



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Corso di Dottorato di Ricerca in Scienze Biomediche
Coordinatore: Prof. Andrea Giacometti**

**Residenzialità Territoriale per il paziente anziano
con malattia cronico degenerativa nella Regione Marche:
ospedalizzazioni evitabili e prospettive future.**

RELATORE

**CHIAR.MA PROF.SSA
*PAMELA BARBADORO***

DOTTORANDO

**DOTT.SSA
*LUCIA MANNELLO***

Anno Accademico 2016-2017

| | |
|--------------------|---------|
| Indice | pag. 2 |
| Introduzione | pag. 3 |
| Materiali e metodi | pag. 30 |
| Risultati | pag. 36 |
| Discussione | pag. 49 |
| Conclusioni | pag. 54 |

INTRODUZIONE

Invecchiamento: focus sullo scenario demografico italiano

La popolazione italiana continua a invecchiare: questo è il cambiamento più significativo della recente dinamica demografica nazionale.

Nel 2017 in Italia l'età media è di 44,9 anni. Gli ultra 65 anni superano i 13,5 milioni e rappresentano il 22,3% della popolazione totale. L'aspettativa di vita alla nascita tocca un nuovo "record": 80,6 anni per gli uomini e 85,1 anni per le donne. L'aumento della speranza di vita interessa tutte le età: sempre più persone raggiungono l'età estrema della vita; ci sono 727mila ultranovantenni (l'1,2% del totale dei residenti nel 2017) e 17mila ultracentenari.

La mortalità è in calo: l'eccesso di mortalità registrato nel 2015 ha avuto carattere 'eccezionale', tuttavia il saldo naturale della popolazione rimane negativo.

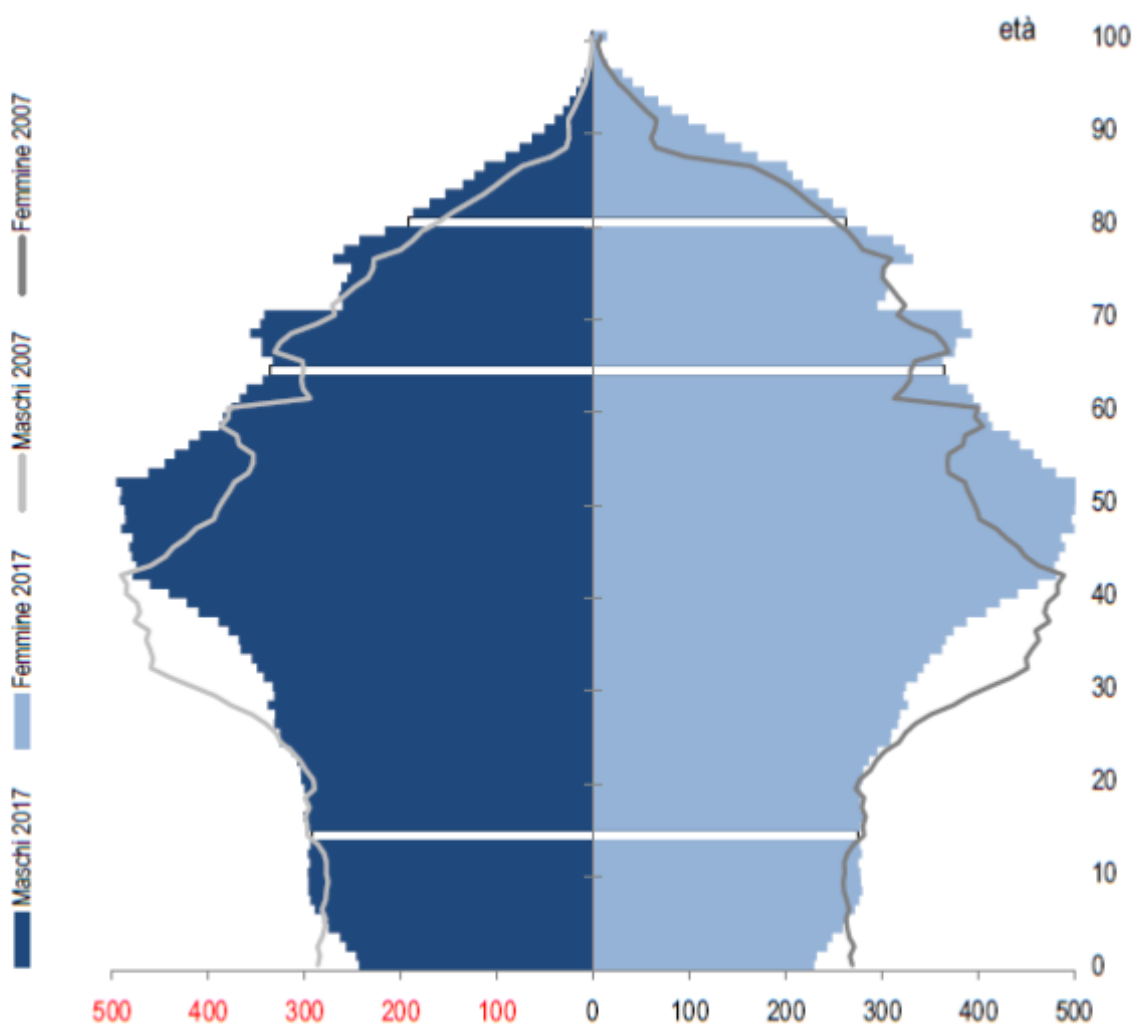
Le nascite nel 2017 sono al minimo storico e i flussi migratori con l'estero rappresentano un importante fattore di crescita e di ricambio della popolazione. ¹

I dati della Regione Marche superano la media nazionale: l'età media è 46,1 anni e gli ultra 65 anni rappresentano il 24,3% della popolazione totale.

L'indice di vecchiaia è del 186% (numero di anziani ogni 100 giovani), l'indice di dipendenza degli anziani è 38,7%, cioè il rapporto percentuale tra anziani in età non attiva (>=65 anni) per 100 persone in età attiva (tra 15 e 64 anni). La speranza di vita è in continuo aumento.

(<http://www.istat.it/it/marche/dati> ultimo accesso 1/11/2017)

Il grafico seguente confronta la piramide dell'età della popolazione italiana nell'anno 2017 con quella dell'anno 2007. In questi ultimi 10 anni la popolazione è invecchiata, ma a tutt'oggi la fascia d'età compresa tra i 41 e 55 anni, la cosiddetta "tarda età attiva", è ancora la più consistente.



PIRAMIDE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE, ITALIA. 1.1.2007 e 2017, dati in migliaia.
Statistiche report ISTAT Indicatori demografici stime per l'anno 2016 . pubblicato 6 marzo 2017 www.istat.it

Nel prossimo futuro la piramide dell'età subirà un ulteriore sbilanciamento strutturale verso le età anziane.

ISTAT elabora previsioni demografiche sul breve (anno 2025), sul medio (anno 2045) e sul lungo termine (anno 2065).

Tali previsioni anticipano che il *“processo d'invecchiamento della popolazione è da ritenersi certo e intenso”*.

Si stima infatti che saldo naturale negativo persista e peggiori.

L'età media della popolazione passerà dagli attuali 44,9 a oltre 50 anni del 2065.

L'aspettativa di vita media crescerà fino a 86,1 anni (± 2 anni) per uomini e fino a 90,2 anni ($\pm 2,5$) per le donne entro il 2065.

Le previsioni demografiche ISTAT ipotizzano che l'Italia raggiungerà il picco di invecchiamento nel 2045-50, quando le coorti del baby boom (i nati tra il 1961 e il 1975) passeranno dalla tarda età attiva (40-64 anni) all'età senile (65 e più).

Si riscontrerà quindi un culmine previsto intorno al 2051 con il 34,1% della popolazione totale maggiore di 75 anni e poi si avvierebbe a una fase di diminuzione tale da ridiscendere al 33,1% entro il 2065.

Avvertono che ci saranno differenze geografiche: nel Mezzogiorno il processo di invecchiamento sarà anche più rapido e spiccato.²

Date tali previsioni sul futuro della popolazione italiana, ISTAT avverte sulla crescita dell'indice di dipendenza: il rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e over 65) e quella attiva (15-64 anni).

In ambito europeo l'Italia ha il più elevato indice di dipendenza (circa 52,3% nel 2011, 59,4% nella Regione Marche), ma è atteso che l'indice di dipendenza potrebbe salire fino al 84,7% nel 2060.²

Ne emergono alcune considerazioni terminologiche.

Attualmente la persona over 65 viene definita “anziana” e “in età non attiva”, ma è plausibile che tali definizioni diventeranno “anacronistiche” nel futuro, proprio per l'aumento dell'aspettativa di vita e l'active aging.

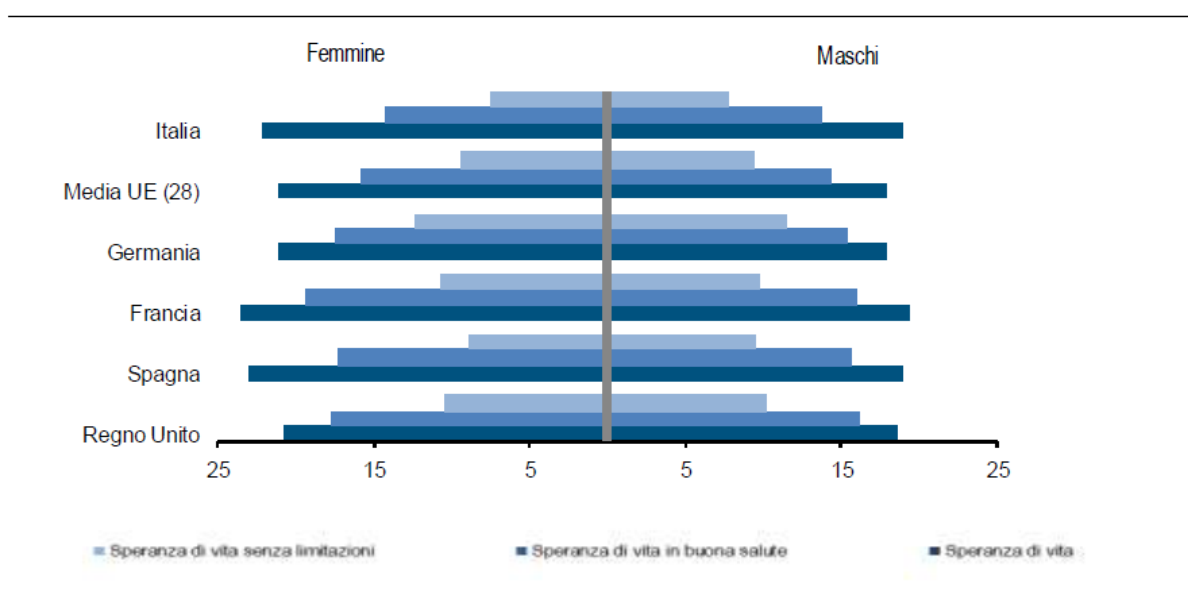
Già tutt'oggi infatti il Governo italiano sta concertando l'adeguamento dell'età pensionabile portando l'età attiva fino ai 67 anni.

Forse nel futuro sarà più opportuno parlare di “anziani” per la popolazione over 75.

Lo stato di salute degli over 65

A tutt'oggi gli over 65 in Italia sono tra i più longevi in Europa, però sono ai livelli più bassi in termini di qualità degli anni che restano da vivere.

La figura seguente mostra come l'Italia sia al terzo posto in Europa per la speranza di vita a 65 anni (dopo Francia e Spagna) ma purtroppo per la speranza di vita senza limitazioni e la speranza di vita in buona salute sono sotto la media europea (UE 28 Paesi).³



Fonte: Eurostat <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&code=sdg1100&unit=1>

I principali indicatori di salute delle persone over 65 descrivono come il peggioramento dello stato di salute avvenga dopo i 75 anni.

La tabella seguente mostra che il 54,3% dei maggiori 75 anni soffre di una malattia cronica grave, il 59% ha 3 o più malattie croniche, e il 36,2 % soffre di gravi limitazioni motorie (difficoltà a camminare su 500 metri in piano o a salire una rampa di scale) e il 23% ha una grave limitazione sensoriale.

PROSPETTO 1. PRINCIPALI INDICATORI DI SALUTE DELLE PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER CLASSI DI ETÀ E SESSO. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

| CLASSE DI ETÀ | Almeno una cronica grave | | | Multicronicità (tre malattie o più) | | | Gravi limitazioni motorie | | | Gravi limitazioni sensoriali | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------------------------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------|-------------|------------------------------|-------------|-------------|
| | M | F | MF | M | F | MF | M | F | MF | M | F | MF |
| 65-69 anni | 33,2 | 28,7 | 30,8 | 31,6 | 42,9 | 37,6 | 5,8 | 9,3 | 7,7 | 5,5 | 4,7 | 5,1 |
| 70-74 anni | 43,7 | 36,4 | 39,9 | 37,3 | 48,6 | 43,2 | 9,1 | 14,8 | 12,1 | 8,2 | 9,7 | 9,0 |
| 75-79 anni | 50,4 | 45,1 | 47,4 | 45,7 | 55,6 | 51,4 | 15,3 | 24,9 | 20,8 | 12,1 | 15,3 | 14,0 |
| 80 anni e più | 60,8 | 57,9 | 59,0 | 56,7 | 68,5 | 64,0 | 33,4 | 54,3 | 46,5 | 25,3 | 32,0 | 29,5 |
| Totale 65-74 | 37,9 | 32,1 | 34,8 | 34,1 | 45,4 | 40,1 | 7,2 | 11,7 | 9,6 | 6,7 | 6,9 | 6,8 |
| Totale 75 e più | 56,3 | 53,1 | 54,3 | 51,9 | 63,6 | 59,0 | 25,6 | 43,2 | 36,2 | 19,6 | 25,7 | 23,3 |
| Totale | 46,4 | 43,4 | 44,7 | 42,4 | 55,2 | 49,6 | 15,7 | 28,7 | 23,1 | 12,7 | 17,0 | 15,2 |

Statistiche report ISTAT anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'unione europea pubblicato il 26 settembre 2017.

Oltre a ciò, nella popolazione over 75 compare il fenomeno della dipendenza assistenziale: il 18,9% riferisce grave difficoltà nello svolgere almeno un'attività della vita quotidiana (ADL) e il 47,1% grave difficoltà in almeno un'attività strumentale della vita quotidiana (IADL).

