

8^a Conferenza Nazionale GIMBE

Evidence, Governance, Performance

Bologna, 15 marzo 2013

Continuità assistenziale interaziendale: efficacia sui tassi di ospedalizzazione e ricoveri ripetuti

Rosolino Trabona

Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina

BACKGROUND

- Al 1 gennaio 2012 popolazione > 65 anni:
Italia: 20,3% **FVG: 23,4%** **Provincia TS: 27,9%**
- Popolazione anziana estremamente eterogenea
- Conoscere la parte più fragile della popolazione anziana è utile per la programmazione delle attività socio-sanitarie
- Il rischio di ricoveri ospedalieri ripetuti è un criterio per individuare i pazienti fragili

BACKGROUND

Cause ricoveri ospedalieri ripetuti:

- Errori durante la precedente ospedalizzazione
- Assistenza sub-ottimale dei pazienti dopo la dimissione
- Peggioramento di gravi condizioni croniche del paziente

Il tasso di ospedalizzazione può essere ridotto con:

- Attenta pianificazione della dimissione
- Adeguata assistenza ospedaliera di base
- Supporto familiare ed educazione del paziente

BACKGROUND

Criticità contesto sociale

- Solitudine, abbandono, problemi economici, scarsa compliance familiare
- Disgregazione tessuto sociale e alta densità abitativa
- Domanda di posti letto in continua crescita e ricoveri ospedalieri ripetuti



BACKGROUND

Criticità contesto clinico

- Aumento della prevalenza di pazienti con comorbidità multiple a rischio complicanze: lesioni da decubito, allettamento, perdita di autonomia, disabilità
- Demenza, invalidità, fratture, cadute
- Guarigione post-acuzie tardiva e incompleta
- Dipendenza da nutrizione artificiale e apparecchiature salvavita



OBIETTIVI

- Promuovere nuovi modelli organizzativi centrati sull'assistenza territoriale
- Non rendere l'ospedale un luogo di cura avulso dall'ambiente familiare e sociale
- Assicurare il diritto a rimanere al proprio domicilio garantendo risposte integrate ai bisogni di salute e continuità assistenziale

