

## STROKE E CHIRURGIA ORTOPEDICA Applicazione di un modello di continuità ospedale-territorio nell'assistenza riabilitativa

Gabriella LAMPRECHT  
Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste  
SC Medicina Riabilitativa

## IL PROBLEMA

- Le caratteristiche socio-demografiche della popolazione stanno modificando il quadro di morbilità e richiedono un adeguamento delle risposte assistenziali, sia sul piano clinico, che su quello organizzativo-gestionale
- E' necessario razionalizzare i percorsi assistenziali per migliorare l'appropriatezza organizzativa.

2

## AMBITO DI RICERCA

- Trasferimento da ospedali per acuti in strutture territoriali di un campione di pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica o con diagnosi di stroke
- Il progetto recepisce le tre componenti della continuità delle cure (Canadian Health Service Research Foundation, 2002)

3

## OBIETTIVI

- Rendere trasparenti i processi
- Condividere gli strumenti di misura
- Attuare uno scambio di informazioni
- Ridurre le degenze inappropriate
- Attivare precocemente il percorso riabilitativo

4

## La scheda multidimensionale

<b>Dimensione clinica</b>	Medico ospedaliero
<b>Dimensione assistenziale</b>	Infermiere ospedaliero
<b>Dimensione sociale</b> - Sociale - Abitativa	Infermiere e/o fisioterapista
<b>Dimensione funzionale</b> - Autonomia nelle ADL - Autonomia motoria - Competenze relazionali e cognitive	Fisioterapista

5

## Algoritmo per l'assegnazione del percorso appropriato

- Il mix dei bisogni determina attraverso la definizione di un algoritmo il percorso più appropriato
- L'algoritmo identifica la struttura più idonea in relazione all'intensità di cure riabilitativo-assistenziali rilevate

6

## DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

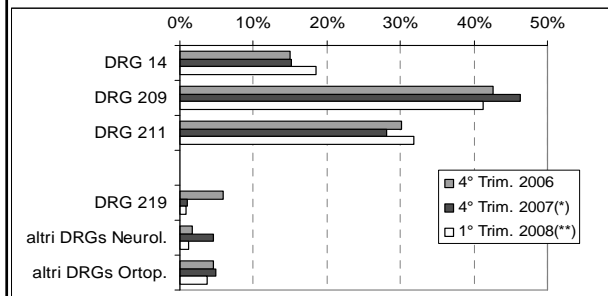
Periodo	N	% Donne		Età		Dev st	Min	Max
		Media	media	Media	mediana			
4° Trim. 2006	285	69,8	76	76	12,31	30	100	
4° Trim. 2007 <sup>(*)</sup>	286	69,9	78	80	11,5	17	100	
1° Trim. 2008 <sup>(**)</sup>	242	70,2	79	81	11,52	24	99	
<b>Totale pazienti</b>	<b>813</b>	<b>70,0</b>	<b>78</b>	<b>80</b>	<b>11,86</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	

(\*) Periodo della sperimentazione: ottobre- dicembre 2007

(\*\*) Periodo di "stabilizzazione" del protocollo di continuità

7

## Distribuzione principali DRG



8

## Giornate di degenza

Periodo	Paz. Neurologici			Paz. Ortopedici SC A			Paz. Ortopedici SC B		
	Media	95% C.I.	della Media	Media	95% C.I.	della Media	Media	95% C.I.	della Media
4° Trim. 2006	21,8	18,5	25,2	15,4	13,8	17,1	14,3	13,4	15,3
4° Trim. 2007	18,0	15,3	20,6	16,7	15,5	17,8	14,4	13,6	15,3
1° Trim. 2008	16,6	14,1	19,2	18,2	16,1	20,3	14,0	12,9	15,1
<b>Totale 3 periodi</b>	<b>18,7</b>	<b>17,1</b>	<b>20,4</b>	<b>16,7</b>	<b>15,7</b>	<b>17,6</b>	<b>14,3</b>	<b>13,7</b>	<b>14,8</b>

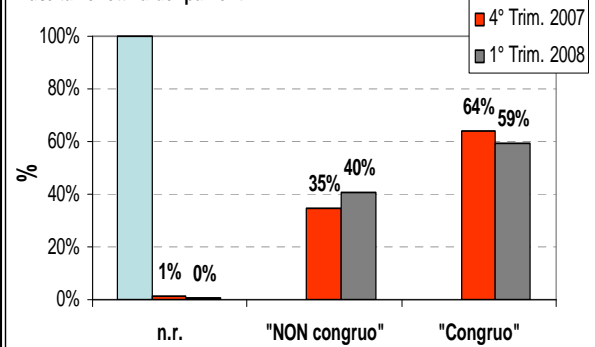
(\*) ANOVA: F= 3,491; p=0,033

(\*) ANOVA: F= 2,813; p=0,062

(\*) ANOVA: F= 0,245; p=0,783

9

## Confronto per trimestre della Proporzioni di "congruità" tra percorso previsto dalla Scheda Multidimensionale e "uscita" effettiva dei pazienti



## CAUSE DI INCONGRUITA'

- Peggioramento del paziente durante il ricovero nei reparti per acuti
- Indisponibilità di posti letto nella struttura assegnata
- Resistenze al cambiamento organizzativo da parte dei medici
- Barriere architettoniche al domicilio del paziente

11

## Analisi della modificazione delle uscite post-dimissione

- Aumento delle uscite verso domicilio
  - 2006 37/286 (13%)
  - 2007 68/285 (24%)
  - 2008 53/242 (22%)
- Riduzione trasferimenti in casa di cura privata convenzionata
  - 2006 83/286 (29%)
  - 2007 30/285 (10.5%)
  - 2008 33/242 (13.6%)

12

## **CONCLUSIONI**

- L'introduzione del nuovo percorso ha contribuito a determinare una svolta nella visione della persona nella sua globalità:
  - individuando la tipologia del bisogno e definendo il setting più appropriato
  - contribuendo a modificare comportamenti stereotipati non sempre appropriati
  - migliorando la comunicazione tra i professionisti
  - anticipando l'attivazione del percorso post-dimissione
  - incidendo sui costi

13