Le fragilità sanitarie e sociali dei ricoverati in posti di letto di continuità assistenziale

La Regione Piemonte ha istituito i posti letto di Continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS), destinati a garantire la continuità della cura in seguito alla dimissione ospedaliera, offrendo, per un tempo massimo di 30 giorni, un'assistenza intermedia tra le Lungodegenze/Strutture riabilitative e le Residenze Sanitarie Assistenziali. La principale fragilità ostacolante il rientro al domicilio è la non autosufficienza, rilevata in sede di ricovero, ma molto spesso non certificata.

Di Franco Cirio *(Docente di Infermieristica della cronicità e disabilità – Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Torino)*, Maria Foti *(Responsabile Servizio Sociale ASL Città di Torino)*, Cristiana Pregno *(Docente di Servizio Sociale e innovazione professionale – Corso di Laurea Magistrale in Politiche e servizi sociali dell'Università degli Studi di Torino)*, Alessandra Ragona *(Servizio Sociale ASL Città di Torino)*

Il modificarsi di alcune condizioni, demografiche, epidemiologiche e sociali hanno aumentato il bisogno di continuità cure alla dimissione ospedaliera. Fenomeno che, a seconda della priorità considerata, è stato anche denominato con i termini di "dimissioni difficili" o "dimissioni protette" (Vetrano, 2019). La riduzione dei posti letto ospedalieri, la minor durata programmata delle degenze, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, l'aumento di assistiti soli, senza rete famigliare o con ridotta possibilità dei famigliari a svolgere funzioni di caregiver, ha aumentato tale problematica in Italia, ma anche nelle altre nazioni europee e del nord America.

Nella quasi totalità delle nazioni si è cercato di affrontare il problema **creando luoghi residenziali di cure intermedie tra l'ospedale e il rientro al domicilio**, i cosiddetti *transitional care*, ovvero secondo la definizione adottata dalla British Geriatric Society nel 2002: *"Una gamma di servizi integrati finalizzati a promuovere un più rapido recupero della malattia, prevenire ricoveri ospedalieri non necessari, supportare le dimissioni dall'ospedale nei tempi giusti, ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita"* (Vetrano, 2019; AA.VV., 2013).

In questo ambito la Regione Piemonte ha istituito e normato con Deliberazione della Giunta Regionale 14 marzo 2013, n. 6-5519 e la successiva modifica del 29 Dicembre 2015 n. 77-2775, i **posti letto di Continuità assistenziale a valenza sanitaria-CAVS** destinati prevalentemente al proseguo delle cure e dell'assistenza alla dimissione ospedaliera, seguenti standard assistenziali per moduli di 30 posti letto.

Assistenza medica	Assistenza infermieristica	Assistenza tutelare con operatori socio sanitari	Altre figure professionali mediche/tecniche (medici specialisti, logopedisti ecc)
15 h / settimana su 7 giorni	70 minuti al giorno per assistito su tre turni giornalieri per 7 giorni	80 minuti al giorno per assistito su tre turni giornalieri per 7 giorni	30 minuti totali al giorno

Fonte: elaborazione degli autori

Tabella 1 – Standard assistenziali per moduli di 30 posti letto di Continuità assistenziale a valenza sanitaria-CAVS

La non continua presenza medica, ma la maggiore assistenza infermieristica, pone i CAVS come setting di cura intermedia tra le Lungodegenze/Strutture riabilitative e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). L'inserimento è programmato dai Nuclei distrettuali per la continuità delle cure dell'ASL di residenza e la degenza è prevista per massimo 30 giorni prorogabili di altri 30 sulla base di specifica valutazione riferita ai singoli casi in relazione a motivate necessità (Regione Piemonte, DGR n. 27-3628 del 28/3/2012; Zanchi *et al.*, 2019).

L'ASL Città di Torino nell'anno 2018, ha attivato 1.665 ricoveri in CAVS con una durata media di ricovero di 40 giorni (DS±24; 1-361). Più precisamente le permanenze sono state le seguenti, in quanto spesso gli elementi ostativi il rientro al domicilio erano perduranti anche alla dimissione dai p.l. CAVS:

- Da 1 a 30 gg. n° 702
- Da 31 a 60 gg. n° 1058
- >60 gg. n° 38

Fragilità sanitarie e sociali degli ospiti dei CAVS

Con una indagine retrospettiva sono state analizzate le fragilità sanitarie e sociali di un campione di anziani dimessi dal presidio ospedaliero S. G. Bosco dell'ASL Città di Torino e inseriti in CAVS nel primo trimestre 2018. L'analisi descrittiva uni e multivariata è stata condotta con il software statistico R (Jasp 0.9.2) su un set di dati estratti dal flusso regionale FAR-CAVS e dalle schede del Servizio Sociale dell'ASL.

