

## L'impatto della pandemia sul programma di dimissioni protette ospedaliere

*The impact of pandemic on early supported discharge from hospital*

*Matilde Eleonora Rotella, Graziella Fava, Claudia Iiritano, Angela Bianco, Rosa Maria Ciocci, Francesco Talarico*

### *Dimissioni, Protette, Pandemia*

Il programma di dimissioni protette dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro è attivo già da molti anni ha subito un drastico ridimensionamento a causa della pandemia da virus covid-19

### *Supported, Discharge, Pandemic*

The program of early supported discharge from Pugliese-Ciaccio Hospital in Catanzaro, which has been active for many years, has been strongly reduced due to the effect of Covid-19 pandemic.

### **Introduzione**

L'idea di prossimità si coniuga necessariamente con la continuità di cure. In un modello di assistenza, ancora oggi troppo centrato sugli ospedali, la continuità di cure tra l'ospedale ed il sistema dei servizi territoriali diventa fondamentale per garantire una sanità di prossimità, ovvero capace di erogare servizi nei vari setting, fino al domicilio dell'utente, senza interruzione del percorso di cura. Presso l'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro già da molti anni è attivo un percorso virtuoso di dimissioni protette. I pazienti, valutati in via preliminare dall'Unità di Valuta-

zione Ospedaliera, vengono ad essere rivalutati in via definitiva dall'Unità di Valutazione Territoriale e, quindi, dimessi con una specifica destinazione, in termini di assistenza domiciliare o di ricovero in una delle strutture territoriali, a carattere assistenziale o riabilitativo. I pazienti coinvolti sono, nella maggior parte dei casi, anziani con patologie neurologiche, ortopediche, tumorali o con pluri-patologie internistiche.

Tale programma di dimissioni protette è stato messo a dura prova proprio dalla pandemia.

In questa pubblicazione infatti confronteremo i dati di accesso al programma di dimissioni protette in fase pre-pandemica e durante il periodo pandemico stesso. Mentre nel periodo precedente alla pandemia i dati sono piuttosto confortanti, nella fase successiva emerge un quadro allarmante: la pandemia ha messo (anche) in crisi il sistema della continuità di assistenza, contribuendo ad allargare il perimetro dei bisogni non soddisfatti in ambito sanitario. Molteplici fattori hanno contribuito a coartare l'accesso al programma nel periodo

pandemico: la diminuzione del numero dei ricoveri ospedalieri, la difficoltà di accesso alle strutture territoriali, la polarizzazione delle risorse per gestire l'emergenza pandemica, la difficoltà di attivare le procedure previste dal programma.

### **Materiale e metodi**

#### **Normativa nazionale di riferimento**

Le dimissioni protette prendono le mosse dalle normative che disciplinano l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Quest'ultima va inquadrata nell'ambito delle norme generali che disciplinano l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria all'interno delle quali sono previsti specifici riferimenti:

- Legge n.328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"(1)
- DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione sociosanitaria"(2)
- DPCM 12/01/2017 "Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali

di Assistenza di cui all'art. 1, c. 7 del D.Lgs n. 502/92" che prevede "siano privilegiati gli interventi integrati che favoriscono la permanenza delle persone a domicilio e che sia garantita la valutazione multidimensionale" (art.21. c.4) e "individua nella azienda sanitaria locale il soggetto che assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio" (art.22, c.1) ; (3)

In particolare nell' Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale (ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs, N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni) triennio 2016-2018 (4) è previsto un riferimento specifico alle dimissioni protette:

*"Allegato 9 – Assistenza Domiciliare Integrata.*

*Art. 2 – Destinatari*

*1. Le patologie che consentono l'avvio dell'assistenza sono quelle per le quali l'intervento domiciliare di assistenza integrata si presenta alternativo al ricovero determinabile da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.*

*2. Salva diversa determinazione concordata tra il medico responsabile dell'attività sanitaria a livello distrettuale e il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta in relazione alla situazione socio-ambientale e al quadro clinico, le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:*

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;

- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro);
- **dimissioni protette da strutture ospedaliere.**"

Lo scenario delle dimissioni protette sul territorio nazionale sono state al centro di un progetto dell' AIDA (Advanced Integration for a Dignified Aging) e della Commissione Europea denominato "Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane - Le buone prassi" (5)

### **Protocolli aziendali**

A livello locale già nel 2009 era stato approvato con Delibera n. 41 (6) un protocollo d'intesa tra l'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio e l'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro. Tale protocollo era stato successivamente aggiornato con Delibera 410/2014 (7), quindi integrato dalla Delibera 285/2017 per la parte riguardante le cure palliative (8).

