

a cura di
Enrico Brizioli e Marco Trabucchi

Gli approfondimenti di NNA

**IL CITTADINO
NON AUTOSUFFICIENTE
E L'OSPEDALE**

Promosso dall'IRCCS-INRCA
per il Network nazionale per l'invecchiamento


**MAGGIOLI
EDITORE**

© Copyright 2014 by Maggioli S.p.A.
Maggioli Editore è un marchio di Maggioli S.p.A.
Azienda con sistema qualità certificato ISO 9001:2008

47822 Santarcangelo di Romagna (RN) • Via del Carpino, 8
Tel. 0541/628111 • Fax 0541/622595
www.maggioli.it/servizioclienti
e-mail: clienti.editore@maggioli.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione
e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Finito di stampare nel mese di novembre 2014
nello stabilimento Maggioli S.p.A.
Santarcangelo di Romagna

Indice

Prefazione	Pag.	5
<i>Cristiano Gori e Fabrizia Lattanzio</i>		
1. L'ospedale e l'anziano non autosufficiente	»	7
<i>Enrico Brizioli e Marco Trabucchi</i>		
2. Gli ospedali e la cura degli anziani non autosufficienti: la prospettiva internazionale.....	»	25
<i>Carlos Chiatti, Laura Cassetta, Andrea Corsonello, Silvia Bustacchini e Fabrizia Lattanzio</i>		
3. Il sistema ospedaliero italiano e la presa in carico degli anziani non autosufficienti	»	45
<i>Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Fabrizia Lattanzio e Anna Bancho</i>		
4. Il PS come punto centrale nell'organizzazione ospedaliera. Il ruolo dell'OBI e di altri interventi per garantire l'appropriatezza dei ricoveri	»	71
<i>Massimo Calabrò e Stefania Volpato</i>		
5. Contenuti e metodologie dell'intervento chirurgico in ambito geriatrico ...	»	83
<i>Alessandro Mazzucco</i>		
6. Contenuti e metodologie dell'intervento ospedaliero in ambito internistico. La geriatria per acuti	»	99
<i>Renzo Rozzini, Angelo Bianchetti, Marco Trabucchi</i>		
7. Contenuti e metodologie delle terapie intensive e della oncogeriatrics. L'ospedale e i servizi	»	117
<i>Monica Torrini, Enrico Mossello, Niccolò Marchionni</i>		
8. Gli anziani affetti da demenza in ospedale	»	131
<i>Antonio Guaita</i>		

9. L'ospedale ad intensità di cura: è questa la soluzione per l'anziano fragile? <i>Roberto Bernabei e Pierugo Carbonin</i>	Pag.	139
10. L'ospedale iatrogeno <i>Annalisa Grilli, Valeria Morichi, Andrea Corsonello, Antonio Cherubini</i>	»	147
11. Le riammissioni in ospedale come indicatori della qualità dell'assistenza: un approccio clinico <i>Giuseppe Bellelli, Domenico Picone, Giorgio Annoni, Claudio Maria Maffei</i>	»	169
12. La riabilitazione della persona non autosufficiente: obiettivi e limiti dentro e fuori dall'ospedale <i>Bruno Bernardini</i>	»	183
13. Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e di cure intermedie <i>Franco Pesaresi</i>	»	195
<i>Gli Autori</i>	»	217

Prefazione

Cristiano Gori e Fabrizia Lattanzio

Il processo di invecchiamento della popolazione italiana e mondiale ha portato ad una progressiva rivalutazione della centralità dei servizi di assistenza continuativa per i soggetti anziani non autosufficienti. Sono numerose ad oggi le raccomandazioni, a diversi livelli istituzionali, che mirano al potenziamento dei servizi di assistenza continuativa nella comunità, in particolare quelli realizzati presso il domicilio delle persone in condizioni di bisogno. L'Europa stessa è spesso ritornata sul tema e attualmente dedica gran parte delle risorse economiche nel settore della ricerca a sperimentazioni innovative che possano garantire l'invecchiamento "in place" delle persone che invecchiano.

Ciò nonostante, l'ospedale continua ad essere un punto di snodo fondamentale per i pazienti anziani non autosufficienti e per i sistemi di assistenza continuativa stessi. La centralità dell'ospedale è anzitutto dovuta ad aspetti di tipo economico. In Italia, nonostante i tentativi di contenimento e redistribuzione della spesa, il settore ospedaliero continua ad assorbire la voce più consistente di spesa del servizio sanitario nazionale, circa il 47% dell'intera spesa sanitaria italiana. Ne consegue che, ancora oggi, l'ospedale sia il setting nel quale tendono a concentrarsi le più avanzate tecnologie e gran parte del know-how clinico-professionale.

Ma oltre a questo aspetto, la centralità dell'ospedale è spiegata dal suo impatto dei ricoveri ospedalieri sulle condizioni di salute e funzionali dei pazienti anziani. Si è recentemente stimato che circa un terzo dei nuovi casi incidenti di non autosufficienza tra gli ultrasettantenni si concretizzano al momento della dimissione ospedaliera. È probabile che oggi l'ospedale, tradizionalmente diviso in reparti dedicati a singole discipline specialistiche, male si adatti ai bisogni di soggetti anziani fragili, per natura multidimensionali e caratterizzati dalla presenza di multimorbidità, poli-farmacologia e ad elevato carico socio-assistenziale.

Per queste ragioni quest'anno si è ritenuto opportuno realizzare un approfondimento sul tema del rapporto tra ospedale e paziente anziano non autosufficiente, con l'obiettivo di approfondire criticità, opportunità di miglioramento e numerose aree di lavoro per i professionisti che a diverso titolo sono impegnati nei processi di assistenza.

Con questo volume si apre una nuova fase nel percorso del Network Non Autosufficienza (NNA) e nella sua alleanza con l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico INRCA di Ancona. NNA è nato nel 2009 per promuovere riflessioni scientifiche sull'as-

sistenza agli anziani non autosufficienti che siano utili all'operatività. L'INRCA ne ha promosso l'avviamento e lo sostiene da allora, nel duplice ruolo di partner scientifico e di referente istituzionale. Tra il 2009 e il 2013 sono stati pubblicati quattro Rapporti sull'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia.

Ora l'attività del Network viene maggiormente articolata e così si rafforza. I Rapporti assumono cadenza biennale, e pertanto il prossimo, il quinto, sarà pubblicato nel 2015. Ad essi si affianca una nuova linea editoriale, quella degli Approfondimenti, che comincia con questo dedicato agli ospedali. Il ruolo dei Rapporti sarà, come in passato, quello di monitorare lo stato del settore e di discuterlo a partire dai dati. Gli Approfondimenti, invece, avranno la funzione di scandagliare in profondità specifici temi, servizi o problemi che paiono di particolare rilievo.

Questa nuova fase è resa possibile dall'impegno di INRCA a sostenerla e dalla scelta, compiuta insieme da INRCA e NNA, di rafforzare la propria collaborazione. Come avvenuto sinora i volumi saranno pubblicati dall'Editore Maggioli, prezioso partner editoriale, e allo stesso tempo, per facilitarne la fruibilità, potranno essere scaricati gratuitamente dal sito www.maggioli.it/rna.

1. L'ospedale e l'anziano non autosufficiente

Enrico Brizioli e Marco Trabucchi

L'ospedale è al centro di forti dinamiche volte all'innovazione; mai prima d'ora si sono verificati in così poco tempo cambiamenti tanto radicali riguardanti procedure e obiettivi. Ovviamente, l'innovazione è figlia da una parte del progresso in ambito clinico, della scienza dell'organizzazione, delle tecnologie, dall'altra del mutare del bisogno dei cittadini, sia sul piano oggettivo (le modificazioni demografiche ed epidemiologiche) sia soggettivo (la diffusa coscienza del diritto alla salute o, quantomeno, a trattamenti clinici adeguati al bisogno). Si deve però considerare che la velocità dei fenomeni che hanno caratterizzato gli ultimi decenni non sempre ha permesso un'adeguata elaborazione di nuove forme di risposta; l'ospedale non si trova quindi in una condizione di steady state, ma, al contrario, è al centro di un processo di adattamento del quale non si intravede ancora una conclusione. È quindi compito primario degli studiosi offrire contributi perché il continuo aggiustamento "spontaneo" si sviluppi verso direzioni positive.

Il volume del Network della Non Autosufficienza dedicato agli ospedali ha questo significato: definire con elaborazioni strutturate la costruzione di modelli innovativi da offrire alle diverse realtà che agiscono nella cura degli anziani fragili.

Nelle dinamiche del cambiamento uno spazio specifico hanno i processi legati all'invecchiamento, sia come fenomeno collettivo, sia come evento individuale. Di seguito sono indicate alcune linee secondo le quali si muove (o dovrebbe muoversi) l'ospedale del nostro tempo, per rispondere in modo adeguato alle esigenze di una componente sempre più rilevante dei suoi fruitori. Sullo sfondo si deve considerare che la cura dell'anziano impone all'insieme della tecnostuttura ospedaliera numerosi e rilevanti adattamenti sul piano della cultura clinica e del metodo di lavoro, le cui ricadute sono di grande utilità per tutto l'ospedale e per i pazienti di ogni età. L'adattamento alle fragilità espresse dalla persona anziana malata comporta, infatti, l'adozione di metodi di lavoro utili per chiunque chieda all'ospedale un intervento caratterizzato dall'esigenza di lenire un dolore o di controllare una condizione di sofferenza. In questa prospettiva la cura degli anziani assume un'importanza particolare ed esce dalla logica marginale del re-

cente passato. È un modo per l'ospedale di dimostrare la propria capacità di essere dentro la storia: orgoglioso delle proprie basi culturali, delle dotazioni tecnico-scientifiche, ma allo stesso tempo della propria capacità di immergersi nel profondo del bisogno di una società.

Nel prossimo decennio l'ospedale dovrà gestire un'ulteriore grande quantità di prodotti della ricerca scientifica e tecnologica, che l'enorme, recente accelerazione degli studi metterà a disposizione. Dai nuovi farmaci biologici, all'imagining, alle tecnologie interventistiche, alla robotica, alla gestione dei dati: siamo alla vigilia di cambiamenti che certamente entreranno nelle corsie ospedaliere; la loro utilizzazione dovrà essere guidata con la cultura e la sensibilità di chi è in grado di selezionare ciò che è davvero importante per la cura degli anziani, senza rinunce a priori, ma anche senza rincorse acritiche all'innovazione. Con equilibrio, ma con la certezza di essere all'interno della costruzione di un futuro migliore per gli ammalati. Consci, allo stesso tempo, che l'aumento, così indotto, dei costi dell'assistenza potrebbe aprire conflitti dolorosi, gestibili solo attraverso una visione complessiva, che considera con realismo i vantaggi clinici, le problematiche organizzative ed economiche, gli aspetti psicologici e sociali.

L'ospedale del nostro tempo

Non è facile descrivere sinteticamente l'insieme delle condizioni che definiscono nel nostro tempo la collocazione dell'ospedale. Infatti è caratterizzato da attività e pensieri che seguono linee specifiche, che si aggregano in un sistema complesso, dove trovano modalità peculiari di convivenza, legate alla storia del singolo ospedale, alla funzione che è chiamato a svolgere nel territorio e alle sue stesse caratteristiche strutturali. È il prodotto di tutto ciò che propone la medicina moderna e di tutto ciò che c'è – o che non c'è – fuori dalle sue mura, con il risultato che esso, unico presidio "certo" per l'erogazione di servizi sanitari, è in qualche modo funzione dell'organizzazione dei servizi sul territorio, piuttosto che suo motore.

L'ospedale del nostro tempo funziona, produce salute, amplia il suo ruolo sociale, è al centro di reti di servizi. Il suo scopo è curare gli ammalati e sconfiggere le malattie, impiegando una cultura formalizzata e specifica per singole condizioni cliniche (la medicina basata sull'evidenza), il potere delle tecnologia che si pone come elemento irrinunciabile di molti processi, la formazione culturale e l'azione spontanea di categorie diverse di operatori, al cui interno si trovano a loro volta attori con sensibilità, storie, culture proprie. Ma come questo realmente avvenga non è riconducibile ad un modello unitario. Pochissimi sono gli ospedali che operano seguendo uno schema progettuale originario; l'organizzazione di quasi tutte le strutture storiche può essere analizzata solo a consuntivo, sulla ba-

se dei costi di gestione sostenuti, dei risultati clinici raggiunti, degli errori e delle condizioni conflittuali che si sono sviluppate – sempre che siano state segnalate –, degli standard di qualità e degli indicatori generali di comportamento che risultano dalle procedure ordinarie di verifica e di controllo. L'interrogativo primario a questo proposito è se il futuro riserva la possibilità di un maggiore controllo del sistema o se si continuerà a riprodurre la situazione attuale, per la quale l'ospedale si equilibra attraverso continui, progressivi aggiustamenti.

Ci si deve porre anche l'interrogativo se questa condizione di libertà sia negativa, oppure se risponda in maniera adeguata all'esigenza di un'organizzazione complessa, che da questa relativa elasticità interna trae gli strumenti per produrre risultati sempre più significativi nell'ambito della produzione di salute (o, più correttamente, nella messa in campo di mezzi perché la salute possa essere riconquistata anche attraverso il coinvolgimento del cittadino ammalato, con il quale si alleano componenti diverse di ordine umano e tecnologico).

Questa indicazione sull'organizzazione ospedaliera potrebbe prestarsi a critiche da parte di esperti della qualità, i quali hanno speso (e fatto spendere) energie umane ed economiche per formalizzare le tappe diverse di ogni procedura adottata all'interno dell'ospedale. Ma non è a questo livello che si deve considerare il criterio di qualità, bensì ad uno molto più elevato (non si discute infatti l'opportunità di un controllo – anche rigido – sulle procedure adottate negli specifici segmenti). Il punto centrale è riconoscere che il superamento delle difficoltà e dei potenziali conflitti ed il raggiungimento di outcome condivisi avvengono se il sistema è in grado di creare le condizioni per la convivenza di operatori e sistemi organizzati diversi, con l'attivo coinvolgimento di tutti gli attori interessati.

Di seguito vengono indicate alcune condizioni della vita ospedaliera indispensabili per garantire una risposta adeguata al bisogno.

La prima è la condivisione di un'idea attorno alla dignità e alla libertà della persona, in particolare se anziana e se resa sofferente e fragile dalla malattia. Sembra un'affermazione scontata, ma in molte circostanze pratiche il posizionare la persona debole al centro dei processi decisionali, superando problematiche economiche, conflittualità organizzative, lentezze burocratiche, generosità/egoismi degli operatori, non è facile. Per questo nell'ospedale – che è per definizione un concentratore di fragilità – la premessa del rispetto dei diritti e della dignità non è inutile. D'altra parte, l'evoluzione epidemiologica ha trasformato l'ospedale, non più luogo di attese e di parcheggi più o meno simulati, ma ambito di interventi, spesso complessi e incisivi, che si rivolgono a persone in condizione di grave bisogno. Tra gli strumenti per garantire la dignità del paziente in ambito ospedaliero vi è l'impegno nella definizione e nella ricerca dei risultati, perché la finalizzazione verso questi è la dimostrazione migliore che la struttura non è autoreferenziale ed auto-justificantesi, e quindi sostanzialmente irrispettosa di chi

fruisce i suoi servizi, ma ricerca il bene salute per le persone che vi accedono, con tanta maggiore attenzione tanto più rilevante è la fragilità. Sulla stessa lunghezza d'onda si collocano i comportamenti personali degli operatori ospedalieri: una risposta pronta, attenta e cortese alle richieste di pazienti e parenti è la dimostrazione più efficace che il lavoro di corsia con le persone fragili e non autosufficienti non si caratterizza come la "gestione di un fallimento", ma come un impegno forte perché le condizioni di salute possano migliorare, pur nell'ambito di confini ristretti. Attorno a queste tematiche alcune interpretazioni hanno criticato l'aziendalizzazione dell'ospedale, perché ridurrebbe il livello di "umanizzazione". Al di là degli aspetti formali e delle preferenze individuali, il termine azienda implica la ricerca di un obiettivo comune, il quale è la ragione stessa dell'esistenza del sistema ospedale. È necessario quindi assimilare il concetto di azienda, così come quello di efficienza, ponendo enfasi sul valore che viene dato al risultato finale, in cui l'equilibrio economico costituisce un vincolo, ma non un obiettivo. La misura finale del risultato dell'azienda sono quindi, in senso lato, gli outcome, anche se in alcune condizioni la loro rilevazione non è agevole, perché le malattie croniche spesso non si prestano a stadiazioni; questo obiettivo non può tuttavia essere discusso o confuso con altri, proprio perché sta alla base del riconoscimento della dignità della persona ammalata.

L'attività ospedaliera deve essere quindi incentrata sul percorso che parte dall'evidence based medicine e arriva agli outcome, utilizzando come strumenti operativi le linee guida e le capacità degli operatori. In questo modo si evitano le rigidità che talvolta cercano di imporsi; bisogna infatti accettare che le "grey areas of clinical practice" coprano un'area ancora rilevante del lavoro ospedaliero (spetta alla maturità complessiva del sistema accettarle, non come sconfitta del pensiero razionale, ma come indice di spazi che devono progressivamente essere occupati da pratiche controllate, anche se occorre ancora tempo per raggiungere risultati significativi). La stessa definizione degli outcome è difficile quando riguardano pazienti anziani fragili, affetti da polipatologia; il risultato principale da raggiungere è la dimissione in condizioni di autonomia che si avvicinino a quelle premorbuse (infatti sono il frutto di un insieme, spesso complesso, di atti di cura su singole malattie, associati ad interventi di sostegno delle condizioni generali e del livello di autonomia).

La ricerca degli outcome porta con sé la valorizzazione di strumenti operativi (protocolli e linee guida), che su specifici problemi suggeriscono comportamenti omogenei e condivisi. La loro implementazione non è facile, perché è necessario farli diventare parte della cultura operativa, evitando imposizioni che di fatto ne riducono l'utilità pratica. È l'ennesima prova dell'impossibilità di ottenere risultati soddisfacenti solo attraverso procedure formali, che non siano diffusamente condivise all'interno di un ospedale. Spesso nell'anziano la problematica

connessa con l'adozione di linee guida deve essere mediata con elasticità rispetto alla presenza di condizioni di salute (non autosufficienza) e di comorbidità, che rendono difficile il rispetto di procedure costruite su singole patologie. Questa realtà apre una serie di problematiche, connesse con la capacità del singolo medico di esercitare una mediazione fondata su cultura ed esperienza, ma anche su precise indicazioni di carattere medico-legale ed organizzativo.

Un'ultima considerazione sulla dignità-libertà del degente anziano è correlata con il ruolo dei famigliari. Questi sono mediamente in grado di interpretare al meglio i desideri del paziente. Si deve però constatare che questo ambito è governato da leggi e regolamenti inadeguati; mancano regole per gestire concretamente le decisioni, in particolare quando il paziente non è competente (quante inutili firme di consenso si raccolgono negli ospedali!) o quando sorgono conflitti all'interno della famiglia. Questi aspetti decisionali assumono grande rilevanza nelle attività ospedaliere; peraltro, la coscienza che la cura nell'ospedale è rivolta alla diade paziente-parente induce a mantenere le corsie aperte, a costruire un continuo coinvolgimento attivo dei caregiver, ad atteggiamenti positivi nei momenti critici; ciò ha ricadute anche sulla salute, e garantisce un'atmosfera di collaborazione e di serenità, indispensabile per una buona conduzione del reparto. L'ospedale deve essere sempre la casa dell'*hospitalitas*, come era insito nel nome tradizionale.

La realizzazione concreta del criterio di personalizzazione è il modo migliore per rispettare l'ammalato e il suo diritto alla libertà e alla dignità; l'ospedale è stato tante volte accusato di non essere attento al singolo e alla sua sofferenza, perché mirato solo agli aspetti organizzativi. Al contrario, la condizione della persona anziana ricoverata potrebbe rappresentare un ambito sul quale formare gli operatori ad un atteggiamento che è certamente tecnico (la migliore terapia per la specificità del bisogno), ma, prima ancora, aperto alla relazione, all'ascolto, al rispetto.

Una seconda condizione perché l'ospedale possa operare efficacemente è l'orgoglio da parte degli operatori per la propria professione e per la capacità – attraverso questa – di costruire percorsi positivi per riconquistare la salute delle persone ammalate. Non è facile nella concretezza della vita ospedaliera di oggi tener vivo l'orgoglio per la propria professionalità. Lunghi periodi di guida incerta e di obiettivi indicati in modo non adeguato hanno fatto perdere a molti operatori la coscienza di rappresentare il principale strumento per far funzionare il resto della macchina nella sua complessità. È invece necessario che l'orgoglio professionale, e quindi il senso di appartenenza, vengano compresi anche da parte degli ammalati, perché possano percepire di essere all'interno di un'impresa condivisa, di "una casa amata e valorizzata" da parte di chi vi lavora. Attenzione deve essere data a creare condizioni per le quali l'orgoglio non è fondato

su mere conoscenze di tipo gestionale, ma su approfondite, moderne e concrete nozioni attorno alle funzioni di cura. In questa logica l'attenzione verso le condizioni di maggiore fragilità biologica e clinica deve essere vissuta come una sfida che coinvolge tutto lo staff; il vecchio ammalato non è un obiettivo marginale nel lavoro ospedaliero, ma un punto di maggiore focalizzazione dell'impegno teorico e pratico. A tal fine è necessaria una formazione precisa, che faccia comprendere ai professionisti la nobiltà di un lavoro difficile; purtroppo si deve invece constatare una sempre minore attenzione alla formazione continua, settore che è stato vittima di tagli operati da chi non coglie l'importanza della "manutenzione della macchina" più importante dell'ospedale (la cultura teorica e pratica degli operatori).

Fino a non molto tempo fa la cura delle persone affette da malattie croniche era scarsamente apprezzata da chi lavora negli ospedali; oggi l'atmosfera è fortunatamente cambiata, perché si è capito il rilievo clinico delle cure, modello di una medicina di alto livello scientifico. Questa nuova sensibilità è anche il migliore antidoto alla comparsa di frustrazioni; numerosi dati confermano che il rischio di fragilità dell'operatore può essere bilanciato dalla formazione, che abbia al centro i problemi posti dalla complessità delle condizioni di malattia dell'anziano. In questo modo si crea una sorta di equilibrio tra situazioni lavorative pesanti e difficili e la coscienza soggettiva della reale utilità clinica dell'impegno. Ovviamente parte della formazione deve riguardare la modalità per avvicinarsi positivamente anche a risultati apparentemente modesti (gli "small gains" della letteratura americana), perché se ne comprende il valore per la persona fragile ammalata, che è particolarmente sensibile a miglioramenti – anche se limitati – della propria condizione.

Spesso gli insegnamenti scolastici e universitari trascurano l'aspetto della formazione alla relazione, come se questa competenza fosse giudicata una abilità marginale. Fra i pochi suggerimenti che ricevono, i futuri professionisti vengono invitati ad assumere un "atteggiamento di distacco" e di "neutralità". Fra gli obiettivi di una preparazione adeguata, di primaria importanza è invece la piena consapevolezza di quanto sbilanciata sia la relazione di aiuto: solo e legittimamente richiesta da parte del paziente, di totale disponibilità da parte del professionista. Chi si occupa dei pazienti anziani fragili riceve scarse gratificazioni, o qualche altra forma di restituzione per l'impegno che profonde, poiché i pazienti non guariscono. La fatica psicologica ed il pericolo di usura sottostante vanno affrontati esplicitamente con determinazione e serietà.

Un ulteriore elemento fuorviante deriva dall'invito che spesso viene rivolto ai futuri professionisti a fare riferimento ad un modello ideale e generico di comportamento altruistico, ignorando così che esiste una enorme differenza fra aiuto professionale e aiuto spontaneo. Gli operatori che lavorano in ospedale sono

chiamati alla sistematicità e alla ripetitività delle loro azioni, attività che non possono basarsi su un impulso di generosità momentanea, come avviene negli atti di dedizione o di altruismo occasionale, ma richiedono ben altro impegno e motivazioni. L'aiuto professionale costituisce una prestazione che fa parte di un lavoro dedicato, spesso, a molti pazienti. Se non si è adeguatamente preparati, è impossibile restare indifferenti al contatto sistematico e quotidiano con la sofferenza di tante persone, né rimanere immuni dalle possibili conseguenze.

Un importante punto di forza, e anche di protezione dei singoli, è rappresentato dal gruppo di lavoro con cui ed in cui si opera in ospedale. La capacità di integrare competenze professionali diverse attraverso il lavoro multidisciplinare svolto dal gruppo costituisce un aspetto fondamentale per la qualità dell'assistenza rivolta agli anziani. È un metodo di lavoro "costoso": richiede sincera volontà di confronto e di scambio fra pari, tempo, capacità di gestione del gruppo, una certa stabilità dell'équipe, un'adeguata opera di manutenzione ed una formazione continua. Perché il gruppo possa svolgere il suo doppio ruolo di realizzare al meglio i compiti verso i pazienti e di essere anche uno strumento per sorreggere gli operatori nelle occasioni in cui le loro fragilità tendono ad emergere, è necessario che l'équipe sia in grado di funzionare adeguatamente. In caso contrario, oltre a disperdersi la capacità di appoggio e di protezione dei singoli, il gruppo finisce per essere esso stesso fonte di problemi e per causare un ulteriore dispendio di energie degli operatori. Il lavoro in équipe richiede una preparazione specifica; non si può apprendere in modo indipendente dopo il periodo di formazione, perché la collaborazione paritaria richiede un allenamento culturale, costruito nel tempo su solide basi, che non possono essere solo esperienziali. La formazione al lavoro di équipe richiede anche lo studio di strumenti per favorire la comunicazione tra le figure dello staff, utili, tra l'altro, anche per accrescere una cultura clinica condivisa. Ancora troppi, infatti, sono in molti ambiti i punti oscuri nella trasmissione di compiti e responsabilità, che spesso si riflettono sulla qualità e l'efficacia delle cure prestate al paziente. Anche se molti si augurano che le nuove tecnologie riducano progressivamente l'area degli errori, l'implementazione efficace di modalità di lavoro innovative richiederà ancora molto impegno, molta disponibilità e molta intelligenza. Sulla stessa linea, è di particolare importanza la discussione interdisciplinare di casi clinici, perché induce all'autoriflessione, al confronto e quindi al miglioramento della prassi clinica.

Infine, e non è aspetto secondario, è necessario essere consapevoli che la formazione induce alla gentilezza, perché se ne comprende l'effetto positivo; la cura dell'anziano in ospedale comporta contatti frequenti con l'ammalato e con la sua famiglia, la cui qualità dà il tono complessivo al reparto, che così cambia da luogo di tensioni, e talvolta di malcelata aggressività, a luogo di serena collaborazione per il benessere del paziente.

Un terzo criterio è caratterizzato dalla continua revisione dell'attività svolta e dalla ricerca del nuovo, come strumento per evitare errori e frustrazioni. Al pari di molte altre grandi istituzioni, gli ospedali sono carichi di storia, che spesso si accompagna ad un eccesso di rigidità e alla non accettazione di processi innovativi. Ma questa non può essere la regola dominante, perché vi è il rischio di bloccare qualsiasi progresso, del quale l'ospedale ha continuo bisogno. Ogni processo innovativo ha alla base un sistema formativo adeguato, perché nulla cambia se il personale non è in grado di cogliere le situazioni ed i tempi più adatti al cambiamento stesso. L'ospedale deve formare con impegno e determinazione un capitale umano ricco e variegato, dotato di capacità tecniche, ma soprattutto in grado di affrontare ogni situazione imprevista, grazie ad una cultura flessibile, che sappia mettere in relazione ambiti e situazioni diverse. Il "capitale umano" diviene progressivamente anche "capitale sociale" per il sistema ospedale, un insieme di persone che con libertà e intelligenza governano il sistema delle macchine, adeguandosi a ritmi di efficienza e di produttività, ma conservando sempre un livello di autonomia e di soggettività che si rivela indispensabile per il governo a lungo termine di sistemi complessi (e quindi non sempre prevedibili) come l'ospedale. Nell'ambito della ricerca del nuovo si collocano anche progetti di ricerca scientifica in senso stretto, la cui collocazione all'interno degli ospedali deve diventare una pratica diffusa, per la possibilità di utilizzare modalità e procedure direttamente connesse con il "mondo reale", più vicine ai bisogni rispetto a molte situazioni "sperimentali e controllate". In particolare, ciò è importante per identificare le più opportune modalità di cura delle persone anziane fragili nei diversi luoghi di cura; infatti, su queste problematiche non vi è una "storia", ed anche le più recenti sperimentazioni non hanno ancora fornito risposte definitive.

Un ulteriore criterio, già in parte affrontato nelle righe precedenti, è il rifiuto della conflittualità fine a se stessa e la ricerca continua di mediazioni, anche quando sono difficili, tra realtà professionali diverse, la cultura umanistica e quella tecnologica, la sensibilità per gli interventi puntiformi e per quelli di lunga durata, ecc. Si tratta di mediazioni non coercitive, che lasciano ad ogni componente lo spazio che si sa ritagliare, senza limitazioni imposte, se non quelle che derivano dall'oggetto delle cure. Nella realtà attuale degli ospedali, caratterizzata da professioni che hanno ricevuto un insegnamento universitario, e che quindi si aspettano compiti e ruoli autonomi, possono nascere situazioni di disagio, che solo una lucida guida del sistema riesce a controllare, creando le condizioni per il raggiungimento coordinato di obiettivi comuni. È quindi importante che il responsabile di un servizio ospedaliero assuma il ruolo di leader dello stesso, indicando per ogni paziente l'obiettivo delle cure, per poi dividerlo con l'équipe; anche l'insieme di un servizio/reparto deve essere condotto con sicurezza verso obiettivi comuni, in stretta collaborazione con chi è responsabile delle profes-

ni sanitarie. In questa direzione un ruolo specifico deve essere giocato dalla dirigenza dell'ospedale, per trovare un equilibrio tra le diverse componenti e per collegare stabilmente il lavoro clinico con le premesse culturali e con la dimostrazione dei risultati. Una stretta collaborazione operativa, fondata su una comune cultura, tra i vari livelli direttivi, permette di definire, oltre agli obiettivi anche i limiti dell'attività ospedaliera; è argomento molto delicato, perché vi è il rischio – inconfessato e inconfessabile – che le problematiche economiche impongano di fatto le loro logiche. In questi anni si sono sviluppate alcune tendenze (da “choosing wisely” a “less is more”) che hanno indotto ad utili ripensamenti sui livelli di inappropriatazza dei diversi sistemi sanitari. Il fenomeno deve essere seguito con attenzione, anche se è necessario affermare che i fondi destinati alla spesa ospedaliera in Italia hanno raggiunto un livello che non può essere ulteriormente abbassato; gli eventuali risparmi, ottenuti attraverso il controllo degli sprechi, dovranno essere utilizzati esclusivamente per migliorare le dotazioni di personale e di tecnologia.

Un ultimo criterio di rilievo, che riassume quelli sopra indicati, rispetto alle condizioni di lavoro in ospedale, è il riconoscimento che la struttura ha compiti di salute, che si raggiungono attraverso l'applicazione di tecniche e tecnologie (direttamente o attraverso le conoscenze che da esse derivano), ma anche di relazioni. È importante affermare che la persona ammalata, a tutte le età, soprattutto quando si percepisce indifesa, è fatta di relazioni, di paure, di speranze, di gioie, di attese. Non sono condizioni “separate”, alle quali far fronte con supposti processi di “umanizzazione”, ma momenti strutturali dell'atto clinico-assistenziale. La cultura alla quale si ispira la vita ospedaliera deve essere indotta a considerare che il raggiungimento degli obiettivi di salute non è solo condizionato dall'adozione delle tecnologie, ma anche dalla costruzione di un ambiente che tenga in conto la dimensione relazionale e spirituale (nel senso più ampio), rispettoso nel profondo dell'umanità dolente che frequenta i luoghi delle cure. In questo modo l'ospedale diviene “la casa della speranza”, anche quando le condizioni oggettive dell'ammalato sono molto difficili; non per creare illusioni, ma per costruire un'atmosfera che valorizza le potenzialità di una clinica scientificamente fondata, anche nei riguardi di pazienti anziani, che sono gli utenti più numerosi, ma che con più facilità rischiano di essere trascurati.

La dirigenza deve indicare all'insieme dell'ospedale che la cura dell'anziano non è marginale rispetto al resto dell'attività clinica, ma ha un ruolo centrale, sia sul piano clinico che scientifico e civile. La sola enfasi sugli aspetti economici porta invece con sé il rischio di polarizzare l'interesse sulle procedure per minimizzarne i costi, trascurando la collocazione dell'ospedale in un certo livello di cultura medica e in un preciso quadro di risultati attesi dagli utenti. La guida dell'azienda – se adeguata al compito – non deve fungere da direttore di

produzione, né da ragioniere capo, ma essere il responsabile di collegare la struttura tecnica con gli scopi dell'ospedale, che sono indicati dalla comunità civile. Quest'ultima, che nel prossimo futuro sarà chiamata a sacrifici economici sempre più rilevanti per i propri servizi sanitari, non si accontenterà di assicurazioni generiche, ma pretenderà risposte precise alla domanda se – tra gli altri compiti – l'ospedale ha permesso il recupero di un equilibrio di salute delle persone anziane ricoverate, se non ha provocato nuove malattie, se si è fatto carico con continuità di storie di dolore e sofferenza.

L'anziano e l'ospedale

La trasformazione dell'organizzazione dei sistemi sanitari avvenuta in questi ultimi anni ha drasticamente modificato il ruolo degli ospedali, che, da luogo di ricovero aspecifico per problematiche di disagio, si sono sempre più posizionati come ambiti dove in un periodo breve vengono compiuti atti di cura mirati a specifici obiettivi. La trasformazione che si è realizzata in modo non omogeneo nelle varie aree geografiche, anche all'interno del nostro paese, non è stata solo conseguenza di provvedimenti amministrativi, ma di una evoluzione della cultura medica, del progresso della tecnologia e dello sviluppo di sistemi di assistenza extraospedalieri. In questa logica l'ospedale moderno è divenuto il luogo di atti diagnostici ad elevata caratterizzazione tecnologica, di atti di cura in ambito chirurgico e di atti di cura medica per patologie che richiedono intensità terapeutica.

L'ospedale nell'immaginario collettivo mantiene nel contempo una significativa funzione sociale ed è il centro più importante per il recupero della salute perduta: anche se in modo informale, non può quindi perdere il suo ruolo di appoggio per le fragilità, almeno fino a quando non si svilupperanno serie e diffuse alternative territoriali. A questo proposito, numerosi dati secondo i quali negli ultimi anni è aumentato il numero dei cittadini anziani afferenti ad un pronto soccorso indicano che di fatto l'ospedale continua a ricoprire un ruolo misto; è, cioè, dedicato alla cura delle patologie acute degli adulti, ma allo stesso tempo si fa carico dei bisogni degli ammalati cronici, che hanno l'esigenza di essere adeguatamente trattati per le riacutizzazioni o per la comparsa di nuove condizioni di malattia. È una funzione imm modificabile, perché il cittadino è legato all'ospedale da profonde radici psicologiche; resta però la tematica di grande rilievo della relazione tra ospedale e territorio, ambito al centro di molte discussioni, ma altrettanto critico. Chi gestisce realmente il paziente anziano fragile, e con limitazioni della propria autonomia, quando viene dimesso dall'ospedale? Fino a dove deve estendersi la competenza dell'ospedale, per garantire un adeguato accompagnamento del paziente nel tempo? L'imperativo di "defragmenting care", da tutti riconosciuto come condizione irrinunciabile per il benessere dell'anzia-

no ammalato, si ottiene nel modo migliore prevedendo di estendere nei prossimi anni il ruolo dell'ospedale, pur senza trascurare la crescita del territorio, o si deve programmare la costruzione di due sistemi separati, anche se interconnessi? L'interrogativo è stato argomento di precedenti Rapporti da parte del Network Non Autosufficienza; questo volume, invece, non entra nel dibattito, anche se ne riconosce la centralità per una razionale organizzazione del nostro servizio sanitario.

L'attività ospedaliera è incentrata sul percorso evidence based medicine (EBM)-outcome, passando attraverso l'utilizzazione di processi, protocolli condivisi, linee guida. Potrebbe sembrare un itinerario logico, ma è necessario tener in conto i limiti oggettivi che rendono precaria questa costruzione, fondata su una visione non sempre realistica del dato scientifico e della sua concreta applicazione al letto di ogni ammalato. Le aree incerte della pratica clinica sono ancora molto vaste: ciò avviene più frequentemente nei pazienti fragili, perché affetti da polipatologia e spesso con limitazioni dell'autosufficienza. La capacità di comprendere fino in fondo la storia clinica del paziente non può essere costretta solo all'interno degli schemi predisposti dall'evidence based medicine: il rapporto è dialettico e mutuamente arricchente.

La base per il processo di analisi delle condizioni della persona ammalata è rappresentata dalla valutazione multidimensionale, strumento che permette di conoscere le varie e complesse dimensioni vitali. La sua applicazione è sempre necessaria in ambito ospedaliero, perché permette di ottenere un quadro completo della situazione clinica, costruendo una reale, intensa vicinanza con i problemi del paziente. Purtroppo, però, non sempre questo viene fatto per mancanza di sensibilità geriatrica; l'équipe curante si trova così a raccogliere in modo disordinato segmenti di informazioni, limitando l'efficacia dei propri interventi. Anche la revisione periodica della condizione del paziente è un passaggio irrinunciabile, per fissare nel tempo l'instabilità tipica di ogni persona fragile, affetta da varie malattie in continua, dinamica interazione ed evoluzione. Un esempio dell'utilità della valutazione multidimensionale e della periodica revisione diagnostica e terapeutica è rappresentato dalla prevenzione del delirium, evento frequente nei degenti, di cui sono noti i principali fattori di rischio. Avere un quadro preciso e continuamente aggiornato di parametri quali l'orientamento, le percezioni sensoriali, il sonno, la mobilitazione, l'idratazione, la nutrizione, i farmaci, l'alvo, il dolore permette di seguire una linea terapeutica per la patologia (o le patologie) principali, senza una continua frammentazione delle cure per inseguire singole situazioni critiche. Inoltre, nello specifico, la prevenzione del delirium incidente dimostra che il paziente è stato adeguatamente studiato e compreso fin dall'ingresso in ospedale, adottando le misure opportune come attività di fondo di un reparto e non come modifica estemporanea dei comportamenti assistenziali. In questo modo si evitano anche i rischi indotti dalla comparsa del delirium, quali il prolungamento della degenza, una ridotta ripresa funzionale, fino ad un au-

mento della mortalità a breve termine. La valutazione multidimensionale è indispensabile anche per la rilevazione dei risultati ottenuti con le cure; infatti, se per alcuni settori dell'attività ospedaliera l'outcome è chiaro ed indiscutibile – il raggiungimento di una diagnosi, la guarigione dopo un intervento chirurgico, un atto di pronto soccorso di fronte a situazioni patologiche temporanee – per molti altri è più difficile arrivare alla dimostrazione di un risultato. In questi casi l'osservazione longitudinale strutturata è indispensabile per capire l'evoluzione della salute del paziente, seppure non sempre è possibile a causa della frammentazione dei sistemi di cura. La valutazione multidimensionale è importante anche per definire una prognosi che permetta di decidere se e come attuare interventi chirurgici o terapie oncologiche, caratterizzati da pesanti effetti collaterali; infatti indica la speranza di vita del paziente e quindi l'appropriatezza clinica di specifici atti di cura la cui efficacia si colloca nel tempo.

Questa impostazione dell'attività ospedaliera viene da taluno ritenuta difficilmente attuabile a causa della ridotta disponibilità di personale; pur considerando l'importanza del rilievo, è necessario ribadire che la conoscenza multidimensionale del paziente non è un atto facoltativo, ma il più importante di tutta la filiera delle cure, perché è la base (la bussola) di qualsiasi decisione razionale. Recentemente alcuni sistemi di valutazione della qualità ospedaliera hanno incluso tra gli aspetti da verificare l'esecuzione sistematica della valutazione multidimensionale e la revisione periodica della condizione dei pazienti. È un segnale di come la cura degli anziani fondata sui criteri più avanzati abbia raggiunto un alto livello di formalizzazione; a questo scopo un notevole contributo è fornito dall'adozione di cartelle cliniche computerizzate, guida a corretti e controllati comportamenti nel lavoro di corsia.

L'insieme delle condizioni che caratterizzano l'ospedale costituiscono il suo patrimonio inalienabile. Se ciò è vissuto nel profondo, nessuna pressione esterna, anche quelle pesanti indotte dalla crisi economica, sarà in grado di modificarne la vocazione verso un servizio rivolto alle persone più fragili, alle quali si mettono a disposizione scienza e tecnologia, cultura, esperienza e sensibilità, in dinamiche che trovano sempre nuovi equilibri. In quest'ottica la cura delle persone non autosufficienti rappresenta un ambito privilegiato, perché "costringe" l'ospedale ad esercitare al massimo le proprie caratteristiche. Si potrebbe affermare che, se è in grado di accudire in modo adeguato questi pazienti, ha acquisito la capacità di affrontare qualsiasi situazione, di qualsiasi complessità. Infatti la persona anziana non autosufficiente richiede capacità diagnostica specifica (l'intreccio delle patologie multiple necessita sensibilità clinica, per costruire un percorso con livelli diversi di intervento, evitando una dispersione che è fonte di danno per il paziente), una forte guida dei processi di cura, mirata al raggiungimento di precisi obiettivi, un'attenzione a tutte le dinamiche – biologiche, cliniche, psicologi-

che, ambientali – che determinano lo stato di salute anche in ospedale, la capacità di indirizzare le risorse disponibili (umane ed economiche) verso una direzione chiara, senza sprechi che hanno ricadute negative sul singolo paziente e il reparto di cura. A questo punto, però, si ripropone l'interrogativo di come sia possibile il raggiungimento di livelli così elevati di funzionamento in un ambito non rigido, dove le diverse professionalità e competenze devono trovare spazi di libertà e di autonomia. Il termine che più di tutti esprime la premessa per un funzionamento adeguato è il binomio formazione-cultura: solo una condivisione di fondo su come si curano le persone fragili, e come si organizza il lavoro per la loro salute, permette realisticamente di raggiungere importanti obiettivi di salute.

Alcuni aspetti critici

In ospedale, circa il 40% dei degenti sono anziani. Nel 2006, il tasso di ospedalizzazione per acuti per i 75enni era pari a 462 ricoveri ogni 1.000 abitanti rispetto ai 217 per 1000 della popolazione generale. Nonostante l'alta presenza di anziani fra i degenti, l'ospedale per acuti resta spesso un "hostile environment", che porta di per sé ad una "cascade of dependency": un terzo dei ricoverati anziani perde una o più funzioni della vita quotidiana durante la degenza. Parte del declino non è correlato alla malattia acuta, ma è un effetto avverso delle terapie e delle pratiche ospedaliere, disegnate per le persone giovani. Gli interventi per migliorare il rapporto fra ambiente ospedaliero e anziano fragile convergono nel ritenere che agire su di un solo aspetto è insufficiente, mentre sono necessari interventi a più livelli. Gli outcome migliori dipendono da alcuni fattori principali, tra i quali un ambiente predisposto, la cura centrata sulla persona, la valutazione medica frequente, la riabilitazione precoce, un piano di dimissione.

L'attenzione e la ricerca a favore dell'anziano in ospedale hanno indotto a elaborare una serie di proposte per ridurre lo stress, sia del malato che dello staff di cura (sono riportate di seguito per indicare un metodo che può trovare molte e diverse concretizzazioni): 1) modificare l'ambiente per la massima sicurezza e per compensare la perdita cognitiva; 2) controllare ogni fattore che aumenta lo stress: stanchezza, fattori di disagio fisico, stimoli sovrapposti o soverchianti, cambi nella routine, nei curanti o nell'ambiente, attività che eccedono le capacità funzionali del malato; 3) pianificare e mantenere una routine coerente; 4) attuare regolari periodi di riposo per compensare la stanchezza e la perdita di energia; 5) dare al paziente un riconoscimento positivo; 6) avere un atteggiamento non giudicante circa la appropriatezza dei comportamenti, con l'eccezione di quelli che pongono problemi di sicurezza; 7) riconoscere le espressioni individuali di stanchezza e di ansia, intervenendo per ridurre i fattori di stress al più presto possibile. Questi interventi per il benessere dell'anziano ospedalizzato si collocano nella

logica – precedentemente indicata – della relazione; l'ospedale non è solo un luogo di condivisione dello spazio, ma di tempi e atmosfere: il benessere è per sua natura sistemico. È quindi indispensabile che ogni intervento sia guidato da logiche unitarie, che discendono da una intensa condivisione culturale.

Recentemente sono state caratterizzate nella letteratura scientifica alcune tipologie di persone anziane, classificate come "hospital dependent" o affette da "post-hospital syndrome". Si tratta nel primo caso di individui che sviluppano un legame con l'ospedale, il solo luogo che risponde in modo adeguato ad una condizione di salute precaria, nel secondo di soggetti che subiscono le conseguenze di un'ospedalizzazione poco attenta all'autonomia del paziente e alle sue esigenze di vita "normale", ma che è stata, al contrario, creatrice di condizioni di disagio. In entrambe i pazienti sono bisognosi di attenzione sul piano psicologico e clinico, al fine di garantire loro il ritorno ai ritmi di vita precedenti al ricovero. Se si vuole realmente permetterne una dimissione efficace, affidandone la gestione ai servizi del territorio, è necessario prima di tutto creare le condizioni per le quali l'anziano ammalato si trovi a suo agio, cioè si senta accudito e protetto e non "scaricato" in un ambiente pieno di incertezze e di incognite (ovviamente non ci si nasconde la difficoltà di dover gestire queste dinamiche, perché le responsabilità sono frammentate e così i centri di comando e di controllo!).

Un segmento significativo dell'organizzazione ospedaliera, come sopra indicato, è rappresentato dall'area post dimissione, variamente denominata come "cure postacute", "ospedali di comunità", ecc. L'enfasi dedicata a questo settore suscita preoccupazione se lo scopo primario è il risparmio economico; se, invece, il tema centrale è l'inserimento progressivo dell'anziano nella sua casa, con pratiche di "accompagnamento dolce" verso la ripresa clinica e funzionale, si potranno raggiungere risultati di rilievo. È necessario inoltre chiarire l'esatta qualificazione di questi livelli di cure intermedie, evitando fraintendimenti e sovrapposizioni con il livello assistenziale della lungodegenza ospedaliera cod. 60 e con le RSA. È inoltre importante sottolineare che queste strutture non possono essere intese come realtà residuali, frutto di generiche riconversioni di piccoli ospedali; infatti solo personale preparato sarà in grado di svolgere funzioni che richiedono competenza non inferiore a quella per la cura delle condizioni di acuzie. Considerazioni analoghe si devono fare rispetto alla realizzazione di interventi low cost nei vari segmenti dell'assistenza. Pur considerando le oggettive difficoltà imposte dalle condizioni economiche complessive, vi deve essere da parte della comunità una sorveglianza specifica perché progetti "low cost" non diventino "low care". In questa stessa logica si deve tener conto che la dimissione avviene in un ambiente familiare e sociale sempre più in difficoltà e spesso la definizione delle priorità di intervento è determinata dalla capacità dei supporti formali e informali di offrire una rete efficace di protezione. Si pensi alla possibilità di se-

guire – dopo la dimissione dall'ospedale – con un minimo di adeguatezza, una terapia farmacologica; troppo spesso il supporto a casa non è nemmeno in grado di svolgere funzioni semplici. Lo stesso dicasi per il rispetto di procedure riabilitative al di fuori del controllo diretto di un operatore; mancato interesse, sfiducia, incapacità di comprendere i messaggi spesso inducono ad abbandonare programmi che prevedevano la continuità rispetto a quanto iniziato all'interno di un reparto ospedaliero.

La famiglia ha un ruolo di supporto psicologico molto importante; quando manca, perché l'ammalato vive solo, o è inadeguato sul piano psicologico (il coniuge anziano con limitate capacità sul piano cognitivo e affettivo), o, addirittura, è sostanzialmente disinteressata alla condizione del proprio familiare, perché fonte di disturbo e di lavoro (in questi casi spesso il compito è affidato alla sola badante, che lo interpreta in modo personale, fondandosi sulla propria generosità e capacità culturale), si riduce molto il potenziale di resilienza dell'ammalato, che quindi è costretto a riporre tutte le speranze di miglioramento sui servizi formali, troppo spesso inadeguati – da soli – al compito di cura e assistenza. Ovviamente in queste condizioni diventa difficile costruire un progetto di cura, al momento della dimissione; così si crea una situazione dannosa per il paziente, all'interno della quale, però, gli operatori sanitari dovranno imparare a muoversi sempre meglio, in modo da ridurre al massimo il danno, considerando che purtroppo la crisi della famiglia è un processo ancora in evoluzione. Tra gli operatori maggiormente coinvolti un ruolo centrale è esercitato dal medico di famiglia, sulle cui spalle si accumulano responsabilità sempre maggiori, con la modificazione del ruolo degli ospedali e la crescita delle cure territoriali, delle quali egli deve essere il regista. È però un'area ancora molto incerta, che peraltro non è stata chiarita nemmeno dalle più recenti sperimentazioni.

Dopo queste premesse generali è opportuno delineare schematicamente le grandi aree di attività dell'ospedale, allo scopo di analizzarne la capacità di prendersi cura delle persone più fragili, in particolare anziane.

a) I compiti diagnostici dell'ospedale dovrebbero venire espletati in un ambito organizzativo che permetta un'intensità molto elevata, con limitati spazi morti (12 ore al giorno, per 7 giorni alla settimana). Ciò comporta che anche chi è responsabile del caso sia disponibile con orari ampi e sia in grado di compiere rapidamente sintesi e delineare strategie (è importante che vi sia un reale lavoro d'équipe nella gestione del singolo paziente). Una degenza di pochi giorni dovrebbe risolvere in un ospedale di medie dimensioni la stragrande maggioranza degli interrogativi clinici. In questa prospettiva, le strutture diagnostiche (laboratorio, imaging, anatomia patologica, ecc.) rappresentano il cuore dell'ospedale e comportano esigenze di rapidità e di incisività che impongono un coinvolgimento dei tecnici che va molto al di là della stesura di un referto cartaceo (o su rete).

Ipotesi di concentrazione e parziale esternalizzazione di questi servizi, che per i presidi più piccoli rispondono a logiche di maggiore efficienza, potranno essere valutate solo all'interno di modelli che prevedono la piena integrazione dello staff diagnostico nei processi clinico-operativi dell'ospedale.

b) L'altro grande settore è quello chirurgico o strumentale in senso lato (fino alla radiologia interventistica, ecc.). Un ambito tecnologico, caratterizzato da un rapido turnover delle attrezzature, in grado di portare a risultati misurabili in tempi definiti. Naturalmente, l'outcome non è indipendente dall'appropriatezza degli interventi; anzi, un controllo degli stessi potrebbe mettere in luce abusi, sprechi, mal pratiche, costituendo una sorta di indirizzo del sistema che altrimenti rischia di autogiustificare se stesso e le proprie scelte (giuste o sbagliate) solo in nome dell'efficienza tecnologica.

c) Il terzo settore rilevante resta quello medico. Mentre per gli ambiti sopra descritti sono chiari i profili di appropriatezza, i risultati attesi e le relative procedure, per quanto riguarda l'ambito "medico" vi sono rilevanti incertezze: quale paziente dovrebbe essere trattato in regime di ricovero? Il paziente fragile, molto anziano e con polipatologia, quello con singole patologie complesse che richiedono alta intensità diagnostica e terapeutica? Le divisioni di medicina dei vecchi ospedali sono destinate a scomparire, perché in buona parte assorbite dalle competenze specialistiche, che peraltro svolgono la maggior parte della loro funzione in ambito ambulatoriale? Quale porzione e quali competenze di quest'area dell'ospedale devono però sopravvivere? A domande così complesse non è possibile dare risposte definitive, perché l'elaborazione culturale non è che all'esordio e le sperimentazioni effettuate non hanno prodotto risultati tali da indicare in modo definitivo un'evoluzione. Non è chiaro il fabbisogno in termini quantitativi né quale sia la tipologia di ammalati che vi debbano far riferimento. In ospedale è importante definire una terapia, anche se non è possibile misurarne tutti gli outcome nel breve periodo della degenza: l'outcome va spesso rilevato su parametri di lungo periodo e quindi occorre seguire il paziente nei suoi itinerari di vita, talvolta anche complessi, come è complesso lo stile di vita di molti ammalati cronici. Ciò pone la necessità che l'ospedale sia inserito in una rete di servizi che seguono il cittadino ammalato nella sua storia naturale. La soluzione più razionale dovrebbe prevedere un network di comunicazioni molto articolate, per cui l'atto intraospedaliero viene vissuto anche al di fuori come momento di un continuum e l'outcome viene quindi misurato per unità di tempo, indipendentemente da dove sia avvenuta la decisione terapeutica.

Un ragionamento specifico interessa i reparti ospedalieri di geriatria, almeno laddove non sono intesi come duplicati dei reparti di medicina. In un'ottica di progressiva specializzazione delle discipline mediche, la geriatria dovrebbe rappresentare l'ambito specialistico che, al di là di una funzione di consulenza delle

altre divisioni, è chiamato ad assolvere alla gestione di problematiche polipatologiche complesse e di pazienti con elevata fragilità. Vi sono in Italia molti esempi di geriatrie che rispondono in modo appropriato a questa funzione, che richiede un accurato controllo dei flussi di pazienti dal pronto soccorso e specifiche modalità operative (si veda nel volume il capitolo di Rozzini *et al.*).

In conclusione, l'ospedale è un luogo vitale per l'ammalato anziano; spetta agli operatori di ogni livello creare le condizioni perché ciò si realizzi, anche quando è un obiettivo difficile. Il volume NNA vuole essere un contributo in questa direzione: il benessere dell'anziano colpito da una grave malattia che ne ha indotto il ricovero è un imperativo ineludibile per ogni società civile!

Oggi sempre più frequentemente entrano in ospedale persone ultranovantenni in condizioni cliniche molto compromesse: nel nostro paese, nonostante le mille crisi che ci assediano, riusciamo ancora a rispondere alle loro esigenze. E la società nel suo complesso fornisce agli operatori gli strumenti per le cure. Questa attitudine, tra l'altro, è la migliore risposta a qualsiasi atteggiamento eutanastico, frequentemente dettato nel paziente e nei suoi famigliari dalle paure di non ricevere un aiuto adeguato nel momento tragico del bisogno.

In molti si sono cimentati in questi anni nella costruzione fisica di ospedali "belli"; anche se non sempre l'impresa è riuscita, attorno all'ospedale deve continuare la ricerca per costruire ambienti nei quali l'intimità non si traduce mai in esclusione, la luce naturale testimonia la vita, una convivenza serena tra molti attori diversi indica la comune attenzione per la guarigione. Anche l'ospedale per i vecchi deve avere queste caratteristiche, perché l'età non toglie la capacità di vivere il bello!

Lo stesso impegno in questi anni è stato dedicato a concentrare negli ospedali il massimo delle tecnologie, quasi a farne un laboratorio che offre ricadute più vaste sulla vita sociale. Anche questo è un grande vantaggio per i vecchi, perché l'età non toglie la capacità di fruire del progresso tecnico e scientifico, il quale – al contrario – trova nelle condizioni di fragilità un ambito di intervento "delicato", utile per mettere a punto strumenti di cura adatti a tutte le età.

A conclusione di questa premessa su compiti e ruoli dell'ospedale riprendiamo una frase da una grande rivista scientifica, sul ruolo centrale del rapporto tra medico e paziente per la qualità della cura: "When patients are in the presence of observant, authentic, connected clinicians, they are more likely to move past the distrust that so often accompanies the perception of clinicians' otherness and collaborate in addressing next steps that are scary, unknown, or unknowable". Si può affermare, con parole più famigliari, che i medici (e gli altri componenti dell'équipe) devono essere buoni, perché è la risposta migliore che si può dare di fronte alla sofferenza che ci circonda, nella professione come nella vita.

Alcune caratteristiche complessive dell'ospedale "amico dell'anziano"

- I pazienti con patologie acute hanno accesso ai servizi ospedalieri indipendentemente dall'età e dalla residenza (ad esempio le case di riposo); dove non vi è un'adeguata assistenza territoriale, il ricorso all'ospedale è legittimo sul piano civile e doveroso sul piano clinico per qualsiasi categoria di cittadini. Più i pazienti sono fragili e maggiori devono essere le attenzioni rivolte a loro.
- La continuità assistenziale nell'ospedale rappresenta la norma e i pazienti non devono essere trasferiti di letto se non per esigenze cliniche. Nel trasferimento ad altra équipe è prioritario attuare un'adeguata presa in carico, attraverso il passaggio di dati informatizzati e il contatto diretto fra gli staff.
- In ogni reparto vi deve essere un team medico stabile, focalizzato sulla assistenza complessiva del paziente.
- L'accesso all'assistenza specialistica è assicurato a tutti i pazienti e deve essere coordinato da un unico professionista chiaramente identificabile, in particolare quando coinvolge pazienti anziani con comorbidità.
- I livelli assistenziali disponibili in ospedale devono tener conto dell'urgenza e della complessità della patologia e il rapporto pazienti/infermieri deve essere dimensionato tenendo conto di tali fattori e delle caratteristiche del paziente (in particolare quelli affetti da difficoltà cognitive o altre fragilità, che richiedono maggiore attenzione anche nelle normali pratiche assistenziali).
- Le competenze e le capacità del team medico devono essere disponibili per tutti i pazienti ospedalizzati, anche quelli nei reparti chirurgici, perché molto spesso affetti da più malattie, oltre a quelle che hanno determinato il ricovero, le quali – a causa delle particolari condizioni di salute e ambientali – possono facilmente scompensarsi.
- L'ospedale deve porre attenzione ad offrire alternative ai ricoveri urgenti attraverso la realizzazione di ambulatori nell'area dell'emergenza, dove siano disponibili anche consulenze specialistiche. In molti casi l'istituzione di reparti di Osservazione Breve Intensiva Geriatrica permette di rispondere al bisogno senza incorrere nei rischi che l'ospedalizzazione prolungata può indurre nella persona anziana non autosufficiente.
- È indispensabile focalizzare sulla pianificazione dell'assistenza una parte rilevante del lavoro clinico e organizzativo durante la degenza, al fine di ottimizzare le dimissioni delle persone che non sono in condizioni di affrontare un periodo anche breve di non "copertura" clinico-assistenziale.
- I servizi sociali e sanitari del territorio devono essere organizzati in modo da accogliere i pazienti dimessi dall'ospedale con tempestività, e quindi con capacità di operare 7 giorni alla settimana.

2. **Gli ospedali e la cura degli anziani non autosufficienti: la prospettiva internazionale**

Carlos Chiatti, Laura Cassetta, Andrea Corsonello, Silvia Bustacchini e Fabrizia Lattanzio per conto del GdL INRCA su Ospedale a misura di Anziano(*)

1. **Introduzione**

Le difficoltà che oggi sperimentano le organizzazioni ospedaliere in Italia rappresentano in realtà una sfida globale su cui recentemente si è pronunciato anche l'ordine professionale dei medici britannico attraverso un report dal suggestivo titolo *Hospital on the Edge? The time for action* (Royal College of Physicians, 2012). Il report esorta professionisti e policy-marker a ripensare globalmente il ruolo e l'organizzazione dell'ospedale moderno. Identifica alcune "priority areas for action" per la creazione dell'ospedale del futuro tra cui sono elencate:

- la promozione della dignità dei pazienti e dell'assistenza "patient-centered";
- la riorganizzazione dei rapporti con i servizi territoriali;
- la revisione della formazione universitaria dei professionisti e delle specializzazioni;
- il bilanciamento delle competenze mediche e non mediche all'interno delle organizzazioni;
- l'aumento della disponibilità delle cure primarie;
- una "rivoluzione" nell'uso delle informazioni, grazie all'impiego delle nuove tecnologie;
- l'incorporamento delle strategie per il miglioramento continuo della qualità nelle organizzazioni;
- la valorizzazione del livello di governo centrale nella gestione delle politiche per la qualità in sanità.

Il presente capitolo nasce con l'obiettivo di fornire spunti tratti dalle esperienze internazionali per informare il dibattito italiano circa la riorganizzazione delle reti ospedaliere. Il capitolo contiene una riflessione su quelle che, secondo esperti e letteratura, dovrebbero essere le caratteristiche di un ospedale "a misura di anziano", intendendo con questa terminologia, un ospedale che non mira so-

(*) Fanno parte del Gruppo di Lavoro INRCA su "Ospedale a misura di Anziano", oltre che gli autori del capitolo, i seguenti professionisti: Franco Bonfranceschi, Antonio Cherubini, Giuseppina Dell'Aquila, Mirko Di Rosa, Paolo Fabbietti, Elisa Felici, Joseph Morton Rimland, Lorena Rossi, Vera Stara, Fabiana Trotta.

lamente alla risoluzione dei problemi di salute in fase acuta ma che ha anche come *mission* il mantenimento ed il miglioramento degli *outcome* funzionali dei pazienti ricoverati. Detto altrimenti, un ospedale che, mentre cura l'evento acuto, prende in carico complessivamente il paziente, cercando di prevenire le frequenti complicanze funzionali del ricovero in tali pazienti.

Nella prima parte del capitolo, utilizzando una prospettiva di livello meso/organizzativo, vengono trattati nel dettaglio i principali modelli organizzativi di ospedale rivolto alla popolazione anziana rinvenuti nel panorama internazionale. Nella seconda parte, utilizzando una prospettiva di livello micro/operativo, sono proposte alcune raccomandazioni per migliorare l'assistenza ai pazienti anziani ospedalizzati, elaborate a partire dalle esperienze internazionali. La conclusione contiene alcune riflessioni circa i gap presenti nelle evidenze scientifiche disponibili che potrebbero essere oggetto di approfondimento da parte di tutti i ricercatori ed i professionisti impegnati sui temi di interesse geriatrico e gerontologico.

La elaborazione del presente documento ha tenuto in considerazione due elementi chiave:

- l'approccio *evidence-based*: ogni raccomandazione cerca di intercettare i principali e più aggiornati riferimenti bibliografici sul tema;
- l'orientamento pragmatico: ogni raccomandazione mira a fornire indicazioni pratiche su come concretamente possa essere organizzato un ospedale *age-friendly*.

2. Tre modelli alternativi di organizzazione per l'assistenza ospedaliera al paziente anziano

Per rispondere alle nuove necessità dell'utenza geriatrica (ma anche ai molti cambiamenti dello scenario culturale ed economico), nei diversi paesi industrializzati sono stati da tempo avviati processi di reingegnerizzazione e ristrutturazione degli ospedali (Lega e DePietro, 2005). Dall'analisi della letteratura e delle esperienze internazionali è stato possibile individuare diversi approcci e soluzioni adottate per migliorare la qualità dell'assistenza ai pazienti anziani e rispondere così alle nuove sfide sociali e demografiche. Nel tentativo di giungere ad una sintesi vengono presentati tre principali modelli.

2.1. Le Acute Care Units for Elderly

In alcuni contesti, principalmente anglosassoni, sono previste all'interno di ospedali di tipo generalista unità operative specificamente dedicate alla cura dei pazienti geriatrici, sotto forma di reparti di geriatria o di *Acute Care Units for El-*

derly (ACE). L'ACE è una unità progettata specificamente per prevenire il declino funzionale e le relative complicanze negli anziani ricoverati per un evento acuto. Il modello è stato sviluppato da Landefeld e colleghi (1995) con l'obiettivo di aiutare i pazienti a mantenere o recuperare l'indipendenza nelle attività di base della vita quotidiana attraverso gli effetti combinati di cinque elementi chiave:

1. ambiente appositamente progettato ed adattato alle esigenze del paziente anziano (es. moquette, corrimano, corridoi sgombri, grandi orologi e calendari, sedili per elevare il WC e maniglie apposite per le porte);
2. cura centrata sul paziente e basata sulla Valutazione Multidimensionale (VMD), (valutazioni quotidiane dello stato fisico, cognitivo e psicosociale effettuate da infermieri ed incontri quotidiani del team multidisciplinare; attivazione di procedure per migliorare l'autosufficienza nell'accudirsi, la continenza, la nutrizione, la motilità, il sonno, la cura della cute, il tono dell'umore e lo stato cognitivo);
3. riabilitazione precoce, intesa come partecipazione del terapeuta della riabilitazione o del terapeuta occupazionale alle riunioni dell'équipe multidisciplinare o disponibilità costante dell'intervento del terapeuta della riabilitazione od occupazionale;
4. pianificazione precoce della dimissione (valutazione dei bisogni alla dimissione, precoce coinvolgimento di un assistente sociale e/o di un infermiere per le cure domiciliari se necessario);
5. monitoraggio continuo dei risultati (controllo quotidiano della terapia farmacologica e delle procedure diagnostiche, specialmente quelle invasive pianificate (es. cateterizzazioni).

Nel caso delle ACE, anche per via della limitata portata organizzativa delle strutture coinvolte (singoli reparti e non interi ospedali) che facilita la realizzazione di disegni di studio sperimentali e la misurazione degli *endpoint*, sono disponibili numerose evidenze relativamente alle dimensioni dell'efficacia clinica e dei costi. Per la prima volta, l'efficacia della metodologia ACE è stata valutata su 651 anziani non selezionati ricoverati per problematiche mediche acute nell'Unità di Medicina Generale dell'ospedale universitario di Cleveland, Ohio (USA). Questo studio per primo ha dimostrato la superiorità del modello ACE rispetto all'approccio tradizionale sotto il profilo del miglioramento degli outcome funzionali e dell'istituzionalizzazione evitabile in dimissione (Landefeld *et al.* 1995). A seguire, numerosi altri studi hanno valutato gli effetti in termini di outcome clinici e funzionali di reparti che avevano implementato uno o più degli elementi del modello ACE. Recentemente, Fox e colleghi (2012) hanno condotto una meta-analisi su 19 studi, di cui 13 trial (8 RCT) che ha evidenziato come il ricovero in unità ACE rispetto alle cure tradizionali sia anche in grado di ridurre le cadute, l'incidenza di delirium, la durata della degenza ospedaliera ed i costi, aumentando al contempo la dimissibilità a domicilio dei pazienti. Flood *et al.* (2013), utilizzan-

do dati amministrativi, hanno inoltre analizzato i costi sostenuti per sistemi organizzativi ACE nel 2010 evidenziandone l'economicità rispetto ai modelli tradizionali.

2.2. Il modello dell'ospedale per "intensità di cure"

In altre esperienze internazionali, il criterio di riordino del sistema ospedaliero è stato improntato al modello del cosiddetto "ospedale per intensità di cure", modello ispirato ai principi dell'ospedale *patient* – oppure *care-focused*. L'ospedale per intensità di cure ha in parte radici culturali nel modello manageriale del *lean thinking* che poggia sull'identificazione e miglioramento dei principali processi aziendali che creano valore e sull'eliminazione degli sprechi⁽¹⁾. Esperienze sovrapponibili a quelle dell'ospedale per intensità di cure sono rinvenibili nel caso del nuovo ospedale di Rotterdam in Olanda e del New Karolinska Solna di Stoccolma in Svezia (attualmente in costruzione) e, nella realtà anglosassone, del nuovo John Hopkins a Baltimora, dell'Oxford Radcliffe (UK) e del Mount Sinai Hospital a New York (Lega, 2012). Negli ultimi dieci anni anche alcune regioni italiane, quali Toscana e Emilia Romagna, hanno avviato processi di riforma della propria rete ospedaliera secondo il modello per intensità di cure. Varie sperimentazioni sono state condotte in altri contesti regionali, dove singole strutture hanno realizzato percorsi di riorganizzazione dei processi ispirati alle logiche di questo modello (per una rassegna di esperienze si veda Bensa e colleghi, 2008).

Secondo questo modello, il livello di assistenza richiesto dal singolo paziente consegue da una valutazione congiunta di instabilità clinica (associata a determinate alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità assistenziale (medica e infermieristica). Il livello di cura assegnato è quindi definito dalla tecnologia disponibile, dalle competenze presenti e dal tipo, quantità e qualità del personale assegnato. Il modello toscano di ospedale per intensità di cure identifica tre livelli: il livello 1 comprende la terapia intensiva e subintensiva; il livello 2, articolato almeno per aree funzionali, comprende il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve che presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale (*week surgery, one-day surgery*); il livello 3 è infine dedicato alla cura delle post-acuzie.

Da un punto di vista culturale, il nuovo modello dell'ospedale per intensità di cure richiede un ripensamento della presa in carico del paziente perché sia

(1) L'applicazione del *lean thinking* in ambito sanitario ha diversi limiti, in particolare si deve notare come il concetto di salute, che costituisce il corrispettivo in sanità di quello che è il "valore" in una azienda manifatturiera, è un costrutto multidimensionale la cui qualità si declina in diverse componenti quali l'efficacia, l'efficienza, l'appropriatezza, la tempestività, l'equità e la sicurezza. Ciò non toglie, comunque, che il *lean thinking* non possa essere utilizzato quale "criterio guida" per lo sviluppo di modelli organizzativi più complessi.

il più possibile personalizzata, univoca, condivisa tra i diversi livelli di cura (con un passaggio dal principio di "hosting" a quello di "case management"). Questo determina la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi con definizione di linee guida e protocolli condivisi e presuppone la creazione e lo sviluppo di ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema. Un medico tutor prende in carico il paziente quanto prima (entro 24h) dopo l'accettazione dello stesso, stende il piano clinico ed è responsabile del singolo percorso sul singolo paziente; si interfaccia con il MMG di cui è il principale interlocutore per il vissuto del paziente nell'ospedale. Il medico tutor è il referente informativo del paziente e della sua famiglia^(?).

Manca, tuttavia, nel modello per intensità di cure, un focus specifico sugli outcome del paziente geriatrico ed ad oggi non sono disponibili evidenze scientifiche, al pari di quanto avviene nel caso delle unità ACE, che dimostrino l'efficacia del modello tra la popolazione anziana. Anche per questa ragione, pur condividendo alcuni dei pilastri su cui si basa l'ospedale per intensità di cura quali la centralità del paziente e l'integrazione medico-infermiere ed ospedale-territorio, restano dubbi sulla capacità di tale modalità organizzativa di rispondere alle esigenze dell'anziano fragile. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al capitolo dedicato appositamente al modello dell'ospedale per intensità di cure.

2.3. *L'ospedale geriatrico*

In alcune realtà è applicato un criterio di specializzazione funzionale delle strutture ospedaliere per far fronte alle esigenze della popolazione anziana non

(?) Il livello di cura sub-intensiva rappresenta necessariamente solo una fase del percorso ospedaliero del paziente. Per questo motivo il modello prevede che il medico tutor del paziente a livello sub intensivo sia lo stesso medico tutor che ha preso in carico il paziente all'origine. L'anestesista è invece il consulente del medico tutor per quella fase del percorso, il responsabile di quest'ultima ha in carico il paziente dal punto di vista professionale. Il livello 3, quello delle post-acuzie, sembra configurarsi come un livello di decompressione, una zona cuscinetto dove trasferire i malati che per diversi motivi (anche motivi "sociali") non sono ancora dimettibili. Il livello 3 è quello nel quale i pazienti anziani possono essere ricoverati al fine di stabilizzare le proprie condizioni cliniche, sul modello dei reparti con cod. 60 (Lungodegenza). Per quanto riguarda, invece, le tre Aree funzionali, trasversali al secondo livello di intensità, previste dal modello organizzativo dell'ospedale per intensità di cure, prendendo ad esempio l'ospedale di Grosseto, si possono individuare: l'Area funzionale Chirurgica; l'Area funzionale Medica; l'Area funzionale Materno-infantile. A queste aree si aggiunge ovviamente l'Area funzionale di Terapia intensiva (Rianimazione, Utic, Subintensiva), tipica del livello 1. Elemento fondamentale del modello è inoltre il Dipartimento dell'Emergenza e Urgenza, che ha funzione di filtro e di indirizzo dei pazienti e stratifica il paziente nei diversi livelli. Il modello dell'ospedale per intensità di cura prevede un ruolo di importanza centrale per la professione infermieristica: i singoli pazienti sono assegnati ad un infermiere referente sulla base della loro competenza clinica e/o di pianificazione.

autosufficiente. Si tratta in questo caso degli ospedali di tipo geriatrico. Non sono molti gli ospedali di questo tipo all'estero ed in Italia, né tantomeno è possibile ritrovare evidenze che confermino o meno un effetto di questo tipo di organizzazione sulla qualità delle cure erogate e sugli *outcome* dei pazienti. È verosimile che tale modello possa favorire l'attenzione al paziente anziano, la formazione e la concentrazione del *know-how* geriatrico all'interno dell'organizzazione e la specializzazione dei professionisti sanitari. L'eventuale presenza di posti letto per le degenze di post-acuzie, può consentire una più agevole gestione dei trasferimenti del paziente tra i diversi reparti (come suggerito da Gillick, 2002), anche se per i rapporti con le altre strutture del territorio devono essere predisposti appositi protocolli.

Il rischio correlato al modello dell'ospedale geriatrico è tuttavia quello di discriminare i pazienti anziani, rischio che si potrebbe concretamente realizzare in quei contesti in cui negli ospedali limitrofi si concentrassero le tecnologie sanitarie più moderne e costose e gli specialisti più competenti.

3. Ingredienti della qualità dell'assistenza ospedaliera: alcuni spunti in chiave comparata

Al di là delle decisioni a livello organizzativo sulle caratteristiche della struttura ospedaliera nel suo complesso, sono numerosi gli interventi e le esperienze che possono essere implementate per migliorare l'assistenza erogata nei singoli reparti e/o processi.