PROSPETTO 4. PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ CON GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE ATTIVITÀ DOMESTICHE (IADL) PER TIPO E NUMERO DI ATTIVITÀ (a), SESSO E CLASSE DI ETÀ. Anno 2015, per 100 persone con le stesse caratteristiche

| GRAVI DIFFICOLTÀ NELLE IADL | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | |
|---|--------|----------|--------|---------|----------|--------|--------|----------|--------|
| | 65-74 | 75 e più | Totale | 65-74 | 75 e più | Totale | 65-74 | 75 e più | Totale |
| Tipo di attività | | | | | | | | | |
| Svolgere occasionalmente attività domestiche pesanti | 8,0 | 34,1 | 19,7 | 15,8 | 54,9 | 36,8 | 12,3 | 47,3 | 29,8 |
| Fare la spesa | 3,9 | 18,2 | 10,4 | 6,1 | 35,4 | 21,8 | 5,1 | 28,8 | 17,0 |
| Svolgere attività domestiche leggere | 4,7 | 20,0 | 11,7 | 4,9 | 27,7 | 17,2 | 4,8 | 24,9 | 15,0 |
| Gestire le sue risorse economiche e le attività amministrative abituali | 3,2 | 15,0 | 8,6 | 4,6 | 28,2 | 17,2 | 4,0 | 22,9 | 13,5 |
| Preparare i pasti | 4,0 | 15,5 | 9,2 | 3,0 | 21,6 | 12,9 | 3,5 | 19,4 | 11,5 |
| Prendere le medicine | 2,2 | 11,4 | 6,5 | 1,9 | 17,0 | 10,0 | 2,0 | 14,8 | 8,5 |
| Usare il telefono | 1,5 | 10,8 | 5,8 | 1,6 | 14,5 | 8,5 | 1,6 | 13,0 | 7,3 |
| Numero di attività | | | | | | | | | |
| Una | 4,2 | 11,9 | 7,8 | 9,0 | 17,5 | 13,6 | 6,8 | 15,3 | 11,1 |
| Due | 1,4 | 4,2 | 2,7 | 2,3 | 8,2 | 5,5 | 1,9 | 6,6 | 4,3 |
| Tre | 0,6 | 3,9 | 2,2 | 1,7 | 5,9 | 3,9 | 1,4 | 5,1 | 3,2 |
| Quattro o più | 2,9 | 13,3 | 7,7 | 3,5 | 24,5 | 14,8 | 3,2 | 20,1 | 11,7 |
| Gravi difficoltà in almeno un'attività domestica (IADL) | 9,2 | 33,3 | 20,4 | 16,6 | 56,1 | 37,9 | 13,1 | 47,1 | 30,3 |

Statistiche report ISTAT anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'unione europea pubblicato il 26 settembre 2017.

Il quadro appena descritto mostra una popolazione italiana over 75 caratterizzata da un complesso di malattie cronico degenerative gravi, di multicronicità, di limitazione funzionale e compromissione delle normali attività quotidiane.

Lo scenario epidemiologico sta cambiando a favore delle patologie cronico degenerative e condizioni cliniche complesse che hanno ricadute sul grado di autosufficienza.

Nel XV Report annuale⁴, INPS dedica un capitolo alle politiche di sostegno alla popolazione non autosufficiente in Italia. INPS preannuncia che questi andamenti demografici richiederanno un maggior impegno delle politiche pubbliche sia in termini di spesa assoluta che in rapporto al reddito.

Secondo le previsioni della Ragioneria Generale dello Stato la spesa per la non autosufficienza in rapporto al PIL passerà dall'1,9% registrato nel 2014 al 3,2% nel 2060. INPS esprime il timore di sottostimare significativamente il costo che dovrà essere sostenuto per la non autosufficienza, in particolare al crescere l'incidenza delle patologie di tipo cognitivo che implicano costi di cura notevolmente più elevati.

Al 2017 i percettori di indennità di accompagnamento, soggetti affetti da severe limitazioni psicofisiche, che ne compromettono la condizione di autosufficienza sono 2.137.303 persone. ⁴

La Sanità che cambia: dall'Ospedale al Territorio

L'esigenza delle politiche sanitarie attuali a livello internazionale è di dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute dettati dal cambiamento epidemiologico, demografico e sociale che ha modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni.

In Italia il Decreto Ministeriale 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" sancisce l'ammodernamento sostanziale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), attraverso un riequilibrio dei ruoli tra Ospedale e Servizi Territoriali.

Il cambiamento è radicale e articolato: strutturale, organizzativo e con una complessa redistribuzione delle risorse.

L'Ospedale mantiene il ruolo di gestione della fase acuta di malattia e ha in capo la gestione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per le patologie complesse e cronico-degenerative.

Il DM riorganizza la rete ospedaliera razionalizzando delle risorse: stabilisce nuovi standard di dotazione strutturale e tecnologica, in base al bacino di utenza e alla complessità delle prestazioni erogate; determina incrementi di produttività intesa come strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici, occupazione dei posti letto, durata della degenza media ed tasso di ospedalizzazione.

"La riorganizzazione della rete ospedaliera (...) sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero" tranne che attraverso la costruzione di un sistema basato sulla visione integrata dell'assistenza sanitaria: l'integrazione Ospedale – Territorio e la Continuità dell'Assistenza e l'implementazione di forme alternative al ricovero che possano rispondere più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, salvaguardando i principi di efficacia, qualità e sicurezza delle cure, efficienza, centralità del paziente e umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona.

Le Cure Territoriali assumono un ruolo rinnovato ed effettivo sostanziale: sarà possibile realizzare la “presa in carico” idonea ai bisogni di salute attuali attraverso il potenziamento delle strutture territoriali e la loro organizzazione in rete, che filtrino i flussi in entrata e uscita dall’Ospedale, contenendo i ricoveri ospedalieri inappropriati e sostenendo le dimissioni protette e la presa in carico post ricovero.

Il Territorio ha la mission della “gestione attiva della cronicità”: tramite il riassetto dell’assistenza primaria, dell’assistenza domiciliare e di quella residenziale, l’implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, secondo i principi della Medicina d’Iniziativa, orientata alla promozione attiva della salute, anche tramite l’educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi (Patto per la salute 2014–2016), e tramite la gestione delle strutture territoriali, potenziate e in rete per modelli organizzativi come i PDTA e Protocolli di Dimissione protetta, o l’ospedalizzazione domiciliare.

Il DM indica necessaria la disponibilità di una varietà di strutture sanitarie territoriali (come Strutture di Cure Intermedie e Ospedali di Comunità) in modo tale da fornire assistenza a pazienti con esigenze diversificate, in cui la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al Distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche e gestito da personale infermieristico, in cui l’assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN.

In tempi più recenti il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei Livelli Sanitari di Assistenza, di cui all’articolo1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” o cosiddetto “Nuovi LEA”, pone le indicazioni sulla classificazione dell’”assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario” (articolo 29) e relativamente all’”assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti” (articolo 30). Recepito dalla Regione Marche con la DGR 716 del 26/06/2017 Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.01.2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo1, comma 7, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502". Recepimento e prime disposizioni attuative”.

La Regione Marche in questi anni ha attuato le indicazioni del DM 70 deliberando la riconversione dei “piccoli ospedali” in strutture sanitarie territoriali di assistenza extraospedaliera con la DGR n 139 del 22/2/2016 “Adeguamento delle Case della salute di tipo C, ridefinite Ospedali di Comunità, in coerenza con gli standard quantitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui DM 70/2015. Revisione della DGR 375/2013 e DRG 920/2013 e DGR 1476/2013”. Tali strutture rientrano nella classificazione all’articolo 29 del DPCM, cioè strutture di “assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario”.

Il settore della residenzialità territoriale è ormai strategico nella Regione Marche.

La Legge Regionale 21/2016 modificata dalla Legge Regionale 7/2017 costituisce la nuova normativa per l’autorizzazione e l’accreditamento istituzionale delle strutture dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati.

La DGR n. 1105 del 25 settembre 2017 “Piano Regionale Socio Sanitario 2010-2014 – DGR 289/2015 Revisione del fabbisogno delle strutture residenziali e semiresidenziali delle aree: sanitaria extraospedaliera, socio-sanitaria e sociale” pone importanti indicazioni sia programmatiche che pragmatiche:

- Rimodulare il fabbisogno regionale dell’assistenza residenziale e semiresidenziale;
- Rivedere l’aggregazione dell’intensità dell’assistenza, prevedendo all’interno di un’unica tipologia di struttura di accoglienza più “gradi” di assistenza omogenei nell’ambito dello stesso livello di intensità di assistenza, con obiettivi di semplificazione, continuità dell’assistenza, appropriatezza e razionalizzazione;
- Favorire il riequilibrio territoriale dei posti letto;
- Stabilisce il numero dei posti autorizzabili, accreditabili e contrattualizzabili;
- Migliorare i flussi informativi e la programmazione integrata.

La tabella seguente mostra le tipologie di strutture di regime assistenziale residenziale destinate a utenti di età maggiore a 64 anni suddivise per livello di intensità dell'assistenza.

| Sanitaria extraospedaliera | | Sociosanitaria | | Sociale | |
|---------------------------------------|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|---|
| Intensivo | Estensivo | Lungoassistenza/ mantenimento | Protezione | Tutela | Accoglienza |
| R2.1 Cure Intermedie | R2.2 RSA per anziani non autosufficienti R2.2D RSA per anziani con demenza | R3.1 Residenza Protetta per anziani con demenza | R3.2 Residenza protetta per anziani | Casa di Riposo per anziani autosuff. | Comunità alloggio per anziani Casa albergo per anziani |

Le caratteristiche e gli standard assistenziali di Strutture di Cure Intermedie e di RSA sono definite dalle DGR n. 960 del 4/8/2014 "Regolamentazione Cure intermedie" e la DGR n. 1331 del 25/11/2014 "Accordo tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale tra Regione Marche ed enti gestori - modifica DGR 1011/2013"

Il "minuti di assistenza" sono l'indicatore che qualifica il livello di assistenza erogata consiste nella somma totale del potenziale di assistenza espresso dalle unità del personale in servizio nella struttura nell'arco delle 24 ore.

In questa tesi approfondiremo le strutture di residenzialità extraospedaliera di tipo "intensivo" ed "estensivo": Cure Intermedie e Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

La tabella seguente sintetizza le caratteristiche dei due tipi di residenzialità extra-ospedaliera.

| | | CURE INTERMEDIE | Residenza Sanitaria Assistenziale |
|--|----------------------------------|--|---|
| DGR | | n. 960 del 4/8/2014 | n. 1331 del 25/11/2014 |
| Codice livello intensità assistenziale (DGR 289/2015) | | R2.1 | R2.2 |
| Tipologia di paziente | | Pazienti postacuti o cronici riacutizzati per lo più anziani a basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica in condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente a altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero (30 giorni prorogabili di altri 30 giorni) | Pazienti non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es nutrizione artificiale o lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici. |
| Criteri di esclusione | | Paziente terminale proveniente da altra struttura (ammissibile solo nel caso non possano essere attuate altre forme assistenziali) ... | |
| personale Standard minimi di | Infermiere + OSS | >160 minuti/paziente/die | >140 minuti/paziente/die (di cui 45 minuti infermiere per ospite e 85 minuti OSS per ospite (presenza infermieristica e OSS 24/24ore) |
| | Fisioterapia 6giorni/sett | 15 minuti/paziente/die | 10 minuti/paziente/die |
| | Medico 6giorni/sett | 15 minuti/paziente/die | 100 minuti/die ogni 20 PL (5 minuti/die) |
| Tipologia Medici | | DGR 1105/2017: solo medici dipendenti | MMG Continuità Assistenziale Medici dipendenti che lavoravano in H prima della riconversione Medici dei Servizi Sanitari di Base (medico di Distretto) Medici dipendenti del privato convenzionato |
| Fornitura farmaci e presidi | | Da UO Farmacia ospedaliera come reparto ospedaliero | Det Direttore Generale ASUR del 10/8/2017 : "procedura di fornitura farmaci presidi e materiale sanitario a RSA ... |

| | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | convenzionate ASUR.” |
| Trasporti sanitari | DGR 301 del 29/3/2017 | DGR 301 del 29/3/2017 |

La tabella seguente mostra il numero di strutture residenziali e di posti letto esistenti nella Regione Marche.

| | N° strutture | N° del posti letto |
|---|---------------------|---------------------------|
| R2.1 Cure Intermedie | 13 | 284 |
| R2.2 RSA per anziani non autosufficienti | 38 | 1211 |
| R3.1 Residenza Protetta per anziani con demenza | 11 | 248 |
| R3.2 Residenza protetta per anziani | 144 | 4902 |
| Casa di Riposo per anziani autosufficienti | 113 | 2501 |
| Comunità alloggio per anziani | 18 | 222 |
| Casa albergo per anziani | 12 | 96 |
| totale | 349 | 9464 |

La tabella seguente presenta la distribuzione dei posti letto della residenzialità extraospedaliera suddivisa per distretto e per ex zona territoriale.

| Area Vasta | Distretto | PL Cure Intermedie | Indice di dotazione PL/1000ab >64 anni | PL RSA | Indice di dotazione PL/1000ab >64 anni |
|---------------------|---------------------------------|---------------------------|--|---------------|--|
| Area Vasta 1 | Pesaro | 0 | 0,00 | 58 | 1,83 |
| | Urbino | 0 | 0,00 | 105 | 5,09 |
| | Fano | 20 | 0,62 | 112 | 3,46 |
| Area Vasta 2 | Senigallia | 0 | 0,00 | 40 | 2,0 |
| | Jesi | 10 | 0,38 | 79 | 3,02 |
| | Fabriano | 20 | 1,71 | 0 | 0,00 |
| | Ancona | 50 | 0,83 | 344 | 5,68 |
| Area Vasta 3 | Civitanova Marche | 40 | 1,47 | 153 | 5,63 |
| | Macerata | 104 | 3,03 | 40 | 1,16 |
| | Camerino | 0 | 0,00 | 20 | 1,56 |
| Area Vasta 4 | Fermo | 40 | 0,94 | 40 | 0,94 |
| Area Vasta 5 | San Benedetto del Tronto | 0 | 0,00 | 130 | 0,82 |
| | Ascoli Piceno | 0 | 0,00 | 90 | 3,35 |
| Totale | | 284 | | 1211 | |

L'Indice di Dotazione regionale è lo strumento per valutare la distribuzione dei posti letto per 1000 abitanti.

L'indice di Dotazione permette di confrontare la distribuzione territoriale effettiva per determinare il fabbisogno partendo dall'esistente.

Attualmente l'Indice di dotazione per le Cure Intermedie risulta essere di 0,77 posti letto/1000 abitanti >64 anni e per le RSA di 3,26 posti letto/1000 abitanti >64 anni.

$$\text{Indice di dotazione} = \frac{\text{valore assoluto posti per tipologia}}{\text{valore assoluto popolazione} * 1000 \text{ abitanti}}$$

Il valore assoluto della popolazione è inteso per fascia d'età nella popolazione di riferimento al 1/1/2016.