In tale protocollo si poneva come obiettivo anche lo sviluppo di metodi condivisi di valutazione, nonché di avviare programmi assistenziali personalizzati. L' "antenna" ospedaliera individuata all'interno dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio è il Servizio Sociale della Direzione Medica di Presidio.

Con specifico atto dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio è stata istituita l'Unità di Valutazione Ospedaliera (UVO) intesa quale organismo di valutazione multiprofessionale che riprende i compiti dell'UVG ma estendendoli a tutti i reparti. Risulta composta da un geriatra con funzioni di coordinatore, da un dirigente medico della struttura che ha in carico il paziente, da un assistente sociale e dal coordinatore infermieristico o suo delegato.

Il reparto ospedaliero nel quale è ricoverato il paziente allerta il Servizio Sociale dell'ospedale. L'assistente sociale, a sua volta, attiva l'UVO che si presenta nell'arco di 1-2 giorni nella struttura interessata.

L'UVO effettua una prima valutazione integrata, previa visita del paziente e contatti con i familiari, ove presenti, e compila una scheda di valutazione dei bisogni sia sanitari che sociali.

Sulla base di tale valutazione si decide la tipologia di intervento; nel caso in cui si evidenzia la necessità di continuità di cure l'UVO allerta l'Unità di Valutazione Territoriale (UVT), suggerendo la destinazione del paziente sulla base dei risultati della propria valutazione, ovvero se il paziente stesso ha bisogno di assistenza domiciliare oppure se deve fare riabilitazione o ancora se deve essere ricoverato in RSA, Casa Protetta oppure in Hospice.

L'UVT si presenta in ospedale, nel termine massimo di 3 gg, ed effettua la valutazione finale in modalità congiunta con l'UVO, quindi si procede alla dimissione del paziente.

Il programma di dimissione protette è stato, dapprima, analizzato nel periodo 2014-2019, ovvero in fase pre-pandemica; nel triennio 2017-2019 sono stati anche analizzati dati delle dimissioni in hospice. Quindi è stato operato un confronto con il biennio 2020-2021 che sono gli anni di convivenza con la pandemia.

### **Risultati**

Negli anni dal 2014 al 2019 sono stati inseriti nel programma di dimissioni protette 1049 utenti (esclusi i dimessi in hospice) (Grafico 1). Nel programma Hospice sono stati inseriti nel periodo 2017-2019 complessivamente 386 uten-

ti (Grafico 2).

Il trend è in costante ascesa (con l'unica eccezione del 2016), se si considera che dal 2017 sono da aggiungere i dati dei dimessi in hospice che portano i numeri degli anni 2017, 2018, 2019 rispettivamente a 237, 333 e 343. Considerando l'intero periodo 2014-2019 si è passati da 196 a 343 utenti con un incremento del 75% nell'intervallo dei 6 anni presi in considerazione.

Nel biennio successivo si registra un netto calo: 201 utenti nel 2020 con decremento pari al 41%, ed una lieve ripresa nel 2021 con 210 utenti (Grafico 3).

Gli utenti interessati sono per la gran parte anziani. Infatti l'età media del è pari a 79 anni. Gli utenti del programma hospice hanno un'età media più bassa pari a 70,3 anni.

L'area geografica di appartenenza indica che la maggior parte provengono dalla provincia di Catanzaro (distretti di Catanzaro, Soverato e Lamezia) in numero pari a 1014 (97%) mentre solo 35 utenti (3%) proviene dal territorio di altre Aziende Sanitarie Provinciali (Tabella 1). Tale ridotta percentuale conferma la difficoltà ad attuare un programma di dimissioni protette con le ASP di fuori provincia per problemi sia di tipo procedurale che organizzativo. Netamente più alta la percentuale di soggetti provenienti da fuori provincia e dimessi in hospice (88 su 410 pari la 21%), probabilmente per la maggiore offerta di posti in hospice nelle altre province (Tabella 2).