Dall'analisi della letteratura internazionale, sono state identificate sei aree di interesse in grado di informare la riorganizzazione dei processi ospedalieri attorno le esigenze dei pazienti anziani non autosufficienti:

1. la valutazione multidimensionale;
2. l'integrazione dell'ospedale nella rete dei servizi territoriali ed il ruolo delle ICT (Information and communication technologies);
3. lo sviluppo delle competenze di Nursing geriatrico;
4. la valorizzazione delle risorse dell'anziano e della comunità;
5. buona gestione e documentazione per il regime farmaceutico;
6. ergonomia e importanza dell'ambiente fisico.

3.1. La valutazione multidimensionale

La Valutazione Multidimensionale geriatrica (VMD), traduzione letterale dell'inglese *Comprehensive Geriatric Assessment*, è definita come "un processo diagnostico multidimensionale ed interdisciplinare con il quale vengono identificati e spiegati i molteplici problemi dell'individuo anziano, vengono valutate le sue

limitazioni e le sue risorse, vengono definite le sue necessità assistenziali e viene elaborato un programma di cura complessivo per commisurare gli interventi a tali necessità” (Solomon, 1988). La VMD va ad esplorare le differenti dimensioni che consentono di definire le condizioni del singolo paziente anziano, quindi lo stato di salute fisica, psichica, il livello di autonomia funzionale, le condizioni socio-ambientali, lo stile di vita⁽³⁾. Una sua caratteristica fondamentale è l’interdisciplinarietà: diverse figure professionali sono chiamate a collaborare al fine di definire i problemi del paziente ed attivare il piano di assistenza individualizzato (PAI).

Da alcuni anni è costituito un consorzio di ricercatori di numerosi paesi (interRAI, www.interrai.org) che, senza alcun fine di lucro, hanno tradotto e validato uno strumento multidimensionale in differenti lingue ed hanno elaborato versioni specifiche per i diversi setting assistenziali (ad es. assistenza domiciliare, strutture residenziali, post-acuzie, mental health, ospedale per acuti e cure palliative). Si è costituita in tal modo una vera e propria batteria di strumenti di terza generazione (Bernabei *et al.*, 2008), di dimostrata efficacia, compatibile con i diversi setting. I risultati complessivi, valutati mediante meta-analisi, consentono allo stato attuale di concludere che la gestione del paziente anziano con questa metodologia porta ad evidenti vantaggi in termini di riduzione di morbilità, mortalità, disabilità e miglioramento della qualità della vita (Stuck *et al.*, 1993).

⁽³⁾ La VMD utilizza strumenti, definiti di prima generazione, quali il Mini Mental State Examination per la sfera cognitiva, la Geriatric Depression Scale per il tono dell’umore, il Mini Nutritional Assessment per lo stato nutrizionale, le Activity of Daily Living e le Instrumental Activity of Daily Living per lo stato funzionale. Questi strumenti presentano limiti significativi, innanzitutto perché possono esplorare una singola area, per cui per effettuare la VMD è necessaria la loro combinazione; sono puramente descrittivi in quanto non permettono di risalire ai fattori causali, momento essenziale per la pianificazione del progetto di assistenza; infine la disponibilità di più strumenti per valutare una certa area ha fatto sì che ogni operatore, ogni struttura o servizio assistenziale (domicilio, reparto per acuti, unità di post-acuzie, lungodegenza, riabilitazione, RSA, ecc.) utilizzasse una propria batteria di test, rendendo con ciò impossibile seguire l’andamento nel tempo del paziente da parte dei soggetti chiamati di volta in volta ad assisterlo, valutare l’efficacia dei trattamenti, così come confrontare i risultati di interventi differenti compiuti sulla stessa tipologia di pazienti. Tali limiti sono stati superati con gli strumenti di seconda generazione. Si tratta di strumenti di valutazione globali specifici per i diversi setting assistenziali (domicilio, ospedale, residenza, ecc.). Il principale strumento di VMD di seconda generazione è il RAI-MDS (Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set), elaborato con l’obiettivo dichiarato di rendere omogeneo e migliorare il lavoro degli operatori sanitari all’interno delle residenze per anziani degli Stati Uniti. Il RAI-MDS è composto di due parti: Scheda di Valutazione (MDS) e Sequenze di Identificazione dei Problemi (SIP). La Scheda di Valutazione rimanda quindi l’operatore a protocolli specifici che lo guidano alla ricerca dei fattori responsabili e quindi ad elaborare il piano di assistenza individualizzato (PAI) (Senin *et al.*, 2010).

Per quanto riguarda l'ambiente ospedaliero l'efficacia della gestione basata sulla VMD è stata recentemente confermata da una meta-analisi condotta da Ellis e colleghi (2011), in cui venivano analizzati 22 studi randomizzati e controllati. In tale studio veniva confrontato l'uso della VMD rispetto alle cure tradizionali, differenziando anche l'uso della VMD nelle ACE dal modello basato su un team multidisciplinare, che effettua la VMD al paziente ricoverato in un reparto non geriatrico e poi fornisce raccomandazioni allo staff medico che lo segue, senza essere coinvolto direttamente nella realizzazione dell'assistenza. Dalla meta-analisi emerge che i pazienti sottoposti a VMD hanno una maggiore sopravvivenza ed una maggiore probabilità di rientrare a domicilio dopo la dimissione rispetto ai pazienti che hanno ricevuto cure mediante una metodologia tradizionale. Inoltre, i pazienti sottoposti a VMD hanno una minore probabilità di essere istituzionalizzati o di presentare un declino funzionale e cognitivo. Questi ultimi risultati si ottengono quando la VMD è effettuata nell'ACE e non quando viene effettuata da un team di consulenza geriatrica; la spiegazione può essere nel fatto che il personale che lavora in un reparto dedicato alla cura dell'anziano è più formato e competente nella gestione di questa tipologia di pazienti; mentre i team mobili deputati a fornire consulenze possono incontrare maggiori difficoltà nel modificare il comportamento di altri operatori sanitari impegnati direttamente nell'assistenza al paziente e nell'implementazione delle raccomandazioni per il trattamento.

A ciò si aggiunge la possibilità di utilizzare la VMD come strumento per rivedere e migliorare i sistemi tariffari di remunerazione delle strutture eroganti. I pazienti anziani sono caratterizzati spesso da un'elevata domanda di assistenza socio-sanitaria e necessitano quindi di maggiori attenzioni da parte del personale ospedaliero. È evidente, ad esempio, come un paziente giovane ed un grande anziano abbiano bisogno di diverse attenzioni nell'ambito di un decorso post-chirurgico. In tal senso è sempre più auspicabile che avvenga una integrazione tra la logica dei DRG e quella, ad esempio, tipica del sistema RUG (Bjorkgren *et al.*, 2000). Questa è certamente un'area per nuove sperimentazioni, dalle quali potrebbero scaturire nuove modalità di lettura dei dati di produzione delle strutture ospedaliere.

3.2. *L'integrazione dell'ospedale nella rete dei servizi territoriali ed il ruolo delle ICT*

Per quanto una struttura ospedaliera possa plasmarsi attorno ai bisogni del paziente anziano e favorirne il miglioramento degli esiti, va considerato come essa debba rappresentare pur sempre un punto di passaggio, necessario per risolvere un bisogno di salute acuto, la cui durata dovrebbe essere ridotta al minor tempo possibile. Questo non solo perché l'utilizzo dell'ospedale si associa a costi

rilevanti per il Sistema Sanitario Nazionale, ma anche per via delle evidenze che suggeriscono come una maggiore durata del ricovero ospedaliero si associ a rischi incrementali di deterioramento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana e più in generale a eventi sfavorevoli quali infezioni ospedaliere, allettamento e delirium (Boyd *et al.*, 2005). Ne consegue come, appena il quadro clinico lo consenta, dovrebbe essere predisposto il trasferimento del paziente a setting assistenziali alternativi a maggiore valenza socio-sanitaria e riabilitativa. Questi pazienti presentano un complesso quadro clinico, caratterizzato da multimorbilità e da un diverso livello di disabilità, con conseguente presenza di un regime di trattamento polifarmacologico, pertanto i trasferimenti stessi tra i diversi *setting* assistenziali rappresentano un rischio per la loro condizione di salute (Gillick, 2002). La garanzia della continuità dell'assistenza rappresenta pertanto un obiettivo chiave per tutto il sistema sanitario e socio-sanitario ed assume particolare rilevanza per il paziente anziano⁽⁴⁾. Azioni che contribuiscono a migliorare questo aspetto sono da considerarsi strategiche sia per strutture ospedaliere che seguono il modello di organizzazione per intensità di cure che per quelle strutture che mirano a migliorare l'assistenza ai pazienti di area geriatrica in altri modelli organizzativi.

In letteratura è chiaramente evidenziato il beneficio per pazienti e organizzazioni dell'implementazione di protocolli di dimissione protetta (in inglese "discharge planning") che possano facilitare le transizioni del paziente dall'ospedale ad un *setting* a minore intensità. Questa tipologia di interventi prevede spesso l'azione di un assistente sociale e/o di un infermiere incaricati di gestire i rapporti con le famiglie e i servizi territoriali di assistenza. In particolare, la condivisione di strumenti di valutazione comuni e sistemi informatizzati per la trasmissione dei dati sensibili consentirebbe una maggiore snellezza e semplicità nei passaggi e potrebbe contribuire a garantire la continuità dell'assistenza. Secondo una recente review della Cochrane interventi di questo tipo, costruiti attorno alle esigenze dei pazienti, sono efficaci nel ridurre la lunghezza della degenza ospedaliera e i tassi di riammissione (ricoveri ripetuti), sebbene i vantaggi dal punto di

⁽⁴⁾ Ai fini analitici, il concetto di continuità assistenziale è stato declinato su tre dimensioni: 1. Continuità relazionale, consistente nella relazione continua del paziente con diversi professionisti sanitari e socio-sanitari che forniscono assistenza in modo organico, coerente e attento allo sviluppo del percorso di trattamento in senso prospettico. 2. Continuità gestionale, che si realizza attraverso un'azione complementare e temporalmente coordinata e integrata dei servizi/professionisti coinvolti nel sistema di offerta assistenziale (particolarmente importante in patologie cliniche croniche o complesse, che richiedono l'integrazione di più attori professionali/istituzionali nella gestione del percorso paziente). 3. Continuità informativa, che permette la comunicazione tra i soggetti istituzionali/professionali che afferiscono ai differenti *setting* assistenziali nel percorso di cura del paziente.

vista della mortalità o di altri *outcome* di salute rimangono ancora incerti (Shepherd *et al.*, 2013). Un fattore chiave per la buona riuscita di questi interventi è la possibilità di assicurare la continuità informativa, ovvero la capacità delle organizzazioni e dei professionisti di comunicare e trasmettere le informazioni fondamentali per il proseguimento del processo assistenziale nei setting successivi. In questo ambito, da tempo ha assunto rilevanza l'impiego delle nuove tecnologie informatiche. Le "Information and communication technologies" (ICT) in ambito sanitario possono infatti facilitare la cattura, la manipolazione (o il *processing*), l'archiviazione e lo scambio dei dati in formato elettronico, con il potenziale di migliorare la gestione delle informazioni, l'accesso ai servizi sanitari, la qualità delle cure ed il contenimento dei costi (Garg *et al.*, 2005, Souza *et al.*, 2011)⁽⁵⁾. Ad oggi, è chiara l'efficacia di interventi finalizzati ad informatizzare i processi, mentre la principale barriera per una larga diffusione di queste tecnologie è rappresentata dalle difficoltà del personale di utilizzare nuovi strumenti e di modificare la loro routine lavorativa (Gagnon, 2009). Le iniziative di successo osservabili all'estero suggeriscono che particolare attenzione vada rivolta al coinvolgimento e alla formazione degli operatori, affinché comprendano l'utilità di servirsi di nuovi strumenti ed i benefici che si possono ottenere sia per i pazienti che per la propria attività professionale.

3.3. Lo sviluppo delle competenze di nursing geriatrico

Il nursing geriatrico può svolgere un ruolo chiave durante il ricovero ospedaliero di un paziente geriatrico (Conley, 2012). L'efficacia dell'assistenza infermieristica del paziente è infatti misurabile anche in termini di prevenzione dei problemi iatrogeni dell'ospedalizzazione quali le cadute, le lesioni da decubito, il delirium, la polmonite e le infezioni delle vie urinarie. Il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) infermieristico può includere interventi diretti o indiretti con l'infermiere che esercita la conoscenza, le norme e le competenze per affrontare l'assistenza del paziente anziano. Il paziente è visto nel contesto di fattori umani e organizzativi che influenzano la malattia e la gestione delle risorse: la valutazione e l'intervento basati sull'evidenza (*Evidence-Based Nursing*) pongono il paziente e la famiglia in posizione centrale. La condivisione del piano con i familiari aiuta la gestione delle loro aspettative e della loro ansia contribuendo ad un maggiore coinvolgimento ed evitando i conflitti. I programmi di formazione

⁽⁵⁾ Una classificazione delle ICT prevede cinque categorie: 1. Record Sanitari Elettronici (che includono record dei pazienti, clinical administration systems, digital imaging & archiving systems, e-prescribing, e-booking); 2. Telemedicina e servizi di teleassistenza; 3. Reti di informazioni sanitarie; 4. Strumenti elettronici di supporto alle decisioni dei professionisti; 5. Tecnologie e servizi basati su internet.

mirati ad ottenere le necessarie competenze per l'implementazione delle migliori pratiche, hanno come target non solo gli infermieri, ma anche le figure di supporto, quali gli operatori socio-sanitari.

L'importanza del nursing per il paziente geriatrico ha incentivato la realizzazione di sperimentazioni finalizzate alla creazione di modelli di intervento specifici quali il *Geriatric Resource Nurse Model* (GRN) e il *Geriatric Syndrome Management Model* (Allen e Close, 2010).

Nel primo modello, infermieri appartenenti alle singole Unità Operative scelgono spontaneamente di diventare GRN. I GRN acquisiscono una specifica competenza nella cura degli anziani attraverso programmi educativi e la partecipazione a gruppi di lavoro infermieristici in ambito geriatrico, anche attraverso il *mentoring* di un infermiere geriatrico esperto. I GRN migliorano l'assistenza geriatrica modellando le migliori prassi e fornendo agli infermieri strategie, risorse e consulenza in presenza del paziente e feedback per quanto riguarda la cura per i pazienti anziani. Le unità operative hanno in genere più di un GRN, per coprire tutti i turni della giornata. I geriatri, i medici di assistenza primaria forniscono consulenza al GRN e all'infermiere geriatrico esperto. Il modello GRN era stato attuato in 42 ospedali americani della rete NICHE (*Nurses Improving Care for Healthsystem Elders*). I coordinatori degli ospedali NICHE hanno indicato i GRN come una preziosa risorsa per la struttura, soprattutto per via della loro capacità di concentrarsi sulle esigenze di cura dei pazienti anziani, e di coinvolgere gli altri infermieri ed il team interdisciplinare. Diversi coordinatori hanno notato, tuttavia, come l'implementazione ed il consolidamento del modello GRN siano lenti e difficili senza il sostegno istituzionale della dirigenza aziendale e l'accettazione da parte dei medici nei reparti.

Nel *Geriatric Syndrome Management Model*, infermieri geriatrici esperti cercano di migliorare l'efficacia con cui gli infermieri valutano e gestiscono sindromi geriatriche comuni come il delirium, le cadute, l'incontinenza urinaria, i disturbi del sonno, attraverso la consulenza e la formazione dello staff. In genere, per attuare il modello di gestione della sindrome geriatrica, l'infermiere geriatrico esperto individua gli strumenti di valutazione esistenti ed i protocolli o gli algoritmi che sono stati convalidati nel loro uso per i pazienti anziani. Le procedure sono anche riviste per identificare potenziali ostacoli all'implementazione del modello e/o altri aspetti critici del processo di cura. Ad esempio per migliorare la prevenzione e gestione delle cadute, in alcuni ospedali possono essere modificati i letti ed acquistati modelli più bassi. Infine, l'infermiere esperto dovrebbe lavorare in team con il gruppo di miglioramento della qualità e di "risk management" per identificare i marcatori che possono essere monitorati per valutare i risultati di salute. L'attuazione include strategie per migliorare i processi di reclutamento del personale, la sua formazione, l'assistenza e la consulenza tecnica ai reparti al fine di garantire il massimo risultato.

3.4. La valorizzazione delle risorse dell'anziano e della comunità

Lo scarso coordinamento che si riscontra tra strutture ospedaliere, rete territoriale dei servizi e presidi residenziali – e la conseguente perdita di informazioni sui trascorsi e sui piani di trattamento assistenziali dei pazienti – fa sì che le famiglie di anziani non autosufficienti molto spesso non ricevano un'adeguata informazione ed educazione nella gestione post-ricovero dell'anziano, con conseguente disagio psico-fisico nell'affrontare il carico assistenziale richiesto.

Per far fronte a questo inconveniente, in alcune realtà sono già stati realizzati progetti per l'identificazione ed il coinvolgimento precoce dei familiari dell'anziano (nonché di eventuali figure di supporto, come le assistenti – spesso straniere – assunte a pagamento dalla famiglia stessa) in un percorso informativo-formativo, che si avvia già durante il periodo di permanenza ospedaliera – quando massima è la propensione all'apprendimento dei familiari, da un punto di vista temporale, emotivo e cognitivo – per proseguire poi, dopo la dimissione del paziente, in affiancamento ai servizi territoriali.

Tali percorsi informativi-formativi si basano sul riconoscimento del fatto che i familiari del paziente rappresentano delle cruciali figure “ponte” tra l'ospedale ed il domicilio, di cui occorre valorizzare il potenziale doppio ruolo – di persona affettivamente coinvolta e di soggetto erogatore di cure – che le stimola ad apprendere nuove nozioni ed a ricercare punti di riferimento. Un tempestivo supporto educativo a loro favore può pertanto contribuire ad alleviarne il senso di smarrimento, in un momento delicato per l'equilibrio familiare, e trasformare i familiari dell'anziano da spettatori passivi ad elementi attivi del processo riabilitativo-assistenziale, ottimizzandone gli esiti con evidenti ripercussioni positive sul piano individuale (dell'anziano), familiare (del nucleo di appartenenza) e sociale (in termini di più efficace ed efficiente gestione delle risorse pubbliche).

In altre realtà sembrano essersi rivelati particolarmente efficaci i programmi di *rooming-in*, sulla scia di quanto avviene nell'area materno-infantile, in modo da favorire la partecipazione e la presenza dei caregiver che intendono contribuire all'assistenza del paziente durante la fase di degenza ospedaliera. I familiari (o altri assistenti a pagamento) possono dormire in sedie pieghevoli o in un letto nella stanza del paziente, nel rispetto di protocolli interni, opportunamente condivisi tra i professionisti dell'ospedale (Merck Manual, 2014). Questi programmi se adeguatamente indirizzati, forniscono un'assistenza migliore e alleviano il personale di alcune richieste di assistenza, considerando inoltre che possono avere l'effetto di ridurre l'ansia del paziente e il verificarsi di episodi di delirium e fornire un supporto nell'ambito del processo di recupero del paziente.

Il ruolo del volontariato merita un approfondimento a parte. Un esempio di coinvolgimento dei volontari nei processi di assistenza ospedaliera è fornito dall'esperimento HELP (<http://www.hospitalelderlifeprogram.org>). HELP (*Hospital*

Elder Life Program) è un modello innovativo di cure ospedaliere creato da Inouye e colleghi presso la Scuola di Medicina di Yale University. È stato progettato per prevenire il delirium e il declino funzionale tra gli individui anziani nel *setting* di ricovero ospedaliero. HELP utilizza un team interdisciplinare e protocolli di intervento mirati a migliorare gli *outcome* dei pazienti, nonché volontari appositamente formati che svolgono la maggior parte degli interventi non-clinici. Gli interventi personalizzati di HELP includono visite giornaliere ai pazienti; attività terapeutiche di stimolazione cognitiva; pratica di esercizio quotidiano e assistenza nel camminare; supporto nell'alimentazione e protocolli per prevenire la perdita dell'udito e della vista. L'esperienza di HELP ad oggi è stata replicata in oltre 63 ospedali in tutto il mondo.

3.5. Buona gestione e documentazione per il regime farmaceutico

La complessità organizzativa e gestionale della filiera del farmaco in ospedale è in crescita esponenziale ormai da molti anni. Se da un lato l'esplosivo progresso in campo tecnologico e medico produce opportunità di cura sempre più numerose e sofisticate, dall'altro la domanda incalzante di efficienza e qualità porta alla riduzione dei tempi di ricovero. Come conseguenza, il paziente è sottoposto in tempi sempre più stringenti, durante il ricovero, ad un numero crescente di attività mediche, di terapie e trattamenti diagnostici, che possono innalzare la probabilità di incorrere in errori.

La complessità e le sue conseguenze sono ancor più pressanti quando ci si rivolge al paziente anziano ospedalizzato. In particolare, il paziente anziano affetto da multimorbilità è generalmente sottoposto a trattamenti polifarmacoterapici che lo espongono ad un elevato rischio di eventi avversi. L'ospedalizzazione spesso interviene a complicare ulteriormente il quadro in quanto l'acuzie determina generalmente un ulteriore incremento del numero di farmaci somministrati.

Anche nel caso della gestione dei farmaci, la tecnologia è in grado di fornire un contributo essenziale. Le esperienze sull'applicazione della *Radio Frequency Identification technology* (RFID) e sul "carrello intelligente" mettono oggi a disposizione dei modelli la cui efficacia è stata dimostrata in diversi contesti ospedalieri. La tecnologia RFID si basa generalmente sull'uso di braccialetti dotati di un sistema RFID attraverso il quale il paziente può essere identificato in ogni fase del suo passaggio in ospedale dal momento dell'ingresso. Nelle forme più diffuse di sistemi RFID ospedalieri, medico ed infermiere sono costantemente in grado di identificare il paziente attraverso le loro credenziali RFID e l'intero processo di gestione dei farmaci è costantemente monitorato. Il medico prescrive la terapia a computer direttamente da un prontuario aziendale, la prescrizione informatica diventa istruzione diretta ed immediata per l'infermiere (oltre a

consentire al farmacista di fornire eventuali indicazioni sull'appropriatezza terapeutica). L'infermiere che somministra la terapia con "carrello intelligente" si identifica ed identifica il paziente con bracciale RFID, riceve dal sistema eventuali avvertenze specifiche per ciascun singolo paziente, viene guidato nel reperire il farmaco giusto nel posto giusto, traccia la somministrazione, scarica la terapia per tipo e quantità (dosi singole) nel record riferibile al paziente. In tal modo la somministrazione è sempre tracciabile da parte del medico, che ne può verificare la correttezza, e da parte del farmacista, che può così registrare in tempo reale il consumo del farmaco e provvedere al ripristino ottimizzando i tempi di approvvigionamento.

Tali sistemi sono stati sperimentati nel setting ospedaliero con l'obiettivo di ridurre gli errori medici e migliorare l'efficienza del flusso di lavoro. Ad esempio, uno studio retrospettivo condotto su 1200 pazienti ricoverati in sei ospedali negli USA ha dimostrato che numerosi eventi avversi possono essere prevenuti semplicemente attraverso l'utilizzazione della prescrizione medica computerizzata (Hug *et al.*, 2009). L'uso di un sistema RFID con braccialetto BCMA (Bar-Code Medication Administration) è stato sperimentato nel setting ospedaliero dimostrandosi potenzialmente in grado di ridurre con elevato grado di efficienza gli errori medici/infermieristici ed il sovraccarico di lavoro degli infermieri (Ohashi *et al.*, 2010). Un altro studio ha anche dimostrato l'applicabilità di protocolli RFID specificamente orientati alla sicurezza del paziente durante l'ospedalizzazione (Peris-Lopez *et al.*, 2011). È certamente necessario considerare che le esperienze citate non sono state condotte in setting ospedalieri dedicati al paziente anziano e pertanto gli strumenti tecnologici disponibili al livello attuale delle conoscenze necessitano verosimilmente di essere raffinate ed orientate ai problemi di comune riscontro nella pratica ospedaliera geriatrica. Tuttavia, considerato il maggior rischio che la popolazione anziana che afferisce all'ospedale per acuti presenta per i motivi sopra ricordati, si ipotizza che proprio in una popolazione a maggior rischio di errore l'applicazione di tale tecnologia possa avere buona efficacia e generare forti risparmi in termini di eventi avversi prevenuti e di ottimizzazione gestionale.

3.6. Ergonomia e importanza dell'ambiente fisico

Parlare di ergonomia dell'ospedale e del ruolo che l'ambiente fisico può aver sul decorso clinico ospedaliero significa comprendere i bisogni e le limitazioni dell'anziano all'interno dell'ospedale che, come noto, hanno un impatto significativo sulla salute e la sicurezza del paziente e del personale, nonché sulla qualità complessiva dell'assistenza (Aiken *et al.*, 2011; Hignet, 2010; Ulrich *et al.*, 2008).

Ad oggi, l'aderenza esclusiva ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente in Italia (ad esempio in materia edilizia, igienico-sanitaria, di

prevenzione incendi, sulle barriere architettoniche, sulla prevenzione e sicurezza sul luoghi di lavoro) non è garanzia di “progettazione universale”, intesa come progettazione e realizzazione di edifici, prodotti e ambienti di per sé accessibili a ogni categoria di persone⁽⁶⁾. Le evidenze in letteratura d’altro canto, mostrano come possa essere efficacemente prevenuto il deterioramento cognitivo ad esempio favorendo la deambulazione, l’indipendenza fisica, l’orientamento o creando spazi familiari, percorsi facilmente riconoscibili e abituando il paziente alle modifiche dello spazio abitato.

Alcuni accorgimenti devono essere utilizzati sin dalla fase di progettazione dell’ospedale, per via del fatto che alcune caratteristiche strutturali sono difficilmente modificabili una volta che l’ospedale è stato realizzato. Altri fattori sono invece più semplici da controllare e implementare operativamente perché riguardano ad esempio la disposizione degli arredi e la destinazione di utilizzo delle stanze. In questo periodo di ristrettezza economico-finanziaria, questi “micro-accorgimenti” potrebbero anche essere implementati a basso costo e contribuire a migliorare l’assistenza dei pazienti anziani.

Tra i diversi macrofattori da considerare in fase di progettazione di un ospedale, particolare attenzione va posta al temperamento tra esigenze di assistenza, prevenzione degli infortuni e rispetto della riservatezza degli ospiti, nonché alle barriere architettoniche da evitare (Mourshed, Zhao, 2012). È pertanto raccomandato l’uso di segnaletiche appropriate, mancorrenti in vista, sistemi di allarme personale, rilevatori di vario genere in modo da accrescere il livello di sicurezza e di fruibilità degli ambienti nel rispetto della riservatezza. Un’attenta progettazione dovrebbe tener conto dell’impiego del colore ai fini della caratterizzazione ambientale ed oggettuale, delle diverse funzioni delle stanze e delle diverse persone che ne usufruiscono e del tipo di malattia curata. Inoltre, bisogna considerare attentamente l’ambiente sociale, culturale e geografico, le diverse età dei fruitori, la maggiore o minore gravità del loro stato

⁽⁶⁾ È un approccio che si basa su 7 principi universali di utilizzo che servono a valutare i progetti esistenti, guidare i processi di progettazione ed educare designers e users sulle caratteristiche di prodotti e ambienti meglio utilizzabili (<http://www.ncsu.edu/project/design-projects/udi/>): 1. Uguale Utilizzabilità, consente la stessa utilizzazione a tutti gli utenti; 2. Flessibilità d’uso, consente una vasta gamma di preferenze e abilità individuali; 3. Semplicità ed intuitività a prescindere dall’esperienza, dalle conoscenze, dalle capacità di linguaggio o dal livello di concentrazione dell’utilizzatore; 4. Informazione percettibile indipendentemente dalle condizioni ambientali o dalle abilità sensoriali dell’utilizzatore; 5. Tolleranza agli errori in modo da minimizzare i rischi e le conseguenze avverse di azioni accidentali o non intenzionali; 6. Contenimento dello sforzo fisico in modo da garantire un utilizzo efficace e confortevole con un minimo di fatica; 7. Dimensioni e spazi appropriati per l’avvicinamento, il raggiungimento, la manipolazione e l’utilizzazione a prescindere dalle dimensioni del corpo, dalla postura e dalla mobilità dell’utilizzatore.

e tutte le variabili del caso. Nelle camere la disposizione degli arredi dovrebbe favorire la privacy e al tempo stesso la vista verso l'esterno. È importante valutare gli spazi d'ingombro degli arredi e dei necessari spazi di manovra anche per un ospite su sedia a ruote, che devono consentire una comoda e sicura fruibilità, nonché possedere requisiti che contribuiscano a rendere l'ambiente confortevole con l'uso di cromie con tinte tranquillizzanti e sfumature che ricordano la natura: i soffitti stessi dovrebbero avere tinte calmanti, al posto del solito bianco, vuoto e silenzioso.

Nella fase di progettazione, va considerata l'importanza delle aree verdi per il miglioramento del soggiorno e soprattutto per il recupero psicofisico degli ospiti che si trovino in condizioni di demenza senile. In tale ottica gli ospedali di nuova istituzione dovrebbero essere dotati di adeguati spazi esterni adibiti a verde, con particolare attenzione alla realizzazione di vialetti con relative panchine e sedili per la sosta ed il riposo degli ospiti dei loro familiari ed amici.

Alcune modifiche possono essere agevolmente apportate alle strutture esistenti. Queste includono ad esempio l'inserimento di calendari e orologi facilmente visibili per aiutare i pazienti a non perdere la cognizione del tempo, l'installazione di rialzi nella seduta del bagno, la semplificazione dei meccanismi di apertura delle porte, l'installazione di corrimano nei corridoi, la previsione di stanze dove passare il tempo assieme ad altre persone, armadietti dove appoggiare gli oggetti personali e la predisposizione di pavimenti in moquette (Fox *et al.*, 2012). L'ambiente deve essere arredato in modo da risultare familiare, garantendo buone condizioni di vivibilità ed un'agevole manutenzione igienica, e comunque sempre dotate di servizio igienico collegato alla camera stessa. Gli ingressi e piattaforme di distribuzione, per collegare i percorsi orizzontali con quelli verticali devono essere dotati di tabelle segnaletiche dei percorsi e degli ambienti da essi raggiungibili. I corridoi e le zone di passaggio dovrebbero essere molto curati sotto l'aspetto ergonomico, essere ben illuminati senza formare riflessi e abbagli, permettendo una buona deambulazione, privi di ingombri che ne diminuiscano la larghezza e possano essere fonte di pericolo, devono avere i corrimano su entrambi i lati e con le testate piegate sino al muro per non costituire pericolosi agganci. I pavimenti, meglio se più scuri delle pareti, dovrebbero essere scelti in tinta unita o con disegni molto piccoli, perché i motivi grandi visivamente e psicologicamente sono percepiti come ostacoli, specialmente dalle persone ipovedenti, possono contribuire ad una chiara individuazione dei percorsi e ad una eventuale distinzione dei vari ambienti di uso, devono garantire di essere antisdrucchiolo e pertanto realizzati con idonei materiali che ne garantiscano anche la perfetta planarità e continuità, e non presentare variazioni anche minime di livello, quali ad esempio dovute a zerbini non incassati o guide in risalto. È bene inoltre che i pavimenti non siano troppo lucidi, perché possono sembrare scivolosi e formare fastidiosi riverberi.

Le scale, devono essere facilmente individuabili dalle piattaforme di distribuzione e separate dagli altri ambienti mediante una porta, devono essere dotate di parapetto, e corrimano. Gli ascensori devono essere previsti per il raggiungimento dei piani fuori terra, preferibilmente almeno uno di essi deve avere dimensioni tali da permettere l'accesso ad una lettiga.

4. Riflessioni conclusive

Al di là delle varie esperienze, quello che emerge nell'ambito dei percorsi di reingegnerizzazione delle strutture ospedaliere, è l'impossibilità di definire una "one best way". Piuttosto si evidenzia come la riorganizzazione dell'ospedale sia un percorso "contingente" (Lega, 2012), ovvero un percorso che deve declinarsi specificamente in ciascuna singola struttura, che si caratterizza per particolari aspetti, quali *mission* aziendale, dimensione, intensità tecnologica, specializzazione, logistica, collocazione geo-morfologica e integrazione nella rete dei servizi territoriali.

Quello che emerge in generale dall'analisi delle esperienze di implementazione del modello di ospedale è, con l'eccezione del modello ACE, la mancanza di una valutazione sistematica del processo di riforma in corso, secondo ad esempio i canoni proposti dal lavoro di Øvretveit (2000) o quelli della Pratica Basata sulle Evidenze (EBP). Tali sforzi valutativi sono senz'altro necessari se si intende promuovere una maggiore estensione del modello per intensità di cure ad altri sistemi ospedalieri regionali. Nell'ambito di interventi così complessi quali la riorganizzazione di una struttura ospedaliera o di una intera rete di strutture è difatti impraticabile un rimando esclusivo ad evidenze scientifiche derivanti da esperienze straniere. Ciò è comprensibile se si riflette sulla sostanziale differenza dei contesti nazionali ed internazionali nei quali le evidenze vengono generate, ad esempio quello inglese o statunitense, nonché delle differenze in termini organizzativi, di *governance* complessiva delle reti e culturali, ed in certa misura anche del profilo clinico-epidemiologico dei pazienti.

Se ad esempio da un lato il modello dell'ospedale per intensità di cure, ispirato com'è dai concetti di multidisciplinarietà, presa in carico personalizzata dei pazienti e attenzione ai rapporti con il territorio, sembra essere una buona risposta al progressivo invecchiamento demografico della popolazione, restano da chiarire alcuni aspetti pratici rispetto alla gestione in medesimi livelli di cura di pazienti così profondamente diversi quali i giovani adulti e i grandi anziani.

Bibliografia

- ALLEN J., CLOSE J., *The NICHE geriatric resource nurse model: improving the care of older adults with Alzheimer's disease and other dementias*, *Geriatr Nurs*, 2010 Mar-Apr;31(2):128-32.
- AIKEN L.H., SLOANE D.M., CLARKE S., POGHOSYAN L., CHO E., YOU L. *et al.* (2011), *Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries*, *International Journal for Quality in Health Care*, 23, 357e364.
- BOYD C.M., XUE Q.L., GURALNIK J.M., FRIED L.P., *Hospitalization and development of dependence in activities of daily living in a cohort of disabled older women: the Women's Health and Aging Study I*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*, 2005 Jul;60(7):888-93.
- BENSA G., PRENESTINI A., VILLA S. (2008), "La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali strumenti di analisi e leve di G., A., S. concettuali, cambiamento" in ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2008, Egea, Milano.
- BERNABEI R., LANDI F., GAMBASSI G., SGADARI A., ZUCCALÀ G., MOR V., RUBENSTEIN L.Z., CARBINI P.U. (1998), *Randomized trial of impact of integrated care and case management for older people living in the community*, *Br Med J*, 316:1348-1351.
- BJORKGREN M., FRIES B., SHUGARMAN L.R. (2000), *A RUG-III case-mix system for home care*, *Can J Aging*, 19:106-123.
- CONLEY D.M., BURKET T.L., SCHUMACHER S., LYONS D., DEROSA S.E., SCHIRM V., *Implementing geriatric models of care: a role of the gerontological clinical nurse specialist-part I*, *Geriatr Nurs*, 2012 May-Jun;33(3):229-34.
- ELLIS G., WHITEHEAD M.A., O'NEILL D., LANGHORNE P., ROBINSON D., *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2011 Jul 6;(7):CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub2.
- FLOOD K.L., MACLENNAN P.A., MCGREW D., GREEN D., DODD C., BROWN C.J., *Effects of an Acute Care for Elders Unit on Costs and 30-Day Readmissions*, *JAMA Intern Med*, published online april 22, 2013.
- FOX M.T., PERSAUD M., MAIMETS I., O'BRIEN K., BROOKS D., TREGUNNO D., SCHRAA E., *Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis*, *J Am Geriatr Soc*, 60:2237-2245, 2012.
- GAGNON M.P., LÉGARÉ F., LABRECQUE M., FRÉMONT P., PLUYE P., GAGNON J., CAR J., PAGLIARI C., DESMARTIS M., TURCOT L., GRAVEL K., *Interventions for promoting information and communication technologies adoption in healthcare professionals*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1, art. n. CD006093. DOI: 10.1002/14651858.CD006093.pub2.
- GARG A.X., ADHIKARI N.K., McDONALD H., ROSAS-ARELLANO M.P., DEVEREAUX P.J., BEYENE J., SAM J., HAYNES R.B., *Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review*, *JAMA*, 2005 Mar 9;293(10):1223-38.
- GILLICK M.R., *Do we need to create geriatric hospitals?*, *J Am Geriatr Soc*, 2002 Jan;50(1):174-7.
- HIGNET S., LU J. (2010), *Space to care and treat safely in acute hospitals: Recommendations from 1866 to 2008*, *Applied Ergonomics*, 41 (2010): 666-673.
- HUG B.L., WITKOWSKI D.J., SOX C.M., KEOHANE C.A., SEGER D.L., YOON C., MATHENY M.E., BATES D.W., *Adverse drug event rates in six community hospitals and the potential impact of computerized physician order entry for prevention*. *J Gen Intern Med*, 2010 Jan;25(1):31-8. doi: 10.1007/s11606-009-1141-3. Epub 2009 Nov 6.

- LANDEFELD C.S., PALMER R.M., KRESEVIC D.M., FORTINSKY R.H., KOWAL J., *A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients*, N Engl J Med, 332:1338-1344; 1995.
- LEGA F. (2012), *L'ospedale a misura di paziente: perché innovare, come innovare e, soprattutto, per arrivare dove?*, paper presentato al convegno 29 marzo 2012.
- LEGA F., DEPIETRO C., *Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy*. Health Policy 74, (2005): 261-281.
- MERCK MANUAL (2014), *Geriatrics*, disponibile al sito <http://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics.html>
- MOURSHED M., ZHAO Y., (2012), *Healthcare providers' perception of design factors related to physical environments in hospitals*, Journal of Environmental Psychology, 2 (2012): 362e370.
- OHASHI K. et al., (2010) *Computers Biol Med*.
- ØVRETVET J. (1998), *Evaluating Health Interventions: Introduction to Evaluation of Health Treatments, Services Policies and Organizational Interventions*, London: The McGraw Hill press.
- PERIS-LOPEZ P., ORFILA A., MITROKOTSA A., VAN DER LUBBE J.C., *A comprehensive RFID solution to enhance inpatient medication safety*, Int J Med Inform, 2011 Jan;80(1):13-24.
- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, *Hospitals on the edge? The time for action. A report by the Royal College of Physicians*, September 2012, available at website: <https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/hospitals-on-the-edge-report.pdf>. (consultato il 22 settembre 2014)
- SENIN U., CHERUBINI A., MECOCCHI P. (2010), *Paziente anziano paziente geriatrico e medicina della complessità: fondamenti di gerontologia e geriatria*, III edizione, Napoli: EdiSES.
- SHEPPERD S., LANNIN N.A., CLEMSON L.M., MCCLUSKEY A., CAMERON I.D., BARRAS S.L., *Discharge planning from hospital to home*, Cochrane Database Syst Rev, 2013 Jan 31;1:CD000313.
- SOLOMON D.H. (1988), *Geriatric assessment: methods for clinical decision making*, JAMA, 259:2450-2452.
- SOUZA N.M., SEBALDT R.J., MACKAY J.A., PROROK J.C., WEISE-KELLY L., NAVARRO T., WILCZYNSKI N.L., HAYNES R.B., *CCDSS Systematic Review Team. Computerized clinical decision support systems for primary preventive care: a decision-maker-researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes*, Implement Sci, 2011 Aug 3;6:87. doi: 10.1186/1748-5908-6-87.
- STUCK A.E., SIU A.L., WIELAND G.D., ADAMS J., RUBENSTEIN L.Z. (1993), *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*, Lancet 342:1032-1036.
- ULRICH R. S., ZIMRING C., ZHU X., DUBOSE J., SEO H., CHOI Y. et al. (2008), *A review of the research literature on evidence-based healthcare design (part I)*, Health Environments Research and Design, 1, 61e125.

3. Il sistema ospedaliero italiano e la presa in carico degli anziani non autosufficienti

Francesco Barbabella, Carlos Chiatti, Mirko Di Rosa, Fabrizia Lattanzio e Anna Banchemo

1. Introduzione

Il settore ospedaliero risulta essere, ad oggi, la più consistente voce di spesa del servizio sanitario nazionale, assorbendo circa il 47% dell'intera spesa sanitaria italiana (il 53% se si esclude la componente di *long-term care* in senso stretto)⁽¹⁾. Non a caso, l'indirizzo degli ultimi governi è stato quello di contenere l'aumento progressivo della spesa sanitaria in particolare ridimensionando dove possibile la dimensione delle reti ospedaliere sul territorio nazionale: un obiettivo, questo, che può darsi come raggiunto (se consideriamo che, dal 2011 al 2013, il tasso di crescita annuale della spesa è stato negativo: Ministero dell'economia e delle finanze, 2014).

In questo senso, l'impatto delle misure di *policy* introdotte negli ultimi anni ha riguardato anche l'utilizzo dell'ospedale da parte degli anziani non autosufficienti, utilizzo che rimane rilevante sia in termini numerici che di spesa pubblica. Tre macrotendenze concomitanti possono essere evidenziate come cause principali dei recenti interventi dei *policy makers* alla riorganizzazione del settore ospedaliero. La prima tendenza, di carattere manageriale, è quella della progressiva *diminuzione delle risorse economico-finanziarie* per il settore ospedaliero. Da tempo, infatti, sono sperimentate ed introdotte tecniche per il controllo ed il contenimento dei costi: l'introduzione dei sistemi di remunerazione basati sui Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (*Diagnosis-related Groups*, DRG) ha favorito l'aumento della consapevolezza presso i professionisti ospedalieri della rilevanza dei concetti di *efficienza e costo-efficacia*, che si sono affiancati al tradizionale concetto di *efficacia clinica*, tipico della formazione medica. I professionisti hanno finito con l'accettare le restrizioni poste alla loro autonomia clinica, in nome della sostenibilità della spesa sanitaria complessiva.

La seconda tendenza è quella del progressivo *invecchiamento demografico*, su scala nazionale e mondiale, che inevitabilmente influisce sulla pratica ospe-

(1) Si veda la Tabella 3.3 nelle conclusioni di questo capitolo per il quadro completo delle cifre menzionate e relativi riferimenti.

daliera, riflettendosi sul profilo tipico dei pazienti ospedalieri, sempre più anziani e in condizioni di salute più complesse. A tal proposito, è comunemente diffuso l'equivoco che il fenomeno dell'invecchiamento demografico sia da considerarsi come un processo già compiuto. Al contrario, va considerato come, se da un lato le popolazioni dei Paesi sviluppati abbiano indiscutibilmente raggiunto livelli di longevità senza precedenti, dall'altro lato la situazione odierna non sia altro che il preludio dell'evoluzione del fenomeno stesso. L'invecchiamento della popolazione è infatti un fenomeno ancora in corso. A tal proposito, recenti analisi sul contesto italiano basate sulle proiezioni ISTAT (Barbabella *et al.*, 2013) suggeriscono che la prima regione italiana a raggiungere il picco massimo di invecchiamento demografico sarà la Liguria nel 2053, con il 22,5% della popolazione che avrà 75 anni o più. Se per moltissime regioni sono attesi i picchi di popolazione ultrasettantacinquenne entro il 2060, ce ne sono altre per cui le stime prevedono che il processo di invecchiamento continuerà oltre il 2065: si tratta di regioni dell'Italia Meridionale (Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Sicilia), tradizionalmente con una popolazione più giovane rispetto al resto d'Italia.

Una terza tendenza, specifica per il settore dell'assistenza continuativa (*long-term care*, LTC) delle persone non autosufficienti, riguarda la progressiva consapevolezza (a livello internazionale e, a cascata, a livello italiano) dell'importanza di promuovere un approccio basato sull'*invecchiare a casa* (*ageing-in-place*). Da un lato, assicurare al paziente anziano di essere curato a casa propria significa reintrodurlo in un contesto ambientale e sociale conosciuto, con importanti conseguenze sul suo benessere in termini di mantenimento di reti familiari, sociali e interessi personali, nei limiti del suo livello di non autosufficienza. Dall'altro lato, il potenziare i servizi di assistenza domiciliare a discapito di servizi residenziali e ospedalieri è considerato sempre più un modo per ottimizzare le risorse disponibili e favorire l'integrazione dell'assistenza formale con quella informale prestata da caregiver familiari (con l'eventuale supporto di assistenti familiari). A questo si deve aggiungere il fatto che l'ospedale, pur essendo uno snodo fondamentale dei percorsi di cura degli anziani e necessario per risolvere bisogni acuti di salute che possono manifestarsi, è anche correlato ad eventi avversi gravi per i pazienti anziani fragili. Una proporzione non trascurabile di casi incidenti di non autosufficienza nella popolazione anziana si manifesta, ad esempio, proprio a seguito di episodi di ospedalizzazione (Boyd *et al.*, 2005). Recentemente Covinsky e colleghi (2011) hanno stimato che circa un terzo di pazienti over 70 anni autosufficienti perda la capacità di vivere indipendentemente al momento della dimissione. Questo può in parte spiegarsi con il fatto che l'organizzazione dell'ospedale, tradizionalmente diviso in reparti facenti riferimento a singole discipline specialistiche, male si adatta ai bisogni di soggetti anziani fragili, per natura multidimen-

sionali e caratterizzati dalla presenza di multimorbidità, poli-farmacologia e ad elevato carico socio-assistenziale.

Di fronte alla consapevolezza che la longevità della popolazione italiana complessiva (e similmente quella europea) è destinata a incrementare ancora a lungo, per giunta in un momento di delicata congiuntura economico-finanziaria, è evidente l'importanza di informare i *policy makers* ed i professionisti sullo stato dei servizi del settore ospedaliero, inteso come una componente del più vasto sistema di tutela degli anziani non autosufficienti. Per questo motivo, il presente capitolo ha l'obiettivo di fornire un quadro complessivo dell'offerta attuale di servizi ospedalieri per anziani non autosufficienti in Italia, sia in termini di ricoveri che da una prospettiva normativa. La fonte principale utilizzata in questo lavoro è quella della banca dati 2010 delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)⁽²⁾, gestita dal Ministero della salute, su cui gli autori hanno condotto le elaborazioni *ad hoc* presentate di seguito. Altri dati e stime riguardanti caratteristiche dei ricoveri non rilevate dalle SDO sono riprese da progetti di ricerca recenti. Al fine di concentrare il discorso sui pazienti più fragili e bisognosi di cure, è stato scelto di considerare nelle elaborazioni solo la classe di anziani con 75 anni e più, la più esposta al rischio di ospedalizzazione e non autosufficienza.

Nella prima parte del capitolo si forniscono indicazioni quantitative sul fenomeno dell'accesso degli anziani ai reparti ospedalieri e sulle caratteristiche dei pazienti geriatrici. Nella seconda parte, da un punto di vista macroistituzionale, si effettua una sintesi dell'attuale impianto normativo in materia di assistenza ospedaliera (anche alla luce dei recenti sviluppi delle *policy* nazionali), in particolare soffermandosi sulla ripartizione delle competenze tra i diversi livelli di governo e alle ricadute attuali sul tema dell'assistenza geriatrica in ospedale.

2. I pazienti anziani e l'ospedale

Che i pazienti ricoverati in ospedale siano oggi più anziani che in passato è cosa nota a tutti gli operatori del settore ed è ancora più evidente dall'analisi dei flussi informativi esistenti a livello nazionale. La stragrande maggioranza delle risorse assistenziali ospedaliere sono assorbite da anziani, in particolare dagli ultrasettantacinquenni. La varianza regionale tra i tassi di ricovero dei pazienti con età compresa tra i 65 ed i 74 anni è abbastanza significativa, oscillando tra massimi registrati in Molise e Provincia Autonoma (PA) di Bolzano (nel

(2) Istituite con il d.m. sanità 28 dicembre 1991 e specificate con il d.m. Sanità 26 luglio 1993.

2010 rispettivamente il 31,1 e il 26,1% sulle popolazioni regionali nella stessa classe d'età) e minimi in Liguria (17,1%) e Toscana (19,3%)⁽³⁾. Se consideriamo invece le popolazioni over 75 anni delle regioni italiane (Tab. 3.1), invece, possiamo notare come il range dei tassi complessivi di ospedalizzazione sono nettamente più elevati: la maggior parte delle regioni nel 2010 – sia settentrionali che meridionali – si attestava tra il 30 e il 35%, con alcuni picchi significativi in Molise (39,5%), Emilia-Romagna (38,7%) e Puglia (38%), nonché nelle PPAA di Bolzano (49%) e Trento (38%). Simili si presentano i valori riferiti all'anno 2013 (il più recente disponibile ad oggi), che mostrano un sostanziale permanere delle differenze tra le regioni, pur in presenza un lieve trend negativo per i tassi di ospedalizzazione per acuti e per le durate medie dei ricoveri. A fronte di tale diminuzione, si osserva un leggero incremento dei tassi di utilizzo dei servizi di post-acuzie.

Un ulteriore elemento da considerare, per comprendere meglio la dinamica di utilizzo dell'ospedale da parte degli anziani, è dato dalle differenze regionali che esistono nello sviluppo e utilizzo dei reparti ospedalieri a carattere post-acuto. L'area dell'assistenza ospedaliera post-acuzie, secondo la terminologia e la normativa corrente, è quel complesso di cure che si declinano nei modelli della Lungodegenza e Riabilitazione (codificati nei flussi ministeriali con i seguenti codici di attività: "28 – Unità Spinale", "56 – Recupero e Riabilitazione Funzionale", "60 – Lungodegenza", "75 – Neuroriabilitazione"), modelli cui gli standard programmatori emanati dall'ex Ministro della Salute Renato Balduzzi assegnano una dotazione di posti letto specifica pari a 0,7 p.l. per mille abitanti (a fronte di uno standard di 3 per i p.l. per acuti)⁽⁴⁾.

Come mostra la Tabella 3.1, esistono anche qui importanti differenze tra le regioni nel rapporto tra tassi di utilizzo dei reparti per acuti e quelli post-acuti. In generale, nelle regioni del Sud Italia i tassi di ospedalizzazione per post-acuti sono assolutamente marginali, tra lo 0,9% della Sardegna e il 3,1% dell'Abruzzo. Diversamente, alcune regioni del Nord si distinguono per un peso superiore dei reparti post-acuzie, attestandosi sopra la soglia del 4%: si tratta di Emilia-Romagna (5,7%), Lombardia (4,5%), Piemonte e Lazio (4,1%), e delle PPAA di Trento e Bolzano (rispettivamente 7,5 e 6,8%). Disparità emergono anche quando si

⁽³⁾ Il capitolo fa in più riprese riferimento ai dati del 2010, in quanto per questa annualità è stato possibile utilizzare il database nazionale SDO ed effettuare analisi direttamente su esso. Sono altresì disponibili elaborazioni del Ministero sui dati 2013 che vengono riportate anche al fine di verificare le variazioni nei tassi e nelle caratteristiche dell'utilizzo dell'ospedale negli ultimi tre anni di crisi economica.

⁽⁴⁾ Legge 7 agosto 2012, n. 135, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", testo coordinato del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95.

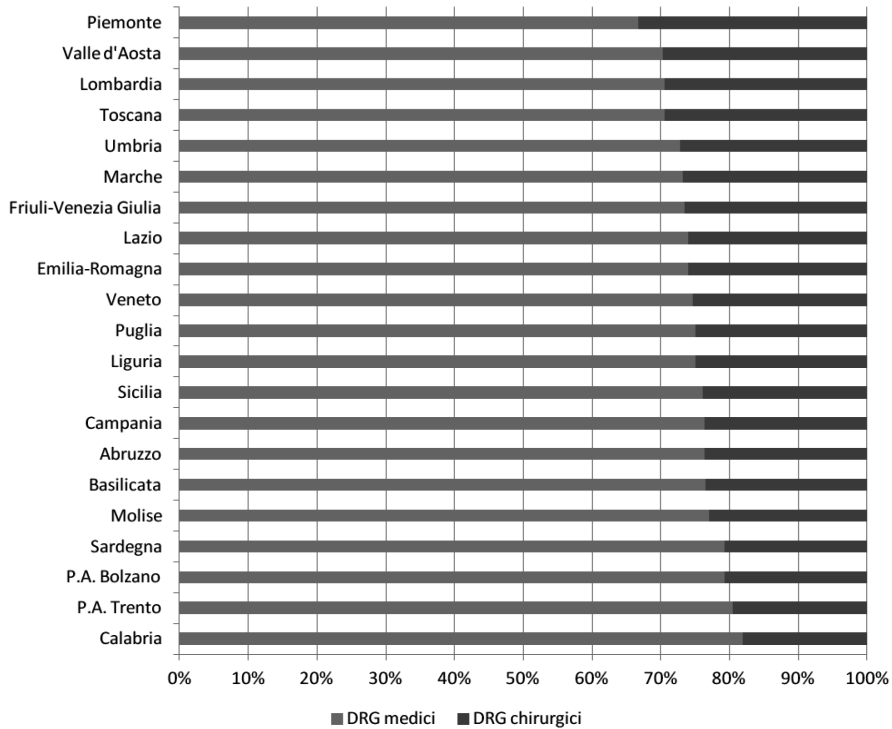
confrontano le medie delle giornate di degenza, le quali oscillano tra i 20 gg. circa della Liguria e i 41 gg. della Campania.

Tabella 3.1 - Tassi di ospedalizzazione (per 100 abitanti) e degenza media di ricovero della popolazione anziana con 75 anni e più (anno 2010 e 2013)

Regione	2011				2013		
	Acuzie		Post-acuzie		Acuzie		Post-acuzie
	tasso pop.75+	media gg. ricovero	tasso pop.75+	media gg. ricovero	tasso pop.75+	media gg. ricovero	tasso pop.75+
Piemonte	25,6	10,1	4,1	34,6	24,5	9,6	4,0
Valle d'Aosta	30,8	13,0	1,8	25,0	33,1	11,3	3,4
Lombardia	30,5	9,7	4,5	25,9	28,6	9,3	4,2
PA Bolzano	42,2	9,0	6,8	23,6	39,8	8,5	6,6
PA Trento	30,5	10,7	7,5	29,0	30,9	10,0	5,8
Veneto	31,0	10,7	3,3	24,9	28,7	10,5	3,3
Friuli-Venezia Giulia	33,0	9,9	1,7	26,6	31,7	9,5	2,4
Liguria	29,0	10,2	2,2	19,7	27,4	9,7	3,8
Emilia-Romagna	33,0	8,6	5,7	29,1	30,4	8,3	5,7
Toscana	31,0	8,4	1,6	24,4	28,5	8,1	1,5
Umbria	32,4	7,9	1,1	22,7	31,0	8,2	1,3
Marche	31,1	9,5	2,6	26,0	27,7	9,5	3,6
Lazio	31,7	9,6	4,1	39,8	27,7	9,5	3,6
Abruzzo	29,4	9,1	3,1	22,5	29,6	9,1	3,1
Molise	36,5	8,5	3,0	30,0	28,0	8,8	2,7
Campania	30,2	7,4	1,5	41,0	29,5	7,6	1,7
Puglia	35,6	8,5	2,4	24,2	31,5	8,5	2,3
Basilicata	29,6	8,6	1,8	34,0	26,6	8,7	3,2
Calabria	27,6	8,5	1,8	28,4	24,5	8,5	2,3
Sicilia	28,8	8,1	1,0	24,7	26,8	8,2	1,6
Sardegna	32,2	8,9	0,9	26,4	30,7	8,3	1,3
Italia	30,7	9,1	3,1	29,2	28,5	9,0	3,2

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della salute (2010, 2014).

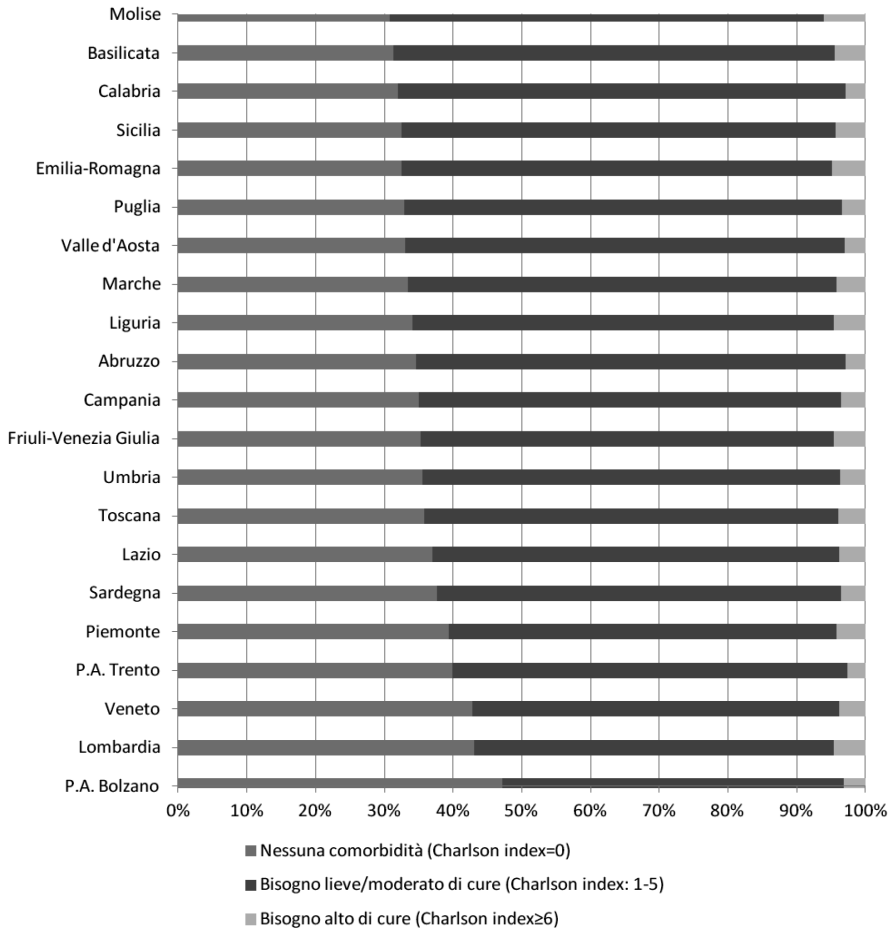
Figura 3.1 - Prevalenza di DRG medici e DRG chirurgici tra gli anziani con 75 anni e più ospedalizzati (anno 2010)



Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della salute (2010).

Un'altra distinzione interessante da analizzare è quella dei tipi di ricovero svolti dagli anziani over 75, in particolare la distinzione tra ricoveri per DRG medici e chirurgici. Da questa prospettiva, emerge come la quantità di DRG chirurgici sia ovunque, in Italia, inferiore a quella dei DRG medici. Tuttavia, le regioni dell'Italia Centro-Settentrionale sembrano ospitare più pazienti con DRG chirurgici (circa 25-33% dei ricoveri sono riconducibili a questi gruppi di diagnosi) delle regioni meridionali (le quali oscillano tra il 18 e il 25% dei casi). Esiste quindi un gradiente tale per cui, passando progressivamente da Nord a Sud (fatta eccezione per le PPAA di Trento e Bolzano), aumenta il consumo relativo di giornate di ospedalizzazione per DRG medici, all'interno dei quali ricadono probabilmente il numero maggiore di giornate di ospedalizzazione evitabili in presenza di servizi di dimissione sul territorio più efficienti.

Figura 3.2 - Prevalenza di comorbidità tra gli anziani con 75 anni e più ospedalizzati (indice di comorbidità di Charlson) (anno 2010)



Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della salute (2010).

Per comprendere l'utilizzo dell'ospedale da parte dell'anziano non è sufficiente considerare i dati quantitativi relativi alla frequenza di utilizzo. Quello che sfugge alle statistiche esistenti a livello nazionale, perché in parte non rilevato nell'ambito del flusso SDO, è la specifica caratterizzazione clinica e funzionale di questi pazienti. Da questa banca dati, infatti, abbiamo esclusivamente alcune informazioni circa le patologie di cui sono affetti i pazienti anziani (grazie all'utilizzo dei 6 campi diagnosi nella SDO). Un metodo per combinare queste informazioni in maniera sintetica è l'utilizzo dell'indice di multimorbilità di Charlson (*Charlson Comorbidity Index*), con il quale si considera un totale di 19 patologie ri-

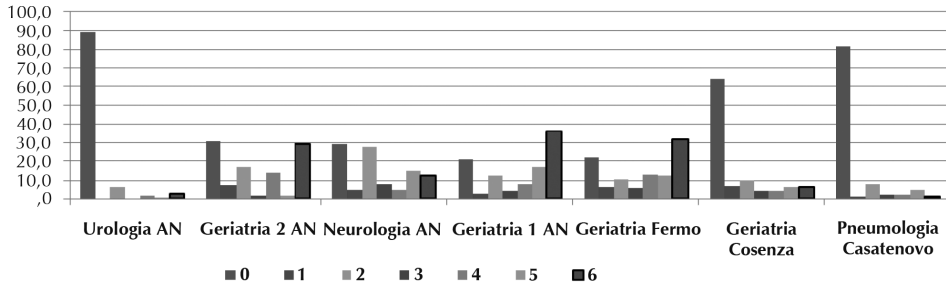
cavate dalle codifiche ICD-9-CM della SDO, attribuendo a ciascuna un punteggio compreso tra 0 e 6 a seconda della gravità (Charlson *et al.*, 1987)⁽⁵⁾. Una volta elaborato tale indice, emerge chiaramente come la media dell'indice di Charlson cresca gradualmente con l'età, essendo pari a 0,58 nella classe 15-64, 1,29 in quella 65-74 e 1,40 tra gli ultrasessantacinquenni.

Riguardo alle differenze regionali, è utile raggruppare i ricoverati in tre macro-gruppi: coloro che non presentano comorbidità (indice di Charlson uguale a 0) e che presumibilmente necessitano di assistenza post-ospedaliera meno intensiva; coloro che presentano alcune comorbidità e necessitano di cure maggiori anche sul territorio (indice di Charlson da 1 a 5); coloro che presentano comorbidità complesse e che necessitano di un alto livello di assistenza anche a seguito della dimissione (indice di Charlson uguale a o maggiore di 6). In quest'ultimo gruppo, per via del metodo di calcolo dell'indice, ricadono soprattutto i pazienti oncologici in stadio avanzato. Come possiamo notare dalla Figura 3.2, i tassi di prevalenza del terzo gruppo (il più complesso dal punto di vista clinico) nelle varie regioni sono abbastanza ridotti, attestandosi quasi ovunque tra l'1 e il 5% circa. Significative, invece, sono le differenze relative al primo gruppo: in questo senso, sembra che i ricoverati nelle regioni del Nord presentino condizioni generalmente meno complesse (prevalenza del primo gruppo attorno al 39-46%) rispetto ai pazienti ospiti di strutture del Centro-Sud Italia (30-35%).

L'informazione che sfugge totalmente dalle SDO è invece quella relativa alle condizioni funzionali, sia fisiche che cognitive, dei pazienti anziani al momento del ricovero. Questa mancanza nei sistemi ospedalieri di rilevazione dati non è affatto marginale, soprattutto se si considera che il livello di dipendenza di un paziente ne condiziona il fabbisogno assistenziale anche in ambito ospedaliero (coerentemente con l'ipotesi funzionale dimostrata dalle esperienze dei *Resource Utilization Groups*, RUG) (Brizioli *et al.*, 2003), implicando la necessità di supportare i pazienti nelle attività della vita quotidiana (*activities of daily living*, ADL: mangiare, bere, vestirsi, lavarsi ecc.) per tutta la durata del ricovero. L'assenza nelle SDO dei dati riguardanti lo stato funzionale è spiegata dal fatto che l'attuale sistema DRG di remunerazione a tariffa delle prestazioni ospedaliere non considera queste caratteristiche del paziente nell'algoritmo che alloca i singoli ricoveri nelle classi di raggruppamento con isocosto. Di fatto, non distingue ad esempio all'interno della stessa classe tariffaria tra un paziente giovane ed uno ultranovantenne, a svantaggio dell'ospedale che ha ricoverato quest'ultimo soggetto.

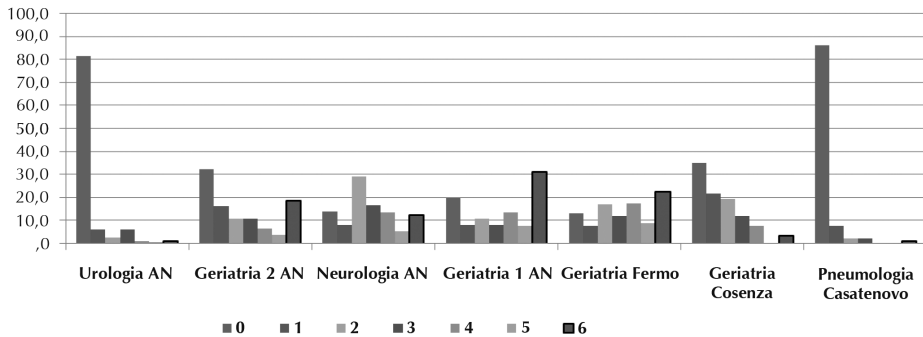
⁽⁵⁾ Dieci patologie (infarto del miocardio, cardiopatia, malattie cardiovascolari, malattie cerebrovascolari, demenza, malattie polmonari croniche, malattie del tessuto connettivo, ulcera, malattie del fegato non gravi, diabete senza complicanze) hanno punteggio uguale a 1. Nove patologie (tra cui tumore primitivo e tumore metastatico) hanno punteggio uguale a 2.

Figura 3.3 - Distribuzione percentuale dei pazienti anziani ultrasessantacinquenni ricoverati per condizioni funzionali fisiche (ADL Hierarchy Scale) all'accesso presso 7 reparti dell'IRCCS-INRCA (2010-2012)



Fonte: ns. elaborazione su dati del progetto ReportAge (2014).

Figura 3.4 - Distribuzione percentuale dei pazienti anziani ultrasessantacinquenni ricoverati per stato cognitivo (Cognitive Performance Scale) all'accesso presso 7 reparti dell'IRCCS-INRCA (2010-2012)



Fonte: ns. elaborazione su dati del progetto ReportAge (2014).

Al fine di sopperire a questa mancanza di dati, è possibile presentare i risultati del recente progetto di ricerca ReportAge⁽⁶⁾ condotto dall'IRCCS-INRCA, che ha raccolto informazioni dettagliate sulle condizioni di salute degli anziani ricoverati nei presidi ospedalieri di carattere geriatrico dell'Istituto.

Come mostrato in Fig. 3.3, sono i reparti di Geriatria (sedi di Ancona e Fermo) ad accogliere i pazienti con livelli di disabilità fisica più alti, la quale è misurata tramite la ADL Hierarchy Scale (Morris *et al.*, 1994), dove punteggi più al-

(6) L'obiettivo del progetto ReportAge era la creazione di un patrimonio informativo condiviso ed integrato al fine di: migliorare la salute del paziente anziano; migliorare la qualità dell'assistenza e del lavoro del personale, nonché di aumentare il know-how interno; sostenere l'attività di ricerca scientifica; incrementare la capacità di attrarre risorse; migliorare la capacità gestionale da parte dell'Istituto.

ti indicano una maggiore compromissione. All'opposto, nei reparti di Urologia (Ancona), Geriatria (Cosenza) e Pneumologia (Casatenovo) i pazienti anziani si presentano all'ammissione con deficit funzionali molto bassi, mentre c'è un certo bilanciamento in quelli di Neurologia e Geriatria 2 (Ancona).

Risultati parzialmente simili sono riportati per quanto concerne lo stato cognitivo dei pazienti anziani al momento dell'ammissione in ospedale: attraverso l'applicazione della Cognitive Performance Scale (CPS) (Morris *et al.*, 1999) è stato verificato che gli utenti tendono spesso a presentare disturbi cognitivi di livello medio-alto (punteggi 4-5) o alto (punteggio di 6), in un terzo dei pazienti (Geriatria 2 e Neurologia di Ancona) o addirittura nella metà dei casi (Geriatria di Ancona e Fermo).

Tabella 3.2 - Tassi di dimissioni ospedaliere di anziani con 75 anni e più per tipologia (anno 2010)

Regione	Totale dimissioni (n. assoluto)	Decessi (%)	Dimissioni a domicilio (con eventuale assistenza domiciliare) (%)	Dimissioni presso struttura residenziale (%)	Trasferimenti ad altro reparto o istituto (%)
Piemonte	151.831	9,30	73,57	4,25	12,88
Valle d'Aosta	4.277	9,33	75,73	9,98	4,96
Lombardia	335.139	7,39	79,44	2,28	10,89
PA Bolzano	21.195	5,81	74,38	6,35	13,46
PA Trento	18.472	7,04	72,65	7,02	13,28
Veneto	167.267	9,91	79,42	2,57	8,10
Friuli-Venezia Giulia	49.622	11,34	76,61	8,73	3,31
Liguria	69.981	10,69	75,07	7,30	6,94
Emilia-Romagna	199.725	9,52	78,16	6,24	6,08
Toscana	146.167	8,36	86,61	1,04	3,99
Umbria	36.901	7,58	88,73	1,13	2,56
Marche	63.075	8,85	82,87	2,08	6,20
Lazio	194.023	8,29	81,28	0,00	10,43
Abruzzo	49.015	8,05	84,31	1,91	5,73
Molise	15.203	6,16	89,04	0,09	4,72
Campania	143.658	3,89	93,92	0,05	2,13
Puglia	142.302	4,11	92,67	0,25	2,98
Basilicata	20.171	5,49	90,63	0,23	3,65
Calabria	57.327	4,61	93,07	0,20	2,12
Sicilia	140.914	3,67	92,88	0,30	3,15
Sardegna	51.723	7,40	86,69	1,03	4,88
Italia	2.077.988	7,52	83,17	2,36	6,95

Fonte: ns. elaborazioni su dati Ministero della salute (2010).

A conclusione del processo assistenziale ospedaliero, è utile comprendere le dinamiche che portano i pazienti anziani alle dimissioni da una struttura (Tab. 3.2). Le differenze tra le regioni, anche in questo caso, non mancano. Alcuni dati sono difficilmente spiegabili attraverso presunte differenze nei livelli di qualità dell'assistenza, ma necessitano una conoscenza più profonda di come la decisione e il processo di dimissione si attuano nelle varie aree geografiche, considerando non solamente i dati clinici ed epidemiologici dei pazienti, ma anche le prassi, il contesto socio-culturale dei professionisti che li attuano e la rete dei servizi presenti sul territorio. Infatti, nel caso dei decessi, la varianza tra un tasso del 3,67 in Sicilia e dell'11,34% in Friuli-Venezia Giulia è quantomeno anomala e potrebbe essere spiegata con il fatto che nelle regioni meridionali si tende a dimettere il paziente nel proprio domicilio (con l'eventuale integrazione di qualche forma di assistenza domiciliare da parte di ASL, ospedali o altre strutture) molto più frequentemente che nelle regioni settentrionali (i range sono rispettivamente dell'84-94% e del 72-80% circa), anche a discapito delle dimissioni presso una struttura residenziale (pressoché nulle nel Centro-Sud).

3. L'impianto normativo attuale e la Conferenza Stato-Regioni del 2014

A livello istituzionale, la regolamentazione del settore ospedaliero è stata influenzata in Italia dal processo di progressiva introduzione del federalismo sanitario. Dopo anni di riforme, infatti, al Ministero della salute spettano solamente funzioni residuali in un'ottica di coordinamento e strategia generale e di garanzia dei diritti dei cittadini, ad esempio attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tra queste competenze ricadono quindi funzioni in materia di programmazione sanitaria, di coordinamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e di regolamentazione di professioni e attività sanitarie. Sono invece le regioni il livello istituzionale deputato alle più importanti funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza ospedaliera, quali la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e dell'attività destinata alla tutela della salute ed il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e ospedali. Negli ultimi anni la regionalizzazione si è definita più compiutamente, con l'attribuzione alle regioni di un grado significativo di autonomia finanziaria e impositiva e di più precise responsabilità in materia di finanziamento e controllo della spesa, che si accompagnano così ai poteri già detenuti nel governo del sistema sanitario.

L'attuale configurazione del SSN ha quindi come snodo fondamentale di funzionamento quello della "Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PPAA di Trento e Bolzano", che costituisce la sede privilegiata della negoziazione tra le Amministrazioni centrali e il sistema delle autonomie re-

gionali. La Conferenza Stato-Regioni è, infatti, la sede dove il Governo acquisisce l'avviso delle regioni sui più importanti atti amministrativi e normativi in ambito sanitario e si persegue l'obiettivo di realizzare la leale collaborazione tra Amministrazioni centrale e regionali.

Nell'ultimo decennio, l'attività del livello centrale si è principalmente limitata ad azioni che favorissero la razionalizzazione delle reti ospedaliere regionali e l'appropriatezza nell'uso delle stesse (Cantù, 2012). Su questa linea vanno le indicazioni contenute nel Patto per la Salute 2010-2012 e nel Decreto cd. Balduzzi già menzionato, che hanno progressivamente ridotto lo standard di offerta di posti letto ospedalieri e previsto la chiusura e riconversione degli ospedali sotto-dimensionati. Il livello regionale ha recepito lentamente ed in misura differente queste indicazioni di tipo "quantitativo", continuando a disporre tuttavia di una certa autonomia per quanto concernesse gli aspetti di tipo "qualitativo". Proprio tale autonomia ha portato alcune regioni, più intraprendenti da un punto di vista organizzativo e normativo, ad avviare processi di riforma delle reti ospedaliere, come ad esempio nel caso di Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto e Toscana.

