

I REINGRESSI IN OSPEDALE: COME AFFRONTARLI?

PROPOSTA PER UNO STUDIO IN UNA POLAZIONE SPECIFICA: IL PAZIENTE ANZIANO FRAGILE AFFETTO DA FRATTURA DI FEMORE E RICOVERATO IN ORTOGERIATRIA

INTRODUZIONE

I reingressi ospedalieri rappresentano una vera e propria epidemia nella popolazione anziana fragile. La convinzione comune è che debbano essere meglio organizzati i servizi volti da un lato alla prevenzione e dall'altra, nel paziente anziano ricatizzato, alla capacità di intensificare la diagnosi e la cura sul territorio, usando l'ospedale senza ricorrere al ricovero. Tuttavia, è necessario contestualizzare per tipologia di paziente i bisogni, per organizzare servizi efficaci ed efficienti. Per questo, sarebbe necessario individuare le caratteristiche generali per tipologia di paziente per comprendere quali sono, se esistono, i fattori predittivi del reingresso ospedaliero.

Scopo della ricerca è quello di individuare un "core-set" di indici per misurare la complessità clinico funzionale dei pazienti ricoverati in ospedale per acuti per una frattura di femore per individuare i processi di cura e assistenza, gli esiti funzionali e sociali del ricovero.

FINALITÀ E OBIETTIVI

L'analisi dell'attuale stato dei livelli di assistenza sanitaria evidenzia che ospedale e territorio lavorano ancora in modo non integrato e talvolta con disfunzioni organizzative. In particolare, il miglior uso delle risorse ospedaliere e, soprattutto, la riduzione dei tempi di degenza sta selezionando una categoria di soggetti in età avanzata che configurano le caratteristiche della "Sindrome da fragilità", con un quadro di complessità sanitaria assistenziale e dimissione difficile.

ATTIVAZIONE DEL PROCESSO

Al Dea dell'Ospedale, o direttamente nelle degenze, ogni qualvolta ci troviamo di fronte ad un paziente fragile ad alto rischio di reingresso, avvalendosi per la valutazione di scale scientificamente validate e comprese nei materiali e metodi allo studio, si attiva il percorso per la stesura del piano di assistenza e cura personalizzato, condiviso con il team di assistenza, il paziente e con il suo nucleo familiare.

La composizione minima del team di assistenza e cura (infermiere dell'ospedale e infermiere del territorio di riferimento, assistente sociale ospedaliera e lo specialista del caso), vero catalizzatore del progetto sarà integrata dalle figure professionali idonee alla valutazione del singolo caso.

La competenza di gestione del singolo caso spetta al Distretto Sanitario e al servizio sociale del Comune interessato, attraverso le rispettive figure del coordinamento di riferimento e a ciò abilitate.

CONCLUSIONI

Orientare l'assistenza infermieristica sul territorio secondo le logiche dell'infermieristica di famiglia e dell'integrazione socio-sanitaria riteniamo sia la direzione sostenibile per la miglior risposta ai bisogni dell'anziano fragile.

Questo studio preliminare dovrebbe servire ad individuare le caratteristiche cliniche, funzionali, riabilitative e sociali del paziente anziano fragile affetto da frattura di femore per seguirlo nel tempo, valutare i reingressi ospedalieri per capirne le cause e per iniziare un programma di prevenzione ed organizzazione dei Servizi Sanitari territoriali mirati a questo tipo di paziente.

MATERIALE E METODI

Abbiamo costruito un insieme di indicatori suddivisi in 3 aree principali

- indicatori di stato, relativi al profilo clinico-funzionale dei pazienti all'ammissione;
- indicatori di transizione, relativi a processi-chiave della degenza ed ad "eventi sentinella" rivelatori di criticità assistenziale;
- indicatori di esito, relativi al momento della dimissione, sia paziente-orientati: recupero nel cammino ed autonomia nelle BADL (esito/efficacia), che organizzazione-orientati: rientro a domicilio oppure struttura (esito/performance).

Gli indicatori sono raccolti in un archivio informatizzato per il calcolo di un "core-set" di indici definiti in accordo ai criteri metodologici della JCAHO (2), strutturati come proporzioni.

TABELLA INDICATORI

| STATO | TRANSIZIONE | ESITO |
|---------------------|------------------|-----------------------|
| Età > 75 aa | NET/NPT | Rollator |
| I.B. 41-80 | ACEs infettivi A | CAS 0-3 |
| I.B. <= 40 | ACEs infettivi U | CAS 4-12 |
| UDP | ACEs generali | CAS 13-18 |
| CV Ammissione | ACEs locali | Decateterizzazione |
| Comorbosità | Delirium | Riduzione instabilità |
| Fragilità Sociale | Contenzione | Domicilio |
| Malnutrizione | T. depressione | Domicilio con FKT |
| Infezione | Intervento < 48h | Riab int. intraosp |
| Instabilità Clinica | PACU | Riab. Int. extraosp |
| Osteoporosi | UDP | RSA |
| TD Osteoporosi | Cadute totali | LD |
| Demenza | Cadute minori | DEA/ altra UO |
| Anemia | Cadute gravi | Mortalità |
| Cadute >2 /AA | | Prescrizione ausili |
| DIP > 2 IADL | | |
| ETP ammissione | | |