

Misurare l'engagement in un progetto di Follow-Up telefonico post-dimissione

Giuliana Pitacco¹, Ramiro Mendoza-Maldonado², Sandro Centonze³

¹Direzione Servizi Sociosanitari, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI), Trieste - Italy

²Televita SpA, Trieste - Italy

³SC Ricerca, Innovazione clinico-assistenziale, Qualità, Accreditamento e Rischio clinico, Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina (ASUGI), Trieste - Italy

Assessing the engagement in a post-discharge phone Follow-Up project

Introduction: The article describes a post-discharge telephone Follow-Up pilot project that was activated in 2018 in the city of Trieste.

Methods: The pilot project, in addition to the interception of possible situations of discomfort to be reported to social services and to ensure informative support to guide people to an optimal use of services, aimed to investigate the conditions, 1 and 3 months after discharge, of people not followed by the community services, in particular: a) maintenance of functional capacity; b) self-assessment of the patient with respect to health conditions and level of engagement; c) state of the relationships network; d) use of public, private and/or third sector health or welfare resources.

Results and Conclusions: The Telephone Follow-Up has made it possible to experiment a “light” way of taking care of people discharged from a hospital or rehabilitation facility, to intercept situations of discomfort, reporting them to the Local District and social services and facilitating the appropriate use of local assistance services.

Keywords: Discharge, Follow-Up, Patient engagement, Pilot project, Telephone intervention, Territory services

Introduzione

La sostenibilità del sistema sanitario è una sfida dettata da un insieme di fattori diversi, fra cui l'invecchiamento della popolazione, il costo delle innovazioni, in particolare in campo farmacologico, lo sviluppo della medicina personalizzata e il costante aumento della domanda di servizi da parte dei cittadini. Per fronteggiare questa sfida, negli anni sono state messe in campo diverse strategie, che includono la lotta agli sprechi, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), la riorganizzazione degli ospedali e il potenziamento dei servizi territoriali (1).

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili, formali e informali (2).

L'integrazione Ospedale-Territorio e la continuità assistenziale rappresentano fondamentali obiettivi strategici per passare dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla

realizzazione di percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, trasformando il paradigma della “medicina di attesa” in “medicina di iniziativa” orientata alla “promozione attiva” della salute e alla responsabilizzazione del cittadino verso il proprio benessere (3).

A Trieste è attivo, ormai da molti anni, un servizio di continuità Ospedale-Territorio garantito dagli Infermieri dei Distretti che, ogni giorno, insieme all'equipe della struttura di ricovero, pianificano la dimissione identificando il setting adeguato per far fronte alle esigenze dei malati, tenendo conto delle risorse del contesto familiare e ambientale (Residenza Sanitaria Assistenziale e domicilio con o senza supporto del servizio infermieristico o dell'assistenza domiciliare).

Nel 2014, nella nostra provincia, grazie a una stretta collaborazione fra l'Azienda sanitaria e Televita SpA (un'impresa con vocazione sociale che da trent'anni progetta e gestisce servizi telematici nel settore sociosanitario) è stata condotta un'indagine telefonica volta a rilevare le eventuali modifiche intervenute nelle condizioni di salute e di vita delle persone dimesse dall'ospedale o da una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), che non erano state prese in carico dai servizi distrettuali. L'indagine del 2014 è stata rivolta a 60 persone (46 femmine e 14 maschi) di età compresa tra i 68 e i 95 anni (media 81,82) e ha evidenziato che, a distanza di 6 mesi della dimissione: a) il 25% del campione aveva attivato un servizio domiciliare infermieristico (SID) o assistenziale (SAD) o il Fondo Autonomia Possibile (FAP); b) il 17% era stato riammesso in una Medicina ospedaliera; c) il 7% era stato accolto in una casa di riposo. Il consistente aumento dei ricoveri delle persone >75 anni, registrato nel biennio 2016-2017

Received: April 8, 2020

Accepted: April 17, 2020

Published online: August 31, 2020

Corresponding author

Giuliana Pitacco

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina

via Giovanni Sai 1-3

34100 Trieste - Italy

giuliana.pitacco@asugi.sanita.fvg.it

(rispettivamente + 2,96% e + 1,26%), ha imposto la necessità di introdurre sistemi di valutazione per verificare se tale incremento possa essere dipeso da una sottovalutazione della fragilità sociale e/o sanitaria.

