

Progetto Valdesi

“Dimissione protetta, con successiva presa in carico per soli 3 mesi in un servizio di assistenza domiciliare socio-sanitario, per pazienti > 70 anni con patologie croniche, che si ricoverano in reparti ospedalieri per peggioramento temporaneo delle condizioni cliniche.”

Relazione dei primi quattro mesi del progetto (1 dicembre 2011- 31marzo 2012)

Il progetto è iniziato il 1 dicembre del 2011 con la dimissione verso il servizio domiciliare della Ryder Italia Onlus (RIO) di pazienti dimessi da due strutture ospedaliere, l’Ospedale Santo Spirito (DEA) e l’Ospedale San Camillo (Reparto Neurologia). L’avvio del progetto è stato preceduto da una serie di incontri dei responsabili del personale del servizio domiciliare della RIO, ed i responsabili degli Ospedali coinvolti nel progetto, per poter decidere una modulistica atta a raccogliere dati socio-sanitari che permettesse la dimissione guidata come prevista dal progetto. In questi primi 4 mesi la presa in carico dei pazienti è avvenuta attraverso la compilazione di una serie di moduli (*allegati A-B*), preparati in accordo tra il personale del reparto di dimissioni e il personale della Ryder Italia Onlus (RIO). L’inizio dell’assistenza prevede l’invio, da parte della struttura ospedaliera tramite fax o e-mail, dei moduli (*allegati A-B*) dove si evidenziano le generalità del paziente, il numero di telefono di casa e dei familiari, e il numero del telefono del medico di base, oltre al foglio di dimissioni ospedaliere, compilato dai medici del reparto. In questo modo, il centro d’ascolto della RIO, contatta i familiari del paziente, il paziente stesso e il medico di base, per avvertirli di una prossima visita di un medico delle RIO, presso il domicilio del malato. Ottenuto il consenso dal medico di base e dai familiari, nel giro delle 24-48 ore, a seconda dell’urgenza posta dai medici dell’ospedale dimissionario, il paziente viene preso in carica dal servizio di assistenza domiciliare della RIO e il giorno successivo alla prima visita viene compilato il Piano Assistenziale Integrato (PAI – *allegato C*).

MATERIALI E METODI

Nei primi quattro mesi sono stati presi in carica 19 pazienti: dalla tabella 1, si può vedere la fascia di età, il sesso ed il quadro patologico che è stato motivo di ricovero al pronto soccorso o in ambiente ospedaliero. La tabella 2, evidenzia il numero dei giorni di presa in carico in assistenza domiciliare, ed i pazienti sono distribuiti nelle tre fasce di 30-60 e 90 giorni. Alcuni di questi, sono ancora in carica, come previsto dal progetto. La tabella 3, è la più interessante, perché evidenzia il numero di servizi erogati senza scendere in particolare sulla tipologia dei servizi stessi (visite mediche, infermieristiche o di fisioterapia, ecc), che vengono invece riportati dalla tabella riassuntiva acclusa a questo documento. Da questi dati preliminari, si evidenzia che il 50% dei pazienti se dimessi precocemente dall’ospedale, possono preservare una buona autonomia, come si evidenzia dal basso numero di visite necessarie per la continuazione dell’assistenza a domicilio. Nell’altro 50% dei pazienti il numero di visite è più elevato per la gravità del quadro clinico. Dei tre

pazienti (in fase terminale) deceduti successivamente per la patologia oncologica, tutti hanno avuto più di sette visite a settimana nel periodo in cui sono stati presi in carico.

Tab1	Sesso e fascia di età dei pazienti Patologia dei pazienti presi in carico
	<ul style="list-style-type: none"> • 1 paziente < 70 anni • 7 pazienti < 75 anni • 8 pazienti tra 76-85 anni • 3 pazienti > 85 anni <p>A. Pazienti di sesso femminile 13 B. Pazienti di sesso maschile 6</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • N. 6 pazienti Patologia cardiovascolare • N. 4 pazienti Patologia polmonare BPCO • N. 6 pazienti Neoplasie • N. 3 pazienti Patologia neurologica

Tab2	Giorni di presa in carico
	<ul style="list-style-type: none"> • 11 pazienti < di 30 giorni = 5 attualmente in assistenza - 2 affidati al medico di base - 1 ricovero in RSA - 3 deceduti (oncologici) • 5 pazienti tra 30 e 60 giorni : 2 in carica - 1 affidati ai servizi territoriali - 1 ricoverato per frattura - 1 ricoverato in hospice – • 3 pazienti > 60 giorni: 3 in carica -

Tab3

Numero di servizi /settimana

- **7 pazienti** hanno ricevuto in media una visita a settimana
- **3 pazienti** hanno ricevuto in media tra una e due visite a settimana
- **6 pazienti** hanno ricevuto in media da due e sette visite a settimana
- **3 pazienti** hanno ricevuto più di sette visite a settimana (in base alle condizioni cliniche).

