



Associazione per
l'Assistenza e la Cura a Domicilio del
Mendrisiotto E Basso Ceresio



Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine

UN CENTRO

DI CURE E ASSISTENZA INFERMIERISTICA INTEGRATA

PER RISPONDERE ALL'EMERGENTE " CRONICITA' "

Considerazioni emergenti dalla letteratura
riflessioni cliniche e organizzative

Su mandato dell'Associazione per
l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto al

Dr. med. Graziano Ruggieri

Gennaio 2012

Premessa

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, così come oggi concepiti, i sistemi sociosanitari dei paesi occidentali non sono in grado di far fronte al crescente spettro di bisogni della persona affetta da malattia cronica, anziana o con problemi di disabilità. Con quest'affermazione, L'OMS sostiene inoltre che per perseguire una loro maggiore efficacia non basteranno solo strategie di adeguamento. Per diverse ragioni, non ultima quella del paradigma di cura ancora centrato sul modello dell'acuzie, il concetto va innovato proprio per rinnovare i sistemi.

La disabilità è più spesso una caratteristica acquisita del soggetto già malato. Con le sue mancanze, il soggetto che ne è portatore, esprime solo un *gap*, il divario che si è prodotto tra ciò che l'individuo vorrebbe poter fare e ciò che altre dimensioni oltre a quella clinica lo mettono in grado di fare. Per questo, secondo l'International Classification of Functioning (ICF) emanata sempre dall'OMS, per ogni tipo di disabilità, i fattori personali s'intrecciano con quelli contestuali e ambientali nel costituire l'handicap, lo svantaggio sociale partecipativo.

D'altro canto, qualcuno ha definito la missione della "medicina sull'uscio di casa" un importante tassello per garantire un'assistenza efficace, a patto che essa sia programmata e sia sostenuta da équipes multiprofessionali che possano erogare prestazioni differenziate ricorrendo a seconda dei casi ai punti nodali di una rete integrata di servizi pensati per le "cronicità".

Il crescente numero di anziani che affollerà il nostro orizzonte epidemiologico e demografico nei prossimi decenni, si attende innovazioni strategiche e di riqualificazione delle risorse umane settoriali, di medici e infermieri in primo luogo (anche se ergoterapisti, fisioterapisti psicologi non potranno chiamarsi fuori), e dalle altre innovazioni infrastrutturali concepite per rispondere adeguatamente ai loro problemi. Lontano dai tecnicismi, lo strumento terapeutico di lavoro che accompagnerà l'intervento lungo il *continuo* della traiettoria di cura e assistenza resterà la valutazione multidimensionale. Se da un canto, essa potrà servire per porre gli accenti sui bisogni e sulle necessità curative del singolo, dall'altro potrà servire nell'orientare l'intervento bilanciandolo fra diverse strategie di prevenzione, cura e riabilitazione. Quelle strategie d'integrazione necessarie a controllare e mantenere lontano dalla casualità l'intervento curativo e assistenziale.

INDICE DEI SOGGETTI

Premessa

Evoluzione demografica e sviluppi futuri

Evoluzione epidemiologica

Un modello anacronistico di cura

Le sindromi geriatriche

Fragilità, comorbilità e disabilità: un autentico "puzzle geriatrico"

Il modello della comorbilità

Comorbilità, disabilità, fragilità e sindrome da porta girevole

La riabilitazione geriatrica: entità in cerca di definizione

Domini da considerare nella procedura di assessment

Conclusioni

Fonti bibliografiche

Esistono ed esisteranno nuovi bisogni dovuti all'evoluzione della demografia e di un quadro clinico derivante da questo sviluppo futuro?

Negli ultimi decenni, l'invecchiamento della popolazione si è amplificato parallelamente all'aumento dell'attesa di vita degli anziani. Questo cambiamento demografico ha determinato, anche in Svizzera, una trasformazione sostanziale della distribuzione per età della popolazione. Per effetto del fenomeno biodemografico dell'"invecchiamento nell'invecchiamento" questa tendenza s'impennerà e si accelererà prendendo dimensioni rilevanti principalmente nelle fasce di popolazione che, già oggi, superano i sessant'anni d'età. Anche nel futuro prossimo, la percentuale totale di anziani aumenterà a causa del declino delle nascite. Proporzionalmente, il numero di anziani aumenterà per effetto dell'incremento dell'attesa di vita globale [fig.1]. Entro il 2030 si prospetta un tasso medio di popolazione europea costituito per $\frac{1}{4}$ da anziani (23,6%). Il Ticino, pur con previsioni non lontane dai valori ipotizzati, s'inserirebbe come la regione svizzera con il più alto tasso di anziani (26,5%)¹. Ciò significherebbe, con sempre più evidenza, che una base ristretta e stabile di popolazione giovane dovrà sostenere un tetto che sverterà sempre più in alto per effetto dell'allungamento della vita media. In altre parole, la popolazione totale aumenta ma per lo più per effetto dell'invecchiamento, mentre il sostegno attraverso un relativo ricambio d'individui giovani diminuisce. Nel nostro Paese, secondo gli scenari dell'Ufficio federale di statistica, il numero di persone di età superiore ai 79 salirà tra il 2000 e il 2040, da 290.000 a un numero compreso tra 550.000 e 680.000; le donne anziane continueranno, anche in futuro, a rappresentare la grande maggioranza mentre il Ticino detiene già oggi il primato di cantone più anziano per il sesso femminile. Allo stesso modo il numero dei cosiddetti "grandi anziani" (90 anni e oltre) passerà da 46.000 individui nel 2000 a 89.000 e fino 155'000 nel 2040, a dipendenza delle variazioni future impresse al tasso di longevità.

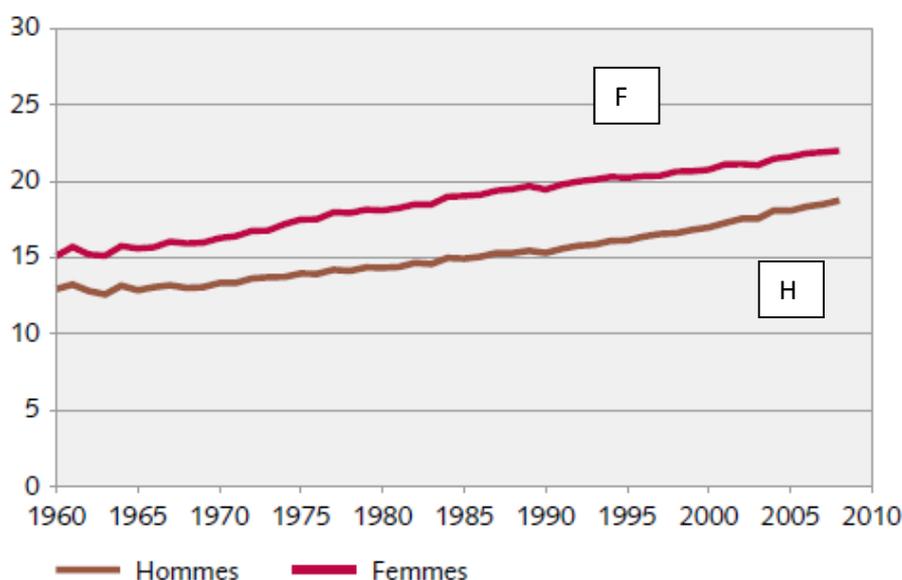


Fig. 1 Speranza di vita a 65 anni in CH per i due sessi (Fonte:1)

Conseguentemente, il quadro demografico del cosiddetto sostegno intergenerazionale si muoverà parallelamente. Poiché tendenzialmente il rischio di sviluppare disabilità (limitazioni funzionali psico-cognitive e/o somatiche) dipendenti da malattie aumenta con l'età, l'invecchiamento e i problemi sanitari che si produrranno con esso nella sempre più consistente quota parte di popolazione che si trova al vertice della piramide demografica, avranno sempre più importanza e influenza sulle scelte di politica sanitaria, sia in termini riorganizzativi dei servizi, che del loro finanziamento. Le criticità emergenti in seno agli scenari demografici accennati possono essere riassunti nei seguenti punti:

a. invecchiamento della popolazione: in particolare aumento della speranza di vita in età avanzata. In Svizzera l'invecchiamento della popolazione non tocca in egual misura tutti i Cantoni e le regioni. Con quelle dell'arco giurassiano, sono soprattutto le regioni rurali del Ticino quelle con le percentuali maggiori di anziani ¹⁵;

b. aumento della prevalenza di anziani affetti da malattie croniche: condizioni mediche che in caso di ospedalizzazione acuta inducono tempi di convalescenza prolungati, sindromi da immobilità invalidanti che si possono associare a una più o meno grave perdita dell'autosufficienza. Uno studio eseguito su 1181 pazienti "chirurgici" seniors (oltre i 65 anni), che ha guardato alla gestione del paziente nell'immediata fase postoperatoria, ha mostrato che il 17% di essi aveva perso la capacità deambulatoria proprio durante e per causa della degenza in ospedale. Una verifica eseguita a tre mesi di distanza dalla dimissione, ha evidenziato che la perdita di autonomia era correlata con una più alta necessità d'istituzionalizzazione e una maggiore mortalità ¹⁸;

c. crisi della famiglia e suo crescente disimpegno solidale: si assiste alla crisi del nucleo "storico" di sostegno solidale verso le sue componenti più fragili (infanzia, gioventù con handicap acquisito, vecchiaia dipendente). Di conseguenza vi sono grandi incertezze sull'evoluzione sociale futura dei sistemi di "caregiving" informale con, nei sistemi socio-sanitari avanzati, una tendenza a favorire la scelta della delega automatica alla risposta socio-istituzionale costituita (...ricovero improprio o reiterazione dei ricoveri acuti, istituzionalizzazione precoce dell'anziano) ²⁵;

d. perdita dell'accessorio ruolo "ospitante" dell'ospedale: la recente introduzione della forma di finanziamento per prestazione (APDRG) e le limitazioni delle risorse finanziarie e assicurative destinate alle condizioni di cronicità e disabilità, hanno determinato un crescente interesse per la dimissione "precoce" del paziente, (senza che esso abbia raggiunto un'appropriata stabilità clinica). Il nuovo sistema di remunerazione in cui il rimborso è indicizzato per "patologia" con una somma convenzionata secondo la diagnosi emessa e indipendentemente dalla durata del soggiorno ospedaliero potrebbe incoraggiare la "quicker and sicker exit strategy". Per non subire pregiudizio finanziario e quindi un rischio di dover ridurre risorse umane e tecniche, questa tendenza, riverserà di fatto pazienti che sotto molti punti sono ancora in condizioni mediche e assistenziali gravose, verso strutture e servizi di cura situati a valle del centro ospedaliero di riferimento ²⁶.