**OMS
Health
21**

PSN

METODI

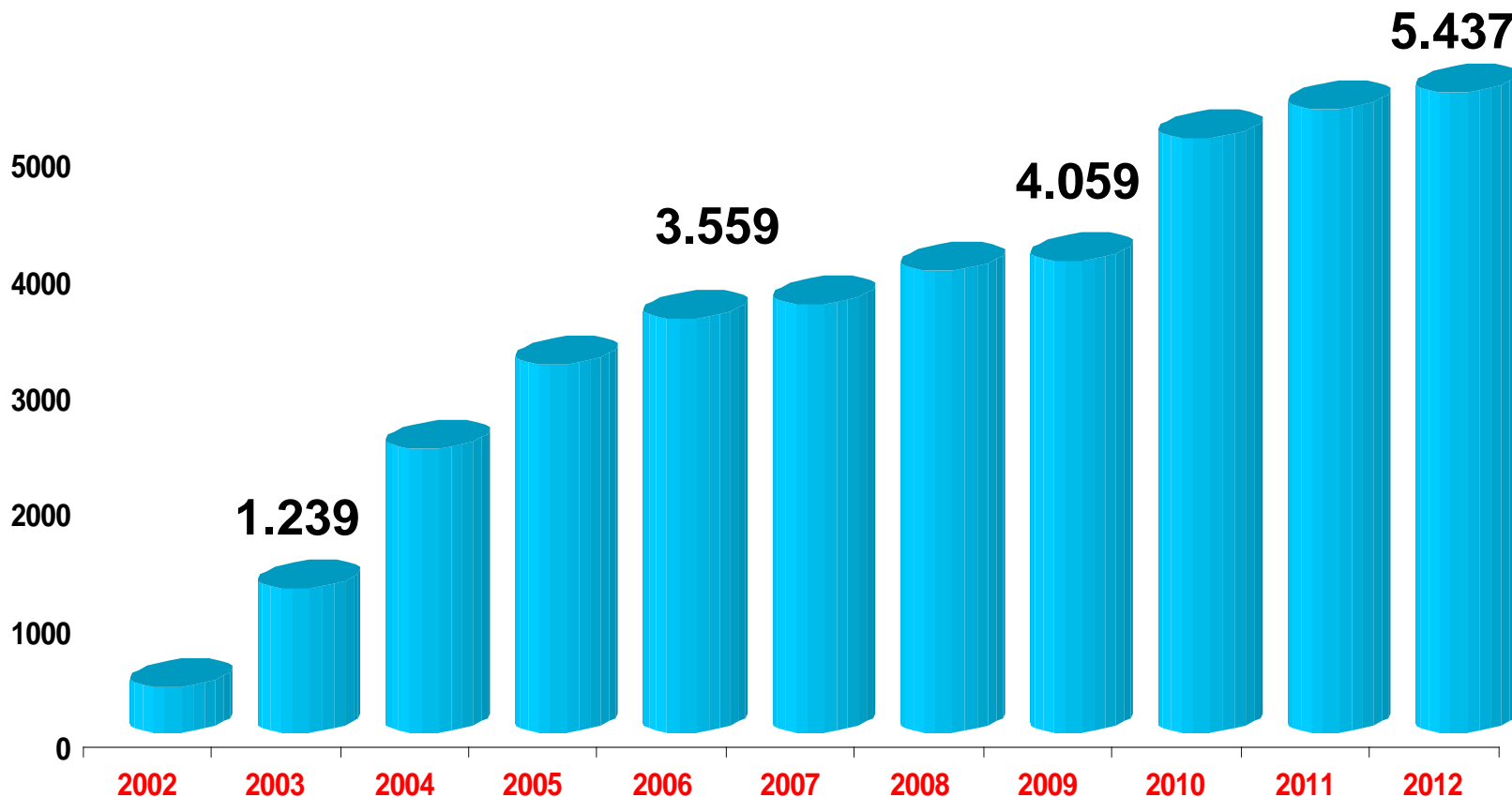
- 2002** Sperimentazione over 75 anni, area medica
- 2003** Protocollo d'intesa over 75 anni, area chirurgica
- 2006** Estensione a PS, post acuzie, ortopedia, riabilitazione, stroke-unit
- 2009** Sperimentazione presenza infermiere di distretto in PS (solo al mattino da lun a ven)
- 2010** Estensione a tutti i ricoverati con bisogni clinici, assistenziali e sociali complessi prescindendo da età e patologia

METODI

- 1. Entro 72 h dal ricovero l'infermiere di reparto attiva la segnalazione di "deospedalizzazione protetta"**
- 2. Entro 72 h dalla segnalazione gli infermieri di distretto**
 - valutano il caso e approfondiscono le problematiche
 - incontrano se necessario familiari e care-givers
 - inseriscono i dati nel SISR stabilendo l'esito finale della valutazione
 - redigono, in accordo con il MMG, il piano assistenziale individuale attivando i servizi e le risorse necessarie