La DGR n. 1105 del 25/9/2017 esplicita la previsione futura per la dotazione di posti letto di residenzialità territoriale per la Regione Marche, riassunta nella tabella seguente.

| | N° posti letto attuali | N° posti autorizzabili | N° posti accreditabili | N° posti contrattualizzabili |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| R2.1 Cure Intermedie | 284 | 551 | 525 | 501 |
| R2.2 RSA per anziani non autosufficienti | 1211 | 1185 | 1154 | 1099 |
| R2D RSA per anziani con demenza | Non esplicitato | 323 | 315 | 300 |

Anche nella Regione Marche, come a livello italiano e internazionale, il ruolo della residenzialità territoriale è cambiato profondamente nell'ultima decade. Si è passati da un setting puramente residenziale per ospiti con deterioramento cognitivo e dipendenti nelle ADL, a strutture sempre più orientate a gestire bisogni sanitari complessi, che forniscono cure specializzate a pazienti complessi dal punto di vista medico e assistenziale, talvolta di cure "post-acuzie" per pazienti spesso dimessi direttamente dai reparti ospedalieri per acuti.⁵

Rappresentano il setting più comune delle cure di post-acuzie negli Stati Uniti d'America.⁶

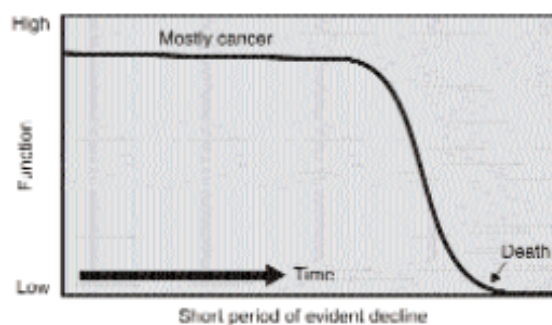
Bisogni della popolazione anziana tra fragilità, malattie cronico-degenerative e Cure Palliative

In questo scenario sanitario attuale, con una popolazione anziana affetta da malattie cronico degenerative e da dipendenza assistenziale, le malattie cronicodegenerative a più elevata prevalenza e a maggiore impatto sociale sono le malattie cerebrovascolari, lo scompenso cardiaco cronico, la broncopneumopatia cronico ostruttiva e il diabete.

Pare evidenziarsi un ruolo progressivamente più rilevante delle demenze.

Queste patologie sono causa di morbidità e di mortalità, provocano disabilità e perdita/ riduzione dell'autosufficienza. Inoltre le malattie cronico-degenerative hanno in comune un andamento tipico: un decorso della malattia caratterizzato da periodi di apparente remissione con relativa stabilità clinica, intervallati a esacerbazioni e instabilità clinica che ne causano dipendenza assistenziale e multiple riospedalizzazioni.

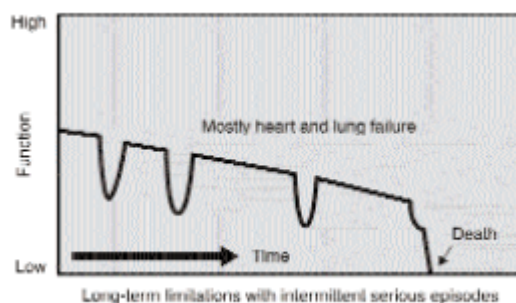
Generalmente la funzione fisica globale delle persone malate di cancro è preservata fino agli stadi molto avanzati di malattia, segue un corto periodo di evidente declino nella fase terminale di malattia, come mostrato nella figura seguente.⁷



Modello di traiettoria di malattia nelle persone affette da malattia neoplastica.

La traiettoria di malattia delle malattie cronicodegenerative è completamente diversa. Ad esempio per lo scompenso cardiaco e la BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), le malattie cronicodegenerative a maggiore prevalenza nella popolazione anziana, il decorso di malattia è caratterizzato da un lungo periodo di vita con modeste limitazioni dell'autonomia funzionale, con episodi di esacerbazioni intermittenti che precipitano le condizioni del paziente ma che poi eventualmente recedono restituendolo con gradualità al suo livello precedente di funzione fisica globale.

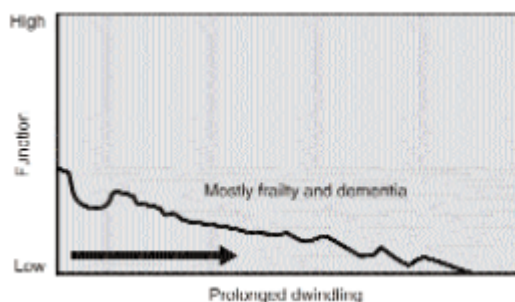
La progressiva insufficienza d'organo porta inevitabilmente al decesso, o per un declino progressivo o per morte improvvisa.⁷⁻⁸



Modello di traiettoria di malattia nelle persone affette da malattia cronica.

Anche se in questi anni il miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza sanitaria ha comportato un progressivo aumento della sopravvivenza, la storia naturale di queste grandi insufficienze non si è però modificata, continuando a essere caratterizzata da riacutizzazioni intercorrenti, ciascuna seguita inevitabilmente da un globale, progressivo scadimento della qualità di vita. Così, nella traiettoria di malattia di questi malati è possibile individuare un punto in cui il livello di gravità rende più rare le remissioni, ne abbrevia la durata e provoca un aumento del numero dei ricoveri e della durata della degenza. Inizia così la fase end stage delle grandi insufficienze d'organo. Inoltre i pazienti affetti da malattia cronica degenerativa generalmente hanno una percezione ed una comprensione piuttosto scadente della loro malattia, della severità e delle implicazioni prognostiche.⁸

La demenza, o meglio le demenze, e la condizione di fragilità seguono un percorso di decadimento prolungato e graduale. L'impegno assistenziale è considerevole.⁷



Modello di traiettoria di malattia nelle persone affette da demenza e nell'anziano fragile.

La gestione delle malattie cronico degenerative pone molte sfide. Prima di tutto la difficoltà prognostica: non identificare in quale fase sia il paziente nella traiettoria di malattia può portare alla "paralisi prognostica" che comporta l'impossibilità a definire cure appropriate.

Un aspetto necessario è la consapevolezza che il processo di cura non può e non deve mai essere volto soltanto alla terapia della malattia o del sintomo, quanto piuttosto alla presa in carico globale della persona con problemi di salute cronici e ingravescenti, inesorabilmente terminali.

Il setting di cura delle malattie cronico degenerative può variare a seconda dei bisogni clinici e assistenziali. Il luogo di vita è il domicilio e rimane il setting di cura privilegiato anche quando aumenta la richiesta di cure: con assistenza medica e/o infermieristica ambulatoriale o eventualmente a domicilio con il peggioramento dell'autonomia funzionale.

Nei momenti di riacutizzazione il malato fa ricorso al ricovero ospedaliero, in seguito al quale può avere bisogno di cure post-ricovero di residenzialità territoriale per stabilizzare la condizione clinica e recuperare le autonomie precedenti, ove possibile.

Gli obiettivi di cura si adattano alla condizione contingente del paziente, così come si devono modulare i concetti appropriatezza clinica e etica di trattamento. Gli obiettivi principali a lungo termine della gestione delle malattie cronico degenerative non consistono solo nell'aumentare della sopravvivenza, ma nel prevenire le complicanze e permettere una buona qualità di vita dei pazienti.

Linee Guida nazionali e internazionali fissano le indicazioni in merito alla diagnosi della fase di malattia nella cronicità e chiariscono modalità di trattamento.⁸⁻⁹

Risulta imprescindibile il coinvolgimento del malato e dei suoi familiari nella definizione condivisa di un percorso di cura che consideri anche la necessità di bilanciare i costi umani per il malato, i benefici realmente attesi.

Il fenomeno delle ri-ospedalizzazioni

Studi internazionali sul fenomeno delle riospedalizzazioni evidenziano come il problema sia di carattere globale e sempre più di rilievo non solo per le aziende sanitarie, ma anche per le scelte politiche degli Stati.

La riospedalizzazione è un problema al centro dell'attenzione della salute pubblica sempre più ragguardevole in termini di impatto epidemiologico e di costi sanitari.

La prevenzione delle riammissioni ospedaliere ha riservato un rilevante impegno nella ricerca e nella letteratura scientifica per individuare le caratteristiche cliniche predisponenti e i rischi che vi si associano. È talmente importante che è stato coniata la definizione di “revolving door syndrome”, ovvero la “sindrome della porta girevole”, cioè il continuo passaggio tra ospedale e domicilio.⁵

Le riammissioni evitabili sono gravose e molto costose, sia per i pazienti e per le loro famiglie, sia per i sistemi sanitari.

Il problema della riammissione in ospedale a 30 giorni dal primo ricovero contribuisce a identificare, insieme al tasso di mortalità, il livello di efficienza di un reparto o di un ospedale.

Tra gli indicatori del Programma Nazionale Esiti, sviluppato da AGENAS per la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, ci sono le riammissioni a 30 giorni per lo scompenso cardiaco congestizio, per l'ictus ischemico e per la BPCO riacutizzata.

Le patologie croniche sono le principali cause che portano ad avere alti tassi di riospedalizzazione ed un aumentato numero di ricoveri ospedalieri. Rispetto alla popolazione generale, dalle ricerche si è rilevato un crescente numero di pazienti anziani con una malattia cronica a riportare alti tassi di ospedalizzazione e di riammissione.

Ulteriore evidenza emersa è che i pazienti con frequenti riammissioni ospedaliere spesso coesistono più patologie diverse tra loro e le riammissioni a 30 giorni dei pazienti possono dipendere da secondo una molteplicità di condizioni, spesso differenti dalla causa determinante il ricovero.¹⁰ Infatti sono pazienti con bisogni complessi, nei quali influiscono altri parametri oltre la patologia di base e criteri clinici: l'importanza di un approccio multidisciplinare e multidimensionale, il coordinamento con i servizi post-ricovero e qualità dell'assistenza sul territorio.

Studi individuano alcune cause evitabili di riammissione ospedaliera precoce: ¹¹⁻¹²

- Dimissione prematura,
- Mancata revisione terapeutica,
- Inadeguata gestione della terapia,
- Inadeguata pianificazione del trasferimento d'assistenza,
- Ritardato o assente follow-up,
- Mancato insegnamento dei segnali d'allarme della patologia,
- Mancata programmazione di test/trattamenti in follow-up,
- Mancata/insufficiente comunicazione tra personale sanitario e familiari/caregiver,
- Mancata/insufficiente comunicazione tra ospedale e servizi territoriali.

Ricoveri e riammissioni ospedaliere nell'anziano malato cronico degente nella residenzialità territoriale.

Il ricovero e il fenomeno della riammissione in ospedale entro i 30 giorni dalla dimissione è un evento comune nell'anziano con malattia cronico degenerativa, è gravato da importanti effetti avversi e costoso.

L'anziano fragile.

La fragilità è la condizione clinica più problematica correlata all'invecchiamento: consiste nel declino cumulativo di molteplici sistemi fisiologici, che complessivamente provoca vulnerabilità e cambiamenti repentini dello stato di salute, sproporzionati rispetto a eventi stressanti di piccola entità.

Nell'invecchiamento c'è un declino fisiologico delle riserve dell'organismo, ma nell'anziano fragile il declino è accelerato e i meccanismi dell'omeostasi diventano insufficienti. È un processo dinamico, solitamente caratterizzato da peggioramento progressivo, ed è distinto da comorbidità e disabilità.

L'anziano fragile ha rischio aumentato di outcome avversi: cadute, delirium e disabilità, ammissioni ospedaliere e morte.¹³

La fragilità è una condizione spesso sotto diagnosticata, ma è un fattore comune tra i pazienti dimessi dai reparti ospedalieri medici. Oltre a essere predittore indipendente della durata della degenza, della mortalità intraospedaliera e dimissione verso strutture sanitarie residenziali, aggiunge informazioni cliniche prognostiche molto rilevanti: è associata con scarsi outcome dopo la dimissione ed è associata a maggiore rischio di riammissione o morte entro i 30 giorni successivi alla dimissione e aumenta l'accesso ai servizi sanitari in genere, come cure domiciliari o residenzialità territoriale.

Kalhon et al. hanno osservato come le condizioni di fragilità da moderata a molto severa nell'adulto siano un comune fattore di rischio indipendente per la riammissione in ospedale e la morte entro i 30 giorni dalla dimissione da un reparto ospedaliero. La fragilità è stata definita secondo Clinical Frailty Scale, una scala facile da valutare al letto del paziente, eventualmente con l'aiuto del paziente e del familiare.

Fragilità lieve (score 5) corrisponde a difficoltà in una o più IADL, moderata (score 6) corrisponde a difficoltà con 1 o 2 ADL, fragilità severa (score 7 e 8) indicano completamente dipendente il almeno 3 ADL, sia per cause cognitive sia fisiche. Il punteggio 9 corrisponde alla condizione di terminalità.

Il rischio più alto di riammissione a 30 giorni corrisponde agli score 7 e 8.

Ci sono differenze statisticamente significative tra i pazienti fragili e quelli non fragili: età, comorbidità, maggior numero di ammissioni in ospedale nell'anno precedente e maggior numero di farmaci prescritti alla dimissione.¹⁴

La sindrome “post- ospedale”

Dopo un ricovero ospedaliero i pazienti attraversano un periodo transitorio di rischio generalizzato per un'ampia gamma di eventi avversi, non solo legati alla malattia acuta che ha causato il ricovero. È denominata “sindrome post-ospedale”, una condizione acquisita di vulnerabilità che rende critici i 30 giorni successivi alla dimissione. Questo avviene perché il paziente, già provato dalla fase acuta (o fase di riacutizzazione di malattia cronica), è sottoposto allo stress dell'ospedalizzazione: deprivazione del sonno, alterazioni del ritmo circadiano, scarsa alimentazione, dolore, discomfort, allettamento e inattività, farmaci che possono influire sul sistema nervoso, ma anche dover affrontare situazioni mentalmente impegnative e stancanti.¹⁵

Per gli anziani fragili e con malattie croniche degenti in strutture sanitarie residenziali il ricovero ospedaliero può quindi rivelarsi dannoso perché spesso subiscono effetti negativi dal ricovero, tra cui comorbidità acquisite come infezioni associate all'assistenza, perdita di autonomie funzionali, distress psicoemotivo e morte.¹⁶

Il fenomeno della riammissione in ospedale a 30 giorni dal ricovero è molto diffuso in particolare tra gli anziani: negli USA riguarda 1/5 dei pazienti assistiti Medicare dimessi dall'ospedale, 2.6 milioni di anziani/anno sviluppano problemi medici nei 30 giorni successivi alla dimissione. Jencks et al. dimostrano che la causa di riammissione in ospedale non coincide necessariamente con quella del ricovero indice: nei pazienti inizialmente ricoverati per scompenso cardiaco, polmonite e BPCO, infatti, le diagnosi coincidono nel 37%, 29% e 36% dei casi rispettivamente e i pazienti comunemente vengono riammessi per altre cause: scompenso cardiaco, polmonite, BPCO, infezioni, disturbi gastrointestinali, disturbi cognitivi, metabolici e traumi (cadute).¹⁷

Per tutti questi motivi appare fondamentale prevenire i ricoveri “evitabili” nei pazienti anziani fragili e con malattie croniche degenerative degenti in residenze sanitarie. Gli sforzi per ridurre tali ospedalizzazioni migliorerebbe fortemente efficacia ed efficienza delle cure, oltre che la salvaguardare la qualità della vita delle persone.

La letteratura scientifica ha prodotto molti studi e sono stati usati molteplici termini diversi: ricoveri prevenibili, evitabili, non necessari o discrezionali, proprio a sottolineare la complessità della scelta di ospedalizzare in questa popolazione di pazienti.

