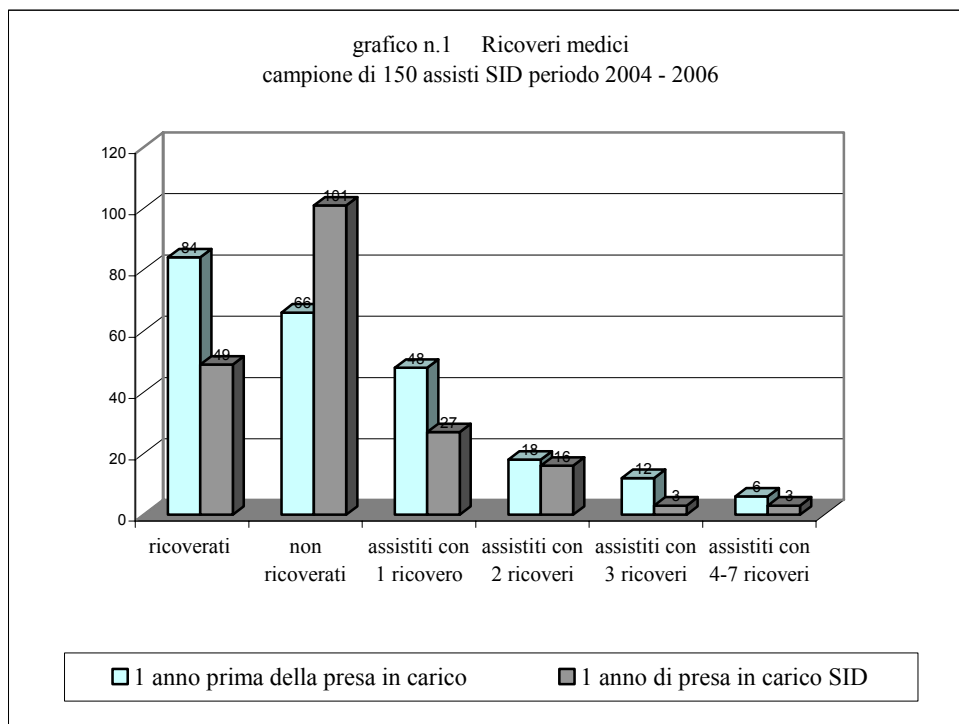
### *Risultati*

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 € . La durata media dei 151 ricoveri (comprese le persone ricoverate più di una volta) è stata di 7,92 giorni. Come evidenzia il grafico n. 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 ricoverati, per un costo di degenza medio del gruppo, compresi i soggetti non ricoverati, di 1.926,91 € a persona (tabella n.2).

tabella n. 2 Confronto tra prima e dopo la presa in carico							
	n° soggetti ricoverati	n° ricoveri medici	media pro capite ricoveri	gg di degenza	media pro capite gg degenza	costo in € DRG	costo medio € pro capite
12 mesi prima	84	151	1	1197	13,31	679.735	4.531,57
12 mesi dopo	49	65	0,43	727	4,84	289.037	1.926,91

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 (grafico 1).



### Conclusioni

La presa in carico del SID è globale e abilitante, un indicatore di efficacia di tale modello è costituito dalla riduzione dei ricoveri ospedalieri. I risultati dello studio dimostrano questa efficacia indipendentemente dalla patologia di attivazione del servizio e dall'età degli assistiti. Il numero degli assistiti che vengono ricoverati diminuisce del 41,67% durante la presa in carico (35 soggetti in meno rispetto agli 84 del periodo antecedente).

Il servizio infermieristico domiciliare è *fattore protettivo*. Considerando il totale dei ricoveri, la percentuale dei soggetti - di ogni età e prescindendo dalla patologia- che va incontro a ricovero

passa dall'56% al 32,7%. Il risparmio in ricoveri è del 56,95%. Il risparmio delle giornate di degenza è del 39,26%. Il "risparmio" teorico in DRGs è del 57,47%.

## **Conclusioni finali**

Se da un lato le enunciazioni di principio su come intendere la salute individuale e dei popoli si vanno affinando tanto da comprendere anche la salute dell'ecosistema e il grande tema della pace tra comunità e paesi, dall'altro ci ostiniamo a valutare i bisogni e ad organizzare l'assistenza in rapporto alle patologie, tant'è che anche la ricerca è obbligata a valutare gli esiti in relazione alla patologia.

Nel nostro Paese un altro gap è costituito dalla teoria che anima le riforme sanitarie e sociali e il reale sistema dei servizi. Si predica da trent'anni la necessità di sviluppare servizi territoriali integrati (che meglio dell'ospedale si prestano a gestire bisogni/diritti delle persone affette da malattie cronico degenerative) senza che ciò realmente accada diffusamente sul territorio delle regioni.

E' nostra convinzione che è necessario colmare il gap tra enunciazioni e teoria e organizzazione dei servizi, tra teoria e pratiche quotidiane.

Il nostro servizio domiciliare non è organizzato in rapporto alle patologie e utilizza un approccio olistico, ben si presta dunque a colmare questo gap. Le storie vere narrate nel secondo capitolo testimoniano che l'enunciazione e la teoria possono trovare concretezza nell'organizzazione e nelle pratiche giornaliere. Inoltre, quando la teoria si traduce in prassi e risultati si alza notevolmente la motivazione del personale e la responsabilizzazione del singolo.