e. difficoltà della "medicina geriatrica" a imporsi come modello alternativo di presa in carico: il crescente tecnicismo medico d'avanguardia è un modello "autocatalizzante" di risposte "solamente" puntuali e tecnicamente incentrate sul disturbo/malattia acuto/a. Purtroppo, facendo il modello attuale troppa astrazione dal contesto bio-psico-sociale globale del paziente più anziano (suo stato clinico, prognosi funzionale globale, suo desiderio di cura e qualità di vita a posteriori e dopo aver attraversato i rischi della iatropatogenesi...), esso può ingenerare complicanze inducendo costi supplementari dovuti in una certa misura anche all'eccesso di disabilità creato da atti medico-chirurgici (scelte ad alta invasività) e/o di scelte assistenziali acute inopinate (es. contenzione fisica e farmacologica, cateterizzazione di routine, polifarmacoterapia,...)^{27,28};

f. domicilio come luogo privilegiato di vita delle persone a qualsiasi età: anche se vulnerabile, l'anziano conserva il diritto certamente umano ma anche civile di ricevere assistenza a casa propria fino a quando questa è ragionevolmente sostenibile. L'impostazione di una rete geriatrica di cura, con servizi di assistenza domiciliare opportunamente coordinati da una regia regionale, dovrebbe sempre essere incentrata, dove questo è ancora ragionevolmente ed efficacemente attuabile, sul progetto individuale di cura e di rientro a domicilio. Essa deve poter rispondere al mutare dei bisogni della persona

anche in modo temporale prospettico. In questo senso, la collaborazione fra la naturale rete territoriale medico-assistenziale (medico generico, servizi ospedalieri e famiglia del paziente) è fondamentale (si veda a questo proposito, Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997-Lacd^{19,27}).

E' possibile ipotizzare e quantificare una prevalenza di alcune situazioni piuttosto che di altre? Gli indirizzi sopra descritti sono plausibili?

Oggi giorno, più fonti [8,10,13,16,27,28] basate sugli scenari demografici e sulle conseguenti misure da intraprendere in campo politico socio-sanitario, riconoscono e indicano in modo concorde, che nei prossimi decenni in tutti i paesi a elevato standard socio-economico, al progressivo aumento della speranza di vita e all'invecchiamento prospettato, tenderà ad associarsi un incremento temporale in cui le fasce di persone più anziane convivranno con una o più malattie croniche. Studi recenti di popolazione², hanno analizzato indipendentemente dal sesso e per tutte le fasce di età adulta, la prevalenza di multimorbilità (intesa come coesistenza di almeno 2 o più malattie nello stesso individuo) nel setting ambulatoriale di cura. Rispetto ai dati ricavabili dalle statistiche di salute pubblica generale, hanno rilevato tassi maggiori e crescenti di multimorbilità con l'avanzare dei vari gruppi d'età [fig.2].

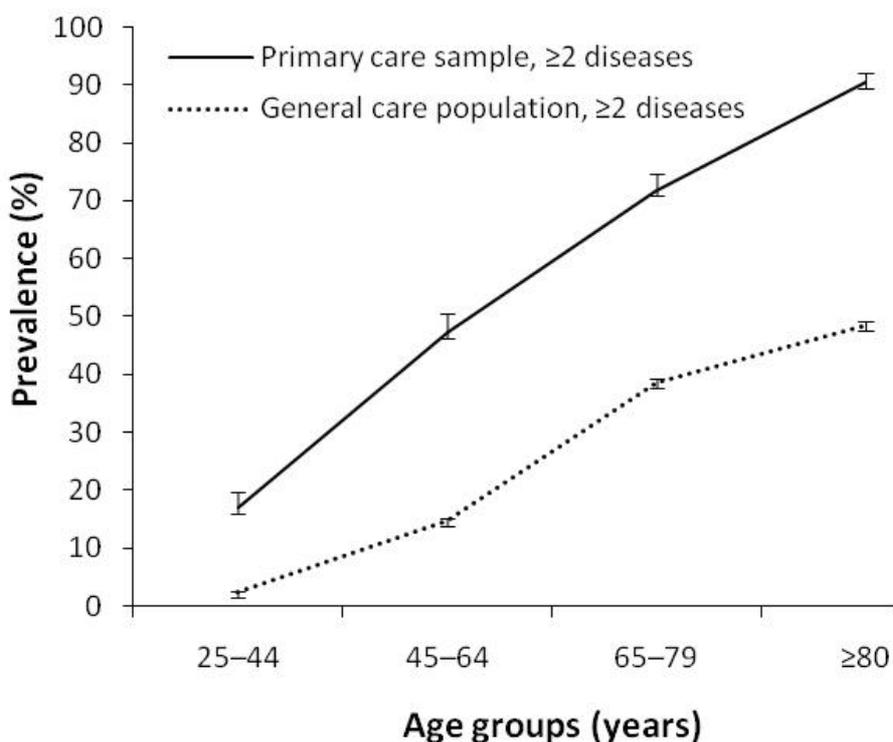


Fig.2 prevalenza di multimorbilità (≥ 2 malattie) per gruppi di età (fonte: Fortin, 2011)²

Sembra dunque plausibile concludere con Höpflinger³ e Uijen⁴, che nei prossimi due decenni, crescerà progressivamente il numero di soggetti che necessiteranno contemporaneamente di trattamenti medici specializzati e/o di un sostegno clinico-assistenziale a lungo termine.

La crescente prevalenza della multimorbilità nell'ambito del setting delle cure ambulatoriali, nonché il crescente numero di malattie croniche per paziente, porterà a una maggiore complessità generale anche nelle cure mediche e nelle relative necessità d'assistenza.

La medicina interna generale ambulatoriale dovrà così cambiare i suoi convenzionali orientamenti concentrandosi sulla gestione della multimorbilità e sulle strategie a sostegno di questa tipologia

emergente di casistica ²⁸. La gestione della “cronicità” da parte del medico di medicina generale diventerà più complessa e tempo-richiedente. Già oggi, di fatto, l'emergente transizione clinico-epidemiologica, si sta anche contestualizzando attorno alle molteplici e strettamente interdipendenti dimensioni medico-sociali del paziente affetto da multimorbilità “cronica”. L'invecchiamento progressivo della popolazione che si accoppierà, oltre che alla progressiva deriva epidemiologica a una “nuova” prevalenza di patologie cronico-degenerative spesso coesistenti con sindromi geriatriche interattive nello stesso individuo ha fatto, a ragion veduta già denunciare da parte di alcuni riconosciuti esperti, l'inadeguatezza dei sistemi sanitari odierni ancora sproporzionalmente centrati sul modello dell'*one disease model*, (ovvero dell'unicità dell'episodio “acuto” della malattia) ⁶.

Un modello anacronistico di cura verso l'emergente “cronicità”.

Oggi, il paziente che più frequentemente ricorre ai servizi ospedalieri acuti (dal pronto soccorso agli ambulatori generici o specialistici) è un paziente già in età avanzata che presenta o denuncia sintomi che si riferiscono a un nuovo scompenso acuto innestato su un già costituito terreno patologico di cronicità-polimorbilità. Si riconosce da più parti, che il cosiddetto “*acute disease model*” è già superato dal nuovo paradigma epidemiologico del modello “*acute on chronic disease*”. In base all'importanza relativa dal punto di vista epidemiologico, secondo una consistente letteratura^[9,10,13] e il parere di esperti, le condizioni più frequentemente interessate a questo tipo di andamento sono sempre collegabili a patologie croniche d'organo o di sistema. Possiamo riferirci, solo per citare le più note, alla cardiopatia ischemica (con tutta la sua espressione disfunzionale come aritmie e insufficienza cardiaca), all'ictus cerebrale (con il suo spettro di disabilità cognitive e neuromotorie), alla malattia polmonare ostruttiva cronica (BPCO; con le sue ricadute sulla capacità e resistenza allo sforzo), al diabete (con le sue numerose complicazioni disfunzionali d'organo (e/o sistemiche) renali, visive, cardiocircolatorie, nervose centrali e periferiche, cutanee), l'obesità dell'età adulta matura e/o la malnutrizione dell'età avanzata, (con le loro conseguenze dismetaboliche e carenziali), la patologia osteodegenerativa (con le sue espressioni invalidanti a livello delle capacità di sostegno e di mobilità).

Le sindromi geriatriche

Fra le più sindromi geriatriche prevalenti vanno ricordati deficit cognitivi progressivi (collegabili a demenze sia di tipo Alzheimer sia non), con il loro fardello di disabilità e di necessità assistenziali a medio - lungo termine e i disturbi della sfera emotiva come la depressione dell'età involutiva. Un'altra epidemia silente gravata dalle conseguenze ortopediche che tutti conoscono è quella delle cadute accidentali provocate dal complesso sindromico costituito da disturbo del cammino- incompetenza posturale ²⁹. A fronte del mutamento dello scenario epidemiologico sommariamente ricordato, negli ultimi anni i concetti di attesa di vita e anzianità si sono sempre più sovrapposti a quello di non autosufficienza ⁵ (quest'ultima intesa come dipendenza assistenziale del soggetto in una o più attività semplici o avanzate della vita quotidiana). I dati di prevalenza limitati alle poche indagini condotte in Svizzera ⁸ indicano che il 10% delle persone sopra i 65 anni ha bisogno di aiuto per effettuare un'attività di base (BAVQ). Una prevalenza che, invero, aumenta con l'età e che raggiunge il 20% nel gruppo d'individui di 75-94 anni che vivono a casa e che dichiarano difficoltà nell'effettuare almeno una BAVQ.