Di recentissima approvazione presso la Conferenza Stato-Regioni è il nuovo "Regolamento sui nuovi standard ospedalieri", approvato il 5 agosto 2014⁽⁷⁾. Tale accordo, pur non riguardando nello specifico l'accesso ai servizi ospedalieri degli anziani non autosufficienti, avrà un impatto significativo sulle prestazioni erogate per questa utenza.

In linea di massima, l'intesa ha sancito una convergenza tra Ministero della salute e autonomie locali (regioni e PPAA) sullo schema di decreto da promulgare da parte dello stesso Ministero in relazione agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. La bozza di decreto si compone di tre articoli, il più importante dei quali è il primo. Esso rimanda al relativo Allegato 1 per la definizione specifica degli standard e indica le modalità con cui regioni e PPAA devono recepire le novità programmate. Entro il 31 dicembre 2014 le autonomie locali dovrebbero dotarsi quindi di un provvedimento che riduca i posti letto secondo i parametri già indicati dalle norme del 2012 (legge n. 135/2012), e cioè 3,7 p.l. per mille abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Sempre l'articolo 1 promuove il modello delle reti ospedaliere integrate *hub and spoke*: in sostanza, un numero limitato di *hub* ospedalieri accoglieranno la casistica più complessa, mentre centri periferici *spoke* saranno diffusi per complementare l'offerta clinica. La programmazione dell'integrazione delle reti ospedaliere è quindi la chiave del decreto, il quale favorirà anche la rete dell'*emergenza-urgenza* (la quale opera attraverso le centrali

⁽⁷⁾ Il Regolamento è reperibile sul sito del Ministero della salute al seguente indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1694_listaFile_itemName_1_file.pdf.

operative del 118, la rete territoriale di soccorso, la stessa rete ospedaliera e i Punti di Primo Intervento) e della *continuità assistenziale* tramite regole per l'integrazione con la rete territoriale (per esempio con assistenza domiciliare, interventi specialistici ambulatoriali, forme diverse di residenzialità, coinvolgimento dei medici di medicina generale).

Gli altri due articoli del decreto riguardano una clausola di invarianza finanziaria (l'applicazione del Regolamento deve avvenire senza nuovi o maggiori oneri per il SSN) e un'altra di salvaguardia per regioni a statuto speciale e PPAA (il Regolamento si applicherà compatibilmente ai rispettivi Statuti).

L'Allegato 1 del decreto rappresenta dunque il "cuore" dell'intesa e contiene una lunga serie di standard di vario genere. Per quanto riguarda la programmazione regionale, le strutture ospedaliere sono classificate come presidi di base, di I livello o di II livello a seconda del proprio bacino di utenza e delle specialità richieste al loro interno. Acquistano sempre più importanza i principi di *clinical governance, accountability* e di gestione delle attività sulla base delle evidenze scientifiche disponibili.

In generale, l'intesa Stato-Regioni offre un aggiornamento condiviso degli standard per spingere le reti ospedaliere a livelli qualitativi delle prestazioni accettabili, attraverso la promozione di principi e approcci non ancora diffusi nella cultura del management sanitario. Importanti sono le nuove definizioni dei presidi ospedalieri e l'ottimizzazione delle risorse umane, finanziarie e strutturali per migliorare la copertura delle prestazioni ospedaliere. Ancora più importante, per quanto riguarda il sistema delle cure per gli anziani non autosufficienti, è il richiamo al principio della continuità assistenziale e della necessità di migliorare l'integrazione tra ospedali e servizi territoriali di natura domiciliare, ambulatoriale o residenziale. Sebbene il provvedimento non sia ancora stato emanato formalmente (alla data di stampa di questo volume), esso rappresenta un passo importante e una "piccola rivoluzione" per il settore ospedaliero e il SSN in generale, sempre che l'attuazione e l'implementazione delle autonomie locali risultino adeguate ed efficaci.

Un'analisi dettagliata delle novità introdotte dall'intesa Stato-Regioni è fornita in appendice a questo capitolo.

4. Conclusioni

Come si può osservare, il Regolamento approvato il 5 agosto 2014 dalla Conferenza Stato-Regioni offre indicazioni per la rete ospedaliera, ma non trascura il principio che, se tale rete non è accompagnata dalla continuità assistenziale e da forme di assistenza sul territorio (domiciliare, ambulatoriale, residenziale), non si otterrà mai il risultato dell'appropriatezza ospedaliera e, tanto meno, quello di una completa tutela della salute.

Tabella 3.3 - Spesa pubblica per assistenza sanitaria e di altro genere per tipologia di intervento (% sul PIL) (vari anni)⁽⁸⁾

	2004	2007	2010	2012
Acuti	6,20	5,87	6,52	6,28
Assistenza nella comunità ⁽⁹⁾	2,11	1,97	2,08	2,07
Assistenza farmaceutica, integrativa e protesica ⁽¹⁰⁾	0,99	1,20	1,04	0,92
Assistenza ospedaliera	3,13	2,73	3,35	3,31
Ricoveri per acuti	2,50	2,28	2,75	2,66
<i>Ricoveri in Day Hospital</i>	0,42	0,34	0,46	0,45
<i>Ricoveri in riabilitazione</i> ⁽¹¹⁾	0,17	0,08	0,14	0,14
<i>Ricoveri in lungodegenza</i>	0,04	0,03	0,06	0,06
LTC	1,46	1,64	1,80	1,78
Assistenza nella comunità ⁽¹²⁾	0,39	0,50	0,51	0,51
Assistenza residenziale ⁽¹³⁾	0,27	0,29	0,29	0,29
Indennità di accompagnamento	0,65	0,70	0,81	0,81
Altre prestazioni di LTC	0,14	0,16	0,19	0,17
Totale spesa pubblica	7,66	7,47	8,32	8,06

Fonte: ns. elaborazioni da Ragioneria Generale dello Stato (vari anni).

⁽⁸⁾ Le somme delle sotto-voci di spesa possono non coincidere con i totali per effetto degli arrotondamenti presenti già nelle fonti originali. Le voci di spesa sono relative a utenti di qualsiasi età, dal momento che i dati per i soli anziani (65 anni e più) non sono disponibili per alcuni anni e un'analisi comparativa sarebbe stata impossibile.

⁽⁹⁾ In questa categoria abbiamo incluso tutti i livelli di spesa che, nei rapporti de *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario* della Ragioneria Generale dello Stato (RGS), si riferiscono a servizi offerti a utenti che vivono nella comunità: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e lavoro; assistenza sanitaria di base; attività di emergenza sanitaria territoriale; assistenza specialistica; assistenza ai tossicodipendenti e alcolisti (specifica per acuti); assistenza psichiatrica (specifica per acuti); assistenza ambulatoriale e domiciliare (specifica per acuti); assistenza semi-residenziale (specifica per acuti); assistenza idrotermale; consultori familiari; amministrazione e servizi generali; altro.

⁽¹⁰⁾ In questa categoria abbiamo incluso tutti i livelli di spesa definiti dalla RGS come: assistenza farmaceutica; assistenza integrativa; assistenza protesica.

⁽¹¹⁾ In questa categoria la RGS fa rientrare tutti i ricoveri nelle discipline già menzionate nell'area post-acuzie, ad eccezione della Lungodegenza (codice 60), inclusa negli ultimi anni (nei rapporti del 2007, 2010 e 2012) nel computo della LTC. Nella Tabella 3 si è preferito, per coerenza con gli obiettivi del lavoro, includere la Lungodegenza come sotto-voce all'interno dell'assistenza ospedaliera e non della LTC in senso stretto.

⁽¹²⁾ In questa categoria abbiamo incluso tutti i livelli di spesa specifici per LTC e associati dalla RGS a: assistenza ambulatoriale e domiciliare; assistenza semi-residenziale; assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti; assistenza psichiatrica.

⁽¹³⁾ Per l'anno 2007, questa categoria include non solo il livello di spesa di assistenza residenziale specifico per LTC, ma anche la voce di assistenza residenziale inclusa nella componente per acuti (unico anno, tra quelli considerati, in cui la RGS scorpora questa voce tra acuti e LTC).

Per concludere la panoramica sul sistema ospedaliero italiano, risulta quindi importante comprendere i rapporti con gli altri tipi di assistenza, anche in materia di spesa pubblica. I dati riportati in Tabella 3.3 offrono un utile supporto per una lettura dei trend storici di spesa per pazienti in acuto e in continuità assistenziale (*long-term care*, LTC). Come possiamo vedere, l'assistenza ospedaliera assorbe da sola più del 3% del PIL italiano, di cui lo 0,2% è dedicato ai ricoveri di riabilitazione e lungodegenza. Voci di spesa più consistenti sono rappresentate dai servizi propri della LTC, come l'assistenza nella comunità (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale ecc.) (0,51%) e l'assistenza residenziale (0,29%), ma anche l'indennità di accompagnamento (0,81%), anche se essa non è a carico del SSN. Una lettura storica dei dati mostra, tuttavia, come le componenti di spesa per acuti e per LTC abbiano avuto trend leggermente diversi nell'ultimo decennio. Infatti, la spesa per LTC ha visto bloccare il suo incremento progressivo intorno al 2010, per stabilizzarsi intorno ad una cifra complessiva dell'1,78% sul PIL (con una diminuzione dello 0,2% nel periodo 2010-2012 dovuta ai tagli nelle prestazioni di natura sociale). Dall'altro lato, la spesa per acuti ha fatto registrare non solo una frenata e una stabilizzazione per le voci di riabilitazione e lungodegenza, ma addirittura un arretramento generale (-0,24% nel 2010-2012), soprattutto a causa della diminuzione dei ricoveri per acuti. In generale, quindi, è possibile affermare che la *spending review* imposta dagli ultimi Governi abbia raggiunto (almeno parzialmente) gli obiettivi prefissati di limitare la spesa pubblica nel settore sanitario. A questo obiettivo meramente quantitativo, tuttavia, devono essere aggiunte altre misure per la salvaguardia e la promozione della qualità e della copertura dei servizi del SSN, al fine di non lasciare che le misure di ottimizzazione delle risorse si rivelino meri tagli a discapito degli utenti più fragili.

Appendice – Focus sui nuovi standard ospedalieri approvati dalla Conferenza Stato-Regioni il 5 agosto 2014⁽¹⁴⁾

Per approfondire le novità introdotte dal **“Regolamento sui nuovi standard ospedalieri”** approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, si è ritenuto utile, per il lettore, evidenziarne con un *focus* gli aspetti più importanti che possono avere ripercussioni anche sugli anziani non autosufficienti.

a. Premesse giuridiche

La legge n. 135/2012, in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), dispone l'approvazione di un “regolamento” sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quan-

⁽¹⁴⁾ Le considerazioni espresse sono elaborate da Anna Banchemo, che ha seguito l'evoluzione del documento in seno alla Conferenza Stato-Regioni.

titativi per l'assistenza ospedaliera, approvati previa intesa in seno alla Conferenza Stato-Regioni, tenendo anche conto della mobilità interregionale. Le regioni e le province autonome avrebbero già dovuto adottare entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti per la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri pubblici e accreditati secondo il parametro di **3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie**, assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto avrebbe dovuto avvenire sopprimendo le unità operative complesse.

b. Il decreto che accompagna il regolamento

Secondo l'intesa adottata in Conferenza il 5 agosto 2014, il decreto è composto di tre articoli, di cui:

- **l'articolo 1**, demanda la disciplina gli "Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" all'allegato del decreto stesso e le regioni e PA debbono provvedere entro il 31 dicembre 2014 ad adottare un provvedimento di programmazione che riduca i posti letto secondo i parametri già indicati dalle norme del 2012, sopra richiamate, garantendo il progressivo adeguamento agli standard indicati nell'allegato nel corso del triennio 2014-2016. Per calcolare i posti letto ciascuna regione dovrà fare riferimento alla popolazione (ivi compreso quella ultrasessantacinquenne) e alla mobilità attiva e passiva. Per le regioni in Piano di Rientro, saranno presi a riferimento gli ultimi Programmi operativi e di riqualificazione della spesa regionale.

Sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri, *i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate*, dove le regioni coprono con il SSN un costo giornaliero pari o superiore alla tariffa regionale giornaliera, corrisposta per la lungodegenza ospedaliera. (Non sono inclusi in questi posti quelli per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale e le strutture extra-ospedaliere di Riabilitazione intensiva di cui al Piano di indirizzo per la Riabilitazione, approvato in Conferenza Stato-Regioni nel febbraio 2011, nonché le strutture sanitarie residenziali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza, secondo l'Accordo in Conferenza Unificata del maggio 2011).

I provvedimenti regionali riguardano anche gli ospedali classificati, ai sensi della legge n. 132/1968 e legge n. 817/1973 ed i relativi criteri e parametri saranno definiti da un'apposita Commissione prevista dal Patto per la salute 2014-2016. In tal senso gli erogatori privati accreditati (compresi gli ospedali classificati) dovranno trasmettere alla regione stessa il proprio bilancio.

Le regioni negli atti di programmazioni potranno tenere conto delle specificità del territorio regionale, documentate in base a criteri epidemiologici e di accessibilità. Si fa salvo agli accordi con le Università limitatamente alle regioni con popolazione inferiore ai due milioni di abitanti, che ospitano una sola azienda ospedaliero-universitaria. Sono da considerarsi punti di riferimento anche i volumi dell'attività svolta, gli esiti delle cure, la qualità e il *risk management*, assicurando l'integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure. Si dovrà tenere anche conto degli standard organizzativi, strutturali e tecnologici per le alte specialità.

La rete ospedaliera farà riferimento al modello *hub and spoke* e sarà in tal senso adeguata anche la rete dell'emergenza urgenza.

Si prevede altresì la definizione di regole per l'integrazione dell'ospedale con la rete territoriale soprattutto per ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione a percorsi assistenziali integrati;

- **l'articolo 2**, prevede una clausola di invarianza finanziaria, ovvero che l'applicazione del regolamento con la nuova pianificazione ospedaliera avvenga senza nuovi o maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- **l'articolo 3**, include la salvaguardia per le regioni a statuto speciale e province autonome circa l'applicazione del regolamento nella compatibilità dei loro Statuti.

Si indicano di seguito gli aspetti di maggior rilievo dell'allegato 1 che disciplina nel dettaglio gli **“Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”**.

1. Premessa/ambiti di applicazione

Il documento è composto da diversi punti, nella premessa si fa riferimento ai significativi cambiamenti registrati in tema di assistenza sanitaria e particolarmente “ospedaliera” che postulano in primis l'implementazione della *Clinical Governance*, la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea, anche a seguito dell'adozione della direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera.

Le strutture sanitarie dovranno operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio con una maggior attenzione alla graduazione delle cure, che tenga conto soprattutto dell'epidemiologia, della mutata demografia e delle complessità sociali profondamente modificate negli ultimi decenni.

La rete assistenziale ospedaliera deve essere “resa nota ai cittadini” gestita con la massima flessibilità, per assicurare una dinamicità organizzativa attenta ad una domanda di ricovero appropriata. È raccomandata anche l'informatizzazione.

L'ospedale deve integrare la propria funzione con i servizi territoriali adottando Linee guida per la gestione integrata dei PDT per patologie complesse e a lungo termine, nonché Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cure nella fase post-acuta. Per la gestione integrata ospedale/ territorio le regioni promuovono programmi di telemedicina che facilitino la gestione integrata per le patologie croniche.

Il documento, ferme restando le linee di accreditamento regionali definisce anche le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale. Per le strutture sanitarie pubbliche si richiamano altresì gli standard sulle UO semplici e complesse, derivanti anche dal Patto per la salute 2010-2012.

Si consiglia alle regioni di adottare un atto di indirizzo non solo alle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale, ma anche alle strutture private accreditate, relativo ai criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri, sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza. In proposito verrà istituito (entro 90 gg.) anche un tavolo tecnico presso il Mini-

stero della salute, composto da rappresentanti del Ministero stesso, Agenas, regioni e PA. Le Linee guida sui criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri dovranno prendere in considerazione:

- la selezione dei pazienti, in ordine alle condizioni cliniche, eventi morbosi o traumi che hanno condotto il paziente in ospedale;
- l'intensità/complessità dell'assistenza da erogare;
- l'ammissione specifica ai diversi tipo di ricovero: osservazione breve, ricovero ordinario o diurno in UO per acuti o di lungodegenza, ricovero ordinario o diurno in UO o di riabilitazione.

Il tasso di ospedalizzazione previsto è di 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.

2. Classificazione delle strutture ospedaliere

La programmazione regionale definisce la rete entro il limite di 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di riabilitazione e lungodegenza (0,7) e classifica i presidi ospedalieri come segue:

Presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti con Pronto Soccorso con alcuni letti di "Osservazione Breve Intensiva" e le specialità di: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e Servizi di Supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità h. 24 per Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".

Presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza tra 150.000 e 300.000 abitanti, sedi di DEA di I livello con letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Sub-intensiva e le seguenti specialità di: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (secondo il n. dei parti/anno), Pediatria, Cardiologia con UTIC, Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia. Devono essere presenti o disponibili h. 24 i Servizi di Radiologia, almeno con TAC ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immuno-trasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso Centri di II livello (anche a carattere multidisciplinare).

Presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono dotati di DEA di II livello. Questi sono in linea di principio Aziende Ospedaliere, e Ospedaliere Universitarie, IRCCS e a Presidi di grandi dimensioni della ASL. Detti presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di altre UO per le discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello (es: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità). I Servizi di Radiologia con almeno TAC ed Ecografia (con presenza

medica), Laboratorio, Servizio Immuno-trasfusionale, presenti per h. 24. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello prevede un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni vicine in modo da rispettare il valore soglia del bacino di utenza. L'accordo con le altre regioni va stipulato **entro il 31 dicembre 2014**.

Annualmente le regioni programmano le attività ospedaliere sotto il profilo dei volumi di attività, dei tetti di spesa per le prestazioni ospedaliere ed a partire **dal 1° gennaio 2015**, entra in vigore una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali per strutture non inferiori a 60 p.l. per acuti, **escludendo le strutture monospécialistiche**. Per una maggior efficienza della rete ospedaliera, alle strutture già accreditate alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono i 60 posti per acuti (anche dislocati in siti diversi), si favoriscono i processi di riconversione e/o di fusione con strutture che abbiano almeno **40 p.l. autorizzati e accreditati** entro il 30 settembre 2016, per consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l'aggregazione delle stesse in **unica sede**. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con 40-60 p.l. per acuti che non siano state oggetto delle fusioni precedentemente descritte. Con Intesa in Conferenza Stato-Regioni entro il 30 settembre 2014 sono individuati gli elenchi delle strutture monospécialistiche e delle strutture dotate di discipline complementari. Le disattivazioni di posti (lungodegenza e riabilitazione) sono effettuate nel rispetto del Piano di indirizzo per la Riabilitazione, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011.

La programmazione regionale provvede alla attribuzione ai presidi ospedalieri pubblici e privati, anche monospécialistici, delle funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono indicate nel già richiamato Piano di indirizzo per la Riabilitazione.

3. Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

Gli standard fissati definiti nella legge n. 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 ab.) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 ab.), si conseguono intervenendo sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori almeno del 90%, mentre la durata media della degenza, per i ricoveri ordinari, deve essere inferiore "mediamente" a 7 giorni.

L'allegato al decreto individua, in apposita tabella anche i tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo reale che si manifesta nel presidio, per i Servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in termini appropriati e con efficienza dimensionale.

Si riportano, per informazione collegata all'argomento trattato, le strutture di degenza cui afferiscono in prevalenza gli anziani non autosufficienti mettendo in rilievo, come avviene nell'allegato al decreto, il dimensionamento delle strutture ospedaliere in relazione al bacino di utenza:

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)	
Descrizione	Strutture di degenza	
	Bacino max.	Bacino min.
Reumatologia	1,2	0,6
Medicina generale	0,15	0,08
Neurologia	0,3	0,15
Psichiatria	0,3	0,15
Recupero e riabilitazione funzionale	0,1	0,05
Lungodegenti	0,15	0,08

In una nota dell'allegato, si precisa che le regioni potranno rimodulare i posti letto in base della domanda di salute, e si fa l'esempio della geriatria, medicina generale, neuropsichiatria infantile pediatria e psichiatria, ma deve restare fermo il numero complessivo dei posti letto e soprattutto vanno trattate insieme le tre reti del sistema sanitario: Emergenza-urgenza, Ospedale e Territorio. Inoltre nella definizione del modello organizzativo della rete ospedaliera la regione dovrà assicurare l'integrazione **aziendale e interaziendale** tra le diverse discipline secondo il modello *dipartimentale* e quello per *intensità di cure*.

Per le strutture complesse senza posti letto (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, centro trasfusione, direzione sanitaria, farmacia ospedaliera, ecc.) si è identificato, in base alle prestazioni attese, e alla presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti.

La variabilità dei bacini di utenza dovrà tenere conto della mobilità sul territorio e dei tempi di percorrenza delle distanze con i presidi. Per le alte specialità, l'obiettivo maggiore è quello di offrire una *buona qualità delle prestazioni*, concentrando i presidi in ampi bacini d'utenza. Anche le alte specialità potranno essere oggetto di contrattazione tra regioni vicine secondo le indicazioni contenute nel Patto per la salute 2014-2016.

4. Volumi ed esiti

La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione degli attuali servizi ed ospedali. L'unità di riferimento è rappresentata dai volumi delle attività effettuate, dai processi assistenziali adottati (percorsi diagnostico-terapeutici) e dalle altre risorse assistenziali dell'azienda sanitaria, mettendo in atto un efficace sistema di *governance*.

In questi termini l'allegato al decreto consiglia di fare riferimento alla letteratura scientifica che associa volumi di attività alle migliori performance organizzative ed ai migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze, ecc.). In proposito vengono elencati esempi di diverse specialità e si cita Agenas come fonte di aggiornamento costante sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure; presso la stessa Agenzia sarà istituito un tavolo tecnico con Ministero, regioni e Agenas stessa per formulare proposte che aggiornino

gli indirizzi in termini di volumi di attività ed esiti. Si introduce poi nell'allegato una tabella che individua un numero "minimo" per ciascun intervento complesso. Anche qui, per interesse della materia trattata, si riporta:

Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
--	---

Con le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età ≥ 65 anni	minimo 60%
--	------------

In ordine ai volumi di attività le regioni entro sei mesi dalla pubblicazione del decreto, dovranno:

- individuare le strutture da riconvertire;
- definire i tempi e le modalità delle riconversioni;
- individuare le strutture da disattivare perché impossibile la riconversione;
- adottare misure per regolare l'ingresso nel sistema delle nuove strutture erogatrici;
- adottare procedure di controllo e di auditing clinico ed organizzativo per prevenire i fenomeni di selezione dei pazienti e/o di inappropriatelyzza, prevedendo anche misure sanzionatorie.

5. Standard generali di qualità

In questa parte, l'allegato raccomanda alle regioni di arricchire i criteri di accreditamento già stabiliti in attuazione del d.P.R. 14 gennaio 1997 e dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 (Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento e successive disposizioni) con quanto indicato nel documento. In particolare:

- standard organizzativi secondo il modello di *Clinical Governance*;
- attuazione di una qualità assistenziale, sostenibile e responsabile (*accountability*), centrata sui bisogni della persona.

Un tavolo tecnico istituito presso il Ministro della salute, composto da Ministero della salute, Agenas e regioni e PA, entro 6 mesi dalla entrata in vigore del regolamento, dovrà assicurare un sistematico programma di valutazione. L'allegato al decreto prosegue poi con alcune indicazioni di standard per i diversi livelli dei presidi ospedalieri, particolarmente per la *gestione del rischio clinico*, che si omettono dalla presente sintesi, consigliandone la lettura integrale per una visione più complessiva del sistema.

6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali

I requisiti di accreditamento, come già citato al precedente punto 6, in termini di assetto organizzativo e soprattutto di personale, devono tenere conto che il rapporto percentuale tra il numero del personale amministrativo ed il numero totale del personale non può superare il valore del 7%.

Ogni struttura, tenendo anche conto della componente impiantistica e delle attrezzature, ha l'obbligo di rispettare controlli periodici, contenuti nelle norme e nelle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture con riferimento a:

- protezione antisismica;
- antincendio;
- radioprotezione;
- sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati;
- rispetto della privacy sia per gli aspetti amministrativi che sanitari;
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali;
- graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici;
- smaltimento dei rifiuti;
- controlli periodici per gli ambienti che ospitano aree di emergenza, sale operatorie, rianimazione e terapie intensive e medicina nucleare;
- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza degli impianti tecnici e delle attrezzature biomedicali;
- controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.

Sempre sotto il profilo organizzativo va promossa la *completa informatizzazione delle procedure e dei servizi*, compresa la gestione dei rapporti con i pazienti ed i *caregiver* informali per monitoraggio e consulenza on-line.

Per le **alte specialità** un apposito tavolo tecnico che si prevede di costituire presso il Ministro della salute, con rappresentanti delle regioni e Agenas andrà ad elaborare un documento di aggiornamento entro 12 mesi dalla entrata in vigore del regolamento, per aggiornare il Decreto ministeriale in materia di alte specialità.

L'allegato elenca poi all'interno del nuovo disegno della rete ospedaliera una serie di reti per patologia che dovranno vedere l'integrazione dell'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. Anche per la definizione delle reti ospedaliere, le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni per le diverse materie. Laddove non sono disponibili linee guida e raccomandazioni, un apposito tavolo tecnico presso Agenas, composto da rappresentanti del Ministero della salute, delle regioni della stessa Agenas, avrà il compito di definire entro un anno dall'entrata in vigore del regolamento nuove linee guida e raccomandazioni e con l'aggiornamento dell'esistente.

7. La Rete dell'emergenza urgenza

L'allegato dedica un'ampia descrizione (di cui si offre in questa sede un'estrema sintesi), al sistema **dell'emergenza urgenza** che opera attraverso alcune centrali operative: il 118, la rete territoriale di soccorso e la stessa rete ospedaliera. Si omette l'ampia descrizione che richiama i criteri per definire il fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio, le postazioni cui affidare lo stesso 118, i trasporti urgenti ma anche quelli ordinari che possono essere o meno a carico del 118. Si parla dell'Elisoccorso sanitario e delle elisuperfici nell'ambito delle strutture sanitarie Ospedaliere e Territoriali. Si auspicano sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse Regioni.

Si illustrano quindi aspetti di tipo organizzativo e tecnico su:

- Punti di Primo Intervento (PPI);
- Rete ospedaliera dell'emergenza (modello "Hub and Spoke");
- Ospedali sede di Pronto Soccorso.

Si raccomanda inoltre nel regolamento di affrontare le emergenze condividendone le procedure con i Distretti e con la rete ospedaliera, garantendo in tal modo una reale continuità dell'assistenza, nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico del 118, con la trasmissione di immagini e dati.

8. Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

Il regolamento definisce presidi per le **zone particolarmente disagiate**, in base a oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione, ovvero calcolando distanze di più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), che non consentono un servizio di emergenza efficace. Per centri hub e spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere secondo le indicazioni contenute nel nuovo Patto per la salute 2014-2016. In questi presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso che abbia determinate disponibilità (indicate nel regolamento) per attività di medicina interna e di chirurgia generale. Dovrà essere predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub.

Si offrono quindi indicazioni per i DEA di primo e secondo livello.

9. Rapporti con il Servizio di Continuità Assistenziale

Il Servizio di Continuità Assistenziale è di grande interesse, per lo stesso saranno messe a disposizione le dotazioni tecnologiche delle centrali operative e l'integrazione con i **medici di medicina generale**. Tutto ciò offrirà molti benefici per l'appropriatezza e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza. Importanti quindi il dimensionamento e la distribuzione territoriale della Continuità Assistenziale. Si fa poi riferimento al d.m. 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

10. Continuità ospedale-territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera sarà senz'altro insufficiente se oltre la logica della continuità assistenziale, non si affronta anche il tema del **potenziamento delle strutture territoriali**, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, ha un ruolo fondamentale nel regolare i flussi in entrata e in uscita dall'ospedale. In proposito va promosso il **collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra struttura equivalente** posta sul territorio per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, soprattutto dei casi che appartengono alla "fragilità" (anziani non autosufficienti, disabili gravi, persone con patologie croniche e involutive, ecc.).

Le iniziative di continuità ospedale/territorio si identificano nei programmi di **dimissione protetta e/o assistita**, per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nella disponibilità di strutture intermedie con diverse funzioni, nei servizi di cure domiciliari, nei centri di comunità/poliambulatori, nelle strutture di ricovero territoriali gestite anche dai medici di medicina generale. Il regolamento offre anche indicazioni sulla tipologia di pazienti che hanno bisogno della continuità di cura.

Le regioni, accanto alla rete ospedaliera devono procedere anche al **riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale**, in coerenza con quanto previsto in materia di livelli essenziali di assistenza. Il regolamento fornisce poi indicazioni sugli **Ospedali di Comunità**.

L'allegato al regolamento ha due appendici: la prima definisce i posti letto ordinari ospedalieri, la seconda i requisiti della chirurgia ambulatoriale.

Considerazioni conclusive

Chi scrive da sempre evidenzia le contraddizioni che emergono, valutando l'assistenza ospedaliera delle regioni italiane con i suoi modelli differenziati ed un utilizzo dei presidi ospedalieri in maniera disomogenea. In questi termini, il Regolamento adottato il 5 agosto 2014 dalla Conferenza Stato-Regioni sulla funzione ospedaliera offre, finalmente, indicazioni (che possono essere più o meno condivisibili), che la scrivente condivide in larga massima sull'**identikit** dei presidi ospedalieri, non definiti come struttura di élite del sistema sanitario, cui fanno da corollario le altre prestazioni, ma come risorsa/strumento cui ricorrere quando coesistono nella persona, indipendentemente dall'età (mi verrebbe da aggiungere e dalla classe sociale, ma non è così!) condizioni patologiche complesse, tali da richiedere una osservazione clinica in struttura altrettanto complessa e dotata di tecnologie e apparecchiature che consentono, con un'osservazione piuttosto breve, di individuare patologie e cure appropriate per una **restitutio ad integrum** di chi è stato ricoverato.

Tutto ciò avviene, o meglio dovrebbe avvenire, soprattutto quando si tratta di patologie acute, di episodi non legati a condizioni di cronicità, che non sono solo collegati alla terza età, ma a tutta quella sfera di patologie degenerative di carattere fisico o psico-fisico ed anche alle malattie rare, che nel terzo millennio affliggono quasi un terzo della popolazione.

Perché una "tifosa" dei servizi territoriali plaude in questo modo alla buona organizzazione di una rete ospedaliera, perché questo regolamento dimostra in più parti, non solo gli aspetti positivi, ma anche i limiti di una rete ospedaliera non accompagnata da altre attività che prevencono le malattie, ma soprattutto si prendono carico delle persone con malattie "non a termine" ovvero di coloro che hanno bisogno di un'attenzione clinica che perdura nel tempo, che non fa riferimento al presidio ospedaliero, ma a partire dalla medicina generale declina tutta una serie di offerte e di servizi, che gradualmente fino a giungere a forme di ricovero a tempo pieno (non ospedaliero), garantiscono alla persona fragile e/o pluripatologica una tutela assistenziale e clinica per il ciclo di vita. Certamente, tutto questo, ha un valore elevato per i non autosufficienti.

L'importanza di questo regolamento è il richiamo al principio della "continuità assistenziale" intesa nel senso che i presidi ospedalieri, di qualunque livello, se non sono accompagnati da altre tipologie di prestazioni, con particolare riferimento alle **cure domiciliari**, ad **interventi specialistici ambulatoriali** ed a forme diverse di **residenzialità**, il risultato non sarà quello di trarre finalmente all'appropriatezza ospedaliera, ma si continuerà, anche se solo in qualche parte del territorio italiano, ad utilizzare gli ospedali come risposte universali ai bisogni dei cittadini. Questo, solo a scapito di una vera e completa tutela della salute. E concludo con un invito a fare "tutti" la propria parte, perché non è solo la responsabilità politica delle regioni (e dello Stato) o tecnica delle Direzioni generali delle Aziende

sanitarie a mutare la performance dei presidi ospedalieri, ma è tutta la collettività scientifica e gli stessi cittadini che devono pretendere le risposte più idonee ed appropriate ai bisogni di salute.

Bibliografia

- BARBABELLA F., CHIATTI C., DI ROSA M., GORI C. (2013), *La bussola di NNA 2013: lo stato dell'arte basato sui dati*, in Network Non Autosufficienza (NNA) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 4° Rapporto*, Santarcangelo di Romagna: Maggioli, 11-28, www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.
- BOYD C.M., XUE Q.L., GURALNIK J.M., FRIED L.P. (2005), *Hospitalization and development of dependence in activities of daily living in a cohort of disabled older women: the Women's Health and Aging Study I*, *J Gerontol A Biol Sci, Med Sci.*, Jul;60(7):888-93.
- BRIZIOLI E., BERNABEI R., GRECHI F., MASERA F., LANDI F., BANDINELLI S., CAVAZZINI C., GANGEMI S., FERUCCI L. (2003), *Nursing home case-mix instruments: Validation of the RUG-III system in Italy*, *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(3), 243-253.
- CANTÙ E., *Rapporto Oasi 2012 - L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano: Egea.
- CHARLSON M.E., POMPEI P., ALES K., MACKENZIE C.R. (1987), *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*, *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-283.
- COVINSKY K.E., PIERLUISSI E., JOHNSTON C.B. (2011), *Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure"*, *JAMA*, Oct 26;306(16):1782-93.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2010), *Banca dati SDO 2010*, Roma: Ministero della salute.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2014), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero 2013 (pdf)*, Roma: Ministero della salute. www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=ricoveriOspedalieri
- MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE (2014), *Documento di economia e finanza 2014*, Roma: Ministero dell'economia e delle finanze, www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/def/.
- MORRIS J.N., FRIES B.E., MEHR D.R., HAWES C., PHILIPS C., MOR V., LIPSITZ L. (1994), *MDS Cognitive Performance Scale*, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 49(4), M174-M182.
- MORRIS J.N., FRIES B.E., MORRIS S.A. (1999), *Scaling ADLs within the MDS*, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54(11), M546-M553.
- RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO (vari anni), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario*, Roma: Ragioneria Generale dello Stato.

4. Il PS come punto centrale nell'organizzazione ospedaliera. Il ruolo dell'OBI e di altri interventi per garantire l'appropriatezza dei ricoveri

Massimo Calabrò e Stefania Volpato

La popolazione geriatrica, in costante espansione, determina una percentuale sempre crescente di accessi presso i Dipartimenti di Emergenza/Accettazione (PS/DEA). Il modello contemporaneo di gestione della medicina di emergenza può, se non parzialmente essere ridisegnato, risultare non completamente appropriato alla tipologia di intervento necessaria ad un corretto approccio al paziente geriatrico. Infatti diversi studi e analisi dimostrano l'insufficiente rappresentazione del modello di cure geriatrico nell'area dell'emergenza; molti problemi del paziente anziano rimangono sottovalutati e non affrontati, lasciando incertezze riguardo le strategie di gestione ottimale sia intra che extra ospedaliera. Gli accessi dei pazienti di età ≥ 75 anni presso PS/DEA sono più frequenti rispetto a quelli delle persone più giovani, le visite presentano un maggiore criterio di urgenza, la permanenza presso il DEA è **più prolungata ed esita con maggiore probabilità in ricovero** in ospedale per acuti (la media rilevata a livello nazionale ed internazionale è pari al 45-50% *vs* 10-15% dei pazienti con età < 75 anni), vi è maggior rischio di outcomes avversi alla dimissione. I fattori comunemente associati agli esiti negativi sono l'età più avanzata, la maggiore compromissione funzionale, una recente ospedalizzazione/ricorso al PS, il vivere da soli e la mancanza di sostegno sociale. Alcune analisi scientifiche effettuate negli USA volte allo studio degli accessi in DEA/PS nel periodo dal 2001 al 2009 hanno sottolineato un costante incremento della popolazione ultra65enne: le visite annuali sono aumentate da 15,9 a 19,8 milioni, con un incremento del 24,5%, i ricoveri in unità intensive sono aumentati del 131,3% pur nella costanza delle cause di accesso (dolore toracico, dispnea e dolore addominale). Contestualmente si è assistito ad un progressivo incremento di indagini eseguite durante la permanenza in DEA: Tc +167,0%, monitoraggio cardiaco +79,3%, somministrazione endovenosa di liquidi +59,8%, esami del sangue +44,1%, radiografie standard + 36,4%, RMN (dal 2005 al 2009) + 84,6%. Nel medesimo periodo, però, la proporzione di pazienti valutati in PS, dimessi, e successivamente riammessi in ospedale è passata dal 2,0% al 4,2%. È dunque verosimile che un uso sempre più esteso di diagnostica tecnologica non abbia un efficace impatto sugli esiti, oltre a gravare significativamente sui costi sanitari. Ulteriori analisi sono state finalizzate alla caratterizzazione dei pazienti

di età ≥ 75 anni che accedono al DEA: è stato reclutato un campione di 2.282 pazienti provenienti da 6 Nazioni e sono state analizzate le caratteristiche dello stato premorbo. Il 46% risultava dipendente in 1 o più ADL, che diveniva il 67% al momento della presentazione al PS, il 49% necessitava di supervisione nella deambulazione, il 26% presentava evidenza documentata di deterioramento cognitivo, il 37% presentava storia di cadute recenti, il 48% aveva anamnesi positiva per una sindrome geriatrica che diveniva il 78% alla presentazione al PS. La conclusione sottolinea che i deficit funzionali e le sindromi geriatriche caratterizzano la maggior parte degli accessi al PS dei pazienti più anziani. Tale aspetto rende auspicabile la progettazione di protocolli clinici appropriati per una adeguata e corretta presa in carico nei servizi di emergenza e accettazione.

Nella popolazione anziana affetta da decadimento cognitivo la valutazione degli accessi in PS merita ulteriori considerazioni. Viene infatti rilevato come i pazienti affetti da demenza rispetto ai pazienti cognitivamente integri abbiano maggiori possibilità di accesso al PS (34,5% vs 25,4%) e di ricovero (26,7% vs 18,7%). Tale dato diviene maggiormente significativo nei pazienti residenti in strutture protette (CdR/RSA). La conclusione dell'analisi afferma che nell'ultimo anno di vita circa l'80% dei pazienti affetti da demenza ha avuto ripetuti ricoveri ritenuti evitabili. Viene anche riportato che i pazienti con diagnosi di demenza hanno maggiore probabilità di riammissione in ospedale entro 30 giorni (odds ratio aggiustato 1.18, 95% CI, 1.08, 1.29), rispetto ai pazienti cognitivamente integri. Si afferma che il setting di dimissione non ha un impatto significativo nel ridurre l'associazione demenza/ricovero ripetuto. Un altro aspetto che richiede un'analisi puntuale riguarda l'impatto sul sistema sanitario dei casi di demenza senza diagnosi formale (dato quasi sconosciuto). I pazienti arruolati sono stati divisi in 3 gruppi: pazienti affetti da demenza, pazienti con demenza potenziale senza diagnosi formale, pazienti cognitivamente integri. La conclusione afferma che la demenza potenziale senza diagnosi formale è associata ad una maggiore probabilità di visite in PS rispetto a chi ha una diagnosi.

Queste considerazioni assumono un significato più evidente e chiaro alla luce del censimento USA del 2010: la popolazione di età ≥ 85 anni sta crescendo a un tasso di quasi tre volte superiore alla popolazione generale. Ne deriva la sempre maggiore necessità di assistenza per la popolazione geriatrica e ciò rappresenta una sfida senza precedenti, che può travolgere il sistema sanitario dei paesi occidentali e i servizi di emergenza. La tipologia del paziente geriatrico che più frequentemente affrisce al DEA è caratterizzata dalla frequente presentazione atipica di patologia e dalla comorbidità. La presentazione atipica non è determinata dalla sola variabilità dei segni e sintomi clinici, ma coinvolge anche ambiti psico-cognitivi e funzionali. Ne deriva che il mancato riconoscimento di una caratteristica atipica non è senza conseguenze. Recenti studi hanno dimostrato

che una presentazione atipica delle sindromi coronariche acute è più frequente nei pazienti di età ≥ 65 anni (30% *vs* 10%). Soprattutto nei pazienti di età ≥ 75 anni, la presentazione atipica provoca un significativo ritardo nel loro trasferimento al pronto soccorso (50 min.). La comorbidità è un altro fattore che influenza il quadro clinico di presentazione e, soprattutto, il processo decisionale, quando si tratta di scegliere tra diverse opzioni cliniche. La comorbidità influenza anche la prognosi indipendentemente dalla gravità della patologia acuta. Rilevante risulta anche il ruolo della polifarmacoterapia: i pazienti anziani prendono in media 3-6 farmaci al giorno, ma sono in grado di ricordare correttamente solo il 75% della terapia assunta. Meno della metà di loro (42%) è in grado di ricordare tutti i farmaci che sta assumendo. Nel 12-16% dei casi, hanno anche problemi di comprensione delle prescrizioni, soprattutto quando nuove e molteplici. In relazione al numero di farmaci utilizzati si presenta una reazione avversa (ADR); il tasso di ADR in questa fascia d'età è **infatti doppio** rispetto a quello nelle persone più giovani. Così le ADR rappresentano una causa frequente di accesso al DEA delle persone anziane prevalentemente donne (10-16%) e solo nella metà dei casi riceve una corretta diagnosi. Raramente si effettua in PS/DEA uno screening per ADR o interazioni farmacologiche; al contrario, nel 47% dei casi si aggiungono uno o più nuovi farmaci senza preoccuparsi dell'alto rischio. Il 31% dei pazienti anziani inviati al PS presentano almeno una prescrizione potenzialmente inappropriata secondo i criteri START and STOPP e questa percentuale sale al 50% nei pazienti con ADR.

Il ruolo dello stato funzionale, durante la valutazione clinica in DEA, è quasi ignorato (75% dei casi). Questo è in contrasto con i dati della letteratura che mostrano che i due terzi dei pazienti anziani che si presentano al pronto soccorso sono disabili in almeno un'attività della vita quotidiana (ADL), e solo il 22% sono indipendenti. Inoltre, il 74% dei pazienti anziani in PS afferma che il declino funzionale derivante dai sintomi iniziali di malattia è stato determinante nella decisione di presentarsi al DEA. Il 28% degli anziani in DEA afferma che non sarebbe in grado di prendersi cura di sé, se dimesso. In aggiunta, c'è anche un alto rischio di sottovalutare o sopravvalutare il reale stato funzionale a causa della mancanza di un accordo tra il paziente e il care-giver e la mancanza di uso di strumenti di Valutazione MultiDimensionale (VMD) standardizzati. Tuttavia, il declino funzionale, sia preesistente o derivante da malattia acuta, è un importante predittore di un ulteriore declino funzionale, di una nuova ospedalizzazione, della durata della degenza, di ripetuti accessi al DEA/PS, del bisogno di assistenza domiciliare, di istituzionalizzazione e morte, più che il motivo clinico per cui il soggetto accede al DEA. Questi aspetti sono in linea con il tema della fragilità, in cui è associato un maggiore ricorso a prestazioni sanitarie, con aumento della mortalità.

Con tali premesse prende un nuovo significato la gestione dell'acuzie nei pazienti anziani, ove la complessità deriva da:

- presentazione atipica di malattie comuni;
- effetto confondente determinato dalla comorbidità;
- rilevante ruolo della polifarmacoterapia;
- presenza di deficit cognitivi frequentemente misconosciuti o non evidenziati;
- differenze nei valori di normalità dei test ematochimici;
- riduzione della riserva funzionale;
- essenzialità della conoscenza dello stato funzionale di base (premorbo);
- inadeguato supporto sociale (frequentemente il paziente giunge in PS accompagnato da scarse notizie anamnestiche).

A tali considerazioni si devono associare i possibili eventi avversi indotti da una degenza ospedaliera:

- delirium incidente in aggiunta a delirium prevalente non diagnosticato (25-60%);
- declino funzionale (34-50%);
- reazioni avverse alla farmacoterapia (54%);
- infezioni nosocomiali (17%);
- cadute (15%);
- comparsa lesioni da pressione (< 15%).

Si evidenzia, quindi, come la degenza ospedaliera possa essere foriera di rilevanti effetti negativi sull'anziano. Il possibile peggioramento degli outcomes a breve e lungo termine implica valutazioni sul piano etico, clinico e socio-economico (maggior carico assistenziale nel post-ricovero) e induce ad alcune riflessioni negative sulla facilità con la quale tali pazienti accedono alle strutture per acuti. D'altra parte la riduzione progressiva dei posti letto e una sempre maggiore necessità di appropriatezza dei ricoveri hanno mutato la funzione del pronto soccorso da "Admit to work" a "Work to admit", con necessità di creare nuove funzioni di filtro "esperto" ai ricoveri.

Nel 2013 è stato pubblicato sul *British Medical Journal* un articolo dal titolo "Admission to hospital could be considered a disease" e nel 2014 su *Annals of Internal Medicine* un articolo dal titolo "When frail elderly adults get sick: Alternative to Hospitalization" che richiamano l'attenzione ad un appropriato uso del ricovero ospedaliero e ad un corretto inserimento del paziente nella rete dei servizi.

Le dinamiche adottate in PS/DEA che possono non essere adeguate alle caratteristiche del paziente geriatrico iniziano dal triage, momento nel quale il paziente viene accolto, appena giunto in PS, e quando in base alla sintomatologia clinica viene classificato secondo classi di urgenza crescenti. La logica del triage può non essere adatta alla persona anziana portatrice di multiple comorbidità, politrattata farmacologicamente, con deficit funzionali e cognitivi, con

possibile presenza di delirium prevalente e che spesso si presenta con sintomi e segni clinici sfumati, comunque differenti dal giovane adulto. Il fatto che la persona anziana abbia un'alta prevalenza di comorbidità croniche e una frequente disabilità funzionale-cognitiva non implica che abbia maggior bisogno di cure in PS o che il PS, strutturato come ora, possa fornire una miglior risposta a tali condizioni. L'esperienza dimostra che lo staff del DEA può avere un impatto significativo non solo rispetto all'evoluzione clinica del singolo paziente a breve e medio termine, ma può anche influenzare la decisione di utilizzare modalità di degenza più o meno costose e soprattutto più o meno appropriate. Ne deriva pertanto la necessità di adeguare gli attuali percorsi standard con metodi innovativi e con la creazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali adeguati alla popolazione geriatrica. Stante la costante indicazione ad una permanenza presso il DEA sempre più breve è, di conseguenza, basilare fornire un'opzione "esperta" nella selezione e presa in carico dei pazienti geriatrici che necessiteranno di ricovero. La necessità e attitudine dell'attività di PS a concentrarsi su un solo sintomo, alla somministrazione di farmaci in acuto per ottenere una rapida risoluzione sintomatologica, alla rapida acquisizione di informazioni, i lunghi tempi d'attesa, l'attività frenetica, la rapida comunicazione delle prescrizioni terapeutiche, l'eccessiva aspettativa clinica dall'esecuzione di indagini diagnostiche sempre più avanzate si coniugano scarsamente con le caratteristiche del paziente geriatrico e spiegano, in larga parte, la differenza di percentuale di ricovero tra paziente anziano e giovane adulto (la media rilevata a livello nazionale ed internazionale è pari al 45-50% *vs* 10-15% dei pazienti con età < 75 anni).

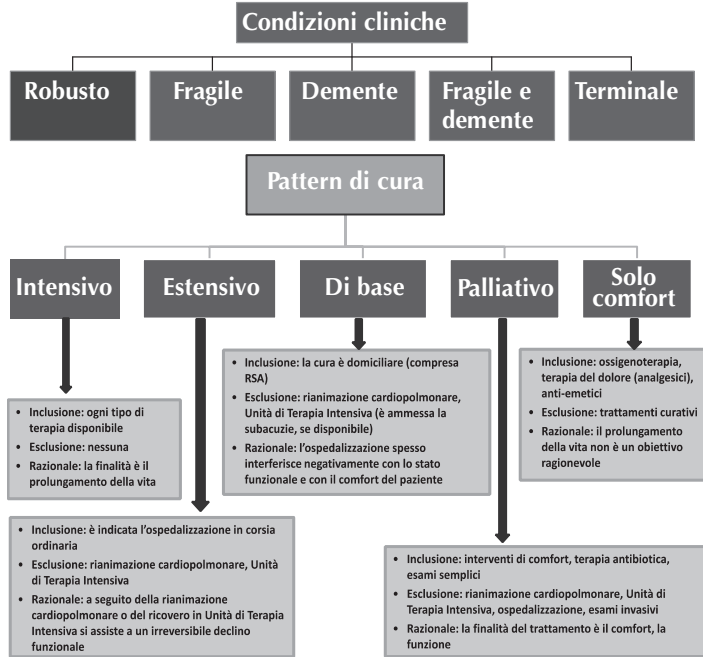
Esperienza in atto

Da queste considerazioni presso la SC Geriatria del PO Treviso Azienda ULSS n. 9 Regione Veneto è stata ipotizzata ed attivata un'esperienza di Osservazione Breve Intensiva (OBI) Geriatrica prendendo spunto dalle indicazioni poste in precedenza dalla Regione Veneto. L'obiettivo è ottenere rapidi percorsi diagnostici e terapeutici, con risultati apprezzabili per il paziente e con il vantaggio di un risparmio economico rispetto ad un pari risultato ottenuto mediante il ricovero. Sono così attuabili una progressiva riduzione del numero totale dei ricoveri, la diminuzione dei ricoveri impropri o non necessari, una dimissione ponderata e sicura, offrendo qualità e comfort ai pazienti in fase di accertamento o di trattamento e riducendo gli effetti avversi di una ospedalizzazione prolungata. Stante il fatto che la presentazione clinica dei pazienti anziani in PS è frequentemente atipica e, spesso, le diagnosi hanno bisogno di tempo per divenire evidenti, le strutture di OBI possono rappresentare un mo-

dello organizzativo funzionale per i pazienti geriatrici. Sono costituite da posti letto ad elevato turnover, funzionanti come centri di osservazione di breve durata dove possono essere intrapresi indagini cliniche e trattamenti urgenti volti ad evitare inutili, prolungati, ricoveri ospedalieri, ma anche dimissioni inappropriate o eccessivamente precoci. In data 7 maggio 2012, dopo consenso dalla Direzione di Attuazione e Programmazione Sanitaria della Regione Veneto (Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata), è iniziata l'attività di OBI Geriatrica dotando la Struttura di 8 p.l. per 4 pazienti/die (dalle 8.00 alle 19.30) dal lunedì al venerdì all'interno della UO Geriatria dotata di 88 p.l. per acuti. Il "core" dell'esperienza si basa sulla sinergia con il PS/DEA, costruendo una collaborazione in "serie" e non in "parallelo". L'OBI infatti risulta subentrante al PS/DEA e non in alternativa all'attività di emergenza: il PS svolge la consueta attività e invia in geriatria i pazienti di età ≥ 75 anni per i quali non esistono indicazioni a ricovero in terapia intensiva, in area chirurgica o specialistica e che non sono ritenuti rinviabili a domicilio. Per i pazienti afferenti all'OBI Geriatrica si sono mantenute tutte le rilevazioni eseguite comunemente in DEA: dati anagrafici, data e ora inizio triage, breve descrizione della sintomatologia, parametri vitali (PA, FC, saturimetria, TC), livello di coscienza (peraltro il delirium può risultare un fattore confondente), ECG, scheda di valutazione dolore, Modified Early Warning Score (MEWS), che vengono immediatamente corredati, all'accesso in OBI Geriatrica da una VMD di I generazione (Charlson Index, Barthel Index, SPMSQ, CAM, numero di cadute negli ultimi 365 giorni, numero di ricoveri negli ultimi 365 giorni). Viene garantito l'utilizzo della medesima modalità di accesso alle prestazioni urgenti in uso al PS/DEA. L'uso standardizzato di VMD permette di avere una stratificazione prognostica per determinare la creazione di un percorso diagnostico-terapeutico appropriato nella scelta delle indagini, dei trattamenti, adeguato alla "traiettoria" clinica del paziente, nel rispetto di tempistiche rapide e con la contestuale pianificazione della dimissione. La stratificazione (categorizzazione) dei pazienti secondo il loro stato funzionale e di salute permette la definizione di outcomes ragionevoli e la definizione di un ranking di priorità clinico-diagnostiche fornendo il pattern di cura più appropriato (Fig. 4.1).

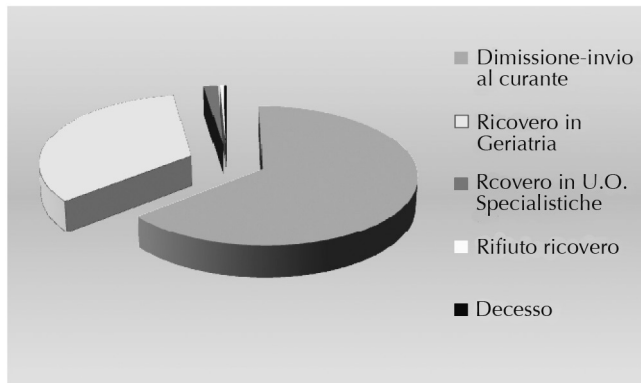
I pazienti valutati in OBI Geriatrica dal 7 maggio 2012 al 31 marzo 2014 sono stati 1.090, con le seguenti caratteristiche: età media: 84,23 aa. \pm 5,61, Barthel Index premorboso medio: 66,98 \pm 31,41, Charlson Index medio: 6,19 \pm 2,08, SPMSQ medio: 4,54 \pm 3,72, n. cadute medio negli ultimi 365 gg.: 0,75 \pm 1,53, n. ricoveri medio negli ultimi 365 gg.: 0,44 \pm 0,81, CAM: 0,24 \pm 0,71, provenienza 91,12% da domicilio, 8,88% da strutture protette (tale dato è giustificabile dalla fascia oraria e della settimana di attività di OBI Geriatrica).

Figura 4.1



Analizzando le modalità di dimissione si evince il rientro a domicilio dopo osservazione nel 64% dei pazienti (pari a 698 ricoveri evitati) e che il 97,6% dei pazienti inviati in OBI è stato gestito presso la S.C. Geriatria (Fig. 4.2).

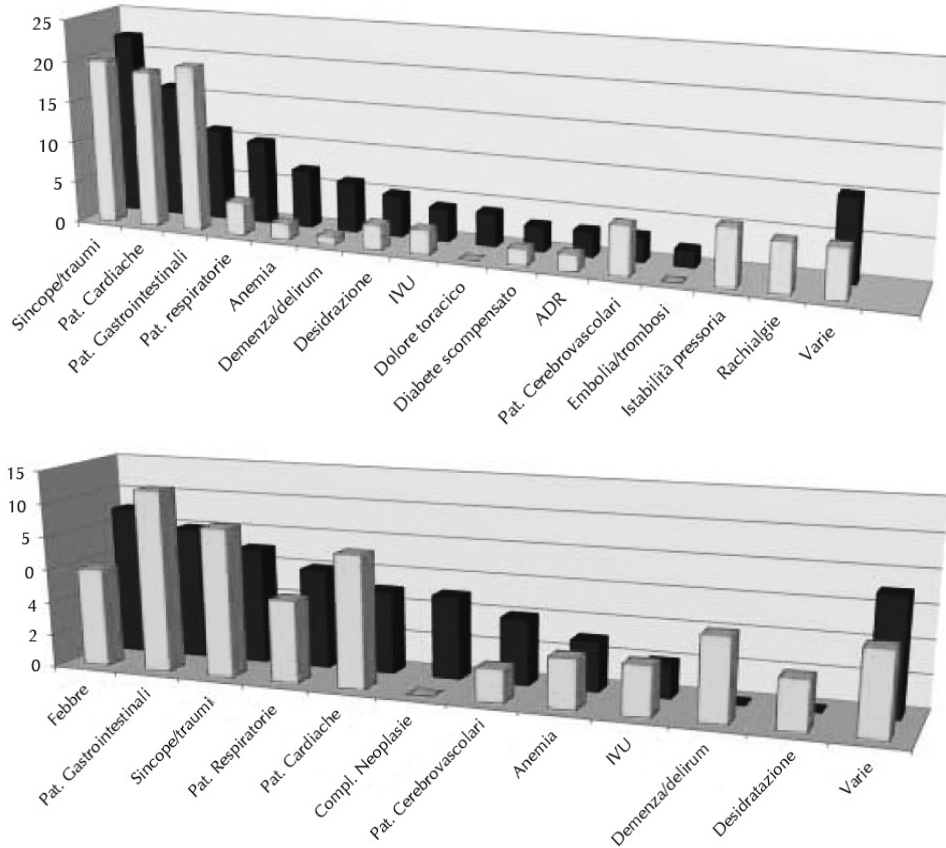
Figura 4.2



In una percentuale pari al 4% i pazienti dimessi da OBI sono stati affidati alle strutture distrettuali per una “dimissione protetta” in Assistenza Domiciliare Integrata.

Eseguendo un confronto tra le caratteristiche esaminate dei pazienti dimessi da OBI entro 48 ore e quelli ricoverati in reparto di degenza è emerso: età media 84,14 aa. \pm 5,60 *vs* 84,41 \pm 5,65, Barthel Index premorbo 69,81 \pm 30,79 *vs* 60 \pm 31,60, Charlson Index 6,06 \pm 2,00 *vs* 6,45 \pm 2,18, SPMSQ 4,09 \pm 3,67 *vs* 5,52 \pm 3,65. L’analisi statistica non ha documentato la presenza di correlazioni statisticamente significative tra indice di Charlson ed esito dell’osservazione (rientro a domicilio/ricovero), mentre è stata rilevata una modesta correlazione tra esito e compromissione funzionale, espressa dal Barthel Index (OR 1,94) e tra esito e compromissione cognitiva (OR 1,89). Analizzando le indagini richieste (esclusi gli esami ematochimici) durante la degenza in OBI, categorizzando i risultati per pazienti dimessi dopo Osservazione (n. 698) e pazienti ricoverati (n. 384), si ottiene: numero totale di indagini 1048 *vs* 731, numero di indagini/paziente 1,50 *vs* 1,90, numero consulenze specialistiche 139 *vs* 95, numero consulenze/paziente 0,20 *vs* 0,25. I risultati ottenuti confrontando il trimestre Gennaio-Marzo 2013 *vs* il medesimo trimestre 2014 mostrano che una maggiore esperienza affina l’attitudine e migliora la performance clinica: età media 83,52 aa. \pm 5,33 *vs* 84,60 \pm 5,82, Barthel Index premorbo 69,26 \pm 30,72 *vs* 60,88 \pm 34,64, SPMSQ 5,54 \pm 4,08 *vs* 5,13 \pm 3,50, Charlson Index 5,98 \pm 1,74 *vs* 6,17 \pm 2,15, durata osservazione in ore 32,83 *vs* 36,91, rientro a domicilio nelle 48 h. 61,6% *vs* 65,4%. Gli accessi ripetuti in DEA a 30 gg. dopo rientro a domicilio entro 48 ore, o dopo ricovero, sono risultati: il 26,5% dei pazienti dimessi entro 48 ore *vs* il 19,6% dei pazienti ricoverati; il 14,7% dei pazienti dimessi entro 48 ore viene ricoverato nel mese successivo al rientro a domicilio *vs* il 15,2% dei pazienti ricoverati. Il medesimo parametro valutato a 6 mesi fa riscontrare che il 53% dei pazienti dimessi entro 48 ore si rivolge almeno una volta al PS nei 6 mesi successivi al rientro a domicilio *vs* il 37% dei pazienti ricoverati; il 41,2% dei pazienti dimessi entro 48 ore viene ricoverato nei 6 mesi *vs* il 21,7% dei pazienti ricoverati. Tale dato è interpretabile con la mortalità a 6 mesi: 20,6% nei dimessi in 48 ore *vs* 43,5% dei ricoverati. Valutando gli outcome avversi si evidenziano un aumentato rischio di mortalità nei pazienti con maggiore compromissione cognitiva e funzionale e un maggior rischio di accessi ripetuti in PS nei pazienti con più elevata comorbidità al Charlson Index. L’analisi delle patologie risulta, come logico attendersi, rappresentativa di numerose condizioni patologiche; anche confrontando trimestri diversi non esiste correlazione tra patologia ed esito dell’osservazione, confermando che non è possibile categorizzare i pazienti geriatrici esclusivamente per classi patologiche (Fig. 4.3 e 4.4 Confronto tra diagnosi nei pazienti inviati a domicilio entro 48 ore e ricoverati nei periodi confrontati).

Figura 4.3



Va sottolineato che un'esperienza da noi svolta ha reso possibile una riduzione del tasso di ospedalizzazione dei pazienti di età ≥ 75 anni pari al 7,2% nell'intero bacino di utenza (dal 47,5% al 40,3%).

Considerazioni conclusive

L'accesso del paziente anziano in PS può derivare da problemi di salute di nuova insorgenza o dalla riacutizzazione di patologie croniche preesistenti; risulta frequentemente essere l'espressione di bisogni sanitari misconosciuti che richiedono un adeguamento terapeutico/assistenziale. La complessità clinico-assistenziale del paziente anziano impone l'applicazione di una VMD standardizzata, finalizzata ad identificare i reali bisogni del paziente ed a fornire un'adeguata risposta a tali necessità, siano esse di carattere medico, assistenziale,

sociale. L'Osservazione Breve Intensiva Geriatrica, che lavora in serie, in stretta collaborazione con il PS, si rivela un modello organizzativo strategico nella gestione del paziente anziano nella sua complessità, in quanto rappresenta un momento di puntualizzazione delle problematiche mediante gli strumenti forniti dalla VMD e di definizione di possibili "risposte" ai bisogni individuati. Permette di evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e garantisce, grazie al tempo di osservazione, dimissioni sicure e indicazioni all'inserimento nella rete dei servizi. L'OBI Geriatrica permette di colmare l'attuale insufficiente rappresentazione del modello di cure geriatrico nell'area dell'emergenza. L'obiettivo deve coincidere con il riconoscimento dei pazienti che possono beneficiare di cure ospedaliere e di attivare efficacemente, se necessario, cure ambulatoriali/domiciliari per i casi che non richiedono il ricorso a degenza ospedaliera. Tra i principali obiettivi del PS/DEA con attività geriatrica è evidente quello di diminuire i ricoveri ospedalieri potenzialmente evitabili. È quindi opportuno progettare e attivare percorsi che sin dall'accesso in PS, con supporto di un'area geriatrica dedicata, permettano l'identificazione delle esigenze cliniche del singolo paziente mediante l'uso standardizzato della VMD. Nell'ambito dell'appropriatezza clinica, il PS/DEA, nodo "nevralgico" della rete dei servizi deve essere arricchito da competenze geriatriche, non solo consulenziali, per pianificare, nel prossimo futuro, la possibilità di intercettare le necessità ambulatoriali e di assistenza domiciliare ed avviare a percorsi clinici appropriati il paziente anziano. Tali aspetti, se non risolti, determinano ripetuti accessi in PS e conseguenti probabili/frequenti ricoveri inappropriati, con peggioramento di outcomes a breve e lungo termine, e generando costi non più sostenibili. L'efficacia di tale progetto può essere garantita esclusivamente dal supporto di un'area geriatrica che, lavorando in serie al PS/DEA, permette di svolgere attività di OBI che, oltre a quelli di cura, assuma compiti di pianificazione della dimissione, basandosi su percorsi da VMD, colloquiando con le strutture extra-ospedaliere con obiettivi condivisi e rispetto del timing di attivazione e di presa in carico del paziente. Questo processo di transizione presenta molte sfide. In un'epoca caratterizzata da un costante affollamento di PS/DEA, in particolare per la popolazione geriatrica, la cura in emergenza del paziente anziano complesso rappresenta un problema tuttora controverso e confuso. La permanente scarsa diffusione di cartelle cliniche informatizzate complica la necessità di avere informazioni complete in tempi brevi; esistono ancora, purtroppo, ampi spazi di un approccio clinico basato sulla singola condizione patologica ipotizzata, attivando a cascata percorsi diagnostico-terapeutici non sempre adeguati alla medicina della complessità, come anche confermato dalla nostra esperienza (mancanza di correlazione tra patologia ed esito dell'osservazione). Il paziente geriatrico, complesso per definizione, deve poter essere curato e preso in carico in base ad obiettivi chiari e concreti, non può trovare infatti spazio un approccio clinico afinalistico sul piano terapeutico e prognostico. Si conferma che l'attività

di OBI Geriatrica e l'attività di degenza presso l'Unità Geriatrica per acuti, devono essere supportate da percorsi di "continuità delle cure" intra ed extraospedalieri per la pianificazione della dimissione con protocolli chiari e condivisi con i servizi territoriali distrettuali per il successivo accesso alla Rete dei Servizi. Particolare attenzione va rivolta alla comunicazione di informazioni clinicamente rilevanti a paziente/familiari e ai fornitori di cure ambulatoriali, territoriali e presso le residenze protette. Le informazioni essenziali per ottimizzare la continuità delle cure al momento della dimissione dovrebbero includere i seguenti dati: diagnosi clinica, risposta clinica ai trattamenti eseguiti, dati derivanti da VMD e loro interpretazione, dati socio-ambientali, presidi necessari e forniti/richiesti per una adeguata gestione extra-ospedaliera, elenco delle prestazioni consigliate in follow-up concordate con i Servizi Distrettuali/Residenze Protette, evidenziazione di nuove prescrizioni farmacologiche e delle eventuali modifiche terapeutiche e corretta e costante riconciliazione farmacologica, con particolare attenzione alle prescrizioni potenzialmente inappropriate. Le informazioni cliniche e le istruzioni alla gestione post-ospedaliera dovranno essere rese intellegibili e chiare a pazienti e care-giver.

Bibliografia

1. AMINAZHED F., DALZIEL W.B. (2002), *Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions*, *Ann Emerg Med*, 39(3):238-47.
2. HASTINGS S.N., SCHMADER K.E., SLOANE R.J., WEIMBERG M., GOLDBERG K.C., ODDONE E.Z. (2007), *Adverse health outcomes after discharge from the emergency department—incidence and risk factors in a veteran population*, *J Gen Intern Med*, 22(11):1527-31.
3. PINES J.M., MULLINS P.M., COOPER J.K., FENG L.B., ROTH K.E. (2013), *National trends in emergency department use, care patterns, and quality of care of older adults in the United States*, *J Am Geriatr Soc*, 61(1):12-7.
4. GRAY L.C., PEEL N.M., COSTA A.P., BURKETT E., DEY A.B., JONSSON P.V., LAKHAN P., LJUNGGREN G., SJOSTRAND F., SWOBODA W., WELLENS N.I., HIRDES J. (2013), *Profiles of Older Patients in the Emergency Department: Findings From the interRAI Multinational Emergency Department Study*, *Ann Emerg Med*, 62(5):467-74.
5. FENG Z., COOTS L.A., KAGANOVA Y., WIENER J.M. (2014), *Hospital And ED Use Among Medicare Beneficiaries With Dementia Varies By Setting And Proximity To Death*, *Health Aff (Millwood)*, 33(4):683-90.
6. DAIELLO L.A., GARDNER R., EPSTEIN-LUBOW G., BUTTERFIELD K., GRAVENSTEIN S. (2014), *Association of dementia with early rehospitalization among Medicare beneficiaries*, *Arch Gerontol Geriatr*, 59(1):162-8.
7. DE SOUTO BARRETO P., LAPEYRE-MESTRE M., MATHIEU C., PIAU C., BOUGET C., CAYLA F., VELLAS B., ROLLAND Y. (2013), *The nursing home effect: a case study of residents with potential dementia and emergency department visits*, *J Am Med Dir Assoc*, 14(12):901-5.

8. BRIGGS R., COUGHLAN T., COLLINS R., O'NEILL D., KENNELLY SP. (2013), *Nursing home residents attending the emergency department: clinical characteristics and outcomes*, QJM, 106(9):803-8.
9. ROCKWOOD J.K., RICHARD M., GARDEN K., HOMINICK K., MITNITSKI A., ROCKWOOD K. (2013), *Precipitating and Predisposing Events and Symptoms For Admission to Assisted Living or Nursing Home Care*, Can Geriatr J, 17(1):16-21.
10. MC INTYRE H. (2013), *Admission to hospital could be considered a disease*, BMJ, 346:f3242.
11. GILLYCK M.R. (2014), *When frail elderly adults get sick: alternatives to hospitalization*, Ann Intern Med, 160(3):201.
12. SALVI F., MORICHI V., GRILLI A., GIORGI R., DE TOMMASO G., DESSI-FULGHERI P. (2007), *The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions*, Intern Emerg Med, 2(4):292-301.
13. SINHA S.K., BESSMAN E.S., FLOMENBAUM N. et al. (2011), *A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model*, Ann Emerg Med, 57:672-682.
14. *Geriatric Emergency Department Guidelines*. Emergency College of Emergency Physicians, American Geriatric Society, Society for Academic Emergency Medicine. Approved by the ACEP Board of Directors October 2013, Approved by the SAEM Board of Directors October 2013, Approved by the AGS Board of Directors December 2013, Approved by the ENA Board of Directors January 2014.
15. PLSEK P.E., GREENHALGH T. (2001), *Complexity science: The challenge of complexity in health care*, BMJ, 323(7313):625-8.

5. **Contenuti e metodologie dell'intervento chirurgico in ambito geriatrico**

Alessandro Mazzucco

"To be seventy years young is sometimes far more cheerful and hopeful than to be forty years old."
(Oliver Wendell Holmes)

Non raramente si coglie nella opinione pubblica la convinzione, probabilmente alimentata da una letteratura inserita nella cultura romantica, come nei personaggi di Archibald J. Cronin, che la professione del medico sia una sorta di vocazione umanitaria. Ovviamente la presenza, in chi esercita, di un forte vincolo di responsabilità nei confronti del paziente è fondamentale ed è oggetto di giuramento all'atto della iscrizione all'Ordine professionale. Tuttavia, non vi può essere responsabilità, nemmeno morale, in assenza di conoscenza e questa conoscenza ha radicate basi scientifiche che, particolarmente nella cultura inglese codificata da Archie L. Cochrane (1), danno vita alla moderna medicina basata sulla evidenza: si intende con questa definizione la medicina diretta da informazioni documentate, nella quale non vi è spazio per medicine alternative né per avventure in ambiti non esplorati, per ipotesi fantascientifiche o addirittura per emotività. È un percorso ormai irreversibile, anche se spesso si scontra con le aspettative della gente, che ha ormai definitivamente trasferito la medicina tradizionale nella moderna medicina basata sulla scienza.

Negli ultimi 50 anni lo sviluppo delle conoscenze ha prodotto una vera rivoluzione nel progresso biologico e medico e nella aspettativa di vita, come pure nell'allungamento dell'età biologica. Questo fenomeno è tanto più clamoroso se si considera la scarsa razionalità con la quale venivano operate in precedenza molte scelte, per lo più in ragione di un consenso comune prevalentemente emotivo, ma anche controllato da principi economici. Perfino nella fase della più ampia disponibilità di fondi, della mancanza del cosiddetto "tetto" di sapore statalistico imposto oggi ai servizi medici, e della paradossale interferenza odierna della giustizia nelle decisioni mediche, due categorie di pazienti regolarmente incorrevano nel dubbio inspiegabile di "inoperabilità", legata esclusivamente a motivi di età: neonati e anziani, entrambi soggetti ad una irrazionale discriminazione.

Attualmente, il secondo di questi due gruppi – oggetto di questo articolo – è ovunque protagonista di una espansione numerica assoluta e percentuale, tale

da rappresentare ormai la maggioranza della popolazione ospedaliera e dei candidati ad un intervento chirurgico, quanto meno nei paesi più sviluppati.

L'allungamento della età biologica amplia il numero dei possibili candidati. Ma la chirurgia moderna, grazie ad una anestesia più sicura e a tecniche operatorie meno traumatiche e più perfezionate, ha indotto ad aprire ai pazienti anziani, riconsiderando i benefici del trattamento chirurgico.

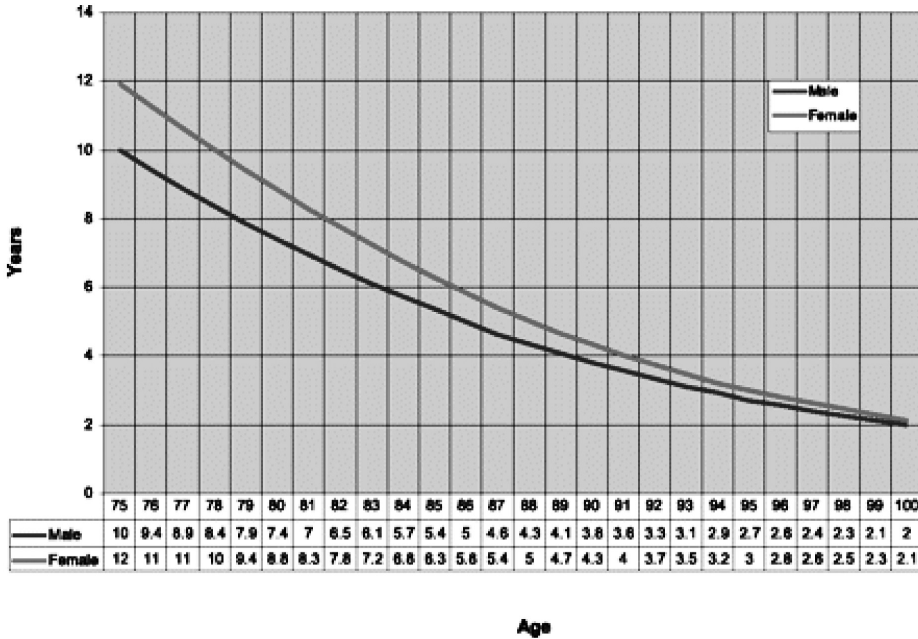
Il peso di una tradizione millenaria connotata da una forte componente fatalistica condiziona tuttora l'esistenza nella società di opinioni notevolmente diversificate verso gli anziani. Indipendentemente da queste variabili culturali, è un dato oggettivo il fatto che la comunità chirurgica deve aspettarsi una netta prevalenza dei pazienti di età superiore ai 75 anni e deve essere preparata a confrontarsi con essi.

