

## Capitolo 9

# La continuità assistenziale ospedale territorio

Fausto Colombo, Michele Vitacca\*

U.O. di Pneumologia – Ospedale di Circolo di Varese

\*Divisione di Pneumologia, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Istituto di Lumezzane, Brescia

### Introduzione

Nell'era della sanità che cambia e nell'era dell' "Information and Communication Technology", la domanda del sistema sanitario per un'assistenza accurata, puntuale ed efficiente che non si limiti alla sola cura degli episodi acuti ma tratti la salute come un bene da gestire e conservare nel lungo termine, richiede nuovi approcci al problema <sup>(1)</sup>.

I pazienti respiratori richiedono a casa un complesso pacchetto di assistenza in un "setting" non controllato dove famiglia e territorio sono spesso abbandonati <sup>(1-6)</sup>. Ogni programma di "home care" dovrebbe basarsi sul punto di vista del paziente e della famiglia <sup>(1-6)</sup>. Tra i principali scopi della continuità assistenziale dobbiamo aspettarci la riduzione di complicazioni, di ospedalizzazioni e una accettabile qualità della vita nonché un dignitoso e confortevole periodo di fine della vita <sup>(1-6)</sup>. Gli interventi a casa possono essere episodici, a tempo o dedicati alle cure di fine vita <sup>(1)</sup>.

Inoltre l'andamento delle patologie respiratorie croniche è altalenante, non è chiaro prognosticamente quale riacutizzazione possa essere l'ultima prima della morte, la patologia cronica porta ad un circolo vizioso con comparsa di dispnea, riduzione delle attività, nuova riacutizzazione, depressione e isolamento sociale. Ci troviamo di fronte cioè ad un malato complesso con un progressivo declino, frequentissime riacutizzazioni, comparsa di effetti sistemici e di comorbidità con altissimo rischio di re-ospedalizzazioni <sup>(1)</sup>.

Il paziente cronico necessita di cura e monitoraggio nel tempo con <sup>(1)</sup>:

- Controlli clinici periodici
- Prevenzione delle instabilità cliniche
- Valutazione e cura delle comorbidità
- Educazione sanitaria
- Stimolo all'autogestione della malattia
- Sostegno psicologico
- Sostegno sociale ed economico

Ciò di cui ha bisogno il paziente respiratorio cronico è pertanto una cura integrata con un approccio personalizzato, con elevato assorbimento di risorse causa gli enormi bisogni, coordinata da un approccio multidisciplinare <sup>(1,3-6)</sup>.

Tra gli strumenti di continuità assistenziale, sistemi di teleassistenza/telesorveglianza <sup>(7,8)</sup> domiciliare sono ormai a disposizione dello pneumologo. Gli obiettivi <sup>(7,8)</sup> che ci aspettiamo da tale approccio sono:

- Mantenere e migliorare la salute del paziente
- Migliorare la qualità dell'assistenza
- Stimolare la cultura del self-management
- Facilitare la gestione domiciliare del paziente
- Integrare la funzione del medico di medicina generale con lo specialista supportando tutti i soggetti nella diagnosi, nel follow-up e nel reinserimento socio-familiare del paziente

- Attuare programmi di educazione sanitaria volti all'apprendimento da parte del paziente degli elementi utili alla gestione della malattia
- Attuare programmi di assistenza riabilitativa territoriale
- Ridurre la necessità di visite ambulatoriali e ricoveri presso strutture per acuti e riabilitative ottimizzando le risorse disponibili
- Ottimizzare i costi diretti e indiretti di assistenza a malati cronicamente dipendenti.

La telesorveglianza <sup>(8)</sup> in ambito respiratorio, tramite la trasmissione di variabili fisiologiche e segnali biologici fornisce dati oggettivi che possono segnalare il bisogno di un intervento medico od infermieristico; la disponibilità di questi dati oggettivi fisiologici, trasmessi attraverso il telefono fisso o mobile in tempo reale, ed associati ai dati soggettivi forniti dal paziente, consentono alla telemedicina di porsi come un nuovo ed unico metodo di approccio al problema <sup>(8)</sup>. I pazienti possono in qualunque momento 24/24 ore 365 giorni all'anno, in presenza di sintomi, chiamare il centro servizi (teleassistenza) e parlare con il personale infermieristico secondo un calendario di appuntamenti predefiniti (telemonitoraggio) <sup>(8)</sup>.

### Esperienze di continuità assistenziale

Le prime esperienze di telepneumologia della UO di Pneumologia Riabilitativa dell'Ospedale di Cuasso al Monte risalgono al 2003, mentre quelle della UO di Pneumologia della FSM di Lumezzane nel 2004. Entrambe rappresentano il tentativo di integrazione di un sistema di telemedicina con un approccio tradizionale in pazienti affetti da BPCO presso l'ospedale di Cuasso e in pazienti affetti da BPCO, malattie neuromuscolari e SLA presso la FSM di Lumezzane.

In tali pazienti, in fase di stabilità clinica, veniva monitorata a domicilio la saturimetria notturna. I dati relativi all'andamento di frequenza cardiaca e saturazione di O<sub>2</sub>, inviati per via telematica dalla casa del paziente all'ospedale, venivano scaricati ed integrati con la valutazione clinica del tracciato. In caso di variazioni significative del tracciato, seguiva il contatto telefonico dell'operatore sanitario con il paziente per verificare lo stato di stabilità della malattia. Presso l'ospedale di Cuasso tale progetto ha visto arruolare dal gennaio 2003 al maggio 2004, 86 pazienti affetti da BPCO in ossigenoterapia domiciliare. Confrontando retrospettivamente questo gruppo di pazienti con un analogo gruppo di controllo si è notato un ridotto numero di ricoveri ospedalieri e di accessi in PS. Dal 2004 ad oggi la Pneumologia riabilitativa di Lumezzane ha arruolato più di 400 pazienti per la maggior parte affetti da BPCO (54%), da SLA (25%) e da patologie neuromuscolari (15%). I dati parziali di tale esperienza sono stati recentemente pubblicati <sup>(8)</sup>.