Per quanto riguarda la prevalenza della dipendenza funzionale nella attività avanzate (IAVQ; come ad es. recarsi a fare la spesa, potersi spostare con la propria automobile o i mezzi pubblici), il 22% delle persone sopra i 65 che vivono a domicilio, pur non avendo limitazioni nell'esecuzione delle BAVQ, dichiara invece bisogno d'aiuto per effettuare almeno 2 IAVQ ³. Un'altra dimensione, questa

volta squisitamente geriatrica ma imprescindibile per tentare di inquadrare meglio la questione relativa al fabbisogno futuro d' "assistenzialità", è quella relativa al concetto clinico di "fragilità". Ancora oggi non vi è un consenso clinico sulla sua definizione; gli esperti tuttavia concordano sul principio, che essa sia l'espressione di uno stato soggettivo di vulnerabilità caratterizzato da una diminuzione delle riserve funzionali (non solo mono-organica o di un sistema) e di diminuita resistenza ai numerosi eventi avversi patogeni che possono interessare la vita dell'anziano (siano essi medici, psico-affettivi o socio-relazionali)³⁰. Al di là delle molte definizioni, tutte clinicamente utili per "sospettirla", va però puntualizzato che una "sindrome da fragilità" è più frequentemente la manifestazione clinica che si svela per l'effetto cumulativo di più menomazioni (*impairments*) organiche o sistemiche, che finiscono per esprimersi - in parte inaspettatamente - come scompenso multisistemico rendendo il paziente incapace di rispondere adeguatamente a situazioni di aumentata richiesta funzionale ^{7,14,17}.

Fragilità, comorbilità e disabilità: il vero "puzzle geriatrico" ³¹

Come rilevato da un recente studio svizzero condotto presso il servizio di pronto soccorso (PS) di un ospedale universitario ⁷, i pazienti anziani oggi assommano al 20% ca. delle urgenze e la loro percentuale è crescente. Lo studio conferma che rapportata alle "urgenze" dell'adulto più giovane, questa popolazione ha caratteristiche specifiche che possono essere così riassunte:

(1) presenta disturbi poco definiti che determinano difficoltà nell'orientamento clinico immediato di tipo diagnostico-terapeutico (triage); (2), ha più frequenti ricoveri ospedalieri; (3), richiede e consuma più risorse; (4), ha un alto tasso di eventi e di *outcomes* avversi; inoltre, i medici deputati ai servizi di urgenza si sentono più spesso a disagio quando si confrontano con una tipologia di pazienti che può avere un impatto significativamente negativo rispetto alle cure che convenzionalmente gli saranno prestate. Fino al 20% dei pazienti anziani che ricorrono al PS, si presentano con un specifico quadro clinico definibile "solamente" come - *declino delle condizioni generali* - che spesso può anche riflettere, più che una soggiacente celata condizione clinica, l'insufficienza del dispositivo extraospedaliero formale (supporto infermieristico o assistenziale generico) o informale (entourage familiare, vicinato, volontariato) di sostegno. Anche in Svizzera, i medici praticanti la medicina ambulatoriale ricorrono spesso ai servizi di PS adducendo come ragione di ricovero un' "assistenza impossibile a domicilio" quando vengono sollecitati da questa tipologia di pazienti. Le conclusioni raggiunte dallo studio citato, sono che la popolazione anziana fragile che giunge in regime di urgenza in PS senza presentare quadri clinici specifici, è a rischio di inappropriata, ritardata se non scorretta presa in carico clinica, proprio difettando, nella filiera delle cure, di una procedura di valutazione a scopo di triage.

Per questo motivo, sostiene sempre lo studio, una procedura formalizzata e specifica di valutazione geriatrica dovrebbe essere integrata nel processo clinico di valutazione fin dalle primissime fasi del processo "convenzionale" che porta all' ospedalizzazione.

Per caratterizzare meglio la fragilità e come essa può influenzare le decisioni cliniche in questa popolazione di soggetti, la ricerca clinica più recente ha diretto il suo interesse su alcune dimensioni sia cliniche sia funzionali identificandone alcune più critiche. Sono sondabili attraverso l'intervista (anamnesi) e determinabili con il metodo clinico. Si tratta di ricercare tre delle seguenti cinque caratteristiche: a) perdita di peso non intenzionale; b) astenia soggettiva e facile affaticabilità; c) basso livello di attività fisica; d) lenta velocità di cammino nel percorrere la distanza di 4,5 m; e) ridotta forza muscolare della "stretta di mano" (handgrip) ¹⁴.

Lo studio svizzero SWILSO-O ¹¹, ha seguito per più di 10 anni un gruppo di 339 individui di età compresa fra gli 80 e gli 84 anni utilizzando analoghi criteri per studiare la traiettoria di "fragilizzazione",

in particolare guardando alla sua relazione con il mantenimento a oltranza dell' "autosufficienza". Al termine dello studio, il 50% dei partecipanti sono stati classificati come fragili, il 38% autosufficienti, mentre il 12% è risultato non autosufficiente. Lo studio indica che considerando l' invecchiamento in termini "pato-funzionali", anche una coorte di età avanzata (ultraottantenni) vivente a domicilio non percorre omogeneamente e ineluttabilmente una traiettoria che conduce a dipendenza assistenziale o malattia. Il processo concorre tuttavia naturalmente a diversificarne i profili di salute e la china dell' invecchiamento individuale può incrociare, fin di fatto a coincidere, anche con un processo di progressiva "fragilizzazione" dello stato di salute funzionale misurata nel decennio anteriore. Se il decesso di più della metà dei soggetti studiati non precede una fase (anche terminale) di non autosufficienza, il rischio di incorrervi aumenta proporzionalmente con il passare dell'età, minacciando quasi selettivamente il sesso femminile e i soggetti che sono appartenuti a categorie professionali quali artigiani o impiegati del settore manifatturiero.

Il modello della comorbilità

Nella studi clinici e nella pratica medica la comorbilità è più spesso studiata e trattata dal punto di vista di una "malattia indice". Questo a dispetto del fatto che, generalmente una o anche più malattie concomitanti potrebbero essere prese in considerazione. E inoltre, anche se a livelli di gravità diversa, proprio queste ultime possono influenzare corso e trattamento della malattia assunta come patologia "principe". Empiricamente si sa che nella sua espressione clinica globale, il quadro clinico di malattia che emerge dalla multimorbilità può esprimere ed esigere piani di trattamento disgiunti per ciascuna delle malattie "subordinate", diventando "ingombrante" proprio nei pazienti anziani portatori di diverse malattie e "altre" condizioni coesistenti. Per il concetto di multimorbilità diverse sono le definizioni riportate nella letteratura medica.

Con Boyd ¹³, possiamo definirla come coesistenza di due o più malattie croniche dove nessuna è necessariamente "più centrale" delle coesistenti. La condizione di multimorbilità comprende l'insieme di malattie e sindromi più frequenti dal punto di vista dell'epidemiologia. Tuttavia per esteso, può anche riferirsi a condizioni meno sistemiche ma persistenti o ricorrenti come una borsite cronica dell'anca, problemi degenerativi della cuffia dei rotatori, dispepsia, emicrania, disturbi del sonno, sindromi funzionali dell'intestino o stipsi cronica, generiche disabilità motorie condizionanti disturbi dell'equilibrio e conseguenti cadute, disturbi dell'udito, ulcerazioni venose croniche agli arti inferiori, incontinenza urinaria, osteoporosi e sarcopenia...e altre ancora.

Il grafico della fig.3 mostra la prevalenza di disabilità nelle attività della vita quotidiana per ogni 100 soggetti raggruppati a seconda della coesistenza di malattie croniche combinate e appaiate (es. malattia coronarica e insufficienza cardiaca; ipertensione arteriosa e malattia cerebrovascolare).

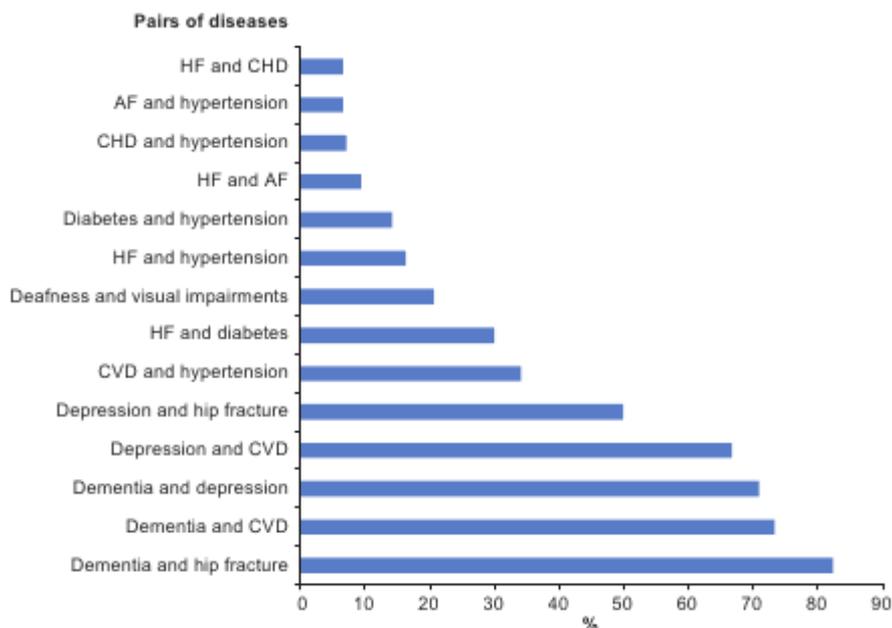


Fig 3 . (Fonte: Marengoni et al. ⁹)

AF: fibrillazione atriale; CHD: malattia coronarica cronica; HF: insufficienza cardiaca; CVD: malattia cerebrovascolare

Le malattie croniche a elevata prevalenza sono a tutti note. Non infrequentemente oltre che coesistere si possono presentare acutamente e sincronamente. Altre condizioni non meno diffuse possono infine frequentemente scompensarsi in combinazione con le prime (insufficienza cardiaca congestizia e anemia, insufficienza renale e edema polmonare, declino cognitivo e stato confusionale tipico dell'anziano).

La fisiopatologia di queste malattie nonché gli scompensi clinici derivanti dalle diverse sindromi accennate, possono sovrapporsi al punto tale che la loro gestione terapeutica e assistenziale può interagire a vari livelli di complessità ponendo al clinico un rompicapo terapeutico tale che richiede oltre che competenze differenziate, molta esperienza clinica e prudente saggezza.

Questo perché l'intersezione dei diversi livelli clinici contamina le possibilità abituali di interpretazione semeiologica e nosologica e avviene più spesso in un contesto di progressivamente acquisito e già precario squilibrio biofunzionale. E' incontestabile che l'invecchiamento produce una progressiva, anche se non conseguente e generalizzata, perdita bio-strutturale e bio-funzionale: il declino delle riserve fisiologiche e la precarietà psico-cognitiva che ne consegue viene da alcuni definita omeostenosi.