Il campione è risultato composto da 124 anziani (corrispondente al 31.1% della totalità dei ricoverati nel presidio ospedaliero S.G. Bosco di Torino inseriti nei p.l. CAVS), per il 53.2% donne, soprattutto nella fascia d'età tra 75 e 94 anni (tabella 2).

Età	Genere				Tot.	
	F	%	M	%	Tot.	%
65-74	2	22,2	7	77,8	9	100
75-84	19	52,8	17	47,2	36	100
84-94	44	58,7	31	41,3	75	100
>95	1	25,0	3	75,0	4	100
Tot.	**66**	**53,2**	**58**	**46,8**	**124**	**100**

Test chi-quadrato: 5,6; p-value: 0,12
Fonte: elaborazione dell'autore
Tabella 2 – Età e genere del campione

Le patologie principali più frequenti sono risultate: BPCO, Scompenso cardiaco, Demenze e Lesioni traumatologiche, che nell'insieme coinvolgono 100 anziani sul totale di 124 del campione. I reparti ospedalieri ospitanti, Prima dell'inserimento in CAVS, sono risultati soprattutto il Pronto soccorso e le Degenze di specialità medica, rispettivamente con il 40,3 e 52,4%, mentre le degenze chirurgiche seguono con un 7,3% (tabella 3).

Tipologia di reparto	Frequenza	%
Pronto soccorso	50	40,3
Degenza medica	65	52,4
Degenza chirurgica	9	7,3
Tot.	**124**	**100**

Fonte: elaborazione dell'autore
Tabella 3 – Reparti ospedalieri ospitanti

Solo 18 (14,3%) su 124, di cui 12 donne e 6 uomini anziani, avevano già una valutazione multidimensionale da parte dell'Unità valutativa geriatrica (UVG), 45 (36%) di cui 27 donne e 18 uomini, potevano contare su una invalidità accertata e 35 (77,8%) di cui 21 donne e 14 uomini avevano con riconosciuta l'indennità di accompagnamento.

L'analisi univariata delle fragilità presenti alla dimissione ospedaliera ha evidenziato come condizione caratterizzante la popolazione inserita in CAVS sia la parziale o totale dipendenza nella mobilizzazione (rispettivamente 17,9 e 67,9%) **e nelle restanti ADL**: igiene personale, vestizione, continenza, capacità di alimentarsi (27,4 e 72,6%). La totale dipendenza nelle ADL risulta più presente nelle patologie dello Scompenso cardiaco (85,7%) e nelle lesioni traumatologiche (75%), seguite dalle Demenze (66,7%) e dalla BPCO (63,6%).

Più articolata la correlazione tra patologie prevalenti e grado di mobilità, come evidenziato nella tabella 4.

	GRADO MOBILITA'						TOTALE	
	NON SI SPOSTA		SI SPOSTA ASSISTITO		SI SPOSTA DA SOLO			
Patologie	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Bpco	4	36,4	3	27,3	4	36,4	11	100
Demenze	11	73,3	1	6,7	3	20,0	15	100
Scompenso Cardiaco	7	50,0	4	28,6	3	21,4	14	100
Lesioni Traumatologiche	35	79,5	7	15,9	2	4,5	44	100
Tot.	**57**	**67,9**	**15**	**17,9**	**12**	**14,3**	**84**	**100**

Test chi-quadrato: 13,3; p-value < 0,04
Fonte: elaborazione dell'autore
Tabella 4 – Patologie e Grado di mobilità

L'aspetto cognitivo vede la popolazione equamente divisa tra coloro che presentano lievi manifestazioni di deterioramento (51,6%), rispetto a coloro che li manifestano con modalità moderate e gravi (48,4%). Correlato ai più frequenti quadri patologici, i disturbi cognitivi sono presenti nel 73,3% degli anziani affetti da Demenza (20% in forma moderata e 53,3% in forma grave), ma anche nel 42,8% degli anziani con Scompenso cardiaco e nel 36,4% di coloro che sono affetti da BPCO (*p-value* 0.09).