Ouslander et al. hanno dimostrato che ospedalizzazioni multiple nell'anziano fragile con patologia cronica e degente in residenze sanitarie sono da identificare come eventi acuti recidivanti in un lungo periodo di malattia cronica, piuttosto che una riammissione a 30 giorni come per le altre tipologie di pazienti.¹⁸

Infatti il fenomeno della riammissione a 30 giorni dalla dimissione è solitamente utilizzato come un indicatore di qualità delle cure ospedaliere, mentre nella popolazione in questione si è dimostrata la rilevanza della qualità delle cure fornite nel post ricovero.¹⁹

Focus: la demenza in stadio severo

La demenza è diventata uno dei principali problemi di salute in tutto il mondo ed è destinata ad aumentare nel prossimo futuro, tanto da rappresentare un'emergenza sociale per il grande onero emozionale, economico ed assistenziale che richiede. È una malattia cosiddetta "life-limiting" per la quale al momento non ci sono cure ma per cui sono previste cure palliative specifiche.²⁰⁻²¹

Sarebbe più corretto parlare al plurale: "le demenze", in quando esistono varie e diverse patologie (es. demenza di Alzheimer, demenza su base vascolare, ...). In ogni caso l'evoluzione è comune: una malattia progressiva e fatale, a inesorabile peggioramento. Una gran parte di questi pazienti è assistita nelle strutture residenziali territoriali visto l'impegno assistenziale che comportano.

Per i pazienti anziani con demenza in fase avanzata degenti in strutture sanitarie territoriali, subire due o più ricoveri ospedalieri per disidratazione, malnutrizione o infezioni come polmoniti, infezioni delle vie urinarie, sepsi è correlato scarsa sopravvivenza. In base alla scarsa sopravvivenza osservata, significativamente minore alla sopravvivenza generale senza complicazioni, gli autori suggeriscono che risulta opportuno riconsiderare gli obiettivi di cura e l'appropriatezza di continui ricoveri tempestivamente al primo trasferimento in ospedale. Polmoniti ed altre infezioni sono attese e previste nella demenza in fase avanzata e possono essere curate in struttura.²²

I pazienti con demenza in fase avanzata trasferiti in ospedale rischiano gli effetti dell'inadeguatezza a gestire le loro esigenze speciali, prima di tutte l'assistenza nell'alimentazione, e la mancanza di comunicazione riguardo gli obiettivi di cura. Quando gli obiettivi di cura sono il comfort e la qualità di vita residua il ricovero ospedaliero è raramente appropriato e coerente.²³

Tali ricoveri inappropriati espongono sensibilmente questi pazienti a cure end-of-life di scarsa qualità: lesioni ad pressione al 4° stadio, ricoveri in terapia intensiva negli ultimi 30 giorni di vita, tardivo ricovero in hospice, inserzione di sonde di alimentazione artificiale negli ultimi 90 giorni di vita.²³

Tra i pazienti con demenza in fase avanzata, sono più a rischio di ricoveri inappropriati coloro che non hanno alcuna pianificazione anticipata delle cure: né direttive anticipate, né il cosiddetto "do not resuscitate order" né il "do not hospitalize order".²³

La questione del decision making per i familiari dei pazienti affetti da demenza è spinosa e dolorosa, ma indispensabile nell'interesse della persona malata. Una delle peculiarità è la difficoltà nel processo di decision-making nelle scelte di cura. Il deterioramento cognitivo del paziente complica molte decisioni e in assenza di dichiarazioni anticipate/amministratore di sostegno è necessario condividere il

decision making tra familiari e clinici per rispettare il principio di autonomia e l'interesse del malato. Allo stesso tempo il decision-making è particolarmente angoscioso per la famiglia per i risvolti etici e morali che lo accompagnano.

Gonzalo et al. propongono che il rilevamento dei trasferimenti gravosi per i pazienti siano impiegati per monitorare le cure di fine vita nei sistemi sanitari.²³

Le ospedalizzazioni potenzialmente evitabili

In letteratura vengono definite ospedalizzazioni potenzialmente evitabili quelle causate da patologie che possono essere gestite in struttura (Ambulatory care-sensitive conditions, ACSC) secondo i Prevention Quality Indicator di Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ):²⁴

- Infezioni delle vie urinarie,
- Polmonite batterica,
- Asma,
- BPCO,
- Scompenso cardiaco congestizio,
- Angina,
- Scarso controllo glicemico,
- Ipertensione,
- Disidratazione,
- Appendicite perforata.

Inoltre sono state elaborate condizioni aggiuntive alle precedenti: (Additional Nursing Home avoidable conditions (ANHAC)):²⁵

- Polmonite virale e polmoniti ab ingestis,
- Sepsi,
- Infezione da Clostridium difficile,
- Diarrea e gastroenteriti,
- Stitichezza/fecalomi,
- Ferite,
- Celluliti,
- Lesioni da pressione,
- ipotensione
- Anemia,
- Perdita di peso,
- Deficit nutrizionali,
- Convulsioni,
- Delirium e stato confusionale acuto,

- Psicosi e agitazione psicomotoria,
- Dolore toracico,
- Febbre.

Queste patologie e problematiche possono essere gestite in strutture territoriali in sicurezza per il paziente, inoltre con il beneficio di evitare rischio di eventi a cascata, come le complicazioni della sindrome post-ospedale, infezioni associate all'assistenza, morbilità e morte.

Si ottiene inoltre un obiettivo notevole: la tutela della qualità di vita residua della persona, evitando gli stress fisici e emotivi del trasferimento in ospedale.

Considerati complessivamente tutti questi aspetti, ne emerge un significativo risparmio.

Ricercatori americani approfondiscono il tema dei costi: il sistema di assicurazione sanitaria statunitense costituito da Medicare e Medicaid è complesso, basato su rimborsi, incentivi e penalità, e non verrà approfondito in questa tesi. Appare fondamentale non trascurare le cifre che stimano: 4,34 miliardi di dollari l'anno spesi per le riospedalizzazioni da strutture sanitarie di anziani fragili con malattia cronica, di cui 3,39 miliardi di dollari di potenziali risparmi.⁵

Un risparmio stimato tra i 47 milioni e i 72 milioni di dollari all'anno su 142 milioni di dollari della spesa sostenuta da Medicare per i ricoveri ospedalieri per lo Stato della Georgia.²⁵

Molti autori hanno indagato se la qualità delle cure fornite dalle strutture sanitarie territoriali influisca sulle riammissioni in ospedale.

Alcune caratteristiche delle strutture sembrano essere correlate, come intensità dell'assistenza/ numero del personale, numero di posti letto, proprietà/gestione.

Al contrario le misure cliniche indicatori di performance impiegate negli USA per valutare la qualità delle cure, per l'accreditamento e trasparenza delle residenzialità, cioè percentuale dei pazienti con delirium, con lesioni a pressione di nuova insorgenza o peggiorate, con dolore da moderato a severo, non sono associate in modo statisticamente significativo al rischio di riammissione o morte nei 30 giorni successivi al ricovero indice.²⁷

L'ipotesi più realistica, e più complessa, è che si realizzi una relativa influenza Ospedale – Territorio, in cui la qualità sia dell'ospedale e sia quella delle strutture residenziali contribuiscano a ridurre i tassi di ri-ospedalizzazione a 30 giorni.²⁸

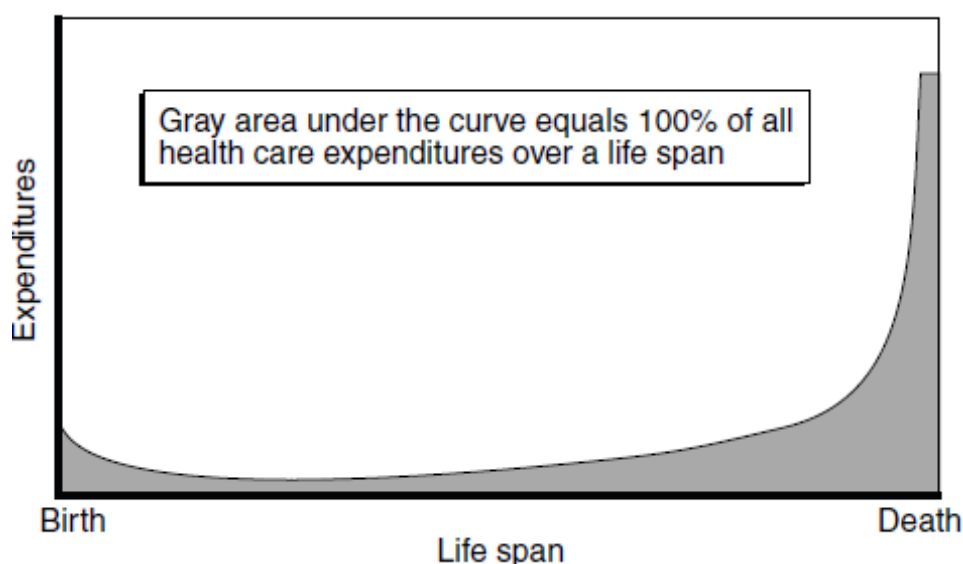
Inoltre è intrinseco nella traiettoria di malattia dell'anziano fragile con patologia cronica e degente in residenze sanitarie, che si verifichino eventi acuti recidivanti in un lungo periodo di malattia cronica e che ciò determini ospedalizzazioni multiple nel tempo. Tali episodi rientrano nei criteri dei ricoveri evitabili in quando gestibili in struttura, senza necessariamente il criterio dei 30 giorni successivi alla dimissione come per le altre tipologie di pazienti.¹⁸⁻¹⁹

Costi sanitari durante le fasi della vita

La spesa sanitaria non è distribuita in modo lineare durante il corso della vita.

Generalmente la persona vive un lungo periodo di vita in salute, con intermittenti problemi di salute o una malattia cronica compatibile con una vita normale.

La maggior parte dell'impegno è concentrato nella fase dell'età avanzata, trascorsa con malattia cronica severa e con disabilità, salute fragile e bisogno di cure e assistenza. Segue un picco nella fase finale della vita: il periodo prima della morte è il più gravoso e sono concentrati i maggiori costi, come mostrato nel grafico seguente.⁷



Andamento della spesa sanitaria durante la vita

Date le considerazioni demografiche precedentemente analizzate, possiamo attenderci un aumento della spesa sanitaria dovuto sia al crescere della quota della popolazione anziana, sia all'aumento dell'aspettativa di vita gravata da malattia e disabilità.

MATERIALI E METODI

I Prevention Quality Indicators

I Prevention Quality Indicators (PQI) sono indicatori usati per misurare il livello di qualità dei sistemi sanitari nel loro complesso, specialmente nella capacità delle cure territoriali nel prevenire complicanze mediche dopo un ricovero ospedaliero.

Identificano le condizioni patologiche sia acute che croniche dell'adulto che possono essere trattate a livello ambulatoriale mantenendo l'efficacia e con maggiore efficienza, le cosiddette "ambulatory care sensitive conditions" o ASCS. Sono patologie per le quali la presa in carico del paziente a livello territoriale, sia a livello ambulatoriale sia nelle residenzialità, può prevenire complicazioni, peggioramenti e evita il ricorso al ricovero ospedaliero.

Tali indicatori permettono quindi di identificare i ricoveri potenzialmente evitabili, cioè quelle ammissioni in ospedale dovute a patologie acute e/o alla riacutizzazione o peggioramento di condizioni croniche che potrebbero essere evitate grazie all'offerta di trattamenti ambulatoriali di alta qualità e alla corretta gestione delle condizioni patologiche.

Questi indicatori possono essere utilizzati come potenziali markers indicativi dell'efficienza del sistema sanitario. Difficoltà nell'accesso alle cure oppure servizi territoriali carenti o di scarsa qualità possono essere la causa dell'aumento di questo tipo di ricoveri.

Anche se questi indicatori sono basati sui dati dei pazienti ricoverati, essi sono in grado di fornire una vision all'interno del sistema sanitario della comunità, riferito ai servizi esterni al setting ospedaliero.

Per esempio, i pazienti con scompenso cardiaco cronico possono essere ricoverati in ospedale per il riacutizzarsi della malattia se manca un adeguato follow up ambulatoriale, oppure se non ricevono adeguata educazione sanitaria, necessaria per una appropriata gestione domiciliare della propria malattia.

I PQI possono essere usati come strumenti identificare criticità, confrontare aree diverse, monitorare nel tempo la qualità delle cure territoriali.

È opportuno considerarli come uno strumento di "screening" della qualità, che presuppone ulteriori approfondimenti, in quanto molteplici fattori possono contribuire al ricorso a ricovero ospedaliero, talvolta fattori non modificabili dal sistema sanitario, come ad esempio condizioni socio - ambientali precarie.

I PQI si applicano analizzando i dati delle dimissioni ospedaliere per le patologie ASCS utilizzando dati relativi ai ricoveri ospedalieri. Sono uno strumento agevole da usare, ripetibile ed economico, applicandoli alle Schede di Dimissione Ospedaliera, dati ospedalieri prontamente disponibili.

Sono stati sviluppati di Agency fo Healthcare Research &Quality (AHQR).²⁴
Entrando nello specifico di questa tesi, in letteratura vengono definite ospedalizzazioni potenzialmente evitabili non soltanto quelle causate da patologie "ACSC" secondo i PQI; inoltre sono state elaborate condizioni aggiuntive (Additional Nursing Home avoidable conditions (ANHAC)).²⁵

Tutte le diagnosi si riferiscono alla diagnosi principale del ricovero.
I codici indicati con solo tre cifre includono anche le diagnosi successive definite con quattro e cinque cifre; i codici indicati con quattro cifre includono anche le sottodiagnosi definite con anche la quinta cifra.

La tabella seguente esplicita i codici ICD-9 usati per definire le ospedalizzazioni evitabili, suddivisi secondo quelle indicate dai PQI e le condizioni aggiuntive.

| | ICD-9 PQI | ICD-9 Condizioni aggiuntive |
|--|--|--|
| Infezioni delle vie urinarie | 590.0, 590.1, 590.2, 590.3, 590.8, 590.9, 595.0, 595.1, 595.2, 595.4, 595.89, 595.9, 597.0, 598.00, 598.01, 599.0, 601 | |
| Polmonite | Polmonite batterica 481, 482.2, 482.3, 482.4, 482.9, 483, 485, 486 | Polmonite virale e polmoniti ab ingestis 480, 482.0, 482.1, 507.0 |
| BPCO e Asma | 490, 491, 492, 493, 494, 496, 466.0, 466.1 | |
| Scompenso cardiaco congestizio | 398.91, 402.01, 402.11, 402.91, 404.01, 404.03, 404.11, 404.13, 404.91, 404.93, 428, 518.4 | |
| Angina | 411.1, 411.8, 413 | |
| Scarso controllo glicemico | 250.02–250.03, 250.1–250.9, 251.0, 251.2, 790.29 | |
| Ipertensione | 401.0, 401.9, 402.00, 402.10, 402.90, 403.00, 403.10, 403.90, 404.00, 404.10, 404.9 | |
| Disidratazione | 276.5 | 276.8, 584.5–584.9, 588.8, 588.9 |
| Appendicite perforata | 540.0, 540.1 | |
| Sepsi | | 038 |
| Infezione da <i>Clostridium difficile</i> | | 008.45 |
| Diarrea e gastroenteriti | | 003.0, 004, 005, 006.0, 007, 008 (tranne 008.45), 009, 558.9, 787.91 |
| Stitichezza/fecalomi | | 560.39, 564.00, 564.01, 564.09 |
| Ferite | | 800–897, 900–995 |
| Celluliti | | 681–683, 686 |
| Lesioni da pressione/ulcere cutanee | | 707.0, 707.1, 707.8, 707.9 |
| Ipotensione | | 458.0, 458.1, 458.21, 458.29, 458.8, 458.9 |
| Anemia | | 280, 281, 285.2, 285.9 |
| Perdita di peso | | 783.2, 783.3, 783.7 |
| Deficit nutrizionali | | 260–263, 268.0, 268.1 |
| Convulsioni | | 345, 346, 436, 780.31, 780.39 |
| Delirium e stato confusionale acuto | | 290.3, 290.41, 290.81, 293.0, 293.1 |
| Psicosi e agitazione psicomotoria | | 290.42, 290.43, 290.8, 290.9, 293.8, 293.9, 297, 298 |
| Dolore toracico | | 786.5 |
| Febbre | | 780.6 |

Le condizioni aggiuntive includono le diagnosi di polmoniti virali e polmoniti ab ingestis, mentre i PQI prevedono unicamente le polmoniti batteriche.

