

# Indagine conoscitiva in un reparto di Medicina Generale: quali insegnamenti?

Un'indagine epidemiologica retrospettiva presso la UO di Medicina Generale dell'INI Divisione Grottaferrata (Roma) nel corso della pandemia di Covid, fornisce uno spaccato sulle criticità e sulle strategie applicate alla dimissione del paziente fragile e disabile, con una riflessione sul ruolo del Mmg

**Stefano Riccardi** - UO Medicina Generale - INI Divisione Grottaferrata, Roma

**È** stata condotta una indagine epidemiologica retrospettiva sui ricoveri effettuati dal 02.01.2022 al 31.05.2022 nella UO di Medicina Generale dell'INI Divisione Grottaferrata (Roma), Responsabile Dr M. Cicchinelli e C. I. Dr.ssa G. Palma, con lo scopo di analizzarne i seguenti macroparametri: prevalenza delle patologie responsabili del ricovero, congruità delle patologie descritte nella diagnosi di accettazione rispetto a quelle diagnosticate alla dimissione, scelta del setting di cure per il post-ricovero.

Dopo aver trattato le acuzie, gli Operatori Sanitari prendono in carico il paziente identificando il setting di cure più idoneo per il proseguimento del processo curativo: ciò può determinarne uno stallone e una collocazione inappropriata nel letto di degenza di pazienti per i quali non si trova in tempi ragionevoli il setting di cure più appropriato, considerando anche l'enorme sforzo del Servizio Sanitario durante l'emergenza Covid e la carenza di posti letto.

I pazienti ricoverati, per la loro età, per la mancanza di caregiver, per la complessità delle condizioni cliniche che rappresentano sempre più spesso un precario equilibrio facilmente scomponibile, per un concetto di benessere mediato dalla medicina legale, non trovano rapidamente una soluzione ge-

stionale al momento della dimissione. Altro aspetto del ricovero ospedaliero, all'origine di numerosi conflitti fra i familiari e gli operatori sanitari, è rappresentato dalla mancata accettazione dell'evento "fine vita", soprattutto per i pazienti anziani con insufficienza multi-organo che fino ad alcuni mesi prima venivano considerati autosufficienti per le normali attività quotidiane della vita. Il decadimento cognitivo, nonché l'acuzie che ha determinato il ricovero, non sembrano sufficienti a spiegare il peggioramento delle condizioni cliniche e/o la morte del paziente.

Appare di notevole ausilio la figura dell'Assistente sociale, che coordina e gestisce le dinamiche socio-assistenziali all'interno del Reparto, concorda con l'equipe medica il setting di cure ritenuto più appropriato (domicilio, Rsa, lungodegenza, hospice) e successivamente lo comunica ai familiari, cercando di rimuovere ogni possibile ostacolo al normale turn-over dei degenti nel Reparto per acuti.

## ► Materiali e metodi

Sulla base di tali premesse è stata condotta un'indagine conoscitiva, epidemiologica, retrospettiva, sui ricoveri effettuati dal 02.01.22 al 31.05.22 presso la UO di Medicina Generale Casa di Cura INI Grottaferrata con lo scopo di evi-

denziare le patologie motivo del ricovero, di esaminarne la congruità con le patologie descritte nella diagnosi di dimissione ed infine di riassumere il setting di cure alla dimissione.

I dati di cui sopra sono stati estratti dall'elenco dei ricoveri e dimissioni effettuati nel medesimo periodo registrati nel Sistema di Dimissione Ospedaliera (SDO) utilizzato dalla Casa di Cura.

## ► Risultati

Dal 02.01.2022 al 31.05.2022 nella UO di Medicina Generale sono stati ricoverati 439 pazienti, di cui 224 uomini (51%) e 215 donne (49%). L'età media dei pazienti ricoverati si attesta sui 75.6 anni (range 18 - 102); i pazienti con età compresa fra i 70 e i 102 anni sono stati 335, pari al 76.3% (figura 1).