La presenza di disturbi cognitivi significativi si accompagna inoltre con la manifestazione di disturbi comportamentali, come meglio dettagliato nella tabella 5.

	Disturbo comportamentale				Tot.
Disturbo cognitivo	Presente		Assente		
Grado	n°	%	n°	%	
Lieve	9	24,3	55	63,2	64
Moderato	10	27,0	22	25,3	32
Grave	18	48,6	10	11,5	28
Tot.	**37**	**100**	**87**	**100**	**124**

Test chi-quadrato: 23,5; p-value: <0,01
Fonte: elaborazione dell'autore
Tabella 5 – Disturbi cognitivi e comportamentali

Come condizioni di fragilità sociale sono stati analizzate le caratteristiche di convivenza abitativa e la disponibilità di reti primarie per il lavoro di assistenza e cura al domicilio. Come si evidenzia dalla tabella 6, **le donne vivono maggiormente sole rispetto agli uomini (62,1 vs. 44,8%), ma possono usufruire di una maggiore disponibilità di reti primarie di sostegno (80 vs. 76,3%), seppure con caregiver considerati leggermente meno adeguati (75 vs. 77,8%).**

	Maschi		Femmine	
Condizione abitativa	n°	%	n°	%
Vivono soli	26	44,8	41	62,1
Vivono con figli/generi/nuore	8	13,8	7	10,6
Vivono con coniuge	23	39,7	14	21,2
Vivono con altri parenti (es.: nipoti)	0	0,0	3	4,5
Vivono con badante	1	1,7	1	1,5
Totale	**58**	**100**	**66**	**100**

Test chi-quadrato: 8,1; p-value: 0,08
Fonte: elaborazione dell'autore
Tabella 6 – Condizione abitativa e Genere

L'analisi dei redditi ha evidenziato che il genere femminile, la fascia d'età 64-84 anni e coloro che convivono con famigliari presentano una maggiore povertà economica. Il 51% degli anziani che vivono soli hanno un reddito tra i € 500 e 1.000,00, mentre il 45% supera i € 1.000,00.

Lo studio si è infine concluso con l'analisi degli esiti del ricovero in CAVS che ha evidenziato che solo il 54% degli anziani è rientrato al proprio domicilio, dei quali un 18,5% con l'attivazione dell'assistenza domiciliare: Assistenza Domiciliare Integrata-ADI (3,2%) e Assistenza tutelare a supporto della rete primaria esistente con OSS e Assistente familiare (15,3%). L'Assistenza tutelare risponde soprattutto al bisogno di garantire un supporto familiare, un'assistenza continua al domicilio, in presenza di disturbi comportamentali dell'assistito.

Alternativo al rientro al domicilio all'uscita dai CAVS, è stato l'inserimento a tempo indeterminato in Residenze Sanitarie Assistenziali-RSA (25%). Questa categoria di anziani non autosufficienti si caratterizza per una totale perdita di autonomia nelle ADL (83,9%), ma anche per una disponibilità della rete primaria (74,2%), seppure per un 22% di famigliari con gravi problemi di salute.

Conclusioni

Dalla ricerca emerge che per la popolazione anziana inserita nei p.l. CAVS dopo la dimissione ospedaliera, **la principale fragilità ostacolante il rientro al domicilio è la non autosufficienza nella mobilizzazione** (67,9% di anziani non deambulanti e 17,9% con mobilizzazione possibile solo con aiuto) **e nelle restanti ADL** (72,6% con totale dipendenza e 27,4% di parziale dipendenza).

I gravi disturbi cognitivi, soprattutto correlati alla Demenza, sono presenti solo nel 22,6% della popolazione inserita in CAVS, di cui un 30% con manifesti disturbi comportamentali. Risultano invece meno determinanti le fragilità sociali: l'assenza (valore massimo 28,6%) o l'inadeguatezza della rete primaria (24,7%), che permetta una adeguata continuità di presenza del caregiver nella giornata.

La povertà economica, con redditi inferiori a € 500,00 sembra obbligare ad una convivenza con famigliari se presenti. Inoltre, la povertà reddituale sembra correlarsi agli esiti post CAVS: trasferimenti in Lungodegenze e strutture riabilitative (60% con reddito < € 500,00 e restante 40% tra € 501 e 1.000,00), attivazione di Lungassistenza domiciliare: assistenza tutelare con OSS e Assistente famigliare, affidi a persone di fiducia, sostegno economico al famigliare caregiver, pasti a domicilio, telesoccorso, ecc. (57,1% con reddito < € 500,00 e 28,6% tra € 501 e 1.000,00).