La probabilità per un anziano di aver bisogno di procedure terapeutiche per problemi acuti aumenta con l'età in modo progressivo. Ora, come si potrebbe immaginare di tracciare arbitrariamente, per quanto riguarda la "operabilità", una linea retta attraverso un punto della curva dell'invecchiamento, discriminando chi deve essere curato da chi si decide di non trattare, escludendo ingiustificatamente una popolazione numericamente computabile in centinaia di milioni di persone, in rapida espansione? Questi rappresentano una componente preminente della popolazione mondiale, la cui aspettativa di vita si riduce al di sotto dei 5 anni solo al raggiungimento di 86 anni per l'uomo e 89 per la donna (2). Non c'è dubbio che questi elementi devono indurre a riconoscere che la decisione sull'intraprendere o meno un piano terapeutico aggressivo in un anziano deve essere di natura esclusivamente medica, all'interno di un rapporto medico-paziente senza altri vincoli o interventi, nel rispetto di confini professionali e deontologici di corrette dinamiche rischio/beneficio, mirati esclusivamente a un prevedibile vantaggio per il paziente.

Il fenomeno del rapido invecchiamento della popolazione, da molti denominato "the Silver Tsunami," sarà il più grande fattore con cui si dovrà confrontare la sanità nelle prossime generazioni (Fig. 5.1).

Ciò che preoccupa in modo particolare è che, nella maggioranza delle nazioni, il sistema sanitario – o meglio, i suoi responsabili – non sembrano attribuire a questa prossima sfida una sufficiente attenzione. L'atteggiamento è prevalentemente attendistico. Addirittura vi è chi, sorprendentemente, tende a smussare la gravità del problema arrivando ad affermare l'idea che l'aumentata prevalenza di anziani produrrà un aumentato bisogno di "nursing", ma finirà per determinare un decremento della richiesta di prestazioni mediche in acuto. È un errore madornale: nessun paziente richiede più cure mediche in acuzie, particolarmente di chirurgia, che gli anziani. Nella programmazione, tanto poco familiare all'amministrazione italiana, si deve pensare all'aumento di internisti geriatri, ma anche di chirurghi.

Figura 5.1 - (mod. da Preston, lavoro citato) - Aspettativa di vita in rapporto all'età



Il come affrontare in un grande anziano, soprattutto se non autosufficiente, la soluzione di un problema di competenza chirurgica rientra nell'ambito molto ampio, e di necessità multispecialistico, delle peculiarità collegate a questa popolazione e alle eventuali configurazioni che alcuni quadri patologici subiscono. Anche e, per alcuni aspetti, in modo particolare nella chirurgia in persone anziane l'unico obiettivo valido di cura è quello di mantenere la durata e la qualità della vita. Ciò potrebbe apparire scontato, eppure, nonostante la significativa aspettativa di vita di anziani anche in fase molto avanzata, i medici a volte tendono a prendere decisioni, sia sull'impiego di strumenti diagnostici che sull'impiego di procedure terapeutiche maggiori, esclusivamente in ragione della sola variabile anagrafica. Eccessi di cautela nei confronti delle persone anziane si colgono a tutti i livelli della assistenza sanitaria, sia nell'ambito delle cure secondarie medico-chirurgiche che nella pratica generale.

Non ci si può nascondere che la comorbidità e la multipatologia rappresentano un fattore di rischio rilevante, anche se non facilmente misurabile. Per questa ragione è importante approfondire sistematicamente questo aspetto, tenendo conto che il ricorso a tecniche di contenuta invasività chirurgica e ad un equilibrato uso di anestesia loco-regionale consentono di ridurre l'impegno sulla fisiologia geriatrica.

La decisione

Gli anziani sono terrorizzati dalla prospettiva di abbandonare la loro casa e di entrare in un ospedale, che nella loro percezione appare spesso come un triste luogo di confinamento. Soprattutto, la maggior parte di essi preferisce una migliore qualità di vita piuttosto che una vita prolungata in assoluto; essi privilegiano pochi anni “buoni” che una vita accompagnata da disturbi significativi.

Questa posizione emerge sistematicamente ogni qualvolta si consiglia una procedura invasiva ad un anziano. Ovviamente questo è in linea di massima un pregiudizio, ed è quindi necessario offrire un realistico approfondimento sulle indicazioni ad un intervento chirurgico, affrontando in dettaglio le prospettive possibili e rispondendo nel modo più documentato alle domande, anche in relazione all’impatto sulla vita quotidiana. A volte non è così chiaramente comprensibile che la qualità della vita, giudicata come accettabile al presente, sia inesorabilmente destinata a cambiare con il procedere di una malattia vissuta al momento come tollerabile. D’altra parte, nel corso di un approfondimento possono emergere opzioni alternative, per esempio un intervento di dimensioni minori che, pur non curativo, può fornire un risultato soddisfacente, con rischio inferiore per la vita, senza comprometterne la qualità, anche se per una durata prevedibile più limitata. Una scelta personalizzata richiede la esecuzione di test pre-operatori mirati, in particolare sulle capacità cognitive e motorie, sulla fragilità, sullo stato funzionale e le condizioni di nutrizione. Tutto ciò può essere determinante per dare sostegno ad una decisione di trattamento più informata ed allineata con le aspettative proprie di ogni paziente anziano.

Discriminazione fondata sulla variabile “età”

Ogni approccio medico si basa sul concetto riconosciuto che i pazienti devono essere trattati secondo la necessità clinica, piuttosto che in ragione dell’età: *Geriatric surgery is about disease, not age* (1). Questo potrebbe sembrare ovvio, ma può presentare difficoltà pragmatiche. Alcuni clinici potrebbero essere ancora restii all’idea di proporre un 85enne per intervento di bypass coronarico, ma, se il paziente presenta condizioni generali ragionevoli, non gli dovrebbe essere negata la opportunità. La clamorosa notizia del successo della correzione chirurgica di una lesione letale, come la dissezione aortica, eseguita su un celebre chirurgo cardiovascolare alla venerabile età di 97 anni – che gli consentì ancora due anni di vita apprezzabile, fino alla morte avvenuta a due mesi dal compimento dei 100 anni – è un esempio di come la definizione di “troppo vecchio” sia del tutto relativa. Naturalmente non si possono assumere decisioni solo sulla base di singoli episodi, che stanno diventando comunque sempre

più frequenti. Il governo della Gran Bretagna ha pubblicato nel 2009 un rapporto intitolato "Achieving Age Equality in Health and Social Care", che naturalmente sostiene il concetto di uguaglianza nell'assistenza sanitaria per gli anziani (2).

In questo articolo ci sembra utile affrontare, nella obbligata sintesi, il tema della chirurgia nell'anziano in ragione della evidenza documentata di cambiamenti funzionali innescati dall'invecchiamento e, per converso, ponendo l'accento sui modi per minimizzare il rischio della chirurgia, ponendo l'attenzione ai dati oggettivi provenienti da una popolazione di età superiore ai 75 anni.

Come anticipato, un approccio razionale ad un tema tanto dibattuto nel passato in ragione di parametri sostanzialmente ipotetici, è indispensabile per arrivare ad operare scelte tanto rilevanti in maniera non soggettiva. Naturalmente, questo non è semplice nella misura in cui le persone anziane – fino a tempi recenti – sono state in gran parte escluse pregiudizialmente dagli studi clinici prospettici, e gran parte dei dati provengono da serie di pazienti comunque selezionati, da cui si dimostra solo ciò che è episodicamente possibile, non ciò che è conveniente applicare. In realtà, vanno comparando sempre più diffuse segnalazioni della possibilità di eseguire su pazienti di oltre 75 anni grandi interventi di chirurgia cardiaca, vascolare, oncologica e ortopedica elettivi, con buoni risultati e incidenza di eventi avversi simile ai pazienti più giovani.

Uno degli esempi paradigmatici della crescita progressiva del ricorso alla chirurgia è quello della **rivascolarizzazione miocardica**, che è ormai diventata routinaria nei pazienti oltre i 75 anni. È un esempio nel quale la malignità della malattia e la sua inesorabile tendenza alla progressione, coniugata con la grande efficacia della rivascolarizzazione diretta, hanno validato il principio della opzione più aggressiva come scelta più efficace, pur includendo con maggior frequenza metodiche ritenute più delicate e tollerabili dall'anziano, quale la chirurgia a cuore battente, anche se il beneficio reale di questo approccio è in massima parte presunto. Per converso, la divulgazione delle procedure percutanee, la cui indicazione secondo lo studio Syntax del 2013 (18), è (o dovrebbe essere) riservata alle lesioni monovasali, ha chiaramente selezionato in modo passivo verso la chirurgia le situazioni patologiche più avanzate e più gravi, quali le lesioni del tronco della coronaria sinistra, la malattia trivasale, la coronaropatia diabetica, le coronaropatie calcifiche ed associate alla stenosi valvolare aortica senile. In sostanza, i pazienti indirizzati alla chirurgia coronarica hanno una malattia cardiaca più pesante ed un rischio superiore che in passato. Nonostante ciò, la mortalità per CABG sta diminuendo: nella chirurgia elettiva, la mortalità è inferiore al 5%, più del 90% dei pazienti sono dimessi direttamente a casa e circa il 95% sono liberi da angina a 2 anni.

È un risultato formidabile perché modifica radicalmente lo stato dell'anziano, trasferendolo da una condizione di ospedale-dipendenza a quella di autoge-

stione a domicilio. È indiscutibilmente un rilevante beneficio medico, ma anche associato a consistente impatto economico.

I benefici immediati del CABG sono mantenuti anche oltre i 90, anche se la mortalità a lungo termine è comprensibilmente maggiore. Alcune indagini hanno documentato che la durata della sopravvivenza a 5 anni dal CABG si sovrappone alla storia naturale, neutralizzando così l'impatto negativo della malattia. Addirittura, è stato sostenuto che la speranza di vita di coloro che hanno superato un intervento può essere superiore a quella dei controlli.

Fino a non molti anni or sono il limite degli 80 anni era comunemente considerato un *cut-off* per l'offerta di trattamento chirurgico per malattie cardiovascolari, tanto più in caso di evento acuto e grave che si propone in emergenza. Paradigma di questa situazione è stato per molto tempo il già ricordato caso della dissezione aortica acuta. Nel 2001, il *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* (10) pubblicò un articolo che, sulla base di risultati personali, affermava perentoriamente che: "Le operazioni per dissezione acuta di tipo A, eseguite su ottuagenari, comportano una maggiore mortalità e morbilità ospedaliera. La sopravvivenza a breve termine è sfavorevole ed è associata con una scarsa qualità di vita. (...) (per cui, in queste situazioni) (...) la ipotesi che l'intervento chirurgico dovrebbe essere negato ai pazienti più anziani (...) è supportata dai dati presentati". Questa dichiarazione ha stimolato un dibattito acceso e ha indotto un consistente numero di gruppi a rivedere la loro esperienza personale sulla questione, che invariabilmente forniva la conclusione opposta, cioè che l'età oltre 80 anni non rappresenta un fattore di rischio significativo ad una analisi multivariata (11). Se una qualsiasi considerazione può essere fatta, non si può minimizzare l'aspetto della abilità chirurgica individuale e dell'esperienza collettiva di qualsiasi centro specifico, che nulla ha a che fare con questioni biologiche.

La malattia cerebrovascolare è poco indagata e tendenzialmente sottotrattata negli ultraottantenni. Una importante e nota revisione sistematica (4) ha dimostrato che il rischio di morte (anche se non quello di ictus non letale) in seguito ad endoarterectomia carotidea aumenta con l'età. Questo dato è significativamente controbilanciato dai vantaggi assoluti, in quanto senza chirurgia il rischio di ictus va aumentando con l'età, con un andamento molto rapido. Basterebbe ricordare, ad ulteriore conferma della futilità del parametro età sulla mortalità operatoria, che il suo impatto è inferiore a quello legato al genere, che vede per il gruppo delle donne un rischio superiore a quello dell'età superiore ai 75 anni. Evidentemente ciò non significa che alle donne debba essere rifiutato un intervento appropriatamente indicato a causa dell'aumentato rischio operatorio; al contrario questa variabile va opportunamente pesata nel rapporto rischio/beneficio e l'intervento richiede cautele superiori (5).

Il **cancro colonrettale** è la neoplasia più comune nelle persone oltre i 65 anni, e l'obiettivo del trattamento chirurgico è la eradicazione della malattia e la prevenzione di complicazioni a distanza (6). Se la chirurgia è intrapresa con intento curativo, la sopravvivenza cancro-specifica si sovrappone a quella dei pazienti più giovani. Come avviene in molti tipi di chirurgia addominale, c'è un piccolo aumento della mortalità perioperatoria e della morbidità nella popolazione anziana, ma una volta superata questa fase, i risultati a lungo termine corrispondono a quelli dei pazienti più giovani. Vi sono promettenti attese di accelerazione del recupero nei pazienti oltre 75 anni con l'impiego di resezione colica per via laparoscopica.

Una **toracotomia** mini-invasiva per patologia benigna ha una mortalità del 2-5% nelle persone anziane, e la resezione polmonare per **cancro polmonare** in fase precoce comporta la stessa prognosi in anziani e giovani. Le operazioni di tiroidectomia e paratiroidectomia, nonostante i pazienti più anziani abbiano generalmente uno squilibrio endocrino più serio, non sono gravate da significativo eccesso di mortalità o morbidità in essi rispetto alle persone più giovani. Il tasso di guarigione per iperparatiroidismo è 99,5%, con tassi di mortalità di 0-2% e di complicanze tra 8 e 18%. Gli interventi **urologici** maggiori, quali la nefrectomia radicale e la cistectomia, sono stati effettuati su ottuagenari selezionati con mortalità perioperatoria inferiore al 10%.

La **chirurgia ortopedica** maggiore, compresa la artroplastica dell'anca e del ginocchio, può essere effettuata in ultraottantenni con minima o nessuna mortalità e significativa riduzione del dolore e miglioramento funzionale. Degli ottuagenari che hanno ricevuto una sostituzione protesica dell'anca, il 70% sono in grado di camminare senza aiuto.

I **tumori di testa e collo**, principalmente rappresentati da carcinoma squamoso, possono essere trattati con grande efficacia nelle persone anziane. In uno studio caso-controllato di 1882 coppie, Bhattacharyya (7) ha dimostrato che non esiste alcuna differenza significativa nella sopravvivenza specifica da carcinoma squamoso tra pazienti fino e oltre i 70 anni. Uno studio di coorte di pazienti sottoposti a chirurgia maggiore di testa e collo, compresa la dissezione radicale del collo, laringectomia, maxillectomia e chirurgia ricostruttiva, ha dimostrato che la comorbidità aumenta il rischio di complicazioni, ma altrettanto non fa la variabile età (8).

In **neurochirurgia** ci si riferisce con la indicazione di "anziani" a persone oltre i 65 anni. I meningiomi sono solitamente benigni, ma possono diventare causa di seri disturbi ed anche di pericoloso effetto di compressione. L'intervento è spesso curativo ed è in linea di massima tanto efficace in persone oltre i 65 anni in buone condizioni di salute (ASA score 1 o 2) come nei soggetti più giovani, con tassi di mortalità e di complicazione simili. I pazienti sottoposti ad intervento raggiungono di regola un miglioramento funzionale, mentre quelli trattati con-

servativamente tendono ad un progressivo deterioramento. La chirurgia nei tumori cerebrali maligni, tra cui glioblastomi e tumori metastatici, sembra conferire un certo aumento della sopravvivenza, ma mancano dati di qualità della vita. In uno studio retrospettivo su 39 pazienti sopra i 70 anni, Ferrante *et al.* (9), valutando l'*end-point* "miglioramento del visus" dopo resezione ipofisaria transfenoidale, riportarono un risultato positivo nel 75% dei casi, senza decessi e con incidenza di complicanze limitate al 20%. Tuttavia, relativamente pochi hanno ottenuto la risoluzione del loro alterato stato di disfunzione endocrina in confronto ai pazienti più giovani.

Chirurgia d'urgenza. A differenza delle operazioni elettive, la chirurgia d'urgenza in persone anziane comporta rischi significativamente maggiori che nei giovani, in quanto gli anziani tendono a presentarsi con ritardo, sono spesso più difficili da diagnosticare e hanno una riserva funzionale più povera. Un'appendicite acuta in persone oltre 60 anni più che raddoppia il rischio di mortalità e complicazioni rispetto ai pazienti più giovani, essendo ciò imputabile alla frequente mancanza iniziale di febbre, leucocitosi e segni di localizzazione, oltre ad una maggiore tendenza alla perforazione. Un intervento di rivascularizzazione coronarica eseguito in emergenza per una situazione di ischemia miocardica acuta in un ottuagenario comporta una mortalità del 33%, del 14% per casi che si presentano in urgenza, mentre la chirurgia elettiva solo un 3% (12).

Gran parte della chirurgia d'urgenza richiesta da persone anziane è rappresentata da lesioni traumatiche, quali fratture del collo femorale. Le cadute sono comuni in queste persone a causa delle inevitabili limitazioni della visione, dell'apparato locomotore e dell'equilibrio. Queste lesioni sono più frequenti rispetto ai più giovani e sono più gravi, con maggiori conseguenze a lungo termine. L'incidenza di fratture conseguenti dopo una caduta in piano può superare il 40%. Di queste persone, il 43% perde la loro autosufficienza e tra questi la sopravvivenza a 1 anno è limitata al 50% (5).

Le lesioni del capo in anziani sono in generale meno gravi rispetto a quelle dei giovani, verosimilmente per la minore energia coinvolta nel meccanismo della caduta, che assai spesso avviene dalla stazione eretta e certamente non da prestazioni atletiche. Nonostante ciò, la mortalità sopra i 65 anni è maggiore, i risultati funzionali sono peggiori e la necessità di cure e di assistenza a lungo termine sono assai più probabili. Di nuovo, almeno in parte ciò è imputabile al frequente ritardo con il quale gli anziani con lesioni cranio-cerebrali giungono all'osservazione. Essi vengono riferiti al neurochirurgo meno regolarmente di pazienti più giovani, anche se non è chiaro quanto ciò contribuisca al risultato. La presentazione di un ematoma subdurale cronico è eccezionale, considerando che la semplicità di un drenaggio eseguito in anestesia locale è alla portata di tutti, tranne che nei casi più gravi, e i risultati sono generalmente buoni.

Nelle situazioni di emergenza, per quanto detto sopra, i comportamenti eroici sono spesso fuori luogo. Vi è un ragionevole spazio per preferire le moderne tecniche che consentono di stabilizzare la persona anziana critica, ricorrendo ad una procedura minimamente invasiva di emergenza, che offre spesso l'opportunità di una soddisfacente ottimizzazione prima dell'intervento definitivo. Ad esempio, il drenaggio percutaneo di un empiema della colecisti o la sfinterotomia endoscopica per un ittero ostruttivo, eseguiti in emergenza, possono prevenire l'esigenza di affrontare in condizioni di urgenza e instabilità approcci più traumatici, rinviando la colecistectomia ad una pianificazione elettiva.

Il processo decisionale in questi scenari di emergenza è sempre difficile, e tanto più nelle persone anziane. Come anticipato, la difficoltà scaturisce dal conflitto tra la necessità di aiutare urgentemente i pazienti e, in subordine, la mancanza di sufficienti informazioni sulle probabili comorbidità e sui tempi e modalità di esordio della patologia in atto, informazioni importanti per prendere le corrette decisioni in modo tempestivo. Solo chi lo ha sperimentato sa quanto possa impegnare in modo lacerante il dover operare in simili contesti, nei quali la responsabilità professionale si trova a dividersi tra l'incertezza sul bene del paziente e la consapevolezza che qualunque decisione può rivelarsi sbagliata e concludersi drammaticamente.

Rischi e benefici

Anche nei pazienti anziani, come in qualsiasi altro gruppo di età e – per certi aspetti – ancor di più, la qualità di vita è fondamentale, spesso più del suo prolungamento. L'anziano si aspetta dal chirurgo un impegno ad alleviare la sofferenza, ma anche a mantenere la propria indipendenza e la dignità. In particolar modo in questa fase della vita, quando il benessere non può essere sacrificato ad una sopravvivenza a qualsiasi costo, il chirurgo deve operare ogni sforzo per compiere scelte che rappresentino, per quanto possibile, l'obiettivo dell'anziano. L'attaccamento alla vita di un grande anziano e la sua piena soddisfazione, anche per le piccole cose consentite dalla sua esistenza, non può essere sottovalutato.

Una trentina d'anni or sono grande risonanza, soprattutto per le sue conseguenze giudiziarie, ebbe la vicenda di una anziana paziente che nel corso di un intervento endoscopico programmato per la rimozione di un polipo del retto, fu invece sottoposta a sua insaputa per diagnosi intraoperatoria di cancro, ad una amputazione per via addomino-perineale con colonstomia definitiva, risultato che fu percepito come intollerabile dalla anziana signora che scelse di lasciarsi morire di inedia, con ciò generando per il chirurgo una imputazione e condanna per omicidio preterintenzionale. Mai come in questo ambito il chirurgo deve saper accettare un risultato che dal suo punto di vista può essere vissuto come una

sconfitta, o come una scelta meno valorosa, per adeguarsi alla volontà soggettiva del paziente.

Naturalmente non è consentito generalizzare: in alcuni casi, interventi a rischio relativamente più consistente debbono comunque essere affrontati, in quanto in definitiva più accettabili rispetto a quelli conseguenti a scelte più conservative, in relazione alle quali il paziente, quasi sempre molto timoroso rispetto alla propria fragilità e all'entità del trauma, può indirizzarsi spontaneamente verso un atteggiamento di rassegnazione. In tal caso, il medico deve saper prendere le distanze dalla opzione del paziente, quasi sempre fondata su di una sostanziale incomprensione dei pericoli connessi con la patologia, di fronte ai quali la chirurgia aggressiva precoce può essere l'opzione che comporta un più elevato rischio istantaneo, ma un rischio globale nettamente più contenuto.

Un buon esempio può essere il caso dell'aneurisma dell'aorta addominale, la cui incidenza raggiunge il suo picco nella nona decade (17). In assenza di trattamento, le prospettive sono assai scadenti, comportando una mortalità del 35% ad una mediana di 18 mesi. In questa fascia di età, la mortalità a 30 giorni per la riparazione elettiva è 8%, con sopravvivenza a 3 anni pari all'83-90%, quindi con un rapporto rischio/beneficio incomparabilmente migliore. Tra l'altro, il ricorso al trattamento endovascolare, pur a fronte di un più consistente incidere di complicazioni tardive imprevedibili (14), può rappresentare una scelta giustificata, in quanto capace di contenere il numero delle complicazioni precoci. Il risultato complessivo in termini di sopravvivenza negli ultraottantenni è simile a quello offerto dalla chirurgia tradizionale, ma è ritenuto proponibile ad un numero superiore di pazienti, tra i quali un 30% di casi ai limiti della "operabilità" mediante trattamento tradizionale. Non vi è dubbio che bisogna essere pronti a riconoscere che in situazioni estreme, come la invasione neoplastica diffusa, misure aggressive possono essere inappropriate ed è più opportuno per il paziente che si lasci spazio a cure palliative.

Analisi di dati relativi all'incidenza di eventi sfavorevoli nella chirurgia dell'anziano indica che l'età contribuisce solo in percentuale minore al rischio di intervento chirurgico, mentre la morbidità postoperatoria riflette prevalentemente lo stato preoperatorio. L'età avanzata appare costituire di per sé un fattore di rischio per un insuccesso sia nel sistema di "score" "APACHE (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) che nel POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity) e loro modifiche. Tuttavia, una età superiore agli 80 anni pesa soltanto per un massimo di 20 punti su un totale di 139 previsti dal test di Parsonnet per la cardiocirurgia e non compare sull'Indice di Rischio Cardiaco, che valuta l'incidenza di morbidità cardiaca perioperatoria e mortalità nei pazienti sottoposti a chirurgia non cardiaca (13). La classificazione ASA, per quanto utile nel discriminare le situazioni individuali nell'anziano, non valuta indipendentemente l'età. Non vi è dubbio che assai

maggior rilevanza risiede non tanto nell'età come variabile indipendente, quanto nella storia di co-morbidità accumulate negli anni e nella comparsa di scompenso fisiologico acuto.

Il paziente è idoneo per la chirurgia?

È ben noto l'assioma *"i bambini non sono semplicemente degli adulti piccoli"*. In effetti le specificità fisiologiche incidono ad entrambe le estremità dello spettro dell'età. Le modificazioni funzionali degli organi vitali intervenute con l'invecchiamento sono alla base della perdita della riserva funzionale, che può rendersi manifesta solo in momenti di stress, come quello anestesilogico e chirurgico. Ad esempio, l'affidamento della gittata sistolica all'aumento del volume diastolico del ventricolo finisce per rendere la gittata cardiaca dipendente dal volume e quindi vulnerabile in condizioni di ipovolemia e della comparsa di fibrillazione atriale postoperatoria, entrambi eventi tutt'altro che eccezionali. Analogamente, le procedure all'interno delle cavità addominale e toracica invariabilmente interferiscono con il mantenimento di una adeguata meccanica respiratoria. Nell'anziano, questo effetto può essere sufficiente a provocare una insufficienza ventilatoria.

Equilibrio metabolico

Prima di intervenire è sempre necessaria una attenta valutazione, per misurare gli indicatori del grado di malattia, le co-morbidità, gli effetti dell'invecchiamento e le invalidità o limitazioni conseguenti a malattie precedenti. Gli esami abituali potrebbero essere insufficienti a rilevare la restrizione della riserva, per cui le valutazioni della funzione mediante test provocativi sono da preferire, come i test da sforzo o la determinazione della soglia anaerobica. La contemporanea diminuzione della massa corporea magra, con una riduzione della funzione renale, potrebbe mascherare la esistenza di quest'ultima con il mantenimento di livelli normali della creatinina del siero anche a fronte di significativi danni renali. Pertanto una valutazione accurata della funzione renale nell'anziano non dovrebbe limitarsi al semplice dosaggio della creatinemia, ma al calcolo della clearance della creatinina o del filtrato glomerulare. È evidente l'importanza di inserire dati accurati ed approfonditi nella identificazione del rischio preoperatorio e che solo così si può raggiungere una vera ottimizzazione dello stato dei pazienti prima di un intervento elettivo. Inoltre, si rifletta sul significato che potrebbero assumere le serie cliniche riportate in letteratura qualora ricavate su indicatori non sufficientemente significativi come quelli qui citati.

Stato nutrizionale

Nel Regno Unito si è stimato che fino al 40% di coloro che in età superiore ai 65 anni sono ricoverati in ospedale, presentano un grado variabile, ma comunque sensibile, di malnutrizione. Le cause sono numerose, in parte di natura fisiologica come una alterazione dell'odorato, del gusto, della dentatura, ma anche della visione, oppure di natura sociale, quale isolamento, povertà, o clinica, quale depressione, demenza, farmaci e malattie in corso.

I pazienti malnutriti hanno mortalità più elevata, degenza più lunga, più complicazioni postoperatorie (es. infezioni e decubito) e più incidenti da caduta che non i loro coetanei regolarmente nutriti. Pertanto è importante raggiungere una indicazione oggettiva del grado di nutrizione: l'indice di massa corporea è uno strumento insufficiente negli anziani, in quanto non tiene conto della riduzione della altezza e della ritenzione idrica (edemi o ascite); vanno di conseguenza impiegati strumenti di screening, quale il 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') (15), secondo il quale i dati antropometrici vengono rapportati ad una perdita di peso non prevista e ad uno stato di patologia in atto. Vi sono però anche alcuni marcatori di malnutrizione nel sangue, quali bassi livelli di albumina, transferrina, linfociti e colesterolo totale. Se appare dimostrato che uno stato di malnutrizione eleva il rischio, non è accertato se il ragionevole indirizzo di cercare di correggerlo prima dell'intervento elettivo sia efficace. Da molte parti si sostiene questo atteggiamento, senza reale documentazione, considerando che la gran parte delle serie riportate si sono concentrate su aspetti nutrizionali – quali l'incremento di peso – piuttosto che sul risultato finale dell'intero trattamento.

Funzione respiratoria

Il volume espiratorio forzato/s (FEV1) declina dell'8-10% ogni decennio a causa della ridotta *compliance* del sistema polmonare e della potenza muscolare. La tensione di ossigeno nel sangue arterioso diminuisce progressivamente con il progredire dello squilibrio di ventilazione/perfusione indotto dall'età, il blocco di diffusione e shunt anatomico.

Nel postoperatorio, le complicazioni polmonari si verificano in 2,1-10,2% di pazienti anziani e comprendono polmonite, ipoventilazione, ipossiemia e atelectasia, tutte capaci di prolungare la permanenza di unità di cure intensive e di aumentare la mortalità. Predittori clinici avversi di complicazione polmonare includono il sito dell'intervento, la durata e tipo di anestesia, la presenza di BPCO, ipersecrezione preoperatoria di muco e deformità del torace. Obesità ed età avanzata non sono più considerati fattori di rischio, mentre la abitudine cronica al fumo aumenta il rischio di circa sei volte. La chirurgia d'urgenza, toracica e addominale, ha il più alto tasso di complicazione polmonare. Evento molto grave e relativamente frequente negli anziani è la inalazione di ingestivi, imputabile a di-

minuito riflesso di protezione laringea. Esso può causare grave deterioramento polmonare postoperatorio, anche fatale.

I più importanti strumenti di valutazione preoperatoria rimangono una storia dettagliata, un esame clinico e la valutazione funzionale.

Ridurre i rischi della chirurgia

Trattamento perioperatorio precoce

Particolare attenzione alla mobilitazione, al mantenimento della temperatura e alla gestione dei fluidi può ridurre i rischi della chirurgia nelle persone anziane. Durante l'operazione, è necessario evitare lesioni muscolo-scheletriche, sollecitazioni su articolazioni infiammate e decubiti. Se si consente alla temperatura corporea di scendere, il grado di ipotermia raggiunto è più pronunciato e prolungato rispetto ad un giovane. All'opposto, il mantenimento di una temperatura normale dimezza la mortalità operatoria da causa cardiaca. Tanto vitale, quanto spesso trascurato, è l'equilibrio idro-elettrolitico. È necessario avere completa conoscenza dei cambiamenti dipendenti dall'invecchiamento nel sistema cardiovascolare e renale e con questa comprensione, prestare attenzione e cura ai liquidi e agli elettroliti. Anche in questo ambito, come sostenuto da crescenti evidenze, appare raccomandabile sostituire la valutazione meramente clinica con misure oggettive della gittata cardiaca, per esempio un monitoraggio ecocardiografico Doppler transesofageo, per guidare nella somministrazione intraoperatoria di liquidi in maniera più accurata. L'impiego di questo approccio in una serie di anziani operati per frattura del femore prossimale, valutato in modo randomizzato, ha dimostrato una riduzione della degenza da 20 a 12 giorni.

Gestione perioperatoria della funzione respiratoria

I pazienti ad alto rischio di complicanze polmonari richiedono qualche preparazione per la chirurgia per ridurre al minimo il rischio. Esiste un algoritmo per la valutazione polmonare preoperatoria dei pazienti sottoposti a chirurgia addominale o toracica superiore. È scontato che il fumo vada interrotto almeno 8 settimane prima. Estremamente utile è l'addestramento in tecniche di espansione del polmone, di espulsione dei secreti, così come nella comprensione del funzionamento del ventilatore e sui modi di cooperare con esso durante la ventilazione postoperatoria. I pazienti con BPCO dovrebbero ricevere la terapia preventiva con mucolitico e agenti broncodilatatori. È invece del tutto inefficace la ventilazione profilattica in pazienti ad alto rischio che stanno per affrontare un intervento di chirurgia addominale maggiore elettivo. Importante effetto ha piuttosto il trattamento postoperatorio fisioterapico e la prevenzione del più formidabile evento complicante, la infezione polmonare.

Disfunzione cognitiva postoperatoria

La disfunzione cognitiva postoperatoria (POCD) è un problema peculiare dei pazienti geriatrici. Malgrado la compromissione cognitiva preesistente, le perdite di sangue, la privazione del sonno, infezione e perdite di elettroliti (soprattutto iponatremia) siano alcuni dei fattori di rischio per l'insorgenza precoce di disfunzione cognitiva, una analisi statistica multivariata indica solo la variabile età come fattore di rischio per conseguenze a lungo termine. L'incidenza è particolarmente elevata dopo interventi a cuore aperto, ma qualsiasi intervento espone al rischio, con incidenza riportata variabilmente tra 5-61% in rapporto al gruppo di pazienti e al tipo di intervento. Lo stato confusionale (delirium) compare in genere dopo un iniziale intervallo lucido postoperatorio e richiede una particolare sorveglianza (16).

Il trattamento prevede il dialogo per riorientare e rassicurare oltre alla rimozione delle possibili cause favorevoli. Poiché la disfunzione cognitiva può talora essere il primo sintomo di uno stato infettivo o di un infarto miocardico, queste ipotesi vanno escluse. Anche il dolore può essere un fattore scatenante, ragion per cui non vi è motivo di trattarsi dalla somministrazione di analgesici. Anche l'astensione da alcool o droghe va compresa nella diagnosi differenziale. L'impiego di punti di riferimento, quali una stanza ben illuminata e tranquilla, con accesso di visitatori, la disponibilità di supporti audio-visivi e la disponibilità dei propri effetti personali può favorire la ripresa. Una minoranza di pazienti dopo la chirurgia subisce modificazioni permanenti delle capacità cognitive; la vasta maggioranza, oltre il 90% di coloro che presentano una POCD, recupera anche se ciò può richiedere settimane o addirittura mesi.

Considerazioni conclusive

Nessun medico, né generale né chirurgo specialista, dovrebbe mai assumere una posizione di rifiuto di una cura chirurgica sulla base pregiudiziale della sola età. Le decisioni dovrebbero basarsi su esigenze di ordine medico, sulla prevedibile e concreta probabilità e capacità di produrre un beneficio sullo stato di salute generale e sui desideri del paziente. I chirurghi che, oltre l'età, approfondiscono l'esistenza di co-morbidità e squilibri fisiologici, hanno ripetutamente dimostrato che ciò consente di riconoscere casi favorevoli e consentire anche a grandi anziani di accedere a ottime possibilità di cura con buoni risultati. Anche pazienti ad alto rischio possono trovare nella chirurgia elettiva, ad esempio per il cancro del colon-retto, una soluzione di gran lunga preferibile ad un trattamento di emergenza di complicazioni gravi come l'occlusione intestinale. Non va sottovalutata l'importanza della esperienza riconosciuta agli operatori in rapporto allo stato fisico del paziente, oltre che alle esigenze tecniche della procedura. Inoltre, la deci-

sione di operare non va disgiunta dalla consapevolezza di poter mettere a disposizione un'adeguata assistenza postoperatoria, in ciò compresa la degenza in una unità di cura intensiva, se indicato.

A fronte della necessità di una scelta consapevole, è necessario conoscere le volontà del paziente, assicurandosi che anche i famigliari sono al corrente dei desideri del loro parente.

Tutto ciò è ancora in massima parte frutto di casistiche fondate su esperienze cliniche e rappresenta il frutto di esperienza e ragionevolezza, tuttavia privo di evidenza documentata. Non sarà facile, soprattutto per motivazioni etiche, ma va tenuta in seria considerazione la utilità di studi prospettici nell'anziano per valutare i benefici e i rischi della chirurgia, non trascurando la misurazione sia della qualità che della quantità di vita guadagnata, informazione fondamentale per poter assumere decisioni fondate in occasioni future.

Considerazione comunque fondamentale, mai sufficientemente ribadita, è la natura della decisione medica, che ha come unico ed insostituibile obiettivo il bene della persona e non può essere condizionata da elementi estranei a questo nobile fine.

Bibliografia

1. COCHRANE A.L. (1972), *The history of the measurement of ill health*, Int J Epidemiol, 1(2):89-92.
2. *Office for National Statistics, Interim Life Tables, 2003-5* (ONS, Newport, 2005).
3. PRESTON S.D., SOUTHALL A.R., NEL M., DAS S.K. (2008), *Geriatric Surgery is about disease, not age*, J R Soc Med, 101(8):409-15.
4. BOND R., RERKASEM K., CUFFE R., ROTHWELL P.M.A. (2005), *Systematic review of the associations between age and sex and the operative risks of carotid endarterectomy*, Cerebrovasc Dis, 20:69-77.
5. ZENILMAN M.E. (1998), *Surgery in the elderly*, Curr Probl Surg, 35:99-179.
6. COLORECTAL CANCER COLLABORATIVE GROUP (2000), *Surgery for colorectal cancer in elderly patients: a systematic review*, Lancet, 356:968-74.
7. BHATTACHARYA N. (2003), *A matched survival analysis for squamous cell carcinoma of the head and neck in the elderly*, Laryngoscope, 113:368-72.
8. BORUK M., CHERNOBILSKY B., ROSENFELD R.M., HAR-EL G. (2005), *Age as a prognostic factor for complications of major head and neck surgery*, Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 131:605-9.
9. FERRANTE L., TRILLÒ G., RAMUNDO E. et al. (2002), *Surgical treatment of pituitary tumours in the elderly: clinical outcome and long-term follow-up*, J Neurooncol, 60:185-91.
10. NERI E., TOSCANO T., MASSETTI M., CAPANNINI G., CARONE E., TUCCI E., DICIOLLA F., SCOLLETTA S., MORELLO R., SASSI C. (2001), *Operation for acute type A aortic dissection in octogenarians: is it justified?*, J Thorac Cardiovasc Surg, 121(2):259-67.

11. SANTINI F, MONTALBANO G., MESSINA A., D'ONOFRIO A., CASALI G., VISCARDI F., LUCIANI GB., MAZZUCCO A. (2006), *Survival and quality of life after repair of acute type A aortic dissection in patients aged 75 years and older justify intervention*, Eur J Cardiothorac Surg, 29(3):386-91.
12. ALEXANDER K.P., PETERSON E.D. (1997), *Coronary artery bypass grafting in the elderly*, Am Heart J, 134:856-64.
13. AUERBACH A., GOLDMAN L. (2006), *Assessing and reducing the cardiac risk of non-cardiac surgery*, Circulation, 113:1361-76.
14. LANGE C, LEURS LJ, BUTH J, MYHRE HO: *Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm in octogenarians: An analysis based on EUROSTAR data*, J Vasc Surg, 42:624-30. (2005).
15. HARRIS D., HABOUBI N. (2005), *Malnutrition screening in the elderly population*, J R Soc Med, 98:411-4.
16. LORAN D.B., ZWISCHENBERGER J.B. (2004), *Thoracic surgery in the elderly*, J Am Coll Surg, 199:773-84.
17. ESSELSTYN C.B.J., HUMPHRIES A.W., YOUNG J.R., BEVEN E.G., DEWOLFE V.G. (1970), *Aneurysmectomy in the aged?*, Surgery, 67:34-9.
18. SERRUYS P.W., MORICE M.C., KAPPETEIN A.P., COLOMBO A., HOLMES D.R., MACK M.J., STÄHLE E., FELDMAN T.E., VAN DEN BRAND M., BASS E.J., VAN DYCK N., LEADLEY K., DAWKINS K.D., MOHR F.W.; SYNTAX INVESTIGATORS (2009), *Percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting for severe coronary artery disease*, N Engl J Med, 360(10):961-72.

6. **Contenuti e metodologie dell'intervento ospedaliero in ambito internistico. La geriatria per acuti**

Renzo Rozzini, Angelo Bianchetti, Marco Trabucchi

1. **Introduzione: dove va l'ospedale**

La trasformazione che negli ultimi anni ha investito l'ospedale riguarda il concetto stesso di ospedale, non è più luogo di *hospitalitas*, cioè di permanenza e assistenza per ogni persona in condizioni di disagio: si è frantumato il modello assistenzialistico che copriva sotto una sostanziale omogeneità i comportamenti delle varie componenti della vita ospedaliera (Department of Health, UK, 2000; Rechele *et al.*, 2009).

Caratteristica primaria di questa trasformazione è stata la specializzazione efficiente dell'ospedale verso le procedure chirurgiche e le alte tecnologie strumentali. Oggi circa il 75-80% degli interventi è legato a procedure complesse, mentre gli aspetti a bassa tecnologia non coprono più del 20-25% degli interventi. I giorni di ricovero negli ospedali dei Paesi Occidentali si sono notevolmente ridotti: negli USA da 7,6 giorni del 1981 si è passati a 4,8 giorni del 2010 (CDC/NCHS, 2010).

Una serie di fattori ha contribuito a tale risultato: la più rapida organizzazione per la diagnostica, la pubblicazione e la diffusione delle linee guida terapeutiche, la riorganizzazione territoriale per la dimissione protetta al domicilio (British Medical Association, 1998). Il numero delle persone che vengono ricoverate ogni anno tende a crescere in modo progressivo sia per la non completa efficienza e diffusione dei fenomeni descritti precedentemente, sia per l'aumento progressivo delle persone anziane con malattie croniche, caratterizzate da instabilità clinica e frequenti riacutizzazioni.

In modo sintetico si può affermare che l'ospedale moderno è il luogo di atti diagnostici ad elevata caratterizzazione tecnologica, di atti di cura in ambito chirurgico e di atti di cura medica per patologie che richiedono intensità terapeutica.

Mentre per i primi due ambiti sono sempre stati chiari i risultati attesi e le relative procedure, per quanto riguarda il terzo vi sono tuttora rilevanti incertezze. Non è definito il fabbisogno quantitativo né quale sia la tipologia di ammalati che vi debbano far riferimento. I grandi reparti di medicina dei vecchi ospedali sono scomparsi o stanno scomparendo, assorbiti dalle competenze specialistiche, che peraltro svolgono la maggior parte della loro funzione in ambito ambulatoriale.

A tutt'oggi l'elaborazione culturale relativa alla migliore modalità di cura del paziente "medico" ospedalizzato non è che all'esordio e le sperimentazioni effettuate (intensità di cura, case manager, hospitalist, ecc.) non hanno prodotto risultati tali da indicare in modo definitivo un'evoluzione. Ciononostante, e come conseguenza dei criteri normati di appropriatezza clinica al ricovero ospedaliero, è oggi possibile definire i fattori che caratterizzano i ricoveri nelle corsie mediche ospedaliere:

- Il primo, il principale, è legato all'invecchiamento della popolazione; negli USA dal 1970 al 2006 la percentuale di ultra65enni tra i degenti ospedalieri è passata dal 20% al 38%, mentre quella degli ultra75enni addirittura dal 9% al 24% (CDC/NCHS, 2010). Si tratta di un'area che comprende tipologie differenti di pazienti: ad un estremo dello spettro che la caratterizza si collocano i soggetti anziani, complessivamente sani ("robusti"), che vanno incontro a patologie acute; l'altro estremo si identifica nei soggetti fragili, che necessitano di una sorveglianza e intervento medico continuo (pazienti a grave rischio di disabilità o completamente dipendenti già prima che la patologia acuta rendesse necessaria l'ospedalizzazione: la maggior parte delle persone che vengono ospedalizzate, rispetto al passato, è rappresentata da anziani affetti da comorbidità-multimorbilità e disabilità) (Rozzini *et al.*, 2014).

Gli anziani si concentrano soprattutto nei reparti medici, probabilmente per una selezione naturale, per cui le persone che si possono giovare di interventi chirurgici sono decedute in età più giovani. Non si deve dimenticare che la chirurgia ha esteso il suo raggio di intervento ad età molto più avanzate rispetto a 15-20 anni fa, con ricadute positive sulla salute degli anziani. Infine si nota che un numero rilevante di persone ricoverate soffre di una demenza grave e richiede un'assistenza particolare.

Per quanto riguarda l'uso del pronto soccorso i dati disponibili indicano che la percentuale di coloro che vengono ricoverati aumenta progressivamente con l'età. Gli ultrasessantenni costituiscono il 70% dei ricoverati nei reparti di medicina e il 20-30% di quelli nei reparti chirurgici. Il 6% di tutti i ricoverati è affetto da demenza grave. Non si conosce invece se l'afferenza al pronto soccorso da parte di anziani è modulata dall'efficienza dei servizi territoriali (Schull *et al.*, 2001).

Rispetto alla media dei soggetti ricoverati, gli anziani trascorrono in ospedale un numero di giorni più di tre volte maggiore. Se il ricovero in ospedale è un evento sempre più frequente e necessario al crescere dell'età, l'ospedalizzazione rappresenta per molti anziani – soprattutto, per soggetti con pre-esistente fragilità – anche un formidabile fattore di rischio di declino funzionale e cognitivo, di altre sindromi geriatriche e, in ultima analisi, di istituzionalizzazione e morte. Molte persone anziane sperimentano il fenomeno delle "revolving door", cioè il passaggio ripetuto tra ospedale e domicilio e viceversa, secondario non tanto alla tendenza dell'ospedale per acuti a dimettere precocemente il malato, quanto

all'instabilità clinica della persona e alla ridotta assistenza sul territorio (Quaderni del Ministero della salute, 2013).

- Un secondo aspetto è legato alle sequele di trattamenti specialistici, medici o più frequentemente chirurgici, la gestione dei quali diventa generalistica e non più specialistica. Si fa riferimento nello specifico ai ricoveri per le complicanze di trattamenti oncologici palliativi, superinfezioni ospedaliere (il paziente viene trasferito in reparto medico dal reparto chirurgico per la gestione del problema "medico" che ora è diventato prioritario), ma anche la preterminalità (pazienti con patologia acuta in attesa di ricovero in hospice e non gestibili al domicilio). Le caratteristiche dei pazienti variano ampiamente in base alla vocazione e all'organizzazione degli ospedali, nonché alla disponibilità di servizi territoriali.
- Un terzo aspetto è legato alla gestione periprocedurale, ad esempio la preparazione intensiva ad interventi chirurgici ovvero al monitoraggio di procedure para-chirurgiche (ad es. endoscopia operativa). Anche in questo caso la vocazione dei reparti, abitualmente condizionata dalla storia dei reparti stessi, seleziona i pazienti.

Un'altra considerazione concerne i problemi delle persone di tutte le età (ma generalmente vecchi o molto vecchi) affette da malattie che non possono essere curate a casa per la loro instabilità. Questa situazione, sebbene tuttora non studiata in modo sistematico è stata recentemente analizzata in un editoriale incisivo pubblicato sul NEJM (Reuben e Tinetti, 2014). I "pazienti dipendenti dall'ospedale" differiscono da quelli con malattie croniche gravi; frequentemente richiedono cicli di ventilazione non invasiva o supporto intensivo o semi-intensivo (infermieri, medici, disponibilità di monitoraggio, diagnostica), che può essere ottenuto solo in ambiente ospedaliero e dal quale traggono immediato conforto riuscendo ad avere una qualità di vita accettabile (ad esempio, riescono ad avere interazioni di valore con la famiglia e amici). Di contro, quando la risposta al trattamento non è altrettanto veloce oppure non è disponibile non sono in grado di vivere al di fuori del contesto ospedaliero. Questi pazienti sono generalmente di età avanzata, hanno quasi sempre condizioni croniche multiple, e una riserva fisiologica insufficiente a far fronte allo stress di una malattia acuta, anche di minima entità: sviluppano edema polmonare, riacutizzazioni della broncopneumopatia cronica ostruttiva, ipotensione ortostatica, ischemia miocardica, danno renale acuto, febbre, cadute e delirium spesso senza fattori precipitanti identificabili (CDC/NCHS, 2010). In ospedale sopravvivono e vivono, ma non nel territorio dove fino a poco tempo fa erano necessariamente candidati alla morte.

Le persone più vulnerabili (e i loro familiari) guardano, e ricorrono, all'ospedale come luogo sicuro dove potersi appoggiare in momenti di difficoltà, anche quando le motivazioni non sono solo e strettamente sanitarie (Aiken L.H. *et al.*, 2012). Il problema esiste ed è necessario non eluderlo, sapendo rispondere alla domanda in modo adeguato. Si afferma frequentemente che il paziente anzia-

no in ospedale blocca i letti impedendo a altre persone di essere curate, o, al contrario, che viene dimesso prematuramente, oppure che non rispetta i criteri di appropriatezza (l'ospedalizzazione inappropriata, quella che cioè potrebbe essere "evitata" attraverso un migliore uso di altre articolazioni del sistema sanitario pubblico, come, ad esempio, l'assistenza territoriale e quella riabilitativa).

Chi lavora con gli anziani soffre quando ascolta queste frasi stereotipate, perché sa quanto poco corrispondano alla verità.

Non sempre si dispongono dati epidemiologici definitivi, utilizzabili per controbattere accuse che sono apparentemente rivolte al sistema sanitario, ma che al fondo rischiano invece di compromettere seriamente le possibilità di assistenza all'anziano colpito da una malattia acuta. In quest'ottica sono da favorire e moltiplicare gli studi che permettano di "leggere" il funzionamento dell'ospedale moderno, per cogliere quanto vi si svolge di utile, e che quindi economicamente è da supportare, e quanto invece è fonte di vantaggi molto scarsi per la persona anziana, quand'anche non è fonte di danni.

Quali risposte (quale compito ha) è in grado di fornire un ospedale in un moderno sistema sanitario che ha in carico un grande numero di pazienti anziani? Molti si vanno ponendo questo interrogativo di fronte ai costi crescenti, alla crisi del sistema – denunciata anche dai vari di casi di malasana – e all'incapacità culturale – almeno nel nostro paese – di chiarirne i compiti. È ipotizzabile peraltro che nel prossimo futuro il fenomeno possa essere più esteso di quanto non lo sia attualmente, e per questo motivo è necessario porsi alcuni interrogativi anche con finalità programmatiche.

In primo luogo, si riuscirà, dato che parte dell'eventuale successo dovrà dipendere anche dalla capacità del sistema di interagire con l'utenza, a programmare ed investire in questa direzione?

Sono disponibili le risorse – non soltanto in termini di finanziamenti ma anche di competenze – necessarie per una trasformazione di questa portata?

Quali ospedali, non in grado di sostenere la trasformazione, dovranno convertirsi in strutture di "elevata o minor intensità riabilitativa"? Queste domande sono oggi, almeno in parte, senza risposta e ciò non depone positivamente in un'ottica di programmazione dei servizi, dato che le trasformazioni avvengono in modo molto rapido (Trabucchi *et al.*, 2011).

2. La risposta organizzata: la geriatria nell'ospedale per acuti

Il sistema sanitario nel suo complesso, ed in particolare quello ospedaliero, è generalmente impreparato di fronte a soggetti sempre più anziani, nei quali la presenza di molte patologie è la regola; spesso non è nemmeno possibile definirne una prevalente, per i quali la cura della "malattia" è soltanto una parte dell'in-

tervento (talvolta nemmeno il più importante), per i quali è necessario attivare programmi di prevenzione della disabilità e di gestione della fragilità (non solo somatica quindi) (Joint Consultants Committee, 1999).

Frequentemente l'ospedalizzazione produce un declino irreversibile non solo nelle modificazioni dello stile di vita e della sua qualità, ma specialmente nello stato funzionale: le persone anziane ospedalizzate alla dimissione presentano uno stato funzionale (autosufficienza) peggiore rispetto all'ingresso. Circa il 75% dei pazienti ultra-settantacinquenni che prima del ricovero in ospedale godevano di una buona salute funzionale, alla dimissione presentano problemi di autosufficienza e, per la maggior parte dei casi, il peggioramento non sembra debba essere attribuito alla malattia che ha portato all'ospedalizzazione (Campbell *et al.*, 2004).

Nonostante l'evidenza degli effetti negativi dell'ospedalizzazione, negli ultimi anni si è osservato un sempre maggiore ricorso all'ospedale, ed in particolare ai servizi specialistici ad alta intensità tecnologica.

Come fare per ridurre i danni della ospedalizzazione? La prima domanda che ci si deve porre è se le malattie che portano abitualmente il paziente anziano in ospedale siano curabili al domicilio e cioè se l'implementazione di servizi sanitari domiciliari possa ridurre il ricorso alla ospedalizzazione. Negli anni '80 si è data molta enfasi alle modalità alternative all'ospedale di assistenza all'anziano acuto. Le diverse esperienze condotte sino ad oggi con questa finalità hanno però dato risposte inequivocabilmente negative: ad esempio l'ospedalizzazione domiciliare è poco economica, può essere rivolta solo a poche condizioni morbose e non è in grado di ridurre in modo significativo il numero delle ospedalizzazioni.

I problemi medici che più frequentemente spingono l'anziano a chiedere il ricovero sono cardiovascolari (angina, scompenso cardiaco), dell'apparato respiratorio (riacutizzazione di bronchite cronica con insufficienza respiratoria, polmonite), i tumori (carcinoma del polmone, della mammella, del grosso intestino), le malattie neurologiche (vasculopatie cerebrali acute, le alterazioni dello stato di coscienza). Per queste patologie, la cui terapia si fonda frequentemente sulla definizione strumentale di parametri specifici è difficile immaginarsi un trattamento esclusivamente extraospedaliero. Se l'ospedalizzazione mantiene la centralità della cura dell'acuzie dell'anziano com'è possibile produrre risultati di salute positivi ed evitare le complicanze ad essa connesse?

A partire dalla prima metà degli anni '80 numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che un modello di cura dell'anziano fragile ospedalizzato incentrato sul modello delle ACE-Medical Units (in Italia UGA-Unità di Geriatria per Acuti) produce esiti di salute significativamente migliori, rispetto a quelli ottenuti da servizi non geriatrici. Il modello assistenziale delle UGA, che si fonda sull'applicazione della valutazione multidimensionale geriatrica (VMD), da più

di trent'anni è stato dimostrato essere quello che in area medica è in grado di produrre risultati migliori: previene lo sviluppo o l'aggravamento della disabilità e del deterioramento cognitivo, riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale. La durata della degenza ospedaliera e, più in generale, i costi sanitari globali di questo modello di cura non superano quelli del modello tradizionale e, addirittura, possono risultarne inferiori. In pazienti a più alto rischio, è stata anche dimostrata una riduzione della mortalità, a breve o a lungo termine (Rubenstein *et al.*, 1984; Landefeld *et al.*, 1995).

I vantaggi sono soprattutto evidenti quando il responsabile della definizione, dell'attuazione e del controllo del piano di cura in tutte le sue fasi ha una formazione geriatrica specifica; gli esiti non sono altrettanto favorevoli quando il paziente anziano fragile viene ricoverato in altri reparti e il geriatra, o il team geriatrico, hanno solo un ruolo di consulenti. È necessario che il personale infermieristico abbia specifica formazione geriatrica; fa parte integrante della "mission" dell'UGA incentivare il processo di formazione ed aggiornamento continuo di tutte le figure professionali coinvolte nella cura dell'anziano. Per ottenere outcome positivi l'ammissione in UGA deve avvenire mediante selezione di pazienti ad alto rischio di disabilità o di sua progressione; tale selezione è anche garanzia di utilizzazione ottimale delle risorse, in termini di rapporto costo-efficacia.

La VMD permette per ogni paziente la redazione di un piano di assistenza individuale che, ove necessario, ha possibilità di articolarsi, senza soluzione di continuità, nella rete di servizi, anche territoriali. Oltre alle evidenze scientifiche sopra riportate, l'applicazione della VMD nell'anziano ospedalizzato permette una stratificazione prognostica più accurata, rispetto ad indici prognostici basati esclusivamente su parametri d'organo o apparato, come ad esempio nel caso della polmonite e dello scompenso cardiaco.

La finalità primaria dell'UGA, a prescindere dalla cura della patologia che ha motivato il ricovero ospedaliero, è il mantenimento e recupero dell'autonomia funzionale persa come conseguenza della patologia acuta stessa: per questo è indispensabile che l'UGA individui, accanto all'attuazione della cura specifica della malattia acuta, le strategie mirate al mantenimento ed al recupero dello stato funzionale pre-morboso.

Il ricovero ospedaliero per patologia acuta comporta per il soggetto anziano un aumento di rischio di specifiche sindromi geriatriche, incluso il rischio iatrogeno; programmi di prevenzione delle cadute, della malnutrizione e disidratazione, delle infezioni ospedaliere, della sindrome ipocinetica e del delirium sono parte integrante del piano di cura dell'anziano ospedalizzato; la modalità più efficace per evitare la jatrogenicità è il contenimento della durata della degenza (deve essere la più breve possibile), praticabile coniugando la competenza dello staff assistenziale con l'efficienza della struttura.

Chi tratta i pazienti deve avere una competenza specifica: gli indicatori di funzionalità di organi e apparati sono diversi nei pazienti anziani rispetto ai giovani; infatti possono mancare i segni e i sintomi tipici di malattia (ad esempio un infarto del miocardio può essere silente o una polmonite può presentarsi senza febbre elevata, nella peritonite può non essere presente la tipica reazione addominale); inoltre l'attività dei farmaci si modifica in età avanzata e può essere soggetta ad ampie fluttuazioni. Spesso l'unico segno di malattia è rappresentato dalla confusione mentale (delirium).

Le modificazioni cliniche correlate all'età non sono a tutt'oggi riassunte in schemi definiti: il medico, che nella pratica quotidiana fa sempre più ricorso a indirizzi diagnostici e terapeutici universalmente accettati (linee guida), sa che per l'anziano ammalato deve contare molto sull'esperienza; l'occhio clinico (il *deja vu*) che permette la rapida definizione di un indirizzo diagnostico e quindi terapeutico deriva dalla consuetudine con i problemi, si acquisisce avendo a che fare con molti e molti pazienti. L'anziano richiede criteri di valutazione di gravità specifici, che riguardano sia la malattia che l'ha portato in ospedale che la patologia concomitante. Solo chi ha acquisito un'esperienza individuale e controlla con facilità i fattori di rischio. Di contro chi non ha presente le possibili interferenze tra le diverse malattie non può presumere di raggiungere risultati ottimali (Rozzini *et al.*, 2003).

Un altro problema relativo alla durata della degenza proviene dalla decisione circa le procedure diagnostiche da adottare e la loro disponibilità in tempi rapidi. Il numero delle indagini e la velocità con la quale possono essere effettuate sono infatti tra i fattori primari responsabili della durata della permanenza dell'anziano in ospedale. La decisione su quali esami effettuare è cruciale. Quando è necessario cercare di risolvere un'incertezza diagnostica e quando no? Il problema non è risolvibile attribuendo al paziente, o ancor peggio ai familiari, più responsabilità nelle scelte, in altre parole rendendo "troppo" partecipe il paziente o il familiare nella scelta dell'iter diagnostico. Il problema riguarda l'utilità delle informazioni che si intendono raccogliere attraverso gli esami strumentali. Quale utilità avrà l'accertamento richiesto in termini di diagnosi, definizione terapeutica e prognosi? In molti casi il raggiungimento della diagnosi non si associa né produce indicazioni a terapie specifiche; in questo caso l'approccio empirico (che mortifica la curiosità medica) produce gli stessi risultati, evitando nel contempo un prolungamento iatrogeno della durata della degenza.

L'altro aspetto centrale che riguarda l'evenienza delle complicanze ospedaliere concerne gli atteggiamenti assistenziali adottati durante la degenza: nella maggior parte dei casi i pazienti non necessitano di rimanere a letto durante la giornata (non tutti hanno necessità di terapie endovenose o di ossigeno terapia!) (Sleiman *et al.*, 2009). L'assistenza infermieristica specifica per il paziente anziano grave dovrebbe far parte delle procedure standard da acquisire negli anni di

formazione infermieristica. I familiari dovrebbero essere incoraggiati ad essere in corsia, non solo durante i pasti e anche a scapito di un'apparente miglior funzionalità del reparto.

È facile comprendere perché negli ospedali che coniugano competenza assistenziale ed efficienza strutturale si raggiungono i migliori risultati. I pazienti anziani ricoverati in reparti geriatrici per acuti (UGA) raggiungono con maggior facilità una situazione di compenso (controllo dei sintomi) e guadagnano (o perdono meno) in termini di autosufficienza.

Il coinvolgimento attivo del caregiver è parte integrante del piano di cura del paziente anziano ospedalizzato: migliora significativamente la prognosi della malattia acuta e incide positivamente nella prevenzione dello scompenso funzionale e cognitivo (l'esempio della prevenzione del delirium al proposito è emblematico) (Inouye, 2006).

La dimissione protetta è il cardine del rientro al domicilio, dell'integrazione con i servizi extra-ospedalieri di continuità assistenziale, dell'individuazione/presa in carico del paziente fragile da parte di altri servizi (percorsi assistenziali), compreso il follow-up ambulatoriale, le UVA, i servizi territoriali.

La UGA deve anche avere caratteristiche architettoniche, strutturali e organizzative tali da minimizzare i rischi derivanti dall'ospedalizzazione, soprattutto il delirium, l'immobilizzazione, la perdita di autonomia funzionale, le cadute e la malnutrizione (Landefeld *et al.*, 1995).

In alcune regioni, sono allo studio modelli innovativi di ospedale che, pur con differenze locali, si richiamano al principio di organizzazione per intensità di cura. In questi modelli, i pazienti vengono assegnati primariamente ad un determinato livello di intensità assistenziale (elevata/intermedia/bassa) e solo in subordine ad una struttura organizzativa professionale specialistica. La stessa tradizionale articolazione dell'ospedale per reparti differenziati – sul piano strutturale e, in parte, organizzativo – secondo discipline specialistiche viene superata. Vengono, così, esaltati gli aspetti tecnologici dell'ospedale come luogo dell'acuzie e dell'intensività, all'interno di un processo di cura contraddistinto da una presa in carico globale.

All'interno dell'Ospedale per Intensità di Cura-OIC, la Geriatria per acuti può facilmente trovare una sua adeguata collocazione, in quanto i principi di centralità del paziente, valutazione degli effettivi bisogni, integrazione multiprofessionale e continuità delle cure attraverso setting assistenziali differenti sono ad essa connaturati. Nell'implementazione del modello alcune esigenze specifiche del paziente anziano fragile andranno pure attentamente tutelate. Ad esempio, è possibile che l'assenza di strutture architettoniche dedicate accresca il rischio di disorientamento spazio-temporale e riduca le possibilità di mobilitazione precoce, riattivazione e socializzazione. È quindi auspicabile che, almeno negli ospedali medio-grandi, dove il flusso e il volume dei ricoveri rendono sostenibile il

progetto, venga chiaramente delineata un'area geriatrica, uno spazio operativo congruo con le necessità di assistenza agli anziani fragili.

3. Articolazioni possibili della geriatria ospedaliera

La variabilità (la complessità) dei pazienti che giunge in una corsia di geriatria pone uno spettro così ampio di opzioni diagnostiche che difficilmente permette la riconduzione a sottogruppi di pazienti, com'è invece possibile nei pazienti più giovani, e che è stato origine della differenziazione in specialità. È tuttavia possibile raggruppare i pazienti in macro aree, i cui bisogni possono essere collocati in contesti assistenziali omogenei. All'interno di queste macro aree da circa dieci anni nell'unità operativa di geriatria dell'Istituto Ospedaliero-Poliambulanza di Brescia si è istituito un triage di reparto denominato "letti colore" attraverso il quale si assegnano a gruppi di lavoro appositamente addestrati pazienti con caratteristiche dominanti simili (ovviamente all'interno di un reparto dove si svolgono le attività cliniche ordinarie). Si tratta di un'esperienza limitata solo a specifiche condizioni; in altri ospedali sono attivi altri modelli di cura (vedi, ad esempio, le "delirium room"). Per tutti questi modelli organizzativi è però necessario prevedere una validazione su ampia scala che ne valorizzi i processi e i risultati.

3.1. Unità di Cura Sub Intensiva ("letti blu" e "letti rossi")

Il modello assistenziale è la risposta alla quota significativa di pazienti anziani che afferrisce in ospedale con problemi prevalenti a carico della funzione respiratoria e cardiaca ("letti blu"), che ha necessità intensive che difficilmente possono essere soddisfatte in un reparto medico tradizionale, ma che, nello stesso tempo, per la peculiarità dei problemi della persona anziana, possono trovare inadeguato un ambiente intensivo tradizionale (Angus *et al.*, 2000). Si stima che circa il 20% della popolazione ricoverata presso un'unità di geriatria presenta un livello di gravità clinica che avrebbe potuto giovare del ricovero in una unità dedicata. Per questi pazienti si sono individuate negli ultimi anni modalità assistenziali specifiche, orientate alla intensività organizzata, rivolte all'anziano complesso e critico, che hanno prodotto risultati sorprendenti sia in termini clinici (vite salvate in completa autosufficienza) che economici (netta riduzione dei costi).

In questo contesto si è realizzato dieci anni fa il progetto UCSI-Unità di Cura Sub-Intensiva finalizzato ad adempiere i compiti che abitualmente non sono soddisfatti dai reparti medici tradizionali e che nello stesso tempo non hanno una "gravità" clinica tale da rendere indicato "a pieno titolo" l'accesso in una unità intensiva tradizionale. Questo progetto è nato dalla domanda sempre più rile-

vante di gestione intensiva dei pazienti anziani provenienti dal Dipartimento di Emergenza, destinata ad aumentare ulteriormente in ragione sia dell'invecchiamento della popolazione che dalla normativa vigente che indica il ricovero ospedaliero dei soli pazienti clinicamente complessi.

L'Unità di Cura Sub-Intensiva dispone oggi di otto letti specifici con monitoraggio dei parametri vitali, ventilatori per la ventilazione non invasiva, pompe volumetriche e peristaltiche (infusione di farmaci, nutrizione parenterale ed enterale totale) e si propone di realizzare le seguenti funzioni primarie dell'assistenza: *a*) monitoraggio intensivo dei pazienti (l'efficacia del monitoraggio è stata valutata paragonabile a quella osservata nelle unità di cura coronarica); *b*) intensività infermieristica: fa riferimento alla più frequente richiesta di determinazione dei parametri clinici, alla toilette polmonare, alla gestione della ventilazione non invasiva, alla più frequente necessità di posizionamento e mobilizzazione nonché alla miriade di compiti infermieristici che vanno molto al di là delle possibilità del numero di infermieri assegnati ad un'unità medica convenzionale, ecc.; *c*) la supervisione medica: la stretta interazione con lo staff infermieristico permette la repentina lettura dei parametri rilevati dal monitoraggio, la tempestiva implementazione di nuove terapie o la modifica dei dosaggi di quelle in atto.

L'accesso all'unità è riservato a quei pazienti per i quali è stata riconosciuta, mediante criteri standardizzati (secondo le linee guida delle società di Critical Care), una maggiore probabilità di successo terapeutico nel setting in questione.

I pazienti anziani che si giovano del ricovero in Unità di Cura Sub-Intensiva (che provengono primariamente dal Dipartimento di Emergenza, ma anche dai reparti di degenza, nonché dalla stessa Unità di Terapia Intensiva Polifunzionale) rimangono per il più breve tempo possibile in questa unità, per essere trasferiti in reparti tradizionali di degenza, al domicilio o in setting riabilitativi.

Recentemente l'unità ha sperimentato e istituito l'unità "letti rossi" (2 letti sempre disponibili per tutti i pazienti con sanguinamento gastrointestinale provenienti dal PS). Il rationale si fonda sulla rilevazione che più del 70% dei pazienti emorragici che giungono al pronto soccorso sono ultrasettantenni, sono portatori di un'elevata comorbidità (solo il 13% ne è privo), sulla disponibilità di personale allenato al monitoraggio dei parametri vitali, con attitudine all'applicazione di linee guida e check list, coniugata alla disponibilità dell'endoscopista gastroenterologo 24h/24h.

Questo modello di gestione comporta specificità legate alla necessità di una programmazione e controlli congiunti (costante necessità di definire formalmente "chi sono i pazienti", analizzare i problemi non protocollabili, gestire i report anatomo-patologici, l'indicazione ai trasferimenti in chirurgia, ecc.). Non irrilevante è il problema delle dimissioni, cioè della definizione della tempistica e della programmazione dei follow-up; sebbene i pazienti vengano "meglio segui-

ti" dai medici di corsia (più allenati alla gestione della complessità clinica) che dagli operatori gastroenterologi endoscopisti (che per necessità passano la maggior parte del tempo nelle sale di procedura) i familiari e gli stessi pazienti desiderano avere un rapporto privilegiato con quest'ultimi (con chi ha salvato loro la vita). In questo contesto è necessaria la condivisione del progetto; si deve giungere a una nuova concettualizzazione del lavoro e alla definizione matura della leadership (Rozzini *et al.*, 2004; Ranhoff *et al.*, 2006; Rozzini *et al.*, 2014).

3.2. Unità di Cura Sub Acute (UCSA)

In Italia, la situazione delle post-acuzie è ben descritta nel Quaderno del Ministero della salute del 2010, ove si sottolinea la necessità di definire come e dove gestire la fase postacuta della malattia facendo riferimento *a)* alla funzione dell'ospedale per acuti, che deve evitare sia le dimissioni "precoci" sia di protrarre la degenza a fronte di tempi di recupero anatomico-funzionali sempre più lunghi, soprattutto nella persona anziana fragile e *b)* alla necessità di organizzare setting assistenziale capace di fornire un regime appropriato a pazienti affetti soprattutto da malattie croniche, ben definiti sul piano diagnostico ma con problemi clinici ancora attivi, che richiedono una sorveglianza medica ed un livello di cure infermieristico-assistenziali non erogabili in regimi extra-ospedalieri (i.e unità di cura sub-acuti).

L'obiettivo primario è dare una risposta ai multiformi bisogni della persona anziana. In primo luogo, garantire la continuità alle cure mediche iniziate nel reparto per acuti per la guarigione o la stabilizzazione clinica. Inoltre, effettuare una rivalutazione delle patologie croniche (e della loro cura farmacologica), con l'eventuale esecuzione di accertamenti di controllo. Un altro punto riguarda la gestione degli eventi intercorrenti (riacutizzazione della malattia di base, infezioni, stato confusionale), che possono accadere durante la degenza, soprattutto alle persone anziane più fragili.

L'UCSA esercita l'importante funzione di "ponte" tra l'ospedale ed il domicilio, favorendo l'organizzazione e la coordinazione delle cure domiciliari (assistenziali ed infermieristiche) perché malato e familiari non si trovino disorientati alla dimissione, ma "protetti" da una rete di continuità; nel continuum delle cure garantisce il dialogo ed il collegamento fra ospedale e territorio, affinché la persona anziana possa beneficiare nei tempi corretti delle cure adeguate.

Vanno sottolineati alcuni aspetti: il primo riguarda l'ambito nel quale si colloca l'assistenza; se da una parte è certo che i fruitori del servizio sono primariamente anziani fragili in attesa di una stabilizzazione delle condizioni cliniche, e quindi bisognosi di adeguati interventi terapeutici, è altrettanto certo che il ritorno in famiglia in un ambiente protetto e curativo è essenziale per il raggiungimento della normalità.

Un secondo aspetto riguarda la definizione del bisogno clinico. La stadiazione delle malattie, la diagnosi della patologia acuta (o cronica riacutizzata), la programmazione terapeutica basata sulla prognosi competono certamente all'ospedale per acuti. Il periodo di permanenza nell'UCSA dovrebbe essere pertanto dedicato alla prosecuzione delle terapie che la brevità della degenza non ha permesso di portare a termine, oltre ad un recupero globale cognitivo-psicologico-funzionale. Inoltre, vi è la necessità di formalizzare gli interventi riabilitativi con l'obiettivo di riguadagnare il massimo di autonomia e quindi la realistica possibilità di un ritorno a domicilio. La riabilitazione deve essere intesa in senso estensivo, cioè riguardare gli aspetti funzionali motori e quelli psichici-psicologici, direttamente collegati alla possibilità di vita autonoma. Ovviamente l'intensità riabilitativa deve essere individualizzata sulle condizioni della singola persona; è però una componente essenziale dell'intervento post acuto, perché spesso i pazienti hanno subito una riduzione della funzione nel corso del ricovero ospedaliero, anche se non sono affetti da una vera e propria sindrome da immobilizzazione (Rozzini *et al.*, 2014).

3.3. *Il paziente proveniente dalla Residenze per anziani ("letti grigi")*

Il rapporto di un'unità ospedaliera per acuti con una residenza per anziani dovrebbe essere strutturale e normato da percorsi di cura definiti. Il paziente che proviene da una residenza per anziani ha caratteristiche specifiche, specialmente se l'istituto da cui proviene ha uno staff medico dedicato; dispone infatti di una cartella clinica meglio compilata, quella della residenza per anziani, che rende più agevole il work-up diagnostico, la proposta di ricovero abitualmente viene da uno specialista in geriatria o da chi ha competenza geriatrica e il quesito diagnostico o la richiesta terapeutica è generalmente formulato in modo preciso e circoscritto a limitate condizioni cliniche. Il medico della residenza per anziani fa domande realistiche e non velleitarie e richiede un'intensità di cura e terapeutica proporzionata allo stato di salute del paziente. Il paziente infine non ha problemi di dimissione: una volta soddisfatto il quesito diagnostico o terapeutico e raggiunta la stabilità clinica, può rientrare all'istituto di provenienza. Questo può avvenire anche anticipatamente rispetto a pazienti di uguale complessità clinica che provengono dal territorio, ma privi del livello assistenziale che invece la residenza per anziani è in grado di fornire (ad es. gestione del catetere vescicale, della nutrizione enterale, della terapia infusiva).