Il genere che predomina è quello femminile (573 pari a 54,6%) rispetto a quello maschile (476 pari a 45,4%) (Grafico 4). Com'è noto, il genere femminile presenta una vita media più lunga rispetto al genere maschile, pertanto il dato ri-

entra nelle aspettative. Nel programma hospice abbiamo una sostanziale equivalenza numerica dei due generi ovvero 203 (49,4%) per il genere femminile e 208 (50,6%) per quello maschile (Grafico 5).

I reparti di dimissione (Grafico 6) di più frequente riscontro sono nell'ordine: ortopedia (250 casi, 23,8%) geriatria (218 casi pari al 20,7%) medicina interna (158 casi, 15%) neurologia (147 casi, 14%).

Il maggior numero di pazienti ovvero 514 (49%) sono destinati alle RSA, mentre 325 (31%) entrano in programmi di riabilitazione, 84 (8%) sono destinati alla Lungodegenza e un ugual numero vengono presi in carico dai servizi di assistenza domiciliare. Soltanto 42 (4%) vanno in casa protetta (Grafico 7). Nel caso delle dimissioni in hospice ai reparti già visti si aggiunge, per ovvie ragioni, l'oncologia che, ad esempio, nel 2019 rappresenta il primo reparto per numero di dimissioni (31 su 195 pari al 20,3%).

Nel biennio pandemico 2020-2021 i dati sono cumulativi delle dimissioni protette ordinarie e di quelle effettuate in Hospice: al primo posto troviamo il reparto di geriatria con 95 utenti (23% del totale) seguiti da medicina con 63 (15,3%) utenti e da oncologia con 61 (14,8%) pazienti (Grafico 8).

### **Discussione**

Il mutato quadro demografico ed epidemiologico ha fatto emergere la cronicità quale nuova emergenza sanitaria e sociale. Tale situazione ha determinato, nell'ambito del sistema di cure, la necessità di garantire la continuità di presa in carico del paziente all'interno della rete dei servizi ospedalieri e territoriali. L'incremento e la diversificazione dei

servizi di territorio che offrono opportunità alternative al ricovero ospedaliero si accompagna agli indirizzi di programmazione sanitaria nazionale che spingono per la deospedalizzazione, con riduzione delle giornate di degenza.

Dai dati presentati abbiamo, infatti, visto crescere, negli anni, il programma di dimissioni protette dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio.

In base ai reparti di dimissione maggiormente coinvolti (Ortopedia, Geriatria, Medicina Interna, Neurologia) appaiono pertanto prevalenti le problematiche di tipo riabilitativo e di non autosufficienza.

Tale dato viene confermato dai servizi di destinazione: RSA e centri di Riabilitazione sono quelli più rappresentativi. Nel 2017 tale programma è stato integrato da un percorso dedicato in via esclusiva alla cure palliative che ha, anch'esso, dimostrato di avere numeri importanti: di rilievo l'età media di questa categoria di utenti è sensibilmente più bassa rispetto a quella degli utenti del programma generale (70,3 vs 79 anni). La crescita del programma è stata bruscamente interrotta dall'avvento della pandemia: la diminuzione del 41% del numero di utenti inseriti nel programma è solo in parte spiegabile con la diminuzione dei ricoveri ospedalieri. Altri fattori hanno avuto un ruolo quali la difficoltà a reperire strutture e programmi territoriali, in parte legati alla distruzione di risorse operata dalla pandemia e in parte dovuti alle maggiori difficoltà d'accesso. Si è quindi espansa l'area dei bisogni inespressi: il prolungamento della degenza ospedaliera ne è stata la conseguenza come pure la dimissione non protetta che ha costretto le famiglie a riprendere in casa i loro congiunti ancora bisognosi di cure, oppure a

dover ricercare in proprio una struttura che potesse riceverli. In ogni caso tali circostanze interrompono la continuità di cure trasferendo disagi anche di tipo psicologico sull'utenza e le loro famiglie.

## Conclusioni

La pandemia ha avuto un impatto devastante sui servizi sanitari e soprattutto sull'accessibilità agli stessi. Diverse società scientifiche hanno lanciato un grido d'allarme sulle conseguenze che si potranno avere per la ridotta presa in carico di pazienti con patologie epidemiologicamente rilevanti quali cardiopatie, tumori, malattie metaboliche.

Anche il programma di dimissioni protette dell'Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio, che in epoca prepandemica funzionava a pieno regime, ne ha risentito con una netta riduzione dei pazienti che sono stati dimessi in modalità protetta.