RISULTATI

Continuità infermieristica Ospedale-territorio



**Differenza
2009-2012
+ 33.9%**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

A Azienda
S Servizi
S Sanitari

N°1 triestina

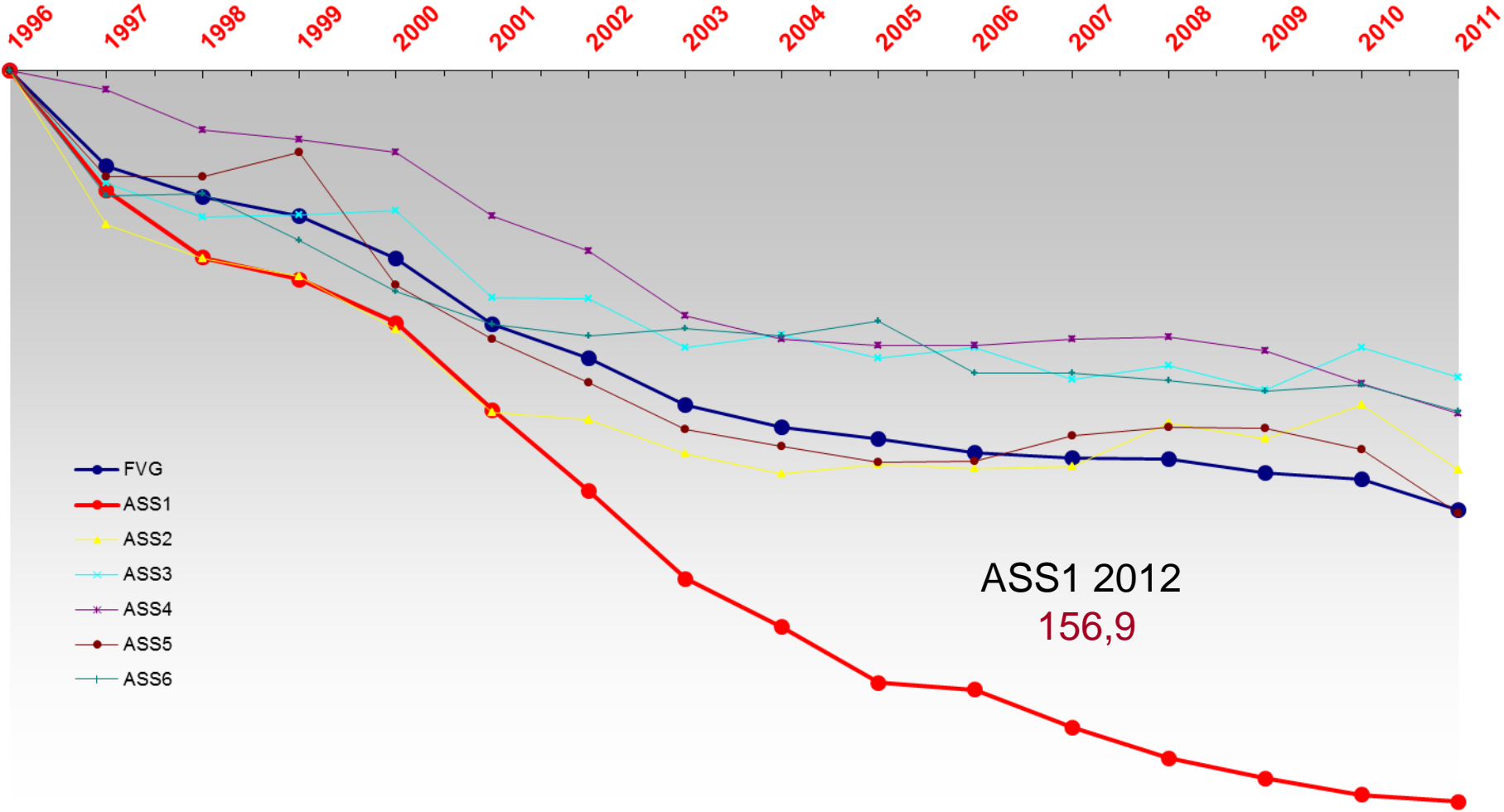
HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES
Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute



HPH Una Rete dell' OMS
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

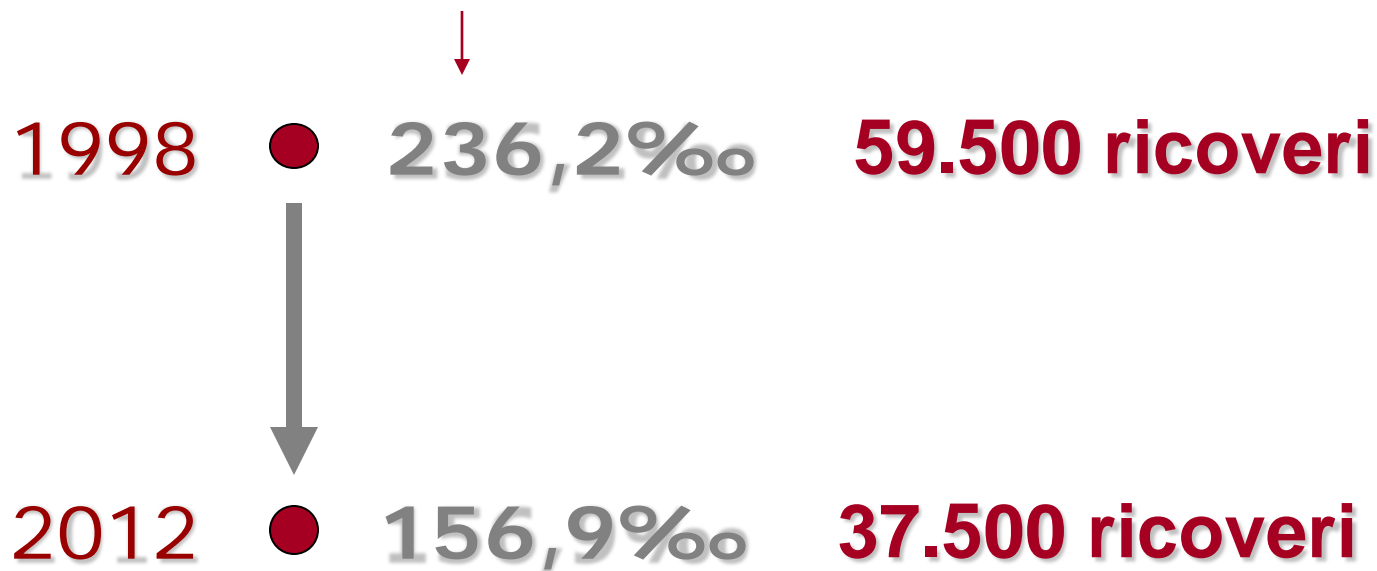
RISULTATI

Tassi ospedalizzazione FVG 1996-2011



RISULTATI

Tasso ospedalizzazione
residenti ASS1

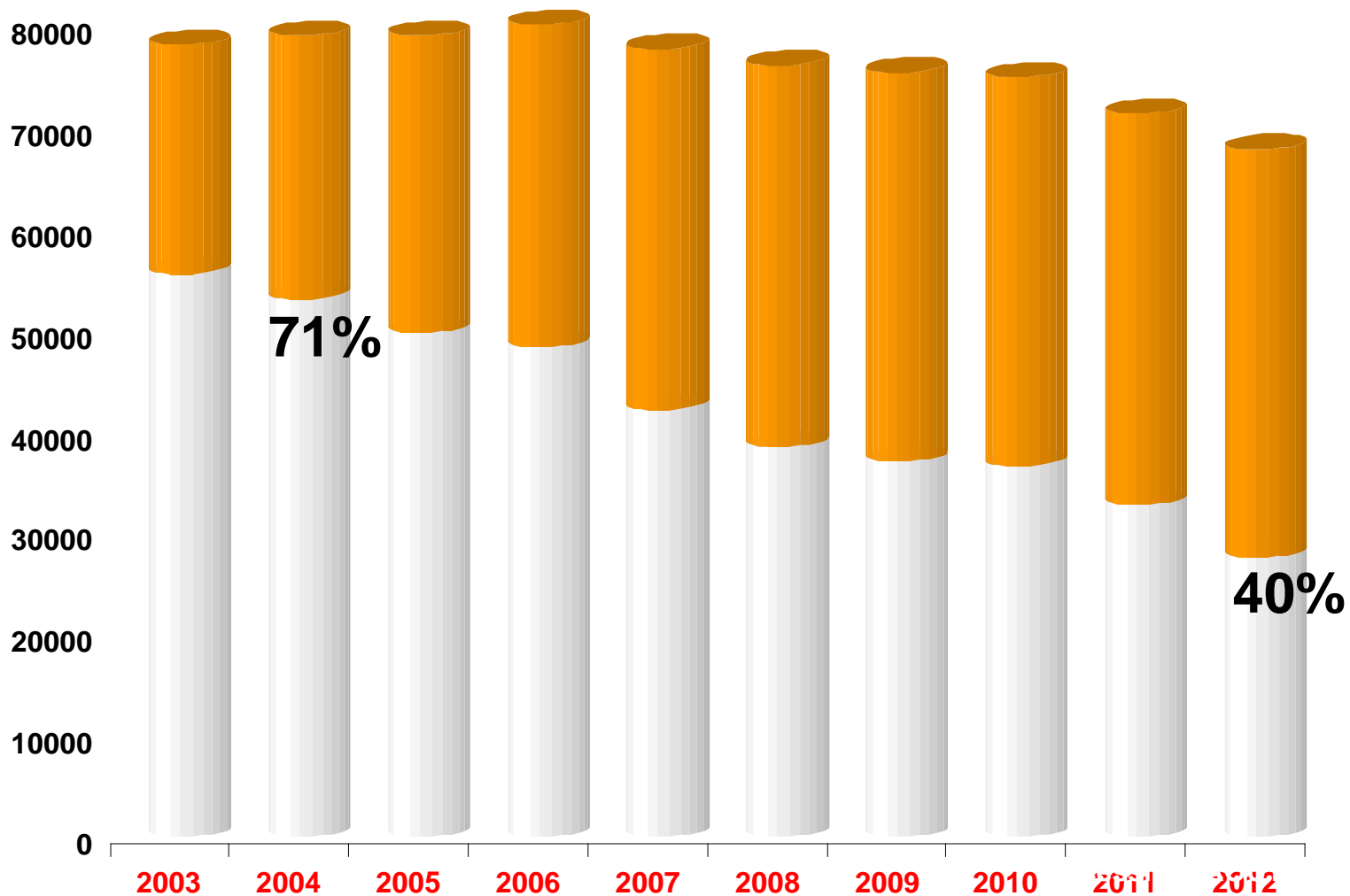


Rispetto a 14 anni fa ~ **22.000** ricoveri in meno



RISULTATI

% codici bianchi ASS1



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

A Azienda
S Servizi
S Sanitari

N°1 triestina

HEALTH PROMOTING HOSPITALS & HEALTH SERVICES
Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute



HPH Una Rete dell'OMS
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

RISULTATI

Rapporto accessi/assistiti Anno 2011

	N° accessi	N° assistiti	Rapporto accessi/assistiti
Totale assistiti	119.975	8.747	14
Assistiti con PAI	100.079	3.691	27
Assistiti con neoplasia	33.729	576	59

LIMITI

- Non valutabile l'effetto di potenziali fattori di rischio di ricovero ripetuto non archiviati nel SIS regionale: stato civile, grado di istruzione, visite ambulatoriali, disabilità, funzionalità fisica e cognitiva, reddito, abitudine al fumo e al consumo di alcolici