Quando la struttura, perché di piccole dimensioni o perché non è previsto dalla normativa, non dispone di un medico dedicato le richieste di ricovero possono avere un livello inferiore di appropriatezza. In questi casi l'invio in ospedale avviene con proposta di un medico che non conosce il paziente (medico di guardia notturna del territorio, gettonista), la sua storia, i suoi desideri o aspetta-

tive, le capacità omeostatiche. La documentazione che accompagna il paziente in ospedale, le indicazioni e l'obbiettivo del ricovero frequentemente sono scadenti. Le premesse per un ricovero con outcome favorevole necessariamente povere.

Analogo discorso vale per le strutture la cui retta è completamente a carico dell'ospite: da un lato perché il grado di pressione da parte della famiglia del paziente è maggiore (la retta a carico completo conferirebbe il diritto a richiedere il massimo delle cure) dall'altro perché la struttura è più debole nell'autotutela rispetto a eventuali lamentele o denunce di omissione di cura (medicina difensiva).

La richiesta di ricovero in ospedale di pazienti che risiedono nelle residenze rappresenta una realtà non trascurabile e merita una risposta più elaborata e accurata rispetto a quanto oggi generalmente la struttura ospedaliera è in grado di fornire (Quaderni del Ministero della salute, 2010).

3.4. *Il paziente terminale ("letti arancio")*

Non infrequentemente il reparto di geriatria per acuti si fa carico della cura dei pazienti nei loro ultimi giorni di vita. Si tratta dell'assistenza di pazienti che provengono dal domicilio per l'ennesima riacutizzazione di una patologia cronica molto grave o terminale, oppure per una patologia acuta di entità anche minore, ma che occorre in pazienti con uno stato di salute gravemente compromesso (ad esempio con grave demenza e funzionalmente dipendenti) o ancora di pazienti affetti da patologia neoplastica avanzata, in fase terminale (ad es. ECOG=4; Karnofsky: 10-20%), già in carico a strutture di cure palliative e in attesa di ricovero in hospice che al momento dell'aggravamento repentino della salute non dispongono della possibilità di accogliere il paziente, o ancora di pazienti in carico a servizi di cure palliative domiciliari che la famiglia riteneva di essere in grado di assistere al domicilio e così non è. L'obbiettivo ragionevole della cura non è un irrealizzabile prolungamento della vita e l'assistenza ha la finalità dell'esclusivo confort: ossigenoterapia, terapia del dolore (analgesici), anti-emetici, lassativi. La reiterazione di esami diagnostici, guidati dal pur giustificabile e frequente ottimismo del medico, è da evitare.

3.5. *Il paziente affetto da demenza in ospedale ("letti viola")*

L'approccio clinico al paziente affetto da demenza in ospedale è il paradigma dell'approccio geriatrico alla persona ammalata. Il ricovero di soggetti con demenza in stadio avanzato affetti da complicanze acute è in aumento, anche se i dati disponibili sono relativamente limitati e motivato dalla presenza di complicanze somatiche o da condizioni legate alla malattia di base, quali il delirium, la presenza di disturbi comportamentali o la malnutrizione. L'interfaccia tra demenza e comorbidità somatica trova nell'ospedale un'espressione specifica e di particolare rilievo per la salute dei pazienti (Balardy *et al.*, 2005; Bianchetti, 2007).

È dimostrato che l'outcome ospedaliero di molte patologie acute (polmonite, infarto del miocardio, frattura di femore) è peggiore nel paziente affetto da demenza, indipendentemente dalla gravità specifica della patologia di base; inoltre questi pazienti alla dimissione con minore frequenza ricevono il trattamento ottimale (Trabucchi, 2007; Marengoni *et al.*, 2011). La comorbilità somatica nel paziente con demenza ricoverato in ospedale ha un impatto determinante sulla mortalità a breve e lungo termine (Morrison e Siu, 2000). La demenza rappresenta per il paziente ospedalizzato un predittore indipendente di durata della degenza, di maggiore perdita funzionale e di più elevata frequenza di istituzionalizzazione. Una parte sostanziale dei costi sociali delle demenze è determinata dalla cura delle patologie somatiche, che devono essere viste come una vera "complicanza" della malattia di fondo e non solo come una concomitanza casuale; è stato calcolato che il 63% dei costi sostenuti da Medicare per la malattia di Alzheimer è dovuto alla ospedalizzazione. Questo dato è fortemente influenzato dall'organizzazione dei sistemi socio-sanitari e dalla struttura familiare.

Le manifestazioni cliniche delle malattie somatiche nei soggetti affetti da demenza possono essere atipiche e dissonanti dal pattern fenomenologico delle stesse nei pazienti cognitivamente integri; ad esempio, nei pazienti con un deterioramento cognitivo conclamato, la comparsa di malattie acute o la riacutizzazione di quelle croniche si manifesta frequentemente come delirium. La demenza rappresenta uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di delirium nel soggetto anziano (un decadimento cognitivo è riscontrabile nel 70% dei casi di delirium): dal 40 al 60% dei soggetti con demenza sviluppa almeno un episodio di delirium durante il decorso della malattia. Le malattie somatiche (infezioni, disidratazione, stroke) e i farmaci rappresentano spesso il "fattore scatenante" il quadro clinico del delirium (Inouye *et al.*, 2006). Talvolta il delirium costituisce l'esordio della demenza o rappresenta l'episodio al quale i familiari fanno risalire l'inizio della malattia. La probabilità che si manifesti delirium è proporzionale alla gravità della patologia somatica ed inversamente proporzionale al grado di compromissione cognitiva.

Nelle fasi avanzate della malattia il quadro clinico somatico è dominato da particolari condizioni (malnutrizione, allettamento, piaghe da decubito), la cui relazione diretta con la malattia dementigena non è però completamente chiarita. Ad esempio, quali sono i fattori che esercitano un ruolo prioritario nella perdita di peso? Prevalgono i fattori biologici, quelli associati alle modificazioni dell'intake alimentare, alle modificazioni del metabolismo o all'aumento dell'attività motoria? La prevenzione delle cadute, che verosimilmente hanno una genesi multifattoriale (fattori propri della condizione di base, quali deficit dell'equilibrio e dell'andatura, deficit sensoriali e cognitivi, effetto di trattamenti farmacologici – neurolettici e benzodiazepine in particolare –, patologie concomitanti), e che sono causa di conseguenze devastanti, impone interventi di controllo; la comparsa

di cadute in un soggetto affetto da demenza deve essere considerata un “evento spia” di malattie somatiche?

Il paziente con demenza in fase avanzata presenta molti fattori di rischio per lo sviluppo di piaghe da decubito: immobilità, alterazione della capacità di percepire il dolore da malposizionamento (e di comunicare il dolore: come si manifesta nel paziente con demenza grave?), incapacità di modificare la posizione nel letto, incontinenza urinaria e fecale, iatrogenesi farmacologica (sedazione) e non farmacologica (mezzi di contenzione), anemia e malnutrizione. Se è indubbio che la presenza di questi fattori, spesso la loro co-presenza, rende più impegnativa la gestione del paziente, è altrettanto vero che lo sviluppo di piaghe da decubito rappresenta sempre un epifenomeno di malpratica. Le modalità preventive devono essere procedure routinarie della gestione del paziente con demenza in fase avanzata spedalizzato (identificazione del paziente a rischio, posizionamento corretto a letto e in sedia, cambiamento periodico di posizione e utilizzo dei presidi). Utile infine l'impiego di un protocollo per la cura delle piaghe da decubito: sebbene i risultati disponibili relativi a quelli di più comune impiego (ad es. AHCPR) presentino aspetti controversi, essi sono risultati sufficienti per definire la superiorità di questa linea di intervento rispetto alla frequente e diffusa improvvisazione.

Un ulteriore problema clinico di riscontro frequente nelle corsie ospedaliere è la gestione delle fasi terminali della malattia. Negli ultimi anni il problema è stato affrontato da diversi punti di vista, che vanno da quello etico (quali cure e fino a quando estenderle? per i pazienti affetti da demenza con basso livello di comorbilità e disabilità l'orientamento attuale va dagli interventi che prevedono un livello ordinario di cura, con l'esclusione della rianimazione della quale il paziente non si gioverebbe in alcun modo, mentre per il paziente demente grave gli interventi non prevedono test invasivi e il trattamento ha la finalità di mantenere il comfort e la funzione; in nessun caso il solo prolungamento della vita rappresenta la finalità da perseguire) a quello economico (quanto costa la cura dei terminali?). Per quanto concerne il punto di vista clinico la gestione del paziente è ispirata dalle regole della medicina palliativa (la terapia prevede l'impiego di ossigeno, di analgesici, di antiemetici), che rappresenta il punto più avanzato e accettato di cure anche in questa tipologia di pazienti.

La gravità della prognosi delle patologie acute dipende spesso dal fatto che queste giungono all'osservazione del medico in stadio più avanzato per la relativa incapacità del paziente nel comunicare i propri sintomi somatici, condizione che ritarda la diagnosi ed il trattamento della patologia infettiva.

Il ricovero in ospedale per un paziente con demenza rappresenta quindi un evento cruciale per la sopravvivenza e per la funzione e richiede un approccio specialistico dedicato, in grado di fornire, in base alla prognosi, il livello più adeguato di cure che può essere talvolta altamente intensivo, orientato alla tera-

pia antibiotica appropriata, ad una diagnostica non complessa, a interventi palliativi o anche di solo comfort, che escluda esami invasivi, inutili atti di rianimazione cardiopolmonare o ricoveri in terapia intensiva. Inoltre è sempre necessaria un'attenzione specifica ai problemi sociali e familiari.

Conclusioni

Una larga parte dell'attività clinica dei reparti medici (e lo stesso vale per i reparti chirurgici) è rivolta a soggetti anziani e molto anziani, affetti da malattie croniche riacutizzate, portatori di elevati livelli di disabilità fisica e compromissione cognitiva, con necessità di supporti assistenziali domiciliari, affetti da patologie ad elevata complessità.

È doverosa nei reparti di medicina una competenza specifica, che sappia utilizzare le tecniche dell'assessment multidimensionale, organizzando risposte adeguate a gestire la polipatologia ed i rischi indotti dalla possibile condizione di fragilità. Tra queste il decadimento cognitivo e la demenza rappresentano ambienti paradigmatici.

La discussione che spesso si ripete che "l'ospedale non è fatto per i malati cronici" è fuorviante. La cronicità è infatti "il sottofondo" di una condizione di acuzie che può essere gestita solo in ambienti ad elevata specializzazione e prontamente attivabili.

Il problema si sposta nei luoghi dove i bisogni dei pazienti emergono, il territorio, perché siano in grado di attivare risposte per contrastare situazioni di acuzie senza che queste portino il paziente in ospedale. Purtroppo talvolta il pronto soccorso diventa l'unica e sola risposta a molteplici bisogni.

Nelle sedi di accesso del paziente (territorio o ospedale che sia) è necessario un percorso che porti al pronto riconoscimento delle condizioni di fragilità, per cui vengano attivati percorsi di cura e assistenza per la gestione della fase acuta.

Le prestazioni ospedaliere devono corrispondere alle reali necessità del paziente anziano: è necessario non ometterne alcuna, ma è altrettanto indispensabile non effettuarne di inutili. Esiste un pericolo strisciante, che potremmo chiamare "neopessimista", mirato a dimostrare l'inutilità di certi atti ed il rischio che i costi aumentino in maniera eccessiva o magari anche a sostenere che l'ospedalizzazione è dannosa per la salute della persona vecchia. Ogni ospedale deve disporre del ventaglio di specialità necessarie, delle tecnologie e dei sistemi informativi per favorire la massima tempestività di intervento.

Va evitato l'utilizzo di strutture di livello più impegnativo rispetto al necessario o, al contrario, non si dovrà intervenire con prestazioni inadeguate in casi che richiedano livelli di cura maggiori (appropriatezza). Il livello di assistenza

nelle degenze per acuti può e deve essere differenziato in base alla complessità delle cure e al grado di dipendenza.

Per la gestione della fase del ricovero del paziente anziano fragile è necessario specializzare alcuni reparti per acuti, prevedendo collegamenti funzionali con le aree chirurgiche (ortopedia, chirurgia) e con l'area critica.

La dimissione dell'anziano fragile richiede l'attivazione di percorsi protetti che prevedano il coinvolgimento della medicina di famiglia e dei servizi di assistenza territoriale comprese le strutture di post-acuzie.

La definizione delle possibilità di recupero funzionale vanno meglio caratterizzate per evitare dispersione di risorse o, al contrario, impedire possibili miglioramenti. Il paradigma "riabilitativo" tradizionale è del tutto inadeguato a questo proposito e la disponibilità di specifici percorsi "geriatrici", anche al di fuori del comparto ospedaliero, è preferibile.

Il "territorio" dovrebbe essere attrezzato per gestire la continuità sia in "entrata" che in "uscita" verso l'ospedale. Ad esempio, disponendo di una "anagrafe" dei fragili sui quali concentrare gli interventi proattivi domiciliari di "prevenzione" (pronto riconoscimento e trattamento della fase acuta, supporto domiciliare clinico/diagnostico /infermieristico) della perdita funzionale e sui quali assicurare il supporto nella fase "post-acuta".

Bibliografia

- AIKEN L.H. et al. (2012), *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*, BMJ 344:e1717 doi: 10.1136/bmj.e1717.
- ANGUS D.C., KELLEY M.A., SCHMITZ R.J., WHITE A., POPOVICH J. (2000), *Current and projected workforce requirements for care of the critically ill and patients with pulmonary disease. Can we meet the requirements of an aging population?*, JAMA, 284:2762-70.
- BALARDY L., VOISIN T., CANTET C., VELLAS B., REAL.FR GROUP, (2005), *Predictive factors of emergency hospitalization in Alzheimer's patients: results of 1-year follow-up in the REAL.FR Cohort*, J Nutr Health Aging, 9:112-6.
- BIANCHETTI A. (2007), *Il paziente affetto da demenza in ospedale: le dimensioni del fenomeno*. In: TRABUCCHI M. (ed), *La persona affetta da demenza in ospedale*, Carocci Faber Ed, 21-36.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON, ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND (1998), *Provision of acute general hospital services*, London: Royal College of Surgeons of England.
- CAMPBELL S.E., SEYMOUR D.G., PRIMROSE W.R. (2004), *A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital*, Age Ageing, 33:110-115.
- CDC/NCHS National Hospital Discharge Survey, 2010.
- DEPARTMENT OF HEALTH (UK) (2000), *Shaping the Future NHS: Long Term Planning for Hospi-*

- tals and Related Services. Consultation Document on the Findings of The National Beds Inquiry.* UK, February.
- INOUE S.K. (2006), *Delirium in Older Persons*, *N Engl J Med*, 354:1157-65.
- JOINT CONSULTANTS COMMITTEE (1999), *Organization of acute general hospital services*, London: British Medical Association.
- LANDEFELD C.S., PALMER R., KRESEVIC D.M. et al. (1995), *A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients*, *N Engl J Med*, 332:1338-44.
- MARENGONI A., CORRAO S., NOBILI A., TETTAMANTI M., PASINA L. et al., SIMI INVESTIGATORS (2011), *In-hospital death according to dementia diagnosis in acutely ill elderly patients: the REPOSI study*, *Int J Geriatr Psychiatry*, 26:930-6.
- MORRISON R.S., SIU AL. (2000), *Survival in end-stage dementia following acute illness*, *JAMA*, 284:47-52.
- QUADERNI DEL MINISTERO DELLA SALUTE (2013), *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nella assistenza del paziente complesso*, n. 23, settembre-ottobre.
- QUADERNI DEL MINISTERO DELLA SALUTE (2010), *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano*, n. 6, novembre-dicembre.
- RANHOFF A.H., ROZZINI R., SABATINI T. et al. (2006), *Sub-Intensive Care Unit for the elderly: A new model of care for critically ill frail medical patients*, *Intern Emerg Med*, 1:197-203.
- RECHEL B., WRIGHT S., EDWARDS N. et al. (2009), *Investing in hospitals of the future*, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- REUBEN D.B., TINETTI M.E. (2014), *The Hospital-Dependent Patient*, *N Engl J Med*, 370:694-697.
- ROZZINI R., BIANCHETTI A., TRABUCCHI M. (2014), *Medicina della fragilità: manuale di lavoro*, Milano: Vita e Pensiero.
- ROZZINI R., SABATINI T., TRABUCCHI M. (2004), *A silent ageism in access to critical care*, *Age Ageing*, 33:517.
- ROZZINI R., SABATINI T., TRABUCCHI M. (2003), *Medical treatment of acute illnesses in end-stage dementia*, *Arch Int Med*, 163:496-498.
- ROZZINI R., SABATINI T., TRABUCCHI M. (2003), *The network for elderly care in Italy: only a correct use of acute wards allows an overall functioning of the health care system*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58:190-191.
- RUBENSTEIN L.Z., JOSEPHSON K.R., WIELAND G.D. et al. (1984), *Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial*, *N Engl J Med*, 311:1664-70.
- SCHULL M.J., SZALAI J.P., SCHWARTZ B., REDELMEIER D.A. (2001), *Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring trends at twenty hospitals over ten years*, *Acad Emerg Med*, 8:1037-1043.
- SLEIMAN I., ROZZINI R., BARBISONI P. et al. (2009), *Functional trajectories during hospitalization: a prognostic sign for elderly patients*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64:659-63.
- TRABUCCHI M., BELLELLI G., BIANCHETTI A., ROZZINI R. (2001), *Alcuni percorsi preferenziali: gli anziani e le malattie croniche*. In: GENSINI G.F., NICELLI A.L., TRABUCCHI M., VANARA F. (a cura di), *Rapporto Sanita 2011. Il rapporto dinamico tra ospedale e territorio*, Bologna, Il Mulino, 109-126.
- TRABUCCHI M. (2007), *La persona affetta da demenza in ospedale*, Roma: Carocci Faber Editore.

7. **Contenuti e metodologie delle terapie intensive e della oncogeriatría. L'ospedale e i servizi**

Monica Torrini, Enrico Mossello, Niccolò Marchionni

Terapia Intensiva

È noto ormai da anni che la maggioranza dei ricoveri negli ospedali italiani riguarda individui di età avanzata o molto avanzata, e il profondo cambiamento demografico ed epidemiologico associato all'invecchiamento della popolazione ha investito anche la distribuzione per età ed il case-mix delle Terapie Intensive. In particolare, i dati prodotti dal Gruppo italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva (GiViTI) nell'ambito del Progetto PROSAFE (PROmoting patient SAFETY and quality improvement in critical care) relativo al 2012 hanno registrato, su un totale di quasi 55.000 ricoveri in 178 reparti di Terapia Intensiva polivalente diffusi sul territorio nazionale, più del 60% di ricoveri di soggetti di età avanzata, con il 26% di soggetti di età compresa tra i 66 e i 75 anni e ben il 35% di ultra75enni (GiViTI, 2012). Dallo stesso rapporto non risulta, tuttavia, quanti di questi pazienti fossero – e in che misura – disabili; risulta invece che l'85% è affetto da almeno una malattia cronica associata alla diagnosi principale che ha determinato il ricovero. Tale dato è potenzialmente in conflitto con le Linee guida della SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) che, edite nel 2003, sostenevano che “i pazienti di età molto avanzata, affetti da patologie croniche ingravescenti e altamente invalidanti, solo raramente possono essere presi in considerazione per l'accesso ai trattamenti intensivi” (Gruppo di studio *ad hoc* della Commissione di Bioetica della SIAARTI, 2003).

Dati dalla letteratura scientifica internazionale dimostrano invece che un vario grado di preesistente disabilità è tutt'altro che infrequente tra gli anziani ricoverati in Terapia Intensiva. In particolare, uno studio che ha arruolato 304 ultra60enni ricoverati in una Terapia Intensiva di tipo medico ha mostrato una prevalenza di disabilità nelle attività di base della vita quotidiana del 36%, e dell'86% nelle attività strumentali della vita quotidiana (Pisani *et al.*, 2007). Questi dati appaiono tanto più rilevanti quando si consideri che proprio la disabilità premorbosa è il principale predittore indipendente di mortalità negli anziani ricoverati in Unità di Terapia Intensiva: in particolare nel segmento degli ultra80enni (Bou-

mendil *et al.*, 2004) e negli anziani provenienti da Residenze Sanitarie Assistenziali (Mattison *et al.*, 2006).

Tra le condizioni di comorbidità, nella casistica italiana del GiViTI risulta inferiore al 10% un decadimento cognitivo o una franca demenza preesistenti. Ma poiché è dimostrato che circa tre quarti degli anziani con deficit cognitivo ammessi in ospedale per acuti non ha alcuna documentazione formale delle funzioni cognitive preesistenti (Hustey e Meldon, 2002; Dodson *et al.*, 2013), è assai verosimile che i dati riportati dal GiViTI siano un'ampia sottostima della realtà; a maggior ragione in un contesto, quale la Terapia Intensiva, in cui la presenza di alterazioni cognitive in una persona di età avanzata può essere così frequente da essere considerata "nella norma". In effetti, una valutazione sistematica della presenza di decadimento cognitivo preesistente il ricovero, condotta in una Terapia Intensiva negli USA, ha mostrato tassi di prevalenza che si aggirano intorno al 40%, più frequente nei soggetti con disabilità ed istituzionalizzati (Pisani *et al.*, 2003a). Lo stesso gruppo di ricerca ha inoltre dimostrato che, se non si utilizzano strumenti valutativi specifici, il personale medico è in grado di riconoscere la presenza di un preesistente decadimento cognitivo solo nel 50% dei casi, con una sensibilità che si riduce al 12% nei casi di grado lieve (Pisani *et al.*, 2003b).

Età avanzata, disabilità e deficit cognitivi preesistenti costituiscono i principali fattori predisponenti allo sviluppo di stato confusionale acuto – delirium – in Terapia Intensiva. Tale evenienza, sebbene con dati molto disomogenei, risulta particolarmente frequente: con delirium prevalente all'ingresso variabile tra il 7 e il 50%, e delirium incidente compreso tra il 19 e l'82%. Lo stato confusionale acuto, a sua volta, si configura complessivamente come un importante fattore prognostico negativo quando si verifica durante il ricovero in Terapia Intensiva, essendo associato ad un significativo aumento della mortalità e della durata della degenza (Inouye *et al.*, 2014).

Sono molto scarsi gli studi condotti in Italia – relativamente al setting di Terapia Intensiva – che siano stati diretti alla rilevazione sistematica di disabilità, disturbi cognitivi preesistenti, e delirium prevalente e/o incidente. Nel 2012 è stata pubblicata una ricerca condotta all'Ospedale Sacco di Milano che, su una casistica di 314 pazienti con età media di 70 anni, ha osservato una condizione di delirium nel 35% dei ricoverati in Terapia Intensiva, che si riduceva al 22% dopo l'implementazione di un protocollo di stimolazione cognitiva all'interno del Reparto (Colombo *et al.*, 2012). Tale dato rappresenta il primo pubblicato in Italia sulla presenza di delirium in Terapia Intensiva e uno dei primi studi che, sebbene senza un gruppo di controllo, ha valutato l'efficacia di un intervento di natura psico-cognitiva per prevenire tale condizione. Va notato tuttavia che gli Autori hanno deliberatamente escluso dallo studio soggetti con diagnosi di preesistente demenza, o con disabilità post-ictus, e non è disponibile una valutazione dello

stato funzionale premorbo dei pazienti che, tuttavia, sulla base di un'età media non particolarmente elevata e dei criteri di esclusione adottati, si può supporre relativamente conservato, non rappresentando pertanto un campione rappresentativo e generalizzabile ai fini della caratterizzazione della disabilità in anziani in Terapia Intensiva.

In uno studio condotto dal nostro gruppo di ricerca in Toscana, i cui risultati preliminari sono stati presentati al Congresso della *European Union Geriatric Medicine Society* (EUGMS) nel settembre 2013, è stata effettuata una valutazione della presenza di disabilità e demenza, e del rilievo di delirium all'ingresso e durante la successiva degenza, mediante l'utilizzazione di strumenti specifici e validati. Tra questi, è stato utilizzato il *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit* (CAM-ICU), validato per identificare il delirium sulla base di alcune caratteristiche chiave (alterazione acuta e fluttuazione dello stato mentale; deficit di attenzione; pensiero disorganizzato; alterazioni della vigilanza) anche nel paziente sottoposto ad intubazione oro-tracheale. Lo studio è stato condotto in un setting specifico, in cui tale tipo di indagine non era finora stata mai condotta – una Terapia Intensiva Cardiologica Geriatrica – arruolando 499 ultra65enni ricoverati presso la UTIC della Divisione di Cardiologia e Medicina Geriatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi a Firenze e la UTIC dell'Ospedale di Pistoia, con età media di 79 anni. Il 28% dei casi è risultato disabile nelle attività di base e il 39% in quelle strumentali della vita quotidiana prima del ricovero, ed il 29% affetto da un decadimento cognitivo preesistente compatibile con una demenza. Ciascun soggetto è stato valutato quotidianamente con la CAM-ICU a partire dall'ammissione, rilevando un delirium nel 18% dei casi, nella metà di questi comparso dopo l'ingresso e, quindi, potenzialmente prevenibile. I casi di delirium incidente sono risultati associati in modo indipendente all'utilizzo di manovre invasive, quali posizionamento di linea arteriosa, catetere vescicale, contropulsatore intra-aortico o sondino naso-gastrico. Il delirium si è confermato un predittore indipendente di mortalità intra-ospedaliera, insieme a demenza e disabilità nelle attività di base della vita quotidiana.

La UTIC della Divisione di Cardiologia e Medicina Geriatrica di Firenze fa parte – con ruolo di progettazione – della rete che ha condotto gli studi di registro AMI-Florence e AMI-Florence 2 che, tra l'altro, hanno valutato i predittori di utilizzo delle strategie di rivascularizzazione coronarica e la prognosi delle sindromi coronariche acute (SCA), includendo solo i casi con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI) nel primo registro (Balzi *et al.*, 2006) e tutti i casi di SCA nel secondo, recentemente pubblicato (Di Bari *et al.*, 2014). La realizzazione del secondo studio, con l'ampliamento dei criteri di inclusione, corrisponde alle modificazioni epidemiologiche delle SCA realizzatesi negli anni che hanno visto – con il crescere dell'età media – un progressivo incremento dei casi di NSTEMI rispetto a quelli di STEMI, con ampliamento dell'indicazione alle procedure di rivascola-

rizzazione coronarica precoce anche agli NSTEMI ed un vantaggio che, sulla base delle metaanalisi degli studi randomizzati controllati, sembra particolarmente efficace proprio negli ultra75enni (Damman *et al.*, 2012).

Nella prima edizione di AMI-Florence, il 58% dei pazienti con STEMI sono stati sottoposti a rivascolarizzazione precoce, generalmente mediante angioplastica primaria, sebbene tale percentuale scendesse al 42% nei soggetti con maggior numero di patologie croniche associate. A fronte di questo, si osservava un beneficio significativo sulla mortalità ad un anno nei soggetti sottoposti a rivascolarizzazione precoce, e questo era significativo proprio nei soggetti con maggiore comorbidità cronica antecedente l'infarto, che erano anche significativamente più anziani (Balzi *et al.*, 2006). Il minor utilizzo precoce dell'angioplastica nei pazienti più anziani è stato confermato anche nello studio AMI-Florence 2, malgrado l'incremento dell'utilizzo complessivo di tale procedura al 77% dei pazienti con STEMI. In un'analisi limitata ai soggetti ultra75enni (n=698, età media 83 anni), l'applicazione dell'angioplastica è avvenuta complessivamente nel 50% dei casi (71% dei casi di STEMI e 42% dei casi di NSTEMI). In quest'ultimo studio, la complessità clinica e il rischio di esito avverso sono stati valutati, oltre che mediante la rilevazione della comorbidità, mediante il Codice Argento, uno strumento prognostico basato su soli dati amministrativi precedentemente validato nell'area fiorentina, che si è dimostrato un potente predittore di mortalità in Ospedale per acuti (Di Bari *et al.*, 2010). Anche nel caso dei pazienti con STEMI e NSTEMI il punteggio del Codice Argento si è dimostrato indipendentemente associato alla mortalità ad un anno e, al tempo stesso, ad un minor ricorso all'angioplastica; mentre, paradossalmente, l'analisi di sopravvivenza stratificata per valori di Codice Argento indicava che il beneficio clinico della angioplastica coronarica precoce – espresso in termini di riduzione della mortalità per tutte le cause a un anno di follow-up rispetto al trattamento conservativo – era maggiore proprio nei pazienti con più elevato Codice Argento, che erano trattati più conservativamente nella fase acuta (Di Bari *et al.*, 2014).

Complessivamente, i dati citati sottolineano come una quota non indifferente di anziani affetti da polipatologia e ad elevato rischio di eventi avversi sia ancora esclusa dagli interventi a tecnologia avanzata in ambito cardiologico, in modo apparentemente ingiustificato sulla base del beneficio prognostico che questi sembrano avere proprio in quelli con maggiore complessità clinica. D'altra parte, deve essere osservato come gli studi effettuati nell'ambito della Cardiologia invasiva non abbiano raccolto dati in rapporto a disabilità e decadimento cognitivo. Uno studio osservazionale condotto presso la Mayo Clinic su anziani sottoposti a rivascolarizzazione coronarica percutanea dimostra che la condizione di fragilità, definita secondo il noto fenotipo del *Cardiovascular Health Study* (Fried *et al.*, 2001), si associa al rischio di mortalità ed infarto miocardico dopo tre anni in modo indipendente dal quadro cardiologico (Singh *et al.*, 2011). Sono pertanto ne-

cessari ulteriori studi per valutare il significato prognostico degli interventi invasivi in ambito cardiologico per l'anziano con diversi gradi di fragilità e disabilità.

L'utilizzo routinario della tecnologia nei pazienti con grave disabilità non è di per sé esente da rischi, come dimostrato dai dati americani che mostrano come tra i predittori indipendenti dell'utilizzo di nutrizione artificiale nei pazienti con demenza avanzata – un intervento che può essere considerato ad elevato rischio di inappropriatelyzza in considerazione dell'incerto rapporto rischio/beneficio – vi sia appunto l'attitudine all'utilizzo più frequente della Terapia Intensiva per soggetti affetti da malattia cronica (Teno *et al.*, 2010). Per prevenire questo tipo di rischio sono state realizzate a livello internazionale diverse ricerche, finalizzate a individuare criteri per indirizzare pazienti ricoverati in Terapia Intensiva alle cure palliative, allo scopo di affiancare alle tecnologie in grado di prolungare la sopravvivenza quelle in grado di evitare inutili sofferenze. Tra i criteri di interesse geriatrico, sono state proposte la coesistenza di 2 o più patologie minacciose per la vita in età superiore agli 80 anni, e la demenza grave (Nelson *et al.*, 2013).

Considerazioni riassuntive

La progressiva espansione della popolazione anziana pone sempre più l'esigenza di valutare l'utilizzo della tecnologia anche nell'anziano non autosufficiente. A fronte della necessità di rifiutare nettamente un approccio "ageistico" di razionamento delle risorse in base all'età cronologica – con il sostegno di dati di letteratura sugli esiti procedurali che mostrano un'efficacia di tali tecnologie anche in età avanzata o molto avanzata –, è necessario incrementare l'applicazione di strumenti di valutazione multidimensionale geriatrica (VMD) nell'ambito delle Terapie Intensive e dei servizi ospedalieri ad alta tecnologia. Tra i vari possibili indicatori, appare primario l'utilizzo della valutazione della disabilità premorbosa, fondamentale predittore di prognosi dell'anziano ricoverato, anche in Terapia Intensiva (Boumendil *et al.*, 2004; Mattison *et al.*, 2006), ma tuttora ignorato nelle principali casistiche disponibili delle Terapie Intensive italiane. Ulteriori approcci, innovativi ma già validati, provengono dalla letteratura internazionale, quali l'utilizzo di criteri di fragilità, il cui potere prognostico risulta rilevante anche in Terapia Intensiva (Bagshaw *et al.*, 2014), e l'adozione di strumenti di valutazione della performance fisica adattati all'area critica (Denehy *et al.*, 2013), che consentirebbe, oltre che di formulare una prognosi, anche di valutare gli esiti funzionali dei percorsi terapeutici. Appare infine di primaria importanza, allo scopo di ridurre gli eventi avversi del ricovero in ambiente intensivo, l'adozione diffusa di protocolli assistenziali e di ambienti di cura in grado di ridurre gli effetti avversi del ricovero, quali l'immobilizzazione e il delirium.

Bibliografia essenziale

- BALZI D., BARCHIELLI A., BUIATTI E., FRANCESCHINI C., LAVECCHIA R., MONAMI M., SANTORO GM., CARRABBA N., MARGHERI M., OLIVOTTO I., GENSINI GF., MARCHIONNI N., AMI-FLORENCE WORKING GROUP (2006), *Effect of comorbidity on coronary reperfusion strategy and long-term mortality after acute myocardial infarction*, *Am Heart J*, 151:1094-1100.
- BAGSHAW S.M., STELFOX H.T., MCDERMID R.C., ROLFSON D.B., TSUYUKI R.T., BAIG N., ARTIUCH B., IBRAHIM Q., STOLLERY D.E., ROKOSH E., MAJUMDAR S.R. (2014), *Association between frailty and short- and long-term outcomes among critically ill patients: a multicentre prospective cohort study*, *CMAJ*, 186:E95-102.
- BOUMENDIL A., MAURY E., REINHARD I., LUQUEL L., OFFENSTADT G., GUIDET B. (2004), *Prognosis of patients aged 80 years and over admitted in medical intensive care unit*, *Intensive Care Med*, 30: 647-654.
- COLOMBO R., CORONA A., PRAGA F., MINARI C., GIANNOTTI C., CASTELLI A., RAIMONDI F. (2012), *A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study*, *Minerva Anestesiol*, 78:1026-1033.
- DAMMAN P., CLAYTON T., WALLENTIN L., LAGERQVIST B., FOX K.A., HIRSCH A., WINDHAUSEN F., SWAHN E., POCOCK S.J., TIJSEN J.G., DE WINTER R.J. (2012), *Effects of age on long-term outcomes after a routine invasive or selective invasive strategy in patients presenting with non-ST segment elevation acute coronary syndromes: a collaborative analysis of individual data from the FRISC II - ICTUS - RITA-3 (FIR) trials*, *Heart*, 98:207-213.
- DENEHY L., DE MORTON N.A., SKINNER E.H., EDBROOKE L., HAINES K., WARRILLOW S., BERNEY S. (2013), *A physical function test for use in the intensive care unit: validity, responsiveness, and predictive utility of the physical function ICU test (scored)*, *Phys Ther*, 93:1636-1645.
- DI BARI M., BALZI D., ROBERTS A.T., BARCHIELLI A., FUMAGALLI S., UNGAR A., BANDINELLI S., DE ALFIERI W., GABBANI L., MARCHIONNI N. (2010), *Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the "Silver Code," to be used in emergency department triage*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 65:159-164.
- DI BARI M., BALZI D., FRACCHIA S., BARCHIELLI A., ORSO F., SORI A., SPINI S., CARRABBA N., SANTORO G.M., GENSINI G.F., MARCHIONNI N., FOR THE ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN FLORENCE 2 (AMI FLORENCE-2) WORKING GROUP (2014), *Decreased usage and increased effectiveness of percutaneous coronary intervention in complex older patients with acute coronary syndromes*, *Heart*, doi: 10.1136/heartjnl-2013-305445, [Epub ahead of print].
- DODSON J.A., TRUONG T.T., TOWLE V.R., KERINS G., CHAUDHRY S.I. (2013), *Cognitive impairment in older adults with heart failure: prevalence, documentation, and impact on outcomes*, *Am J Med*, 126(2):120-126.
- FRIED L.P., TANGEN C.M., WALSTON J., NEWMAN A.B., HIRSCH C., GOTTDIENER J., SEEMAN T., TRACY R., KOP W.J., BURKE G., MCBURNIE M.A., CARDIOVASCULAR HEALTH STUDY COLLABORATIVE RESEARCH GROUP (2001), *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56: M146-156.
- GIVITI (GRUPPO ITALIANO PER LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI IN TERAPIA INTENSIVA) (2012), *Rapporto Progetto PROSAFE*, http://www.giviti.marionegri.it/Download/ReportPROSAFE_2012_IT_Polivalenti_ITALIA.pdf.
- GRUPPO DI STUDIO AD HOC DELLA COMMISSIONE DI BIOETICA DELLA SIAARTI (2003), *SIAARTI guide-*

- lines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for the limitation of treatment in intensive care*, *Minerva Anestesiol*, 69:101-118.
- HUSTEY F.M., MELDON S.W. (2002), *The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients*, *Ann Emerg Med*, 39(3):248-253.
- INOUYE S.K., WESTENDORP R.G., SACZYNSKI J.S. (2014), *Delirium in elderly people*, *Lancet*, 383:911-922.
- MCNICOLL L., PISANI M.A., ZHANG Y., ELY E.W., SIEGEL M.D., INOUYE S.K. (2003), *Delirium in the intensive care unit: occurrence and clinical course in older patients*, *J Am Geriatr Soc*, 51(5):591-598.
- MATTISON M.L., RUDOLPH J.L., KIELY D.K., MARCANTONIO E.R. (2006), *Nursing home patients in the intensive care unit: Risk factors for mortality*, *Crit Care Med*, 34:2583-87.
- NELSON J.E., CURTIS J.R., MULKERIN C., CAMPBELL M., LUSTBADER D.R., MOSENTHAL A.C., PUNTILLO K., RAY D.E., BASSETT R., BOSS R.D., BRASEL K.J., FRONTERA J.A., HAYS R.M., WEISSMAN D.E., IMPROVING PALLIATIVE CARE IN THE ICU (IPAL-ICU) PROJECT ADVISORY BOARD (2013), *Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the Improving Palliative Care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board*, *Crit Care Med*, 41:2318-27.
- PISANI M.A., INOUYE S.K., MCNICOLL L., REDLICH C.A. (2003a), *Screening for preexisting cognitive impairment in older intensive care unit patients: use of proxy assessment*, *J Am Geriatr Soc*, 51(5):689-693.
- PISANI M.A., REDLICH C., MCNICOLL L., ELY E.W., INOUYE S.K. (2003b), *Underrecognition of preexisting cognitive impairment by physicians in older ICU patients*, *Chest*, 124(6):2267-74.
- PISANI M.A., MURPHY T.E., VAN NESS P.H., ARAUJO K.L., INOUYE S.K. (2007), *Characteristics associated with delirium in older patients in a medical intensive care unit*, *Arch Intern Med*, 167:1629-34.
- SINGH M., RIHAL C.S., LENNON R.J., SPERTUS J.A., NAIR K.S., ROGER V.L. (2011), *Influence of frailty and health status on outcomes in patients with coronary disease undergoing percutaneous revascularization*, *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 4:496-502.
- TENO J.M., MITCHELL S.L., GOZALO P.L., DOSA D., HSU A., INTRATOR O., MOR V. (2010), *Hospital characteristics associated with feeding tube placement in nursing home residents with advanced cognitive impairment*, *JAMA*, 303(6):544-550.

Oncogeriatría

Circa il 60% di tutti i tumori viene diagnosticato in ultra65enni d'età; in Italia, ogni anno, vengono diagnosticati circa 270.000 nuovi casi e, di questi, il 65% si verifica in anziani. Tassi di prevalenza ovviamente destinati ad aumentare nei prossimi anni, parallelamente all'invecchiamento della popolazione, che implica anche un aumento dei casi incidenti. Il rischio di sviluppare un tumore negli ultra65enni è quattro volte più elevato che nelle persone di 45-64 anni. L'età è, infatti, un importante fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di malattie neoplastiche. Il cancro si potrebbe dunque anche definire una malattia tipica della vecchiaia. Tuttavia, in contraddizione con il fatto che il ri-

schio di cancro aumenta con l'età, vi è uno scarso interesse sia scientifico che clinico al problema; l'ultra65enne è di regola escluso dagli studi clinici oncologici e da quelli sperimentali farmacologici, anche da quelli sulla nuova categoria dei farmaci biologici che invece, in alcuni casi, potrebbero dare proprio in questa classe d'età risultati addirittura migliori rispetto ai giovani. Inoltre, i programmi di screening sistematico escludono gli ultra65enni o ultra70enni che, paradossalmente, sono quelli più a rischio e che maggiormente beneficerebbero della diagnosi precoce, anche in termini di spesa sanitaria. Ma, certamente, la oncologia sarà costretta a rivedere in chiave geriatrica il suo orizzonte dottrinale e metodologico, dal momento che le stime di proiezione indicano che nel 2030 il 70% dei pazienti oncologici avrà più di 65 anni (United States Census Bureau, 2013) e, di questi, molti saranno fragili o con significative limitazioni funzionali.

L'oncogeriatrica è, pertanto, uno dei maggiori paradossi della medicina attuale: se, da un lato, il cancro è una patologia tipica dell'età anziana, dall'altro la diagnosi precoce e la cura sono focalizzate maggiormente sugli individui in età giovane-matura ed il sistema ospedaliero e la rete territoriale sono anch'essi non solo organizzati per i non anziani, ma addirittura spesso con criteri di utilizzazione che deliberatamente li escludono. Se poi l'anziano è un grande anziano e/o con limitazioni funzionali, il problema dell'accesso alle cure ed ai servizi diviene quasi insormontabile, e non vi è da stupirsi se i dati nazionali indicano che solo 2 ultra70enni su 10 ricevono i trattamenti oncologici indicati allo stadio di malattia, mentre nella popolazione al di sotto dei 50 anni tale proporzione sale a otto su dieci.

Anche se è vero che gli effetti avversi dei farmaci sono in linea generale più frequenti con l'avanzare dell'età, tuttavia i dati di letteratura non sono coerenti con la negazione sistematica delle cure oncologiche all'anziano, mentre tutti gli studi sottolineano l'importanza di una personalizzazione del piano di trattamento. Molti autori hanno, infatti, dimostrato che l'approccio con la VMD è superiore alla sola valutazione con criteri clinici tradizionali sia nel processo di stratificazione pre-trattamento (Puts *et al.*, 2012), sia nella valutazione degli outcome di trattamento (Tucci *et al.*, 2009). Nonostante le sempre maggiori evidenze in letteratura che la VMD sia una componente fondamentale del processo di valutazione oncologica per gli anziani affetti da neoplasia, gli oncologi ed i clinici sono a tutt'oggi riluttanti nell'usarla; inoltre, anche quando la VMD sia implementata routinariamente nel processo di valutazione clinica dell'anziano neoplastico, essa influenza le decisioni terapeutiche in una minoranza dei casi, che, secondo revisioni sistematiche, oscilla tra lo 0 e il 26% (Decoster *et al.*, 2013). I motivi che tengono lontani gli operatori sanitari coinvolti nelle cure oncologiche (oncologi; farmacologi e farmacisti; radioterapisti) dall'utilizzo degli strumenti di VMD sono più d'uno: primo fra tutti la mancanza di una spe-

cifica cultura geriatrica; secondo, ma non meno importante, il fatto che ancora gli strumenti di VMD non siano stati standardizzati per l'impiego in oncologia: esistono infatti studi che, di volta in volta, hanno utilizzato scale e metodologie diverse e, inoltre, nessuno dei pacchetti di VMD sinora utilizzati in oncologia ha mostrato una efficienza predittiva degli outcome al di là del 60-70%. Va inoltre considerato che la presenza di non autosufficienza non dovrebbe essere sinonimo di abbandono terapeutico. Infatti curare un malato oncologico non è solo radio e chemioterapia, o terapia chirurgica: l'oncologia dovrebbe farsi carico anche di curare i sintomi di malattia e gestire le cure palliative, quando risultino le uniche indicate. Pertanto, se un anziano non va discriminato sulla base dell'età anagrafica, ma ne va valutata l'eleggibilità ai trattamenti con inquadramento clinico che comprenda una VMD, un anziano non autosufficiente non deve essere discriminato per la sua limitazione funzionale, ma dovrebbe essere immesso in un percorso terapeutico fortemente individualizzato di "oncologia palliativa" e/o di vere e proprie cure palliative, che preveda anche un forte coinvolgimento dei familiari caregiver. Invece, i percorsi diagnostico-terapeutici in oncologia ospedaliera e ambulatoriale non prevedono attualmente protocolli specifici per anziani neoplastici non autosufficienti, ai quali proprio in quanto anziani e disabili verranno negate in prima battuta cure oncologiche palliative e palliazione in senso generale, ma soprattutto un percorso assistenziale alternativo, atto a supportare la famiglia ed a determinare un periodo di fine-vita dignitoso ed assistito. La storia naturale di questi anziani, infatti, sarà costellata di accessi impropri ai servizi di emergenza-urgenza ed avrà termine in strutture di lungodegenza o RSA ancora non preparate per le cure di fine vita. In Italia l'ambiente geriatrico si sta muovendo per trovare percorsi assistenziali corretti per la numerosa popolazione ultra65enne affetta da tumore; ad oggi, ci sono vari servizi di oncogeriatrica ed è nato da qualche anno l'Osservatorio Oncogeriatrico, un organismo nazionale creato ad hoc proprio per fornire risposte concrete ai bisogni assistenziali dei pazienti anziani con cancro. Una delle finalità principali dell'Osservatorio è migliorare la collaborazione tra le due specialità interessate, integrando le metodologie della Geriatria con quelle proprie dell'Oncologia, per la realizzazione di programmi specifici di diagnosi e cura. Un'altra finalità è coinvolgere gli anziani nei programmi di screening e nelle sperimentazioni cliniche di trattamenti innovativi. Ultimo, ma non meno importante obiettivo, è valorizzare le risorse disponibili contenendo gli sprechi; è infatti prioritario individuare strumenti concreti che sappiano coniugare l'appropriatezza delle cure con il contenimento dei costi.

Considerazioni riassuntive

Un elevato numero dei circa 420.000 nuovi casi di cancro ogni anno (pari al 50% del totale) viene diagnosticato negli over 70. Nonostante ciò, proprio questa popolazione è sempre esclusa dai protocolli di screening e di terapia, nonché dagli studi clinici controllati diretti alla verifica della loro efficacia. L'utilizzazione della VMD geriatrica come strumento di screening e stratificazione prognostica nel percorso diagnostico-terapeutico permette di identificare tre categorie di pazienti anziani: 1. pazienti "robusti", con caratteristiche cliniche e funzionali globali tali da consentire un trattamento ritenuto standard per l'adulto; 2. pazienti "vulnerabili", con documentati deficit di riserva d'organo, tali da imporre riduzione di dose dei farmaci o l'utilizzazione di agenti a ridotto basso profilo di tossicità; 3. pazienti fragili/disabili, che dovrebbero essere indirizzati a trattamenti di oncologia palliativa o di pura palliazione, nell'ambito delle cure di fine-vita. Questa suddivisione è il fondamento per la differenziazione critica dei percorsi terapeutici e per l'integrazione delle risorse offerte da ospedale, territorio, servizi residenziali. I pazienti oncologici non autosufficienti non devono essere esclusi da questa rete di assistenza, sia per evidenti implicazioni etiche, sia per un problema di economia sanitaria. Infatti, è ampiamente dimostrato che l'assenza di un percorso dedicato a questi pazienti genera un aumento dei ricoveri impropri e di accesso inutile a costosi servizi di emergenza/urgenza. In Italia, si stima ogni anno che circa il 25% della degenza ospedaliera negli ultra70enni è rappresentata da ricoveri impropri e/o da cure che possono essere erogate in regime di Day Hospital o sul territorio.

Bibliografia essenziale

- DECOSTER L., KENIS C., VAN PUYVELDE K., FLAMAING J., CONINGS G., DE GRÈVE J., METS T., MILISEN K., LOBELLE JP., WILDIERS H. (2013), *The influence of clinical assessment (including age) and geriatric assessment on treatment decisions in older patients with cancer*, *J Geriatr Oncol*, 4:235-241.
- FRIED L.P., HALL W.J. (2008), *Leading on behalf of an aging society*. *J Am Geriatr Soc*, 56:1791-95.
- PUTS M.T., HARDT J., MONETTE J., GIRRE V., SPRINGALL E., ALIBHAI S.M. (2012), *Use of geriatric assessment for older adults in the oncology settings: a systematic review*, *J Natl Cancer Inst*, 104:1133-63.
- TUCCI A., FERRARI S., BOTTELLI C., BORLENGHI E., DRERA M., ROSSI G. (2009), *A comprehensive geriatric assessment is more effective than clinical judgment to identify diffuse large cell lymphoma patients who benefit from aggressive therapy*, *Cancer*, 115:4547-53.
- UNITED STATES CENSUS BUREAU (2013), *Nationals population projections*, <http://www.census.gov/population>.

L'ospedale ed i servizi

L'anziano non autosufficiente è il paziente che mette maggiormente in crisi i servizi ospedalieri, da quelli di diagnostica a quelli di complemento sanitario. L'anziano disabile, infatti, è spesso affetto anche da un certo grado di decadimento cognitivo e, comunque, necessita di una particolare attenzione che non è generalmente prevista – in termini di personale e di tempo di assistenza dedicato – all'interno dei Servizi Ospedalieri. I problemi cominciano con la logistica dei trasporti che, se è abbastanza preparata ad affrontare la disabilità fisica, in genere non lo è per nulla a gestire quella cognitiva: a questo proposito, basti pensare che di solito non prevede il contemporaneo trasporto del caregiver. Inoltre, il trasporto non sempre è coordinato con la presa in carico nell'area di attesa del servizio diagnostico richiesto; pertanto esiste un forte rischio che l'anziano affetto da problemi cognitivi venga "abbandonato" dal servizio di trasporto interno nell'area di attesa, e che qui non sia preso in carico da nessuno finché non arrivi il proprio turno all'esame. Non ci sono, cioè, percorsi preferenziali o protetti per questo tipo di pazienti che, invece dovrebbero accedere ai servizi diagnostici con codici di preferenza. L'attesa in ambiente ulteriormente estraneo e spesso affollato e di per sé disorientante può infatti essere molto difficile da gestire nel paziente non autosufficiente, soprattutto se con decadimento cognitivo.

Altro punto nevralgico è l'effettuazione dell'esame stesso: se per il bambino i servizi ospedalieri sono assolutamente ritagliati sulla necessità di maggior tempo e sulla loro non scontata collaborazione, questa regola non è assolutamente vera per l'anziano, nel quale la incapacità di collaborare viene assimilata ad un rifiuto; tanto che la fatica organizzativa del trasporto può esserne del tutto vanificata. A volte, attenzione, partecipazione ed un po' di pazienza – coniugati con un minimo di conoscenza dei problemi geriatrici – possono bastare a migliorare la collaborazione dell'ammalato; ma la realtà ci conferma che è invece più frequente l'indifferenza o la non sopportazione della disabilità, soprattutto se cognitiva.

I servizi di radiodiagnostica e di endoscopia digestiva

È uno dei servizi ospedalieri maggiormente utilizzati dall'anziano, soprattutto se non autosufficiente (pensiamo, a questo proposito, alla radiodiagnostica dopo una caduta) ma è assolutamente impreparato a modificarsi per l'accoglienza di questo tipo di pazienti. Se esistono TAC pediatriche mascherate persino da "vascello dei Pirati" per renderle più familiari e accettabili per pazienti pediatriche, nessuna industria si è mai posta il problema di come modificare i propri strumenti per facilitarne l'accettabilità in anziani con di-

sorientamento da disabilità cognitiva. Tuttavia, proprio perché il servizio di radiodiagnostica ha come fruitore il malato anziano in più del 70% dei casi, iniziano a comparire anche nella letteratura scientifica raccomandazioni sulla necessità del personale di radiodiagnostica di informarsi su temi di cultura geriatrica, allo scopo di modificare le proprie capacità di accoglienza e di gestione delle procedure diagnostiche in anziani con delirium o preesistente disabilità cognitiva (O'Brien *et al.*, 2009). I primi progetti italiani di adattamento dei servizi diagnostici all'anziano non autosufficiente, riguardano essenzialmente il comfort del paziente. È del 2008 il progetto torinese dell'Ospedale delle Molinette, che prevede l'esecuzione extraospedaliera – magari in regime di ricovero protetto – degli esami radiografici più comunemente richiesti. Del 2012 invece il progetto – simile – dell'Associazione dei tecnici radiologi di Andria chiamato "Radiologia domiciliare" dove con la semplice richiesta del medico di medicina generale veniva attivato il servizio di radiodiagnostica.

Precedentemente, abbiamo parlato di oncologia palliativa per il paziente anziano non autosufficiente e, spesso, questa fa capo ai servizi di radiodiagnostica interventistica. Se, quindi, tali servizi sono spesso indicati per ultra-60enni, la loro organizzazione non si conforma alle loro caratteristiche. Intanto, vengono erogati per lo più in regime ambulatoriale, spesso poco adatto alle difficili condizioni di trasporto di un anziano non autosufficiente. Poi, le procedure di radiodiagnostica interventistica vengono condotte spesso senza assistenza anestesiológica e, pertanto, hanno bisogno di sostanziale collaborazione del paziente: molti anziani, soprattutto non autosufficienti sono, quindi, scartati a priori per l'impossibilità di adeguata collaborazione quando, invece, un servizio di assistenza anestesiológica potrebbe aiutare sostanzialmente a superare questa limitazione.

Lo stesso vale per i servizi di endoscopia digestiva, dove la collaborazione è necessaria anche per un esame non interventistico che comporta comunque un livello di disturbo tale da richiedere la piena integrità cognitiva. Sia per tali esami strumentali che – a maggior ragione – per quelli interventistici quali ad esempio l'ERCP, che spesso sarebbero indicati nel paziente fragile o disabile per la minima invasività rispetto ad un intervento chirurgico maggiore, l'accesso all'anziano è precluso per l'impossibilità di organizzare una narcosi. Ma se il servizio anestesiológico nell'area dei servizi è poco rappresentato per problemi organizzativi e gestionali ospedalieri, anche dove non vi è questa limitazione l'anziano è spesso escluso sulla base di un ipotetico, aumentato rischio di complicanze correlato alla sedazione. Ma i dati disponibili in letteratura, seppur esigui, non confermano queste paure, con procedure in sedazione condotte in piena sicurezza anche in pazienti ultra80enni (Weaver, *et al.*, 2011; Martínez, *et al.*, 2011).

Considerazioni riassuntive

Nonostante i servizi ospedalieri siano diretti in un'elevata percentuale a pazienti anziani, con elevata prevalenza di non autosufficienza, non sono assolutamente preparati ad accogliere questo tipo di malati. È necessario diffondere la cultura geriatrica in queste aree funzionali ospedaliere, anche prendendo spunto dall'organizzazione negli ospedali pediatrici, dove la limitata collaborazione del paziente non è mai interpretata come limite invalicabile alla esecuzione delle procedure, ma una routine affrontata con organizzazione dei servizi e metodologie operative specifiche.

Bibliografia essenziale

- O'BRIEN J., BAERLOCHER M.O., ASCH M., MYERS A. (2009), *Role of radiology in geriatric care: a primer for family physicians*, *Can Fam Physician*, 55:32-37.
- MARTÍNEZ J.F., APARICIO J.R., COMPAÑY L., RUIZ F., GÓMEZ-ESCOLAR L., MOZAS I., CASELLAS J.A. (2011), *Safety of continuous propofol sedation for endoscopic procedures in elderly patients*, *Rev Esp Enferm Dig*, 103:76-82.
- WEAVER C.S., TERRELL K.M., BASSETT R., SWILER W., SANDFORD B., AVERY S., PERKINS A.J. (2001), *ED procedural sedation of elderly patients: is it safe?*, *Am J Emerg Med*, 29:541-544.

8. Gli anziani affetti da demenza in ospedale

Antonio Guaita

Gli studi italiani sulla popolazione ultrasessantenne mostrano una prevalenza della demenza che varia dal 5,9% (Ravaglia *et al.*, 2002) all'8% (Prencipe *et al.*, 1996), il che significa più di un milione di persone nel 2009, secondo l'EuroCoDeworkinggroup (http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/docs/dementia2_en.pdf).

Questa importante presenza delle persone con demenza nella popolazione, fa ipotizzare una altrettanto importante presenza di questi malati nelle strutture di cura per acuti, come il pronto soccorso e l'ospedale.

Anziani con demenza nel dipartimento di emergenza

Le visite al pronto soccorso per gli anziani sono passate dal 17,7% del 2000 al 21,4% del 2008 (Di Bari *et al.*, 2011). Un fenomeno certo non solo italiano: ad esempio la presenza di persone anziane con problemi cognitivi in pronto soccorso è stata calcolata essere dal 26% al 40% in un ospedale di Cleveland, USA (Hustey&Meldon, 2011). Pochi ambienti sono meno adatti di un pronto soccorso alla cura degli anziani cognitivamente ed emotivamente fragili, tanto che la possibilità che vi siano danni fisici e psichici è molto alta, vicina al 30% (Aminzadeh&Dalziel, 2002; McCusker *et al.*, 1999). Si tratta, infatti, di un ambiente affollato e rumoroso, dove tutto è veloce e tecnologicamente dipendente, con la coesistenza di bisogni del tutto diversi: esattamente l'opposto di quello di cui avrebbero bisogno gli anziani. Per migliorare questo negativo stato di cose nei dipartimenti di emergenza sono state elaborate proposte utili e di evidente efficacia anche da gruppi italiani. L'obiettivo principale è creare un semplice metodo di stratificazione che consenta di ridurre la permanenza nel dipartimento di emergenza e una valutazione prognostica sufficientemente affidabile. In particolare due indici nati nel nostro paese hanno interessato la ricerca internazionale: ISAR (Salvi *et al.*, 2012) e "Silver code" (Di Bari *et al.*, 2010). L'ISAR, "Identification of Seniors At Risk" si basa sulla somministrazione di semplici scale che garantiscono una valutazione geriatrica multidimensionale. Questo indice, unitamente ai dati amministrativi e clinici già accessibili al pronto soccorso, garantisce una stra-

tificazione prognostica predittiva del rischio di ritorno al dipartimento di emergenza, di ospedalizzazione e di mortalità a 6 mesi. Il “Silver code” attua una stratificazione veloce, possibile anche solo sulla base dei dati amministrativi che il pronto soccorso già possiede (demografici, farmaci, ospedalizzazione precedenti e diagnosi alla dimissione). Misurando come esiti la mortalità, la riammissione al dipartimento e la ospedalizzazione, i due sistemi mostrano una sostanziale uguale efficacia predittiva (Di Bari *et al.*, 2012). L’interesse dei ricercatori italiani ha portato anche alla proposta di cinque azioni di studio e intervento per migliorare la condizione degli anziani fragili al pronto soccorso: (1) valutazione del microambiente per determinare le strutture che condizionano gli esiti; (2) lo sviluppo di brevi strumenti per lo screening del deterioramento cognitivo e funzionale; (3) miglioramento della documentazione medica e di prescrizione dei farmaci; (4) collaborazione con le équipes geriatriche; (5) valutazione degli approcci diagnostici e terapeutici per condizioni comuni ad alto rischio e per problemi specifici dei pazienti anziani (Salvi *et al.*, 2007).

Anziani con demenza in ospedale

La demenza in Italia come in Europa raddoppia la prevalente età specifica ogni 5 anni, a partire dai 60-65 (Ravaglia *et al.*, 2002; Prencipe *et al.*, 1996). In ospedale la presenza degli anziani è molto alta, infatti circa il 40 per cento dei degenti in ospedale sono anziani. Secondo i dati del Ministero della salute, nel 2006 il tasso di ospedalizzazione per acuti è stato pari a 462 ricoveri ogni 1.000 abitanti per i 75enni, rispetto ai 217 per 1.000 della popolazione generale, a testimonianza di quanto cresca il ricorso all’ospedalizzazione con il crescere dell’età (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf).

Nell’intero documento citato (Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2012) non compare il termine demenza né Alzheimer. I dati accessibili del ministero (http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2094) includono le demenze all’interno della categoria “malattie degenerative del sistema nervoso centrale”.

Si sono quindi richiesti ⁽¹⁾ e analizzati i dati riguardanti le dimissioni del 2012 nell’area “malattie degenerative SNC” con le codifiche ICD9 cm – diagnosi di demenza (331: in particolare 3310, Alzheimer).

Le dimissioni complessive con diagnosi sia primaria che associata (fino alla quarta diagnosi) di demenza degenerativa risultano 47.177 su 10.259.780 (0,46%), ma di queste le demenze come diagnosi principale sono 11.739 (25%), 35.701 co-

(1) Si ringrazia il Ministero della salute per i dati forniti.

me diagnosi secondarie (75%). I ricoverati con diagnosi principale di Malattia di Alzheimer (MA) sono stati 5.535, con diagnosi secondaria 20.973, cioè il 56% dei ricoverati con demenza.

In Tabella 8.1 sono riportati i dati dei giorni di degenza e del numero di dimissioni nell'anno 2012 per i malati di Alzheimer e demenza, sia come diagnosi principale che secondaria. La diagnosi primaria di demenza di Alzheimer comporta una degenza maggiore rispetto alle altre demenze. La diagnosi secondaria di Alzheimer comporta invece una degenza e un numero di dimissioni minore rispetto alle altre demenze e anche rispetto alla diagnosi primaria (Tabella 8.2 e 8.3).

La spiegazione può essere data dal maggior ricorso alla lungodegenza e alla "riabilitazione" delle persone con Alzheimer rispetto alle altre demenze, ma anche rispetto alle persone con diagnosi di Alzheimer associata che, viceversa, sono più presenti nei ricoveri acuti (Tabella 8.4).

Tabella 8.1 - SDO 2012: analisi sui dati di 47.177 dimessi ospedalieri, con diagnosi primaria o secondaria di demenza (compreso idrocefalo tardivo) e di demenza di Alzheimer (su 10.259.780 dimissioni ospedaliere)

Alzheimer	N.	%
principale	5535	11,67
secondaria	20973	44,21
totale	26508	55,88
Demenze		
principale*	6204	13,08
secondaria	14728	31,05
	20932	44,12
totale gen*	47440	100,00

* La somma 47440 è superiore ai casi in quanto per alcuni vi è diagnosi sia primaria che secondaria con demenza/idrocefalo.

Tabella 8.2 - SDO 2012: media del numero di dimissioni e delle giornate di degenza confrontando le diagnosi principali di Alzheimer con le altre demenze: i primi mostrano più ricoveri e più giorni di degenza

	SDO Alzheimer principale	N.	media	Dev Standard	t	p
numero dimissioni	no	41642	1,18	2,82	-3.347	0.001
	sì	5535	1,48	6,62		
giornate di degenza	no	41642	15,26	35,76	-2.628	0.009
	sì	5535	17,47	61,20		

Tabella 8.3 - SDO 2012: media del numero di dimissioni e delle giornate di degenza confrontando le diagnosi secondarie di Alzheimer con le altre demenze: i primi mostrano meno ricoveri e meno giornate di degenza

	SDO Alzheimer secondaria	N	media	Dev Standard	t	p
numero dimissioni	no	26203	1,29	4,548	5,768	0.000
	si	20929	1,12	1,245		
giornate di degenza	no	26203	18,01	50,680	16,755	0.000
	si	20929	12,39	17,385		

Tabella 8.4 - SDO 2012: distribuzione del tipo di degenza per diagnosi di Alzheimer o altra demenza sia come principale che secondaria

SDO	tipo di degenza			Totale
	Acuti	Lungodegenza	Riabilitazione	
Altra demenza principale	89,4%	5,9%	4,7%	100,0%
Alzheimer principale	82,0%	10,2%	7,8%	100,0%
Altra demenza secondaria	86,3%	6,8%	6,9%	100,0%
Alzheimer secondaria	91,2%	6,1%	2,8%	100,0%

Le demenze come patologia compresente, un fattore di rischio per il ricovero ospedaliero

Non vi sono ricerche specifiche italiane in merito. La letteratura internazionale riporta un rischio abbastanza alto [Odds Ratio(OR), aggiustato per sesso, età, gruppo etnico, mortalità] di 3.68 [95% confidenceinterval(CI) =3.62-3.73]. Ad esempio per la malattia coronarica la presenza di demenza si associa alla necessità di ospedalizzazione con OR 2.6 (95% CI: 2.14–3.16); per la cataratta l'OR è di 4 (Bynum *et al.*, 2004).

In uno studio più recente la demenza, anche incidente e non solo prevalente, costituisce un fattore di aumento della ospedalizzazione con la proporzione di ricoveri che passa da 200/1.000 a 419/1.000 per quelli che sviluppano demenza. Dopo aggiustamento per età, sesso e altri potenziali confondenti l'OR risulta di 1,41 (95% CI : 1.23 - 1.61; $P < .0001$) (Phelan *et al.*, 2012).

Ospedalizzazione dalle Residenze per Anziani

I dati dello studio ULISSE mostrano che le caratteristiche dei ricoverati in ospedale e dei residenti in RSA non differiscono per età, livello di dipendenza, comorbidità, numero di farmaci (Lattanzio *et al.*, 2010). Sempre secondo dati provenienti dallo studio ULISSE i fattori principali predittivi di ospedalizzazione per i ricoverati in residenza sono legati alla presenza nella struttura di possibilità di cure sanitarie medico-infermieristiche, mentre pesano meno altri fattori clinici, come la polifarmacologia, le infezioni e le aritmie cardiache (Cherubini *et al.*, 2012). Nello stesso studio si nota una quota comunque bassa di ospedalizzazioni nel periodo di osservazione: 170 su 1466 residenti (11,6%: occorre tener conto che si trattava di residenze dove la presenza sanitaria quali/quantitativa era più elevata della media).

Questi dati italiani sono in accordo con dati internazionali, che già avevano messo in luce l'importanza della qualità della cura sanitaria in RSA come fattore di rischio per la ospedalizzazione dei residenti. La presenza di demenza aumenta il rischio di contrarre infezioni, ma uno studio in un ampio campione di Nursing Homes statunitensi ha dimostrato che la ospedalizzazione per infezioni era molto più spiegata dalle caratteristiche della struttura di cura che non da quelle dell'anziano residente, con o senza demenza (Zimmerman *et al.*, 2002).

Persona con demenza in ospedale e prognosi *quoad vitam* e *quoad functionem*

La presenza di demenza per i ricoverati in reparti per acuti è un indice prognostico negativo. In uno studio di Rozzini (Rozzini *et al.* 2007) circa il 12% dei 1.310 ammessi al reparto per acuti aveva una diagnosi di demenza prima della ammissione. La mortalità a 6 mesi era del 21,1% per le persone con demenza rispetto al 12,5% per le persone senza demenza, ma si raggiungeva il 64,4% di mortalità a 6 mesi se vi era demenza e confinamento a letto. Successivamente questi dati sono stati confermati anche per patologie specifiche, causa di ospedalizzazione, come la polmonite. Infatti viene riferita una mortalità a 3 mesi per le persone con demenza e polmonite del 54%, mentre nei non dementi con la stessa patologia la mortalità era del 14,7% (Rozzini *et al.*, 2008).

Uno studio multicentrico italiano su oltre 9.000 ricoverati in ospedale (studio GIFA: gruppo italiano di farmacovigilanza negli anziani) ha rilevato la presenza di deterioramento cognitivo nel 21% degli ammessi. Durante la degenza l'1,9% di questi ha mostrato una perdita funzionale; coloro che presentavano deterioramento cognitivo avevano tale declino nel 4% dei casi, mentre era cognitivamente normale solo nell'1,3% dei casi. Anche aggiustando per i princi-

pali confondenti, rimaneva un alto rischio di perdita funzionale legato alla situazione cognitiva in ospedale (OR: 2,4; 95% CI: 1,7-3,5; $p < .001$). Durante la degenza subiva un declino cognitivo il 3,7% dei ricoverati, con una forte associazione con il declino funzionale (OR: 16.0; 95% CI: 10,8-23,6; $p < .001$) (Pedone *et al.*, 2005).

Sempre dall'analisi dei dati dello studio GIFA è stato rilevata una perdita funzionale incidente del 6,7% legata all'ospedalizzazione, in coloro che erano autonomi in tutte le BADL 2 settimane prima del ricovero. La situazione cognitiva era uno dei predittori di tale declino (OR: 2.01; 95% CI: 1.28-3.15) (Volpato *et al.*, 2007).

I dati italiani sono in accordo con quelli della ricerca internazionale, anche più recenti. Un gruppo della Rush University di Chicago su un campione di 1335 persone seguite per 9 anni e ricoverate almeno una volta, ha confrontato il declino cognitivo medio prima e dopo il ricovero con quello dei non ricoverati: il ricovero di per sé comportava un aumento di 2,4 volte del declino cognitivo misurato prima del ricovero, un dato che si manteneva anche aggiustando per tutti i possibili confondenti, compresa la gravità della malattia (Wilson *et al.*, 2012).

Ospedale come luogo della cura per le persone con demenza

I dati degli studi riportati confermano come anche nel nostro paese, in evidente similitudine con i dati internazionali, gli anziani cognitivamente fragili o dementi sono un sfida costante alla organizzazione della cura ospedaliera nel pronto soccorso, nella ammissione in ospedale, nella degenza e che questo condiziona gli esiti della dimissione.

Nonostante l'alta presenza di anziani con fragilità cognitive, l'ospedale per acuti rimane un "Hostile environment" che porta di per sé ad una "cascade of dependency", per cui un terzo dei ricoverati anziani perde una o più funzioni della vita quotidiana durante la degenza (Huang *et al.*, 2011). Questo declino non è correlato alla malattia acuta, ma è un effetto avverso delle terapie e delle pratiche ospedaliere, disegnate per le persone giovani (Creditor, 1993). Le funzioni cognitive paiono aggravare tutto questo. L'aumento delle persone anziane dementi in un ambiente ospedaliero sempre più inadatto e con personale sempre meno preparato crea una "tempesta perfetta" (Huang *et al.*, 2011) da cui non è facile uscire. Non esistono soluzioni facili; l'intervento di miglioramento della vita e della cura degli anziani affetti da demenza in ospedale per essere efficace deve rivolgersi a tutti gli aspetti della organizzazione ospedaliera, dal contesto architettonico, alle infrastrutture, alla struttura organizzativa, alla preparazione delle persone che curano.

Bibliografia

- AMINZADEH F., DALZIEL W.B. (2002), *Older adults in the Emergency Department: a systematic review of pattern of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions*, *Ann Emerg Med*, 39:238-47.
- BYNUM J.P., RABINS P.V., WELLER W., NIEFELD M., ANDERSON G.F., WU A.W. (2004), *The relationship between a dementia diagnosis, chronic illness, medicare expenditures, and hospital use*, *J Am Geriatr Soc*, 52:187-94.
- CHERUBINI A., EUSEBI P., DELL'AQUILA G., LANDI F., GASPERINI B., BACUCCOLI R., MENCULINI G., BERNABEI R., LATTANZIO F., RUGGIERO C. (2012), *Predictors of hospitalization in Italian nursing home residents: the ULISSE project*, *J Am Med Dir Assoc*, 13(1):84.e5-10.
- CREDITOR M.C. (1993), *Hazards of hospitalization of the elderly*, *Ann Intern Med*: 118:219-23.
- DI BARI M., BALZI D., ROBERTS A.T., BARCHIELLI A., FUMAGALLI S., UNGAR A., BANDINELLI S., DE ALFIERI W., GABBANI L., MARCHIONNI N. (2010), *Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the "Silver Code," to be used in emergency department triage*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 65:159-64.
- DI BARI M., SALVI F., ROBERTS A.T., BALZI D., LORENZETTI B., MORICHI V., ROSSI L., LATTANZIO F., MARCHIONNI N. (2012), *Prognostic stratification of elderly patients in the emergency department: a comparison between the "Identification of Seniors atRisk" and the "Silver Code"*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 67:544-50.
- HUANG A.R., LARENTE N., MORAIS J.A. (2011), *Moving Towards the Age-friendly Hospital: A Paradigm Shift for the Hospital-based Care of the Elderly*, *Can Geriatr J*, 14:100-3.
- HUSTEY F.M., MELDON S.W. (2002), *The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients*, *Ann Emerg Med*; 39: 248-53.
- LATTANZIO F., MUSSI C., SCAFATO E., RUGGIERO C., DELL'AQUILA G., PEDONE C., MAMMARELLA F., GALLUZZO L., SALVIOLI G., SENIN U., CARBONIN P.U., BERNABEI R., CHERUBINI A., ULISSE STUDY GROUP (2010), *Health care for older people in Italy: The U.L.I.S.S.E. Project (Un link informatico sui servizi sanitari assistenti per l'anziano - a computerized network on health care services for older people)*, *J Nutr Health Aging*, 14:238-42.
- MCCUSKER J., BELLAVANCE F., CARDIN S., TRÉPANIER S., VERDON J., ARDMAN O. (1999), *Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool*, *J Am Geriatr Soc*, 47:1229-37.
- PEDONE C., ERCOLANI S., CATANI M., MAGGIO D., RUGGIERO C., QUARTESAN R., SENIN U., MECOCCHI P., CHERUBINI A., GIFA STUDY GROUP ELDERLY (2005), *Patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: the GIFA Study*, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 60:1576-80.
- PHELAN E.A., BORSON S., GROTHAUS L., BALCH S., LARSON E.B. (2012), *Association of incident dementia with hospitalizations*, *JAMA*, 307:165-72.
- PRENCIPE M., CASINI A.R., FERRETTI C., LATTANZIO M.T., FIORELLI M., CULASSO F. (1996), *Prevalence of dementia in an elderly rural population: effects of age, sex, and education*, *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 60:628-33.
- RAVAGLIA G., FORTI P., MAIOLI F., SACCHETTI L., MARIANI E., NATIVIO V., TALERICO T., VETTORI C., MACINI P.L. (2002), *Education, occupation, and prevalence of dementia: findings from the Con-selice study*, *Dement Geriatr Cogn Disord*, 14:90-100.