La pandemia ha acuito la vulnerabilità della rete dei servizi ed ha interferito in modo pesante con la continuità delle cure.

Occorre a questo punto rilanciare il servizio, recuperando quella intesa tra i vari nodi della rete che ne aveva consentito un funzionamento ottimale. La pandemia non è ancora finita ma ci siamo drammaticamente resi conto quanto questa abbia fatto dimenticare o passare in secondo piano altri bisogni di salute altrettanto importanti. Si deve urgentemente recuperare una dimensione di normalità nella programmazione dei servizi e far gradualmente ripartire l'integrazione ospedale-territorio che rappresenta l'elemento di cerniera di un sistema complesso e diversificato.

## DIMISSIONI PROTETTE 2014/ 2015/ 2016/ 2017/ 2018/ 2019

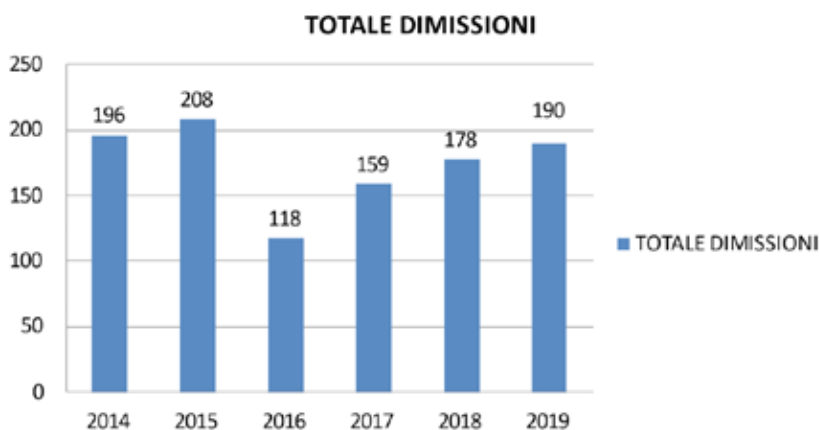


GRAFICO 1

## DIMISSIONI PROTETTE HOSPICE 2017/2018/2019

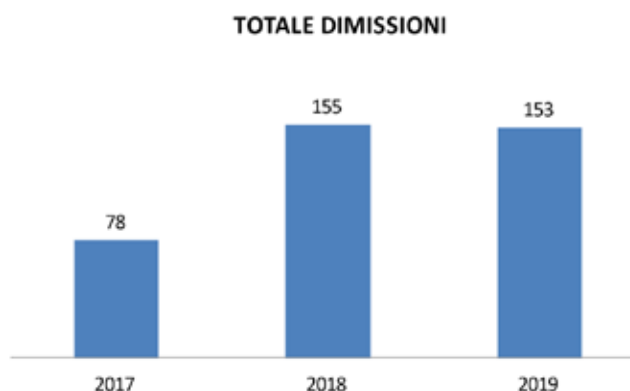


GRAFICO 2

## IMPATTO DELLA PANDEMIA SULLE DIMISSIONI PROTETTE

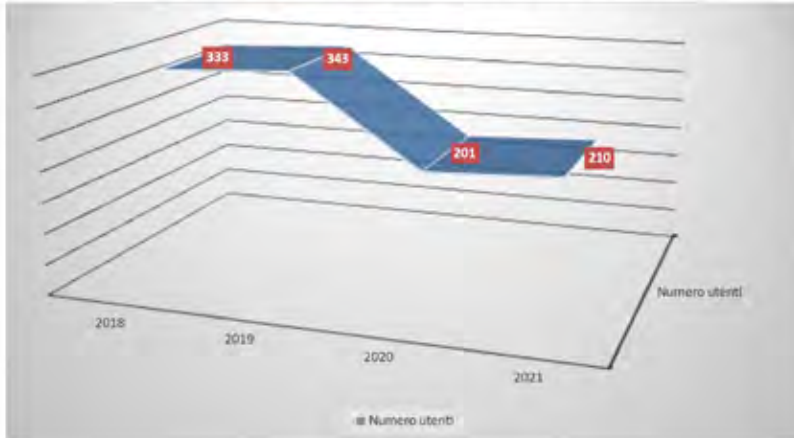


GRAFICO 3

## DIMISSIONI PROTETTE PER DISTRETTI

TABELLA 1

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
CATANZARO	167	180	98	132	142	154
SOVERATO	14	16	11	15	15	11
LAMEZIA TERME	10	6	4	9	9	16
VIBO VALENTIA	1	1	3	1	1	4
COSENZA	3	2	0	0	3	1
CROTONE	1	3	2	1	6	3
REGGIO CALABRIA	0	0	0	1	2	1