40 anni	80 anni
La maggioranza ha un normale stato di salute.	La maggioranza ha già antecedenti significativi di salute
La maggioranza con antecedenti ha 1 solo problema di salute	Molti hanno più problemi di salute
Rischi di ammalare, antecedenti medici e funzione sono allineati	Rischi, antecedenti medici e funzione NON sono allineati ; rischio di ammalare e funzione si comportano in modo consensuale
Gruppo di rischio omogeneo	Gruppo a rischio disomogeneo

Tab. 1. Comportamento di malattia e disfunzione nel giovane e nell'anziano

Non si verifica quanto, al contrario si attende dal fisiologico processo di compenso: l'omeostasi tipica dell'adulto giovane e ancora "fit". L'omeostenosi è quindi la ridotta capacità di compenso osservabile nell'anziano e alla presenza di evento vitale minaccioso o stressante. Anche per questo l'anziano "fragile" è soggetto considerabile a elevato e crescente rischio di disabilità (dal 3 fino al 36 % ca. fra i 65 e i 90 anni¹⁴). In termini di paragone fra classi di età (giovane adulto/anziano) la peculiare differenza fra omeostasi e omeostenosi con il sopraggiungere della/e malattia/e è esemplificato dalla **tab.1**.

Va precisato, che i suoi fattori determinanti non sono rinvenibili soltanto nella precarietà delle condizioni fisiche, ma anche in condizioni di tipo psico-affettivo come la mancanza di supporti sociali significativi. Questo fatto spiega il "paradosso della disabilità": sebbene alla presenza di una compromissione fisica significativa, il soggetto può risentire e anche autoaffermare uno stato di salute buono o molto buono in presenza di condizioni di vita psicoaffettive e relazionali qualitativamente valide. Ecco spiegato come possano essere multidimensionali le ricadute sull'oggettiva sofferenza clinica che emanano dalla multimorbilità. Essa può dispiegare i suoi effetti ben oltre l'individuo malato e influenzarne la gestione e le capacità di "resistenza", coinvolgendo direttamente dal punto di vista educativo, culturale, comportamentale, economico e ambientale anche la sua stessa organizzazione familiare.

Sebbene per non sottovalutarne gli effetti, la considerazione di tutte le dimensioni della multimorbilità sia oggi riconosciuta come essenziale, come abbracciarla nella sua multidimensionalità all'interno di una filosofia curativa e assistenziale centrata sul paziente per assicurarsi le migliori condizioni dell'intervento clinico non è esattamente chiaro.

Certamente la dimensione della multimorbilità deve essere considerata anche nel contesto più generale del paziente-persona quale portatore, oltre che di malattie suscettibili di cura a lungo termine, di valori e priorità personali di vita e obiettivi di salute. Questi ultimi devono essere evocati e presi in considerazione nei piani di trattamento. Il fallimento dell'odierno sistema nel riuscire a soddisfare le esigenze dei pazienti assicurando loro le migliori risposte terapeutiche, riflette in parte la difficoltà di concepire un piano clinico e terapeutico-assistenziale integrato per contrastare la multidimensionalità interattiva nel soggetto anziano affetto da multimorbilità.

Gli approcci clinici convenzionali, ancora troppo spesso concentrati sulla gestione dell'acuzie monodimensionale secondo il principio "una malattia alla volta = un setting clinico per ogni malattia", potrebbero, se non adeguatamente ridisegnati, mancare di cogliere nella sua centrale peculiarità d'approccio la "nuova" domanda, che in modo sempre più importante e critico si spiega fra il paziente, il suo tessuto naturale di sostegno e la frammentata offerta terapeutica del sistema sanitario.

Questo tipo di domanda si osserverà sempre più frequentemente³². Il venir meno delle riserve biofunzionali della crescente popolazione anziana aumenterà con il rischio di trovare una risposta né integrale, né integrata nelle proposte dei percorsi clinici del sistema sanitario.

Lo schema concettuale della fig. 4 mostra l'influenza intrinseca reciproca della comorbilità sulla patologia considerata come indice. Le condizioni di associata comorbilità possono potenzialmente influenzare, in modo sia incidentalmente aleatorio che corale, decorso e trattamento della malattia indice "centrale" [12,13,16,32].

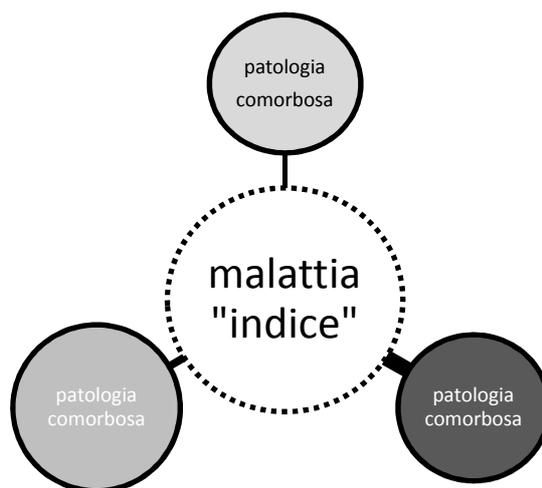


Fig.4 schema concettuale dell'influenza della comorbilità sulla malattia indice che viene promossa come centrale dall'osservazione del clinico; in termini di gravità l'influenza variabile è graficamente rappresentata dal diverso spessore dei tratti di collegamento. (da Boyd ¹³, mod.)

La coesistenza intrinseca e sovrapponibile di comorbilità (almeno 2 malattie), disabilità (dipendenza nello svolgimento autonomo delle BAVQ) e complesso sindromico da fragilità in un campione consistente di 2.762 soggetti anziani è stata già ben dimostrata da un citatissimo studio USA di L. Fried che ha riguardato complessivamente 2576 soggetti viventi in comunità ¹⁴.

La fragilità è stata identificata in 368 soggetti, la comorbilità (con 2 o più malattie delle quali infarto del miocardio, angina pectoris, insufficienza cardiaca congestizia, claudicazione arteriosa, artrosi, tumori, diabete, ipertensione arteriosa, BPCO) in 2131. Di questi, 249 erano considerabili fragili. I disabili con una dipendenza nelle BVQ sono risultati 363, mentre 100 sono stati considerati affetti da comorbilità, disabilità e fragilità (fig5).

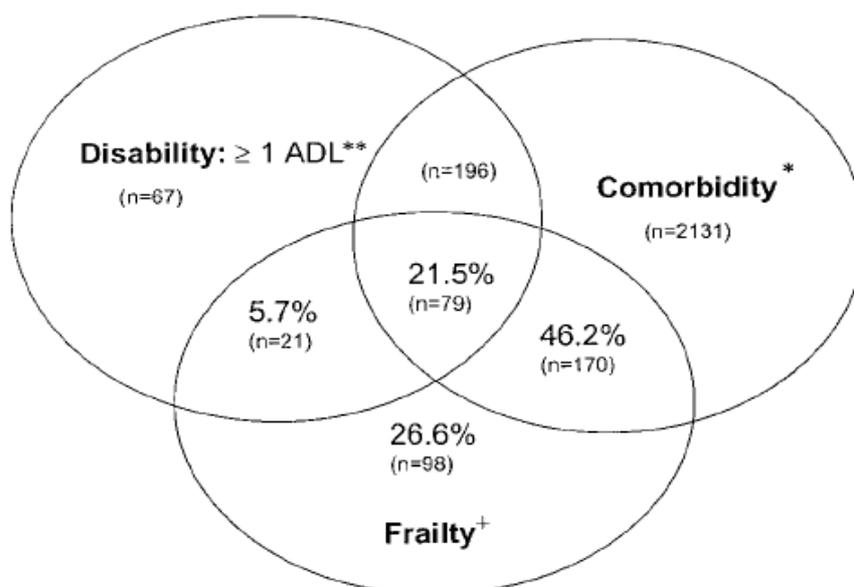


Fig.5 riproduzione del diagramma delle ref. ¹⁵ (il numero fra parentesi incide i gruppi di appartenenza alle rispettive dimensioni cliniche ritrovate).

Comorbilità, disabilità e fragilità e sindrome da porta girevole

Infine merita qui almeno un cenno, la cosiddetta “*revolving door syndrome*”. Sindrome da porta girevole è l'espressione-immagine coniata da Gordon nel 1995³² per descrivere il problema delle frequenti riospedalizzazioni di anziani residenti a domicilio dopo una dimissione recente. Recentemente l'immagine è stata anche riferita all'analogo fenomeno osservabile per gli anziani fragili o disabili, particolarmente a rischio, quando il divario tra il livello di copertura fornito dall'assistenza sanitaria domiciliare e quello del supporto sociale delle risorse familiari non argina più l'imminente scempenso facendo progressivamente scivolare la situazione da assistenziale a pseudoclinica per causa della “sola” *defaillance socio-assistenziale*.

Si sa che i ripetuti ricoveri di questo gruppo di pazienti consumano enormi risorse e bloccano posti letto negli ospedali acuti. Per dare un'idea del tenore, anche se i dati non sono certamente generalizzabili al nostro sistema sanitario, nel 1993, nel Regno Unito, il tasso di riammissione per questo tipo di situazioni era calcolato all'11% a 1 mese e 30% da 6 mesi.

Per i motivi sopra elencati, è evidente come sia cocente la necessità di un nuovo tipo di approccio all'anziano (ma non a lui solo), richiedente qualificazione delle risorse umane e in particolare dei medici e degli infermieri, rifondando il valore e riqualificando in senso clinico-programmatico la valutazione multidimensionale, per porre l'attenzione sì allo spettro dei bisogni del singolo, ma anche per inserirla più naturalmente e longitudinalmente dentro un percorso continuo di prevenzione, cura e riabilitazione. Tutte dimensioni, oggi diventate di quotidiano confronto nella moderna “*medicina della complessità*”³⁴.

La continuità assistenziale rappresenta quindi un obiettivo e insieme una strategia per migliorare la qualità dell'assistenza^[10,20,23], per rispondere in modo efficace ai problemi critici, alle complessità organizzative e alle difficoltà umane poste, in particolare, dai pazienti cronici e per definizione non guaribili che devono essere curati a lungo. Le categorie di malati cui mira il nuovo modello di assistenza sono quelle dei pazienti affetti da patologie cronicodegenerative, le persone anziane non autosufficienti e con profilo di fragilità, prive di rete familiare di sostegno, le persone disabili e tutti i pazienti con malattie allo stadio terminale.