Tra le diagnosi per definire la disidratazione tra le condizioni aggiuntive ci sono l'insufficienza renale acuta, ipopotassiemia e iponatremia, in quanto tali codici sono spesso adoperati per indicare lo stato di disidratazione.

La letteratura scientifica indica di assumere tra i ricoveri evitabili anche le diagnosi di appendicite perforata e traumi e ferite ("injuries" in inglese) a cui appartengono per lo più pazienti chirurgici e pazienti ortopedici. Ad esempio nei criteri ICD9 per "injuries" ci sono traumi cranici e fratture di femore. Non vengono compresi nel nostro studio perché nella nostra realtà accertamenti in regime di ricovero ospedaliero sono mandatori.

Flusso informativo SDO

Il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (flusso SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative a tutti gli episodi di ricovero erogati nelle strutture ospedaliere pubbliche e private presenti in tutto il territorio nazionale.

Le informazioni raccolte comprendono caratteristiche anagrafiche del paziente (età, sesso, residenza, livello di istruzione...), caratteristiche del ricovero (ad esempio istituto e disciplina dimissione, regime di ricovero, modalità di dimissione, classe priorità del ricovero...) e caratteristiche cliniche (diagnosi principale, diagnosi concomitanti, procedure diagnostiche o terapeutiche...).

Il flusso SDO viene correntemente impiegato per finalità di carattere economico-gestionale, per studi di carattere clinico-epidemiologico e di esito, per analisi a supporto dell'attività di programmazione sanitaria, nonché per il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per la valutazione del rischio clinico ospedaliero, per il calcolo di indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata, sia nel setting ospedaliero, sia per analisi proxy degli altri livelli di assistenza.

La banca dati SDO è un elemento fondamentale del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Analisi dei ricoveri evitabili per patologie trattabili in ambito ambulatoriale nelle Marche negli anni 2010-2012

Per la formulazione del quesito di ricerca è stata impiegata la metodologia "PICO". Il metodo Pico permette di strutturare il quesito di ricerca relativo all'efficacia di qualsiasi intervento sanitario secondo l'Evidence Based Medicine. Pico è l'acronimo di: Popolazione, Intervento, Confronto, Outcome/esito.

Popolazione: identificazione della popolazione in studio.

La popolazione oggetto dello studio è costituita dalle persone con età maggiore di 74 anni che siano state ricoverate almeno una volta in ospedale nella Regione Marche negli anni 2010-2012.

Intervento: tipologia di intervento sanitario.

Il fenomeno indagato è stato quello delle ospedalizzazioni evitabili per i pazienti ricoverati nelle strutture residenziali territoriali.

Confronto: tipologia di confronto.

Il nostro studio non ha trattato un confronto tra l'intervento ed altre tipologie di assistenza.

Outcome: end point che si intendono misurare.

L'end point che si vuole quantificare è il tasso dei ricoveri evitabili.

Inoltre si vuole quantificare il numero dei pazienti che muoiono in ospedale durante un ricovero evitabile.

È stato condotto uno studio cross-sectional utilizzando il database delle Schede di Dimissione Ospedaliera della Regione Marche riferite all'arco temporale 2010-2012.

Dal database è stata selezionata la popolazione dei maggiori di 74 anni.

Da tale popolazione sono stati estrapolati i pazienti provenienti da istituti di cura pubblici (Codice di provenienza 4) e privati accreditati (codice di provenienza 5).

A questo punto sono stati estratti i ricoveri evitabili utilizzando i PQI e gli altri indicatori individuati in letteratura specifici per la popolazione anziana residente in setting della residenzialità territoriale.²⁴⁻²⁵

La definizione di caso "ricovero evitabile" è basata sulle codifiche ICD-9-CM indicate dai PQI e dagli altri indicatori.²⁵

L'unità di analisi considerata è stata il ricovero nella persone con età maggiore di 74 anni.

Per definire il numeratore abbiamo utilizzato i codici ICD-9-CM della diagnosi principale riportata nelle SDO. Abbiamo assunto come denominatore il numero dei ricoveri complessivi

Le analisi statistiche sono state eseguite con fogli di lavoro Excel.

RISULTATI

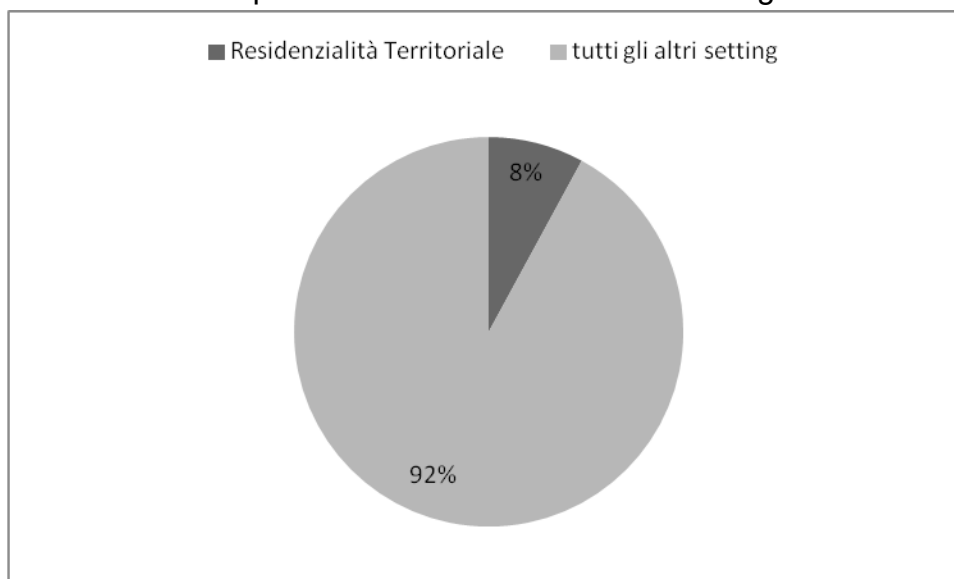
I ricoveri ospedalieri in regime ordinario nella Regione Marche nel triennio 2010-2012 sono stati 583.931.

Di questi, i ricoveri che hanno riguardato pazienti con un'età maggiore di 74 anni sono stati complessivamente 166.932, il 28,59% del totale. Si sono verificati rispettivamente 66.467 ricoveri nel 2010, 65.070 nel 2011 e 35.395 nel 2012.

Tra i ricoveri in regime ordinario dei pazienti maggiori di 74 anni, è stato selezionato il sottogruppo di pazienti provenienti da Strutture Residenziali Territoriali.

Nel triennio 2010-2012 i ricoveri di pazienti provenienti da Strutture Residenziali sono stati complessivamente 13.244: 5.099 nel 2010, 5.446 nel 2011 e 2.699 nel 2012 e rappresentano rispettivamente il 7,67 %, l'8,39 % e il 7,63 % dei ricoveri ordinari erogati dalla Regione Marche nel triennio alla popolazione di ultra74enni. Alcuni pazienti si ricoverano ripetutamente in ospedale durante gli anni, tuttavia in questa tesi il focus dell'osservazione è orientato a indagare il percorso e le caratteristiche del paziente per ciascun "evento" ricovero.

Provenienza dei pazienti over 74 anni ricoverati in regime ordinario



I pazienti hanno una età media di 83 anni, con un massimo di 108 anni. Complessivamente i 13.244 pazienti ultra74enni provenienti da Strutture Residenziali Territoriali determinano 203.883 giornate di ricovero ordinario, con una durata di degenza media di 15,4 giorni, che va da un minimo di zero a un massimo 361 giorni.

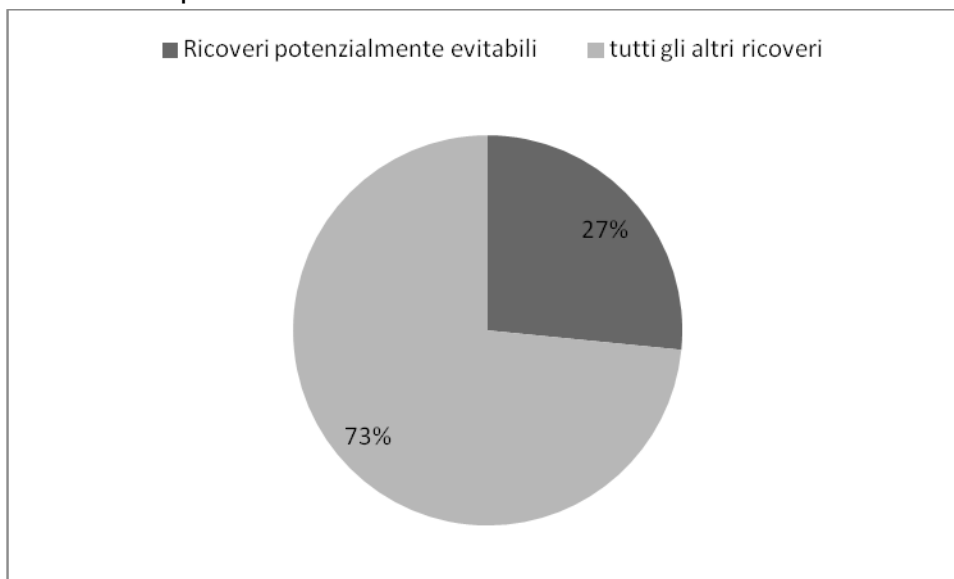
11.678 ricoveri esitano nella dimissione e 1.566 con il decesso del paziente.

I decessi rappresentano l'11,84% del totale dei ricoveri di questo gruppo di pazienti. La proporzione dei pazienti deceduti appare omogenea negli anni: nel 2010 l'11,96%, nel 2011 l'11,75% e nel 2012 l' 11,7%.

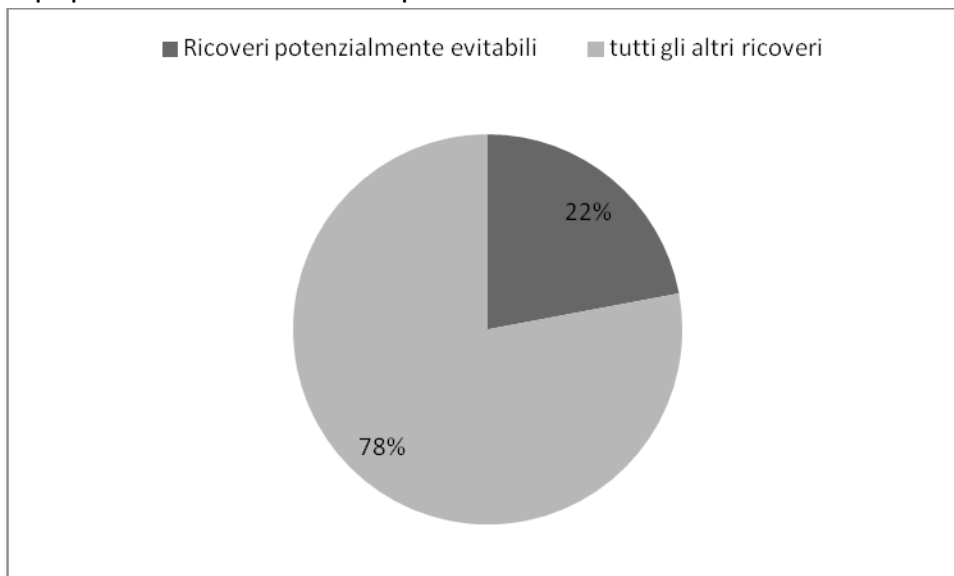
Considerando complessivamente l'intero periodo di osservazione, i ricoveri potenzialmente evitabili determinati dalla popolazione degli ultra74enni provenienti da una Struttura di Residenzialità Territoriale sono stati 3.521 con 44.938 giornate di degenza.

I ricoveri evitabili rappresentano il 26,59% dei ricoveri e il 22,04% delle giornate di degenza erogati a questa tipologia di popolazione, come mostrato nei grafici seguenti.

**Ricoveri potenzialmente evitabili nella popolazione over 74 anni
proveniente dalla Residenzialità Territoriale**



**Giornate di degenza erogate per ricoveri potenzialmente evitabili
nella popolazione over 74 anni proveniente dalla Residenzialità Territoriale**

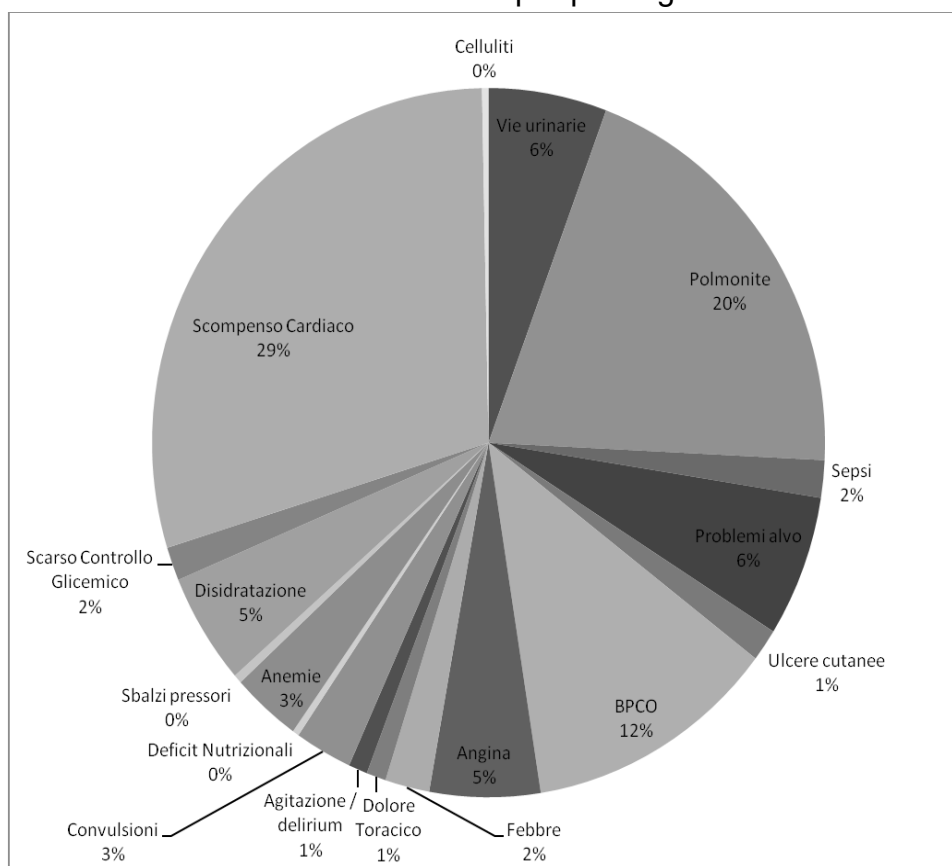


Dal sottogruppo di ricoveri di pazienti provenienti da Strutture di Residenzialità Territoriale, sono stati estratti i ricoveri con diagnosi principale congruente con i criteri indicati in letteratura scientifica per definire il ricovero ospedaliero come potenzialmente evitabile.²⁴⁻²⁵

Tali ricoveri con le suddette diagnosi principali sono stati raggruppati per patologia di interesse: infezioni delle vie urinarie, polmonite, BPCO e asma, scompenso cardiaco congestizio, angina, scarso controllo glicemico, sbalzi pressori (ipertensione e ipotensione), disidratazione, sepsi, problematiche dell'alvo (infezione da *Clostridium difficile*, diarrea e gastroenteriti, stitichezza e/o fecalomi), celluliti, lesioni da pressione/ulcere cutanee, anemia, problemi nutrizionali (perdita di peso, deficit nutrizionali), convulsioni, agitazione psicomotoria e delirium (suddivisi in due sottocategorie: delirium e stato confusionale acuto, psicosi e agitazione psicomotoria), dolore toracico, febbre.