- ROZZINI R., SABATINI T., RANHOFF A., TRABUCCHI M. (2007), *Do we really need palliative care for severe dementia patients?*, *Age Ageing*, 36:584-87.
- ROZZINI R., SLEIMAN I., BARBISONI P., TRABUCCHI M. (2008), *Pneumonia and mortality in elderly patients*, *J Am Med Dir Assoc*, 9:65-6.
- SALVI F., MORICHI V., GRILLI A., GIORGI R., DE TOMMASO G., DESSI-FULGHERI P. (2007), *The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions*, *Intern Emerg Med*, 2:292-301.
- SALVI F., MORICHI V., GRILLI A., LANCIONI L., SPAZZAFUMO L., POLONARA S., ABBATECOLA A.M., DE TOMMASO G., DESSI-FULGHERI P., LATTANZIO F. (2012), *Screening for frailty in elderly emergency department patients by using the Identification of Seniors At Risk (ISAR)*, *J Nutr Health Aging*, 16:313-18.
- VOLPATO S., ONDER G., CAVALIERI M., GUERRA G., SIOULIS F., MARALDI C., ZULIANI G., FELLIN R., ITALIAN GROUP OF PHARMACOEPIDEMOLOGY IN THE ELDERLY STUDY (GIFA) (2007), *Characteristics of nondisabled older patients developing new disability associated with medical illnesses and hospitalization*, *J Gen Intern Med*, 22:668-74.
- WILSON R.S., HEBERT L.E., SCHERR P.A., DONG X., LEURGENS S.E., EVANS D.A. (2012), *Cognitive decline after hospitalization in a community population of older persons*, *Neurology*, 78:950-56.
- ZIMMERMAN S., GRUBER-BALDINI A.L., HEBEL J.R., SLOANE P.D., MAGAZINER J. (2002), *Nursing home facility risk factors for infection and hospitalization: importance of registered nurse turnover, administration, and social factors*, *J Am Geriatr Soc*, 50:1987-95.

9. L'ospedale ad intensità di cura: è questa la soluzione per l'anziano fragile?

Roberto Bernabei e Pierugo Carbonin

L'ospedale, centro del sistema sanitario di tutti i paesi sviluppati, continua, però, ad esserne il punto critico, soggetto, com'è, a sempre nuove proposte di riforma. Ad esempio, il Royal College of Physicians in un documento recente dal titolo particolarmente significativo – “Hospital at the edge. The time of action” – individua le cause principali del suo fallimento nella frammentazione ultraspecialistica delle unità di degenza e nella incapacità di adeguare organizzazione ed educazione ai mutamenti epidemiologici legati al progressivo invecchiamento della popolazione (1). Da segnalare allo stesso proposito, il problema irrisolto dell'integrazione ospedale-territorio, sollevato recentemente da una serie di articoli del *New England Journal of Medicine* (2, 3, 4) in cui si dimostra che le recenti riforme avviate da Medicare non sono servite a ridurre il tasso delle ri-ospedalizzazioni, rimasto intollerabilmente elevato. Si tratta per altro di problemi analoghi a quelli esistenti nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, dove esperti di programmazione sanitaria e operatori sanitari hanno promosso un progetto inteso a portare una radicale trasformazione dell'ospedale tradizionale ad ospedale per intensità di cura, OIC (5). In diverse regioni, come Emilia, Toscana, Piemonte e Lombardia, gli OIC sono in una fase di avanzata realizzazione o sperimentazione.

Il principio ispiratore del progetto OIC si identifica con la sostituzione del criterio “*tipo di patologia*” con quello della *centralità del paziente*.

- **Centralità del paziente.** L'ospedale deve strutturarsi sulla base della *complessità assistenziale dei pazienti, indipendentemente dal tipo della loro patologia*. Di conseguenza, l'ospedale viene a perdere una distribuzione delle unità operative per specialità medico-chirurgiche, per assumerne una completamente nuova per piattaforme o aree funzionali, dove si trovano degenti con patologie diverse, ma aventi in comune un livello di complessità assistenziale simile. La piattaforma o area funzionale medica è costituita, ad esempio, da pazienti “internistici, endocrinologici, cardiologici, nefrologici, neurologici, ecc.”.
- **Complessità assistenziale.** Per chiarezza è preferibile ricorrere alla definizione originale del progetto OIC, piuttosto che affrontare il problema, invero assai variegato, del significato di complessità attribuito al paziente. Questo

soprattutto se si tiene conto delle innumerevoli definizioni esistenti in letteratura sulla complessità, specie se l'aggettivo "assistenziale" viene sostituito con "clinico"(6). Secondo il progetto OIC (5), quindi, la complessità assistenziale è "l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni, definite da un modello concettuale di riferimento dell'assistenza infermieristica, espressi in termini di intensità di impegno e quantità-lavoro dell'infermiere. La complessità assistenziale in sostanza definisce il livello e la quantità di lavoro richiesta all'infermiere per soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica del singolo paziente. Quest'ultimo quindi sarà assegnato all'interno delle Aree di Degenza a seconda del tipo di intervento infermieristico quantificato. Diversi sono i fattori che possono descrivere la complessità assistenziale del paziente, come la gravità e l'instabilità della patologia, il livello di dipendenza dalle cure infermieristiche, il tempo necessario a compiere le azioni infermieristiche, il livello delle procedure necessarie, la tecnologia necessaria per erogare l'assistenza, le competenze professionali e il livello di formazione necessario". Nella definizione di complessità assistenziale deve essere fatta un'indispensabile distinzione tra *instabilità clinica* e *instabilità assistenziale*, in quanto possono anche non coesistere ad un livello simile in uno stesso paziente. Ad esempio, un anziano non autosufficiente può avere un elevato livello di instabilità clinica, associato ad un basso livello di instabilità assistenziale (7).

Per la definizione in ogni singolo paziente del livello di instabilità clinica e di instabilità assistenziale vengono utilizzati due strumenti. In generale si ricorre al MEWS (Modified Early Warning Score), in cui i principali parametri fisiologici valutati al letto del paziente definiscono il livello di instabilità clinica (8) e al TRICO (triage di corridoio), utilizzato per il carico assistenziale infermieristico (9). Dagli score di MEWS e TRICO deriva il codice di dipendenza assistenziale (IDA), da cui si possono ricavare i tre livelli di intensità assistenziale – elevata, media e bassa – che caratterizzano le tre piattaforme o aree funzionali di OIC. Ad esempio, un paziente "neurologico", con una sindrome vertiginosa, risulterà degente nella piattaforma medica di media intensità assistenziale ed un altro con un ictus acuto nella stroke unit della piattaforma ad elevata intensità assistenziale. Analogamente sarà per un paziente "cardiologico" con scompenso cardiaco (piattaforma medica) oppure con infarto acuto (unità coronarica, piattaforma ad elevata intensità assistenziale).

La ristrutturazione dell'ospedale per acuti in piattaforme e non più per unità operative specialistiche dovrebbe favorire l'integrazione e la continuità assistenziale, uniformare gli interventi infermieristici e ridurre il fenomeno dei letti bloccati. È stata anche pensata una figura nuova, *il medico tutor*, che ha il compito di seguire il singolo paziente, cui è stato assegnato, non solo per l'intera durata della degenza, ma anche dopo la dimissione, assicurando così la continuità assistenziale tramite l'integrazione ospedale-servizi territoriali.

Questo in breve sintesi il razionale del progetto OIC che si sta cercando di realizzare in molte regioni italiane, pur con modalità non sempre identiche da ospedale ad ospedale, da USL a USL e da regione a regione. Alcuni aspetti di OIC, come la centralità del paziente, il ridimensionamento dell'approccio ultraspecialistico, l'integrazione, la multidisciplinarietà dell'intervento medico-infermieristico, la continuità assistenziale durante e dopo il ricovero sono, comunque, pienamente condivisibili. Il modo con cui si intende risolvere il problema dell'ospedalizzazione degli anziani e, in particolare di quelli fragili – quasi sempre ultraottantenni – pone, al contrario, interrogativi di non poco conto.

Prima di tutto perché il problema degli ultraottantenni è diventato assolutamente prioritario per le sue attuali dimensioni demografiche ed epidemiologiche. Questa fascia di soggetti è, infatti, quella con un aumento dell'aspettativa di vita maggiore rispetto a tutte le altre età, ma anche con la più elevata prevalenza di comorbidità, disabilità e fragilità che, a sua volta è responsabile dell'elevato tasso di ospedalizzazione, documentato dal 25% di tutte le giornate ospedaliere (incremento del 22% negli ultimi 10 anni), da un aumento di 8 giorni della durata della degenza (rispetto ai casi 15-59 anni) e dal 38% di tutti i ricoveri urgenti (1). Inoltre, la percentuale degli accessi incongrui degli ultraottantenni al pronto soccorso è invece giustificata in gran parte dei casi, come è dimostrato in uno studio secondo cui il loro trasferimento dal pronto soccorso al dipartimento di emergenza è risultato corretto in una percentuale nettamente più elevata che nei pazienti più giovani (10). Infine, il loro tasso di ospedalizzazione è destinato ad aumentare ulteriormente fino al 2050, cioè almeno fino a quando non si esaurirà la generazione dei baby boomer (11).

Caratteristica fondamentale degli ultraottantenni ospedalizzati è la complessità clinica – da non confondersi con la complessità assistenziale, anche se si tratta di due concetti che condividono una parte in comune – caratterizzata dalla *sindrome di fragilità, dalla polimorbilità e dalla elevata frequenza di deficit fisici e psichici*. La loro complessità clinica ne fa un settore della patologia sostanzialmente diverso da quello che è sempre stato il campo di studio della medicina dal suo inizio sino ad oggi, *cioè un paziente-una malattia*, tipico della medicina nel continuo sviluppo del suo sapere e recentemente supportato scientificamente dai risultati ottenuti dalla medicina basata sulle evidenze (MBE). Ma anche per la MBE l'obiettivo è rimasto invariato, cioè la guarigione come atto finale della diagnosi e della terapia. Si tratta di endpoint non applicabili alla grande maggioranza dei pazienti ultraottantenni. Pazienti per altro *forzatamente ignorati anche dalla MBE, perché comorbidità e turbe funzionali psico-fisiche rendono impossibile un loro reclutamento per un trial clinico*. Fino alla metà del secolo scorso i problemi medico-assistenziali degli anziani, e soprattutto degli ultraottantenni, erano stati sottovalutati a causa delle modeste dimensioni demografiche ed epidemiologiche. Ora questo non è più possibile: una "nuova" o "moderna" cate-

goria di pazienti è venuta prepotentemente in evidenza. Per loro va cambiato l'approccio della medicina e dei servizi sanitari in funzione dell'obiettivo che non può più essere la guarigione della singola malattia, ma il miglioramento della qualità della vita. Infatti, "è venuto il tempo di rinunciare alla malattia come tema centrale delle cure mediche. Lo scenario della salute è cambiato, la complessità delle interrelazioni tra fattori biologici e non, l'invecchiamento della popolazione e la variabilità interindividuale nelle priorità per la salute *rendono una medicina centrata sulla diagnosi e il trattamento di singole malattie postdatata come minimo e al peggio anche dannosa*". Quindi il modello orientato per singole malattie va sostituito da "*uno nuovo parametrato integralmente alle esigenze individuali di ogni singolo paziente*" (13).

Mancando le evidenze per l'anziano fragile, molti degli interventi medici a loro favore si devono per ora basare sul buon senso clinico. Ad esempio, le evidenze per singole malattie hanno portato nei casi con multimorbilità alla polifarmacia e alle multiprescrizioni e, di conseguenza, ad un rischio crescente di eventi avversi di vario genere. Prioritario fra questi è la perdita di appetito negli anziani, specie se ospedalizzati, di conseguenza la malnutrizione è assai frequente e causa di peggioramento delle condizioni cliniche, dell'aumento della durata della degenza e della qualità della vita. La decisione più sensata in casi del genere è favorire il più possibile l'aumento dell'appetito con la prescrizione di una dieta particolarmente gradita dal paziente anziano e con la riduzione del numero dei farmaci (12), specie se non sicuramente efficaci, come ad esempio le statine nell'ipercolesterolemia (14) o gli antiipertensivi in ipertensioni medio-lievi (15) negli ultraottantenni. Arriveranno con il tempo evidenze nuove, centrate sull'acquisizione di database longitudinali su popolazioni eterogenee, con condizioni croniche multiple, su nuovi criteri "per analisi comparative sull'eterogeneità e sulla valutazione di endpoint universali di salute, come la funzione fisica, la sopravvivenza e l'aspettativa di vita attiva" (13). *Molto però è già stato fatto per una medicina specificamente geriatrica, basata sull'evidenza attraverso gli studi sugli indicatori di salute e di fabbisogno assistenziale, che hanno permesso la costruzione di strumenti di valutazione multidimensionale geriatrica o geriatric assessment (GA).*

L'applicazione di GA ha permesso due tipi di risultati di straordinaria importanza anche ai fini di una revisione del progetto OIC che tenga conto del razionale di un approccio geriatrico innovativo. Nella letteratura scientifica esistono, infatti, riferimenti sufficienti per stabilire che GA, associata all'équipe multidisciplinare geriatrica, migliora gli endpoint di salute e il costo beneficio degli interventi in anziani ospedalizzati o assistiti a domicilio (16, 17, 18). Inoltre, GA fornisce informazioni predittive sull'anziano fragile che non possono essere ottenute con gli strumenti di valutazione fisiologica generale, come ad esempio il MEWS. L'applicazione di GA al paziente anziano è ritenuta ormai indispensabile dai chi-

rurghi e dagli anestesisti (19, 20). Questi dati risultano in completo accordo con le recenti conclusioni del Royal College of Physicians, secondo cui la reingegnerizzazione dell'ospedale dovrebbe basarsi da una parte sulla riduzione del frazionamento specialistico e, dall'altra, sull'affermazione di un nuovo tipo di cultura, in modo da rendere disponibili operatori esperti in assistenza geriatrica in tutti i reparti di degenza, compresi quelli operatori (1).

Dall'analisi delle varie esperienze in corso o già ultimate di OIC si possono trarre le seguenti conclusioni:

- mancanza di qualsiasi riferimento ai principi della cultura geriatrica, a cominciare dal concetto base del paziente al centro del sistema, corretto sì dal punto di vista dell'assistenza infermieristica, ma postdatato da quello medico, in quanto resta legato al modello medico tradizionale, centrato sulla malattia e non sul paziente. Queste, infatti, sono le conclusioni di un convegno su OIC: "la nuova modalità organizzativa, con le diverse strutture aziendali e i servizi socio-sanitari, garantisce e incentiva la presa in carico globale del paziente e la continuità di cura nelle diverse fasi del bisogno del paziente stesso. *Al medico maggiormente correlato alla patologia chiave* del paziente resta in capo la responsabilità di tutto il percorso diagnostico-terapeutico, all'infermiere è affidata la gestione assistenziale per il tempo del ricovero. La centralità del paziente è l'elemento guida" (5).
- La totale mancanza di attenzione alla cultura geriatrica spiega perché nella piattaforma medica delle varie esperienze di OIC siano rappresentate le varie specialità mediche, ma quasi mai sia inserita la geriatria.
- Un tutor per il paziente geriatrico dovrebbe avere la possibilità di integrarsi con le altre piattaforme, ad esempio quella chirurgica, elemento questo considerato di primaria importanza nel modello proposto dal Royal College of Physicians (1). In realtà gli stessi estensori del progetto OIC ritengono di difficile soluzione il problema dell'integrazione di un medico tutor inserito in una certa piattaforma con le altre aree funzionali (21).
- Un modello di OIC aderente ai presupposti del Royal College of Physicians dovrebbe presupporre un'area funzionale geriatrica, specifica per gli anziani fragili o a rischio di fragilità, selezionati sulla base delle risultanze di GA a livello dal pronto soccorso o dal reparto di osservazione breve intensiva (OBI), mentre tutti gli altri anziani non fragili o a rischio di fragilità saranno ricoverati nell'area funzionale medica. La piattaforma geriatrica dovrà poi essere in grado di integrarsi perfettamente con le altre aree funzionali tramite il medico tutor.

Bibliografia

1. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS (2012), *Hospitals on the Edge? The time for action* (September), <http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/hospitals-on-the-edge-report.pdf>.
2. ACKERLY D.C., GRABOWSKI D.C. (2014), *Post-Acute Care Reform - Beyond the ACA*, NEJM, 370(8):689-691.
3. MECHANIC R. (2014), *Post-Acute Care – The Next Frontier for Controlling Medicare Spending*, NEJM, 370(8):691-694.
4. REUBEN D.B., TINETTI M.E. (2014), *The hospital-dependent patient*, NEJM 370(8):694-7.
5. USL MODENA (2014), *Ospedale per intensità di cura e complessità assistenziale*, <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10636>.
6. TURNER B.J., CUTTLER L. (2011), *The complexity of measuring clinical complexity*, Ann Intern Med, 155(12):851-52.
7. MONGARDI M. (2014), *Ospedale per intensità di cura*, <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10636>.
8. SUBBE C.P., KRUGER M., RUTHERFORD P., GEMMEL L. (2001), *Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions*, QJM, 94(10):521-26.
9. BARTOLOMEI C., CEI M. (2007), *L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio)*, Italian Journal Medicine, 2(1):31-39.
10. RAVEN M.C., LOWE R.A., MASELLI J., HSIA R.Y. (2013), *Comparison of presenting complaint vs discharge diagnosis for identifying “nonemergency” emergency department visit*, JAMA, 309(11):1145-53.
11. CHRISTENSEN K., DOBLHAMMER G., RAU R., VAUPEL J.W. (2009), *Ageing populations: the challenges ahead*, Lancet, 374:1196-1208.
12. TINETTI M.E., FRIED T. (2004), *The end of the disease era*, Am J Med, 116(3):179-185.
13. TINETTI M.E., STUDENSKI S.A. (2011), *Comparative effectiveness research and patients with multiple chronic conditions*, N Engl J Med, 364(26):2478-81.
14. KEANEY J.F. JR, CURFMAN G.D., JARCHO J.A. (2014), *A pragmatic view of the new cholesterol treatment guidelines*, N Engl J Med, 370(3):275-278.
15. WRIGHT J.T. JR, FINE L.J., LACKLAND D.T., OGEDEGBE G., DENNISON HIMMELFARB C.R. (2014), *Evidence supporting a systolic blood pressure goal of less than 150 mm Hg in patients aged 60 years or older: the minority view*, Ann Intern Med, 160(7):499-503.
16. BAZTÁN J.J., SUÁREZ-GARCÍA F.M., LÓPEZ-ARRIETA J., RODRÍGUEZ-MAÑAS L., RODRÍGUEZ-ARTELEJO F. (2009), *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, 338(b50):1-9.
17. BESWICK A.D., REES K., DIEPPE P., AYIS S., GOOBERMAN-HILL R., HORWOOD J., EBRAHIM S. (2008), *Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis*, Lancet, 371(9614):725-735.
18. BERNABEL R., LANDI F., GAMBASSI G., SGADARI A., ZUCCALA G., MOR V., RUBENSTEIN L.Z., CARBONIN P.U. (1998), *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community*, BMJ, 316(7141):1348-51.

19. ROBINSON T.N., EISEMAN B., WALLACE J.I., CHURCH S.D., MCFANN K.K., PFISTER S.M., SHARP T.J., MOSS M. (2009), *Redefining geriatric preoperative assessment using frailty, disability and co-morbidity*, *Ann Surg*, 250(3):449-455.
20. DALE W., HEMMERICH J., KAMM A., POSNER M.C., MATTHEWS J.B., ROTHMAN R., PALAKODETI A., ROGGIN K.K. (2014), *Geriatric assessment improves prediction of surgical outcomes in older adults undergoing pancreaticoduodenectomy: a prospective cohort study*, *Ann Surg*, 259(5):960-5.
21. LABORATORIO MES SCUOLA SANT'ANNA PISA, AZIENDA USL 3 PISTOIA, AZIENDA USL 4 PRATO, AZIENDA USL 11 EMPOLI (2007), *30 Tesi sull'Ospedale per Intensità di Cura*, http://www.anmco.it/download/delegazioni%20regionali/toscana/30_TESI.pdf.

10. L'ospedale iatrogeno

Annalisa Grilli, Valeria Morichi, Andrea Corsonello, Antonio Cherubini

Introduzione

L'ospedalizzazione è un evento frequente per un paziente anziano ed è spesso necessaria per il trattamento di una patologia acuta o la riacutizzazione di una o più patologie croniche. Essa tuttavia rappresenta al tempo stesso una condizione di aumentato rischio di comparsa di eventi avversi, quali declino funzionale, delirium, cadute, eventi negativi da farmaci, infezioni nosocomiali, lesioni da decubito, con frequente peggioramento della prognosi in termini di durata della degenza, rischio di istituzionalizzazione, morbilità e mortalità, come documentato da numerosi studi (Gillick, 1982; Gorbien, 1992; Lefevre, 1992; Riedinger, 1998). Ciò si verifica per la presenza di almeno tre fattori che interagiscono tra di loro (Lafont, 2011). Il primo è certamente la maggiore vulnerabilità dell'anziano, che è un soggetto con ridotte riserve funzionali e con limitate capacità di adattamento e di recupero. Tale vulnerabilità è particolarmente evidente quando il soggetto si trova in una condizione di fragilità, condizione in cui, indipendentemente dal fattore scatenante, l'individuo può precipitare in una spirale di rapido peggioramento delle condizioni cliniche e del grado di disabilità, potendo risultare nella completa non autosufficienza o nell'*exitus*, anche nell'arco di poche settimane o giorni (Resnick, 1997). Il secondo fattore causale è la gravità della patologia che ha determinato il ricovero, che nella maggior parte dei casi è associata con altre patologie, realizzando un quadro di multimorbilità, che ulteriormente riduce la capacità omeostatica. Infine l'ospedalizzazione di per sé è un elemento che contribuisce alla comparsa di eventi avversi. Durante il ricovero il paziente anziano può essere sottoposto a procedure diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali non idonee non tanto perché effettuate in modo non corretto, quanto piuttosto perché non tollerate, cioè tali da superare le sue limitate capacità di adattamento residue. Non si tratta solamente di procedure maggiori (come interventi chirurgici, procedure interventistiche o diagnostiche invasive, ecc.), ma anche di procedure minori (come, ad es., cateterismi vescicali), della terapia farmacologica prescritta o, semplicemente, dello "stile di vita" ospedaliero (diverso orario dei pasti o del sonno; lontananza dai familiari

e dagli ambienti domiciliari noti e viceversa stazionamento in ambienti per così dire "ostili", con monitor e sistemi di allarme, alto turnover del personale e degli altri pazienti, vicinanza a pazienti in condizioni gravi o agitati, scarsa mobilitazione, necessità di contenzione fisica,...) (Creditor, 1993). Spesso la comparsa di eventi avversi "iatrogeni" durante il ricovero avviene anche per la carente formazione ed esperienza degli operatori sanitari, medici e non, a gestire i pazienti anziani e le loro problematiche squisitamente geriatriche, per inadeguatezza degli ambienti e dei presidi disponibili (Landefeld, 2006; Wald, 2006). Sebbene gli eventi avversi associati con l'ospedalizzazione non potranno mai essere del tutto eliminati, è certamente possibile, come dimostrato da alcuni studi clinici, ridurre, almeno in parte, la loro incidenza o la loro gravità (Landefeld, 1995; Inouye, 1999; Barker, 2013).

In questo capitolo verranno brevemente descritte e discusse alcune delle più frequenti complicanze cliniche espressione di possibile danno iatrogeno da ospedalizzazione nell'anziano, ovvero la sindrome da immobilizzazione e lesioni da decubito, la contenzione, il delirium indotto ed il dolore procedurale. L'obiettivo è quello di aumentare il livello di consapevolezza degli operatori sanitari su questa importante tematica, che rappresenta un argomento centrale ai fini della riduzione del rischio clinico.

Sindrome da immobilizzazione

Per immobilità si intende l'incapacità parziale o completa dell'individuo di spostarsi nell'ambiente in cui vive e le conseguenze che ciò determina sull'intero organismo. Clinicamente si manifesta con quadri clinici che, per livello crescente di severità e compromissione funzionale, comprendono sindrome da inattivazione, sindrome da immobilizzazione e sindrome da allettamento. La eziopatogenesi di tali quadri è spesso multifattoriale. La sindrome si instaura come conseguenza della condizione acuta che ha determinato il ricovero (ad esempio la polmonite) che interagisce con fattori pre-esistenti (decadimento cognitivo, patologie osteoarticolari, sarcopenia, riduzione della mobilità con utilizzo di ausili) e spesso con elementi associati al trattamento ospedaliero (Hirsch, 1990; Ettlinger, 1992; Vorhies, 1993).

Tra i fattori favorenti strettamente associati all'intervento ospedaliero, vi sono procedure assistenziali e terapeutiche che riducono la possibilità e la capacità di muoversi del paziente, come le infusioni endovenose, il cateterismo vescicale o i sistemi di monitoraggio invasivi e non invasivi e la contenzione fisica o farmacologica. Inoltre possono contribuire fattori architettonici (mancanza in molti reparti di spazi dedicati alla fisioterapia, mancanza di presidi per la mobiliz-

zazione autonoma come gli ausili, il corrimano nei corridoi, stanze di degenza dimensionate all'unità "posto letto") ed organizzativi (mancanza o carenza dei terapisti della riabilitazione, ma anche di infermieri ed ausiliari, così come orari ridotti di ingresso di familiari o personale di assistenza privato che potrebbero collaborare a far muovere i pazienti). In questo ambito è importate ricordare atteggiamenti "culturali" estremamente diffusi, e difficili da modificare, in particolare l'errato convincimento, dei pazienti e dei loro familiari ma anche del personale sanitario, che la permanenza a letto sia il primo ed indispensabile rimedio in corso di malattia.

Le conseguenze dell'immobilizzazione sono legate alla mancanza dei benefici effetti dell'attività fisica sui vari organi e apparati, ma la gravità del quadro clinico che ne deriva dipende dalle condizioni di partenza del soggetto, così come dalle patologie che hanno determinato il ricovero. Certamente in un anziano in condizioni già compromesse i danni dell'immobilizzazione si possono realizzare nell'arco di pochi giorni o addirittura di poche ore (Corcoran, 1993).

L'apparato muscoloscheletrico risente in misura considerevole dell'inattività. A livello della muscolatura si determina una riduzione della forza e della potenza muscolare e un'ipotrofia delle masse muscolari da aumentato catabolismo proteico; a livello scheletrico si ha una riduzione della massa ossea; a livello articolare alterazioni degenerative simil-artrosiche, con possibili quadri clinici infiammatori e dolorosi di artrosi riacutizzate, ma soprattutto con ridotta escursione articolare e fenomeni di anchilosi (Recaldin, 1993; Fried, 2003). Tali modificazioni determinano un'instabilità posturale, con aumentato rischio di cadute. Le cadute rappresentano esse stesse una delle sindromi geriatriche, in quanto indotte da molteplici fattori che interagiscono tra loro, e possono determinare conseguenze immediate (fratture, traumi cranici, lesioni di organi interni o tessuti molli) o tardive (paura di cadere nuovamente, depressione, isolamento sociale), che aumentano notevolmente il rischio di perdita dell'autonomia, istituzionalizzazione e morte (Inouye, 2009).

L'apparato cardiocircolatorio è uno dei primi a subire gli affetti dell'immobilizzazione (Mohraman, 2010). L'allettamento provoca una redistribuzione del volume ematico dalla periferia al centro, con rischio di scompenso cardiaco in presenza di una cardiopatia di base; nello stesso tempo vengono attivati i riflessi neuroormonali che riducono le resistenze dei vasi periferici e aumentano la diuresi, riducendo in un secondo momento il volume ematico totale; tutto ciò, insieme al ridotto ritorno venoso per la mancata azione di pompa dei muscoli degli arti inferiori, induce una ridotta tolleranza all'ortostatismo e all'attività fisica, con conseguente ipotensione ortostatica e astenia da minimo sforzo (Hoenig, 1991). Inoltre, la stasi venosa periferica agli arti predispone a trombosi venose profonde e quindi anche ad embolia polmonare (Heit, 2000).

Per quanto riguarda l'apparato respiratorio, il clinostatismo induce il sollevamento del diaframma, con conseguente riduzione della capacità di escursione toracica e della capacità vitale (spesso potenziate dal blocco neuromuscolare degli anestetici o da farmaci sedativi), con aumentato rischio di insufficienza respiratoria (Leblanc, 1970). È inoltre aumentato il rischio di infezioni respiratorie, per riduzione del riflesso della tosse (dovuta all'età), per episodi di rigurgito/vomito (per la distensione addominale da posizione supina o da stipsi), o per inalazione di materiale alimentare (dovuta alla presenza di disfagia o all'inappropriata somministrazione di cibo e liquidi per via orale in un paziente con alterazione dello stato di coscienza).

L'anoressia è un elemento centrale, indotta da molteplici fattori, quali la ridotta richiesta energetica per ridotto consumo; il rallentamento dei processi digestivi e i disturbi dell'alvo (sub occlusione, ma anche diarrea o pseudo diarrea da fecalomi); disidratazione; farmaci (ad esempio antibiotici); depressione; stato confusionale. A questi si sommano fattori legati strettamente all'ambiente ospedaliero, ovvero restrizioni dietetiche o digiuni per procedure diagnostiche o terapeutiche, alterato orario dei pasti e del sonno, mancanza di protesi (dentiere), contenzione fisica o farmacologica. L'anoressia contribuisce a favorire la comparsa di malnutrizione (Feldblum, 2011).

Le manifestazioni a carico dell'apparato urinario possono comprendere sia l'incontinenza che la ritenzione urinaria, favorite da pre-esistenti patologie urogenitali, ma anche da fattori contingenti situazionali, quali difficoltà nella minzione da seduto o da supino, inadeguato accesso ai servizi igienici, mancanza di personale di assistenza o familiari, mancanza di privacy, così come da condizioni cliniche o iatrogene (alterato stato mentale, fecalomi, uso di farmaci ad azione anticolinergica). A loro volta incontinenza e ritenzione favoriscono le infezioni urinarie e le lesioni cutanee, così come il cateterismo può scatenare un delirium o la perdita di autonomia (Holroyd-Leduc, 2007).

Per le manifestazioni a carico della cute si veda il successivo paragrafo sulle lesioni da pressione. Infine anche le funzioni neuropsicologiche superiori subiscono un declino, causato dalla deprivazione sensoriale per la mancata mobilitazione e dalla perdita degli abituali rapporti sociali, che si manifesta come lo slatentizzarsi di un deficit cognitivo o il peggioramento di un deficit pre-esistente, con uno stato depressivo reattivo o con uno stato confusionale acuto.

Il cardine per la prevenzione e il trattamento delle sindromi da immobilizzazione e delle loro complicanze sono i programmi di mobilitazione precoce, per i quali esistono ampie evidenze di efficacia (Chang, 2004; Fisher, 2010; Zisberg, 2011). Questi dovrebbero iniziare subito dopo l'ingresso, apportando le opportune modifiche ambientali (letti bassi per ridurre il rischio di caduta, calzature adeguate, ausili, illuminazione, ecc.) e correggendo i fattori di rischio (ad

esempio, rimozione precoce del catetere vescicale, revisione della terapia farmacologica, ecc.) (Haines, 2010). L'approccio multidimensionale permette inoltre di identificare i pazienti a più alto rischio, in modo da attivare precocemente la fisiochinesiterapia specifica, purtroppo non sempre disponibile in misura sufficiente, in rapporto non solo a carenza dei terapisti della riabilitazione, ma anche del personale infermieristico ed ausiliario, che può validamente collaborare, se istruito, ai programmi di mobilitazione (Graf, 2006).

È fondamentale che il planning di recupero sia disegnato sulle esigenze del singolo utente, con obiettivi specifici, realistici e concordati, sia con il paziente che con i familiari, che andranno coinvolti attivamente. Tale approccio non potrà che essere realizzato mediante un team interdisciplinare, che coinvolga non solo i medici di reparto e i fisiatristi, ma anche le altre figure professionali che ruotano attorno al paziente, sanitarie (infermieri, OSS, terapisti della riabilitazione, eventuali altri specialisti) e non (assistenti sociali, ecc.) (Bachmann, 2010; Ellis, 2011; O'Leary, 2012). I benefici della gestione multidimensionale dell'anziano ospedalizzato, attuata con diversi modelli organizzativi in base alla disponibilità di risorse dei singoli ospedali (unità geriatrica tradizionale o team dedicati intra o interdipartimentali), sono stati ampiamente dimostrati (Inouye, 2000; Vidàn, 2005; Arbaje, 2010; Farber, 2011; Rubin, 2011, Ellis, 2011).

Lesioni da decubito

Le lesioni da decubito o da pressione rappresentano purtroppo una complicanza molto frequente della sindrome da immobilizzazione e possono insorgere anche precocemente nel paziente allettato. Nell'anziano ospedalizzato, in particolare, possono comparire già poche ore dopo l'arrivo in ospedale, ad esempio per il "solo" stazionamento in barella in pronto soccorso. Per tali motivi e per le gravi conseguenze in termini di salute, la presenza di lesioni da decubito viene considerata come uno degli indicatori più significativi della qualità dell'assistenza sanitaria (Armstrong, 2008).

Il meccanismo patogenetico è legato principalmente all'occlusione dei vasi cutanei, che causa sofferenza ischemico-necrotica dei tessuti con formazione delle lesioni. Questo avviene quando le forze di pressione del corpo sul piano di appoggio superano la pressione di perfusione sanguigna nel distretto arteriolo-capillare locale, per un tempo sufficientemente lungo. La causa più frequente è quindi rappresentata dalla mancata o scarsa mobilitazione. Peraltro anche una mobilitazione scorretta può contribuire al danno, mediante lo stiramento attraverso meccanismi di frizione ed attrito; ad esempio, quando il paziente da seduto tende a scivolare sul letto oppure quando viene erroneamente spostato

trascinandolo piuttosto che sollevandolo o facendolo rotolare. Inoltre l'eccessiva umidità della cute può portare a fenomeni di macerazione che creano lesioni. I fattori di rischio che favoriscono l'insorgenza di lesioni da decubito sono le condizioni che alterano il trofismo, la perfusione e l'idratazione cutanea (es. anemia, arteriopatie ostruttive, disidratazione, malnutrizione, incontinenza sfinterica), i deficit sensitivi o motori, le patologie che riducono la mobilità del soggetto. Tipicamente le sedi in cui compaiono le lesioni sono i punti in cui viene a scaricarsi il peso della persona allettata, in particolare se è presente una prominente ossea. Pertanto, se il paziente è in posizione supina, le lesioni compariranno a livello della nuca, scapole, gomiti, sacro, talloni, così come possono aversi anche alle dita dei piedi per il solo peso delle coperte; se in decubito laterale, possono comparire a livello di orecchio, scapole, anche, ginocchia e malleoli; se in posizione prona (ad esempio per interventi neurochirurgici protratti) a fronte, gomiti, mammella, genitali, ginocchia e dita. A queste sedi tipiche, vanno aggiunte i punti di appoggio/contacto di eventuali presidi utilizzati a scopo di monitoraggio o terapia, come, ad esempio, la piramide nasale, la fronte o le guance in caso di utilizzo protratto di maschere per ossigeno, le coane nasali o i genitali in caso di sondino naso-gastrico o catetere vescicale (Lyder, 2003; Berlowitz, 2007; Thomas, 2010; Smart, 2013).

In base alla profondità le lesioni, si classificano in: stadio I (eritema su cute intatta che non scompare alla pressione digitale), II (abrasione, vescicola o bolla, con interessamento di epidermide e derma), III (ulcerazione superficiale con interessamento della cute a tutto spessore, fino al sottocute), IV (ulcerazione estesa a muscolo e tessuto scheletrico). Da sottolineare che l'aspetto esterno può condurre a sottostima dell'estensione della lesione (Bauer, 2008; Sibbald, 2011).

La presenza di lesioni da pressione pone il soggetto a rischio di ulteriori complicanze, sia locali che sistemiche. In primo luogo l'insorgenza di dolore, che può provocare a sua volta alterato stato mentale (delirium) e sindrome depressiva reattiva. Possono inoltre comparire infezioni locali, fino all'osteomielite o stati settici sistemici, con possibile danno iatrogeno aggiuntivo da utilizzo di farmaci come antibiotici o analgesici. Non vanno poi trascurate le ripercussioni psico-sociali, quali isolamento, demotivazione, depressione, con complessivo peggioramento della qualità di vita. A tutto ciò si aggiunge un peggioramento della prognosi, con prolungamento della durata di degenza, un aumento dei costi, oltre che della morbilità e della mortalità (Grey, 2006; Gorecki, 2009).

Risulta fondamentale quindi la prevenzione, mediante l'identificazione dei pazienti a rischio e il trattamento precoce delle lesioni in fase iniziale (Pasqualini, 2001; Thomas, 2006; EPUAP, 2009; Moore, 2009).

In geriatria esistono numerosi strumenti per la valutazione del rischio di lesioni da decubito: quella nota da più tempo è la scala di Norton, che combina i

vari fattori di rischio sistemici e locali. In base al profilo di rischio individuale, verrà messa in opera una serie di misure preventive, tra cui: la mobilitazione del paziente (precoce e frequente, con cambi di posizione raccomandati ogni due ore); l'igiene e la cura della cute (con eventuale ricorso a cateterismo temporaneo o urocondom in caso di incontinenza); l'utilizzo di presidi antidecubito (materassi, archetti, cuscini per carrozzine, ciambelle, dispositivi che proteggono le sedi a rischio, ad esempio imbottiture per i piedi o per le maschere di ossigeno); non da ultimo, un adeguato supporto nutrizionale finalizzato a correggere i deficit preesistenti e a fornire un numero di calorie e di proteine aumentato, in rapporto all'aumentato fabbisogno (Levine, 2013; NPUAP, 2013).

Analogamente, in presenza di lesioni, andrà messo in atto il trattamento locale con medicazioni avanzate (fino alla pulizia chirurgica) in base alle loro caratteristiche. Esistono, inoltre, trattamenti ancora più avanzati, le cui indicazioni e soprattutto accessibilità sono al momento molto limitati, come la VAC (Vacuum Assisted Closure) therapy e la camera iperbarica: queste agiscono, rispettivamente, creando differenze di pressione locale ed aumentando l'apporto locale di ossigeno, facilitando così la vascolarizzazione, la rimozione dell'edema e dei tessuti morti, la proliferazione del tessuto di granulazione e quindi, come effetto finale, accelerando la guarigione della ferita. Da non dimenticare infine il controllo del dolore (Reddy, 2008).

È fondamentale eseguire un attento monitoraggio dell'evoluzione delle lesioni, mediante descrizioni accurate, misurazioni, disegni, fotografie, check-list o scale specifiche. Esistono infatti anche strumenti utilizzati per il monitoraggio delle lesioni, tra cui la scala PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing) che, somministrata settimanalmente, ha dimostrato buone capacità predittive entro 2-4 settimane (Thomas, 1997; Stechmiller, 2008).

Infine, sia nella fase di prevenzione che in quella di trattamento, risultano indispensabili misure di carattere generale, sia di tipo medico, quali la correzione dei fattori di rischio, che di carattere organizzativo, quali la formazione e il training del personale, l'attivazione e il coinvolgimento di un team multidisciplinare (medici, infermieri, chirurghi se necessari, riabilitatori...) e, non da ultimo, il coinvolgimento e l'educazione del familiare e caregiver (Reddy, 2006; Reddy, 2008).

Negli ultimi anni una serie di studi sperimentali hanno dimostrato che l'implementazione di strategie di prevenzione basate sull'evidenza scientifica è in grado di ridurre l'incidenza delle lesioni da decubito negli anziani ospedalizzati, oltre che di migliorare gli outcome clinici e ridurre significativamente i costi (De Laat, 2006; Pham, 2011; Padula, 2011; Niederhauser, 2012; Barker, 2013; Sullivan, 2013).

Contenzione

Con il termine “contenzione” si intende di solito la contenzione fisica, ma non va dimenticato che esiste anche una contenzione “chimica”, attuata cioè con farmaci sedativi. Sebbene sia difficile tracciare una linea di demarcazione netta tra “trattare” e “contenere”, di fatto quando i farmaci sedativi vengono utilizzati a lungo senza indicazione precisa né verifiche, più per necessità di chi assiste che non del paziente, si può parlare di contenzione chimica (Senin *et al.*, 2011).

In questo capitolo verrà trattata la contenzione fisica: con tale espressione si indica qualsiasi dispositivo, materiale o apparecchio posto in vicinanza o sul corpo del paziente che non può essere controllato o rimosso facilmente dallo stesso e che ha lo scopo specifico di prevenire o di bloccare i movimenti intenzionali (Retsas, 1998). L'utilizzo di mezzi di contenzione fisica negli anziani è una pratica comune in molti paesi del mondo. Per quanto riguarda i dati in ambito ospedaliero possiamo citare, tra i più significativi, quelli raccolti negli USA, che documentano una prevalenza del 33-68% dell'utilizzo della contenzione nel periodo 1999-2004 (Hamers *et al.*, 2005), e di una media di 50/1000 giornate pazienti nel triennio 2003-2005 (Minnick *et al.*, 2007). Dati italiani relativi al 2010, su un campione di reparti ospedalieri del nord Italia, mostrano una prevalenza del 15,8% dell'utilizzo di mezzi di contenzione, che, nell'80% circa dei pazienti, era applicata ogni giorno (Zanetti *et al.*, 2012).

Gli strumenti di contenzione sono molteplici: sponde di sicurezza per il letto o la sedia a rotelle, corsetti o fasciature per il tronco, cinture addominali per il letto, manopole per i polsi, altri dispositivi per contenere le gambe e le braccia o per bloccare il paziente nella posizione desiderata (Dunbar *et al.*, 1996).

I motivi per cui si decide di contenere sono differenti, spesso coesistenti: garantire la sicurezza del paziente stesso (ad es. prevenire cadute e fratture, atti autolesivi); proteggere gli altri o l'ambiente dall'aggressività e violenza; consentire il trattamento terapeutico (evitando, ad esempio, la manomissione di dispositivi medici o la rimozione di medicazioni e cateteri). Non di rado però i mezzi di contenzione vengono utilizzati anche per inadeguatezza delle strutture, carenza di personale, per consentire lo svolgimento di attività e mantenere un ambiente sociale confortevole, su richiesta dei familiari o anche per semplice routine assistenziale (The Joanna Briggs Institute, 2002). Esistono predittori dell'utilizzo di mezzi di contenzione, soprattutto in ospedale, legati al paziente, ma anche alla struttura: tra i primi si annoverano l'età avanzata, il delirium (in assoluto il primo predittore), il deterioramento cognitivo, con associati disturbi del comportamento, la disabilità, intesa come elevata dipendenza nelle ADL, e la instabilità posturale, la fragilità fisica; tra i secondi si possono annoverare il timore di possibili azioni legali (secondarie, per esempio, a caduta del paziente), la disponibilità dei mez-

zi di contenzione, le attitudini dello staff e uno staff insufficiente o poco preparato (Evans, 1989; Hamers, 2005).

Contenere fisicamente un paziente non è però un evento privo di rischi e di effetti collaterali; al contrario sono stati evidenziati negli anni numerosi effetti negativi, che si possono suddividere in diretti, indiretti e psicosociali. Va sottolineato però che è difficile dimostrare il legame diretto tra l'uso dei mezzi di contenzione e l'evento avverso, e pertanto occorre una certa cautela nell'interpretare i dati di letteratura (The Joanna Briggs Institute, 2002).

- *Danni diretti*: sono legati ad una eccessiva pressione dei dispositivi di contenzione sul corpo e riguardano il sistema nervoso (compressione del plesso brachiale da corsetti o polsini), cardiovascolare (contrattura ischemica dei muscoli delle mani), respiratorio (asfissia da incastro nel dispositivo) fino alla morte.
- *Danni indiretti* (prevalentemente valutati in residenze assistenziali) (Ouslander *et al.*, 1991): aumentato rischio di cadute, contratture, lesioni da compressione, disidratazione, malnutrizione, incontinenza urinaria e fecale, infezioni nosocomiali, aumentato stato di agitazione, ridotto stato funzionale, comportamento regressivo.
- *Danni di tipo psico-sociale*: stress, depressione, ansia, senso di umiliazione, paura (Miles, 1992).

Negli ultimi 15 anni la discussione nata in merito all'utilità della contenzione fisica in geriatria ha determinato un ampio consenso sui gravi rischi legati al suo utilizzo e sulla sua inefficacia rispetto alle motivazioni che di solito ne inducono l'utilizzo, particolarmente quando prolungato nel tempo. Se da un lato, anche da un punto di vista medico-legale, l'azione del contenere è legittima quando sussiste uno stato di necessità, sempre che tale misura sia proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile, dall'altro l'uso ingiustificato dei mezzi di contenzione può dare adito ad accuse di aggressione e violenza, maltrattamento, abuso dei mezzi di correzione, lesioni personali gravi, fino all'omicidio colposo (come legiferato dal Codice Penale).

Sebbene l'uso della contenzione fisica non potrà mai essere totalmente abolito, sono stati studiati ed applicati molti metodi per limitarne l'uso. Gran parte degli interventi riportati in letteratura è relativa al setting residenziale, mentre vi sono poche esperienze nel setting dell'ospedale per acuti. In ogni caso, la contenzione fisica, in situazioni di non emergenza, resta una misura eccezionale, in documentata assenza di alternative (American Geriatrics Society, 1991). È fondamentale l'identificazione dei pazienti potenzialmente a rischio; andrebbero evitati farmaci psicotropi e anticolinergici, eseguita opportuna idratazione e prevenzione dell'ipossia, trattate le problematiche cliniche potenzialmente inducenti uno stato di agitazione, come il dolore e le infezioni. Metodi alternativi alla contenzione possono essere misure di comfort, attività distraenti, re-orientation therapy, psicostimolazione, maggiore interazione con il personale sanitario,

ascolto attivo. Molto importante è anche il coinvolgimento dei familiari (Briant, 1997). Interventi ambientali, come l'adeguata illuminazione, l'arredamento, l'utilizzo di sistemi antisdrucchiolo, dispositivi di sorveglianza e riduzione del rumore, così come sistemi diretti, cioè letti ad altezza variabile, sedie protette, sistemi di postura complessi, sistemi di stabilizzazione e sicurezza del cammino e dei trasferimenti, sono tutti validi strumenti per ridurre l'uso della contenzione fisica, anche se non sempre realizzabili in quanto prevedono un impegno di risorse economiche.

Infine, è fondamentale la formazione del personale: la presenza di personale qualificato e formato è una costante di tutti i programmi di intervento per la riduzione della contenzione. I programmi di formazione hanno durata variabile e contenuti diversi, ma sono tutti finalizzati a rendere edotti i professionisti della pericolosità e inefficacia della contenzione, e promuovere interventi alternativi (Evans *et al.*, 1997; Camp *et al.*, 2002). Ad esempio, è stata dimostrata una significativa riduzione dell'uso di mezzi di contenzione quando ci si è potuti avvalere di consulenza specifica da parte di una équipe multidisciplinare di esperti (Evans *et al.*, 2002; Enns *et al.*, 2014). Da non sottovalutare che l'implementazione di programmi specifici di riduzione dell'uso della contenzione è associata ad una significativa riduzione della durata della degenza ospedaliera in reparti di post-acuzie (Kwok, 2012). L'uso di mezzi di contenzione fisica è stato anche segnalato dagli esperti dell'American Geriatrics Society come uno dei provvedimenti da evitare nella buona pratica clinica di gestione dell'anziano ospedalizzato con disturbi comportamentali in corso di delirium (AGS Choosing wisely, 2014).

Delirium indotto

Nonostante la sua elevata prevalenza, in particolare negli anziani ricoverati in ospedale, ospiti di una residenza o in condizioni terminali, il delirium è ancora frequentemente misconosciuto e scarsamente compreso. Si tratta di un disturbo dello stato di coscienza caratterizzato da un declino acuto delle funzioni cognitive, una sorta di scompenso acuto della funzione cerebrale, che si caratterizza per un esordio rapido, nell'arco di poche ore o pochi giorni, andamento fluttuante nel corso della giornata, eterogeneità del quadro clinico (ipercinetico, con ansia, aggressività, irritabilità; ipocinetico, con letargia, apatia, riduzione dello stato di vigilanza; misto con l'alternarsi delle due forme precedenti) (Sennin, 2011).

Si definisce delirium indotto quello che compare durante la degenza in ospedale. Dal momento che i dati di letteratura documentano una incidenza di delirium dell'11-14% nei reparti di Medicina Interna, 20-29% nei reparti di Geriatria, fino a salire a punte dell'80% per i reparti di Terapia Intensiva, si può

affermare che si tratta della più frequente complicanza dell'ospedalizzazione nell'anziano (Inouye, 2014). L'insorgenza di delirium durante ricovero ospedaliero è un evento potenzialmente catastrofico, poiché comporta un aumento della durata di degenza (da 9 a 32 giornate di degenza in più rispetto ai controlli), elevata probabilità di persistenza alla dimissione (23-32% dei casi), aumentato rischio di complicanze durante il ricovero (cadute, lesioni da pressione), aumentato rischio di istituzionalizzazione, peggioramento del declino funzionale e cognitivo, aumentata mortalità intraospedaliera e alla dimissione (Siddiqi, 2006; Witlox, 2010).

La sua rilevanza clinica è tale che, negli Stati Uniti, la prevenzione e il trattamento del delirium sono stati inclusi nei programmi per la sicurezza dei pazienti anziani (Watcher, 2012), e l'insorgenza di delirium è sempre più utilizzato come indicatore nei sistemi di valutazione di qualità dell'assistenza dell'anziano stesso (AHRQ, 2013).

Il delirium è una sindrome geriatrica, caratterizzata da una eziopatogenesi multifattoriale, che tende a presentarsi in maniera ricorrente nella storia clinica del paziente (Inouye, 1996). La sua comparsa dipende da una complessa relazione ed interazione tra vulnerabilità del paziente in rapporto ad una serie di fattori predisponenti ed esposizione a fattori precipitanti. Tra i primi vanno annoverati la demenza, il declino funzionale, deficit sensoriali (vista, udito), la comorbilità e la severità della patologia di base, la depressione, una anamnesi positiva per TIA/ictus, consumo di alcool, un pregresso episodio di delirium.

Tra i fattori precipitanti sono comprese numerose procedure di comune utilizzo nella pratica ospedaliera: il semplice cambiamento di ambiente legato al ricovero; l'allettamento prolungato; il digiuno o il ridotto apporto alimentare legati alla patologia che ha condotto al ricovero o alla necessità di esecuzione di procedure diagnostiche; la disidratazione; l'applicazione di catetere vescicale; la necessità di terapia infusionale continua; l'insorgenza di infezioni nosocomiali; l'introduzione in terapia di nuovi farmaci ad una di solito già corposa polifarmacoterapia; così come l'utilizzo di contenzione fisica. Ulteriori cause legate allo sviluppo di un delirium intraospedaliero sono le procedure chirurgiche, il ricovero in terapia intensiva o la stessa gravità della patologia che ha condotto all'ospedalizzazione (Lee, 2013; Inouye, 2014).

La diagnosi di delirium è clinica: non esistono infatti test di laboratorio o strumentali che siano diagnostici. Recentemente sono stati rivisti i criteri diagnostici nell'ambito della quinta revisione del Diagnostic and Statistic Manual (American Psychiatric Association, 2013):

1. Disturbo dell'attenzione (ridotta capacità a dirigere, focalizzare, sostenere e spostare l'attenzione) e consapevolezza (ridotto orientamento di sé nell'ambiente).

2. Le modifiche dello stato cognitivo (deficit mnesico, disturbo dell'orientamento, dispercezioni) che non sono attribuibili ad un preesistente stato di demenza (stazionario o in evoluzione) e che non si verificano in un contesto di grave riduzione dello stato di vigilanza, ad esempio coma.

3. Il deficit si sviluppa in periodo di tempo breve (di solito alcune ore o giorni) e tende ad avere andamento fluttuante nel corso della giornata.

4. Vi è evidenza dalla storia clinica, esame obiettivo o risultati di laboratorio che il disturbo è diretta conseguenza di un problema clinico, intossicazione di sostanze, utilizzo di farmaci o da cause molteplici.

Sono stati sviluppati negli anni, e presenti in letteratura, numerosi strumenti di identificazione del delirium per coadiuvare la diagnosi clinica. La CAM (Confusion Assessment Method) (Inouye, 1990) è il più utilizzato e validato in numerosissimi studi clinici, e sono state anche concepite nel tempo delle versioni adattate all'interno dei diversi setting ospedalieri, come la terapia intensiva (Ely, 2001) e il dipartimento di emergenza/pronto soccorso (Han, 2009).

In relazione all'elevato rischio di sviluppare eventi avversi, è importante riconoscere precocemente l'insorgenza di delirium durante il ricovero ospedaliero, per garantire la più corretta gestione della problematica, che, nella fase iniziale, si basa su tre priorità simultanee: garantire la sicurezza del paziente, identificare la causa o, più frequentemente, le cause, e trattare i sintomi. Gli interventi a protezione del paziente con delirium in corso si basano sulla protezione delle vie aeree, la prevenzione delle patologie da aspirazione, il mantenimento di un corretto apporto nutrizionale e dell'idratazione, la prevenzione dell'insorgenza di lesioni da pressione. Vanno sempre ricercate le cause che conducono a delirium, sottolineando che esso può sottintendere una potenziale emergenza medica ad esempio infarto, ictus, sepsi, che frequentemente possono presentarsi in maniera atipica, specialmente nei grandi anziani. Esami ematochimici di routine, un elettrocardiogramma ed una radiografia del torace andrebbero ottenuti in tutti i pazienti, mentre indagini ulteriori sono raccomandate solo sulla base di un fondato sospetto clinico. Il trattamento prevede un approccio non farmacologico, con l'intervento di team multidisciplinari, programmi educazionali, addestramento e formazione del personale sanitario e del caregiver, anche se la sua efficacia nel ridurre la durata e la gravità del delirium è controversa, con evidenze contrastanti (Inouye, 2014). In caso di importanti disturbi comportamentali è opportuno utilizzare i farmaci antipsicotici, in primis l'aloiperidolo e gli atipici, ed, in casi selezionati, le benzodiazepine.

Ancora più importante sarebbe prevenire il delirium nei pazienti che si ricoverano in ospedale e non presentano stato confusionale all'ingresso. È stato infatti dimostrato che è possibile prevenirne l'insorgenza, riducendo il rischio fino al 30%, attraverso un adeguato approccio multifattoriale di tipo non farmacologico, che include interventi specifici nei reparti medici ed in quelli chirurgici, at-

tività terapeutiche di reorientamento, riduzione di uso e dosaggio di farmaci antipsicotici, rapida mobilitazione, mantenimento di corretto ritmo sonno-veglia, adeguata alimentazione e idratazione, utilizzo di occhiali e apparecchi acustici (Inouye, 2000).

Inoltre, soprattutto per i reparti chirurgici, l'intervento attivo di un geriatra è stato dimostrato essere molto efficace nel prevenire l'insorgenza di delirium nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, attraverso protocolli specifici che prevedono corretta nutrizione, idratazione, gestione del dolore e delle principali complicanze post-operatorie, mobilitazione (Marcantonio, 2001).

Dolore procedurale

Il dolore è "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole, associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. È un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito" (IASP, 1979).

Il dolore è un sintomo frequente, che spesso angoschia e preoccupa il paziente ed i suoi familiari, con un notevole impatto negativo sulla qualità della vita.

Nella classificazione clinica del dolore, trova un posto ben preciso il dolore da procedura diagnostico-terapeutica, per le sue caratteristiche peculiari, ovvero il ruolo importante della componente emotiva (ansia anticipatoria, paura, ricordo spiacevole di esperienze precedenti) e la sua natura iatrogena. È noto infatti che esistono numerose procedure che vengono vissute come traumatiche e dolorose, sebbene il dolore ad esse legato sia di relativa breve durata. A questo si aggiungono disagio, imbarazzo e preoccupazione, che possono essere di natura fisica (malessere o scomodità per la durata della procedura o la necessità di rimanere immobili per lungo tempo) o emotiva (ansia e paura per l'esito della procedura, imbarazzo legato all'esposizione del proprio corpo), in grado di influire sulla percezione del dolore stesso (Badina, 2010).

Mentre nella popolazione pediatrica il controllo del dolore in corso di procedure è un elemento centrale della gestione del paziente, come documentato anche dall'ampia letteratura presente, nell'adulto e nell'anziano l'attenzione maggiore è stata posta sul trattamento del dolore acuto, cronico e terminale, mentre questo aspetto specifico è meno indagato.

Nell'anziano, in particolar modo, una ulteriore difficoltà è data dal fatto che la valutazione del dolore, in generale, risulta spesso complessa, per la presenza frequente di situazioni cronicizzate e di più cause di dolore e per la concomitanza di deficit sensoriali o cognitivi, che inficiano la comunicazione. In particolare, ne-

gli anziani affetti da demenza, la sintomatologia dolorosa è spesso misconosciuta e sottotrattata, per incapacità a riconoscerne la presenza da parte degli operatori (inadeguata preparazione/educazione), con diagnosi tardive e scarso utilizzo di scale validate di valutazione (Bjoro, 2008; McAuliffe, 2009).

Un dolore persistente o non trattato nell'anziano può essere causa di sofferenza, peggioramento clinico e prognostico con aumentata disabilità e rischio di cadute, ridotta aderenza alla terapia ed al trattamento riabilitativo, peggioramento del tono dell'umore (ansia, depressione), disturbi del sonno o dell'appetito, con conseguente aumento di utilizzo e costi dell'assistenza (American Geriatrics Society, 2009; Czarniecki, 2011).

Tra le procedure ospedaliere che causano dolore ricordiamo: manovre di nursing: mobilitazione, igiene, cambio biancheria; medicazioni di ferite e suture; procedure diagnostico-assistenziali: incannulamento venoso, emogasanalisi, catterismo vescicale; procedure di diagnostica invasiva: esami endoscopici, biopsie, punture lombari, toracentesi, paracentesi, artrocentesi; procedure di radiologia interventistica: posizionamento di stent, protesi, drenaggi; procedure di ambiente chirurgico o intensivo (UTIC/Rianimazione/Pronto Soccorso): incannulamento vasi centrali, intubazione, applicazione di devices, post-operatorio, ecc.

È stato dimostrato che la maggior parte dei pazienti adulti non viene sottoposta ad alcun tipo di sedazione durante procedure diagnostico-terapeutiche e assistenziali molto comuni (posizionamento e rimozione di accessi venosi centrali, rimozione di drenaggi, aspirazione di secrezioni, mobilitazione); quando usati, gli analgesici vengono utilizzati a basso dosaggio, e raramente viene effettuata una associazione di farmaci (Puntillo, 2002).

L'attenzione che si sta ponendo, negli ultimi anni, alla valutazione e gestione del sintomo dolore ha permesso, di riflesso, di intraprendere anche percorsi di trattamento del dolore associato a procedure. Come per tutte le altre forme di dolore, anche in questo caso è fondamentale integrare tra loro approcci farmacologici e non farmacologici, proprio per l'importante componente psicologica e la natura iatrogena legate di questo fenomeno.

Per quanto riguarda l'aspetto non farmacologico, è importante porre il paziente nelle condizioni più favorevoli per affrontare la procedura: è importante fornirgli (e spesso anche ai familiari/caregiver) informazioni chiare, adeguate e veritiere in merito alla procedura da svolgere, non solo al fine di ottenere il consenso, ma anche per rassicurare e garantire la massima attenzione alla sicurezza e al benessere, e instaurare con il curante un rapporto di fiducia. Gli interventi non farmacologici, da soli o in associazione a terapia medica, includono tecniche di rilassamento, meditazione, utilizzo di musica (Czarniecki, 2011).

Il trattamento farmacologico si basa sostanzialmente sull'utilizzo di farmaci analgesici e ansiolitici, fino alla sedazione a vari gradi di profondità, con conservazione del respiro spontaneo. Lo sviluppo di anestetici a bassa emivita, molto

maneggevoli e con scarsi effetti collaterali cardiopolmonari, consente di effettuare la sedazione anche al di fuori della sala operatoria, migliorando la qualità dell'assistenza e la cooperazione del paziente, elemento essenziale nel caso dei pazienti anziani e con compromissione cognitiva. Tra i farmaci più frequentemente utilizzati ricordiamo il midazolam, il propofol, la ketamina, il fentanil, il protossido d'azoto, da soli o in associazione. È fondamentale una conoscenza appropriata dei meccanismi d'azione e dei loro possibili effetti collaterali, per assicurare efficacia e sicurezza (Czarnecki, 2011).

L'anziano però presenta una più elevata suscettibilità ai farmaci analgesici e sedativi, legata alle fisiologiche modificazioni dell'organismo dovute all'età: ridotta ossigenazione arteriosa, ritardata risposta agli stimoli ipossico e ipercapnico, maggiore incidenza di depressione respiratoria e vomito con rischio ab ingestis, ridotta funzionalità epatica e renale, maggiore volume di distribuzione dei farmaci lipofili legato all'aumentato rapporto massa grassa/magra, comorbilità e potenziali interazioni con farmaci già in uso (McCleane, 2007; American Geriatrics Society, 2009). Pertanto, l'anziano è maggiormente sensibile all'effetto e alla durata d'azione dei sedativi. I farmaci utilizzati nella sedazione dovrebbero quindi possedere breve emivita, ridotti effetti collaterali, scarsa produzione di metaboliti attivi. Le dosi non dovrebbero basarsi unicamente sul peso corporeo ma, in generale, essere ridotte e somministrate in boli maggiormente distanziati. Alcune società scientifiche hanno sviluppato linee guida modificate nella gestione delle procedure diagnostiche nell'anziano (American Society of Gastrointestinal Endoscopy, 2006). Alcuni autori si spingono anche ad ipotizzare che sarebbe prudente eseguire una valutazione dell'assetto cognitivo e funzionale dei pazienti prima di eseguire procedure, chirurgiche o meno, che richiedono una sedazione, per poter identificare coloro che potrebbero incappare in una risposta sedativa esagerata, o che potrebbero sviluppare delirium al risveglio, anche per regolare la profondità della sedazione (Crosby, 2010).

È evidente in ogni caso che molto lavoro ancora si deve fare a livello culturale e organizzativo da parte di tutte le figure professionali che operano in ambito ospedaliero per comprendere come qualsiasi procedura diagnostico/terapeutica/assistenziale sia potenzialmente una esperienza che provoca dolore ai pazienti, e pertanto per gestirne una gestione ottimale in tutte le sue fasi.

Bibliografia

- ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (2009), *Pressure ulcer treatment recommendations*. In: *Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline*, National Pressure Ulcer Advisory Panel, Washington, DC.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, AHRQ, *National quality clearinghouse measure: de-*

- lirium: proportion of patients meeting diagnostic criteria in the confusion assessment method (CAM)*, www.qualitymeasures.ahrq.gov/content (ultimo accesso in data 1/10/2014).
- AGS CHOOSING WISELY WORKGROUP (2014), *American geriatrics society identifies another five things that healthcare providers and patients should question*, *J Am Geriatr Soc*, 62:950-60.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY PANEL ON THE PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF PERSISTENT PAIN IN OLDER PERSONS (2009), *Pharmacological management of persistent pain in older persons*, *JAGS*, 57(8):1131-1346.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, *Position statement: Restraint use. Developed by AGS Clinical Practice Committee and approved May 1991 by the AGS Board of Directors, 1991, Reviewed 1997 and 2002*, www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/index.html (ultimo accesso in data 1/10/2014).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, Washington, DC.
- AMERICAN SOCIETY OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY (2006), *ASGE Guideline: modification in endoscopic practice for the elderly*, *Gastrointestinal Endoscopy*, 63(4):566-569.
- ARBABE A.I., MARON D.D., YU Q. et al. (2010), *The geriatric floating interdisciplinary transition team*, *J Am Geriatr Soc*, 58:364.
- ARMSTRONG D.G., AVELLO E.A., CAPITULO K.L. et al. (2008), *New opportunities to improve pressure ulcer prevention and treatment: implications of the CMS inpatients hospital care present on admission indicators/hospital-acquired conditions policy: a consensus paper from the International Expert Wound Care Advisory Panel*, *Adv Skin Wound Care*, 21:469.
- BACHMANN S., FINGER C., HUSS A. et al. (2010), *Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*, *BMJ*, 340:c1718.
- BADINA M., MINUTE M., BARBI E. (2010), *La sedazione procedurale nel 2010. I farmaci*, *Quaderni ACP*, 17(5): 206-209.
- BARKER A.L., KAMAR J., TYNDALL T.J., WHITE L., HUTCHINSON A., KLOPPER N., WELLER C. (2013), *Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: an observational study*, *Int Wound J*, 10(3):313-20.
- BAUER J., PHILLIPS L.G. (2008), *MOC-PSSM CME article: Pressure sores*, *Plast Reconstr Surg*, 121:1.
- BERLOWITZ D.R., BRIENZA D.M. (2007), *Are all pressure ulcers the result of deep tissue injury? A review of the literature*, *Ostomy Wound Manage*, 53:34.
- BJORO K., HERR K. (2008), *Assessment of pain in the nonverbal or cognitively impaired older adults*, *Clin Geriatric Med*, 24(2):237-262.
- BRIANT H., FERNALD L. (1997), *Nursing knowledge and use of restraint alternative: acute and chronic care*, *Geriatr Nurs*, 18:57-60.
- CAMP C.J., COHEN-MANSFIELD J., CAPEZUTI E.A. (2002), *Use of non pharmacologic interventions among nursing home residents with dementia*, *Psychiatric Serv*, 53:1397-1401.
- CHANG J.T., MORTON S.C., RUBENSTEIN L.Z. et al. (2004), *Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials*, *BMJ*, 328:680.
- CORCORAN P.J. (1991), *Use it or lose it: the hazard of bed rest and inactivity*, *West J Med*, 154:536.
- CREDITOR M.C. (1993), *Hazards of hospitalization of the elderly*, *Ann Intern Med*, 118:219.

- CROSBY G., CULLEY D.J. *et al.* (2010), *Delirium: a cognitive cost of the comfort of procedural sedation in elderly patients?* Mayo Clinic Proceedings, 85(1):12-14.
- CZARNECKI M.L., TURNER H.N., COLLINS P.M., DOELLMAN D., WRONA S., REYNOLDS J. (2011), *Procedural Pain Management: a position statement with clinical practice recommendations*, Pain Manag Nurs, 12(2):95-111.
- DE LAAT E.H., SCHOONHOVEN L., PICKKERS P., VERBEEK A.L., VAN ACHTERBERG T. (2006), *Implementation of a new policy results in a decrease of pressure ulcer frequency*, Int J Qual Health Care, 18(2):107-12.
- DUNBAR K.M., NEUFELD R.R., WHITE H.C., LIBOW L.S. (1996), *Restraint, don't restraint: the Educational Intervention of the National Nursing Home Restraint Removal Project*, Gerontologist, 36:539-543.
- ELLIS G., WHITEHEAD M.A., O'NEILL D. *et al.* (2011), *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital*, Cochrane Database Syst Rev, CD006211.
- ELY E.W., MAGOLIN., FRANCIS J. *et al.* (2001), *Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU)*, Crit Care Med, 29:1370-1739.
- ENNS E., RHEMTULLA R., EWA V., FRUETEL K., HOLROYD-LEDUC K.M. (2014), *A controlled quality improvement trial to reduce the use of physical restraint*, J Am Geriatr Soc, 62(3):541-545.
- ETTINGER W.H. (1992), *Immobility in the elderly*, In: *Textbook of internal medicine*, KELLY W.N., DE VITA V.T., DUPONT H.L. (a cura di), Philadelphia: Lippincott, 2399-2404.
- EVANS D., WOOD J., LAMBERT L. (2002), *A review of physical restraint minimisation in the acute and residential care settings*, J Adv Nurs, 40:616-625.
- EVANS L.K., STRUMPF N.E., ALLEN-TAYLOR S.L., CAPEZUTI E., MAISLIN G., JACOBSEN B. (1997), *A clinical trial to reduce restraints in nursing home*, J Am Geriatr Soc, 45(6):675-681.
- EVANS L.K., STRUMPF N.E. (1989), *Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint*, J Am Geriatr Soc, 37:65-74.
- FARBER J.I., KORC-GRODZICKI B., DU Q. *et al.* (2011), *Operational and quality outcome of a mobile acute care for the elderly service*, J Hosp Med, 6:358.
- FELDBLUM I., GERMAN L., CASTEL H. *et al.* (2011), *Individualized nutritional interventions during and after hospitalization: the nutrition intervention study clinical trial*, J Am Geriatr Soc, 59:10.
- FISHER S.R., KUO Y.F., GRAHAM J.E. *et al.* (2010), *Early ambulation and length of stay in older adults hospitalized for acute illness*, Arch Intern Med, 170:1942.
- FRIED L.P., WALSTON J. (2003), *Frailty and failure to thrive*. In: *Principles of geriatric medicine and gerontology*, HAZZARD W.R., BLASS J.P., HALTER J.B., OUSLANDER J.G., TINETTI M.E. (a cura di), 5th Ed, New York: McGraw-Hill, 1487-1502.
- GILLICK M.R., SERRELL N.A., GILLICK L.S. (1982), *Adverse consequences of hospitalization in the elderly*, Soc Sci Med, 16(10):1033-8.
- GORBIEN M.J., BISHOP J., BEERS M.H., NORMAN D., OSTERWEIL D., RUBENSTEIN L.Z. (1992), *Iatrogenic illness in hospitalized elderly people*, J Am Geriatr Soc, 40(10):1031-42.
- GORECKI C., BROWN J.M., NELSON E.A. *et al.* (2009), *Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review*, J Am Geriatr Soc, 57:1175.
- GRAF C. (2006), *Functional decline in hospitalized older adults*, Am J Nurs, 106:58.
- GREY J.E., HARDING K.G., ENOCH S. (2006), *Pressure ulcers*, Br Med J, 332:472.

- HAINES T.P., BELL R.A., VARGHESE P.N. (2010), *Pragmatic, cluster randomized trial of a policy to introduce low-low beds to hospital wards for the prevention of falls and fall injuries*, *J Am Geriatr Soc*, 58:435.
- HAMERS J.P., HUIZING A.R. (2005), *Why do we use physical restraints in the elderly?*, *Z Gerontol Geriatr*, 38(1):19-25.
- HAN J.H., ZIMMERMAN E.E., CUTLER N. et al. (2009), *Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes*, *Acad Emerg Med*, 16:193-200.
- HEIT J.A., SILVERSTEIN M.D., MORH D.N. et al. (2000), *Risk factors for deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a population based case-control study*, *Arch Intern Med*, 160:809.
- HIRSCH C.H., SOMMERS L., OLSEN A., MULLEN L., HUTNER WINOGRAD C. (1990), *The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients*, *J Am Geriatr Soc*, 38:1296-1303.
- HOENIG H.M., RUBENSTEIN L.Z. (1991), *Hospital-associated deconditioning and disfunction*, *J Am Geriatr Soc*, 39:220-222.
- HOLROYD-LEDUC J.M., SEN S., BERTENTHAL D. et al. (2007), *The relationship of indwelling urinary catheters to death, length of hospital stay, functional decline, and nursing home admission in hospitalized older medical patients*, *J Am Geriatr Soc*, 55:227.
- INOUE S.K., BOGARDUS S.T. JR., CHARPENTIER P.A. et al. (1999), *A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients*, *New Engl J Med*, 340(9):669-676.
- INOUE S.K., BOGARDUS S.T. JR., BAKER D.I., LEO-SUMMERS L., COONEY L.M. JR. (2000), *The Hospital Elder Life Program (HELP): a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients*, *J Am Geriatr Soc*, 48:1697-706.
- INOUE S.K., BROWN C.J., TINETTI M.E. (2009), *Medicare nonpayment, hospital falls, and unintended consequences*, *N Engl J Med*, 360:2390.
- INOUE S.K., CHARPENTIER P.A. (1996), *Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability*, *J Am Med Assoc*, 275:852-57.
- INOUE S.K., VAN DICK C.H., ALESSI C.A., BALKIN S., SIEGAL A.P., HOWITZ R.I. (1990), *Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium*, *Ann Intern Med*, 113:941-948.
- INOUE S.K., WESTENDROP R.G.J., SACZYNSKI J.S. (2014), *Delirium in elderly people*, *Lancet*, 383:911-922.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP) (1979), *Pain Definition*. *Pain (online)* 6, www.iasppain.org, ultimo accesso in data 1 ottobre 2014.
- KWOK T., BAI X., CHUI M.Y., LAI C.K., HO D.W., HO F.K., WOO J. (2012), *Effect of physical restraint reduction on older patients' hospital length of stay*, *J Am Med Dir Assoc*, 19(4):287-293.
- LAFONT C., GÉRARD S., VOISIN T., PAHOR M., VELLAS B., MEMBERS OF I.A.G.G./A.M.P.A. TASK FORCE (2011), *Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly*, *J. Nutr Health Aging*, 15(8):645-60.
- LANDEFELD C.S., PALMER R.M., KRESEVIC D.M., FORTINSKY R.H., KOWAL J. (1995), *A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients*, *N Engl J Med*, 332(20):1338-44.
- LANDEFELD C.S. (2006), *Care of hospitalized older patients: opportunities for hospital-based physicians*, *J Hosp Med*, 1:42.