Un modello di assistenza così concepito, deve essere sviluppato e implementato basandosi su un approccio multidisciplinare volto a promuovere tutti i dispositivi d'integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie.

La continuità delle cure deve essere garantita tramite la conoscenza, non solo clinica del paziente, da parte dei servizi e delle istituzioni. Ciò allo scopo di coordinare tutti gli interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il suo completo inserimento nel tessuto sociale, quando questo è ancora possibile o che, se non attuati, limiterebbero la qualità di vita sua e del suo *entourage*.

Il riquadro che segue riporta solo alcuni degli elementi di tendenza attuali con i quali già si confrontano le cure infermieristiche ambulatoriali.

- **aumento** d'individui anziani che vivono e sopravvivono con malattie croniche e disabilità.
- **aumento** in alcune condizioni (obesità, diabete, problemi respiratori, malattie cardio e cerebro-vascolari, malattie renali, diabete, demenze);
- **sopravvivenza** e invecchiamento di soggetti nati con forme di disabilità geneticamente determinata (s. di Down, distrofia muscolare, paralisi infantile, spina bifida) o altre condizioni acquisite che in passato non permettevano sopravvivenza fino all'età adulta;
- **spostamento** dell'acuzie monocausale "isolata" (es. infezione quale patologia indice), verso quella multi o concausale e "reiterata" indotta da polimorbilità. (PBCO, cardiopatia ischemica, aritmie cardiache, malattie cerebrovascolari, diabete, insufficienza renale;...);
- **domanda** riabilitativa per alcune condizioni di disabilità cronica dipendenti da malattie degenerative dell'apparato locomotore (nuovi modelli di questa tendenza riguardano percorsi di riabilitazione ambulatoriali dopo protesizzazione di spalla, ginocchio, anca, stabilizzazione vertebrale in soggetti "giovani" anziani senza polimorbilità instabile o criteri di fragilità clinica e sociale.
- **mantenimento** a tempo indeterminato di uno spettro di condizioni neurologiche e neuro-geriatriche degenerative cronico-progressive (es. SLA, SM, malattia di Parkinson, demenza), che inducono progressiva dipendenza da terze persone, ausili e/o presidi tecnici per la continuità delle cure e il mantenimento della stabilità clinica, (monitoraggi clinici, dell'aderenza terapeutica, sostegno ventilatorio, sostegno nutrizionale enterale tramite PEG, infusori per la somministrazione di antibiotici, anti-neoplastici, terapie di sostegno o antidolorifici a lungo termine), ecc.
- **Tendenze della domanda di cure ambulatoriali (lista non esaustiva)**

Quali esigenze terapeutiche dovranno essere messe in capo per rispondere a questa evoluzione demografica e clinica (considerando anche che la struttura proposta non vuole sostituirsi a una riabilitazione "di punta")?

E' evidente a tutti che lo scenario delle cure domiciliari sta cambiando. Da almeno un decennio si assiste a uno scostamento dell'asse centrale d'intervento delle prestazioni del nursing e dell'assistenza. Dal servizio rivolto quasi esclusivamente a persone anziane malate ma autosufficienti o solo parzialmente dipendenti in alcune attività della vita quotidiana (es. igiene, cure della sonda vescicale, necessità di prelievi ematici o controlli di glicemia o della pressione arteriosa), si è progressivamente passati a un servizio quasi completamente incentrato su pazienti (tutte le età contemplate), spesso in condizioni cliniche, funzionali e in molti casi anche sociali, gravemente compromesse.

Fra questi vi sono pazienti più o meno anziani anche affetti da malattie degenerative gravi (sclerosi laterale amiotrofica o altre malattie neurodegenerative cerebrali o tumorali invalidanti).

La risposta a questa tendenza non può limitarsi soltanto a quella "lineare" del potenziamento dell'attività attraverso l'incremento degli effettivi operativi (risorse umane).

Richiamandosi al tipo evenienze e di tendenze già esemplificate, il servizio di cui si è auspicata la creazione dovrebbe essere concepito in misura tale da tutelare da un lato nell'input e sostenere dall'altro nell'output, il percorso di quella casistica che, priva altrimenti di procedure discriminative, afferrirebbe e poi soggiornerebbe a lungo, (comunque oltre la media auspicabile) nell'ospedale acuto. Per questo è necessario concepirlo ricorrendo a nuovi modelli organizzativi che lo vedano partner avanzato all'interno di una riconoscibile e integrata filiera geriatrica-riabilitativa. Una struttura "al servizio della continuità assistenziale" con missione peculiare di cerniera, strategicamente collocato fra la già costituita e variegata offerta del settore domiciliare (ambulatoriale) delle cure e quello, già operativo ma con diversa missione, della stazionarietà territoriale delle cure a medio-lungo termine.

Secondo la Joint Commission on Accreditation of Health Organization, la continuità dell'assistenza (*continuity of care*), è una componente della qualità dell'assistenza e consiste nella misura in cui,

quella necessaria a un paziente risulta coordinata tra le varie figure o entità cliniche. La parola “*integrazione*” si presta ad altrettante interpretazioni. Nel contesto che ci apprestiamo a discutere, la intenderemo come “integrazione dell'intervento curativo e per l'assistenza”.

Considerati alla luce di queste definizioni i pazienti anziani “complessi”, si possono arbitrariamente suddividere in due categorie. Quelli fragili affetti da due o più malattie croniche ancora autosufficienti (liberi da franca disabilità), che sono già assorbiti a vario titolo e a più livelli dai servizi del sistema sanitario. Ogni peggioramento della loro condizione può potenzialmente minacciarne l'indipendenza. Per questa tipologia l'attuale modello di presa in carico conserva la sua pratica applicabilità. Essa può mirare a monitoraggio guardingo del comportamento del soggetto attraverso la continuità informativa-educativa sui benefici attesi da ogni intervento sulla salute nel prevenire la progressione delle malattie; la prevenzione e la detezione precoce della minaccia di scompenso rimanendo l'obiettivo principale. La gestione deve tener conto della complessità di ogni situazione e considerare tutti i trattamenti introdotti per evitare problemi di polifarmacoterapia iatrogena. L'intervento comprende una valutazione complessiva della situazione (compresa quella socio-finanziaria), al fine di individuare tutti i fattori di rischio clinici (es. rischio di caduta, di malnutrizione, depressione e isolamento); deve poter assicurare mezzi (non solo farmacologici) e misure di prevenzione primaria e secondaria in grado di ridurre il rischio di fragilizzazione “di non ritorno” o un'esacerbazione evitabile di patologie croniche (es. politica vaccinale antinfluenzale, corretta idratazione e controllo diretto della farmacoterapia durante i periodi di canicola, sorveglianza dell'introito calorico, del tono umorale, del grado di mobilità, ...). In questo senso la “gestione globale” si esprime secondo un'ottica non solo assistenziale ma anche di prevenzione toccando aspetti primari fondamentali l'intento di evitare la spirale della fragilità.

Per il gruppo d'individui non autosufficienti con polimorbilità invece, ancora oggi non v'è una condotta “evidence based” che possa guidare i clinici nella gestione ottimale.

Sappiamo che la maggioranza delle linee guida sono anch'esse modellate attorno al modello “one disease”³¹. Per questo motivo il ricorso pedissequamente acritico a linee guida che considerano la sola patologia “indice” del soggetto può diventare se non fallimentare, per lo meno, e per diverse ragioni anche rischioso poiché non può, se isolato dal contesto globale, rispondere completamente e con l'efficacia attesa al suo obiettivo.

Meno della metà (44%) delle linee guida stilate nel mondo clinico-accademico anglosassone (universo di riferimento più spesso utilizzato), affronta il tema e contempla specifiche raccomandazioni parallele per la giudiziosa e ragionevole applicazione alla popolazione anziana con polimorbilità. Inoltre, ben nel 30% dei casi, le ambizioni prioritarie del paziente quanto a scelte e obiettivi clinici da lui stesso auspicati non sono la principale preoccupazione del medico curante^{12,16}. In questa tipologia di pazienti, la gestione deve mirare non solo ma soprattutto a contrastare la progressione della dipendenza funzionale inducibile da malattia o scelte cliniche sbagliate.

Le misure preventive accennate per il primo gruppo sono sempre auspicabili, ma in questo caso devono venire integrate da misure di prevenzione terziaria e quaternaria per contrastare una rapida evoluzione delle conseguenze delle malattie e la dipendenza funzionale supplementare potenzialmente da loro inducibile. L'*excess of disability* è quella disabilità di surplus che non ci si aspetterebbe dalla sola condizione patologica presa in considerazione.

La gestione è quindi clinicamente “complessa” e deve prendere altamente in considerazione il rischio di polipragmatismo acritico e il conseguente rischio di polifarmacoterapia. In questo tipo di casistica, oltre al necessario e costante approccio globale rappresentato dagli interventi continui del nursing, l'assistenza necessita di una maggior programmazione nella sua continuità ricorrendo a strumenti di valutazione adattati.

Recentemente, per l'anziano ospedalizzato è stato descritto e validato il Multidimensional Prognostic Index (MPI)^{35, 17}, uno strumento prognostico di mortalità basato sulla esecuzione di una valutazione multidimensionale (VMD). L'MPI è basato su un algoritmo matematico che include informazioni ottenute da una combinazione di strumenti di VMD che sondano in modo particolare i seguenti 8 domini:

- 1) activities of daily living (ADL=BAVQ),
- 2) instrumental-ADL (IADL=IAVQ);
- 3) stato cognitivo valutato mediante lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ);
- 4) stato nutrizionale valutato con il Mini Nutritional Assessment (MNA);
- 5) il rischio di lesioni da decubito valutato mediante la scala di Exton Smith (ESS);
- 6) la comorbilità valutata mediante il Cumulative Index Rating Scale (CIRS);
- 7) il numero di farmaci assunti dal paziente;
- 8) le condizioni abitative del soggetto¹⁷.

L'MPI può essere espresso sia come indice numerico continuo da 0 (assenza di compromissione) a 1 (massima compromissione multidimensionale), sia in tre gradi di rischio di mortalità: basso (MPI-1, valore da 0 a 0,33); moderato: (MPI-2, valore da 0,34 a 0,66); severo: (MPI-3, valore da 0,67 a 1,0).

L'indicatore prognostico ha dimostrato un'eccellente accuratezza per predire mortalità a breve (1 mese) e a lungo termine (1 anno) in tutti i contesti clinici in cui è stato utilizzato. Il suo valore prognostico per mortalità è risultato significativamente superiore rispetto quello dimostrato dai singoli parametri valutativi utilizzati per assemblarlo.