La possibilità di collaborare con Televita SpA ha permesso di attivare, nel 2018, un percorso pilota di Follow-Up telefonico post-dimissione (FU), che si poneva due principali obiettivi: a) garantire una diversa tipologia di continuità assistenziale, per intercettare eventuali situazioni di disagio da segnalare ai servizi distrettuali e sociali e fornire informazioni utili al paziente con la finalità di facilitare l'utilizzo appropriato dei servizi; b) raccogliere informazioni, a distanza di 1 e 3 mesi dalla dimissione, sulle condizioni di salute psicofisiche delle persone dimesse senza un progetto di presa in carico da parte dei servizi distrettuali, utili per orientare la futura offerta di servizi.

Questo progetto pilota ha cercato di verificare la seguente ipotesi: un servizio di Follow-Up telefonico post-dimissione può rappresentare una modalità innovativa di continuità assistenziale?

Obiettivi

Il progetto pilota, oltre a intercettare eventuali situazioni di disagio da segnalare ai servizi distrettuali e sociali e garantire un supporto informativo per orientare le persone a un utilizzo ottimale dei servizi, mirava a indagare le condizioni, a distanza di 1 e 3 mesi dalla dimissione, delle persone non prese in carico dai servizi distrettuali e, in particolare: a) mantenimento delle capacità funzionali (ADL); b) autovalutazione dell'assistito rispetto alle condizioni di salute e al livello di engagement; c) stato della rete sociale; d) utilizzo delle risorse sanitarie o assistenziali pubbliche, private e/o del terzo settore.

Materiali e metodi

Lo studio pilota è stato condotto nel periodo aprile-dicembre 2018.

Sono state incluse nello studio le persone in grado di comprendere e comunicare in lingua italiana, dimesse da una delle strutture ospedaliere di Medicina interna o da una RSA, di età >65 anni o di età <65, ma con particolari caratteristiche di fragilità, che rientravano al proprio domicilio (non in struttura residenziale) senza essere prese in carico dai servizi distrettuali e che consentivano a partecipare al progetto sperimentale di FU.

Le persone prese in carico dai servizi distrettuali, residenti in una struttura protetta, o con demenza, disturbi cognitivi, disturbi psichiatrici attivi, sordità o insufficiente conoscenza della lingua italiana per rispondere alle domande in modo significativo o che non avessero espresso formalmente il proprio consenso a partecipare sono state escluse da questo studio.

Schema del Follow-Up telefonico e principali strumenti di misurazione

Lo studio, che ha coinvolto il personale di ASUGI (Coordinatori infermieristici ospedalieri, della continuità assistenziale, servizi domiciliari sanitari e sociali) e di Televita SpA, è stato articolato in tre Tempi: 1) reclutamento e primo

monitoraggio (Tempo 0); 2) Follow-Up post-dimissione a un mese (Tempo 1) e 3) a tre mesi dalla dimissione (Tempo 2). Lo schema di indagine ha previsto l'utilizzo e l'applicazione di vari strumenti di misurazione (Tab. I).

