

D. Consoli

Gestione territoriale delle malattie cerebrovascolari

L'incremento di incidenza degli accidenti cerebrovascolari e l'aumento della percentuale di sopravvivenza a tali patologie ci pone di fronte ad una problematica che, oltre ad essere medica, ha una ricaduta sociale dalla quale non si può prescindere. Carenze evidenti si riscontrano per le strutture ed i servizi che dovrebbero assicurare una "continuità assistenziale" ai pazienti con esiti da ictus cerebrali e che hanno superato la fase acuta dell'episodio apoplettico. Un'importante percentuale dei sopravvissuti ha qualche grado di dipendenza con una ricaduta del danno che può colpire diverse aree: dall'igiene personale al vestirsi, dalla sicurezza alla ricreazione, dalla capacità di spostarsi

Parole chiave *Stroke service* • MMG • Centro Smistamento Dati

autonomamente e viaggiare all'attività sessuale. Gli obiettivi della continuità assistenziale devono essere mirati al miglioramento della qualità della vita del paziente con il raggiungimento di una certa autonomia nelle attività della vita quotidiana. Scopo di questo lavoro è quello di presentare un modello organizzativo per la "gestione territoriale" delle sequele di *stroke* prevalentemente indirizzato ai pazienti più anziani o a quelli per cui non è ipotizzabile un *setting* riabilitativo in regime ambulatoriale, di ricovero, di permanenza in strutture residenziali protette o già trattati da un punto di vista riabilitativo e dimessi. Il modello proposto è composto da un *team* multiprofessionale con tipologia di appartenenza strutturale ospedaliera, territoriale, distrettuale e da professionalità sanitarie specialistiche e di base oltre che fisioterapisti, logopedisti ed infermieri specializzati. Il progetto ruota attorno al medico di medicina generale (MMG) ed a uno *stroke service* che si raccorda alle necessità più squisitamente *stroke-related* ed ai bisogni di questi pazienti con diversi *link* e con gli specialisti di volta in volta coinvolti. Una buona interazione dello *stroke service* è quindi presupposto indispensabile per il superamento degli ostacoli. Il succitato *stroke service* è da identificarsi in un *team* di figure professionali itineranti ed esperte nella gestione dello *stroke* (neurologo, infermiere, riabilitatore, psicologo, assistente sociale, etc.) che interagendo con le afferenti strutture specialistiche dell'ADI armonizzati, coordinato dal medico di medicina generale, ogni attività indirizzata al raggiungimento massimale dell'obiettivo che si materializza nel "recupero globale".

Al neurologo spetta l'obbligo di valutare:

- la scelta del farmaco e la gestione degli eventuali effetti collaterali;
- il controllo dei fattori di rischio (obesità, diabete, ipertensione, tabagismo, alcoolici, etc.);

Al MMG:

- gli eventuali coinvolgimenti di competenze mediche non neurologiche (dietologo, cardiologo, etc.);

D. Consoli (✉)

Dipartimento di Neuroscienze, Ospedale Jazzolino
Piazza Fleming, I-89900 Vibo Valentia, Italia
e-mail: domco@tiscali.it

- la gestione delle complicanze *sensu lato*;
- interpretare il desiderio del paziente sotto l'aspetto della forma farmaceutica preferita, dell'efficacia e della complessiva responsività al trattamento farmacologico.

È stato necessario ottimizzare tale modello organizzativo al fine di veicolare e velocizzare l'intesa tra le varie figure professionali attraverso un'adeguata informatizzazione. La segnalazione del paziente deve essere effettuata al Centro Smistamento Dati (CSD) territorialmente competente in relazione alla residenza o al domicilio presso cui l'assistito viene ospitato al momento della dimissione. La segnalazione viene effettuata dall'antenna in precedenza individuata presso la Unità Operativa (U.O.) di Neurologia, nella persona del caposala all'uopo designato che, su indicazioni del medico di reparto, può optare per le "dimissioni ordinarie al domicilio" o, in caso il paziente necessiti di particolari procedure diagnostiche e/o terapeutiche, per le "dimissioni protette" (Ipotesi A). La segnalazione può altrimenti essere direttamente effettuata dal MMG o da familiari nel caso il paziente con esiti di *stroke* provenga direttamente dal territorio (Ipotesi B).

Ipotesi A L'antenna ospedaliera comunica telefonicamente, via fax o telematica la scheda di segnalazione: "Scheda O". La segnalazione deve essere eseguita almeno nei quattro o due giorni lavorativi antecedenti la dimissione, nel caso di dimissione direttamente al domicilio ovvero di dimissione protetta. Il MMG viene avvisato con immediatezza dal punto CSD ed invitato alla fase di valutazione. La fase di valutazione, che avviene il giorno lavorativo successivo alla segnalazione, servirà a discernere i pazienti che hanno diritto a questo genere di assistenza domiciliare. Tale organizzazione è "dedicata" soprattutto ai pazienti più anziani per cui non è ipotizzabile un percorso riabilitativo alternativo e per i quali s'impone quindi la dimissione a domicilio.