- LEBLANC P., RUFF F., MILICH-EMILI J. (1970), *Effects of age and body position in airway closure in man*, J Appl Physiol, 28:448-491.
- LEE E.A., GIBBS N.E., FAHEY L., WHIFFEN T.L. (2013), *Making hospital safer for older adults: Updating quality metrics by understanding hospital-acquired delirium and its link to falls*, Perm J, 17(4):32-36.
- LEFEVRE F., FEINGLASS J., POTTS S., SOGLIN L., YARNOLD P., MARTIN G.J., WEBSTER J.R. (1992), *Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients*, Arch Intern Med, 152(10):2074-80.
- LEVINE S.M., SINNO S., LEVINE J.P., SAADEH P.B. (2013), *Current thoughts for the prevention and treatment of pressure ulcers: using the evidence to determine fact or fiction*, Ann Surg, 257:603.
- LYDER CH. (2003), *Pressure ulcer prevention and management*, J Am Med Assoc, 289:223.
- MARCANTONIO E.R., FALCKER J.M., WRIGHT R.J., RESNICK N.M. (2001), *Reducing delirium after hip fracture: a randomised trial*, J Am Geriatr Soc, 49:516-22.
- MCAULIFFE L., NAY R., O'DONNELL M., FATHERSTONHAUGH D. (2009), *Pain assessment in older people with dementia: literature review*, J Adv Nurs, 65(1):2-10.
- MCCLEANE G. (2007), *Pharmacological pain management in the elderly patient*, Clin Intervent Aging, 2(4):637-643.
- MILES S.H., IRVINE P. (1992), *Death caused by physical restraint*, Gerontologist, 32:762-766.
- MINNICK A.F., MION L.C., JOHNSON M.E., CATRAMBONE C., LEIPZIG R. (2007), *Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the US.*, J Nurs Scholarsh, 39(1):30-37.
- MOHRMAN D.E., HELLER L.J. (2010), *Cardiovascular physiology*, 7th Ed, New York: McGraw-Hill.
- MOORE Z.E., COWMAN S. (2009), *Repositioning for treating pressure ulcers*, Cochrane Database Syst Rev, CD006898.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL SUPPORT SURFACE STANDARDS INITIATIVE (2007), *Terms and definitions related to support surfaces*, www.npuap.org/NPUAP_S31_TD.pdf (ultimo accesso in data 1/10/2014).
- NIEDERHAUSER A., VANDEUSEN LUKAS C., PARKER V. et al. (2012), *Comprehensive programs for preventing pressure ulcers: a review of the literature*, Adv Skin Wound Care, 25:167.
- O'LEARY K.J., SEHGAL N.L., TERRELL G. et al. (2012), *Interdisciplinary teamwork in hospitals A review and practical recommendations for improvement*, J Hosp Med, 7:48.
- OUSLANDER J.G., OSTERWEIL D., MORLEY J. (1991), *Medical care in the nursing home*, New York: McGraw Hill, 10, 129-133.
- PADULA W.V., MISHRA M.K., MAKIC M.B., SULLIVAN P.W. (2011), *Improving the quality of pressure ulcer care with prevention: a cost-effectiveness analysis*, Med Care, 49:385.
- PASQUALINI R., MUSSI C., SALVIOLI G. (2001), *Linee guida per la prevenzione e la terapia delle lesioni da decubito*, Giorn Geront, 49:871-877.
- PHAM B., TEAGUE L., MAHONEY J. et al. (2011), *Early prevention of pressure ulcers among elderly patients admitted through emergency departments: a cost-effectiveness analysis*, Ann Emerg Med, 58:468.
- PUNTILLO K., RIETMAN L., BONHAM MORRIS A., STANIK-HUTT J., THOMPSON C.L., WHITE C. (2002), *Practices and predictors of analgesic interventions for adults undergoing painful procedures*, Am J Crit Care, 11(5):415-429.

- RECALDIN E. (1993), *Cura del malato a letto*, In: *Trattato di Gerontologia e Geriatria*, CREPALDI G. (a cura di), Torino: Utet, 1189-1205.
- REDDY M., GILL S.S., KALKAR S.R. et al. (2008), *Treatment of pressure ulcers: a systematic review*, J Am Med Assoc, 300:2647.
- REDDY M., GILL S.S., ROCHON P.A. (2006), *Preventing pressure ulcers: a systematic review*, J Am Med Assoc, 296:974.
- RESNICK N.M., MARCANTONIO E.R. (1997), *How should clinical care of the aged differ?*, Lancet, 350:1157.
- RETSAS A.P. (1998), *Survey findings describin the use of physical restraints in nursing homes in Victoria, Australia*, J Nurs Studies, 35:184-191.
- RIEDINGER J.L., ROBBINS L.J. (1998), *Prevention of iatrogenic illness: adverse drug reactions and nosocomial infections in hospitalized older adults*, Clin Geriatr Med, 14(4):681-98.
- RUBIN F.H., NEAL K., FENLON K. et al. (2011), *Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital*, J Am Geriatr Soc, 59:359.
- SENIN U., CHERUBINI A., MECOCCHI P. (2011), *Paziente anziano Paziente geriatrico. Medicina della Complessità*, 3ª edizione, Napoli: EdiSES.
- SIBBALD R.G., KRASNER D.L., WOO K.Y. (2001), *Pressure ulcer staging revisited: superficial skin changes & Deep Pressure Ulcer Framework*, Adv Skin Wound Care, 24:571.
- SIDDIQI N., HOUSE A.O., HOLMES J.D. (2006), *Occurrence ad outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review*, Age Aging, 35(4):350-364.
- SMART H. (2013), *Deep tissue injury: what is really?*, Adv Skin Wound Care, 26:56.
- STECHMILLER J.K., COWAN L., WHITNEY J.D. et al. (2008), *Guidelines fot the prevention of pressure ulcers*, Wound Repair Regen, 16:151.
- SULLIVAN N., SCHOELLES K.M. (2013), *Preventing in-facility pressure ulcers as a patient safety strategy: a systematic review*, Ann Intern Med, 158:410.
- THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2002), *Best Practice. Physical Restraint Part 1: Use in acute and residential care facilities*, Vol. 6, Issue 3, www.ioannabriggs.edu.au (ultimo accesso in data 1/10/2014).
- THOMAS D.R., RODEHEAVER G.T., BARTOLUCCI A.A. et al. (1997), *Pressure ulcer scale for healing: derivation and validation of the PUSH tool. The PUSH Task Force*, Adv Wound Care, 10:96.
- THOMAS D.R. (2010), *Does pressure cause pressure ulcers? An inquiry into the etiology of pressure ulcers*, J Am Med Dir Assoc, 11:397.
- THOMAS D.R. (2006), *The new F-tag 314: prevention and management of pressure ulcers*, J Am Med Dir Assoc, 7:523.
- VIDÀN M., SERRA J.A., MORENO C. et al. (2005), *Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randmized, controlled trial*, J Am Geriatr Soc, 53:1476.
- VORHIES D., RILEY B.E. (1993), *The conditioning*, Clin Geriatr Med, 9:745-763.
- WALD H., HUDDLESTON J., KRAMER A. (2006), *Is there a geriatrician in the house? Geriatric care approaches in hospitalist programs*, J Hosp Med, 1:29.
- WATCHER R.M. (2012), *Understanding patient safety*, 2nd edn, New York: McGraw-Hill Medical.
- WITLOX J., EURELINGS L.S., DE JONGHE J.F., KALISVAART K.J., EIKELENBOOM P., VAN GOOL W.A. (2010),

Delirium in elderly patients and risk of post-discharge mortality, institutionalisation and dementia: a meta-analysis, J Am Med Assoc, 304(4):443-451.

ZANETTI E., CASTALDO A., MICELI R., MAGRI M., MARIANI L., GAZZOLA M., GOBBI P., CARNIEL G., CAPODIFERRO N., MUTTILLO G. (2012), *L'utilizzo della contenzione fisica negli ospedali e nelle Residenze Sanitarie assistenziali: indagine multicentrica di prevalenza*, L'infermiere, n. 2, www.ipasvi.it/ecm/rivista (ultimo accesso in data 1/10/2014).

ZISBERG A., SHADMI E., SINOFF G. et al. (2011), *Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults*, J Am Geriatr Soc, 59:266.

11. Le riammissioni in ospedale come indicatori della qualità dell'assistenza: un approccio clinico

Giuseppe Bellelli, Domenico Picone, Giorgio Annoni, Claudio Maria Maffei

Introduzione

I termini "hospital-dependent patient", "chronic critical illness" e "post-hospital syndrome" hanno recentemente conquistato l'attenzione della letteratura scientifica, dopo la pubblicazione da parte di prestigiose riviste di alcuni articoli, nei quali, descrivendo i connotati clinici che caratterizzano le suddette condizioni morbose, gli autori ne ponevano in particolare risalto il rischio di re-ricovero ospedaliero cui esse si associano, sottolineandone, al contempo, le peculiarità tipicamente geriatriche. Trattasi, infatti, di condizioni morbose che riguardano per lo più persone anziane e che si manifestano con sintomi e segni tipici della semeiotica geriatrica, in alcuni casi ricalcando gli elementi caratteristici delle sindromi geriatriche. Esse, come vedremo, non riconoscono un unico fattore causale né possono essere approcciate nel modo tradizionale della medicina con interventi rivolti unicamente alla cura delle singole malattie. Rappresentano, tuttavia, importanti marcatori prognostici e ambiti di interesse per ricercatori, clinici e politici sanitari che intravedono in queste condizioni morbose delle opportunità per migliorare lo standard di cure riservato alle patologie dell'anziano.

Il problema dei re-ricoveri ospedalieri

Quello dei re-ricoveri ospedalieri è un problema sempre più rilevante in termini di impatto epidemiologico e di costi sanitari, soprattutto nei paesi oltreoceano. A questo proposito un recente studio di Dharmarajan e colleghi, che ha esaminato le diagnosi e i timing di riammissione negli ospedali statunitensi tra il 2007 e il 2009, ha rilevato che circa un quarto dei pazienti dimessi con diagnosi di scompenso cardiaco, un quinto di quelli dimessi con diagnosi di infarto acuto del miocardio e un sesto di quelli dimessi con diagnosi di polmonite sono nuovamente re-ricoverati a 30 giorni dalla precedente dimissione (1). Ancora, un report della Robert Wood Johnson Foundation, relativo all'anno 2010, rilevava come un paziente ogni otto, tra gli assistiti Medicare ricoverati in ospedale per un intervento chirurgico, ed addirittura un paziente ogni 6 tra quelli ricoverati per

motivi non chirurgici, era re-ricoverato in ospedale entro 30 giorni (2). Si evidenziava inoltre come il tasso di riospedalizzazione fosse disomogeneo tra i vari Stati e i vari ospedali, probabilmente in relazione ad un differente livello di organizzazione dei servizi sanitari post-dimissione. Per quanto concerne i costi, gli USA hanno stimato una spesa sanitaria annua di circa 26 miliardi di dollari (3). In Italia, un report del Ministero della salute, in collaborazione con il Laboratorio management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, ha rilevato una percentuale media di ricoveri ripetuti a 30 giorni del 5,4%, con valori compresi tra il 3,32% e il 7,60%. Il dato è rilevante anche per quanto concerne i setting di riabilitazione: un recente studio di Morandi, ad esempio, ha riportato un tasso di ricovero ospedaliero "non pianificato" del 4% a 30 giorni dall'ammissione in un reparto di riabilitazione intensiva e geriatrica. Tutti i pazienti considerati erano stati precedentemente trasferiti da un ospedale per acuti nel reparto di riabilitazione allo scopo di effettuare un trattamento di rieducazione motoria (4). È interessante osservare che le riammissioni in ospedale per alcune condizioni (broncopneumopatie croniche e scompenso cardiaco) sono entrate nel Piano Nazionale Esiti e mostrano enormi variabilità interregionali e intraregionali, suggerendo indirettamente che esse dipendano in buona misura dall'approccio medico ed organizzativo dei singoli ospedali più che da effettivi bisogni clinici del paziente.

Il problema è stato valutato come una sorta di fallimento del sistema sanitario, soprattutto nel garantire un sistema di cure coordinato e continuo ai pazienti più fragili e anziani. Per questo l'interesse dei ricercatori e dei politici sanitari (statunitensi) si è focalizzato sui determinanti dei re-ricoveri, nel tentativo di definire le caratteristiche cliniche della popolazione target e identificare possibili correttivi. In questo senso, gli i pazienti "hospital-dependent", quelli con "chronic critical illness" e con "post-hospital syndrome" rappresentano un primo tentativo di "catalogare" gli individui più a rischio e potenzialmente oggetto di interventi di prevenzione.

Le caratteristiche cliniche dei pazienti anziani a rischio di riammissione in ospedale

Il termine *hospital-dependent patient* fu utilizzato per la prima volta da Reuben e Tinetti in un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* nel febbraio 2014 (5). In seguito lo stesso termine fu ripreso anche dalla stampa non medica e da vari media. Con esso s'intendeva descrivere una particolare tipologia di pazienti che, dopo essere sopravvissuti a eventi clinici particolarmente gravi, quali ad esempio un arresto cardiaco, non erano in grado di recuperare appieno lo status di salute pre-esistente e richiedevano continue e ravvicinate riospedalizzazioni. Con il tempo, rendendosi sempre più elevata la necessità di ricorrere all'ospedalizzazione, i pazienti finiscono con il diventare in qualche modo di-

pendenti dal contesto ospedaliero. Il paziente *hospital-dependent* si caratterizza dunque per alternare periodi di relativa stabilità clinica e apparente benessere a fasi d'instabilità, in genere condizionata dalla riacutizzazione di malattie croniche e infezioni. La sua caratteristica peculiare è dunque l'impossibilità, in assenza della disponibilità e della tempestività delle cure di cui necessita, di mantenere un compenso clinico accettabile al di fuori dell'ospedale (5).

Il termine *critical chronic illness* (6) è invece utilizzato per indicare una particolare categoria di soggetti che, sopravvissuti grazie all'ausilio di macchinari specifici quali, ad esempio, i ventilatori meccanici non invasivi, non possono tuttavia esserne svezziati se non mettendo a repentaglio la sopravvivenza. Tali pazienti restano ricoverati a lungo nelle terapie intensive e sono spesso "difficili" da dimettere. I pazienti con *critical chronic illness* differiscono dai pazienti *hospital-dependent* perché, a differenza di questi ultimi, richiedono stabilmente l'uso di macchinari salva-vita o non sono tout court dimissibili verso setting a minore intensità di cura. Tali pazienti non riescono mai a recuperare lo status di salute e funzionale pre-esistente la malattia che aveva reso necessario il ricovero.

L'ospedalizzazione è un evento particolarmente traumatico nella vita dell'anziano. Per molti individui essa è indispensabile e si conclude con la risoluzione del problema che ha determinato il ricovero o, comunque, con un miglioramento delle condizioni cliniche generali. Tuttavia, in una percentuale significativa di pazienti anziani, durante il ricovero possono verificarsi una serie di eventi negativi, quali, ad esempio, reazioni avverse a farmaci, cadute, stati confusionali acuti (*delirium*) ed anche la perdita dell'autonomia funzionale (7-8). Quest'ultima, secondo studi prospettici condotti in reparti ospedalieri, può verificarsi anche in percentuali fino al 40% dei casi (9-11), riguarda prioritariamente la capacità di deambulare (12), e, tra tutti, i pazienti con deterioramento cognitivo sono quelli più esposti al rischio, anche per una minore capacità di adattamento a un contesto differente da quello domestico (13). La perdita dell'autonomia funzionale rappresenta dunque un'evenienza molto grave per l'anziano che, per sua stessa natura, ha capacità di recupero inferiori rispetto all'individuo giovane adulto. Con il termine di "post-hospital syndrome" s'intende identificare questo particolare segmento di utenza, quella, cioè, che a seguito di un'ospedalizzazione perde progressivamente (e spesso in modo irreversibile) la propria autonomia funzionale e motoria.

I fattori favorenti la riospedalizzazione: un approccio clinico

L'approccio clinico classico al paziente ospedalizzato prevede l'identificazione della causa (o delle cause) determinanti il ricovero e, in genere, l'attenzione è attratta dalla sintomatologia con cui la malattia si presenta. Nel paziente an-

ziano questo approccio è spesso fallace e insufficiente. Recentemente Krumholz ha esposto una teoria in base alla quale il rischio più elevato dei pazienti anziani di sviluppare eventi clinici avversi in corso di ospedalizzazione deriverebbe da un aumentato stress allostatico che essi sperimentano per effetto di una prolungata persistenza delle noxae patologiche e della malattia acuta. Alla dimissione, l'organismo non sarebbe in grado di rispondere adeguatamente, risultando più vulnerabile agli eventi iatrogeni e clinici avversi (14). Si spiegherebbe in questo modo il maggior rischio di ri-ospedalizzazione. A supporto di questa teoria si osservi che, se consideriamo gli studi condotti su questa tematica utilizzando i dati di Medicare, soltanto in un numero limitato di casi la diagnosi di ri-ammissione ospedaliera coincideva con la diagnosi che aveva caratterizzato il precedente ricovero. In un famoso studio di Jencks, pubblicato alcuni anni orsono sul *New England Journal of Medicine* (3), si è ad esempio osservato che la diagnosi di dimissione al re-ricovero era la medesima della precedente effettuata 30 giorni prima soltanto nel 30%. Si trattava di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, polmonite e/o broncopneumopatia cronica riacutizzata; il fatto suggerisce indirettamente (ma ciò è stato confermato anche da altri studi) che la modalità di codifica delle SDO ospedaliere non è il vero problema. Un'ulteriore riprova di ciò è legata all'osservazione che la severità della malattia acuta che determina il primo ricovero è solo debolmente correlata al rischio di re-ricovero ospedaliero (15).

I pazienti "*hospital dependent*" sono difficilmente riconoscibili come tali nel corso del primo ricovero. Infatti, non solo i pazienti stessi, ma anche i familiari e i medici confidano generalmente in un recupero pressoché completo dello stato di salute pre-morboso; un ottimismo giustificato dal fatto che, allo stato attuale, gli indicatori di cui disponiamo per identificare i pazienti a rischio non sono sufficientemente accurati, e dunque si tende a non considerare come uno dei possibili scenari post-dimissione quello di un re-ricovero ospedaliero a breve termine. Col tempo, però, ogni riospedalizzazione si accompagna a un peggioramento progressivo delle condizioni di salute e la risposta ai trattamenti diviene sempre meno efficace. Il periodo finale della vita è caratterizzato da crisi sempre più riavvicinate e spesso sono circondate da apprensione e disagio dei familiari. In questo senso, l'"*hospital dependent*" è certamente da considerarsi un paziente fragile. Come noto, infatti, con il termine "fragilità" s'intende una condizione di aumentata vulnerabilità agli eventi clinici avversi, che occorre in un individuo a seguito di una perdita della capacità di adattamento agli stress ambientali e fisici e di una riduzione della riserva biologico-funzionale dell'individuo (16-18). Un elemento di ulteriore interesse è rappresentato dal fatto che la letteratura ha dimostrato che la fragilità è un fenomeno reversibile e modificabile mediante programmi di training specifico (19-20); ciò indirettamente suggerisce che anche l'*hospital-de-*

pendent patient, se intercettato precocemente ed avviato per tempo a programmi di intervento specifici, potrebbe, almeno in alcuni casi, migliorare la propria condizione clinica.

I meccanismi causali delle chronic critical illnesses sono probabilmente meno complessi da individuare rispetto a quelli dell'hospital dependent patient. Infatti, il paziente con chronic critical illness non è necessariamente un paziente fragile e/o disabile, ma lo diventa in modo repentino, ad esempio a seguito di un ictus devastante, di un'insufficienza respiratoria particolarmente grave, un arresto cardiocircolatorio con anossia cerebrale o di un incidente stradale. Secondo il modello teorizzato da Inouye (pensato per spiegare la fisiopatogenesi del delirium, ma che potrebbe essere ben adattato a qualsiasi patologia cronica), il fattore scatenante la chronic critical illness sarebbe talmente grave che un paziente già fragile o disabile prima dell'evento che richiede il ricovero sarebbe destinato al decesso in tempi rapidi. Al contrario, pazienti con un basso carico di fattori di vulnerabilità pre-morboso (e dunque non fragili) riescono a sopravvivere, seppur senza recuperare completamente lo *status quo ante*. In altri termini è la gravità della malattia che ha causato il ricovero che causa in modo sostanzialmente autonomo lo scadimento delle condizioni cliniche del paziente con *chronic critical illness*. I pazienti che ne sono colpiti costituiscono un problema per le aziende sanitarie e gli ospedali perché sono grandi consumatori di risorse. Essi, infatti, richiedono molto spesso presidi meccanici (quali la ventilazione meccanica, la tracheostomia e/o la protesi endogastrica) o sono in coma (o in condizioni di ridotta vigilanza e alterazione dello stato di coscienza). Talora sono necessari vari supporti medici, quali vasopressori, inotropi, e cicli di antibiotici ad ampio spettro (21-22). Ne deriva che la gestione di questi pazienti richiede intensità clinica e tecnologica sia in fase di acuzie (in ospedale) che nei reparti di post-acuzie.

I meccanismi fisiopatogenetici della post-hospital syndrome sono più complessi. Tra di questi i seguenti riportati in tabella 11.1 sembrano i più plausibili.

Tabella 11.1 - Fattori causali coinvolti nella genesi della post-hospital syndrome

Deprivazione di sonno con il sovvertimento dei normali ritmi circadiani
Inadeguato apporto nutrizionale calorico ed energetico
Dolore e discomfort
Incapacità di fronteggiare condizioni particolarmente stressanti sotto il profilo mentale e psicologico
Polifarmacoterapia
Allettamento prolungato (mancata mobilitazione) e decondizionamento fisico

Ciascuno dei fattori ipotizzati concorrerebbe, attraverso meccanismi specifici ed in parte condivisi, ad accrescere la vulnerabilità del soggetto nei confronti di eventi clinici aggravanti e potenzialmente letali. Ad esempio, è stato osserva-

to attraverso studi polisonnografici che i pazienti che sperimentano disturbi del sonno, tra cui una riduzione del tempo complessivo di sonno notturno, una riduzione delle fasi REM e un incremento di quelle non-REM, tendono non solo a sviluppare disfunzioni cognitive e metaboliche, ma anche alterazioni della cascata coagulativa e della funzione immunitaria. I disturbi del sonno nell'individuo anziano possono essere assimilabili a quelli rilevati in individui con jet-lag-type disability (23). In questi soggetti si è anche notato un incremento dei disturbi depressivi del tono dell'umore, una riduzione delle performance cognitive e motorie e disturbi di tipo gastrointestinale (14). Un recente studio ha dimostrato una differente attivazione di aree cerebrali nei pazienti anziani a parità di performance attentiva dopo un periodo prolungato di deprivazione di sonno (24).

Un secondo meccanismo riguarda l'apporto nutrizionale proteico e calorico che non sempre riceve un'adeguata attenzione nel paziente anziano ospedalizzato. Spesso il paziente è costretto a periodi lunghi ed indeterminati di digiuno, in attesa di essere sottoposto a prestazioni diagnostico-terapeutiche (25), e la cancellazione/riprogrammazione di tali procedure comporta ulteriori allungamenti dei periodi di digiuno. La pre-esistenza di demenza è un potente fattore di rischio per un'inadeguata alimentazione durante i pasti in ospedale (25-26). Tali pazienti, se già non malnutriti, possono diventarlo durante la degenza ospedaliera (27-28). È stato stimato che all'incirca il 20% dei pazienti anziani ospedalizzati consuma un quantitativo medio di nutrienti che è inferiore alla metà del fabbisogno energetico. L'inadeguato intake nutrizionale impatta sui sottosistemi dell'organismo, ritardando la guarigione delle lesioni da decubito (se presenti), aumentando il rischio di infezioni, e complessivamente il rischio cardiovascolari e funzionale dell'individuo. Inoltre l'ipoalbuminemia, che come è noto è un potente predittore di prognosi negli anziani ospedalizzati, può elevare la concentrazione plasmatica libera di alcuni farmaci, con potenziale tossicità sul sistema nervoso centrale (29). Non sorprende quindi che studi clinici abbiano dimostrato che la perdita di peso e la diminuzione dei livelli di albumina plasmatica alla dimissione ospedaliera siano tra i più potenti predittori di riammissione ospedaliera nel breve termine (30).

Per quanto concerne il dolore e il discomfort, così comuni tra gli anziani, sono anch'essi valutati in modo non sempre corretto nel corso della degenza e, ancor più raramente, alla dimissione. Come noto il dolore può determinare delirium, disturbi del sonno, disturbi del tono dell'umore (31-33) e può impattare sulle funzioni immunitarie e metaboliche (34).

La polifarmacoterapia è un problema non meno rilevante. Come noto, alcuni medicinali possono esercitare un effetto negativo sulle funzioni cognitive e sulla mobilità del paziente anziano. In particolare le benzodiazepine, e in genere tutti i farmaci psicoattivi, comunemente prescritti alla dimissione dai reparti

ospedalieri per acuti, sono determinanti fortissimi di eventi clinici avversi quali il delirium, le cadute; possono anche impattare negativamente sullo stato immunitario, sulla coagulazione e sul sistema simpatico. Non è soltanto un problema di interazioni, ma anche di cambiamenti età-correlati della farmacocinetica e farmacodinamica che possono far sì che un farmaco eserciti un effetto nocivo pur mantenendo concentrazioni ematiche nel range terapeutico. I farmaci possono rappresentare la sola causa scatenante di delirium nel 12-39% dei casi (35). È poi opportuno ricordare che quelli dotati di attività anticolinergica sono potenzialmente a rischio di alterare le performance cognitive e determinare delirium, inclusi non soltanto i farmaci psicoattivi, ma anche altri apparentemente insospettabili, come alcuni antibiotici, antistaminici, antidiarroeici e perfino alcuni prodotti da banco (36). Recentemente, l'American Geriatric Society, riconoscendo il potenziale pericolo indotto dall'uso di benzodiazepine e neurolettici, ha emanato un decalogo nel quale, al secondo punto, si raccomanda di non prescrivere farmaci di questo tipo per la cura dei disturbi del sonno nell'anziano (37).

Il decondizionamento e l'allettamento prolungato costituiscono uno dei determinanti più importanti della "post-hospital syndrome". Brown ha dimostrato che l'immobilità durante il ricovero è associata a una serie di outcomes negativi, incluso un maggior tasso di declino nell'autonomia nelle ADL (attività della vita quotidiana), un maggior rischio d'istituzionalizzazione e decesso, anche dopo aver controllato per una serie di variabili potenzialmente confondenti (età, sesso, stato civile, gravità di malattia e disabilità pre-ricovero) (38).

La scarsa mobilità dei pazienti anziani ricoverati in ospedale è stata recentemente documentata anche da uno studio che ha utilizzato un accelerometro, e dunque uno strumento oggettivo di misurazione dell'attività motoria (39). In questo studio, gli autori hanno dimostrato come l'83% del tempo durante la degenza veniva trascorso a letto anche da anziani assolutamente in grado di deambulare durante la degenza. In un altro studio, tali pazienti trascorrevano in media 17 ore al giorno a letto ed oltre 5 ore da seduti (40). L'allettamento e/o la scarsa mobilità determinano, a loro volta, una perdita più o meno rilevante della massa muscolare e della forza (sarcopenia) (18). Tali condizioni (allettamento e inattività) favoriscono una marcata riduzione della sintesi proteica muscolare. È stato, infatti, dimostrato che brevi periodi di inattività a letto (10 giorni) sono in grado di determinare, anche in anziani sani, una perdita del 13% della forza e della potenza muscolare, con riduzione della capacità aerobica massimale (39-40). La perdita di massa muscolare è stata stimata in circa 1 Kg, cioè da 3 a 6 volte più rapida rispetto ai giovani in condizioni analoghe, nonostante un adeguato introito dietetico di proteine con la dieta.

Infine non si deve dimenticare che il soggetto anziano (e spesso anche il caregiver, se anziano) ha di per sé una minor capacità di fronteggiare condizioni particolarmente stressanti sotto il profilo mentale e psicologico. Tale incapacità è

sovente condizionata anche dalla coesistenza di deficit cognitivi e disturbi del tono dell'umore pre-esistenti al ricovero. In questo senso, si dovrebbe ricordare che l'approccio del team al paziente anziano dovrebbe essere finalizzato a minimizzare situazioni di potenziale stress (come ad esempio l'allontanamento del familiare dal letto di degenza).

Le soluzioni possibili

Numerosi fattori clinici ed extraclinici sono stati proposti come determinanti dei re-ricoveri a 30 giorni nella popolazione di pazienti dimessi dall'ospedale per acuti. Tra questi, un inadeguato regime terapeutico dei pazienti, un'inadeguata offerta di servizi sanitari post-dimissione e la mancanza di chiarezza su chi debba prendersi cura del paziente dopo la dimissione (il general practitioner o il medico dell'ospedale) sembrano essere tra i più importanti (2). Per ridurre il crescente numero di re-ospedalizzazioni a 30 giorni (ed il conseguente incremento dei costi sanitari), il Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ha introdotto in questi anni modalità di sanzione per gli ospedali statunitensi inadempienti, in alcuni casi di entità tale che la sanzione supera l'intero rimborso dell'ospedalizzazione (41). L'eccesso di riammissioni è misurato calcolando il rapporto tra le performance di riammissione dell'ospedale esaminato e la media nazionale per una determinata patologia; si basa inoltre sui dati di dimissione dei tre anni precedenti. Per l'anno 2013 le penalizzazioni sono state mediamente di lieve entità (circa 1% del totale) e applicate soltanto a tre condizioni morbose (infarto miocardico acuto, scompenso cardiaco e polmonite), ma il sistema statunitense prevede di includere nei prossimi anni un maggior numero di patologie indice e di erogare multe più elevate. Per far fronte alle possibili penalizzazioni, gli ospedali si sono attivati, creando figure dedicate (care coordinator, postdischarge pharmacists, care-transition coaches) e offrendo un pacchetto di ore aggiuntive per l'assistenza al domicilio (5). Sono stati proposti programmi di educazione del paziente e dei familiari riguardo la diagnosi e il razionale della terapia consigliata, al fine di garantire una maggiore adesione alla stessa. Sono state pensate soluzioni per una pronta disponibilità dei farmaci alla dimissione (attraverso le farmacie ospedaliere), per un potenziamento della continuità assistenziale e dell'assistenza domiciliare, prevedendo visite specialistiche facilmente accessibili al domicilio ed interventi di riabilitazione/assistenza. Ma quali di questi interventi è efficace? In una recente review sistematica e meta-analisi, comprensiva di 42 trials clinici, Leppin e colleghi hanno evidenziato l'efficacia della maggior parte degli interventi testati (42). In particolare interventi quali la pianificazione precoce della dimissione, il case management, i follow-up telefonici, il telemonitoraggio a distanza, il training del paziente e dei familiari, la revisione farmaco-

logica predimissione, la programmazione di visite al domicilio, l'attivazione di linee telefoniche dedicate e gli interventi di riabilitazione precoce post-dimissione si sono dimostrati globalmente efficaci nel ridurre il rischio di re-ospedalizzazione a 30 giorni. Tra le spiegazioni fornite dagli autori, anche a fronte di ulteriori analisi procedurali e statistiche, quella più convincente riguarda la capacità di instaurare un rapporto fiduciario medico-paziente, potenziando la capacità della rete (paziente/caregiver/general practitioner) di prevenire gli scompensi clinici e di rispettare la programmazione degli interventi di sorveglianza sanitaria. Uno dei messaggi più significativi dello studio è che l'approccio tipicamente geriatrico (multidimensionale) sembra essere vincente per fare fronte in modo efficiente al problema delle riospedalizzazioni (42).

Conclusioni

Gli ospedali rappresentano ancora oggi un luogo fondamentale di cura per il cittadino. È però sempre più evidente che, soprattutto per le persone anziane fragili, essi possono anche diventare apparati in grado di produrre disabilità e sofferenza. Negli ultimi anni la quota di pazienti che, ricoverata in ospedale per malattia acuta, sviluppa *hospital-dependence* e/o *post-hospital syndrome*, è in costante crescita. Le strategie di prevenzione e cura per queste problematiche sono, oggi, soltanto delineate, proprio perché trattasi di condizioni cliniche di recente acquisizione teorica. Ottimizzare la *care* dei pazienti anziani ricoverati, ridurre le sindromi da immobilità e favorire gli interventi riabilitativi in ospedale sono requisiti fondamentali (43). Ad esempio, potrebbero essere abbattute alcune barriere architettoniche e adottati interventi riabilitativi standardizzati per favorire la mobilitazione dei pazienti più fragili. L'ambiente ospedaliero, come noto, è spesso non idoneo a soddisfare le complesse esigenze dei pazienti anziani. In molti reparti sono ancora presenti barriere architettoniche nelle stanze e nei bagni, i letti sono troppo alti, i corridoi inadatti per la deambulazione, né vi sono locali dedicati allo svolgimento della riabilitazione e dell'attività motoria. Inoltre la metodologia di gestione di questi pazienti è troppo spesso quella tradizionale, che è adatta al paziente adulto ma lo è molto meno all'anziano, in quanto fragile, afflitto da numerose comorbilità, deterioramento cognitivo e disabilità premorbose. In molti casi, inoltre, medici e personale di assistenza sono ancora convinti dell'utilità del riposo a letto (pratica spesso incentivata per prevenire la possibilità di cadute). Infine l'intervento fisioterapico è limitato soltanto a pochi casi selezionati, senza una strategia complessiva, e non vi è quasi mai traccia del terapeuta occupazionale che, al contrario, è figura centrale nella prevenzione delle sindromi da immobilità e nel recupero dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana.

Gli interventi di cura dovrebbero essere coordinati anche una volta avvenuta la dimissione dall'ospedale per acuti. Troppo spesso vi è una separazione netta tra quanto è avvenuto in ospedale e quanto è demandato al domicilio, senza che vi sia una corretta trasmissione delle informazioni tra i vari attori della cura. Mancano sistemi di identificazione pre-dimissione delle persone a rischio, percorsi specifici per favorire la transizione ospedale-post-acute-domicilio, follow-up dedicati e strutturati, counselling telefonici e soprattutto servizi efficienti di riabilitazione post-dimissione, sia in strutture dedicate che al domicilio. Troppo spesso le riabilitazioni extraospedaliere selezionano l'utente da riabilitare sulla base di stereotipi culturali e convenienze particolari; così facendo una quota importante di individui fragili anziani, che beneficerebbero di interventi a basso contenuto tecnologico, ma rapidi ed intensivi, rimangono esclusi dall'intervento riabilitativo e finiscono con il rientrare nel circuito ospedaliero rivolgendosi al Pronto Soccorso degli ospedali di riferimento non appena le condizioni cliniche subiscono la minima variazione. Ovviamente per attuare ciò serve elevare il livello di competenza geriatrica tra gli attori della cura e delineare percorsi chiari e semplificati per la transizione. I servizi di assistenza e riabilitazione domiciliare dovrebbero dotarsi di obiettivi chiari e condivisibili (non un'assistenza generica a chi richiede aiuto, ma un intervento specifico ed intensivo con la finalità di ridurre le ri-ospedalizzazioni) e di modalità di intervento flessibili.

Infine, potrebbe essere opportuno costruire un sistema integrato di indicatori che consenta di leggere la risposta ai bisogni degli anziani in modo efficiente; un sistema che non standardizzi necessariamente per età i singoli indicatori, ma che li identifichi (in modo coerente con l'età del soggetto) in relazione al servizio richiesto per quel determinato utente. Sempre a questo proposito, andrebbe considerata anche l'opportunità di utilizzare il diverso approccio dei servizi sanitari regionali all'assistenza territoriale e ospedaliera agli anziani come sperimentazione di fatto (sul campo), interpretandone i risultati in chiave di politica sanitaria ed avviando le trasformazioni richieste con un approccio evidence-based.

Sono necessari importanti sforzi di rinnovamento dei sistemi sanitari per assicurare le cure appropriate a questa tipologia di utenti del sistema sanitario. È altresì necessario, in attesa di questo rinnovamento, che la comunità dei medici si interroghi più approfonditamente su come vengano erogate le cure in relazione alla prognosi ed alla qualità della vita dei pazienti. È quindi importante indirizzare l'attenzione della ricerca geriatrica e di politica sanitaria a questo particolare segmento dell'utenza ospedaliera: un obiettivo imprescindibile in una società che invecchia.

Bibliografia

1. DHARMARAJAN K., HSIEH A.F., LIN Z. et al. (2013), *Diagnoses and timing of 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, acute myocardial infarction, or pneumonia*, J Am Med Assoc, 309:355-63.
2. GOODMAN D. (2013), *The revolving door: a report on U.S. hospital readmissions*, Prince: Robert Wood Johnson Foundation, February.
3. JENCKS S.F., WILLIAMS M.V., COLEMAN E.A. (2009), *Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program*, N Engl J Med, 360:1418-28.
4. MORANDI A., BELLELLI G., VASILEVSKIS E.E. et al. (2013), *Predictors of rehospitalization among elderly patients admitted to a rehabilitation hospital: the role of polypharmacy, functional status, and length of stay*, J Am Med Dir Assoc, 14:761-7.
5. REUBEN D.B., TINETTI M.E. (2014), *The hospital-dependent patient*, N Engl J Med, 370:694-7.
6. CARSON S.S. (2012), *Definitions and epidemiology of the chronically critically ill*, Respir Care, 57:848-56, discussion 56-8.
7. INOUE S.K. (2006), *Delirium in older persons*, N Engl J Med, 354:1157-65.
8. GILL T.M., ALLORE H.G., HOLFORD T.R., GUO Z. (2004), *Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons*, J Am Med Assoc, 292:2115-24.
9. McVEY L.J., BECKER P.M., SALTZ C.C., FEUSSNER J.R., COHEN H.J. (1989), *Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients. A randomized, controlled clinical trial*, Ann Intern Med, 110:79-84.
10. LANDEFELD C.S., PALMER R.M., KRESEVIC D.M., FORTINSKY R.H., KOWAL J. (1995), *A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients*, N Engl J Med, 332:1338-44.
11. SAGER M.A., RUDBERG M.A., JALALUDDIN M. et al. (1996), *Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization*, J Am Geriatr Soc, 44:251-7.
12. MAHONEY J.E., SAGER M.A., JALALUDDIN M. (1998), *New walking dependence associated with hospitalization for acute medical illness: incidence and significance*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 53:M307-12.
13. PEDONE C., ERCOLANI S., CATANI M. et al. (2005), *Elderly patients with cognitive impairment have a high risk for functional decline during hospitalization: The GIFA Study*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 60:1576-80.
14. KRUMHOLZ H.M. (2013), *Post-hospital syndrome – an acquired, transient condition of generalized risk*, N Engl J Med, 368:100-2.
15. KANSAGARA D., ENGLANDER H., SALANITRO A. et al. (2011), *Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review*, J Am Med Assoc, 306:1688-98.
16. CLEGG A., YOUNG J., ILIFFE S., RIKKERT M.O., ROCKWOOD K. (2013), *Frailty in elderly people*, Lancet, 381:752-62.
17. CESARI M., GAMBASSI G., VAN KAN G.A., VELLAS B. (2014), *The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes*, Age Ageing, 43:10-2.
18. FRIED L.P., TANGEN C.M., WALSTON J. et al. (2001), *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 56:M146-56.

19. MORLEY J.E., VELLAS B., VAN KAN G.A. *et al.* (2013), *Frailty consensus: a call to action*, *J Am Med Dir Assoc*, 14:392-7.
20. PAHOR M., GURALNIK J.M., AMBROSIUS W.T. *et al.* (2014), *Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial*, *J Am Med Assoc*, 311:2387-96.
21. CARSON S.S., BACH P.B. (2002), *The epidemiology and costs of chronic critical illness*, *Crit Care Clin*, 18:461-76.
22. NELSON J.E., COX C.E., HOPE A.A., CARSON S.S. (2010), *Chronic critical illness*, *Am J Respir Crit Care Med*, 182:446-54.
23. THORPY M.J., YAGER J. (2001), *The Encyclopedia of Sleep and Sleep Disorders*, In: 2nd ed., New York: Facts on File.
24. ALMKLOV E.L., DRUMMOND S.P., ORFF H., ALHASSOON O.M. (2014), *The Effects of Sleep Deprivation on Brain Functioning in Older Adults*, *Behav Sleep Med*, 1-22 [Epub ahead of print].
25. FOSS N.B., JENSEN P.S., KEHLET H. (2007), *Risk factors for insufficient perioperative oral nutrition after hip fracture surgery within a multi-modal rehabilitation programme*, *Age Ageing*, 36:538-43.
26. BERKHOUT A.M., COOLS H.J., VAN HOUWELINGEN H.C. (1998), *The relationship between difficulties in feeding oneself and loss of weight in nursing-home patients with dementia*, *Age Ageing*, 27:637-41.
27. TURCO R., TORPILLIESI T., BELLELLI G., TRABUCCHI M. (2011), *Frequency of malnutrition in older adults: a comment*, *J Am Geriatr Soc*, 59:762-3.
28. BELLELLI G., MAGNIFICO F., TRABUCCHI M. (2008), *Outcomes at 12 months in a population of elderly patients discharged from a rehabilitation unit*, *J Am Med Dir Assoc*, 9:55-64.
29. TRZEPACZ P.T., FRANCIS J. (1990), *Low serum albumin levels and risk of delirium*, *Am J Psychiatry*, 147:675.
30. FRIEDMANN J.M., JENSEN G.L., SMICKLAS-WRIGHT H., MCCAMISH M.A. (1997), *Predicting early nonelective hospital readmission in nutritionally compromised older adults*, *Am J Clin Nutr*, 65:1714-20.
31. MEIER D.E. (2012), *Pain as a cause of agitated delirium*, *Arch Intern Med*, 172:1130.
32. SMITH M.T., HAYTHORNTHWAITE J.A. (2004), *How do sleep disturbance and chronic pain inter-relate? Insights from the longitudinal and cognitive-behavioral clinical trials literature*, *Sleep Med Rev*, 8:119-32.
33. BERNA C., LEKNES S., HOLMES E.A., EDWARDS R.R., GOODWIN G.M., TRACEY I. (2010), *Induction of depressed mood disrupts emotion regulation neurocircuitry and enhances pain unpleasantness*, *Biol Psychiatry*, 67:1083-90.
34. CALVO M., DAWES J.M., BENNETT D.L. (2012), *The role of the immune system in the generation of neuropathic pain*, *Lancet Neurol*, 11:629-42.
35. ALAGIAKRISHNAN K., WIENS C.A. (2004), *An approach to drug induced delirium in the elderly*, *Postgrad Med J*, 80:388-93.
36. CLEGG A., YOUNG J.B. (2011), *Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic review*, *Age Ageing*, 40:23-9.
37. AGS, WORKGROUP CW. (2014), *American Geriatrics Society Identifies Another Five Things That Healthcare Providers and Patients Should Question*, *J Am Geriatr Soc*, 62:950-60.

38. BROWN C.J., FRIEDKIN R.J., INOUE S.K. (2004), *Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients*, J Am Geriatr Soc, 52:1263-70.
39. BROWN C.J., REDDEN D.T., FLOOD K.L., ALLMAN R.M. (2009), *The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults*, J Am Geriatr Soc, 57:1660-5.
40. PEDERSEN M.M., BODILSEN A.C., PETERSEN J. et al. (2013), *Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 68:331-7.
41. COMMISSION MPA. (2007), *Report to the Congress: Promoting Greater Efficiency in Medicare*, Washington DC: Medicare Payment Advisory Commission.
42. LEPPIN A.L., GIONFRIDDO M.R., KESSLER M. et al. (2014), *Preventing 30-Day Hospital Readmissions: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Trials*, JAMA Intern Med, 174(7):1095-107.
43. BELLELLI G., TRABUCCHI M. (a cura di), (2009), *Riabilitare l'anziano: teoria e strumenti di lavoro*, 1st ed., Roma: Carocci.

12. La riabilitazione della persona non autosufficiente: obiettivi e limiti dentro e fuori dall'ospedale

Bruno Bernardini

Il contesto e i riferimenti della riabilitazione

L'invecchiamento della popolazione e i progressi della medicina – che permettono di estendere l'indicazione di molti trattamenti a fasce di età sempre più avanzate – hanno cambiato radicalmente il panorama epidemiologico, con le condizioni croniche che oggi dominano lo scenario. La dinamica della cronicità ha evidenziato limiti e criticità a livello culturale, organizzativo, economico e politico e vengono proposti nuovi paradigmi per affrontare la complessità delle condizioni croniche e offrire ai pazienti le migliori cure.

Un modello descrittivo della non autosufficienza è stato presentato dall'OMS nel 2001 nella sua classificazione ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della salute e disabilità). Il concetto si basa su tre livelli interagenti: il livello di organo (impairment), il livello individuale (attività) e il livello sociale (partecipazione). Una o più limitazioni possono coesistere a più livelli. Condizioni individuali, quali la multimorbilità, differenze nella vulnerabilità, caratteristiche di personalità, strategie di "coping" e resilienza, così come i fattori ambientali e sociali, influenzano tutti e tre i livelli. ICF consente la mappatura, anche estremamente dettagliata, di tutte le componenti della non autosufficienza e rappresenta un passo avanti fondamentale per la sua classificazione. Resta tuttavia un modello di riferimento concettuale più che uno strumento di misura trasferibile nella pratica corrente.

In un importante lavoro del 2004, Fried *et al.* hanno posto le basi per una lettura più dinamica ed interpretativa della cronicità, dimostrando che la combinazione di marcatori di sole tre dimensioni, fragilità, multimorbilità e disabilità identifica fenotipi clinici differenti per bisogni, complessità di cura ed esiti (Fried *et al.*, 2004). Nel processo d'invecchiamento, con o senza malattia, l'esordio della disabilità marca il passaggio da una gestione prevedibile ad una ad elevato rischio clinico, che richiede risposte a complessità progressiva. Questo modello di "disablement" più vicino alla clinica è evoluto in varie forme e declinazioni (Wells *et al.*, 2003a) (Wells *et al.*, 2003b), fino a rappresentare uno standard ben trasferibile nella clinica.

Le *chronic conditions* non devono essere considerate in maniera convenzionale come malattie isolate (es. malattie vascolari, diabete, cancro, asma) perché “Le richieste dei pazienti, delle famiglie e dei sistemi sanitari sono le medesime e le strategie di cura sono trasversali a tutte le condizioni croniche, rendendole per questo molto più simili tra loro che differenti” (Kawar, 2001).

La riabilitazione cura le conseguenze delle malattie per migliorare l'autonomia e la qualità di vita delle persone disabili e alleviare il peso della non autosufficienza. In ogni fase della disabilità la componente riabilitativa delle cure conserva una valenza terapeutica: preventiva, di recupero intrinseco, adattativa o palliativa, da adattare in relazione alla natura della malattia, alla prognosi, alle risorse del paziente e dell'ambiente di cura, familiare e sociale.

Geriatría e Fisiatria sono le discipline mediche più rappresentative del mondo riabilitativo, che comprende a buon diritto anche molte altre importanti professionalità, mediche e non. Geriatría e Fisiatria condividono principi comuni e approcci complementari, fanno riferimento a modelli funzionali multidimensionali e hanno nel lavoro di team la loro specifica modalità operativa.

Nel documento di sintesi di un importante meeting intersocietario tra geriatri e fisiatri statunitensi, si afferma che “I geriatri sono propensi a cogliere i principi della riabilitazione medica, come, ad esempio, il valore dell'esercizio e l'importanza delle strategie compensatorie. Tuttavia, a molti geriatri non è ancora evidente che la fisiatria applica su larga scala questi principi e che fisiatri sono specialisti in competenze necessarie alla geriatría. Viceversa, i fisiatri spesso sono lenti a riconoscere e intervenire sulle sindromi geriatriche comuni che impattano sulle abilità funzionali come incontinenza urinaria, politerapia, cadute, delirio, demenza e depressione” (Strasser *et al.*, 2002).

Malattie croniche e cure primarie

Le cardiopatie, il cancro, l'ictus, le malattie polmonari, le patologie osteoarticolari e il diabete mellito sono le condizioni croniche di maggior rilievo epidemiologico per mortalità, disabilità o costi sanitari associati. La prevalenza di patologie croniche è un fenomeno età-associato, anche se non esclusivo della popolazione anziana. L'80% degli anziani presenta almeno una malattia cronica, circa il 50% è affetto da 2 o più condizioni croniche. Se si considerano gli ultraottantenni, la quota di persone con multimorbilità sale a oltre al 70% (Barnett *et al.*, 2012).

In ogni definizione di malattia cronica emergono forti i concetti di persistenza, inguaribilità e conseguenze funzionali disabilitanti. La cronicità lascia inevitabilmente esiti, incide pesantemente sulla qualità della vita, entra a fare parte

dell'identità dell'individuo e del nucleo familiare, con ripercussioni emotive, sociali, economiche, il tutto in maniera dinamica, con crisi e recuperi ciclici.

Per ottenere i risultati migliori nelle cure a lungo termine è indispensabile un forte impegno comune tra il paziente, la famiglia, i team di cura e tutti i servizi, ospedalieri e soprattutto di comunità. Gli obiettivi delle cure consistono nel minimizzare l'impatto della patologia sulla vita del paziente, mitigare le limitazioni funzionali, lo stress emotivo, aiutare l'adattamento dell'individuo a nuove condizioni di equilibrio, agire per ridurre le complicanze e "comprimere" la non autosufficienza verso età sempre più avanzate.

Su queste premesse sono stati sviluppati a livello di cure primarie diversi modelli di *chronic care* (Bodenheimer *et al.*, 2002). Lavoro di team interprofessionali su percorsi predefiniti, interventi pro-attivi, empowerment del paziente e dei familiari con orientamento e supporto all'auto-cura, ingaggio e integrazione di tutte le risorse del territorio, impiego estensivo di sistemi informatici a supporto decisionale sono gli strumenti e gli obiettivi dichiarati per un'organizzazione più efficiente delle cure.

La malattia come unico criterio-guida per la pianificazione delle cure nella cronicità è tuttavia un "drive" decisionale e gestionale incompleto. I pazienti fragili, quelli che presentano multimorbidità fisica e mentale o sono disabili (Boult and Story, 2010) (Saitz *et al.*, 2013) sono a elevato rischio di ricevere cure frammentate e di bassa qualità (Tinetti, Fried e Boyd, 2012).

In alcune regioni italiane (es. Toscana e Lombardia) sono in sperimentazione avanzata modelli di Chronic Care che coinvolgono servizi ambulatoriali, domiciliari, e le strutture intermedie. Un limite che traspare da queste esperienze è che i percorsi sono malattia-orientati e improntati alla prevenzione primaria che, pur importante, non esaurisce le risposte ai bisogni della cronicità. Inoltre, non riconoscere alla riabilitazione un ruolo centrale in tutto il settore della post-acuzie stabilisce un'ingiustificata disparità nella qualità delle cure a sfavore proprio delle persone più fragili e non autosufficienti.

Sindromi geriatriche o sindromi ospedaliere?

Il ricovero ospedaliero può impattare drammaticamente sulle risorse fisiche e mentali dei pazienti e innescare problematiche multisistemiche che esitano in disabilità fisica e mentale che perdura nel tempo (Pandharipande *et al.*, 2013). La maggior parte di queste problematiche si sviluppa in anziani vulnerabili, sono sindromi a patogenesi multifattoriale e non sempre riconducibili a patologie definite: immobilità, delirium, malnutrizione, incontinenza, dolore, depressione, infezioni (Inouye *et al.*, 2007). La letteratura è piena di evidenze che dimostrano come la presenza anche di una sola sindrome costituisce un potente fattore di ri-

schio di declino funzionale e mortalità. La clusterizzazione di più sindromi produce quadri clinici di estrema complessità e gravità, con pazienti “ospedale dipendenti” o “cronicamente critici” (Lamas, 2014), che possono essere curati solo in un contesto di elevata intensità diagnostico terapeutica e assistenziale.

Le cause delle sindromi geriatriche sono molteplici e modificabili solo in parte: l’impatto specifico della malattia acuta, l’allettamento forzato, gli effetti collaterali delle terapie farmacologiche (ad es. diuretici, antibiotici, farmaci oncologici) e degli interventi chirurgici, la presenza di presidi o dispositivi medici (cateri, sonde, vie venose, drenaggi) o l’uso di macchinari per sostenere o sostituire funzioni vitali (es. ventilazione, dialisi).

I fattori ambientali della iatrogenesi ospedaliera sono invece ampiamente modificabili. I reparti per acuti hanno un layout architettonico e un’organizzazione di lavoro concentrata per erogare rapidamente il massimo della cura nelle fasi acute o critiche della malattia e non prevedono spazi, modalità operative o supporto riabilitativo che promuovano e favoriscano l’autonomia dei pazienti.

Di fatto, almeno il 30% degli anziani ricoverati in ospedale per malattie non intrinsecamente disabilitanti perdono durante il ricovero capacità motorie e cognitive e sono dimessi con livelli di autosufficienza peggiori rispetto a quello pre-morboso. Ad un anno, solo un terzo di questi recupera completamente, mentre il 40% circa è deceduto (Covinsky *et al.*, 2011). Esclusi i pazienti tipici della riabilitazione, il bisogno riabilitativo “generico” all’interno dell’ospedale può coincidere appunto con questa quota.

Le sindromi geriatriche non hanno tutte il medesimo potenziale patologico: immobilità, disabilità comunicativa (es. per demenza, delirium, deficit specifici del linguaggio) e incontinenza urinaria hanno il maggiore potenziale patologico, per velocità di insorgenza, impatto, persistenza e “funzione di magnete” per le altre condizioni che tendono a sovrapporsi.

Un intervento mirato alla prevenzione, e al trattamento precoce delle sindromi maggiori, dovrebbe coinvolgere tutto il personale e, quando possibile, familiari e volontari. Su questa base, possono inserirsi programmi riabilitativi più strutturati condotti da fisioterapisti.

L’ospedale del prossimo futuro, soprattutto in relazione ai nuovi modelli organizzativi disegnati per intensità di cure o per “Centri”, con un mandato forte di conciliare efficienza ed efficacia, dovrà probabilmente comprendere, oltre alla riabilitazione intensiva, moduli di degenza a componente riabilitativa per il trattamento di pazienti altamente complessi, moduli funzionali in co-gestione con gli specialisti (sul modello delle Unità di Ortogeriatría), servizi dedicati allo screening e al trattamento dei pazienti a rischio di decadimento funzionale e alla definizione precoce dei percorsi di cura post-acuti, compreso l’ambito oncologico.

Frammentazione delle cure e delle informazioni

I pazienti complessi necessitano spesso di passaggi da un livello di cura all'altro o da una struttura all'altra. Ad esempio, i pazienti con postumi di frattura di femore hanno mediamente quasi 4 "transizioni" da un ambiente di cura all'altro. Queste transizioni sono un rischio clinico e di uso improprio dei servizi (accesso tardivo o errato alle cure, moltiplicazione di prestazioni). Ogni ambiente tende a operare in modo indipendente e senza una piena conoscenza dei problemi aperti, delle cure, della terapia farmacologica, o delle stesse preferenze dei pazienti. La "pianificazione delle dimissioni" è una vera e propria attività di tutoraggio sul paziente ed i familiari da parte del responsabile del caso.

Negli Stati Uniti circa il 30% degli anziani ospedalizzati viene trasferito in strutture o servizi di post-acuzie a varia componente riabilitativa: Skilled Nursing Facilities (12,5%), Servizi Domiciliari (11,0%), Long Term Care Hospitals (5,0%), Hospice (1,8%). Circa il 5% di questi necessita di un ulteriore successivo ricovero in setting di cura a minore intensività prima di tornare al domicilio o essere ricoverati in maniera definitiva nelle Nursing Homes.

Nella nostra realtà i dati sono simili, ma non conosciamo il bisogno riabilitativo vero dei pazienti dimessi sul territorio, perché la Scheda di Dimissione Ospedaliera non rileva nessuna informazione sulle capacità funzionali dei pazienti.

La barriera più importante che ostacola il governo clinico è la carenza di informazioni standardizzate che permettano la comprensione dei flussi dei pazienti, la composizione per case-mix delle casistiche, l'intensità delle cure fornite ed i risultati ottenuti. Tracciare i percorsi con indicatori sensibili a queste dimensioni potrebbe contribuire anche a risolvere la non equità nella remunerazione delle prestazioni, attualmente centrata sulla tipologia dei servizi e non sul profilo di complessità di cura dei pazienti.

La riabilitazione post-acuta e il lavoro riabilitativo

Anche la riabilitazione risente della transizione demografica ed epidemiologica, con spostamento delle casistiche verso le età più avanzate, prevalenza del genere femminile e quote rilevanti di pazienti clinicamente complessi.

In una casistica non selezionata di riabilitazione intensiva ed estensiva (66% donne), un paziente su due ha più di 76 anni e uno su quattro ha più di 83 anni (Bernardini, 2013). La composizione per principali categorie diagnostiche conferma che la domanda post-acuta preminente è di riabilitazione ortopedica (60%), che prevale su quella neurologica (35%). I pazienti ad alta complessità, per compresenza di due o più sindromi geriatriche (molti i pazienti con malattie neurolo-

giche, frattura di femore, “sindromi da decondizionamento”), costituiscono circa il 45% dei casi. Invece, circa il 75% dei pazienti operati in elezione di artroprotesi sono “semplici”, nel senso che richiedono prevalentemente lavoro fisioterapico, con una tutela medica e infermieristica non particolarmente intensa e comunque orientata principalmente alla prevenzione delle complicanze.

Il lavoro riabilitativo sul paziente complesso è multimodale, proattivo e reattivo, tanto più intenso quanto più si è vicini all’evento acuto, e richiede un team preparato e motivato. Il lavoro riabilitativo è un “lavoro di transizione” che in qualsiasi punto della rete, dall’acuzie alla cronicità, si svolge attraverso processi ricorrenti di valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione dei trattamenti, verifica degli obiettivi e nuova ridefinizione e pianificazione. Questo perché l’essenza terapeutica dell’agire riabilitativo è sostanzialmente umana e presuppone il controllo/autocontrollo dei comportamenti di cura da parte di tutte le figure professionali del team. Altro importante motivo che richiama verso un metodo rigoroso è che i pazienti complessi necessitano d’interventi su problematiche simultanee. Nell’insieme dei processi di cura è quindi necessario monitorare continuamente la congruenza tra le scelte diagnostico-terapeutiche per escludere conflitti e ridurre i rischi.

Triage e indicazione di percorso

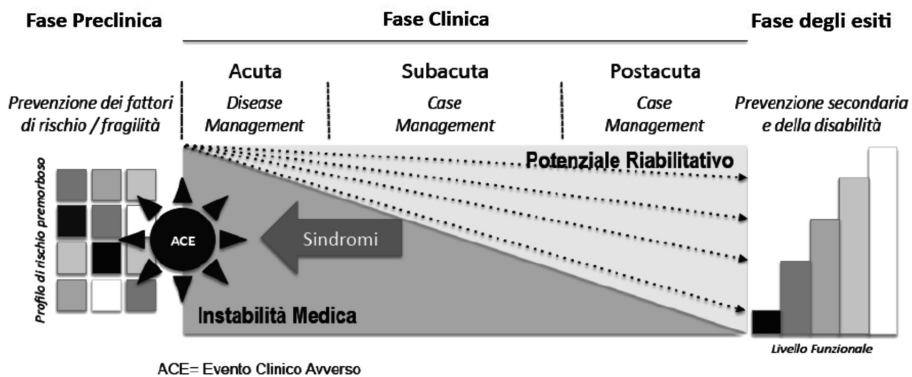
Il triage riabilitativo è un processo di valutazione prognostica finalizzato a selezionare i pazienti che possono trarre un beneficio ottimale o significativo dal ricovero in un ambito riabilitativo. Si basa sulla raccolta dell’anamnesi e l’esecuzione dell’esame obiettivo medico e funzionale (fragilità, multimorbilità e stato funzionale premorbosi, gravità della malattia principale, presenza di sindromi geriatriche), finalizzati a definire il profilo dei bisogni medici, infermieristici e riabilitativi del paziente. Dalla combinazione di questi elementi viene formulata una prognosi sul potenziale di recupero a breve e medio periodo e viene determinato un percorso clinico, da armonizzare con le aspettative del paziente e dei familiari e condividere con il team che prenderà in carico il paziente stesso.

La prognosi è stata definita come un “indovinare informato” e contiene sempre elementi d’incertezza. Nel caso di una prognosi riabilitativa, il problema è che non si conoscono con ragionevole approssimazione gli esiti attesi di un ricovero, a parità di complessità iniziale. Il triage riabilitativo si basa ancora sull’esperienza e sul buon senso del medico, qualità che comunque non tutelano da errori o disparità di comportamenti. In uno studio congiunto SIGG-SIMFER (Società Italiana di Geriatria e Gerontologia e Società Italiana di Medicina Fisica e

Riabilitazione) per la Regione Lombardia è stato evidenziato che, ad eccezione dell'età, non vi era nessuna differenza di complessità e quindi di potenziale riabilitativo, tra pazienti indirizzati in strutture riabilitative intensive o estensive, a riprova che l'accesso alle cure è determinato più da fattori ambientali contingenti che da una diagnostica clinica ponderata.

In molte condizioni a basso-moderato livello di complessità, il triage è relativamente semplice (es. nei postumi d'intervento di artroprotesi in elezione, alcune condizioni post-traumatiche o in sindromi da decondizionamento lievi). Nei pazienti complessi, soprattutto vicini alla fase acuta di malattia o nei pazienti oncologici, la prognosi riguarda anche l'aspettativa di vita. In questi casi il triage è il momento più delicato di tutto il lavoro riabilitativo, anche per importanti implicazioni etiche, dovendo decidere sul futuro della salute del paziente in base ad una conoscenza forzosamente limitata.

Figura 12.1 - Percorsi e traiettorie funzionali della riabilitazione



Nota per Figura 12.1 – In fase acuta le condizioni del paziente dipendono dal profilo di rischio premortale, dalla gravità della malattia principale e dagli effetti, anche iatrogeni, delle terapie effettuate. Più si è lontani dalla fase acuta, minore è l'instabilità medica, ma possono persistere gli elementi di rischio delle sindromi geriatriche sovrainposte. La risoluzione delle sindromi permette un recupero maggiore e più veloce del potenziale riabilitativo, mentre la loro persistenza lo riduce e aumenta il peso delle cure nel lungo periodo.

Assessment e gestione dei bisogni complessi

La valutazione multidimensionale costituisce un insieme affidabile di metodi e strumenti capaci di intercettare le informazioni importanti sulle capacità ed il potenziale di salute del paziente, nonché sulla consistenza della rete di sostegno familiare e sociale. È il cardine del progetto-programma di cure che viene formulato al momento della presa in carico del paziente e personalizzato in base all'entità dei problemi evidenziati su più livelli:

- biologico e clinico (stato di salute fisica, sintomi e segni di malattia);
- mentale e psicologico (tono dell'umore e affettività, capacità cognitive e relazionali);
- funzionale (grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana);
- sociale (convivenza, situazione abitativa, economica, rete di supporto informale e formale).

La fase di definizione degli obiettivi e dei programmi di trattamento è il "core" del lavoro riabilitativo. In una logica di processo, ogni figura professionale elabora in maniera indipendente uno specifico piano di trattamento (concetto di multidisciplinarietà), ma i singoli programmi vengono integrati e coordinati nella riunione di team (concetto di interdisciplinarietà), non ultimo tenendo conto delle aspettative e della qualità di vita del paziente.

Il progetto riabilitativo individuale che caratterizza questa fase del percorso è l'insieme esplicito degli obiettivi finali di salute (clinici, funzionali, socio-relazionali) che appaiono ragionevolmente raggiungibili in rapporto alle risorse del paziente, della sua famiglia e dell'organizzazione stessa. Il progetto costituisce lo schema di riferimento per la programmazione dei trattamenti.

Il programma riabilitativo individuale è l'esplicitazione delle priorità, modalità e tempi dei trattamenti da attivare per raggiungere gli obiettivi prestabiliti. Il programma è multimodale e multi professionale (coinvolge il fisiatra, l'infermiere, e in modo differenziato le figure del terapeuta "neuromotorio", logopedista, terapeuta occupazionale, e l'assistente sociale). Il progetto ed il programma sono aggiornati ciclicamente per garantire l'appropriatezza delle attività svolte.

Se ben pianificato, ogni obiettivo dovrebbe essere SMART, acronimo che sta per Specific (specifico), Measurable (misurabile), Achievable (raggiungibile), Result-focused (focalizzato sui risultati, non sulle attività svolte) e Time-bound (legato a una tempistica di riferimento).

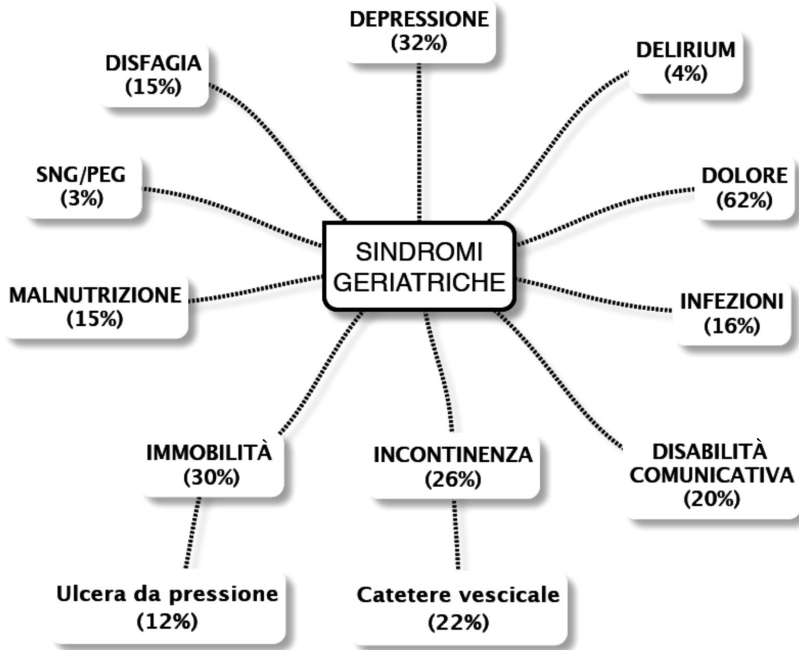
Il lavoro sulle sindromi e gli esiti misurabili

Il lavoro sulle sindromi è uno schema di riferimento che aggrega il lavoro del team e dà senso e misura al lavoro integrato. Tutte le sindromi hanno sottesa una o più patologie o fattori di rischio nella loro genesi (versante medico), e una componente funzionale/comportamentale nel loro determinismo (versante fisioterapico, di terapia occupazionale, cognitiva, e di care infermieristico). L'attenuazione o la risoluzione delle sindromi geriatriche è il "core" e l'unità di misura delle attività riabilitative.

Tipizzare il paziente per la presenza di sindromi consente di identificare i casi più complessi per bisogni medico-infermieristici e riabilitativi, predire l'entità delle risorse necessarie per la cura, organizzare il lavoro riabilitativo su obiet-

tivi espliciti e misurabili ed esprimere un giudizio prognostico (Fig. 12.2). Questi principi sono stati recentemente ben declinati da un comitato di esperti “ad hoc” della American Geriatric Society (AGS 2012).

Figura 12.2 - Prevalenza di sindromi geriatriche all'ammissione in riabilitazione post-acuta intensiva ed estensiva (N=6.011)



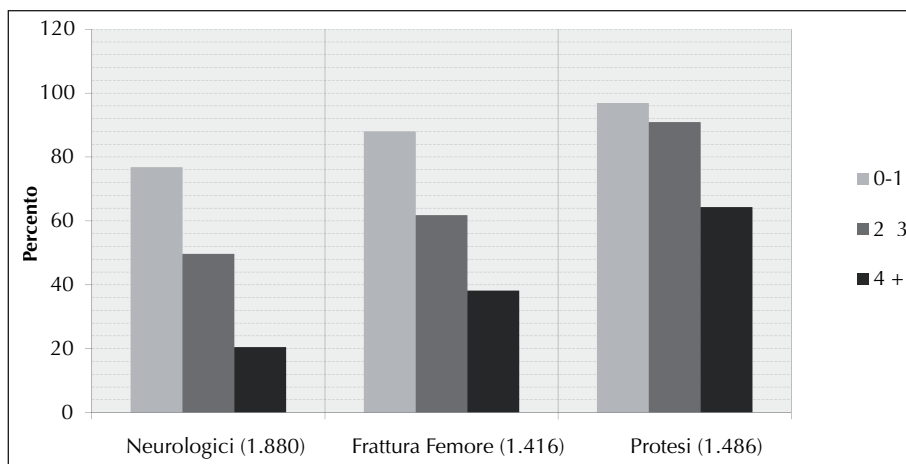
Nota per Figura 12.2 – La prevalenza riguarda tutti i pazienti, indipendentemente dalla malattia per la quale sono stati ricoverati in riabilitazione intensiva o estensiva (principalmente postumi di ictus, gravi cerebrolesioni, frattura di femore, mielopatie, intervento in elezione di protesi di anca e ginocchio). Sistema IPER2 (Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione), dati personali.

La presenza d'indicatori di complessità clinica (presenza di sindromi geriatriche) identifica all'interno di ogni categoria diagnostica maggiore sottogruppi di pazienti significativamente differenti rispetto ad un esito funzionale “robusto”, come il recupero dell'autonomia motoria di base (autonomia nel sit-to stand e nel cammino per almeno 3 metri (Fig. 12.3).

Tra i pazienti neurologici, quelli con 0-1 marcatori di complessità recuperano l'autonomia motoria di base in più del 75% dei casi, quelli con 2-3 marcatori nel 50% circa, e quelli con 4 o più marcatori solo nel 20%. Per la frattura di femore, i pazienti con 4 o più sindromi geriatriche recuperano poco meno dei pazienti neurologici a “complessità intermedia”. I pazienti operati in elezione per

artroprotesi di anca o di ginocchio hanno una prevalenza di complessità significativamente più bassa rispetto alle altre categorie diagnostiche. In questo gruppo i pazienti con 4 o più marcatori di complessità recuperano in misura significativamente più alta rispetto agli altri sottogruppi di pazienti.

Figura 12.3 - Complessità clinica ed esiti funzionali della riabilitazione per categorie diagnostiche maggiori (N=4.782)



Nota per Fig. 12.3 – Il recupero della mobilità di base è significativamente condizionato dalla presenza di marcatori di complessità clinica (sindromi geriatriche, classificate da 0 a 4). Sistema IPER2 (Indicatori di Processo Esito in Riabilitazione), dati personali.

Conclusioni

L'aumento progressivo delle condizioni croniche è da almeno due decenni all'attenzione delle autorità e dei programmatori sanitari. C'è accordo nel riconoscere che le risposte alla cronicità sono carenti, perché l'offerta di servizi è centrata sul modello dell'acuzie e la rete dei servizi territoriali è incompleta e frammentata. Oltre ai vincoli economici e organizzativi, vanno rimosse le barriere culturali che impediscono il riconoscimento pieno della riabilitazione come terapia fondamentale per la cura della cronicità.

La quota dei pazienti con bisogni riabilitativi è in continua crescita e comprende soprattutto i casi ad alta complessità, i "sopravvissuti" a una malattia catastrofica o i pazienti affetti da una malattia disabilitante progressiva. Il lavoro riabilitativo col paziente complesso è multimodale e multiprofessionale, personalizzato sui bisogni, mirato al controllo delle malattie, ma soprattutto al recupero funzionale e al mantenimento dell'autosufficienza. Le cosiddette sindromi geriatriche sono i driver diagnostico-terapeutici del team riabilitativo; la loro rile-

vazione, stadiazione per severità, monitoraggio e risoluzione o attenuazione, con “piccoli guadagni” a più sistemi e livelli, facilita il raggiungimento del potenziale di recupero e il suo mantenimento.

La possibilità di testare efficacia ed efficienza dei percorsi e dei programmi riabilitativi dipende dalla disponibilità d’informazioni complesse relative alla condizione premorbose dei pazienti, alla severità all’ingresso, alla struttura dei processi di cura messi in atto, agli esiti osservati e percepiti. Appare forte la necessità di sviluppare metriche più robuste e uniformi, a supporto del governo clinico nel continuum di cura ospedale-territorio.