TABELLA I - Strumenti, responsabilità e tempi previsti dal Progetto Follow-Up

Strumenti	Responsabilità	Tempi
PRISMA-7 – indice di fragilità	Infermiere responsabile dimissione	Tempo 0
Barthel – ADL, capacità funzionali (4)		
Autovalutazione dello stato di salute	Operatore telefonico	Tempo 0
Patient Health Engagement Scale (PHE-S®) (versione telefonica)	Televita SpA	Tempo 1 Tempo 2

Durante i contatti telefonici, oltre all'autovalutazione del paziente su una scala da 1 a 10 dello stato di salute (4) e alla Patient Health Engagement Scale (PHE-S®) (5), è stato somministrato un questionario finalizzato alla raccolta di alcune caratteristiche socio-demografiche e cliniche (Tempo 0: genere, età, istruzione, condizione di malattia. Tutti i Tempi: coabitazione, presenza di un caregiver, autosufficienza, utilizzo di ausili, incontinenza, ricoveri, attivazioni di servizi di assistenza distrettuali e privati).

A conclusione del Follow-Up, sono state effettuate delle interviste telefoniche, a cura del personale dell'ASUGI, per raccogliere il gradimento sull'iniziativa ed eventuali suggerimenti per il futuro.

Raccolta dati e analisi statistica

La raccolta e la registrazione dei dati e di eventuali altre informazioni relative ai partecipanti al Follow-Up sono avvenute tramite un applicativo gestionale dedicato, di proprietà di Televita SpA. I dati sono stati inseriti in un foglio di calcolo Excel ed elaborati mediante IBM SPSS 24.0. L'analisi dei dati è stata condotta in più fasi. Nella prima, l'analisi ha descritto le caratteristiche socio-demografiche e clinico-sanitarie del campione. Nella fase successiva, attraverso l'analisi di ANOVA univariata, è stato valutato l'impatto delle variabili socio-demografiche e clinico-sanitarie sull'outcome rilevato dagli strumenti impiegati nello studio (Barthel, PRISMA-7, PHE-S® e autovalutazione dello stato di salute). Nella terza fase, invece, tramite un t-test per campioni accoppiati, è stata valutata la significatività statistica del variare dell'engagement in rapporto con l'autovalutazione dello stato di salute a 1 e a 3 mesi. Inoltre, sono state calcolate le frequenze di alcune variabili, come presenza di incontinenza, utilizzo di ausili per la deambulazione e attivazione di servizi pubblici, privati e/o del terzo settore, nelle persone che hanno concluso il Follow-Up telefonico.

Risultati

Lo studio pilota è stato condotto su un campione di 132 persone di lingua italiana (95 donne, età media 81,6 anni, e 37 uomini, età media 80,3 anni), reclutate al momento della dimissione sulla base dei criteri di inclusione stabiliti dallo studio, che hanno espresso formale consenso.

Il 67,4% del campione era stato dimesso dall'ospedale e la restante percentuale proveniva da una struttura residenziale riabilitativa.

Nella Tabella II sono rappresentate le caratteristiche delle 132 persone che hanno aderito al progetto.

TABELLA II - Caratteristiche del campione alla dimissione (n. 132)

		Frequenza (%)	Media	Dev. Std.
Sesso	F	72,0	Età 81,6	8,9
	M	28,0	Età 80,3	8,1
Età	≤80	43,2	Età 73,1	5,8
	≥81	56,8	Età 87,4	4,5
Coabitazione	No	47,7		
	Sì	52,3		
Caregiver	No	18,9		
	Sì	81,1		
Autosufficienza	Parziale	53,1		
	Sì	46,9		
Pluripatologie	No	16,7		
	Sì	83,3		
Incontinenza	No	78,0		
	Sì	22,0		
Assistenza privata	No	85,6		
	Sì	14,4		

Tra queste, 103 persone hanno concluso tutte le fasi previste dal progetto di Follow-Up telefonico (77 donne, età media 80,8 anni, e 26 uomini, età media 80,2 anni).