Ipotesi B Nel caso che il paziente si trovi direttamente sul territorio e presenti nuovi bisogni (neurologici, cardiologici, internistici od altro), il MMG può effettuare la segnalazione direttamente alla CSD che, dopo la fase di valutazione, sempre in collaborazione con il MMG, attiverà gli interventi necessari per quel paziente specifico e per la specifica condizione morbosa.

Le cure sanitarie vengono erogate da una Centrale Operativa che è il costante punto di riferimento per l'organizzazione del servizio ed è raggiungibile dall'utente 24 ore su 24 attraverso un solo numero telefonico. In Centrale Operativa i piani sono analizzati nel corso di una riunione a cui partecipano i responsabili dell'*équipe* sanitaria e dell'*équipe* organizzativa. In tale ambito è definita la presa in carico del paziente e vengono allocate le risorse in base a criteri prioritari d'efficacia (operatore più adatto) e d'efficienza (ottimizzazione dei carichi di lavoro e degli spostamenti). Presso il domicilio del paziente,

viene tenuta la cartella clinica nella quale si registrano tutti gli interventi effettuati dal personale sanitario. L'organizzazione dei servizi si basa su un'unica Centrale Operativa che provvede alla "presa in carico dei bisogni del paziente" ed assicura quella continuità e garanzia d'intensità nelle cure domiciliari, indicata dalle più avanzate esperienze internazionali, necessaria per poter raggiungere l'efficacia sanitaria, la soddisfazione degli utenti e l'efficienza gestionale. Particolare attenzione viene data all'ascolto ed alla presa in carico dei bisogni dei pazienti e delle loro famiglie; quest'attività occupa il personale dell'area organizzativa e di quella sanitaria in modo consistente e determina l'alto numero di risorse presenti in Centrale Operativa. Per questo motivo è stato istituito il "servizio cortesia" a disposizione dei pazienti e delle loro famiglie che, in questo modo sono supportati da personale competente per ogni necessità: richiesta d'informazioni, disagi di carattere psicologico e relazionale, segnalazioni di carattere psico-sociale. Il servizio è sostanzialmente finalizzato a migliorare il livello delle comunicazioni, a superare le inadeguatezze, i possibili conflitti, per garantire un intervento più efficace anche dal punto di vista della personalizzazione e dell'umanizzazione, presupposti indispensabili in questo tipo di attività. Appare a questo punto indispensabile identificare dei criteri per la verifica dei risultati finali raggiunti dal programma:

1. riduzione dell'ingorgo nelle U.O. dedicate alla gestione dello *stroke*;
2. riduzione dell'ingorgo nelle strutture di riabilitazione residenziale favorendo la "riabilitazione domiciliare", intervenendo sul migliore percorso del paziente attraverso adeguate strutture territoriali riabilitative e polivalenti, comunque integrate con l'assistenza sanitaria di base;
3. riduzione dei ricoveri inadeguati e/o impropri;
4. riduzione dei giorni di degenza;
5. riduzione del numero di trasferimenti impropri;
6. interazione/integrazione delle strutture ospedaliere con quelle del territorio realizzando di fatto una "dimissione protetta" con ricadute di *feed-back* per il reparto che rivede il paziente in *follow-up* programmato e, sicuramente, con adeguato aggiornamento dei dati clinici, strumentali, psico-sociali ed economici;

Tabella 1 Costi giornalieri di degenza

Struttura	Costo
Ospedale	€ 250–500
Reparto - S.U.	€ 325–450
RSA	€ 96
Case protette	€ 85
Cure sanitarie domiciliari	€ 52

7. valutazione ciclica dell'andamento del processo terapeutico-assistenziale.

È infine necessario valutare l'impatto economico tra costi, qualità e servizi. Numerosi studi comparabili per una rivisitazione sistematica possono essere di ausilio nel determinismo della modalità di monetizzare la allocazione di risorse limitatamente all'approccio successivo alla fase di gestione dell'acuzie; di seguito viene riportata la Tabella 1 riepilogativa dei costi di degenza.

L'assistenza a lungo termine del paziente con esiti da ictus cerebri prevede, infatti, un approccio multidisciplinare ed un investimento di risorse umane, economiche e tecnologiche che, allo stato attuale, appare spesso inadeguato ed insufficiente alla riduzione del numero dei "disabili" nella società del terzo millennio.

Lettere consigliate

Evers SM, Struijs JN, Ament AJ, van Genugten ML, Jager JH, van den Bos GA (2004) International comparison of stroke cost studies. *Stroke* 35:1209–1215

Guidetti D, Costa E, Buzzi R (1998) Proiezione del costo del DRG 14 (malattie cerebrovascolari) nella Divisione di Neurologia di Reggio Emilia. *Riv Neurobiologia* 44:513–518

Istituto Neurologico IRCCS "C Mondino" Pavia (1996) La malattia cerebrovascolare ischemica: impatto socioeconomico, linee guida diagnostico-terapeutiche ed identificazione di indicatori di outcome. Studio Pilota in 4 Province della Regione Lombardia. Progetto di ricerca finalizzata. Relazione finale