La seconda esperienza di telepneumologia vede i due reparti citati coinvolti con altre pneumologie lombarde (vedi capitolo 18) nel progetto Telemaco (Telemedicina ai piccoli comuni

montani – [www.telemaco.regione.lombardia.it](http://www.telemaco.regione.lombardia.it)). In questo progetto, la telesorveglianza domiciliare si configurava come un modello innovativo di servizio per la gestione di pazienti con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) grave e molto grave, che si affianca – integrandola – alla normale attività del medico di medicina generale (MMG). La durata del servizio è prevista in sei mesi rinnovabili. In tale progetto è stata prevista l'introduzione della figura dell'infermiere tutor che, con la sua azione di counselling, aumenta la consapevolezza del singolo e della famiglia sulla malattia, riducendo lo stato di ansia associato ai sintomi della patologia e migliorando lo stile di vita del paziente. Il progetto risponde alle esigenze di integrazione ospedale-territorio: il MMG rimane responsabile della cura del paziente presso la sua abitazione, ma l'enfasi clinica necessaria per la gestione operativa del paziente fa sì che il percorso sia localizzato presso i reparti o gli ambulatori ospedalieri. In dettaglio il servizio prevede l'individuazione di un infermiere tutor che segue il paziente per tutta la durata del servizio, attraverso contatti telefonici programmati con la compilazione di una carta del rischio (Respicard) <sup>(8)</sup>, la gestione delle richieste di assistenza su sintomatologia 24 ore su 24, la gestione di un database clinico comune e disponibile su web consultabile da pneumologi, infermieri e MMG. Il progetto è in corso e terminerà alla fine del 2010.

Globalmente sono stati arruolati a tutt'oggi dai Centri Pneumologici interessati più di 470 pazienti.

L'elaborazione dei risultati avrà lo scopo di verificare l'efficacia del percorso in vista di una sua possibile estensione a livello regionale. Una delle criticità evidenziate in questi tre anni di lavoro è lo scarso coinvolgimento dei MMG e delle U.O. non pneumologiche nella identificazione e invio all'arruolamento dei pazienti BPCO. Per cercare di superare questo limite inizieranno presso l'ASL di Varese degli arruolamenti di pazienti BPCO direttamente alla dimissione da UO per acuti, di pronto soccorso, Geriatria e Medicina. Si apre così una fase nuova dove si potranno integrare le diverse specialità mediche per mettere in rete i nuovi arruolati. Infine per completare il quadro di assistenza territoriale dei pazienti BPCO più fragili, assistiti da Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), è stata sottoscritta una convenzione tra ASL di Varese ed ospedale: i pazienti che ricevono la visita a domicilio da parte dello specialista pneumologo per la prescrizione/rinnovo dell'O<sub>2</sub> TLT potranno essere arruolati al servizio di telepneumologia. Possono inoltre essere arruolati e seguiti al domicilio con la telesorveglianza anche soggetti BPCO che per differenti motivi non possono (o hanno molte difficoltà) a raggiungere gli ambulatori di pneumologia aziendali per il rinnovo della prescrizione di ossigeno.

#### In conclusione:

- Le patologie croniche incrementeranno il carico assistenziale al sistema sanitario nazionale.
- La medicina di base dovrà sostenere questa domanda assistenziale.
- Programmi di telesorveglianza potranno aiutare il MMG e lo specialista a ridurre il carico aspettato.
- Le patologie croniche sono il modello ideale per lo sviluppo di sistemi di continuità assistenziale.

**Ad oggi, programmi diversificati e costruiti sulle singole situazioni locali e sulle singole tipologie di pazienti con un alto livello di flessibilità organizzativa saranno la carta vincente per il contenimento della spesa sanitaria per pazienti con perdita di dipendenza ma che possano vivere presso il proprio domicilio sotto controllo sanitario.**

#### Bibliografia

- 1) *ATS Documents: statement on Home Care for Patients with Respiratory Disorders*. Am J Respir Crit Care Med 2005;171,1443-1464.
- 2) Vitacca M, Escarrabill J, Galavotti V, et al. *Home mechanical ventilation (HMV) patients: a retrospective survey to identify level of burden in real life*. Monaldi Arch Chest Dis 2007; 67: 3, 142-147.
- 3) Langa KM, Fendrick AM, Flaherty KR, et al. *Informal Caregiving for Chronic Lung Disease Among Older Americans*. Chest 2002; 122:2197-2203.
- 4) Adams SG, Smith PK, Allan PF, et al. *Systematic review of the chronic care model in chronic obstructive pulmonary disease prevention and management*. Arch Intern Med 2007; 167: 551-561.
- 5) Richards SH, Coast J, Gunnell DJ, et al. *Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home scheme with hospital care*. BMJ 1998; 316: 1796-1801.
- 6) Ferrero E, Escarrabill J, Prats E, et al. *Impact of hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy*. Chest 2001; 119: 364-369.
- 7) Hernandez C, Casas A, Escarrabill J, et al. *Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients*. Eur Respir J 2003; 21: 58-67.
- 8) Vitacca M, Bianchi L, Guerra A, et al. *Tele-assistance in Chronic Respiratory Failure Patients: a Randomised Clinical Trial*. Eur Respir J 2009; 33: 411-418.