TABELLA 1



## DIMISSIONI PROTETTE PER DISTRETTI HOSPICE

	2017	2018	2019	TOTALE
CATANZARO	61	106	101	268
SOVERATO	7	14	16	37
LAMEZIA TERME	3	18	16	37
VIBO VALENTIA	3	5	12	20
COSENZA	2	3	3	8
CROTONE	/	6	1	7
REGGIO CALABRIA	2	2	3	7
FUORI REGIONE		1	1	2

TABELLA 2

## DIMISSIONI PROTETTE PER GENERE

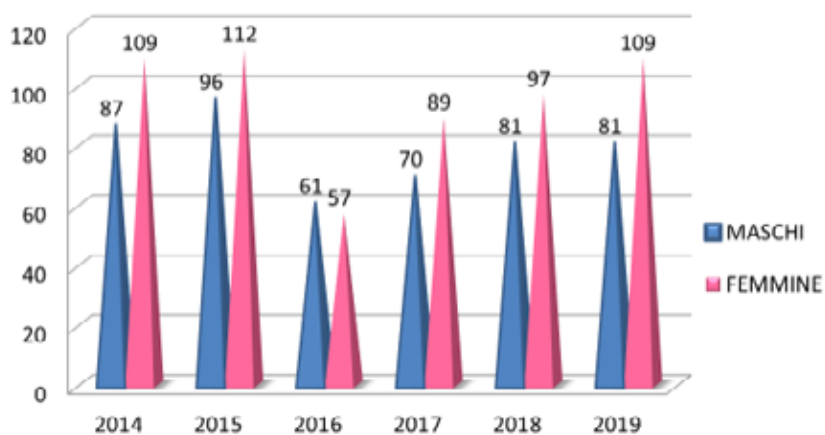


GRAFICO 4

## DIMISSIONI PROTETTE PER GENERE

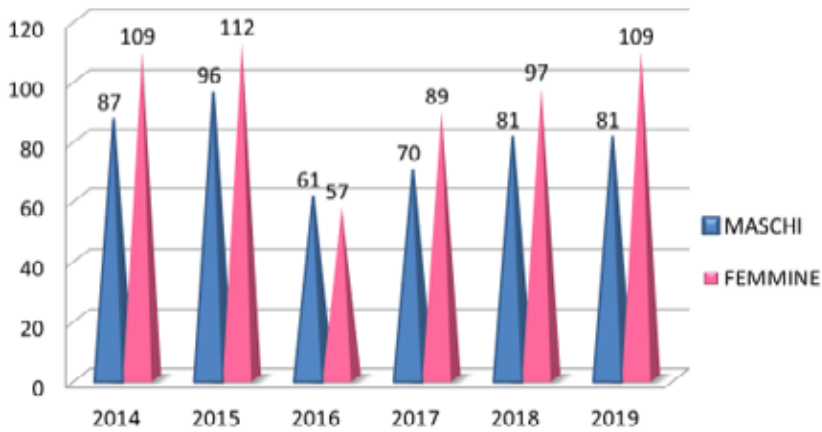


GRAFICO 5

## DIMISSIONI PROTETTE PER UU.OO. 2014-2019

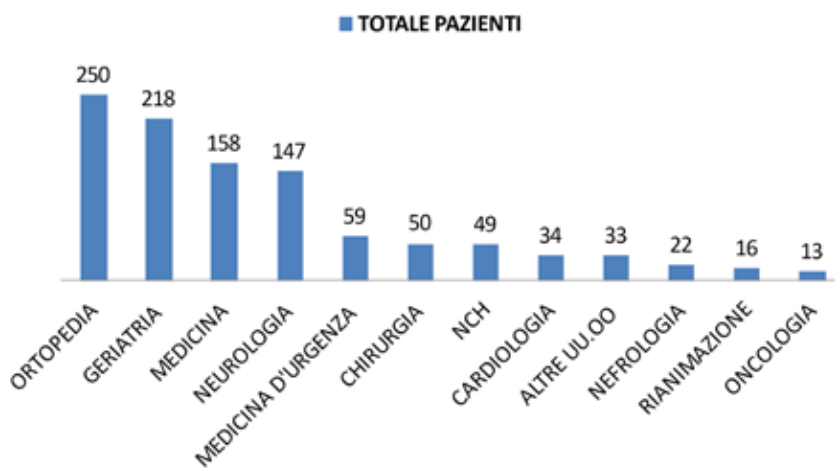


GRAFICO 6

TOTALE PAZIENTI DAL 2014 AL 2019

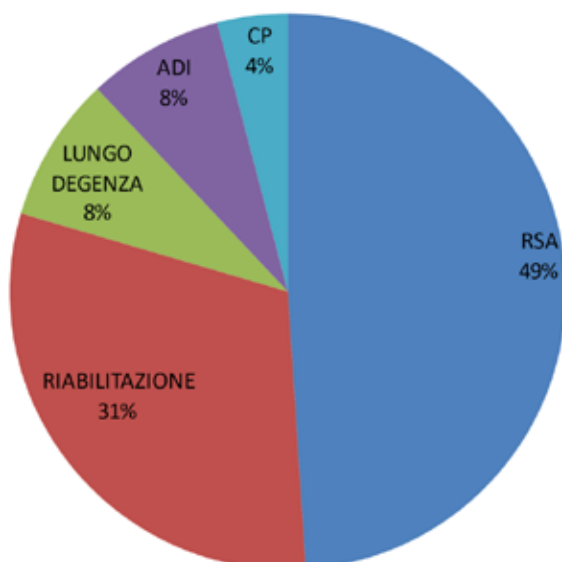


GRAFICO 7

DIMISSIONI PROTETTE PER UU.OO.  
2020-2021

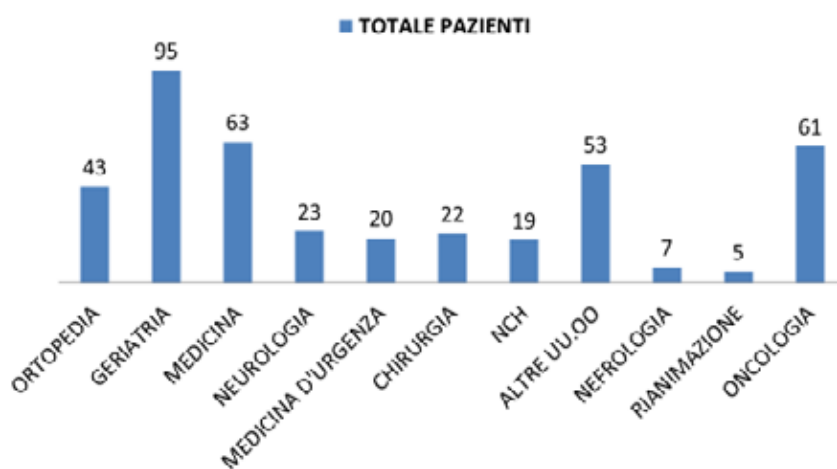


GRAFICO 8

### Bibliografia

- (1) Legge n.328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”
- (2) DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento relativo all’integrazione sociosanitaria”
- (3) DPCM 12/01/2017 “Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza di cui all’art. 1, c. 7 del D.Lgs n. 502/92”
- (4) Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale triennio 2016-2018
- (5) “Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane - Le buone prassi” progetto promosso da AIDA (Advanced Integration for a Dignified Aging) e dalla Commissione Europea
- (6) Delibera di Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro n. 47/2009 “Approvazione Protocollo d’intesa di dimissioni protette tra l’Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio e l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro”
- (7) Delibera di Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro n. 410/2014 “Aggiornamento Protocollo d’intesa di dimissioni protette tra l’Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio e l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro”
- (8) Delibera di Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro n. 285/2017 “Approvazione Protocollo d’intesa di dimissioni protette in cure palliative tra l’Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio e l’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro”

Matilde Eleonora Rotella, Graziella Fava, Claudia Iiritano, Angela Bianco, Rosa Maria Ciocci, Francesco Talarico <sup>(1)</sup>  
 Servizio Sociale Direzione Medica  
 Direzione Medica Ospedale De Lellis<sup>(1)</sup>  
 Azienda Ospedaliera Pugliese-Ciaccio -  
 Catanzaro

Autore di riferimento: Francesco Talarico  
 france.talarico12@gmail.com