Questo dimostra, che la multidimensionalità e non lo "scompeno" clinico determinato dalla singola patologia indicizzata a discrezione del clinico, deve emergere come criterio prognostico guida più importante e da considerare nella predizione dell'outcome clinico globale del paziente più anziano e con le caratteristiche che abbiamo più sopra delineato.

Anche per specifiche patologie questo indicatore è risultato più accurato nel predire la mortalità in termini di sensibilità e specificità di altri indici prognostici d'organo o apparato impiegati per valutare la prognosi (es. per la polmonite, lo scompenso cardiaco, l'emorragia digestiva o l'evoluzione della malattia renale cronica con l'e-GFR (estimated-Glomerular Filtration Rate). L'indice prognostico multidimensionale ha dimostrato sensibilità al cambiamento multidimensionale delle condizioni oggettive nel tempo, ovvero può misurare il rischio di mortalità cogliendolo assieme alla dinamicità temporale nel singolo individuo.

Proprio quest'ultima caratteristica lo renderebbe uno strumento di valutazione potenzialmente utile per l'impiego come indice di outcome multidimensionale in studi clinici che coinvolgono pazienti di età geriatrica come recentemente dimostrato.

Per una volta, ricorrendo a un indice multidimensionale di valutazione, è stato possibile dimostrare formalmente l'utilità della VMD anche ai fini prognostici nell'anziano ospedalizzato¹⁸. Per l'insieme di questi motivi in questo tipo di popolazione, il supporto, sempre altamente individualizzato, deve idealmente erogarsi nella forma dell'integrazione in rete con il coinvolgimento di tutti i professionisti e i setting di cura coinvolti.

La letteratura ha posto l'accento su alcune tipologie di programmi che sono stati messi a punto e collaudati soprattutto nei servizi sanitari del nord America. Questi programmi si riferiscono genericamente al concetto di "erogazione integrata dei servizi" secondo criteri sviluppati per migliorare e

incrementare la continuità efficiente delle prestazioni cliniche-assistenziali soprattutto per anziani e disabili.

La concezione più semplificata mira a migliorare principalmente il trasferimento d'informazioni e di procedure tra i servizi (ad es., ospedale vs assistenza domiciliare, ospedale vs centro di riabilitazione)³⁶. Nei modelli recenti, più evoluti e complessi, un'erogazione integrata è intesa come organizzazione responsabile e creazione di un'offerta comprensiva di tutti i servizi verso un determinato gruppo di pazienti, operando attraverso dei budget e dei modi di contrattazione accordati fra alcuni servizi con mandato specifico (per es. istituti di assistenza postospedaliera).

Ne sono esempi il PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly), il CHOICE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly), il SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie). Si tratta di programmi che, proprio riflettendo sulle risposte necessarie per far fronte alla crescente complessità dei bisogni clinico-assistenziali di questo gruppo di pazienti, contemplano altrettante specifiche e diverse forme d'intervento che in Svizzera, oggi non sono ancora adottate o implementate^{5,8,10,20}.

La vocazione di una struttura che qui potremmo definire "centro diurno d'assistenza infermieristica integrata", potrebbe trovare una collocazione ideale interfacciandosi fra il domicilio dell'utente e il resto dei servizi territoriali del settore sanitario pubblico e privato ricalcando modelli innovativi di cure domiciliari integrate^{5,22}. La sua funzione potrebbe naturalmente inserirsi soprattutto nella presa in carico di quei pazienti a elevata complessità gestionale, oggi emergente per effetto della multidimensionalità clinica e socio-assistenziale sopra ricordata, senza dimenticare anche quella remunerativa relativa alle prestazioni. Sollevando lo stesso dispositivo d'assistenza socio-familiare domiciliare da un lato, un modello integrato di questo tipo potrebbe ridefinire anche il panorama delle possibilità di gestione clinica attenuando o scaricando in parte una domanda di "urgenza" sociale e quindi clinicamente impropria che altrimenti si riverserebbe sull'ospedale.

Anche se il nuovo modello di servizio è concepito su scala regionale, esso dovrebbe poter offrire una risposta coerente e tagliata sui bisogni di questa crescente tipologia d'utenza domiciliare.

Attraverso lo sfruttamento uniforme dei diversi livelli di assistenza e l'espansione di poche ma indispensabili modalità organizzative, si può assicurare ai pazienti della regione il mantenimento di un maggiore grado di equilibrio psicofisico e la conservazione di un miglior stato funzionale generale.

Senza un'integrazione a priori tra i servizi geriatrici ospedalieri e territoriali già esistenti il servizio potrebbe andare incontro al rischio di un fallimento vocazionale. Di conseguenza, la messa a punto di un progetto dedicato all'assistenza della cronicità sia essa geriatrica o meno, ha bisogno di un approccio programmatico globale assunto come metodo anche da chi ha responsabilità decisionali (sia cliniche sia amministrative). La buona volontà non può sopperire a una visione e ad una pianificazione chiara sul come deve porsi per funzionare una nuova maglia della rete d'assistenza per l'anziano o, più in generale, per la gestione territoriale della "cronicità".

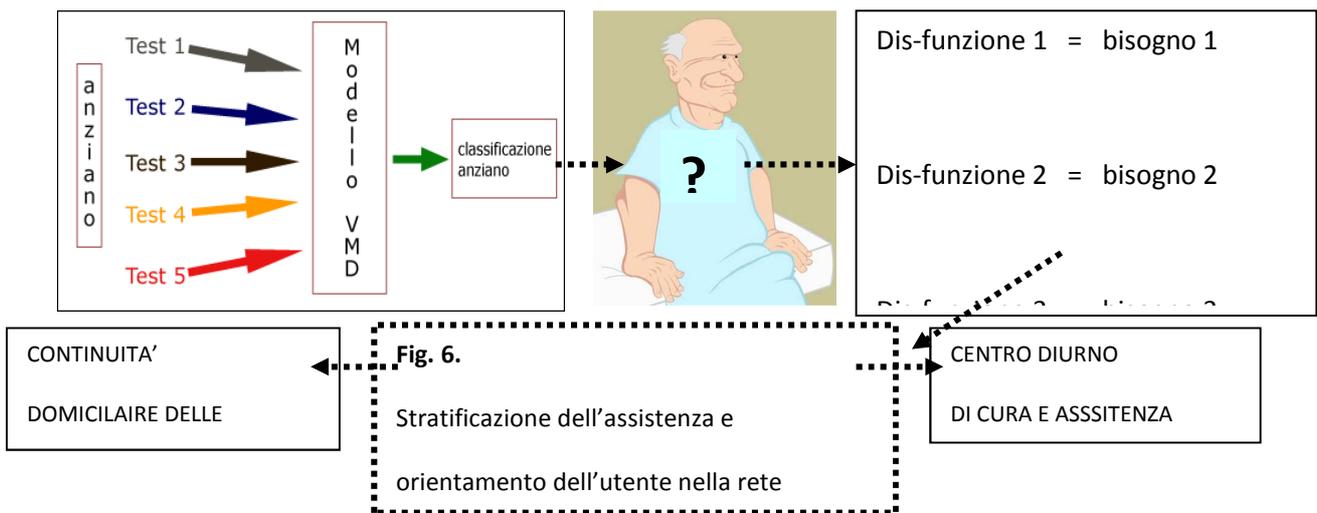
Anche una realtà sanitaria come la nostra può contare su un'"unità geriatrica" integrata nel servizio di medicina dell'ospedale regionale (è già il caso del Servizio sottocenerino di geriatria). Proprio la sua norma operativa, cioè la valutazione multidimensionale (VMD) seguita dalla vocazione riabilitativa dovrebbe servire, in vista di un efficace e integrale passaggio di competenze al servizio infermieristico in discussione, da elemento per caratterizzare in termini clinico-funzionali l'utenza potenzialmente candidabile a questo servizio (fig.6).

camente,
condotta
definire
più

- Mancanza di coordinamento fra gli intervenenti /interventi
- Scarsa conoscenza dei bisogni reali dell'utente (assenza di VMD)
- Cronicizzazione del bisogno (mancanza di strategie di "empowerment")
- Frammentazione e discontinuità temporale del piano d'assistenza
- Dimissione rischiosa: "sicker and quicker"
- Dimissione aleatoria: senza piano di cura pianificato e individualizzato
- Mancanza di flessibilità della rete dei servizi ("da noi si fa così".)
- Insufficiente definizione dell'utenza da attribuire ai diversi servizi territoriali.
- Negazione del diritto all'accesso equo ai servizi da parte degli Ass. Mal. (formalizzazione)
- Inappropriata definizione delle modalità operative dell'intervento riabilitativo

Intrinse-
è questa
critica a
anche il
idoneo

orientamento nella rete geriatrica integrata predisposta per accoglierla sia in caso di minaccia di scompenso funzionale domiciliare, che nel periodo più o meno prolungato della condizione di postacuzie. Senza la possibilità di attuare e governare un piano tempestivo d'intervento terapeutico centrato sul bisogno riabilitativo e assistenziale dell'utenza, anche la *leadership* geriatrica più competente e la sua filosofia di cura, sarebbero vanificate trasformandosi in un vano esercizio stilistico.



Tab.2. Principali criticità intrinseche dell'assistenza geriatrica

Questa iniziativa organizzativa richiede quindi di riconsiderare l'unità acuta di VMD (reparto di geriatria), come centro nodale della rete in una prospettiva strategica di diagnosi-trattamento-riabilitazione finalizzata alla risposta mirata all'effettivo bisogno dell'utenza fin qui considerata.

La celerità della messa in opera di quest'approccio è fondamentale di fronte ad uno scenario demografico, sociale e sanitario che, come abbiamo visto, si va caratterizzando con aspetti oggi criticamente ineludibili di complessità. L'ospedale moderno è inidoneo, sia per missione intrinseca che per formazione dei suoi clinici, a rispondere in modo finalizzato all'anziano multiproblematico, se non per arginare la sintomatologia o la patologia clinica acuta.

La creazione di un servizio diurno di assistenza infermieristica integrata che prenda spunto dai bisogni demografici ed epidemiologici emergenti attraverso un accordo di collaborazione fra ospedale e servizio di assistenza domiciliare è per conseguenza certamente da sostenere.