Il grafico sottostante mostra il peso percentuale di ciascuna patologia nel determinare ricoveri evitabili nella popolazione over 74 proveniente dalla Residenzialità Territoriale.

Ricoveri evitabili per patologia



Ricoveri evitabili determinati da infezioni delle vie urinarie.

Selezionando i codici ICD-9 delle diagnosi principali corrispondenti all'infezione delle vie urinarie nel nostro gruppo di pazienti, i ricoveri sono stati complessivamente 200.

I ricoveri cagionati da infezioni delle vie urinarie sono il 5,6% di tutti i ricoveri inappropriati e l'1,51% dei ricoveri della popolazione indagata nel triennio di osservazione.

L'età media dei pazienti è risultata essere di 84,2 anni, 1 su 2 è di sesso femminile.

La durata media della degenza è stata di 11,4 giorni, da un minimo di 1 giorno a un massimo di 67 giorni.

I ricoveri esitano con la dimissione a domicilio in 180 casi, in 8 casi con il decesso del paziente e in 12 casi con altro tipo di dimissione. Nel gruppo dei pazienti deceduti la durata media di degenza è di 13,6 giorni (min 7, max 32 giorni) e complessivamente consumano 109 giornate di degenza.

Ricoveri evitabili determinati da polmonite.

La diagnosi principale di polmonite è stata registrata in 708 ricoveri.

L'età media dei pazienti è di 84,6 anni, in 352 casi di sesso femminile, cioè il 49,7%.

La durata media della degenza è stata di 13,4 giorni, da un minimo di 0 giornate di ricovero (il paziente muore il giorno stesso dell'ammissione) a un massimo di 90.

I ricoveri esitano con la dimissione a domicilio in 512 casi, in 81 casi con altro tipo di dimissione, con il decesso del paziente in 115 casi. Nel gruppo dei pazienti deceduti la durata media di degenza è di 10,1 giorni (min 0, max 65 giorni) e complessivamente determinano 1160 giornate di degenza.

I ricoveri per polmonite sono il 20,1% di tutti i ricoveri evitabili e il 5,35% di tutti i ricoveri degli ultra75enni accolti nella Residenzialità Territoriale nei tre anni.

Ricoveri evitabili determinati da BPCO e asma.

I ricoveri con diagnosi principale di BPCO e asma sono stati 426.

Cioè il 12,09% dei ricoveri evitabili il 3,22 % di tutti i ricoveri della popolazione di riferimento negli anni 2010-2012.

I pazienti hanno un'età media di 84,5 anni, il 54% sono donne (n. 230 donne).

La durata media della degenza è stata di 11,9 giorni, da un minimo di 0 giorno a un massimo di 63 giorni.

I ricoveri esitano con la dimissione a domicilio in 360 casi, in 25 casi con il decesso del paziente e in 41 casi con altro tipo di dimissione. Tra i 41 pazienti deceduti, la durata media di degenza è di 14,9 giorni (min 0, max 55 giorni) e complessivamente usufruiscono di 372 giornate di degenza. Osserviamo che il decesso può avvenire il giorno stesso del ricovero.

Ricoveri evitabili determinati da scompenso cardiaco congestizio.

I ricoveri attribuiti allo scompenso cardiaco congestizio sono stati 1038. Lo scompenso cardiaco è responsabile del 29,48% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed il 7,84 % di tutti i ricoveri indagati.

I pazienti hanno un'età media di 84,4 anni; 621 sono donne, il 59,8% del totale. La durata media della degenza è stata di 13,1 giorni, da un minimo di 0 giorno a un massimo di 85 giorni.

In 780 casi il paziente viene dimesso a domicilio, in 97 casi con altro tipo di dimissione ed in 161 casi il paziente muore in ospedale. Tra i 161 pazienti deceduti, la durata media di degenza è di 12,4 giorni (min 0, max 76 giorni) e complessivamente usufruiscono di 2001 giornate di degenza.

Anche nel caso dello scompenso cardiaco congestizio, il decesso può avvenire il giorno stesso del ricovero.

Ricoveri evitabili determinati da angina.

I ricoveri causati dai vari tipi di angina pectoris sono stati complessivamente 187, vale a dire il 5,31% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed l'1,41% di tutti i ricoveri della popolazione.

I pazienti hanno un'età media di 79,9 anni; 81 sono donne, il 43,3% del totale. La durata media della degenza è stata di 17,6 giorni, da un minimo di 1 giorno a un massimo di 70 giorni. Complessivamente usufruiscono di 3285 giornate di degenza.

In 169 casi il paziente viene dimesso a domicilio, in 16 casi con altro tipo di dimissione ed in 2 casi avviene il decesso. Di questi 2 pazienti, la durata media di degenza media è di 48,5 giorni, 34 e 63 giorni ciascuno per un totale di 63 giornate di degenza.

Ricoveri evitabili determinati da scarso controllo glicemico.

Selezionando il pattern dei codici ICD-9 delle diagnosi principali corrispondenti a scarso controllo glicemico, si evidenziano 54 ricoveri.

I ricoveri cagionati da scarso controllo glicemico rappresentano l'1,53% di tutti i ricoveri inappropriati e l'1,51% dei ricoveri della popolazione indagata nel triennio di osservazione.

L'età media dei pazienti è risultata essere di 83 anni, 64,8% è di sesso femminile, 35 pazienti.

La durata media della degenza è stata di 11,2 giorni, da un minimo di 2 giorni a un massimo di 48 giorni.

I ricoveri che esitano con la dimissione a domicilio sono 43, 8 con altro tipo di dimissione e 3 con il decesso del paziente. I 3 decessi usufruiscono di 50 giornate di degenza, con una durata media di degenza di 16,7 giorni (range 8-18 giorni).

Ricoveri evitabili determinati da ipertensione.

I ricoveri dovuti a ipertensione sono stati 4, tutti pazienti di sesso femminile, con un'età media di 84,3 anni, tutte con dimissione ordinaria verso il domicilio.

I ricoveri per ipertensione sono lo 0,11% dei ricoveri evitabili, con 18 giornate di ricovero (media 4,5 giorni, min 2 max 8).

Ricoveri evitabili determinati da disidratazione.

I ricoveri per disidratazione sono stati 179, il 5,1% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed il 3,84% di tutti i ricoveri degli anziani provenienti dalla Residenzialità. Le giornate di ricovero consumate sono 1919, (media 10,7 giorni, min 1, max 62 giorni); i pazienti sono per il 54,7% donne con un'età media di 85 anni.

Ricoveri evitabili determinati da sepsi.

I ricoveri per sepsi da vari tipi di microrganismi sono stati 60, l'1,7% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed lo 0,45% di tutti i ricoveri degli anziani provenienti dalla Residenzialità.

I pazienti hanno un'età media di 83,2 anni; 31 sono donne (51,7% del totale).

La durata media della degenza è stata di 22,6 giorni, da un minimo di 1 giorno a un massimo di 90 giorni, per 1360 giornate complessive di degenza. In 26 casi il paziente viene dimesso a domicilio, in 9 casi con altro tipo di dimissione ed in 25 casi si verifica il decesso del paziente. Per i pazienti deceduti, la durata media di degenza è di 20,4 giorni, min1, max 80, con un totale di 511 giornate di degenza.

Ricoveri evitabili determinati da infezione da *Clostridium difficile*.

In nessun caso è stata eseguita diagnosi di infezione da *Clostridium difficile*.

Ricoveri evitabili determinati da diarrea e gastroenteriti.

I ricoveri per affezioni del sistema gastrointestinale, diarree e gastroenteriti, sono stati 143, il 4,06% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed l'1,08% di tutti i ricoveri degli anziani provenienti dalla Residenzialità.

94 Pazienti sono donne, il 65,7%. L'età media è di 84,3 anni.

La durata media della degenza è stata di 8 giorni con un range da 0 a 43 giorni, per 1163 giornate complessive di degenza.

Il ricovero esita nella dimissione a domicilio in 128 casi, con il decesso per 4 persone e con un altro tipo di dimissione. I pazienti deceduti usufruiscono di 23 giornate di degenza, con una durata media di 5,8 giorni (range 1-12).

Ricoveri evitabili determinati da costipazione.

I ricoveri determinati da problematiche dell'alvo come stitichezza o presenza di fecalomi sono 84. 52 pazienti sono donne (61,9%) e l'età media è 84,3 anni.

Rappresentano il 2,39% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed lo 0,63% di tutti i ricoveri degli over 75 provenienti dalla Residenzialità Territoriale.

La durata media della degenza è stata di 7,8 giorni con un range da 1 a 29 giorni, con 652 giornate complessive di degenza.

Il ricovero esita nella dimissione a domicilio in 76 casi, in 7 casi con un altro tipo di dimissione ed 1 decesso dopo 4 giorni di ricovero.

Ricoveri evitabili determinati da celluliti.

La cellulite, cioè un'inflammatione profonda del tessuto connettivo che coinvolge anche la cute, è responsabile di 11 ricoveri. In 9 casi sono donne, l'età media è di 82,1 anni. Le dimissioni verso il domicilio sono 10, in 1 caso un altro tipo di dimissione. Non si verificano decessi. Le giornate di degenza sono 240, con una media di 23,4 (range 5-66 giorni).

Ricoveri evitabili determinati da lesioni da pressione e ulcere cutanee.

Le lesioni da pressione e le ulcere cutanee determinano 52 ricoveri, l'1,48% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed lo 0,39% di tutti i ricoveri della popolazione esaminata.

37 Pazienti sono donne, il 71,2%. L'età media è di 85 anni.

La durata media della degenza è stata di 18,9 giorni con un range da 0 a 56 giorni, per 983 giornate complessive di degenza.

Il ricovero esita nella dimissione a domicilio in 31 casi, con il decesso per 10 persone e con un altro tipo di dimissione in 11 casi. I pazienti deceduti usufruiscono di 185 giornate di degenza, con una durata media di 18,5 giorni (range 0-32).

Ricoveri evitabili determinati da ipotensione.

A episodi ipotensivi e ipotensione sono attribuiti 10 ricoveri, lo 0,28% dei ricoveri potenzialmente evitabili.

8 pazienti sono donne, l'età media è di 81,4 anni, tutti sono dimessi a domicilio. La durata media della degenza è stata di 12,6 giorni con un range da 4 a 45 giorni, per 45 giornate complessive di degenza.

Ricoveri evitabili determinati da anemia.

Selezionando i codici ICD-9 delle diagnosi principali corrispondenti ai vari tipi di anemia indicati in letteratura, i ricoveri nel nostro gruppo di pazienti sono stati complessivamente 117. Costituiscono il 3,32% di tutti i ricoveri inappropriati del periodo e della popolazione osservati.

L'età media dei pazienti è risultata essere di 85,9 anni, 78,6% è di sesso femminile (92pazienti). La durata media della degenza è stata di 11,7 giorni, da un minimo di 2 giorni a un massimo di 58 giorni.

I ricoveri esitano con la dimissione a domicilio in 94 casi, in 8 casi con il decesso del paziente e in 15 casi con altro tipo di dimissione. Nel gruppo dei pazienti deceduti la durata media di degenza è di 14,5 giorni (min 5, max 51 giorni) e complessivamente usufruiscono di 116 giornate di degenza.

Ricoveri evitabili determinati da perdita di peso.

I ricoveri causati da perdita di peso sono stati complessivamente 3, tutte pazienti donne, dimesse a domicilio, con un'età media di 85,7 anni; per un totale di 33 giornate di degenza.

Ricoveri evitabili determinati da deficit nutrizionali.

I ricoveri per deficit nutrizionali sono stati 8, di cui 6 pazienti donne, con 7 dimissioni a domicilio e 1 decesso. L'età media è di 83,9 anni. La degenza media è di 12,1 giornate di ricovero, (range 6-20 giorni), per un totale di 97 giornate di degenza. Il decesso è avvenuto dopo 11 giorni di ricovero.

Ricoveri evitabili determinati da convulsioni.

In 97 casi i pazienti sono stati ricoverati per convulsioni, il 2,75% di tutti i ricoveri evitabili.

Il 63,9% dei pazienti è donna, l'età media è di 84,5 anni. I pazienti sono dimessi a domicilio in 58 casi, 14 con altro tipo di dimissione e si verificano 25 decessi. La durata media del ricovero è di 8,5 giorni (range 0-65 giorni) per un totale di 1306 giornate di ricovero ospedaliero, di cui 208 per i pazienti che muoiono in ospedale (media 8,3, range 0-26).

Ricoveri evitabili determinati da delirium e stato confusionale acuto.

I ricoveri per delirium e/o stato confusionale acuto sono stati 29, di cui 16 sono donne (55,2%), con un'età media di 84,9 anni. La durata media di degenza è di 13,2 giorni, (range 2-40 giorni) con un totale di 382 giornate di ricovero ospedaliero. 23 pazienti sono stati dimessi verso domicilio, 4 con un altro tipo di dimissione e 2 sono deceduti dopo un ricovero durato rispettivamente 2 e 16 giorni.

Ricoveri evitabili determinati da psicosi e agitazione psicomotoria.

I ricoveri causati da psicosi e/o agitazione psicomotoria sono 3. In 2 casi il paziente è donna. L'età media è di 81,3 anni. Tutti i pazienti vengono dimessi a domicilio. La degenza dura da un minimo di 11 giorni ad un massimo di 26, durata media è di 19,7 giorni per un totale di 59 giornate di ricovero.

Ricoveri evitabili determinati da dolore toracico.

I ricoveri dovuti a dolore toracico sono stati 33, di cui 24 donne (72,7%) e un'età media di 81,3 anni. I ricoveri per dolore toracico rappresentano lo 0,94% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed lo 0,25% di tutti i ricoveri della popolazione in esame.

La degenza dura in media 5,2 giorni (range 1-11) per un totale di 170 giornate di degenza.

In 29 casi il paziente viene dimesso a domicilio, in 4 casi con altro tipo di dimissione. Non si verificano decessi.