La Tabella III riporta l'analisi di ANOVA univariata usata per determinare l'impatto di queste variabili sul punteggio medio rilevato dalle scale di Barthel, PRISMA-7, PHE-S® e autovalutazione dello stato di salute alla dimissione, a 1 e a 3 mesi durante il nostro Follow-Up, nonché i valori di significatività relativa alle differenze riscontrate fra i valori delle medie all'interno degli strati (intra-variabile). I risultati confermano un'associazione tra i valori ottenuti dalle scale di Barthel e PRISMA-7 con l'età, la presenza di un caregiver, l'autosufficienza, l'incontinenza e la presenza di pluripatologie. L'engagement al momento della dimissione è strettamente correlato all'autosufficienza (al Tempo 0 $P = 0,037$). Sempre al Tempo 0 (alla dimissione), nessun altro parametro è risultato essere associato alle caratteristiche socio-demografiche considerate.

A un mese e, poi, a tre mesi dalla dimissione, i risultati (Tab. III) suggeriscono un'associazione, importante anche dal punto di vista clinico, tra autovalutazione dello stato di salute ed engagement del paziente e autonomia motoria e continenza, ma solo a un mese (T1) nelle donne.

I punteggi ottenuti alla scala PHE-S® e tramite la scala di autovalutazione dello stato di salute sono risultati significativamente aumentati tra Tempo 0 (dimissione) e Tempi T1 (a un mese) e T2 (a tre mesi) dalla dimissione (Tab. IV, V). Il dato evidenzia, quindi, il miglioramento dell'elaborazione emotiva nei confronti del proprio stato di salute e della sua autopercezione. Quest'ultima è quasi raddoppiata tra il terzo e il primo mese (di ingresso nello studio).

TABELLA III - Analisi di ANOVA univariata

		Valutazione alla dimissione (T0) n. 115						Valutazione a un mese (T1) n. 105				Valutazione a tre mesi (T2) n. 103					
		Barthel		PRISMA-7		PHE-S®		Autoval. stato di salute		PHE-S®		Autoval. stato di salute		PHE-S®		Autoval. stato di salute	
		Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value	Media	p-value
Sesso	F	13,90	0,171	4,42	0,785	3,01	0,179	6,53	0,283	3,20	0,001**	6,69	0,010*	3,20	0,023*	7,11	0,100*
	M	15,44		4,34		3,21		6,91		3,58		7,48		3,58		7,62	
Classe Età	<80	15,71	0,016*	3,69	0,000**	3,09	0,714	6,52	0,510	3,47	0,334	6,92	0,912	3,47	0,037*	7,49	0,099
	81+	13,27		4,89		3,04		6,72		3,17		6,89		3,17		7,05	
Coabitazione	No	14,92	0,265	4,31	0,528	3,16	0,199	6,71	0,658	3,37	0,342	6,95	0,778	3,37	0,296	7,39	0,257
	Sì	13,79		4,48		2,98		6,57		3,22		6,87		3,22		7,09	
Caregiver	No	16,88	0,013*	3,75	0,017*	2,96	0,429	6,75	0,714	3,43	0,931	6,91	0,987	3,43	0,354	7,19	0,857
	Sì	13,72		4,55		3,09		6,61		3,26		6,90		3,26		7,25	
Deambulazione autonoma	Parziale	12,37	0,000**	5,10	0,000**	2,94	0,037*	6,44	0,166	3,09	0,007**	6,65	0,043*	3,09	0,002**	6,95	0,019*
	Sì	16,74		3,46		3,22		6,87		3,52		7,21		3,52		7,56	
Pluripatologie	No	17,14	0,013*	3,41	0,000**	3,06	0,953	6,89	0,497	3,53	0,804	6,78	0,696	3,53	0,151	7,41	0,564
	Sì	13,79		4,61		3,07		6,59		3,25		6,93		3,25		7,20	
Incontinenza	No	15,15	0,002**	4,16	0,000**	3,08	0,604	6,72	0,304	3,35	0,427	7,03	0,077*	3,35	0,196	7,41	0,017*
	Sì	11,39		5,25		3,00		6,33		3,13		6,44		3,13		6,67	
Assistenza privata	No	14,41	0,691	4,27	0,011*	3,10	0,140	6,75	0,057*	3,32	0,261	6,96	0,302	3,32	0,406	7,31	0,179
	Sì	13,83		5,22		2,81		5,88		3,14		6,53		3,14		6,79	

