



disponibile su www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



ARTICOLO ORIGINALE

La dimissione del paziente anziano fragile con complessità assistenziale: un problema o una sfida?

Hospital discharge of frail, elderly patients with complex care needs: a problem or a challenge?

Elisabetta Silingardi^{a,*}, Denise Lombardi^a, Antonio Balotta^b

^a UO Anziani e Disabili Fisici e Sensoriali (Direttore ad interim: Dr.ssa Elisabetta Silingardi), Azienda USL Rimini

^b UO Geriatria (Direttore: Dr Carlo Sozzi), Ospedale Bufalini, Azienda USL Cesena

Ricevuto il 9 dicembre 2010; accettato il 28 gennaio 2011
disponibile online il 14 aprile 2011

KEYWORDS

Hospital discharge;
Frail elderly patients;
Intermediate care.

Summary

Introduction: The increase in patients with chronic disease that require on-going care is creating difficulties for the public health system, which have prompted recent attempts to remodel the system with a generalized reduction in the number of hospital beds and the implementation of services designed to promote home health care. Intermediate care is an opportunity to support timely discharge from acute-care facilities and promote functional recovery, but its efficacy requires a strong, complete and comprehensive assessment to ensure appropriate admission.

Materials and methods: The *Care Continuity Service* of Rimini is a multiprofessional team that supplies support and counselling for acute hospital wards and training for nursing and medical professionals to develop their assessment skills.

Results: A questionnaire filled out by the staff of acute-care internal medicine wards in the Greater Romagna Area has revealed ambiguities in the use of terms like “social” and “complex care needs.” It also documents difficulties in the early identification of patients likely to experience problems if they are discharged from the hospital directly to their homes.

Discussion: To ensure prompt identification of these patients, we must identify/develop a screening instrument or clinical-functional method that can be used in acute-care hospital wards to plan discharges. The aims of intermediate care are to reduce hospital stays and improve continuity of care, but specific know-how and expertise are needed if these goals are to be met. Specific staff training programs and a patient-centred model are essential to ensure an acceptable cost-benefit ratio.

© 2011 Elsevier Srl. All rights reserved.

* Corrispondenza: UO Anziani e Disabili Fisici e Sensoriali, via Coriano 38 - 47900 Rimini.
E-mail: esilingardi@auslrn.net (E. Silingardi).

Introduzione

La rimodulazione dell'organizzazione dei servizi sociosanitari negli ultimi decenni scaturisce dalla necessità di garantire la sostenibilità economica del welfare state a fronte del progressivo aumento di un'utenza portatrice di patologia cronica, e quindi con un elevato bisogno di cura, che richiede peraltro risposte sanitarie e sociali integrate tra loro. Si è pertanto assistito a una contrazione dei posti letto e delle giornate di degenza nell'area ospedaliera e, viceversa, a uno sforzo di implementazione dei servizi a sostegno della domiciliarità nell'area territoriale. L'istituzione, nella nostra Regione, del "Fondo regionale per la non autosufficienza" rientra in una di queste iniziative.

Il dialogo tra le due aree non è sempre agevole, in quanto all'ospedale sono attribuite spesso un'eccessiva urgenza dimissoria e una scarsa capacità di lettura della sostenibilità della domiciliazione, al territorio tempi spesso non allineati ai ritmi ospedalieri e una cultura ancora troppo prestazionale e, quindi, non in grado di effettuare una vera presa in carico del paziente.

In tale scenario si inserisce, a partire dagli anni Novanta, un'area variamente definita come "intermediate care", "transitional care", "area della post-acuzie", "strutture intermedie", a volte anche con significati confusivi, che si vuole comunque principalmente caratterizzare come un'area "di cerniera" tra ospedale e domicilio [1,2].