Ricoveri evitabili determinati da febbre.

I ricoveri causati da febbre sono stati complessivamente 75, rappresentando il 2,13% dei ricoveri potenzialmente evitabili ed lo 0,57% di tutti i ricoveri della popolazione.

I pazienti hanno un'età media di 83,2 anni; 37 sono donne (49,3%).

La degenza dura in media 10,6 giorni, da un minimo di 0 a un massimo di 73 giorni, per un totale complessivo di 799 giornate di degenza.

In 50 casi il paziente viene dimesso a domicilio, in 10 casi con altro tipo di dimissione ed in 15 casi avviene il decesso. Di questi pazienti, la degenza varia da 0 a 73 giorni, con una media di 8,5 giorni e 127 giornate di degenza totali.

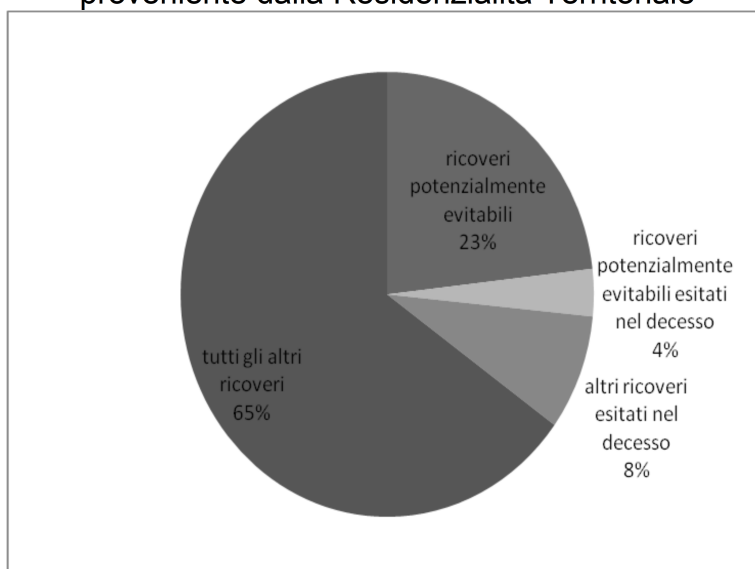
Analisi dei ricoveri esitati col decesso del paziente

Considerando complessivamente l'intero periodo di osservazione, i ricoveri della popolazione over 74 anni provenienti da una Struttura di Residenzialità Territoriale esitati con il decesso del paziente sono stati complessivamente 1566.

Di questi, quasi 1 su 3 (il 29%) avviene durante un ricovero potenzialmente evitabile: 454 decessi con un totale 5467 giornate di degenza.

L'8,5% dei pazienti per i quali il ricovero è inappropriato muore quindi in ospedale consumando il 12,2% delle giornate di degenza evitabili.

**Decessi tra i ricoveri della popolazione over 74 anni
proveniente dalla Residenzialità Territoriale**



Limiti dello studio

Analizzando l'esito del ricovero, abbiamo osservato che una quota dei pazienti va incontro al decesso e ciò sarà oggetto di trattazione nella discussione.

Emerge però che molti ricoveri esitano nella dimissione ordinaria a domicilio. Questo aspetto appare poco congruente con la pratica clinica quotidiana in cui un paziente gestito nella residenzialità territoriale, dopo un eventuale ricovero ospedaliero, tendenzialmente ritorna nel setting di provenienza.

Se il paziente proviene da una Struttura socio-assistenziale, caratterizzata da bassa intensità di cura come le Residenze Protette, allora inevitabilmente ci tornerà dopo la dimissione perché è il suo vero e proprio domicilio. Si può ipotizzare che per questo motivo il medico compilatore della SDO abbia selezionato l'opzione "dimissione a domicilio", piuttosto che l'opzione "dimissione in struttura" come già indicato all'ingresso del ricovero.

Se proviene da una Struttura extra-ospedaliera, che sia di tipo intensivo come le Cure Intermedie o "estensivo" come una Residenza Sanitaria Assistita, tendenzialmente è un paziente che necessita di elevata tutela sanitaria, continuità assistenziale e presenza infermieristica. Per tali motivi ragionevolmente tornerà setting di provenienza. Nel caso di un'eventuale dimissione a domicilio appare più coerente con le caratteristiche del paziente una dimissione protetta a domicilio e con la continuità dell'Assistenza Domiciliare.

Pertanto emergono alcuni dubbi sulla veridicità del tipo di dimissione.

Al momento della selezione dei codici ICD-9 nel database è emersa una difficoltà tecnica. A causa dell'assenza di punteggiatura nei codici del database e dell'assenza dello zero come prima cifra del codice, in rari casi è possibile un'eventuale ambiguità del codice ICD-9, per definizione univoco. Infatti a causa di assente punteggiatura un medesimo codice potrebbe essere attribuito a due condizioni diverse. Ad esempio il codice 038.4 "sepsi da altri batteri Gram negativi", patologia per cui il ricovero ospedaliero è evitabile, codificato nel database come "384", potrebbe erroneamente essere attribuito alla condizione con codice ICD-9 384 cioè "timpanite", non segnalata come condizione evitabile nel nostro studio. Per evitare errori di assegnazione di un ricovero evitabile, i codici equivocabili non sono acquisiti nel conteggio. Sebbene tali casi siano pochissimi, è possibile che ci sia un'approssimazione per difetto.

Discussione

Il cambiamento demografico attuale, caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dall'aumento di incidenza, prevalenza e mortalità delle malattie cronico degenerative, rappresenta una sfida urgente per i sistemi sanitari a livello globale: assicurare i bisogni di cura della popolazione del prossimo futuro, sia dal punto di vista sanitario sia assistenziale e sociale, con la particolare attenzione alle cure di fine vita dell'anziano e ai setting di cura.

Le proiezioni prospettano che, continuando il trend attuale, aumenterà sostanzialmente nei prossimi 25 anni il bisogno di cure palliative per malattie cronico degenerative, soprattutto per il domicilio e per le Strutture di Residenzialità per anziani. Queste ultime diventeranno il luogo di morte più comune per la popolazione entro il 2040.²⁹

Tuttavia se la residenzialità non dovesse adeguarsi ai nuovi bisogni di salute, sia per la competenza nelle cure di fine vita sia in termini di capacità di accoglienza, allora l'ospedale dovrà prepararsi a essere luogo della morte degli anziani con malattia cronico degenerativa in fase terminale.²⁹⁻³⁰

Tali previsioni annunciano quali e dove saranno più pressanti le richieste sul sistema sanitario nei prossimi anni. Sono indispensabili per supportare le politiche sanitarie, l'allocazione delle risorse e la gestione dei servizi sanitari.

I Sistemi Sanitari, già consapevoli dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento della prevalenza delle malattie cronico degenerative, sono orientati ad attribuire all'Ospedale il ruolo della gestione dell'acuzie, della Medicina Specialistica e come hub delle reti cliniche e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici. Al Territorio e alle Cure Primarie è affidata la gestione della cronicità nella sua complessità, dal domicilio alla residenzialità per vari livelli di intensità di cura, dalle Cure intermedie e alla lungo-assistenza.

I Sistemi Sanitari presto si troveranno a indicare ulteriori scelte strategiche per soddisfare realisticamente l'intera domanda di salute della cronicità, considerando la piena accessibilità a tutti i cittadini e il criterio di proporzionalità delle cure improntato ad un corretto rapporto costo-rischio/beneficio.

La Legge 38 del 2010 tutela il diritto del cittadino alle Cure Palliative e alla terapia del dolore, compiutamente definito anche dal DPCM del 12 Gennaio 2017, la riforma dei Livelli Essenziali di Assistenza, che colloca le Cure Palliative nel Capo IV "Assistenza Sociosanitaria" agli articoli 23 "Cure palliative domiciliari" e 31 "Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita".

Tali normative sono applicate in modo eterogeneo sul territorio nazionale.

Nella Regione Marche la DGR 846 del 12/7/2014 “ Linee di indirizzo per la definizione della Rete regionale di cure palliative” propone un modello di erogazione delle Cure palliative integrato per “l’assistenza alle persone affette da malattie cronicodegenerative ad esito infausto in fase avanzata” nei diversi setting: Hospice, ospedale, residenziale e domiciliare. La Rete marchigiana chiarisce che le Unità Operative di Cure Palliative Domiciliari erogano prestazioni anche all’interno delle strutture residenziali per anziani e che i malati assistiti a domicilio hanno accesso preferenziale alla residenzialità in caso di necessità di ricovero e/o di sollievo familiare.

Per tutti i suddetti aspetti appare mandatorio non tralasciare il setting della morte del paziente cronico, preponderante nello scenario futuro reale.

Sapere preventivamente che le strutture di residenzialità territoriale saranno luogo della morte per la maggioranza della popolazione nei decenni a venire identifica le aree da potenziare per la Medicina del Territorio: educazione e formazione nelle Cure Palliative per le malattie cronicodegenerative in fase avanzata nelle Strutture di Residenzialità e Cure Primarie.

Infatti se a oggi l’Hospice e le Cure Palliative domiciliari si occupano della malattia neoplastica avanzata e della terminalità ad alta complessità, così la residenzialità territoriale è e sarà luogo di cura e di presa in carico fino alla morte per l’anziano con malattia cronicodegenerativa.

La Cochrane Library già nel 2011 e poi nel 2014 pubblicava review sul tema “Interventions for improving Palliative care for older people living in nursing care homes”, mostrando evidenze di outcome migliori per i pazienti.³¹⁻³²

Sono pazienti con bisogni complessi: multimorbilità, fragilità e dipendenza assistenziale; la cui sofferenza globale è analoga a quella dei malati neoplastici e necessita di sollievo dei sintomi, gestione dei bisogni psicologici, sociali e spirituali e di qualità della vita, per cui l’approccio palliativo è applicabile e eticamente doveroso evitando il rischio di terapie sproporzionate per eccesso, futili e dannose. La differenza con la malattia neoplastica sta nell’incertezza prognostica e nella prolungata durata della fase di terminalità delle patologie cronicodegenerative: per il malato affetto da grave insufficienza mono o multiorganica cronica la durata è di circa 6-12 mesi.^{8, 33}

La ricerca condotta in questa tesi evidenzia che il 26,59% dei ricoveri nella popolazione degli over 75 provenienti dalla residenzialità territoriale della Regione Marche è evitabile, mostrando già un margine di miglioramento delle cure sia della residenzialità territoriale che ospedaliera.

I ricoveri evitabili sono provocati per il 43% da patologie croniche riacutizzate: scompenso cardiaco, BPCO e diabete.

Il 30% è determinato da cause infettive: prevalentemente polmoniti e infezioni delle vie urinarie, complicazioni proprie dell’anziano fragile.

Il 17% è causato da altre condizioni tipiche dell'anziano fragile: disidratazione, lesioni da pressione, stipsi, delirium ed altre.

Altre diagnosi mediche rappresentano il 10%.

Dalla nostra casistica sono stati esclusi due criteri indicati dalla letteratura scientifica: le diagnosi di appendicite perforata e traumi e ferite ("injuries" in inglese) a cui appartengono per lo più pazienti chirurgici e pazienti ortopedici (ad esempio traumi cranici e fratture di femore). Nella nostra realtà accertamenti in regime di ricovero ospedaliero sono mandatori per questo tipo di sospetto di diagnosi.

Considerata questa difformità, i risultati conseguiti con lo studio discostano con quanto documentato da studi statunitensi: un'ampia percentuale di ospedalizzazioni evitabili è dovuta a infezioni, ma nelle Marche in misura minore. (30% nelle Marche, 60% lett.)²⁵

Nella Regione Marche la percentuale di ricoveri evitabili è dovuta soprattutto a riacutizzazione delle patologie cronico degenerative (43% nelle Marche, 20% lett).²⁵

Considerando complessivamente tutti i ricoveri della popolazione di età maggiore di 74 anni provenienti da una Struttura di Residenzialità Territoriale, l'11,82% esita con il decesso del paziente. Di questi quasi 1 su 3 avviene durante un ricovero evitabile.

L'8,5% dei pazienti per i quali il ricovero è inappropriato muore quindi in ospedale consumando 5467 giornate di degenza, il 12,2% delle giornate di degenza evitabili.

Al contrario se tale decesso avvenisse presso la struttura di residenzialità sarebbe correlato ad appropriatezza delle cure, qualità della vita e rispetto delle preferenze del paziente: un indicatore di qualità.

Si prospetta quindi uno scenario caratterizzato dall'aumento della richiesta di Cure Palliative specialmente per pazienti anziani con malattia cronico degenerativa con bisogni complessi, in particolare per quelli affetti da demenza, con una crescita dal 25% al 47% in più nel 2040.³⁰

La Ricerca scientifica internazionale sulle Cure Palliative nella cronicità è impegnata su più fronti: l'identificazione della persona con malattia cronico degenerativa che può giovare delle Cure Palliative precoci e delle Simultaneous care, oltre che di cure di fine vita; l'approccio palliativo per le condizioni croniche avanzate; la pianificazione avanzata dell'assistenza; la scelta del modello di presa in carico territoriale più idoneo attraverso Cure Palliative integrate con le Cure Primarie e la Residenzialità.

Infatti le Cure Palliative hanno dimostrato i loro benefici sulla qualità delle cure e qualità della vita delle persone con malattia inguaribile tanto più se l'applicazione è precoce, tempestiva e simultanea al tradizionale approccio clinico e in continuità

ed integrazione con professionisti e Servizi di riferimento che hanno curato il paziente lungo l'intera storia di malattia.

La Medicina Territoriale ben conosce l'integrazione tra diversi servizi, il lavoro in team multidisciplinare e multi professionale, la valutazione multidimensionale, la redazione del Piano Individuale Integrato, le cure "su misura" del paziente e storicamente si occupa di presa in carico del paziente nel lungo periodo: parte "avvantaggiata" in questa sfida.

Indispensabile e indifferibile è accogliere il cambiamento culturale e iniziare la formazione degli operatori sanitari territoriali sulle Cure Palliative di Base, specialmente a coloro che si occupano già di terminalità: medici di Medicina Generale, medici e infermieri delle residenzialità per anziani.³⁰

In questa evoluzione è essenziale potenziare anche le competenze comunicative: la comunicazione delle cattive notizie prognostiche, la gestione delle emozioni e delle famiglie difficili, informazione e condivisione con il malato delle scelte di trattamento nel percorso di maturazione della consapevolezza della situazione reale, con l'opportuna professionalità, gradualità e sensibilità.