Discussione

Come si può vedere da questi primi quattro mesi, il numero dei pazienti assistiti non è molto elevato, perché si è deciso di avviare il progetto, in collaborazione con un solo pronto soccorso, (Santo Spirito) e prendendo in assistenza saltuariamente alcuni pazienti dimessi dal Reparto di Neurologia del San Camillo. Come si può vedere, il progetto originario presentato e parzialmente finanziato dalla Comunità Valdese (*allegato D*), prevedeva la presa in carico di pazienti ad alta intensità assistenziale, ovvero pazienti che necessitano da 5 a 7 visite a settimana. Nella realtà, i pazienti più gravi che richiedono una assistenza di media od alta intensità di assistenza, probabilmente per motivi medico legali, prolungano il ricovero in ambiente ospedaliero, ove si preferisce una dimissione di pazienti dotati di una maggiore autonomia, che possono rientrare nel proprio domicilio con la richiesta di un minor numero di servizi territoriali.

Per quanto riguarda l'aspetto socio-sanitario nonostante il ridotto numero di pazienti in carica si evidenzia la necessità di una rete extraospedaliero che coordini l'esecuzione di controlli ematologici (il controllo INR presso i centri TAO), esami del sangue, o l'effettuazione di visite specialistiche (cardiologiche o bronco-pneumologiche, etc), presso ambulatori territoriali, dove è di solito necessaria una prenotazione e frequentemente, anche la possibilità di un servizio di accompagnamento. Nel corso dei primi 4 mesi, è stato sempre attivato l'intervento del Medico di Medicina Generale (MMG) e contattata l'assistenza domiciliare distrettuale (CAD), anche se quest'ultimo servizio può presentare il problema frequente di una lista d'attesa per farsi carico dei pazienti stessi. Non a caso, uno degli obiettivi del progetto, è quello di supportare inizialmente la successiva presa in carica, da parte dei servizi domiciliari territoriali già esistenti, in modo da permettere una continuità assistenziale tra ospedale e territorio, in particolare con il Medico di Medicina Generale ed i CAD. Lo scopo principale del progetto, è di prendere in assistenza soprattutto pazienti anziani, per i quali il ricovero prolungato, può comportare un peggioramento delle condizioni cliniche, e quindi una maggiore difficoltà nel riportare gli stessi ad un buon livello di autonomia.

Un ulteriore obiettivo del progetto, che necessita di una sperimentazione di almeno 10-12 mesi, è quello di prevenire un eventuale nuovo ricovero del paziente per il peggioramento della patologia, causa della precedentemente ospedalizzazione. I dati

internazionali, dimostrano, infatti, che le persone anziane ricoverate in un pronto soccorso, nell'anno successivo, presentano una percentuale del 30-40% di ulteriori accessi al DEA, spesso dovuti al peggioramento della stessa patologia che aveva caratterizzato il precedente ricovero.

L'esperienza dei primi 120 giorni, sembra indicare la necessità di raccogliere, con l'aiuto dei servizi sociali all'interno dell'ospedale, una serie d'informazioni fondamentali sull'ambiente familiare, l'habitat, il possibile caregiver domiciliare, l'esistenza di servizi socio-sanitari sul territorio, tutti aspetti essenziali per l'assistenza domiciliare extraospedaliera. Infatti, non si considera mai che l'ospedale, quando ricovera un malato si fa carico, sia della parte sanitaria (visite medici, infermieristiche, esami diagnostici, etc), sia della parte sociale (vitto, alloggio, ecc.), mentre nel momento delle dimissioni a domicilio, l'efficacia di un servizio territoriale dipende da numerosi fattori: la presenza di un caregiver efficiente ed affidabile, le necessità sociali del malato (presenza di un nucleo familiare) e la relativa autonomia del paziente nelle esplicare le normali attività quotidiane, (preparazione pasti, spesa, ecc), oltre alla disponibilità da parte dei servizi territoriali (MMG e CAD) ad intervenire, non solo con visite programmate, ma anche in situazioni di urgenza, o nel corso dei week end e, se possibile, anche durante la notte.