**la correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code). *la correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

TABELLA IV - Confronto delle differenze delle medie dei punteggi della PHE-S® confrontati a 1 MESE e a 3 mesi post-dimissione

		Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza del 95%		t	gl	Sign. (a due code)
					Inferiore	Superiore			
1 mese	Score PHE-S® T1 – Score PHE-S® T0	0,174	0,625	0,058	0,058	0,289	2,984	114	0,003**
3 mesi	Score PHE-S® T2 – Score PHE-S® T0	0,200	0,739	0,072	0,057	0,343	2,773	104	0,007**

** la correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code). * la correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

TABELLA V - Confronto delle differenze delle medie dei punteggi delle scale di Autovalutazione dello stato di salute confrontati a 1 MESE e a 3 mesi post-dimissione

		Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza del 95%		t	gl	Sign. (a due code)
					Inferiore	Superiore			
1 mese	Autoval. stato di salute T1 – Autoval. stato di salute T0	0,296	1,228	0,115	0,069	0,523	2,582	114	0,011*
3 mesi	Autoval. stato di salute T2 – Autoval. stato di salute T0	0,552	1,676	0,164	0,228	0,877	3,378	104	0,001**

** la correlazione è significativa al livello 0,01 (2-code). * la correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

Nel periodo del monitoraggio, delle 103 persone che hanno concluso il FU, 10 (9,7%) sono state ricoverate in ospedale e/o in RSA e 9 (8,8%) hanno attivato un servizio di assistenza sanitaria pubblica e 21 (20,4%) privata. L'incontinenza nel tempo è diminuita e lo stesso vale per l'utilizzo di ausili per la deambulazione (Tab. VI).

TABELLA VI - Situazione delle persone rilevata nel periodo del Follow-Up

	Tempo 0 – n. (%)	Tempo 1 – n. (%)	Tempo 2 – n. (%)
Incontinenza (Si)	23 (22,3)	20 (19,4)	18 (17,5)
Utilizzo di ausili (Si)	53 (51,5)	44 (42,7)	41 (39,8)
bastone	26 (49,1)	20 (46,5)	17 (41,5)
deambulatore	22 (41,5)	17 (39,5)	14 (34,1)
sedia a rotelle	5 (9,4)	4 (9,3)	3 (7,3)
girello		1 (2,3)	3 (7,3)
stampelle		1 (2,3)	4 (9,8)
Ricoveri in ospedale		1 (1,0)	7 (6,8)
Ricoveri in RSA		1 (1,0)	3 (2,9)
Attivazione servizi distrettuali (ambulatoriale)		0	0
Attivazione servizio domiciliare (distrettuale) – SID		6 (5,8)	8 (7,8)
Attivazione servizio domiciliare (sociale) – SAD		1 (1,0)	1 (1,0)
Attivazione altri aiuti pubblici		1 (1,0)	0
Attivazione assistenza privata		11 (10,7)	21 (20,4)
Visita medica a domicilio		91 (88,3)	92 (89,3)
		19 (18,4)	20 (19,4)

Televita SpA ha effettuato 38 segnalazioni ai responsabili della Continuità assistenziale distrettuale, riguardanti 32 persone. In 14 casi, la segnalazione era riferita a richieste/necessità manifestate direttamente dalla persona o dal suo caregiver, mentre, negli altri 26 casi, riguardava l'impossibilità di avviare o concludere il FU. In 5 casi, le segnalazioni hanno consentito di avviare diverse modalità di presa in carico (servizio infermieristico domiciliare, assistenza domiciliare, Fondo Autonomia Possibile, Telesoccorso, terapia riabilitativa).