Le malattie individuate nella diagnosi di dimissione sono state, in ordine decrescente:

1. insufficienza cardiaca: 75 casi, pari al 17%
2. polmonite: 37 casi, pari all'8.4%
3. insufficienza respiratoria: 35 casi, pari al 7.9%
4. ischemia cerebrale: 26 casi, pari al 5.9%
5. infezioni delle vie urinarie (IVU): 22 casi, pari al 5%
6. sincope: 15 casi, pari al 3.4%
7. tumori maligni: 13 casi, pari al 2.9%

- 8.** polmonite Covid: 12 casi, pari al 2.7%  
**9.** embolia polmonare: 11 casi, pari al 2.5%  
**10.** epilessia e febbre: entrambe 9 casi, pari al 2%.

Seguono tutte le altre patologie individuate con percentuali inferiori.

Si precisa che le patologie affini, ma con codici diversi, sono state raggruppate nello stesso gruppo nosologico e che più patologie possono essere presenti nello stesso paziente.

La congruenza fra le diagnosi di accettazione e quelle di dimissione dal Reparto evidenzia il 77% di diagnosi congruenti ed il 23 % di quelle non congruenti. La percentuale maggiore di non congruità è stata rilevata nella diagnosi di insufficienza cardiaca e di insufficienza respiratoria, con 14 casi, rispettivamente pari al 18.6% e al 40%, non evidenziati nella diagnosi di accettazione; seguono le diagnosi di:

- tumori maligni (11 casi, pari al 84.6%)
- squilibrio elettrolitico (10 casi, pari al 38.4%)
- IVU (5 casi, pari al 22.7%)
- ischemia cerebrale (4 casi, pari al 15.3%)
- polmonite (3 casi, pari all' 8.1%).

Naturalmente più si riduce il numero di casi e meno importante diventa il dato percentuale.

Nella valutazione delle diagnosi di dimissione si evidenzia la neodiagnosi di 2 casi di cirrosi epatica, 1 caso di diabete mellito, 1 caso di embolia polmonare, 2 casi di fibrillazione atriale.

I giorni di ricovero in media sono stati 8.4. Suddividendo i pazienti in fasce di età è stato registrato un tempo di degenza di 5.9 giorni per i pazienti di età compresa fra i 18 e 48 anni; 7.5 giorni fra i 49 e i 69 anni; 9 giorni per i pazienti con età compresa fra i 70 e i 102 anni.

Le principali modalità di dimissioni, in ordine decrescente, sono state:

- 1.** dimissione a domicilio: 309 (70.3%)
- 2.** invio ad altra Struttura previa comunicazione disponibilità posto letto: 36 (9%)
- 3.** dimissione volontaria: 33 (7.5%)
- 4.** decessi: 31 (7.1%)
- 5.** invio in reparto Covid: 18 (4.1%)
- 6.** invio in Pronto Soccorso: 9 (2 %)

Di seguito l'esito del ricovero (335 pazienti) per la fascia di età 70 - 102 anni:

- 1.** dimissione a domicilio: 224
- 2.** invio ad altra Struttura previa comunicazione disponibilità posto letto: 35

