

La continuità delle cure: il contributo delle Centrali Operative Territoriali

Donatella Pascal, infermiera, ASL TO 3 Reg. Piemonte; tel.3346382546, donatella.pascal@aslto3.piemonte.it
Coautori: Luisella Audisio; Mara Simoncini; Antonella Carta; Irina Cazzaniga; Cristina Guiot e Bruno Piera Lucia (ASL TO3); Stefania Carmen Tandurella (Università di Torino).

Il DM 77/22 definisce le COT come una delle strutture, oltre alle CdC e agli OdC, deputate a potenziare i servizi assistenziali territoriali quali punti di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale della popolazione di riferimento. Le COT dell'ASL TO 3 svolgono funzioni di coordinamento organizzativo della presa in carico del cittadino e di raccordo/connesione tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting di cura (territoriali, ospedalieri e rete dell'emergenza-urgenza). Le COT aziendali – 570.677 abitanti di cui 153.000 over sessantacinquenni - nell'ambito dell'infermieristica d'iniziativa hanno avviato un progetto di presa in cura dei cittadini anziani affetti da patologie croniche degenerative.

Obiettivi: 1 intercettare precocemente le fragilità socio assistenziali gestibili a domicilio per prevenire gli accessi impropri in DEA; 2 attivare tempestivamente i servizi sociali territoriali e/o di cure domiciliari; 3 fornire addestramento e counseling al caregiver per prevenire le complicanze e migliorare la qualità di vita degli assistiti e dei famigliari.

A supporto dell'effettuazione delle visite domiciliari infermieristiche di sorveglianza/monitoraggio è stata elaborata una scheda di valutazione socio sanitaria (valutazione dei rischi cadute, disfagia, lesioni da pressione; dell'adesione terapeutica, alimentazione e idratazione, rete familiare e socio ambientale) utilizzata anche per la raccolta dei dati e la loro analisi/interpretazione. Nella fase sperimentale, Luglio/Settembre 2023, i pazienti da monitorare sono stati selezionati tra gli anziani valutati dall'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) del Distretto Pinerolese dell'ASL secondo i seguenti criteri: 1 progetti di residenzialità con esiti di valutazione "differibile"; 2 progetti domiciliari (assegni di cura - lungassistenza) in attesa di attivazione; 3 assistiti a domicilio.

I beneficiari dell'intervento del monitoraggio sperimentale sono stati 102 utenti e 102 caregiver, per un totale di 204 persone. Le criticità prevalenti rilevate sono:

1 Mancanza di autonomia nella mobilità (52% ridotta mobilità associata a barriere architettoniche in circa il 42% delle abitazioni) con aumentato rischio di cadute (55%).

2 Scorretta gestione delle terapie e scarsa aderenza ai trattamenti, (il 70% assume più di 5 farmaci al giorno e sempre il 70% di essi non è autonomo).

3 Mancanza di autonomia nell'igiene personale (54%) aumenta considerevolmente il rischio di insorgenza di lesioni da pressione associato al fatto che solo il 12.75% utilizza materassi antidecubito.

Parte delle criticità sono state trattate contestualmente alla rilevazione dall'infermiere attraverso interventi di counseling, educazione ed addestramento al caregiver. Per alcuni utenti l'infermiere ha attivato: l'assistente sociale (3); il MMG (7); le cure domiciliari infermieristiche (1); la rivalutazione UVG per aggravamento (3). Nel periodo analizzato, dai dati a disposizione della COT, nel trimestre successivo all'effettuazione della visita, nessuno dei monitorati ha avuto accessi al DEA del Presidio Ospedaliero di riferimento territoriale.

Gli interventi di monitoraggio infermieristico domiciliare si sono rivelati una strategia efficace per: favorire la permanenza a domicilio dell'anziano non autosufficiente, il contenimento degli accessi impropri in DEA, la prevenzione delle complicanze della malattia e della disabilità, il sollievo del caregiver dall'affaticamento derivato dall'accudimento "burden del caregiver".