Oggi è ben dimostrato, che la geriatria può assolvere la sua provata efficacia d'intervento, soprattutto in ambiti specifici come il depistaggio delle condizioni a rischio disabilitante per il paziente, erogandogli un trattamento multidimensionale tempestivo attraverso la dotazione di strategie di "scappatoia" per aggirare efficacemente le criticità intrinseche dell'assistenza³⁷.

E' ipotizzabile parlare di "riabilitazione geriatrica per un giovane anziano"?

Se la riabilitazione geriatrica è ancora in cerca di una sua definizione condivisa e accettata, è un fatto che per il suo modo d'intervento che riflette i fondamenti valutativi clinici e terapeutici applicati della sorella maggiore essa si collochi fra quelle che si definiscono cure acute e quelle definite di lunga degenza.

Purtroppo proprio per la posizione che occupa, la riabilitazione geriatrica è troppo spesso considerata come disciplina ancillare e si presta male a una definizione statica. Semplificando si potrebbe dire che la riabilitazione del paziente anziano (fragile o meno) è un processo curativo globale, una propensione ideologica che ne fa nello stesso tempo una filosofia di cura.

Secondo alcuni essa rappresenta quello di cui il paziente "anziano fragile" necessita e che l'ospedale acuto vorrebbe evitare di fornire.

Non di meno, un'assistenza post-ospedaliera in rete deve prevedere adeguate possibilità anche a livello di riabilitazione geriatrica sia in regime di degenza stazionaria che ambulatoriale, (riabilitazione interdisciplinare stazionaria, semplice "riattivazione funzionale motoria", riabilitazione estensiva attraverso soluzioni flessibili in centri diurni, centri di assistenza ad alto contenuto sanitario, soggiorni di degenza temporanea).

Si tratta di quindi un'area critica e delicata della gestione del paziente più anziano sia nella fase post-acuta che, per molti casi, è anche di prevenzione secondaria verso le condizioni di eccessiva disabilità. Una rete ben integrata, con ruoli definiti, interconnessi e flessibile nelle risposte, protegge i pazienti fragili e cronici dal rischio che reiterati scompensi e indesiderabili perdite dell'autosufficienza si producano o si perpetuino senza termine con modi perniciosi a seguito di scelte non orientate sulla copertura dei bisogni clinici e assistenziali effettivi.

In questo scenario, la riabilitazione geriatrica è un importante ed emergente campo della riabilitazione³⁸. E' stato definito come intervento "valutativo diagnostico e terapeutico" globale, il cui obiettivo dichiarato è il ripristino delle capacità funzionali deficitarie (ma anche e soprattutto la loro protezione) nelle persone anziane con condizioni oggettivamente costituite o sempre a rischio di disabilità.

Il numero crescente di persone anziane fragili imporrà una crescente necessità di servizi e prestazioni adeguate di carattere riabilitativo. Nonostante questa crescente esigenza, le pratiche e gli esiti di questo emergente campo non sono stati ancora ben caratterizzati. La riabilitazione delle persone anziane si distingue dalla riabilitazione interdisciplinare dei giovani adulti per gli stessi fattori che abbiamo illustrato più sopra. Tuttavia, proprio essendo il peso della comorbidità e della perdita funzionale di natura multi-causale, la riabilitazione dell'anziano non può prescindere da un team multi professionale (medico geriatra o fisiatra, infermiere specializzato, fisioterapista, ergoterapista, tecnico protesista, neuropsicologo, assistente sociale)³⁸ che lavorando attorno ad un piano di cura individualizzato ma condiviso negli obiettivi terapeutici e monitorato temporalmente nei risultati, eroga le proprie prestazioni specialistiche^{8,22,24}.

DOMINI DA COSIDERARE NELLA PROCEDURA D' ASSESSMENT INDIVIDUALE

- Obiettivi di cura con lista dei problemi/diagnosi "attivi" e controlli di follow up o interventi previsti
- Integrità cutanea

- esigenze dietetiche con allergie/intolleranze
- lista dei farmaci e posologia e precauzioni d'assunzione
- bisogni clinici specialistici
- bisogni specifici riabilitativi, protesici, ausili
- destinazione prevista del paziente
- ordini DNR e direttive anticipate
- stato funzionale (BAVQ-IAVQ) pre-evento e attualizzate
- stato cognitivo (e comportamentale)
- compenso psico-affettivo e qualità di vita percepita
- deficit sensoriali e funzionalità protesi
- continenza vescico-sfinterica
- rischio di caduta
- disponibilità di servizi informali in casa (caregiver e sua affidabilità e validità)
- prevenzione: vaccinazioni, controlli ginecologici.

CONCLUSIONI

La cura integrata può essere concepita come cura orientata ai bisogni del paziente-cliente. Si tratta di un concetto sviluppato per rispondere il più possibile efficace ai suoi bisogni effettivi. Sistemi d'assistenza integrati (in rete), possono offrire efficienza e redditività. Per il personale impiegato questa filosofia professionale induce maggior soddisfazione generale, alimenta nuove prospettive di carriera e di sviluppo professionale. Per l'utente-cliente anziano e il suo *entourage*, un servizio territorialmente integrato e flessibilmente collegato, può asservire questo centrale obiettivo, adattandosi in una gamma di servizi specifica per la popolazione geriatrica fragile dell'età più avanzata.

In un'epoca di ristrettezze economiche e di concomitante impennata della domanda di servizi riabilitativi, è di capitale importanza conferire senso coerente e fattiva efficacia alla collaborazione interistituzionale territoriale, integrando meglio i servizi medico-sanitari già esistenti.

Attorno a questa "filosofia assistenziale", si può rendere operativo il concetto della continuità prospettica e longitudinale della cura nel quale l'anziano fragile con polimorbilità cronica e sindromi geriatriche, trova una risposta ideale non tanto per una superiore qualità dell'approccio clinico-diagnostico, ma proprio in virtù dell'inserimento precoce in un percorso assistenziale specifico e integrato con le istituzioni di cura territoriali. E' oggi provato, che se teoricamente quest'approccio è attuabile anche dai reparti di medicina, motivi legati alla formazione dei medici e all'attenzione più marginale che viene posta ai problemi funzionali ne ostacolano l'efficacia. In pratica, un'unità di geriatria per acuti ben integrata con i servizi territoriali, può trovare giustificazione non solo nella prospettiva di un'assistenza specializzata verso determinate condizioni geriatriche, ma soprattutto per la presa in carico delle condizioni con complesse interrelazioni fra stato di salute e sue possibili conseguenze sul fabbisogno assistenziale.

Da qui l'esigenza di una scelta orientata in conformità a una valutazione multidimensionale che abbracci sì un'analisi medica dei problemi, ma anche e soprattutto la condizione sociale e funzionale del paziente. Quest'approccio permette di selezionare i pazienti con elevata complessità di gestione clinica e assistenziale ai fini di un loro orientamento coerente nella rete dei servizi complementari specialistici extraospedalieri. Va da sé che questo implica un alto grado di collaborazione integrata intradivisionale (fra i servizi dell'ospedale) e interistituzionale (fra i vari attori dell'assistenza territoriale), per favorire la gestione clinica "prospettica" del malato.

In questo modo la degenza nel reparto per acuti va intesa come la tappa breve di un percorso assistenziale più lungo, ma efficacemente concertabile con altre figure cliniche e settings competenti (es. équipe multidisciplinare territoriale collocata nel centro diurno integrato, medico palliativista con servizio HOSPICE, team del centro diurno terapeutico per le condizioni demenziali,...). L'intervento sarà sempre caratterizzato da un monitoraggio temporale dello stato funzionale la cui frequenza sia idealmente proporzionale alla rapidità del declino atteso. In quest'ottica, sarebbe auspicabile la creazione del servizio territoriale integrato qui in discussione, con una conduzione specialistica prevalentemente infermieristica specializzata.

La sua ubicazione, prevista in prossimità dell'ospedale, sarebbe oltre modo strategicamente vantaggiosa, poiché oltre all'ideale vicinanza delle specialità cliniche ambulatoriali, essa potrebbe contare su criteri sinergici e/o di outsourcing che coinvolgono i servizi, non solo clinici di tutta la rimanente piastra tecnica (si pensi solo a titolo di esempio alla farmacia, alla radiologia, alla cucina).

Con norma e condizioni da concordare fra gli istituti principalmente portatori d'interesse, questo servizio potrebbe offrire e garantire supporto nel periodo postacuto all'utenza che rientra a domicilio e al medico di base investito dell'onere di seguirla. Il *core* dell'attività sarebbe tuttavia da incentrare sulle prestazioni infermieristiche geriatriche miranti all'arginamento di condizioni invalidanti che minacciano l'autosufficienza funzionale (scompensi clinici di gravità tale da non richiedere un'ospedalizzazione, ma che mettono temporaneamente in crisi il dispositivo già costituito di assistenza informale e formale domiciliare).

L'invecchiamento progressivo della popolazione sta mettendo alla prova i sistemi sanitari dei paesi a elevato standard economico come il nostro, investendo soprattutto le scelte di politica sociosanitaria. La crudezza dell'espressione "ospedale fabbrica di cronici", anche intesa in senso provocatorio, corrisponde, in molti casi di pazienti anziani, a una triste realtà oggi ampiamente documentata. In mancanza dell'approccio clinico globale tipico della metodologia geriatrica, i malati anziani vengono ulteriormente "cronicizzati" durante la degenza ospedaliera. Primariamente in termini medici, questa sfida investe quindi la gestione clinica della patologia cronica dell'anziano che non può prescindere da un suo inquadramento organizzativo anche socio-assistenziale già a livello delle realtà regionali. Oltre che d'attualità, questo problema è dunque di grande rilevanza operativa per concepire, ma soprattutto attuare, una politica sanitaria rivolta ai problemi specifici dell'utente anziano più vulnerabile. Diversamente dal modello medico classico semplicemente solo "applicato" all'anziano, la medicina geriatrica si distingue per sua dichiarata vocazione come disciplina medica ad alta tensione riabilitativa. Ne discende, che per evitare l'ingenuità di fare "conti senza l'oste", diventa indispensabile riflettere parallelamente e integralmente sulla missione e sul ruolo delle strutture nodali indispensabili per dare forza ideologica e coerenza alla creazione di una rete integrata di valutazione e trattamento rivolto all'anziano vulnerabile. Mi sembra dunque opportuno, unirmi alle riflessioni che in questo momento si stanno spendendo per istituire un servizio ambulatoriale di appoggio, che tenga conto della specificità dell'approccio infermieristico orientato verso i bisogni e verso l'autonomia o il suo mantenimento nell'utenza più anziana, più ancora che sulla patologia preponderante in questo emergente gruppo di pazienti.