**3.** decessi: 27

**4.** dimissione volontaria: 25

**5.** invio in reparto Covid: 16

**6.** invio in Pronto Soccorso: 8

### ► Discussione

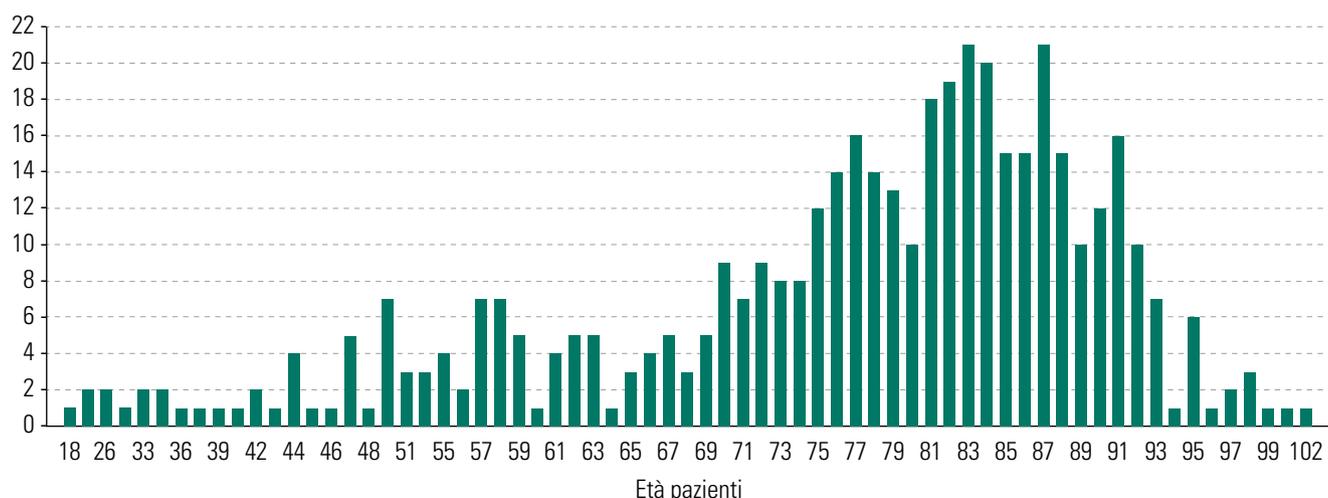
Occorre ricordare che la raccolta dei dati è avvenuta in un periodo storico unico, durante la seconda fase della pandemia Sars Cov-2 che ha stravolto la normale routine di Reparto.

L'età media dei pazienti ricoverati, 75.6 anni, e la fascia di età in cui si colloca il 76.3% dei pazienti, compresa fra i 70 e i 102 anni, hanno confermato che il Reparto di medicina per acuti è stato un Reparto di medicina per anziani, grandi vecchi e centenari.

Questo dato si riflette anche sui tempi di degenza: con l'aumentare dell'età si passa da 5.9 giorni nella fascia di età 18 - 48 anni, ai 9 giorni di degenza media per anziani, grandi vecchi e centenari, con innegabili ripercussioni sull'efficacia della terapia e dei tempi di recupero. L'insufficienza cardiaca e l'insufficienza respiratoria sono complessivamente responsabili del 25% dei ricoveri. Il dato è comprensibile, perché ogni singola patologia in soggetti fragili può

FIGURA 1

### UO Medicina Generale IMI Grottaferrata: Età pazienti ricoverati dal 02.01.2022 al 31.05.2022



sfociare in uno scompenso d'organo e/o apparato, nella maggioranza dei casi cuore/polmoni.

Il 40% dei casi di insufficienza respiratoria non è stata evidenziata nella diagnosi di ammissione in Reparto, mentre il 38.4% riguarda la diagnosi di squilibrio idro-elettrolitico.

In modo coerente l'84.6% dei tumori non era presente nella diagnosi di ammissione.

La *figura 2* illustra l'esito del ricovero nella fascia di età 70 - 102 anni, in cui si è verificata la percentuale maggiore di decessi, sindrome Covid, invio in Pronto Soccorso e trasferimento in altra Struttura, confermando, qualora fosse ancora necessario, come l'età influenzi sfavorevolmente il decorso della degenza.