A conclusione del Follow-Up, 76 persone (73,8%) hanno aderito al Progetto AMALIA (www.chiamamalia.it), concordando numero e frequenza dei contatti telefonici con Televita SpA.

Tutte le persone intervistate telefonicamente dal personale di ASUGI, anche quelle che non hanno aderito successivamente al servizio AMALIA, hanno giudicato in maniera estremamente positiva il Follow-Up telefonico, apprezzando la possibilità di contatto umano e l'idea di non essere lasciati da soli.

Discussione

Le caratteristiche del campione coinvolto nel 2018 risultano differenti da quello considerato nello studio del 2014, che aveva orientato questo progetto di Follow-Up. Il ricorso ai servizi di assistenza domiciliare, nel 2018, è di un terzo rispetto al 2014 e la percentuale delle riammissioni in ospedale è più che dimezzata. Tali differenze suggeriscono un miglioramento e un affinamento dei criteri di selezione delle persone da includere nei progetti di continuità assistenziale, gestiti direttamente dai Distretti. A questo proposito, va evidenziato che nessuna delle persone incluse nel Follow-Up si trovava in uno stato di black out (livello di engagement = 1).

Il Follow-Up telefonico ha consentito di sperimentare una modalità di presa in carico "leggera" per le persone dimesse da una struttura ospedaliera o riabilitativa, per intercettare le situazioni di disagio, segnalandole ai servizi distrettuali

e sociali e facilitare l'utilizzo appropriato dei servizi di assistenza territoriali (32 persone).

Il numero di coloro che hanno aderito al servizio AMALIA, la soddisfazione delle persone che hanno concluso il Follow-Up e le segnalazioni ai servizi distrettuali fanno propendere per una riproposizione del progetto.

Il Follow-Up ha rappresentato anche l'opportunità per valutare la possibilità di utilizzo telefonico e la predittività di alcune scale di valutazione.

I risultati confermano la validità delle scale di Barthel e PRISMA, evidenziando che il sesso, l'età e la deambulazione autonoma sono strettamente collegati alla fragilità. Le persone di età <80 anni hanno una migliore percezione del loro stato di salute e del loro livello di engagement.

Si evidenzia anche una correlazione tra autovalutazione dello stato di salute e grado di elaborazione emotiva (engagement), che migliorano a partire dal primo mese dalla dimissione. La parziale autosufficienza e il perdurare dell'incontinenza sembrano influire negativamente sia sul livello di coinvolgimento attivo che sull'autovalutazione delle proprie condizioni. Ciò porta a una riflessione sull'importanza di attuare, durante il ricovero, tutte le strategie atte a impedire una perdita dell'autonomia funzionale.

Sarebbe utile uno studio ad hoc per verificare se questa tipologia di presa in carico influenzi positivamente l'engagement e l'autopercezione dello stato di salute.

Acknowledgements

Si ringraziano gli Infermieri ospedalieri e distrettuali referenti per il progetto, per la preziosa collaborazione.

Disclosures

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.
Financial support: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Bibliografia

1. Presidenza Consiglio dei Ministri – Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, Patto per la salute triennio 2014-2016. 10 luglio 2014: art. 5. Disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1299&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto.
2. Ministero della salute, Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. 12 gennaio 2017: art. 21, comma 4. Disponibile all'indirizzo <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/03/18/65/so/15/sg/pdf>.
3. Ministero della salute, Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010. 416-465 Disponibile all'indirizzo http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1655_allegato.pdf.
4. Cartabellotta A, Tedesco S, Pomponio G. Linee Guida per la valutazione clinica e il trattamento dei pazienti con multimorbidità. Evidence. 2016;8(10):e1000154.
5. Graffigna G, Barelli S, Bonanomi A, et al. Measuring patient engagement: development and psychometric properties of the Patient Health Engagement (PHE) Scale. Front Psychol. 2015;6:1-9. [Internet], Disponibile all'indirizzo <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00274>.