Pazienti e familiari dovrebbero essere resi consapevoli che è irrealistica l'aspettativa che la malattia rimanga sempre "stabilizzata" e che ospedalizzazioni multiple per l'esacerbazione della malattia cronica e dell'insufficienza d'organo hanno scarsi outcome. Al contrario i pazienti in questa fase di malattia dovrebbero potersi giovare dell'approccio palliativo nella presa in carico territoriale, per migliorare la qualità di vita, ridurre i tassi di ospedalizzazione e diminuire il carico economico delle malattie croniche end-stage evitando la frammentazione delle cure, limitando interventi diagnostici e terapeutici non proporzionati e rimodulando gli obiettivi di salute.³³

Per gli anziani fragili e con malattie croniche degenti in strutture sanitarie residenziali il ricovero ospedaliero può infatti rivelarsi dannoso perché spesso subiscono effetti negativi dal ricovero: la "sindrome post-ospedale", condizione acquisita di vulnerabilità, e comorbilità acquisite come infezioni associate all'assistenza, perdita di autonomie funzionali, distress psicoemotivo e morte.¹⁶

Nonostante i trend di diminuzione dei decessi in ospedale osservati in letteratura scientifica nel recente periodo, le ammissioni in ospedale alla fine della vita sono in aumento.²⁹

Le previsioni future in assenza di intervento indicano ulteriore aumento dei tassi di ospedalizzazione.³⁰

È utile conoscere il fenomeno gli accessi ospedalieri per il fine vita dei pazienti anziani con malattia cronica avanzata per quantificare le risorse impiegate, la qualità delle cure di fine vita offerte in ospedale e l'eventuale inappropriata di tale setting al momento della morte.

La maturazione del cambiamento culturale verso la comprensione che le malattie cronico-degenerative sono inesorabilmente fatali, che rappresentano il problema sanitario dei prossimi anni e che è eticamente doveroso offrire Cure Palliative dovrebbe essere di dominio di tutta la società civile, di ogni cittadino e operatore sanitario e prima ancora dei Sistemi Sanitari e dell'Università.

Tale cambiamento culturale è in atto a livello globale, alcuni Paesi sono più avanti di altri: ad esempio i Paesi Bassi riconoscono non solo la Specialità in Cure Palliative, ma anche la "Nursing Home Medicine" come una branca specialistica della Medicina.³⁴ In Italia invece non esiste la Specializzazione in Medicina Palliativa e il Ministero della Salute ha definito un elenco di specializzazioni equipollenti e il riconoscimento dell'esperienza professionale.

Siamo di fronte a un cambio di paradigma nella Medicina.

Per il Medico questo cambiamento culturale significa una maturazione etica e morale: rideclinare le proprie competenze di fronte alla vulnerabilità e acquisire una nuova e inedita dimensione di senso dell'atto medico.³⁵

CONCLUSIONI

Uno ogni 4 ricoveri della popolazione marchigiana di età maggiore di 74 anni proveniente da Strutture di Residenzialità territoriale nel triennio 2010-2012 è potenzialmente evitabile.

I ricoveri evitabili sono provocati per il 43% da patologie croniche riacutizzate: scompenso cardiaco, BPCO e diabete.

Il 30% è determinato da cause infettive: prevalentemente polmoniti e infezioni delle vie urinarie; il 17% è causato da condizioni tipiche dell'anziano fragile: disidratazione, lesioni da pressione, stipsi, delirium ed altre. Altre diagnosi mediche rappresentano il 10%.

Tali ricoveri sono definiti evitabili perché suddette patologie possono essere trattate a livello residenziale con gli stessi outcome ospedalieri ma con minori effetti avversi per questa tipologia di pazienti.

Dal confronto con la letteratura si prospetta un margine di miglioramento nella gestione della riacutizzazione di malattia cronico-degenerativa compresa la fase della terminalità e del fine vita per la Residenzialità Territoriale.

Nella nostra popolazione l'8% dei ricoveri evitabili esita con il decesso del paziente in ospedale, setting inappropriato per la morte del pazienti anziano degente in residenzialità e per tutti i pazienti anziani affetti da malattia cronico degenerativa in fase avanzata.

Il ricovero ospedaliero per questa tipologia di pazienti può infatti rivelarsi non solo inappropriato, ma anche futile e dannoso perché gravato da effetti avversi: la "sindrome post-ospedale", condizione acquisita di vulnerabilità, e comorbidità acquisite come infezioni associate all'assistenza, perdita di autonomie funzionali, distress psicoemotivo e morte.

L'aumento dell'aspettativa di vita fa sì che sempre più persone vivranno con malattia cronico degenerativa e anche i decessi causati da queste patologie aumenteranno. Il bisogno di Cure Palliative della popolazione aumenterà marcatamente, con una crescita stimata dal 25% al 47% in più nel 2040.³⁰

Le previsioni per i prossimi anni prospettano scenari in cui il setting della morte sarà un onere pressante per i Sistemi Sanitari: Strutture di Residenzialità per anziani diventeranno il setting di morte più comune per la popolazione entro il 2040.²⁹

A livello globale la preoccupazione per la sostenibilità spinge i Sistemi Sanitari a adeguare i modelli di erogazione di Cure Palliative per far fronte al cambiamento demografico, prevalentemente attraverso la formazione dei professionisti della salute non specialisti che si occupano di anziani nelle Cure primarie e nella Residenzialità Territoriale e potenziando la Residenzialità in termini di capacità di accoglienza.³⁰

A livello internazionale, come anche nella Regione Marche, il ruolo della residenzialità territoriale è cambiato profondamente nell'ultima decade.

Si è passati da un setting puramente residenziale per ospiti con deterioramento cognitivo e dipendenti nelle ADL, a strutture sempre più orientate a gestire bisogni sanitari complessi, che forniscono cure specializzate a pazienti complessi dal punto di vista medico e assistenziale, talvolta di cure "post-acuzie" per pazienti spesso dimessi direttamente dai reparti ospedalieri per acuti.⁵

Rappresentano il setting più comune delle cure di post-acuzie negli Stati Uniti d'America.⁶

Nella Regione Marche il settore della residenzialità territoriale è ormai strategico.

Ora e nel prossimo futuro si prospetta un ulteriore passo in avanti: se la residenzialità territoriale non riuscisse ad rispondere ai nuovi bisogni di salute delle cure di fine vita nell'anziano con cronicità avanzata, allora questi pazienti andranno a morire in ospedale portando all'estremo una situazione già a oggi inappropriata.²⁹⁻³⁰

Al contrario i pazienti in questa fase di malattia dovrebbero potersi giovare dell'approccio palliativo nella presa in carico territoriale, per migliorare la qualità di vita, ridurre i tassi di ospedalizzazione e diminuire il carico economico delle malattie croniche end-stage evitando la frammentazione delle cure, limitando interventi diagnostici e terapeutici non proporzionati e rimodulando gli obiettivi di salute.³³

Aumentare competenze degli operatori sanitari nella residenzialità riguardo le patologie cronico degenerative fino alla fase finale della vita è la priorità per le politiche sanitarie lungimiranti che si preoccupano di sostenibilità futura.

Questa evoluzione esige un cambiamento culturale nell'operatore sanitario e nel medico in particolare ancora più sostanziale.

BIBLIOGRAFIA

1. Statistiche report ISTAT Indicatori demografici stime per l'anno 2016 . pubblicato 6 marzo 2017 www.istat.it
2. Statistiche report ISTAT Il futuro demografico del Paese. Previsioni generali della popolazione residente al 2065. Pubblicato il 26 aprile 2017
3. Statistiche report ISTAT anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'unione europea pubblicato il 26 settembre 2017
4. XVI rapporto annuale INPS 7 luglio 2017-10-11
5. Mor et al. The revolving door of rehospitalization from skilled nursing facilities. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 57-64.
6. Neuman et al. Skilled nursing facility quality and hospital readmission. *JAMA* 2014; 321:1542-1551.
7. Lynn et Adamson. Living well at the end of life: a adapting health care to serious illness in old age. White paper RAND health. 2003.
8. Grandi insufficienza d'organo "End Stage": cure intensive o cure palliative? "Documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura. Documento approvato dal Consiglio Direttivo SIAARTI in data 22 Aprile 2013.
9. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine* 2014; 28: 197-209.
10. HM Krumholz Post Hospital syndrome – a condition of generalized risk *N Engl J med* 2013 : 100-102.
11. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 2009;360:1418-28.
12. Mennuni M. Position paper ANMCO: Gestione della dimissione ospedaliera. *G Ital cardiol* 2016; 17: 657-686.
13. Europe PMC Funders Group. Frailty in older people. *Lancet* 2013, 381: 752-762.
14. Kahulon et al. Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. *CMAJ*, 2015, 187 (11): 799-804.
15. Harlan MK. Post-Hospital syndrome – A condition of generalized risk. *N Engl j Med* 2013; 368: 100-102.
16. Walsh et al. Potentially avoidable hospitalizations of dually eligible Medicare and Medicaid beneficiaries from nursing facility and home and community based services waiver programs. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 821-829.

17. Jencks et al. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med* 2009; 360: 1418-28.
18. Ouslander and Maslow. Geriatrics and the triple aim: defining preventable hospitalization in the long term care population. *JAGS* 2012; 60: 2313-2318.
19. Joynt and Jha. Thirty-day readmissions: truth and consequences. *N Engl J Med*. 2012; 366: 1366-1369.
20. Van der Steen JT et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: a Delphi study and recommendations from European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2013: 1-13.
21. Holmes HM et al. Integrating palliative medicine into the care of persons with advanced dementia: Identifying appropriate medications use. *J Am Geriatr Soc* 2008;56:1306–1311.
22. Teno et al. Survival after multiple hospitalizations for infections and dehydration in nursing home residents with advanced cognitive impairment. *JAMA* 2013; 310 (3).
23. Gonzalo et al. End-of-life transitions among nursing home residents with cognitive issues. *N Engl J Med*. 2011; 365: 1212-1221.
24. AHQR. Prevention Quality Indicators technical specification version 4.4.2012. http://qualityindicators.ahrq.gov/Modules/PQI_TechSpec.aspx
25. Spector et al. Potentially avoidable hospitalizations for elderly long-stay residents in nursing homes. *Med Care* 2013; 51: 673-681.
26. Ouslander et al. Potentially avoidable hospitalizations of nursing home residents: Frequency, causes, and costs.
27. Neuman et al. Skilled nursing facility quality and hospital readmission. *JAMA* 2014; 321:1542-1551.
28. Kali et al. Influence of hospital and nursing home quality on hospital readmissions. *Am J Manag Care*. 2015; 20: 523-531.
29. Bone A et al. What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. *Palliative Medicine* 2017: 1-8.
30. Etkind SN et al. How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services *BMC Medicine* 2017, 15: 1-10

31. S Hall et al. Interventions for improving Palliative care for older people living in nursing care homes. Cochrane Database of systematic review. 2011
32. S Hall et al. Interventions for improving Palliative care for older people living in nursing care homes. Cochrane Database of systematic review. 2014
33. Gavazzi et al. Palliative needs for hearth failure or chronic obstructive pulmonary disease: results of a multi center observational registry. International Journal of Cardiology 2015; 184: 552-558.
34. Schols JM et al. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience” J Am Med Dir Assoc 2004;5: 207-212.
35. Prof. Ivo Lizzola Università di Bergamo. Citazione dall'intervento al XXIV Congresso Nazione Società Italiana Cure Palliative “Libertà di scelta: antropologia della fiducia” 16/11/2017.

Sintesi

La popolazione italiana invecchia e aumentano le patologie cronicodegenerative, con condizioni cliniche complesse e perdita di autosufficienza. Le politiche sanitarie attuali rispondono a tali bisogni di salute con una visione integrata dell'assistenza sanitaria: integrazione Ospedale–Territorio, Continuità dell'Assistenza e implementazione di alternative al ricovero ospedaliero. Le Cure Territoriali assumono la mission “gestione attiva della cronicità” e il settore della residenzialità territoriale è strategico: strutture che forniscono cure specializzate a pazienti complessi dal punto di vista medico e assistenziale, spesso dimessi direttamente dai reparti per acuti.

Questo studio analizza le ospedalizzazioni potenzialmente evitabili nella Regione Marche negli anni 2010-2012 per i pazienti ≥ 75 anni degenti in strutture di residenzialità territoriale. Si tratta di ricoveri ospedalieri determinati da condizioni cliniche che possono essere trattate a livello residenziale con stessi outcome ospedalieri ma minori effetti avversi e minori costi, definiti dai Prevention Quality Indicator e altri criteri specifici della letteratura.

Dallo studio risulta che 1 ogni 4 ricoveri è evitabile: 43% per patologie croniche riacutizzate (scompenso cardiaco, BPCO e diabete), 30% per infezioni (polmoniti, infezioni delle vie urinarie), 17% per tipicità dell'anziano fragile (disidratazione, lesioni da pressione, stipsi, delirium), 10% altro. Il decesso di 8,5% dei pazienti con ricovero inappropriato avviene in ospedale con il 12,2% delle giornate di degenza evitabili.

Il confronto con la letteratura delinea ampi margini di miglioramento nella gestione della riacutizzazione di malattia cronicodegenerativa, comprese le fasi di terminalità e di fine vita nella residenzialità territoriale.

Questi pazienti avrebbero potuto usufruire di cure palliative per migliorare la qualità di vita residua, ridurre i tassi di ospedalizzazione, evitare la frammentazione delle cure e ridurre i costi sanitari. Riconoscere l'end-stage delle malattie croniche riduce interventi diagnostici e terapeutici non proporzionati e onerosi per il SSN e soprattutto per il paziente.

Il decesso presso la struttura di residenzialità è indicatore di qualità e appropriatezza delle cure; previsioni internazionali individuano tale setting di morte come il più comune entro il 2040.

Si prospetta un'evoluzione del ruolo della residenzialità territoriale, che soddisfi anche la richiesta di Cure Palliative per pazienti anziani con malattia cronicodegenerativa con bisogni complessi.

Il cambiamento è culturale oltre che clinico e rappresenta la sfida sanitaria del prossimo futuro.

The Italian population is steadily aging resulting in an increase of chronic-degenerative diseases, with complex clinical conditions and loss of self-sufficiency.

Current health policies respond to these health needs with an integrated view of health care: hospital-territorial integration, continuity of care and implementation of alternatives to hospitalization.

Territorial treatment undertakes the mission of "active management of chronicity" and the sector of territorial residency is strategic: structures that provide specialized care to complex patients from the medical and welfare point of view, often discharged directly from acute care departments.

This study analyzes the potentially avoidable hospitalizations in the Marche Region in the years 2010-2012 for patients ≥ 75 years of age in territorial residences. These are hospital admissions determined by clinical conditions that can be treated at the residential level with the same hospital outcomes but with lower adverse effects and lower costs, defined by the Prevention Quality Indicators and other specific criteria found in the literature.

The study shows that 1 in every 4 hospitalizations is avoidable: 43% for chronic exacerbations (heart failure, COPD and diabetes), 30% for infections (pneumonia, infections of the urinary tract), 17% for common conditions of the frail elderly (dehydration, pressure lesions, constipation, delirium), 10% other. The death of 8.5% of patients with inappropriate hospitalization occurs in hospital with 12.2% of avoidable recovery days.

Comparison with the literature outlines ample room for improvement in the management of exacerbation of chronic-degenerative diseases, including terminal illness and end-of-life phases in the territorial residency.

These patients could benefit from palliative care to improve the quality of their remaining life, reduce hospitalization rates, avoid fragmentation of care and reduce healthcare costs. Recognizing the end-stage of chronic diseases reduces diagnostic and therapeutic interventions that are not proportional and expensive for the NHS and above all for the patient.

Death at a residential facility is an indicator of quality and appropriateness of care; international previsions identify this death setting as the most common one by 2040.

An evolution of the role of territorial residency is proposed, to also meet the Palliative Care request for elderly patients suffering from chronic degenerative diseases with complex needs.

Change is cultural as well as clinical and represents the health challenge of the near future.