

# **PROGETTO CLINICO**

## **L' ANZIANO FRAGILE NEL REPRTO DI DEGENZA A BASSA INTENSITA' DI CURA**

## L'ANZIANO FRAGILE NEL REPARTO DI DEGENZA A BASSA INTENSITA' DI CURA

Le modificazioni demografiche intervenute a partire dalla seconda metà del XX secolo, consistenti nell'invecchiamento della popolazione a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita media, hanno determinato il fatto che a proporsi maggiormente all'attenzione di chi lavora nei servizi e nelle strutture sanitarie è l'anziano con **fragilità**: essa si identifica con una condizione di particolare *vulnerabilità* del paziente anziano, che pone il soggetto stesso a rischio permanente di deterioramento improvviso dello stato di salute e di compromissione dell'autonomia funzionale, con conseguente necessità di ripetute ospedalizzazioni o di istituzionalizzazione, fino alle conseguenze più estreme (exitus).

L'anziano fragile è il 'vero' paziente geriatrico: è caratterizzato dalla presenza di malattie croniche, il più delle volte coesistenti (*comorbidità*), che si embricano spesso con problemi psico-cognitivi; è pertanto in una condizione ad alto rischio di sviluppare *disabilità*, se non ne è già portatore, con conseguente compromissione della propria autonomia funzionale, e che si trova spesso in condizioni di disagio socio ambientale (*complessità*).

L'obiettivo diventa allora il **"prendersi cura"**, attraverso un approccio globale, per migliorare la qualità di vita del paziente e ridurre il rischio di disabilità o di progressione della stessa verso i gradi più avanzati, contribuendo così anche alla riduzione dei costi sanitari. È evidente che questo obiettivo difficilmente possa essere raggiunto utilizzando un singolo 'setting' assistenziale: è infatti necessario trattare il paziente fragile, oltre che nelle **Unità Operative di Geriatria per Acuti (UGA)** ospedaliere, che realizzano un intervento diagnostico e terapeutico diretto al ripristino della stabilità clinica e al recupero funzionale ed alla prevenzione della non autosufficienza, anche nelle Unità Operative ospedaliere dedicate all'assistenza del paziente post-acuto (**Unità di cura subacute**). Queste ultime sono riservate a quei pazienti che, conclusa la fase acuta del ricovero, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale e riabilitativo ospedaliero, sempre al fine di ottenere la stabilizzazione clinica ed il recupero dell'autonomia funzionale. Il reparto di Cure Subacute attua un trattamento finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari attraverso la stabilizzazione e/o miglioramento clinico del paziente (DGR n° IX/1479 del 30-03-2011), avviando un modello assistenziale per le persone anziane e fragili, con una forte e reale integrazione ospedale-territorio; ciò richiede la realizzazione di un dipartimento medico, capace di mantenere uno stretto raccordo con i medici di medicina generale e delle RSA, atte a facilitare il passaggio da ospedale a domicilio o strutture di riabilitazione.

La necessità di identificare nuove priorità e di ripensare l'offerta in modo che sia più efficace e meno dispendiosa comprende non solo gli interventi che hanno come obiettivo la cura delle malattie, ma anche tutti quelli di carattere

socioassistenziale, rivolti ai soggetti la cui condizione di fragilità sia caratterizzata da una lunga durata e da una progressiva comparsa di maggiore disabilità.

## PROGETTO

Lo studio ha l'obiettivo di valutare l'impatto dell'implementazione di un modello assistenziale di *chronic care* in termini di esito clinico-funzionale, modificazioni sulla qualità della vita e sulla vulnerabilità psicosociale percepite dagli assistiti; inoltre ha l'obiettivo di descrivere la popolazione ricoverata, le prestazioni e gli outcomes. L'impatto sarà monitorato mediante uno strumento di valutazione multidimensionale, con peculiare riferimento a tre momenti:

- stato premorbo (ove i dati sono ottenibili, tramite informazioni riferite),
- stato attuale all'ingresso (valutabile oggettivamente, oltre alle informazioni soggettive del paziente e del caregiver: la differenza fra premorbo ed attuale ci consente di valutare l'effetto negativo dell'ospedalizzazione e dell'evento acuto sulla condizione generale del malato, e di programmare gli interventi),
- stato generale alla dimissione (fondamentale per valutare l'efficacia delle cure).

In questo senso, appare calzante l'utilizzo di strumenti già validati:

- 1) Stato funzionale: autonomia nelle attività della vita quotidiana (BADL), autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (IADL), scala di valutazione dell'equilibrio e dell'andatura (Tinetti);
- 2) Stato cognitivo/psicologico: valutazione dello stato mentale (MMSE), valutazione del grado di demenza (CDR), valutazione della depressione del paziente anziano (GDS), valutazione del delirium (CAM);
- 3) disturbo del comportamento (NPI);
- 4) Indice di Comorbidità (CIRS);
- 5) Scala di Braden (valutazione del rischio di lesioni da pressione);
- 6) Valutazione dello stato nutrizionale (MNA, albuminemia, colesterolemia);
- 7) Valutazione del dolore (Scala numerica) e scala di Karnofsky (per i pazienti oncologici);
- 8) indice di intensità assistenziale infermieristica (IIA);
- 9) Bisogno sociale dell'anziano (Blaylock scale).

Tutte le scale di valutazione multidimensionale riguardanti lo stato funzionale e cognitivo verranno somministrate valutando lo stato preoperatorio, all'atto del ricovero in reparto di cura sub intensiva e ad un mese e a sei mesi dalla dimissione, mentre la IADL, la CIRS, la IIA e la CDR verranno somministrate all'ingresso in reparto. Si andranno a valutare inoltre le prestazioni diagnostiche e terapeutiche effettuate e le peculiarità assistenziali (pazienti portatori di PEG, ossigenoterapia, apparecchi gessati, etc...) oltre che gli eventi avversi occorsi durante il ricovero e l'evoluzione delle lesioni da decubito presenti all'atto del ricovero.

Di seguito si allegano le scale di valutazione multidimensionale.