Conclusioni

Nel proseguimento del progetto, è nostra intenzione migliorare il rapporto diretto con i vari reparti ospedalieri, allo scopo di prendere in carica anche pazienti anziani che necessitano di una più alta continuità assistenziale, per esempio pazienti con ulcere da decubito, o ferite chirurgiche, o pazienti che necessitano di terapia infusionale, ovvero malati che tendono a utilizzare il ricovero ospedaliero per effettuare una terapia, anche con frequenza quotidiana, che dal punto di vista economico, non giustifica il ricovero in ambiente ospedaliero. Da questa iniziale sperimentazione, è stata possibile individuare le linee generali di una rete territoriale di supporto in ambito extraospedaliero, che permetta la dimissione dall'ospedale sul territorio, con l'affidamento dei malati ai Medici di Medicina Generale e ai Servizi di Assistenza domiciliare, facilitandone la continua integrazione, in modo da favorire un flusso costante tra i vari servizi sanitari, in base alle condizioni cliniche ed alle necessità del paziente stesso.

Nonostante il limite dovuto al basso numero di malati, è possibile convalidare la fattibilità del progetto stesso. I risultati finali del progetto, elaborati su un numero maggiore di pazienti, (almeno 100) potranno cominciare ad offrire un quadro più dettagliato del numero dei servizi territoriali necessari per permettere una dimissione guidata dei pazienti anziani che affluiscono ad un pronto soccorso, in seguito ad un temporaneo peggioramento della patologia cronica di cui sono affetti. La creazione di una rete extraospedaliera, che faciliti il coordinamento tra l'ospedale e i servizi territoriali, permetterebbe al primo di riacquisire la funzione di luogo di ricovero solo per emergenze o per l'assistenza a patologie complesse e riaffidare ai servizi territoriali l'assistenza dei malati affetti da patologie croniche, che incidono secondo i dati internazionali per il 70-80% dei costi della Sanità.

Dalla tabella riepilogativa acclusa a questa breve relazione, si evince il costo per paziente in base ai servizi effettuati dalla Ryder Italia Onlus, (RIO) nel corso dei



primi quattro mesi del progetto. Bisogna considerare che in questo rendiconto economico, non sono stati inclusi i costi dell'assistenza ai pazienti oncologici in fase terminale, che rientrano in un servizio già attivo dalla Ryder Italia Onlus, che viene finanziato in altro modo.

Il costo medio per paziente per i primi 4 mesi è stato di circa 391,05€ con un costo medio per visita di 30,70 €. E' opportuno considerare che alcuni pazienti, ovvero quelli ancora in carica alla fine del quarto mese, presenteranno un costo futuro e quindi saranno rendicontati nei 4 mesi successivi.

E' possibile comunque prevedere che, se la tipologia dei pazienti rimane la stessa per i prossimi mesi, con il finanziamento ottenuto dalla Comunità Valdese, sarà possibile assistere oltre 100 di questi pazienti. Questo dato è suscettibile di modifiche se dovessero essere dimessi pazienti che richiedono una più alta intensità assistenziale. In quest'ultima categoria, sono inclusi i pazienti in fase terminale che, se affetti da patologia oncologica, verranno presi in carica direttamente dal servizio della RIO, il cui costo non verrà addebitato al progetto finanziato dalla Comunità Valdese.

Questo dato è evidenziabile nella tabella dei pazienti di colore viola, dove il numero di visite dei vari specialisti nella riga superiore, corrisponde all'inserimento del Progetto Valdese, mentre quello della riga inferiore, evidenzia l'assistenza della Ryder Italia Onlus. In questo modo è possibile contenere parzialmente il costo di questo progetto suddividendolo tra l'associazione RIO, che si fa carico di gran parte delle visite dei pazienti in fase terminale, mentre l'addebito al progetto finanziato dalla Comunità Valdese tutte gli altri servizi necessarie per l'assistenza ai pazienti anziani non in fase terminale. Questa breve relazione, conferma l'ipotesi avanzata dal progetto che sia possibile attivare una dimissione guidata dei pazienti anziani ricoverati in un pronto soccorso, ed un servizio di assistenza domiciliare.

Dott. Giovanni Creton

Riepilogo Allegati:

- A. Allegato Scheda Sociale S. Spirito;
- B. Scheda sanitaria DEA ;
- C. Piano assistenziale Individuale
- D. Progetto Valdesi
- E. Tabella pazienti presi in carica