In contrasto con il prevalere della non autosufficienza tra le cause di non dimissibilità, **si evidenzia l'esiguo numero di anziani (18 pari al 14,3%) con una precedente valutazione multidimensionale geriatrica da parte dell'UVG**, con conseguente necessità di sua richiesta nel corso del ricovero ed esecuzione nelle settimane successive. L'iter richiesto per il suo espletamento necessita di diverse settimane per poter eseguire l'istruttoria sanitaria da parte dell'ASL, l'istruttoria sociale da parte dei Servizi Sociali del Comune di Torino e soprattutto la valutazione economica del patrimonio dell'assistito. Tale procedura non può pertanto concludersi entro la durata del ricovero ospedaliero.

In realtà, la mancata richiesta di valutazione multidimensionale geriatrica non corrisponde necessariamente con una condizione di autosufficienza; infatti sono emersi almeno altri 22 casi (17,7%) sconosciuti all'UVG, ma con una non autosufficienza precedente al ricovero ospedaliero che ha originato l'inserimento in CAVS, riscontrata in occasioni di precedenti assistenze domiciliari o riconoscimento di indennità di accompagnamento.

Come evidenziato anche in un altro studio (Zanchi *et al.*, 2019) condotto nella medesima ASL, la tardiva richiesta di certificazione della non autosufficienza, che non considera i tempi necessari per il suo espletamento (fino a 90 giorni), le liste d'attesa per gli inserimenti in RSA o l'attivazione della Lungassistenza domiciliare, costituisce un ostacolo alla progettualità più appropriata di percorsi di continuità assistenziale alla dimissione ospedaliera, inducendo l'ASL ad inserire temporaneamente gli assistiti in p.l. CAVS fino al termine dell'espletamento dell'UVG, anche quando tale l'inserimento non costituisce la risposta più appropriata per l'anziano.

Tale ricovero inoltre comporta mediamente una spesa quotidiana per assistito di € 120/130 per 45-60 giorni, a totale carico dell'ASL: solo nel 2018 sono stati 260 gli anziani collocati in p.l. CAVS in attesa di valutazione UVG per un inserimento in RSA, comportando una spesa di circa € 1.700.000,00, pari al costo annuo di almeno 80 inserimenti in RSA o 130 prese in carico in Lungassistenza domiciliare. **Sarebbe pertanto necessario superare l'approccio di "sanità d'attesa" e passare ad una "sanità d'iniziativa**" avviando proattivamente il percorso di valutazione e certificazione della non autosufficienza da parte dell'UVG, in accordo con l'assistito, in tutti i casi di riscontro di tale condizione da parte del personale socio-sanitario nello svolgimento della propria attività: assistenza domiciliare, segnalazioni ai servizi sociali, visite per indennità di accompagnamento, visite specialistiche soprattutto fisiatriche, geriatriche, neurologiche, ecc.

In conclusione, secondo gli autori, i posti letto di continuità assistenziale (CAVS) si sono dimostrati una buona risorsa di transitional care dopo il ricovero ospedaliero per un rientro "protetto" a domicilio, ma possono perdere efficacia se utilizzate per compensare la mancanza d'integrazione informativa tra i diversi enti deputati al welfare: servizi sanitari, socio-assistenziali, INPS e governo della rete dei loro servizi.

BIBLIOGRAFIA

AA.VV. (2013), *Continuità assistenziale: nuovi modelli d'integrazione ospedale-territorio a confronto*, Care, n. 3, maggio-giugno.

Regione Piemonte, DGR n. 27-3628 del 28 marzo 2012, *"D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. – La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale"*.

Regione Piemonte, DGR n. 6-5519 del 14 marzo 2013, *"Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)"*.

Regione Piemonte, DGR n. 77-2775 del 29 Dicembre 2015, *"Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuita' assistenziale a valenza sanitaria. Modifica alla DGR n. 6-5519/2013. Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B) e C) alla DGR n. 13-2022 del 5 agosto 2015"*.

Vetrano D., a cura di, (2019), *La continuità assistenziale nella Long-Term Care in Italia. Indagine 2019*, Ministero della Salute.

Zanchi F., Cirio F., Giordano G. (2019), *La continuità assistenziale Ospedale – Territorio nell'ASL Città di Torino*, Atti Forum Risk Management, 26-29 novembre, Firenze, Fortezza da Basso.