La letteratura è concorde nell'individuare nel governo dell'accesso alle cure intermedie il nodo cruciale per garantirne l'efficacia. In altre parole solo la giusta cura, nel posto giusto e nei tempi opportuni è garanzia dell'efficacia del percorso di continuità assistenziale, inteso come presa in carico globale del soggetto rispetto a un percorso ininterrotto che fornisca risposte appropriate ai diversi bisogni assistenziali, nel delicato passaggio da un contesto di cura all'altro [3]. Quindi: garanzia di appropriatezza attraverso un processo valutativo robusto, completo, competente e con carattere di multidimensionalità.

Se è assodato che la valutazione multidimensionale è lo strumento cardine a garanzia dell'appropriatezza per l'accesso alle cure intermedie [4], non è ancora del tutto

definito a chi competa tale funzione valutativa, se debba cioè essere di competenza di un'unità valutativa esterna, oppure se si possa optare per una valutazione multidimensionale autogestita da parte dei professionisti delle Unità Operative (UO) per acuti.

Iniziano tuttavia a esservi evidenze a sostegno dell'idea che una stretta collaborazione tra medici e infermieri all'interno delle UO migliori i processi assistenziali [5,6].

Il Nucleo Operativo Aziendale per la Continuità Assistenziale di Rimini

Nell'esperienza riminese, il Nucleo Operativo Aziendale per la Continuità Assistenziale (NOA) viene costituito nel 2008 con l'obiettivo primario del supporto e della formazione per le UO ospedaliere.

Costituito da un team multiprofessionale – formato da un medico geriatra, un coordinatore infermieristico, un assistente sociale, un responsabile delle attività assistenziali – è situato all'interno del principale presidio ospedaliero della provincia di Rimini, ma dipende dal Dipartimento di Cure Primarie.

Svolge un ruolo centrale di snodo tra ospedale, strutture intermedie e domicilio, intrecciando rapporti molto stretti con il Punto Unico di Accesso alle Cure Domiciliari.

Di fatto, accentra in un unico servizio le funzioni di gestione delle graduatorie per l'accesso alle strutture intermedie, di valutazione diretta per i casi più complessi, ma, soprattutto, di formazione sul campo per l'acquisizione di competenze valutative da parte dei professionisti delle UO ospedaliere, con la finalità di promuovere appropriatezza di allocazione e di progetto (fig. 1).

I dati relativi a 2 anni e mezzo di attività sono indicativi di un progressivo miglioramento dell'appropriatezza delle segnalazioni. Questo si evince sia da una significativa riduzione delle richieste multiple per strutture intermedie (maggiore appropriatezza allocativa), sia da una lenta ma progressiva riduzione delle segnalazioni in tempi incongrui (inferiori a 3 giorni) per le domiciliazioni protette con attivazione del Punto Unico per le Cure Domiciliari (tabella 1).

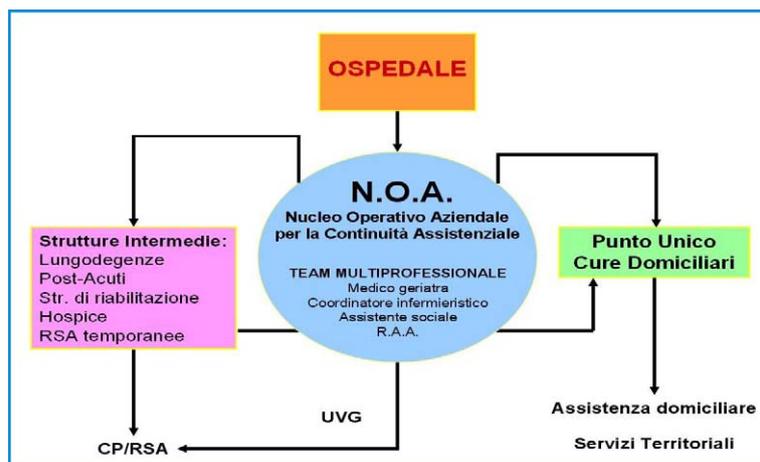


Figura 1 Struttura del Nucleo Operativo Aziendale per la Continuità Assistenziale (NOA) di Rimini.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3474813>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3474813>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)