- Una stima accurata dei ricoveri ripetuti evitabili:
 - non fattibile esclusivamente con i dati amministrativi
 - richiede revisione manuale delle cartelle cliniche

CONCLUSIONI

- La continuità assistenziale per i pazienti fragili alla dimissione ospedaliera, il SID in rete con i MMG e gli altri servizi territoriali, riducono i ricoveri ripetuti e il tasso d'ospedalizzazione
- L'integrazione con i servizi sociali si “scontra” sui tempi d'intervento: veloci quelli sanitari, lenti quelli sociali
- Il bisogno di continuità assistenziale è ancora elevato e il suo margine d'azione è ancora molto ampio



La rete funziona se c'è... ...ascolto ed empatia

“Nessuna legge può codificare l'invisibile rapporto uomo-territorio, ma può codificare invece il visibile modo di relazione interpersonale”

Bertirotti A, 2005



Il progetto è nato nel 2002 su impulso della dott.ssa Maila Mislej, Direttore del Servizio Infermieristico Aziendale

Infermieri di Distretto

Ballarin M, Andreassich V, Moro P, Gregoris A, Negro A, Umech S, Perossa O, Comuzzi P, Tassone R, Odoni E, Stefani S, Pangher S, Pacileo IE, Sollazzi E, Padovan G.

Referente dati

Meriggi A, SC SIA