Il trasferimento in altra Struttura, coordinato dalla Assistente Sociale, ha aumentato i tempi di ricovero, poiché il trasferimento del paziente era subordinato alla comunicazione della Struttura stessa della disponibilità di posto letto. Il ricovero del paziente anziano affetto da pluripatologie ed insufficienza multi-organo, fragilità e complessità nello stesso tempo, verrà seguito da una dimissione in cui il livello di integrità funzionale sarà inferiore a quello del periodo pre-ricovero. Siamo testimoni

quotidianamente dell'insoddisfazione dei pazienti e soprattutto dei familiari, convinti che la "restitutio ad integrum" sia la norma e che il mancato successo sia dovuto alla malpratica. Al trattamento dell'acuzie dovrà necessariamente seguire un trattamento oltre la dimissione dovuto ai maggiori bisogni dell'anziano e soprattutto preparare i familiari alla necessità di proseguire l'assistenza oltre il periodo di ricovero. L'ospedale, e i reparti di Medicina Generale in particolare, sono sempre più un luogo di cure per pazienti anziani, grandi vecchi, centenari, e il fenotipo dell'invecchiamento di ciascuno di essi sarà il risultato di numerosi fattori: malattie concordanti o co-occorrenti, malattie non concordanti, stile di vita, decadimento neuro-cognitivo, malnutrizione, storie personali, aspettative nei confronti della medicina. Quindi alla stessa età non corrisponderà lo stesso rischio di disabilità e morte.

Quando il paziente anziano viene ricoverato nel reparto di Medicina diviene un soggetto fragile, in cui la ridotta efficienza di compenso per l'acuzie che ha determinato il ricovero, si associa alla disabilità per la mancata autonomia che accompagna l'allettamento.

La diagnostica, la tecnologia all'avanguardia e la medicina specialistica sono ritenute equivalenti alla terapia, mentre dovrebbero esserne lo strumento. Comunicare la reale efficacia di ciò che si pensa sia utile o meno, la diagnosi e la terapia al paziente e ai familiari e soprattutto la sua utilità, possono essere condivisi con i compiti affidati all'Assistente Sociale. Naturalmente la reazione di opposizione, rifiuto o negazione della malattia saranno le situazioni in cui sarà più difficile la comunicazione del nostro obiettivo.

Accanto all'Assistente Sociale, il Mmg potrebbe essere in grado di filtrare la razionalità scientifica degli operatori sanitari ospedalieri con le comprensibili reazioni emotive del paziente e dei familiari.

## ► Conclusioni

È chiaro che il trattamento di un soggetto fragile e disabile richiede una assistenza medica, infermieristica e socio-assistenziale di gran lunga superiore alla norma con forti ripercussioni sul piano organizzativo ed economico: sembra a tutt'oggi che il reparto di Medicina per acuti si sia trasformato in una lungodegenza per acuti dove, accanto alla terapia più efficace, è necessaria l'assistenza continua al paziente fragile e disabile. È possibile realizzare tutto ciò in una corsia ospedaliera per acuti? È fattibile realizzare una assistenza adeguata e dignitosa al soggetto fragile e disabile al proprio domicilio, individuando nella medicina territoriale la chiave di volta dell'intero processo di cure? Oppure al contrario tutti i soggetti dovranno essere trattenuti fino a che non venga trovata una collocazione in Strutture Socio-Sanitarie? O ancora, aspettare la guarigione del paziente fragile e disabile in un reparto per acuti sotto la minaccia dell'accusa di "malasanità"? La dimissione del paziente può essere definita come il passaggio di presa in carico dalla corsia per acuti alla gestione territoriale delle patologie croniche (domicilio con eventuale attivazione del CAD ed il coinvolgimento del Mmg, lungodegenza, Rsa, hospice). È evidente come il Mmg non debba ritrovarsi da solo ad affrontare il post-ricovero, ma sarebbe opportuno che partecipi al percorso di cure entrando in Reparto, confrontandosi con il personale sanitario e con l'Assistente Sociale in modo che la dimissione sia un passaggio di cure e non un salto nel vuoto.

*Si ringraziano Silvia ed Alessandro per la paziente collaborazione prestata.*



Attraverso il presente **QR-Code** è possibile scaricare con tablet/smartphone il pdf dell'articolo integrale

**FIGURA 2**

### Esito ricovero range età 70-102

- Pronto Soccorso
- Volontaria
- Trasferito in altra struttura
- Decesso
- Covid