Per definire il peso assistenziale della persona assistita è sì importante la gravità, l'acuità e l'instabilità della malattia, ma altrettanto importanti sono i bisogni della persona, la quantificazione delle perdite funzionali e le capacità residue, il mantenimento dell'autosufficienza, la capacità di relazione, di comprensione, la tecnologia necessaria per erogare efficacemente l'assistenza, il

tempo necessario per compiere le molte mansioni infermieristiche, le competenze professionali e la necessità di mantenere un livello costante di aggiornamento formativo del team curante.

Per mettere insieme tutte le incognite dell'equazione multidimensionale comorbilità-disabilità-fragilità sopra tratteggiate, oggi si devono prendere in considerazione almeno quattro dimensioni. Nella definizione di una nuova strategia organizzativa si deve considerare infatti il numero degli operatori necessari (fabbisogno), quale tipo di operatori (competenze), loro filosofia e contesto di cura (strumenti, piastra tecnica, logistica) e infine, con quale integrazione organizzativa (strumenti di coordinamento e standardizzazione dei processi). La differenza con la tradizionale strategia organizzativa clinica ospedaliera, suddivisa (ma di fatto multiframmentata) in sottospecialità autonome, sta nel fatto che mentre in ospedale il problema clinico-assistenziale deve essere fatto rientrare in una delle categorie previste dall'organizzazione divisionale, in un servizio di assistenza preventiva verso l'ospedalizzazione inappropriata ovvero di appoggio pre-ospedaliero o postacuto temporaneo come quello auspicato, dovrebbe essere l'équipe infermieristica a ridefinirne i confini e le attività in funzione dei problemi della persona assistita, accettando anche il rischio dell'incertezza che questo sicuramente comporta ⁵.

In questo senso, la struttura dovrebbe essere concepita impegnando le risorse con un'operazione di potenziamento, ma anche di messa in rete delle strutture e delle varie figure già operative sul territorio (compresa quella del medico di famiglia) fondando poi la sua filosofia di cura su tre principi fondamentali:

- 1.** salvaguardia della filosofia dell'approccio interdisciplinare come elemento imprescindibile per garantire un approccio preventivo e curativo, rafforzando l'utilizzazione di competenze professionali in grado di cogliere tutti i nuovi bisogni emergenti di salute dell'utente.
- 2.** garantire e assecondare col suo ruolo cerniera lo svolgimento dell'attività di diagnosi, cura e riabilitazione la presa in carico secondo uno spirito di continuità assistenziale, e attraverso la tutela e la definizione di percorsi condivisi fra utente, medico curante, altri specialisti clinici e altre strutture potenzialmente interessate nell'erogazione di cure e assistenza.
- 3.** assicurare un'offerta di percorsi assistenziali e riabilitativi (anche se a basso regime d'intensità e specializzazione), per promuovere lo stato di salute e soprattutto salvaguardare lo stato funzionale del paziente. Perseguire nella politica di prevenzione primaria e secondaria finalizzata alla prevenzione degli scompensi clinici e assistenziali (psico-sociali) sostenendo con una politica integrativa flessibile l'importante funzione di "sollievo" nei confronti delle famiglie (o del partner) che si occupano di malati adulti disabili, di anziani fragili e quindi particolarmente vulnerabili o che richiedono un elevato livello di continuità assistenziale.

Ringraziando l'ente mandatario nella persona del direttore Lic. Rer. Pol. Brian Frischknecht, concludo augurandomi di aver potuto apportare con le poche riflessioni qui fornite, un contributo fattivo nella direzione auspicata dal progetto e che, da quest'ultimo possa soprattutto scaturire un rinnovato approccio regionale integrato al management clinico della complessità delle condizioni croniche dell'anziano.

Dr.med. Graziano Ruggieri, Geriatria FMH, Vice primario Clinica Hildebrand Centro Riabilitazione Brissago

Bibliografia

1. Bottinelli L. **Non è un Paese per vecchi?** Dati 1/2011 consultabile su: http://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/allegati/articolo/1612dss_2011-1_3.pdf
2. Fortin F., Hudon C., Haggerty J., Akker M., Almirall J. **Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources** BMC Health Services Research (2010)
Consultabile su: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/11>
3. Höpflinger F., Hugentobler V. **Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse Observations et perspectives** (Obsan) Observatoire suisse de la santé ed. (giugno 2006)
4. Uijen AA, Lisdonk EH. **Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years.** Eur J Gen Pract (2008)
5. Scarcella C., Podavitte F., Trabucchi M. **Strategie per la fragilità. Un modello di rete.** Maggioli ed. (dicembre 2010)
6. Kane R.L. **Geriatrics as a model of the new chronic disease paradigm.** Bollettino SIGG (2005); scaricabile su www.sigg.it/public/docBOLLETTINO/483.pdf
7. Rutschmann O.T., Chevalley T., Zumwald C., Luthy C, Vermeulend B., Sarasin P.F. **Pitfalls in the emergency department triage of frail elderly patients without specific complaints** Swiss med wkly (2005)
Scaricabile su: <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2005/09/smw-10888.pdf>
8. Monod-Zorzi S., Seematter-Bagnoud L., Büla C., Pellegrini S., Jaccard Ruedin H. **Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées; données épidémiologiques et économiques de la littérature.** Document de travail 25 de l'Observatoire suisse de la santé (novembre 2007)
Consultabile su: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/02.html?publicationID=2950>
9. Marengoni A., Winblad B., Karp A., Fratiglioni L. **Prevalence of Chronic Diseases and Multimorbidity Among the Elderly Population in Sweden.** Am J Public Health. 2008 July;
consultabile su: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2424077/>
10. **Caring for people with chronic conditions : a health system perspective**
Consultabile su: www.euro.who.int/document/e91878.pdf
11. Lalive d'Epinay C., Pin C., Spini D. **SWILSO-O, a longitudinal Swiss study on very old age: The example of the dynamics of functional health.** L'Année Gérontologique, 15, 78-96 (2001)
12. Feinstein AR. **The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease.** J Chron Dis. (1970)
13. Boyd C.M, Fortin M, **Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design?** Public Health Reviews, Vol. 32, No 2, 451-474
14. Fried LP., Tangen CM., Walston J., et al. **Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults:evidence for a phenotype.** J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56A:M146-56.
Consultabile su: <http://web.missouri.edu/~brownmb/pt415/Mb/2007/articles/1.fried.pdf>
15. **Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010–2060** OFS Ed. (2010)
16. Caughey G.E., Roughead E.E **Multimorbidity research challenges: where to go from here?** Editorial. Journal of Comorbidity (2011)
17. Pilotto A, Ferrucci L. **Verso una definizione clinica della fragilità: utilità dell'approccio multidimensionale A clinical definition of frailty: usefulness of the multidimensional assessment.** G Gerontol (2011)
18. **La politica degli anziani ieri oggi e domani; documento a cura del Dipartimento sanità e socialità** (2004) www.ti.ch (consultato il 6.9.2005)

19. **The elements of integrated care management (brief issue) del National Chronic Care Consortium**
www.ncconline.org (consultato il 30.8.05)
20. Mahoney J.E., Sager M.A., Jalalvadin M. **New walking dependence associated with acute medical illness: incidence and significance.** J.Gerontol. (1998)
21. In: Zanoni S. **Ruolo del nursing nella gestione del paziente fragile.** Geriatria 2010; suppl al Vol. XXII, n.1 (atti del XX congresso SIGOS : Gestione e trattamento delle malattie geriatriche); Roma, (maggio 2010)
22. McClean S., Millard P., El-Darzi E. Nugent C. Eds. **Intelligent Patient Management,** Springer Verlag Berlin Heidelberg (2009)
23. Wells J.L., Seabrook J.A., Stolee M.P., Borrie M.J, Knoefel F. **State of the Art in Geriatric Rehabilitation. Part I: Review of Frailty and Comprehensive Geriatric Assessment** review article ; Arch Phys Med Rehabil (June 2003)
24. Volpi R. **La fine della famiglia. La rivoluzione di cui non ci siamo accorti.** Mondadori ed. (2007)
25. [Kosecoff J.](#), [Kahn KL.](#), [Rogers WH.](#), [Reinisch EJ.](#), et al. **Prospective payment system and impairment at discharge. The 'quicker-and-sicker' story revisited.** [JAMA.](#) (October 1990)
26. Metz D.H. , Labrooy S.J. **The future of geriatric medicine in an era of patient choice.** Age Ageing (November 2005)
27. Larson E.B., Fihn S.D., Kirk L.M., Lynne M., et al. **The Future of General Internal Medicine. Report and Recommendations from the Society of General Internal Medicine (SGIM) Task Force on the Domain of General Internal Medicine.** *Journal of General Internal Medicine* (January 2004)
Consultabile su: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1497.2004.31337.x/pdf>
28. **Osteoporose et chutes des personnes âgées.** Une approche de santé publique. OFSP : Office fédéral de santé publique (août 2004)
29. Rockwood K., Song X., MacKnight C., Bergman H., David B. McDowell H.I., Mitnitski A. **A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people.** *CMAJ* (August 2005)
30. Fried L.P., Ferrucci L. , Darer J. Williamson J.D., Anderson G. **Untangling the Concepts of Disability, Frailty and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care** *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES* (2004)
31. Van Weel C., Schellevis, F.G. **Comorbidity and guidelines: conflicting interests.** *Lancet* (2006)
32. Gordon A. **Revolving door syndrome.** *Elder Care* (1995)
33. Leung A. **Case management for at-risk elderly patients.** *Asian J Gerontol Geriatr* (2006)
34. Wilson T., Holt T. **Complexity and clinical care.** *BMJ* (September 2001)
35. Pilotto A., Franceschi M., Ferrucci L. **Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) per la valutazione dell'anziano fragile ospedalizzato A Multidimensional Prognostic Index (MPI) for the evaluation of the hospitalized frail older patient.** *G. Gerontol* (2007)
36. Jack B.W., Veerappa K.C., Anthony D., et al. **A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization A Randomized Trial** *Ann Intern Med* (June 2009)
37. Bazta'n J.J, Suarez-Garcia M.F., Lopez-Arrieta J. et al. **Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta analysis.** *BMJ* (October 2008)
38. Bachmann S., Bosch R. Finger C., Huss A., Egger M., Stuck A. **Inpatient rehabilitation specifically designed to geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials.** *BMJ* (January 2010)