Ma siamo anche convinti che la necessità di liberarsi dall'enfasi sulla patologia non riguarda solo i servizi territoriali. La presa in carico si può realizzare anche nei reparti ospedalieri e ovunque.

I nostri colleghi ospedalieri, realizzando ogni giorno la continuità assistenziale con noi del territorio, non fanno altro che passare il testimone di una presa in carico che loro hanno già realizzato a letto del malato valutando complessivamente i suoi bisogni. Anche l'organizzazione dei servizi ospedalieri dovrebbe essere pensata non già in rapporto alla patologia ma alla complessità dei bisogni dei malati e per intensità di cure.

---

<sup>1</sup> Compendio del SSN 2001-2003, Ministero della Salute, 2005; [www.ministerodellasalute.it](http://www.ministerodellasalute.it) (ultimo accesso 08/2007).

<sup>2</sup> Smith B., Appleton S., Adams R., Southcott A., Ruffin R., "Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease", in *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 1.

---

<sup>3</sup> Shepperd S., Iliffe S., “Hospital at home versus in-patient hospital care”, in *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 Issue 1.

## **Bibliografia**

Bernabei R., Landi F., Gambassi G., Sgadari A., Zuccala G., Mor V. at all., “Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community”, in *BMJ Journal*, 1998 may 2, 316(7141), p.1348-51

Boxall AM., Barclay L., Sayers A, Caplan GA., “Managing chronic obstructive pulmonary disease in the community. A randomized controlled trial of home-based pulmonary rehabilitation for elderly housebound patients”, in *Journal Cardiopulmonary Rehabilitation*, 2005; 25(6), p.378-385

Centre for Reviews and Dissemination. University of York U.K, “Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta\_regression analysis”, in *Jama*, 2002;287(8), p.1022-28

Creditor MC., “Hazards of hospitalization of the elderly”, in *Annals of Internal Medicine*, 1993 Feb 1;118(3), p.219-23

Cullum NA., Nelson EA., Fletcher AW., Sheldon TA., “Compression for venous leg ulcers”, in *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software 2001(2)

Dosa D., “Should I hospitalize my resident with nursing home-acquired pneumonia?”, in *Journal of the American Medical Directors Association*, 2006 Mar;7(3 Suppl), p.74-80

EBN Reviews. *ACP Journal Club*. “Home visit for elderly persons after hospital discharge”, in *ACP Journal Club* 1993 May-Jun, p.118:79

Fenton JJ., Levine MD., Mahoney LD., Heagerty PJ., Wagner EH., “Bringing geriatricians to the front lines: evaluation of a quality improvement intervention in primary care”, in *Journal of American Board of Family Medicine*, 2006 Jul-Aug;19(4), p.331-9

Hellstrom L., Ekelund P., Milsom I., Mellstrom D., “The prevalence of urinary incontinence and use of incontinence aids in 85-year old men and women”, in *Age Ageing*, 1990 Nov;19(6), p.383-9

Latour CH., Bosmans JE., van Tulder MW., de Vos R., Huyse FJ., de Jonge P., van Gement LA., Stalman WA., “Cost-effectiveness of a nurse-led case management intervention in general medical outpatients compared with usual care: an economic evaluation alongside a randomized controlled trial”, in *Journal of Psychosom Research*, 2007 Mar;62(3), p.363-70

Mani R., Vowden K., Nelson EA., “Intermittent pneumatic compression for the treatment of venous leg ulcers”, in *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software 2001(4);

---

Mc Daniel HB., Marston WA., Farber MA., Mendes RR., et al., "Recurrence of chronic venous ulcers on the basis of clinical, etiologic, anatomic, and pathophysiologic criteria and air plethysmography", in *Journal of Vascular Surgery* 2002; 35, p.723-28.

Mecocci P., von Strauss E., Cherubini A., Ercolani S., Mariani E., Senin U., Winblad B., Fratiglioni L., "Cognitive impairment is the major risk factor for development of geriatric syndromes during hospitalization: results from GIFA study", in *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 2005;20(4), p.262-9

Naylor MD., "Comprehensive discharge for the elderly", in *Research Nursing Health*, 1990 Oct;13(5), p.327-47

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", in *Jama*, 1999 Feb 17;281(7), p.613:20

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.", in *Journal of the American Geriatrics Society*, 2007 Mar;55(3), p.439-44

Panella M., "I percorsi assistenziali", in *Care* 2004; 6,: p.21-22

Partsch H., Damstra RJ., Tazelaar DJ., Schuller-Petrovic S., et al., "Multicentre, randomised controlled trial of four-layer bandaging versus short-stretch banding in the treatment of venous leg ulcers", in *Vasa* 2001; 30(2), p.108-13;

Poole PJ., Chase B., Frankel A., Black PN., "Case management may reduce length of hospital stay in patients with recurrent admissions for chronic obstructive pulmonary disease", in *Respirology*, 2001 Mar;6(1), p.37-42

Rea H. McAuley S., Stewart A., e al., "A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with COPD", in *Internal Medicine Journal* 2004; 34(11), p.608-614.

Saltvedt I., Saltnes T., Mo ES., Fayers P., Kaasa S., Sletvold O., "Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study", in *Aging Clinical and Experimental Research*, 2004 Aug;16(4), p.300-6

---