Bibliografia

- AGS EXPERT PANEL ON THE CARE OF THE OLDER ADULTS WITH MULTIMORBIDITY (2012), *Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity*, J Am Geriatr Soc, 60(10):1957-68.
- BARNETT K., MERCER S.W., NORBURY M., WATT G., WYKE S., GUTHRIE B. (2012), *Epidemiology of Multimorbidity and Implications for Health Care, Research, and Medical Education: A Cross-Sectional Study*, Lancet, 380(9836):37-43.
- BERNARDINI B., GARDELLA M. (2012), *IPER 2 Indicatori di Preprocesso Esito in Riabilitazione*, ARS Liguria, Quaderno n. 10, <http://www.arsliguria.it>.
- BODENHEIMER T., WAGNER EH., GRUMBACH K. (2002), *Improving Primary Care for Patients with chronic illness. The Chronic Care Model*, J Am Med Assoc, 288(15):1909-14.
- BOULT C., WIELAND G.D. (2010), *Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: “Nobody Rushes You Through”*, J Am Med Assoc, 304(17):1936-43.
- COVINSKY K.E., PIERLUISSI E., JOHNSTON C.B. (2011), *Hospitalization-Associated Disability: “She Was Probably Able to Ambulate, but I’m Not Sure”*, J Am Med Assoc, 306(16):1782-93.
- FRIED L.P., FERRUCCI L., DARER J., WILLIAMSON J.D., ANDERSON G. (2004), *Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for improved targeting and care*, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 59(3):255-63.
- KAWAR R., KEY P., FERNANDEZ DIAZ J.M. (2001), *Innovative Care for Chronic Conditions*, WHO Meeting Report, 30-31 May.
- INOUE S.K., STUDENSKI S., TINETTI M.E., KUCHEL G. (2007), *Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept*, J Am Geriatr Soc, 55(5):780-91.
- LAMAS D. (2014), *Chronic Critical Illness*, New Engl J Med, 370(2):175-77.
- PANDHARIPANDE P.P., GIRARD T.D., JACKSON J.C., MORANDI A., THOMPSON J.L., PUN B.T., BRUMMEL N.E. et al. (2013), *Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness*, New Engl J Med, 369(14):1306-16.
- SAITZ R., CHENG D.M., WINTER M., KIM T.W., MELI S.M., ALLENSWORTH-DAVIES D., LLOYD-TRAVAGLINI C.A., SAMET J.H. (2013), *Chronic Care Management for Dependence on Alcohol and Other Drugs: The AHEAD Randomized Trial*, J Am Med Assoc, 310(11):1156-67.
- STRASSER D.C., SOLOMON D.H., BURTON J.R. (2002), *Geriatrics and Physical Medicine and Re-*

habilitation: Common Principles, Complementary Approaches, and 21st Century Demographics, Arch Phys Med Rehab, 83(9):1323-24.

TINETTI M.E., FRIED T.R., BOYD C.M. (2012), *Designing Health Care for the Most Common Chronic Condition-Multimorbidity*, J Am Med Assoc, 307(23):2493-4.

WELLS J.L., SEABROOK J.A, STOLEE P., BORRIE M.J., KNOEFEL F. (2003a), *State of the Art in Geriatric Rehabilitation. Part I: Review of Frailty and Comprehensive Geriatric Assessment*, Arch Phys Med Rehabil, 84(6):890-97.

13. Specificità, contenuti operativi e risultati attesi dei reparti di post-acuzie e di cure intermedie

Franco Pesaresi

1. Le norme nazionali sulla lungodegenza post-acuzie

Le unità operative di lungodegenza post-acuzie costituiscono il complemento delle modificazioni derivanti dalla rimodulazione della rete ospedaliera (tendenza alla riduzione dei posti letto ospedalieri per acuti, riduzione della durata media della degenza per acuti, tendenza alla progressiva diversificazione specialistica dei posti letto per le funzioni di base, finanziamento delle aziende ospedaliere in base ai DRG) ed una delle possibili opzioni per garantire la continuità assistenziale ai pazienti.

Si può affermare che, soprattutto fra il 1988 e il 1998, si è andato definendo il ruolo e l'organizzazione della lungodegenza post-acuzie con una serie di norme nazionali e di indicazioni ministeriali (cfr. Tab. 13.1) che sono riuscite a dare una funzione ed una caratterizzazione alla disciplina.

A distanza di 25 anni rimangono però ancora da risolvere alcuni aspetti che appaiono contraddittori relativi alla terminologia da usare per la disciplina, alla compatibilità fra standard di personale necessari e tariffa stabilita, ed infine al peso da dare all'attività riabilitativa anche per le ricadute che questo determina sull'organizzazione della struttura e sulla tipologia dei suoi pazienti.

Si tratta in altre parole di meglio definire se la lungodegenza post-acuzie debba essere considerata come facente parte della rete dell'assistenza riabilitativa (come lascerebbero in parte supporre le linee guida sulla riabilitazione del 1998) o se invece la dobbiamo considerare come struttura in cui si eroga anche attività di riabilitazione estensiva, ma che si caratterizza soprattutto nel garantire la continuità assistenziale. Il suo vero significato è infatti da ricondurre principalmente alla capacità di garantire l'integrazione con le unità operative di degenza per acuti (sia internistiche che chirurgiche) rendendo così possibile il completamento del percorso assistenziale ospedaliero di quei pazienti che provengono da tali unità operative, che hanno un lento decorso e sono soprattutto affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale. Su questi temi un contributo è giunto recentemente dall'AGENAS.

Tabella 13.1 - Le norme e indicazioni nazionali sulla lungodegenza post-acuzie

Argomento	Riferimento normativo	Contenuto	Indicazioni AGENAS
Denominazione	l. 412/1991	Lungodegenza post-acuzie	
Posti letto	Conf. Stato Regioni n. 98/2014	0,7 ogni 1.000 abitanti da ripartire fra riabilitazione e lungodegenza post-acuzie di cui almeno 0,2 per la lungodegenza	0,2 ogni 1.000 abitanti. Tasso di utilizzo 95%
Durata degenza massima	DMS 18/10/2012	60 giorni, dopo i quali si applicano delle riduzioni tariffarie del 40%	30 giorni
Tariffe	DMS 18/10/2012	154,00 euro	
Soglia dimensionale minima	D.m. 13/9/1988	32 posti letto	Minima: 20 p.l. Ottimale: 30
Bacino di utenza	Conf. Stato Regioni n. 98/2014	Minimo 80.000 abitanti; massimo 150.000 abitanti.	
Standard di personale	D.m. 13/9/1988	Per modulo di 32 posti letto: 3 medici; 13 infermieri più la capo sala; 4 tecnici della riabilitazione; 8 ausiliari socio-sanitari	
Tipologia dei pazienti	D.m. 13/9/1988 D.m. 13/9/1988 D.m.s. 13/9/1988 L.g. Riab. 7/5/1998 L.g. Riab. 7/5/1998	Pazienti, soprattutto anziani, con forme croniche stabilizzate abbisognevole di trattamenti protratti di conservazione. Pazienti che necessitano di un primo trattamento di rieducazione funzionale, limitatamente alla fase della convalescenza. Pazienti in fase terminale Pazienti non autosufficienti affetti da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate abbisognevole di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continua nelle 24 ore, nonché di nursing infermieristico. Soggetti disabili non autosufficienti, a lento recupero, non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva od affetti da grave disabilità richiedenti un alto supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica continuativa nelle 24 ore	Pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglioramento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle "grandi insufficienze d'organo" accompagnati da altre patologie)

1.1. Le indicazioni dell'AGENAS

Nel 2011, l'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) ha pubblicato un documento contenente le indicazioni per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni in piano di rientro (AGENAS, 2011). Il documento fornisce una serie di indicazioni sulla definizione dell'area ospedaliera della post-acuzie. L'AGENAS afferma che l'ambito della post-acuzie ha come sua specifica connotazione la definizione di modelli integrati di cure flessibili secon-

do le esigenze del cittadino che, dimesso dai reparti ospedalieri per acuti, non è in grado di accedere in sicurezza al proprio domicilio per la sua fragilità complessiva sanitaria e il suo fabbisogno assistenziale.

L'osservazione del funzionamento della rete ospedaliera fa emergere alcune forti criticità:

- la necessità dei reparti per acuti di dimettere sempre più precocemente i pazienti, anche in presenza di pluripatologie o fragilità, insite, ad esempio, nell'invecchiamento;
- i pazienti fragili "non autosufficienti, non stabilizzati o in condizione di sub-acuzie", sono di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri: spesso ricevono risposte inadeguate e la dimissione è problematica;
- la difficoltà delle lungodegenze e dei reparti di recupero e rieducazione funzionale (RRF) di ricoverare pazienti ancora non stabilizzati clinicamente, con il conseguente rischio di inappropriatelyzza delle loro funzioni;
- l'assenza di strutture di cure intermedie ad intensità di cure adeguate alle necessità del paziente;
- la difficoltà nella valutazione omogenea e precoce dei bisogni multidimensionali dei pazienti e la condivisione organizzativa del progetto di cura specifico con il territorio di competenza.

La soluzione suggerita dall'AGENAS prevede:

- la modifica dell'attuale organizzazione regionale dei letti di "lungodegenza", con l'introduzione di letti di cure "intermedie" territoriali, quale segmenti di percorsi che devono essere completati sul territorio;
- l'identificazione delle varie tipologie di setting di cura di post-acuzie in un ambito di continuità assistenziale e contestuale valutazione multidimensionale dei bisogni che condizionano la scelta di percorso e caratterizzano la "presa in carico" del paziente (costruzione dei Piani di Assistenza Individuali);
- la condivisione tra Ospedale e Territorio del percorso di cura prescelto, con identificazione dei criteri di appropriatezza di invio dei pazienti nei vari setting di cura;
- la definizione di indicatori specifici per un'analisi dei livelli di appropriatezza in termini di efficacia ed efficienza;
- l'organizzazione del collegamento operativo con i Distretti delle Asl, competenti per territorio, a cui spettano le funzioni di tutela e di integrazione dei percorsi nella rete di offerta territoriale.

Inoltre, risulta necessario identificare ulteriori parametri per una maggiore qualificazione/appropriatezza del funzionamento di questa area:

- ridefinizione del valore soglia della degenza di 30 giorni;
- identificazione della tipologia di pazienti trattati: pazienti provenienti dai reparti per acuti, particolarmente complessi, che necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, al fine di una stabilizzazione e/o miglio-

mento clinico-funzionale (come ad esempio pazienti portatori delle “grandi insufficienze d’organo” come diagnosi principali, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo).

I fruitori dell’area di lungodegenza ospedaliera sono rappresentati da pazienti di ogni età, i quali, superata la fase acuta della malattia, necessitano ancora di cure e trattamenti intensivi appropriati, possibili in ambito ospedaliero, atti a superare o stabilizzare le limitazioni all’autosufficienza derivanti da malattie e/o infortuni. Questa funzione deve essere realizzata in stretto collegamento funzionale/operativo con l’area delle acuzie, e preferibilmente in contiguità logistica, al fine di garantire adeguata assistenza anche a pazienti ad elevata complessità e con necessità di una gestione specialistica multidisciplinare (area delle cure intermedie).

Per un razionale utilizzo delle risorse le varie strutture dovranno essere di almeno 20 posti letto. L’analisi dei costi evidenzia una dimensione ottimale di due moduli di 30 posti letto circa.

Infine, sempre nel 2011, l’AGENAS ha suggerito un dimensionamento della Lungodegenza post-acuzie pari a 0,2 posti letto per mille abitanti, anticipando di 3 anni l’Intesa (atto n. 98/2014) raggiunta in Conferenza Stato-Regioni che ha stabilito in almeno 0,2 i posti letto per mille abitanti della lungodegenza. Questa recente indicazione programmatica rappresenta un elemento di svolta nell’evoluzione funzionale ed organizzativa della lungodegenza. In una fase di costante ed incisiva riduzione dei posti letto, le indicazioni nazionali sono quelle di salvaguardare i posti letto della riabilitazione (nelle diverse specialità) e di applicare la riduzione dei posti letto dell’area post-acuzie soprattutto nelle unità operative di Lungodegenza. Anche perché la lungodegenza post-acuzie, in questi anni, nonostante le favorevoli indicazioni programmatiche nazionali, non si è mai sviluppata ed è rimasta, quanto a dimensioni, dentro le attuali, ultime, previsioni. Di fronte alle crescenti necessità che derivano da una popolazione sempre più anziana e fragile il tentativo è quello di trasferire parte significativa di tale attività dalla lungodegenza ospedaliera alle “cure intermedie” extraospedaliere, sedi in qualche caso più appropriate per l’assistenza di talune situazioni e anche meno costose.

2. Presenza e attività della lungodegenza post-acuzie

Dal 1989 al 2000 i posti letto pubblici e privati accreditati sono passati da 12.332 a 9.653 (-21,7%) e conseguentemente i posti letto ordinari per mille abitanti sono passati da 0,21 a 0,17, mentre orientativamente se ne dovevano attendere almeno il doppio visti gli standard dimensionali nazionali. Nel decennio successivo i posti letto sono aumentati di 700 unità ma il rapporto con la popolazione è sempre rimasto pari a 0,17 per mille abitanti. In compenso il numero complessivo delle giornate di degenza è aumentato costantemente, passando da 2.663.607 del

1989 a 3.463.597 del 2010 (cfr. Tab. 13.2). Questo vuol dire che è migliorata moltissimo l'efficienza di queste strutture che hanno aumentato i tassi di utilizzo, superando mediamente il 90% ed hanno ridotto la degenza media in modo incisivo, fino a raggiungere performance quasi ottimali.

Il numero dei posti letto è diminuito soprattutto nel privato (-35%), mentre l'attività (espressa in giornate di degenza) è cresciuta sia nel privato (+10,4%) sia soprattutto nel pubblico (+59,1%), sostenuta da un grande aumento del tasso di utilizzo dei letti. Questi interventi hanno portato ad un forte riequilibrio fra pubblico e privato nella dotazione di posti letto; nel 1989 il privato gestiva i due terzi dei posti letto, mentre nel 2010 le dotazioni fra pubblico e privato erano quasi pari. La più grande trasformazione si ha però nella degenza media che dal 1989 al 2012 viene dimezzata passando da 58,5 giornate a 26,8. Qui la riduzione principale l'hanno fatta le strutture private, che nello stesso periodo sono passate da 101 a 34,7 giornate (cfr. Tab. 13.2).

La distribuzione dei letti è molto disomogenea ma nel corso degli ultimi due decenni è migliorata. Si passa da 0,54 posti letto per mille abitanti dell'Emilia Romagna alla totale assenza di tale disciplina ospedaliera nelle regioni Liguria e Valle d'Aosta. Con una dotazione di posti letto molto modesta, inferiore a 0,1 per mille abitanti, troviamo anche il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria, il Molise, la Campania, la Sicilia e la Sardegna.

Tabella 13.2 - Attività di degenza delle unità di lungodegenza post-acuzie (1989-2010)

	1989	2000	2010	Differenza %
Unità operative pubbliche				
Posti letto	4.088	4.050	5.010	+22,5
Degenti	29.246	42.781	60.352	+ 106,3
Giornate di degenza	1.020.801	1.244.296	1.623.626	+ 59,1
Degenza media	34,9	29,1	28,1	- 19,5
Tasso di utilizzo %	68,4	89,0	88,8	+ 29,8
Unità operative private accreditate				
Posti letto	8.244	5.603	5.373	- 34,8
Degenti	16.273	30.968	52.247	+ 221,1
Giornate di degenza	1.642.806	1.805.381	1.812.971	+ 10,4
Degenza media	101,0	58,3	34,7	- 65,6
Tasso di utilizzo %	54,6	91,7	92,4	+ 69,2
Unità operative pubbliche e private accreditate				
Posti letto	12.332	9.653	10.383	- 15,8
Degenti	45.519	73.749	112.599	+ 147,4
Giornate di degenza	2.663.607	3.049.677	3.436.597	+ 29,0
Degenza media	58,5	41,3	30,5	-47,9
Tasso di utilizzo %	59,2	86,6	90,7	+ 53,2
Posti letto per 1000 ab	0,21	0,17	0,17	- 19,0

Fonte: ns. elaborazione su dati del Consiglio sanitario nazionale (1992), Ministero della salute (2001, 2011, 2013).

La straordinaria differenziazione regionale nell'offerta di posti letto potrebbe essere giustificata solo dalla presenza di nuovi ed alternativi modelli di assistenza ospedaliera, ed extraospedaliera che invece sono assenti nella grandissima parte d'Italia.

Il tasso di ospedalizzazione in lungodegenza ospedaliera fra il 2000 e il 2012 è cresciuto da 1,28 a 1,83 per 1.000 abitanti (cfr. Tab. 13.3). L'andamento del tasso di ospedalizzazione per fasce di età dimostra che esso diventa significativo solamente negli ultrasessantacinquenni, che costituiscono oltre l'80% di tutti i ricoveri in lungodegenza post-acuzie. La lungodegenza si conferma dunque, come previsto, una struttura essenzialmente rivolta agli anziani.

Tabella 13.3 - Sdo 2000-2012 – Ricoveri di lungodegenza. Tassi di ospedalizzazione per fasce di età (per 1.000 abitanti)

Fasce di età	Regime ordinario 2000	Regime ordinario 2012
Meno di 1 anno	0,03	0,01
1-4 anni	-	-
5-14 anni	-	0,0
15-24 anni	0,03	0,06
25-44 anni	0,12	0,24
45-64 anni	0,59	0,77
65-74 anni	2,53	2,75
75 anni e oltre	10,72	12,13
Totale	1,28	1,83

Fonte: nostra elaborazione su dati del Ministero della salute (2002, 2013).

La distribuzione delle Mdc dei ricoveri in lungodegenza riguarda soprattutto 6 gruppi nosologici che raccolgono il 79,8% della casistica: si tratta innanzi tutto delle malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (23,2% dei ricoveri, in forte aumento), delle malattie del sistema nervoso (17,4% dei ricoveri, in forte diminuzione), delle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (12,3%, in forte diminuzione), delle malattie dell'apparato respiratorio (12,1%), dei disturbi mentali (8,5%) e dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (6,4%, in aumento). In costante riduzione la degenza media (cfr. Tab. 13.4).

Tabella 13.4 – Sdo 2012. Descrizione dell'attività per Mdc. Ricoveri in lungodegenza

Mdc	Numero casi 2012	% 2012	% 2000	Giorni di degenza 2012	Degenza media 2012	% casi di un giorno
1. Malattie del sistema nervoso	18.716	17,4	21,4	602.236	32,2	1,4
2. Malattie e disturbi dell'occhio	78	0,1	0,1	2.174	27,9	-
3. Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	391	0,4	0,8	10.002	25,6	2,0
4. Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	13.044	12,1	11,2	327.478	25,1	2,0
5. Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	13.184	12,3	16,2	352.011	26,7	2,2
6. Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.144	3,9	5,1	111.842	27,0	1,9
7. Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	3.109	2,9	3,8	76.559	24,6	1,9
8. Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	24.960	23,2	16,4	735.333	29,5	0,6
9. Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sotto-cutaneo e della mammella	1.542	1,4	1,8	45.838	29,7	1,0
10. Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	2.459	2,3	2,5	64.887	26,4	1,5
11. Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3.206	3,0	2,5	80.776	25,2	2,0
12. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	310	0,3	0,6	8.474	27,3	1,3
13. Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	308	0,3	0,5	8.113	26,3	1,9
14. Gravidanza, parto e puerperio	7	0,0	0,0	188	26,9	-
15. Malattie e disturbi del periodo neonatale	5	0,0	0,0	184	36,8	20,0
16. Malattie e disturbi del sangue, degli organi emopoietici e del sistema immunitario	1.006	0,9	1,0	24.255	24,1	1,6
17. Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.321	1,2	2,2	32.177	24,4	2,1
18. Malattie infettive e parassitarie	2.164	2,0	0,5	65.464	30,3	1,6
19. Malattie e disturbi mentali	9.156	8,5	7,2	335.017	36,6	2,9
20. Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	429	0,4	1,0	12.159	28,3	5,8
21. Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	529	0,5	0,4	15.595	29,5	1,5
22. Ustioni	21	0,0	0,0	961	45,8	-
23. Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	6.853	6,4	4,0	178.222	26,0	2,2
24. Traumatismi multipli rilevanti	250	0,2	0,2	10.175	40,7	0,4
25. Infezioni da Hiv	20	0,0	0,0	614	30,7	-
Altri DRG	378	0,4	0,4	20.269	53,6	1,9
Totale generale	107.590	100,0	100,0	3.121.003	29,0	1,7

Fonte: Ministero della salute (2013).

I modelli assistenziali a cui fanno riferimento le unità operative di Lungodegenza appaiono profondamente diversi da una regione all'altra. Questi si evidenziano sin dai dati amministrativi di degenza. Per esempio, ci sono 6 regioni (Abruzzo, Lazio, Molise, Sardegna, Toscana, Veneto) dove la lungodegenza viene utilizzata anche per accompagnare i pazienti nei loro ultimi giorni e dove pertanto la quota di persone che risultano decedute all'interno dell'unità operativa superano il 20% del totale fino ad arrivare al 30% (Toscana). In altre regioni (Bolzano, Campania, Calabria, Lombardia, Trento) tale percentuale non raggiunge il 6%. La media italiana è del 14,4%.

Le dimissioni al domicilio rappresentano il 58%, ma che superano il 70% in Lombardia, in provincia di Trento, in Campania, in Puglia e in Calabria, mentre in 4 regioni (Veneto, Toscana, Lazio e Abruzzo) queste rappresentano la minoranza delle dimissioni evidenziando situazioni che meritano ulteriori approfondimenti. Le dimissioni presso RSA rappresentano solo il 10% di tutti i ricoveri, ma questi avvengono in gran parte nelle regioni del nord dove si supera quasi ovunque il 10%. Fa eccezione curiosamente la Lombardia che pur avendo la grande maggioranza di RSA disponibili in Italia non ha favorito un percorso lungodegenza-RSA. In gran parte delle regioni del sud la quota delle dimissioni presso le RSA è ridottissima anche per la scarsa presenza di tali strutture nel territorio. Si presume che in tali territori le lungodegenze post-acuzie siano costrette a svolgere anche le funzioni che spetterebbero alle RSA. Ancora più bassa è la quota di trasferimenti dalla lungodegenza agli istituti di riabilitazione, che è pari solamente al 2,1%.

Demoralizzante la quota di persone che vengono dimesse con la garanzia dell'ADI. Esse costituiscono il 4,2% del totale delle dimissioni a cui si aggiunge lo 0,2% di ospedalizzazioni domiciliari. Qui il lavoro da fare è ancora notevolissimo.

I ricoverati che hanno bisogno di essere trasferiti in un reparto per acuti sono invece il 7,6%, di cui solo un terzo nello stesso presidio ospedaliero. Ma anche qui le differenze sono notevoli e sembrano segnalare una qualche disarmonia nei modelli assistenziali dato che in alcune regioni (Piemonte, Basilicata, Lazio) superano il 13%, fino a raggiungere il 19%, mentre in altre regioni restano sotto un fisiologico 5%.

Nel complesso, tra le persone che vengono dimesse viene garantita una continuità di cure, comprendendo strutture residenziali e cure domiciliari, pari al 16,2%, che appare tendenzialmente bassa tenuto conto che i dimessi che non rientrano in ospedale costituiscono il 78% e tenuto conto delle condizioni medie dei ricoverati nelle unità operative di lungodegenza post-acuzie.

3. L'organizzazione della lungodegenza nelle regioni italiane

3.1. Le previsioni dei posti letto

Le regioni italiane hanno previsto di realizzare 0,20 posti letto di lungodegenza post-acuzie ogni 1.000 abitanti (cfr. Tab. 13.5). Considerando che attualmente il loro numero è attualmente pari a 0,17 posti letto ogni 1.000 abitanti è legittimo attendersi un loro leggero aumento.

Dieci anni fa le regioni prevedevano di realizzare 0,31 posti letto ogni 1.000 abitanti, superiore di oltre il 50% rispetto alle previsioni attuali. Le cause di tale ridimensionamento radicale è da ricercare nella riduzione più complessiva dei posti letto dell'area post-acuzie che è passata dall'1 per mille a 0,7 posti letto per mille abitanti e, per questi ultimissimi anni, l'influenza di un documento dell'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) che ha individuato in 0,20 posti letto per 1.000 abitanti lo standard dimensionale per la lungodegenza post-acuzie (cfr. Tab. 13.5).

Tabella 13.5 - Calcolo del fabbisogno complessivo di posti letto di lungodegenza

Regione	Riferimento normativo	Posti letto	Fabbisogno di p.l. per 1.000 ab.
Abruzzo	DCA 5/8/2010, n. 45	277	0,21
Basilicata	Dcr 24/7/2012, n. 317	86	0,15
Bolzano	DGP 28/1/2008, n. 247	188	0,37
Calabria	DPGR n. 106/2011	381	0,20
Campania	DPGR n. 17/2012	750	0,13
Friuli-V.G.	Dgr 606/2005	540	0,45
Lazio	DCA 29/5/2010, n. 48	844	0,15
Lombardia cure sub acute	Dgr 1/12/2010, n. 9/937	1.146	0,11
Molise	DCA n. 80/2011	44	0,14
Piemonte	D.g.r. 14/3/2013, n. 6-5519	942	0,20
Puglia	L.r. 19/9/2008, n. 23	702	0,17
Sardegna	Piano riorganizzaz. 2011	328	0,20
Trento	DGP 22/10/2004, n. 2407	196	0,40
Umbria	DGR 28/7/2004	150	0,17
Valle d'Aosta	Lr 25/10/2010, n. 34	58	0,46
Italia			0,20

Nota: popolazione delle regioni considerate negli anni delle decisioni: 33.163.390.

3.2. Le tipologie di lungodegenza

Le regioni italiane non hanno previsto lo stesso modello funzionale ed organizzativo di lungodegenza post-acuzie. I modelli previsti e realizzati sono addirittura tre:

1. *La lungodegenza post-acuzie ad orientamento internistico*; a valenza prevalentemente internistica, per soddisfare il bisogno di stabilizzazione clinica, di gestione delle eventuali complicanze e comorbidità, e di completamento dell'iter terapeutico come necessaria premessa alla deospedalizzazione.

2. *La lungodegenza riabilitativa*; per un bisogno di presa in carico riabilitativa estensiva con interventi individualizzati e non erogabili in regime alternativo al ricovero. Tale presa in carico può, ove necessario, includere anche la fase di stabilizzazione clinica. Questa tipologia elabora sia il progetto riabilitativo di struttura, per taluni pazienti, che il progetto riabilitativo personalizzato.

3. *La lungodegenza dedicata*, per pazienti ben identificati, con scarso o nullo potenziale di recupero provenienti di norma dalle rianimazioni (Basilicata) o per pazienti con patologie lentamente ingravescenti, con quadri tardivi suscettibili di miglioramento o croniche complesse come gli esiti cognitivo-comportamentali conseguenti a gravi cerebro lesioni, le patologie neuromuscolari in fase clinicamente avanzata e totalmente dipendenti, gli stati vegetativi persistenti stabilizzati e le patologie in fase terminale non gestibili a domicilio (Calabria) (cfr. Tab. 13.6).

Quasi tutte le regioni (meno l'Emilia Romagna, la Sardegna, l'Umbria e la Valle d'Aosta) hanno previsto la lungodegenza post-acuzie a carattere internistico, seppur variamente denominata. Sette regioni (Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Sardegna, Umbria e Veneto) hanno invece previsto la lungodegenza riabilitativa. La Basilicata e la Calabria, infine, hanno previsto una lungodegenza dedicata a particolari tipologie di pazienti. Il Veneto e la Campania hanno previsto sia il modello di tipo internistico che quello di tipo riabilitativo. La Basilicata e la Calabria, inoltre, hanno previsto tutte e tre le tipologie di lungodegenza (cfr. Tab. 13.6).

Tabella 13.6 - Tipologie di lungodegenza nelle regioni italiane

Regione	Lungodegenza medica	Lungodegenza riabilitativa	Lungodegenza dedicata
Abruzzo	Lungodegenza post-acuzie		
Basilicata	Lungodegenza medica	Lungodegenza riabilitativa	Lungodegenza ad alta intensità di cura
Bolzano	Lungodegenti		
Calabria	Lungodegenza riabilitativa post-acuzie	Lungodegenza riabilitativa di base	Lungodegenza riabilitativa per obiettivi speciali

(segue)

Regione	Lungodegenza medica	Lungodegenza riabilitativa	Lungodegenza dedicata
Campania	Lungodegenza post-acuzie	Lungodegenza riabilitativa	
Emilia Romagna		Lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva	
Friuli-V.G.	Degenza post-acuta		
Lazio	Lungodegenza medica		
Liguria	Lungodegenza post-acuzie		
Lombardia	Cure sub acute		
Marche	Lungodegenza post-acuzie		
Molise	Lungodegenza post-acuzie		
Piemonte	Lungodegenza post-acuzie		
Puglia	Lungodegenza post-acuzie		
Sardegna		Lungodegenza post-acuta a valenza riabilitativa estensiva	
Sicilia	Lungodegenza post-acuzie		
Toscana	Lungodegenza post-acuzie		
Trento	Lungodegenza post-acuzie		
Umbria		Riabilitazione ospedaliera estensiva o Lungodegenza riabilitativa	
Valle d'Aosta	-		
Veneto	Lungodegenza a valenza internistica	Lungodegenza a valenza riabilitativa	

Emerge che, nonostante un'enfasi ed una terminologia diversificata ed in qualche caso anche confusa, esiste una sostanziale convergenza delle regioni (Veneto, Emilia Romagna, Basilicata, Piemonte, Campania e Bolzano), sulla tipologia dei pazienti da affidare alle lungodegenze. La maggior parte delle regioni, infatti, sono concordi nel pensare a pazienti non stabilizzati, spesso con pluripatologie o moderatamente stabilizzati, portatori di patologie cronicorecridivanti, spesso con limitazioni dell'autosufficienza, necessitanti di assistenza infermieristica e sorveglianza medica. Si tratta appunto della cosiddetta assistenza post-acuzie da intendere come naturale prosecuzione delle cure ricevute nelle unità per acuti. In tal senso potremmo dire che il paziente lungodegente è per eccellenza un "paziente internistico".

Alcune regioni (Veneto, Emilia Romagna, Basilicata, Sardegna) hanno assegnato alla lungodegenza una "vocazione riabilitativa" a carattere estensivo. Questo significa che, una volta esclusi i casi in cui è necessario un "progetto riabi-

litativo individuale”, in tutti gli altri casi devono essere attuati programmi di “riattivazione”, che comprendono le funzioni volte a mantenere e promuovere le abilità presenti, non solo dal punto di vista prettamente fisiatrico, ma anche relativamente a qualunque altra forma di supporto assistenziale e di informazione per l’autogestione delle proprie necessità assistenziali.

3.3. *Il personale*

Per quanto concerne la responsabilità gestionale di tali unità gli orientamenti delle varie regioni sono fortemente disomogenei, anche in relazione ai diversi obiettivi assistenziali attribuiti alla funzione lungodegenza ed ai diversi modelli organizzativi previsti.

Le regioni Campania e Piemonte ritengono essenziale la costituzione di unità operative di lungodegenza post-acuzie che abbiano come responsabile un dirigente medico di secondo livello di area internistica, in ragione del fatto che la parte prevalente dei pazienti ricoverati è costituita da persone in età avanzata, portatrici di pluripatologie e di problemi clinico-assistenziali che richiedono una competente e continua sorveglianza medica, oltre che una costante assistenza infermieristica. Il Veneto e l’Umbria ritengono che la dirigenza delle strutture deve afferire, di norma, a un dirigente medico fisiatra responsabile della struttura complessa e il Veneto aggiunge che si dovrà prevedere che il personale medico delle strutture sia costituito anche da dirigenti medici dell’area geriatrica e di medicina generale.

Il Friuli Venezia Giulia precisa che il responsabile è lo stesso della unità operativa di Medicina Generale. Sulla stessa linea, l’Abruzzo sostiene che si deve fare capo al responsabile della divisione per acuti qualora la funzione di lungodegenza venga svolta in spazi funzionalmente aggregati a quelli per acuti, cui afferisce la patologia principale stabilizzata, mentre nel caso in cui venga costituita un’unità operativa polifunzionale autonoma si rende necessario un apposito organico.

La Regione Emilia Romagna dal canto suo ritiene che la responsabilità organizzativa e gestionale delle lungodegenza deve essere di norma affidata al personale infermieristico con funzioni dirigenziali, ferma restando la supervisione e responsabilità clinica dei singoli medici responsabili dei degenti, individuati a seconda del reparto di provenienza o della patologia prevalente del paziente, secondo criteri stabiliti nell’ambito del dipartimento cui afferisce l’unità operativa. Nel caso in cui, ad esempio, le condizioni cliniche del paziente necessitino di un progetto riabilitativo individualizzato, il responsabile del progetto sarà un fisiatra. La gestione medica va garantita da un organico medico, con standard ridotti rispetto alla dotazione prevista di norma per le unità di medicina interna, con il compito prevalente di gestire i protocolli concordati con gli specialisti invariants e di integrarli con eventuali prestazioni sanitarie che si rendessero necessarie.

Anche sul fronte degli standard di personale, le differenze fra le regioni sono straordinarie. La soluzione prevalente (Abruzzo, Piemonte, Veneto e Umbria) prevede una presenza medica 24 ore su 24. Una ipotesi ben diversa è rappresentata dalle regioni Lazio e Lombardia che, per una unità operativa di 20 posti letto, prevedono un solo medico. In una posizione intermedia si colloca la Regione Calabria (cfr. Tab. 13.7).

Quasi tutte le regioni fanno ovviamente esplicito riferimento alla possibilità di avere consulenze mediche specialistiche soprattutto, ma non solo, dal reparto di provenienza del ricoverato.

Per l'assistenza infermieristica invece non è possibile estrapolare una ipotesi prevalente. Le regioni hanno previsto standard diversi l'uno dall'altro. Ad un capo troviamo le regioni Lombardia e Veneto che hanno previsto i livelli di assistenza infermieristici più elevati. La Lombardia ha previsto 160 minuti di assistenza infermieristica al giorno per paziente con una copertura comunque 24 ore su 24 sostanzialmente pari alla Regione Veneto, che ha previsto un minutaggio di 140-160 minuti.

Le altre regioni hanno previsto standard molto più bassi. La Regione Umbria ha previsto 90 minuti di assistenza infermieristica al giorno, la Regione Lazio un infermiere ogni 4 pazienti e la Calabria un infermiere ogni 5 pazienti (più la caposala). Abruzzo e Piemonte si sono limitati a stabilire una presenza infermieristica 24 ore su 24 (cfr. Tab. 13.7).

Tabella 13.7 - Gli standard di personale della Lungodegenza

(PARTE I)

Figure professionali	Abruzzo	Basilicata LD medica post-acuzie	Lazio 20 p.l.	Calabria Ld riab 30 p.l.
Assistenza medica	Continua nelle 24 ore	presente	1	1 responsabile p.t. + 2 + copertura guardia medica
Infermieri	Continua nelle 24 ore	presente	1 ogni 4	1 caposala + 6 infermieri
Fisioterapisti	In numero adeguato ai pazienti	1 ogni 12 degenti	Presenti	4
OSS			1 ogni 4	6
Psicologo e assistente sociale		presente	presenti	
Consulenze specialistiche			cardiologo, neurologi, urologo, ginecologo, otorinolaringoiatra, ecc.	Fisiatra p.t.
Altri				1 tecnico della rete sociale p.t.; 1 animatore p.t.

Note: Lazio: Il responsabile è compreso nel personale medico. Il coordinatore infermieristico (1 ogni 60 p.l.) è compreso nel personale infermieristico.

PARTE II

Figure professionali	Lombardia CSA	Piemonte	Veneto	Umbria
Assistenza medica	38h ogni 20 posti	Presenza 24h/24	Presenza 24h/24	Presenza 24h/24
Infermieri	160 min/paz/die coprendo 24h	24h/24	140-160 minuti giornalieri	220 min/die/ paziente di assistenza omnicomprensiva di cui 90 min di infermieri
OSS				
Fisioterapisti				1 ogni 5 ospiti
Logopedista				1 ogni 20 ospiti

La Regione Umbria, che ha voluto caratterizzare in senso riabilitativo estensivo la lungodegenza, ha invece puntato sui tecnici della riabilitazione che sono 1 ogni 5 pazienti (e quindi più degli infermieri) a cui si aggiunge un logopedista ogni 20 pazienti. Più bassa la presenza dei fisioterapisti in Calabria (1 ogni 7,5 pazienti) o molto più bassa in Basilicata dove sono previsti nel rapporto 1 a 12.

La presenza più significativa in reparto degli operatori socio-sanitari (OSS) è stata prevista dalla Regione Umbria, con 130 minuti al giorno per paziente, mentre ad un livello più basso si collocano le regioni Lazio e Calabria che prevedono rispettivamente 1 OSS ogni 4 pazienti o 1 OSS ogni 5 pazienti (cfr. Tab. 13.7).

Curioso infine quanto stabilito dalla Regione Calabria, che ha previsto in reparto un misterioso tecnico della rete sociale ed un animatore come nelle case di riposo.

3.4. Le tariffe ospedaliere

Le tariffe regionali per la lungodegenza post-acuzie sono estremamente differenziate: si va dai 130,90 euro che il Piemonte ha previsto, ma solo per gli ospedali di fascia C (dieci anni prima il valore minimo era € 110,32 della Sardegna), ai 190,14 che la provincia di Trento ha previsto, ma solo per l'ospedale di Trento o anche ai 190 euro delle cure sub acute della Lombardia (dieci anni prima il valore massimo era € 183,34 della provincia di Bolzano), nell'ambito di una media che si attesta attorno a 163 euro (dieci anni prima € 133) (cfr. Tab. 13.8). La maggior parte delle regioni (12) ha però approvato la tariffa fissata dal Ministero della salute in 154 euro al giorno di degenza; presenta quindi una tariffa unica, mentre 9 regioni hanno approvato più tariffe in relazione alla tipologia dell'erogatore delle prestazioni. In questi casi la tariffa è più alta nelle aziende ospedaliere e negli ospedali pubblici che svolgono le funzioni dell'emergenza sanitaria, mentre è più bassa nelle case di cura private. Da rilevare che nella Regione Lazio, tutti i

ricoveri non provenienti direttamente da strutture per acuti sono da remunerare come ricoveri RSA.

Quasi tutte le regioni hanno fissato il valore soglia della degenza in 60 giorni, applicando un abbattimento delle tariffe del 40% dopo il 60° giorno di degenza. In Emilia Romagna, invece, l'abbattimento decorre dal 41° o dal 51° giorno in relazione all'MDC di appartenenza ed anche in Veneto decorre dal 41° giorno, ma con un abbattimento del 52%.

Il sistema tariffario ha registrato, negli ultimi anni, un lento processo di omogeneizzazione che ha ridotto le differenze ed ha aumentato il numero di tariffe regionali che replicano o si avvicinano a quelle nazionali. Sono ormai 15 le regioni che si trovano in questa ultima condizione. Sono però poche le differenziazioni tariffarie rispetto a quelle nazionali che sono giustificate dall'elaborazione ed attuazione di un originale modello organizzativo e assistenziale di lungodegenza post-acuzie.

Tabella 13.8 - Le tariffe ospedaliere della lungodegenza post-acuzie

Regione	Anno dgr	Tariffa in €	Abbattimento tariffe
Abruzzo	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Basilicata	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Bolzano	2009	171,40 ospedale Bolzano 155,23 osp di Merano, Bressanone e Brunico 147,07 osp. di Silandro, Vipiteno, S. Candido 146,15 altri ospedali senza PS	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Calabria	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Campania	2013	154,00 ospedali pubblici 146,30 ospedali privati	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Emilia Romagna	2013	153,41 (se proviene da rep × acuti) 172,05 (non proviene da rep × acuti)	Dopo il 40° o 50° giorno di degenza vanno a 122 € (-20% o 30%)
Friuli Venezia Giulia	2009	184 × ospedali pubblici 157 × ospedali privati	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Lazio	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Liguria	2009	137,89	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Lombardia	2011	150,00-190,00 Per gli indici 2 e 3	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Marche	2014	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Molise	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Piemonte	2009	154,00 fascia A 141,60 fascia B 130,90 fascia C	Del 40% dopo il 30° giorno di degenza

(segue)

Regione	Anno dgr	Tariffa in €	Abbattimento tariffe
Puglia	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Sardegna	2009	137,89	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Sicilia	2012	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Toscana	2009	156,00 (132,00 in caso di proroga)	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Trento	2012	190,14 ospedale Trento 174,05 ospedale Rovereto 153,57 altri ospedali pubb. e priv.	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Umbria	2013	154,00	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Valle d'Aosta	2013	154,00 classe A 149,4 classe B	Del 40% dopo il 60° giorno di degenza
Veneto	2013	157,58	Del 52% dopo il 40° giorno di degenza

Fonti: Abruzzo DCA 13/2013; Basilicata DGR 463/2013; Bolzano DGP 1192/2009; Calabria DPGR 19/2013; Campania DPGR 23/2013; Emilia Romagna DGR 525/2013; Friuli-Venezia Giulia DGR 1535/2009; Lazio DCA 310/2013; Liguria DGR 1970/2009; Lombardia DGR 1479/2011, Marche DGR 709/2014; Molise DCA 19/2013; Piemonte DGR 14-6039/2013; Puglia DGR 951/2013; Sardegna DGR 17-3/2009; Sicilia DA 923/2013; Toscana DGR 86/2005; Trento DGP 936/2012; Umbria DGR 957/2013; Valle d'Aosta DGR 427/2013; Veneto DGR 1805/2011 e DGR 442/2013.

4. Le cure intermedie (secondo l'AGENAS)

In questi ultimi anni diverse regioni italiane (Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto) hanno previsto la realizzazione di strutture per le cure intermedie.

Ne parliamo qui perché le strutture per le cure intermedie vanno ad affiancarsi alle lungodegenze e tendenzialmente a sostituirsi ad esse. I fenomeni sono abbastanza evidenti. Negli ultimi 20 anni la programmazione sanitaria nazionale ha ridotto da 0,50 ad almeno 0,20 i posti letto per mille abitanti per la lungodegenza post-acuzie mentre, i posti letto attivi sono passati da 0,20 a 0,17 posti letto per mille abitanti. Per fronteggiare questa riduzione, lo stesso programmatore nazionale, attraverso l'AGENAS, propone le strutture per le cure intermedie, che pur mantenendo la caratteristica di struttura extraospedaliera, presentano uno standard assistenziale più importante, capace di intercettare ed assistere un target di pazienti che oggi fanno capo alle lungodegenze. Per queste strutture si propone una dotazione di posti letto che è di 0,40 per mille abitanti, addirittura doppia di quella oggi indicata per la lungodegenza post-acuzie. Al di là del nuovismo che coinvolge sempre tutti, l'impressione è che si voglia far fronte a necessità quantitativamente importanti, costituite dai grandi anziani cronici e polipatologici, con strutture meno costose.

Le Cure Intermedie (*Intermediate Care Unit*) sono state introdotte nel Regno Unito negli anni '90 con l'obiettivo di ridurre i costi sanitari legati ad un'impropria occupazione dei posti letto nei reparti per acuti da parte di soggetti anziani fragili, anticipando i tempi di dimissione e riducendo il numero di richieste di nuovi ricoveri dopo il rientro a casa.

Secondo l'AGENAS, le strutture per le cure intermedie (SCI) sono da considerare come strutture residenziali ad elevata valenza sanitaria e a breve durata. La differenza tra queste e le tradizionali strutture residenziali è sostanzialmente riconducibile al ruolo all'interno dei percorsi diagnostici e terapeutici, con correlato obbligo di temporaneità dell'accoglienza, ed alla possibilità di erogazione di prestazioni mediche continuative specialistiche. Le Strutture di Cure Intermedie (SCI) prendono in carico pazienti:

- dimessi da reparti per acuti o post-acuzie, che non possono essere dimessi al proprio domicilio;
- dimessi dall'Emergenza/Pronto Soccorso, per i quali il ricovero in reparto per acuti potrebbe essere inappropriato;
- provenienti anche dal proprio domicilio, che richiedono un'assistenza temporanea maggiore di quanto possa essere garantito dalle varie forme di Cure Domiciliari.

Si prevede una permanenza presso le SCI, articolata secondo il progetto del singolo individuo, con predisposizione di obiettivi di degenza media variabile da 10 a 40 giorni. Il tempo massimo di permanenza è comunque di 60 giorni continuativi. In caso di comprovate situazioni di carattere eccezionale può essere concessa una proroga di ulteriori 30 giorni (tempo complessivo totale 90 giorni).

L'assistenza prevista è prevalentemente di tipo assistenziale e riabilitativo di mantenimento, con conduzione medica ad orientamento geriatrico e degli specialisti delle patologie a lungo termine.

L'organizzazione dell'assistenza medica sarà affidata ai medici specialisti in Geriatria o ad orientamento geriatrico, con presa in carico dei pazienti, a seconda della tipologia, da parte di MMG con almeno tre anni di esperienza in UO ospedaliera, o di medici dell'area medica degli ospedali di riferimento territoriale.

La tariffazione deve essere prevista, con una o più soglie intermedie, tra quella della lungodegenza ospedaliera (cod. 60), oggi interamente a carico del Ssr, e quella delle strutture residenziali (con una quota alberghiera a carico dell'ospite). Il maggior costo rispetto alle strutture residenziali è legato alla maggiore intensità di interventi medico-infermieristici e riabilitativi, mentre il risparmio rispetto alla lungodegenza ospedaliera riflette il minor carico sanitario e la minore complessità organizzativa rispetto alla struttura ospedaliera.

La quota alberghiera a carico della persona accolta (e/o dei Servizi sociali comunali) potrà essere variabile a seconda della tipologia dei pazienti e dei tempi di ricovero. Il prolungamento oltre il termine stabilito deve comportare il pa-

gamento del 50% della tariffa, e in ogni caso assestarsi su un livello non inferiore a quello della residenzialità extraospedaliera, al fine di evitare distorsioni nello svolgimento dei percorsi assistenziali. L'ingresso del paziente in questo tipo di struttura deve avvenire a seguito della valutazione multidimensionale e deve essere accompagnato da un progetto definito che deve assumere la presa in carico del percorso dal momento del ricovero ospedaliero.

L'organizzazione minima necessaria a garantire la nuova funzione dovrebbe prevedere una presenza medica quotidiana di area geriatrica/internistica/psichiatrica limitata ad alcune fasce orarie, una presenza infermieristica/OSS continuativa sulle 24 ore ed il supporto di figure tecniche o specialistiche in rapporto alle singole necessità dei pazienti. L'eventuale necessità di supporto riabilitativo dovrà essere identificata dal fisiatra, per un massimo di 30 minuti/die.

La dotazione standard minima di una struttura è di due moduli da 30 PL circa per raggiungere il corretto livello di efficienza (AGENAS, 2011).

Queste strutture extraospedaliere vanno a collocarsi fra la lungodegenza post-acuzie e le RSA sovrapponendosi, per taluni aspetti, all'una e all'altra tipologia di struttura. La Tab. 13.9 rende evidente questo tentativo di collocarsi ad un livello "intermedio"; a ben guardare l'essenza delle differenze fra la lungodegenza e le strutture per le cure intermedie sta in una minore assistenza infermieristica erogata da quest'ultima struttura. Mentre la differenza principale fra le strutture per le cure intermedie e le RSA sta in una minore assistenza medica erogata dalle RSA. Non sfugge che i livelli di assistenza infermieristica garantiti dalle strutture per le cure intermedie e le RSA sono in diverse regioni assimilabili, per cui occorrerà ridefinire i modelli assistenziali e gli standard assistenziali per utilizzare al meglio le risorse messe in campo e per assegnare ad ogni struttura una specifica funzione.

Tabella 13.9 - Confronto fra LDPA, Cure intermedie e RSA

	LDPA	Strutture per cure intermedie	RSA
Setting	Ospedale	Struttura residenziale	Struttura residenziale per anziani
Posti letto	Obiettivo: almeno 0,2 ogni 1.000 abitanti	Obiettivo: 0,4 ogni 1.000 abitanti	Attivi 1,5 ogni 1.000 abitanti
Durata degenza massima	60 giorni	Massimo 60 giorni prorogabile a 90. Degenza media 25 giorni	In molte regioni anche permanente
Tariffe	154 euro. Nessuna quota di partecipazione dell'assistito	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture residenziali. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera a carico dell'utente	Media 103 euro. Viene richiesta all'assistito una quota alberghiera

(segue)

	LDPA	Strutture per cure intermedie	RSA
Soglia dimensionale minima	Minima: 20 p.l. Ottimale: 30	30 p.l.	20 p.l.
Standard di personale non medico	Per modulo di 32 posti letto: 13 infermieri più la capo sala; 4 tecnici della riabilitazione; 8 ausiliari socio-sanitari (1988)	1 coordinatore infermieristico; 1 terapeuta/logopedista ogni 20 pazienti. 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari per esempio a: un infermiere ogni 8 ospiti; un O.S.S. ogni 2 ospiti	Orientamento prevalente delle regioni: ass. infermieristica 20-40 minuti al giorno; ter. riabilitazione 5-15 minuti al giorno; OSS 100-135 minuti al giorno
Assistenza medica	Soluzione regionale prevalente: presenza 24/24 ore	Garantita dalla presenza di un medico curante. Assicurate le principali consulenze specialistiche "on-site". La continuità assistenziale è assicurata dalla convenzione con i medici del servizio di Continuità Assistenziale	Soluzione regionale prevalente: pochi minuti al giorno per ospite. Spesso geriatra
Modalità di accesso	I pazienti sono inviati dall'ospedale	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso Unità di Valutazione Multidimensionale	I pazienti possono essere inviati sia dall'ospedale che dal territorio. L'ingresso è regolato attraverso Unità di Valutazione Multidimensionale
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Elaborazione di un programma assistenziale individualizzato o di un progetto riabilitativo individualizzato per ogni paziente	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e definito per tutti i pazienti il Piano di Assistenza individualizzato	Usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale e definito per tutti i pazienti il Piano di Assistenza individualizzato

Fonte: nostra elaborazione su dati AGENAS (2011) per cure intermedie, Pesaresi (2013) e Chiatti *et al.* (2013) per RSA e bibliografia per Lungodegenza post-acuzie.

5. Conclusioni

La necessità di riorganizzare gli ospedali, la ricerca di una maggiore produttività dei reparti per acuti e l'avvento del DRG come modalità di remunerazione dell'ospedale ha portato il legislatore italiano ad identificare, tra il 1988 e il 1998, le caratteristiche della "lungodegenza post-acuzie" con tratti in parte nuovi rispetto ai tradizionali reparti per "lungodegenti" degli ospedali. Infatti, si legge nelle linee guida n. 1/1995 del Ministero della sanità (relative alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera) che il compito della lungodegenza post-acuzie è di garantire la continuità assistenziale. La funzione della lungodegenza post-acuzie è di contrastare con la sua presenza ed attività due fenomeni entrambi negativi legati all'organizzazione e remunerazione dell'ospedale: da una parte

le dimissioni anticipate, e dall'altra il prolungamento inappropriato della degenza in un reparto per acuti. Ma se la funzione veniva identificata, dubbi o incertezze permangono invece nelle indicazioni nazionali per quanto riguarda:

- il peso da assegnare alle attività riabilitative, per evitare le duplicazioni con le unità operative ospedaliere ed extra-ospedaliere di riabilitazione;
- la compatibilità fra la tariffa giornaliera stabilita e gli standard di personale ipotizzati;
- la tipologia dei pazienti da ammettere al ricovero.

Le regioni italiane hanno dato un'applicazione parziale e disomogenea alle previsioni nazionali sulla lungodegenza post-acuzie, anche se non sono mancate riorganizzazioni significative. Infatti, la lungodegenza post-acuzie, nonostante le indicazioni normative nazionali, ha visto ridurre la propria presenza in termini di quota di posti letto, anche se la sua attività espressa in giornate di degenza è aumentata. Questo vuol dire che è significativamente migliorata l'efficienza di queste strutture, che hanno aumentato i tassi di utilizzo superando mediamente il 90%, ed hanno ridotto la degenza media in modo incisivo, fino a raggiungere performance quasi ottimali.

Inoltre, negli anni più recenti, si è registrato un significativo riequilibrio fra dotazioni pubbliche e private di posti letto, anche a seguito di significative riconversioni di strutture private.

Relativamente agli anni passati, c'è da chiedersi come mai la lungodegenza post-acuzie, nonostante abbia avuto più di tutte le altre discipline ospedaliere la possibilità di svilupparsi (ricordo la permanenza per molti anni dello standard di 0,5 posti letto per mille abitanti), non sia riuscita a farlo. L'impressione è che le regioni – pur con lodevoli eccezioni – nella rincorsa generalizzata alle “eccellenze” abbiano continuato a ritenere “residuale” la disciplina, senza riuscire a definirne il ruolo e a comprenderne la strategicità nell'organizzazione ospedaliere per la garanzia della continuità assistenziale.

Attualmente, i modelli organizzativi ed assistenziali regionali sono abbastanza diversi. Le varie regioni prevedono ben tre diverse tipologie di lungodegenza che fanno riferimento a target di pazienti differenziati. Ma le difformità fra le regioni non finiscono qui, coinvolgendo numerosi altri aspetti che vanno dalla organizzazione della lungodegenza all'interno dell'ospedale, alla responsabilità della struttura e ai suoi standard di personale e alla varietà di tariffe ospedaliere.

Una delle funzioni fondamentali della lungodegenza post-acuzie, ovvero quella relativa alla continuità assistenziale, viene svolta solo parzialmente, garantendo quella in entrata fra reparto ospedaliero per acuti e unità operativa di lungodegenza; mentre quella in uscita, che dovrebbe vedere un percorso protetto e condiviso fra lungodegenza e assistenza residenziale e domiciliare, risulta assolutamente insufficiente. In sostanza, le unità operative di lungodegenza, pur conoscendo approfonditamente le problematiche dei pazienti fragili, ripropongono

le stesse problematiche dei reparti per acuti, non riuscendo a garantire l'accompagnamento continuo del paziente anche a causa, evidentemente, dell'organizzazione dei servizi territoriali socio-sanitari.

Infine, un nuovo scenario si apre con l'introduzione delle Strutture per le cure intermedie (SCI) chiamate ad intervenire nella stessa area di intervento delle lungodegenze. Queste accolgono, infatti, la stessa tipologia di utenza, ma con costi più bassi garantendo una rete extra-ospedaliera che a regime dovrebbe essere doppia di quella delle lungodegenze. L'impressione è che questa sia la risposta ad errori del passato, ma anche all'esplosione di nuove necessità. In altre parole, a livello centrale e di molte regioni italiane, sebbene con grande ritardo, è sorta la consapevolezza dell'inadeguatezza dell'organizzazione preposta all'assistenza post-acuzie. Problema quest'ultimo da imputarsi all'elevato e sempre crescente numero di persone – soprattutto anziane – bisognose, seppur temporaneamente, di completare alla dimissione dalle unità operative per acuti il percorso assistenziale in un ambiente che garantisca una tutela sanitaria 24/24 ore. Di fronte a tale necessità, la scelta attuale sembra quella di cambiare rotta e di puntare sulle Strutture per le cure intermedie, tenuto conto delle importanti difficoltà finanziarie che investono il Servizio sanitario nazionale e che la rete di unità operative di lungodegenza post-acuzie risulta quantitativamente insufficiente e difficilmente incrementabile dopo i recenti tagli complessivi ai posti letto ospedalieri.

Da ultimo c'è da chiedersi se le strutture per le cure intermedie, nel tempo, soppianteranno del tutto le lungodegenze ospedaliere o se si affiancheranno ad esse. Rimane la convinzione della necessità di unità ospedaliere di lungodegenza post-acuzie per le situazioni più instabili, che hanno bisogno della possibilità di accedere tempestivamente ad una pluralità di servizi ospedalieri, da quelli diagnostici a quelli delle cure specialistiche.

Bibliografia

- AGENAS (2011), *Il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria nelle regioni in piano di rientro*, Monitor, n. 27.
- CHIATTI C., BARBABELLA F., MASERA F. (2013), *Gli standard ed i requisiti di qualità nei servizi di assistenza residenziale*, in N.N.A. (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° rapporto*, Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli.
- CONFERENZA STATO-REGIONI (2014), *Intesa concernente il regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*, Atto n. 98 del 5 agosto.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2013), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – anno 2012*, Roma.
- MINISTERO DELLA SALUTE (2013), *Attività gestionali ed economiche delle Usl e aziende ospedaliere – anno 2010*, Roma.

PESARESI F. (2013), *RSA – Costi tariffe e compartecipazione dell'utenza*, Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli.

PESARESI F., SIMONCELLI M. (2002), *La riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie in Italia*, Milano: Franco Angeli.

SIMONCELLI M., PESARESI F. (2013), *Lungodegenza post-acuzie nelle Marche*, Menti Attive, n. 2.

Gli Autori

Giorgio Annoni è Professore di Medicina Interna e Geriatria dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria del medesimo Ateneo. È inoltre Dirigente di II Livello dell'AO San Gerardo di Monza dove dirige la SCC di Geriatria. Ha lavorato presso l'Albert Einstein College of Medicine di New York. È membro del Comitato Scientifico della Fondazione Carlo Erba, del Comitato Etico dell'ASP "Golgi-Redaelli" di Milano e rappresentante dell'Università Milano-Bicocca nel Comitato di Coordinamento del Cluster Lombardo Scienze della Vita. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche in area geriatrica inerenti, in particolare, l'ortogeriatra, le patologie neurodegenerative e la fragilità.

Anna Bancho, laureata in filosofia e sociologia. Direttore del Settore Politiche Sociosanitarie e Sociali Regione Liguria fino al 2008, oggi opera presso l'Agenzia Sanitaria della Liguria. È Docente al Corso di Laurea Specialistica in Servizio Sociale presso l'Università di Genova. Dal 2000 è stata Esperto in Commissioni del Ministero della salute e del welfare, per la programmazione sociosanitaria, non autosufficienza e disabilità. Dal 2010 responsabile Coordinamento tecnico sociale delle regioni. Opera anche come Esperto presso il Ministero della salute per il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria. È componente di NNA.

Francesco Barbabella è ricercatore a contratto presso il Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento dell'IRCCS-INRCA di Ancona. Nel 2011 ha lavorato presso lo European Centre for Social Welfare Policy and Research di Vienna, centro di ricerca affiliato alle Nazioni Unite. I suoi principali interessi di ricerca riguardano le politiche sociali negli attuali sistemi di welfare, il ruolo delle tecnologie a supporto degli anziani non autosufficienti e il fenomeno delle badanti.

Giuseppe Bellelli, specialista in Gerontologia e Geriatria. È ricercatore universitario c/o il Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Milano Bicocca. Dal 2011 lavora come dirigente medico c/o la struttura complessa clinicizzata di Geriatria dell'AO S. Gerardo di Monza. È componente del board scientifico dell'European Delirium Association (EDA). È membro dell'Associazione Italiana di Psicogeriatra (AIP), della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG), del Centro di Neuroscienze Milano (Neuro-Mi) e del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia. Dal 2009 è consigliere della sezione regionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e dal 2012 è coordinatore nazionale

del Gruppo Italiano di Ortogeriatría (GIOG) per conto di SIGG e AIP. È inoltre responsabile dell'area tematica "Riabilitazione e problematiche psicogeriatriche" di AIP. Dal gennaio 2000 all'aprile 2011 è stato direttore medico del Dipartimento di Riabilitazione della Clinica "Ancelle della Carità" di Cremona. In precedenza ha lavorato c/o reparti di Geriatria per acuti, riabilitazione e residenze sanitarie assistenziali. È autore di oltre 120 pubblicazioni su riviste scientifiche indicizzate in lingua inglese.

Roberto Bernabei è direttore del Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze ed Ortopedia del Policlinico Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore. È stato presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, membro del Consiglio Superiore di Sanità, executive vice-president di interRAI, board member di EAMA. Attualmente presiede Italia Longeva ed è il responsabile di un progetto IMI sulla prevenzione della fragilità fisica e della sarcopenia.

Bruno Bernardini, specialista in Neurologia, Geriatria e Gerontologia, Medicina Fisica e della Riabilitazione. Dal 2007 è responsabile della UO di Riabilitazione Neurologica dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano (MI). È stato componente del direttivo nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e della Società Italiana di Urodinamica. Nella pratica e nella ricerca clinica, si propone di armonizzare le conoscenze di discipline differenti per favorire lo sviluppo di sistemi di cura integrati e di qualità. È promotore di uno studio multicentrico sugli indicatori di processo-esito della riabilitazione, che coinvolge 12 strutture italiane a carattere geriatrico e fisiatrico. Lo studio ha consentito di acquisire dati importanti su di una casistica di più di 8.000 pazienti.

Angelo Bianchetti è direttore del Dipartimento di Medicina e Riabilitazione, Istituto Clinico S. Anna (Brescia). Docente presso la Scuola di Specializzazione di Geriatria dell'Università degli Studi di Brescia. Segretario e socio fondatore del Gruppo di Ricerca Geriatrica (Brescia). È segretario scientifico dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria. Si occupa di ricerca clinica con particolare interesse alle tematiche neuro-geriatriche.

Enrico Brizioli, Amministratore Delegato dell'Istituto S. Stefano (gruppo KOS), è laureato in Medicina e Chirurgia e Specialista in Neurologia ed in Igiene ed Organizzazione Ospedaliera. È dottore di ricerca in Neuroscienze. Da sempre coniuga l'attività manageriale con la ricerca nel campo della programmazione sanitaria. Ha coordinato il Matrone n. 12 del Progetto Matrone del Ministero della salute ed è stato membro dal 2003 al 2007 della Commissione ministeriale sui Livelli Essenziali di Assistenza. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche e componente di NNA.

Silvia Bustacchini, medico e ricercatore, è responsabile dell'Ufficio di Ricerca, Innovazione e Trasferimento Tecnologico dell'IRCCS-INRCA di Ancona. I suoi principali interessi di ricerca riguardano l'organizzazione della ricerca clinica e della ricerca di esito in ambito geriatrico e gerontologico.

Massimo Calabrò è laureato in Medicina e Chirurgia e specialista in Gerontologia e Geriatria e Tisiologia e Malattie dell'apparato respiratorio. È Direttore della UO Geriatria, dota-

ta di 88 posti letto per acuti, del PO di Treviso dell'Azienda ULSS n. 9 Regione Veneto ed è Coordinatore del Dipartimento Funzionale Transmurale di Continuità delle Cure nella medesima Azienda. Dal maggio 2012 ha avviato ed implementato l'innovativa attività di Osservazione Breve Intensiva Geriatrica (OBI) presso l'Ospedale di Treviso. Per un triennio è stato Coordinatore Nazionale della Sezione Clinica della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. Si interessa alle tematiche inerenti l'organizzazione di servizi sanitari rivolti ad anziani con patologia in fase acuta o cronica riacutizzata e al collegamento funzionale Ospedale-Territorio.

Pierugo Carbonin, già ordinario di Gerontologia e Geriatria, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Direttore Sottoprogetto Non Autosufficienza del Progetto Finalizzato Invecchiamento CNR. Autore di oltre 400 pubblicazioni indicizzate.

Laura Cassetta è psicologa e psicoterapeuta, esperta di formazione. Dal 2009 collabora con INRCA di Ancona dove attualmente si occupa di attività formativa rivolta all'"esterno" e a distinti target di utenza con l'obiettivo di incidere sulle conoscenze e sulle strategie di comunicazione. Si occupa inoltre della comunicazione e promozione dell'attività scientifica per l'IRCCS-INRCA.

Antonio Cherubini è direttore del Reparto di Geriatria ed Accettazione Geriatrica d'Urgenza presso l'IRCCS-INRCA di Ancona. È professore associato di Gerontologia e Geriatria presso l'Università di Perugia. Ha svolto attività di ricerca negli USA, presso il GRECC, VA Hospital, Gainesville, il Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School ed il Neuroscience Laboratory, HNRCA, Tufts University, Boston, ed il National Institute of Aging, Baltimore, Maryland. È membro del Geriatric Expert Group dell'European Medicine Agency. Autore di oltre 180 pubblicazioni su riviste censite e coautore di 5 libri.

Carlos Chiatti, economista sanitario, dal 2008 collabora con l'IRCCS-INRCA di Ancona dove è attualmente impegnato nel coordinamento di diversi progetti di ricerca sperimentale su modelli assistenziali innovativi per l'anziano. È inoltre *visiting researcher* presso l'Università di Lund in Svezia presso il *Center for Ageing and Supportive Environments*.

Andrea Corsonello, specialista in Geriatria e Responsabile UOSD Laboratorio di Farmacoepidemiologia Geriatrica presso il Presidio Ospedaliero di Ricerca INRCA di Cosenza. Membro della European Academy for Medicine of Aging (EAMA) e del Consiglio Direttivo Nazionale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. È autore di oltre 150 pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali, prevalentemente su assessment geriatrico e farmacoepidemiologia.

Mirko Di Rosa è dottore di ricerca in Economia politica e dal 2009 collabora con l'INRCA di Ancona occupandosi di ricerca sulla cura degli anziani non autosufficienti, assistenti familiari straniere, invecchiamento e lavoro, prevenzione degli abusi e ruolo della tecnologia per migliorare la qualità della vita. Gli altri suoi interessi di ricerca sono l'uso di metodi di ricerca quantitativi, la valutazione delle politiche pubbliche e la qualità dei servizi pubblici.

Cristiano Gori insegna Politica sociale presso l'Università Cattolica, è consulente scientifico dell'Istituto per la Ricerca Sociale, a Milano, ed è *visiting senior fellow* presso la *London School of Economics*. Dirige la rivista "Welfare Oggi" e il sito *lombardiasociale.it* ed è *special advisor* dell'*International Long-Term Care Policy Network (ILPN)*. È coordinatore di NNA.

Annalisa Grilli, medico specialista in Geriatria, dal 2010 lavora come Dirigente Medico presso la Geriatria e l'Accettazione Geriatrica d'Urgenza del Presidio Ospedaliero IRCCS-INRCA di Ancona. In precedenza si è occupata di geriatria del territorio e della continuità assistenziale (in particolare nelle residenze sanitarie assistite). Attualmente è impegnata nella gestione delle problematiche cliniche e assistenziali dell'anziano in pronto soccorso e nell'ospedale per acuti e collabora ai programmi di ricerca dell'Istituto.

Antonio Guaita, geriatra, dal 2009 è direttore della Fondazione GolgiCenci (*www.golgicenci.it*) per lo studio e la ricerca sull'invecchiamento cerebrale e le patologie correlate. Collabora con il Centro Competenza Anziani della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI). È stato direttore dell'Istituto Geriatrico Golgi di Abbiategrosso fino al 2008. È membro della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, della Associazione Italiana Psicogeriatria, della Gerontological Society of America ed è co-editore della rivista "I luoghi della cura".

Fabrizio Lattanzio, medico geriatra, dal 2008 è Direttore Scientifico dell'IRCCS-INRCA di Ancona.

Claudio Maria Maffei, Direttore Sanitario dell'IRCCS-INRCA di Ancona, è laureato in medicina e chirurgia e specialista in Igiene e sanità pubblica. Ha svolto attività direzionale, nella Regione Marche, sia a livello di ASL che di azienda ospedaliera e di dipartimento/servizio nell'ambito dell'assessorato alla sanità.

Alessandro Mazzucco, già Rettore dell'Università di Verona, è Ordinario di Chirurgia Cardiaca in quella sede e Direttore del programma di Trapianto Cardiaco. È specialista in Chirurgia Generale, in Chirurgia Cardiovascolare e in Chirurgia Toracica. È Fellow dell'European Board of Cardiothoracic Surgery. Past president della Società Italiana di Chirurgia Cardiaca, è socio di numerose società scientifiche. Autore di 394 articoli su riviste internazionali, di 200 abstract di relazioni congressuali, di 5 capitoli di libri e di 2 monografie.

Niccolò Marchionni è Professore Ordinario di Geriatria dell'Università di Firenze. Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria nel triennio 2009-2011, è attualmente Presidente della Società Italiana di Cardiologia Geriatrica. I suoi principali interessi di ricerca sono rappresentati da: fisiopatologia clinica cardiovascolare e cure intensive in geriatria; appropriatezza prescrittiva nel paziente anziano; epidemiologia e farmaco-epidemiologia geriatrica. Per l'esperienza maturata in quest'ultimo settore, dal 2010 è stato eletto *Chairperson* del *Geriatric Expert Group* della *European Medicines Agency* (Londra).

Valeria Morichi, medico chirurgo specializzato in Geriatria presso l'Università Politecnica delle Marche, lavora attualmente come dirigente medico presso il reparto di Geriatria e Ac-

cettazione Geriatrica d'Urgenza dell'IRCCS-INRCA di Ancona. La ricerca in ambito geriatrico si è rivolta prevalentemente all'utilizzo della VMD in vari setting assistenziali, in particolare sulle peculiarità del paziente anziano in pronto soccorso e reparti per acuti e sui test di screening della fragilità in tale ambito.

Enrico Mossello è laureato in Medicina e Chirurgia, Specialista in Geriatria, Dottore di Ricerca e Ricercatore presso l'Università degli Studi di Firenze. È impegnato nell'assistenza geriatrica, dalle cure intensive a quelle ambulatoriali, e nella ricerca clinica nell'area dei disturbi cognitivi dell'anziano. È docente nell'ambito di diversi Corsi di Laurea sanitaria, Scuole di Specializzazione e Master dell'Università di Firenze e membro del Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria.

Franco Pesaresi è direttore dell'Azienda Servizi alla Persona "Ambito 9" di Jesi (AN). È stato direttore della Zona territoriale di Senigallia dell'ASUR Marche e Direttore dell'area Servizi alla persona del comune di Ancona. È autore di oltre 180 pubblicazioni scientifiche sull'organizzazione sociale, sociosanitaria e sanitaria. È componente di NNA. Blog: <http://franco-pesaresi.blogspot.it/>.

Domenico Picone, specializzando in Gerontologia e Geriatria c/o la Cattedra di Geriatria, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Renzo Rozzini è docente nella facoltà di Scienze della Formazione e nel corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Brescia) e direttore del Centro Studi sull'Organizzazione Sanitaria (CeSOS) nel medesimo ateneo. Direttore del Dipartimento di Medicina e Geriatria, Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero (Brescia) e presidente del Gruppo di Ricerca Geriatrica (Brescia).

Monica Torrini è laureata in Medicina e Chirurgia, Specialista in Geriatria ed in Anestesia e Rianimazione. Si occupa principalmente di medicina geriatrica per acuti, in particolare di terapia intensiva, ma rivolge la sua attenzione anche alla geriatria ambulatoriale; da svariati anni si occupa inoltre di terapia del dolore nell'anziano, di cure palliative e di fine vita. È docente di Geriatria presso alcuni Corsi di Laurea Sanitaria dell'Università degli Studi di Firenze, tutor presso la Scuola di Specializzazione di Geriatria della stessa Università.

Marco Trabucchi è professore ordinario nel dipartimento di Medicina dei Sistemi dell'Università di Roma – Tor Vergata, Direttore Scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica di Brescia e Presidente dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria. È stato presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. È autore di oltre 500 pubblicazioni scientifiche su riviste indicizzate, prevalentemente in ambito geriatrico e gerontologico. È componente di NNA.

Stefania Volpato è Dirigente Medico in servizio presso la SC Geriatria del Presidio Ospedaliero di Treviso Azienda ULSS n. 9 Regione Veneto. Svolge attività diretta alla gestione e presa in carico del paziente anziano con patologia acuta, partecipando, fin dalla fase di sperimentazione, all'organizzazione e operatività dell'OBI Geriatrica. Svolge inoltre attività ambulatoriale finalizzata al follow-up dei pazienti dopo la dimissione da OBI.

Opere pubblicate nella stessa collana

- **Giovani, legalità e riqualificazione degli spazi**
Liliana Leone
- **Turismo sociale**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Complessità, organizzazione, sistema**
Silvio Coraglia, Giovanni Garena
- **Alzheimer e ambiente**
Marta Roncaglia, Damiano Mantovani,
Letizia Espanoli
- **L'infermiere e la legge**
Marco Cazzola, Giovanni Chilin
- **Alzheimer in movimento**
Gianbattista Guerrini, Giuseppina Giorgi Troletti
- **I servizi dell'infanzia**
Mara Mattesini
- **Assistenza, etica ed economia**
Maila Mislej
- **Distretto e nursing in rete:
dall'utopia alle pratiche**
Ofelia Altomare, Barbara Ianderca,
Loreta Lattanzio, Cristina Stanic
- **Salute mentale e organizzazione che cura**
Livia Bicego, Cristina Brandolin,
Annamaria Cociani, Adriana Fasci,
Nicoletta Semeria
- **Il lavoro minorile**
Paula Benevene
- **Capire la psichiatria**
Maria Isabella Greco
- **Le informazioni e gli operatori sanitari**
Andrea Maccari, Gaetano Romigi
- **Le adolescenze**
Giovanni Amodio (a cura di)
- **Manuale di fund raising e comunicazione
sociale**
Federico Spazzoli, Matteo Matteini,
Marco Mauriello, Roberta Maggioli
- **La comunicazione che cura**
Giuseppe Magistrali (a cura di)
- **Il disabile adulto**
Alain Goussot (a cura di)
- **La dirigenza dei servizi infermieristici**
Patrizia Nappini, Mauro Petrangeli,
Maria Serina
- **Piccoli e grandi:
la comunità protegge i suoi bambini**
Saveria Addotta, Maria Teresa De Camillis
- **Sistema di gestione per la qualità delle
residenze per anziani non autosufficienti**
Adriano Guala, Bettina Gallia,
Laura Cazzulino, Paola Garbella
- **Misurare la complessità assistenziale**
Bruno Cavaliere
- **Alla scoperta del lavoro e dell'organizzazione**
Claudio Ruggiero
- **Nel nuovo welfare**
Giovanni Devastato
- **Accreditamento volontario di eccellenza**
Pierluigi Morosini e Paolo Piergentili
(a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti
in Italia - Rapporto 2009**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **L'ansia: conoscerla e superarla**
Erica Elisei
- **Comprendere la povertà**
Francesco Marsico e Antonello Scialdone
(a cura di)
- **Adatti e quasi adatti a scuola**
Antonio Iannaccone e Giuseppina Marsico
- **Assistenza in psicogeriatrica**
Fabrizio Asioli e Marco Trabucchi (a cura di)
- **La progettazione terapeutica nelle strutture
socio-sanitarie**
Monica Zanolla

- **Integrazione socio-sanitaria**
Luca Degani, Raffaele Mozzanica
- **Servizio sociale professionale e medicina legale**
Laura Brizzi, Claudia Cannoni
- **Cooperazione sociale Legacoop in Emilia-Romagna**
Alberto Alberani e Luciano Marangoni (a cura di)
- **Il capitale umano del terzo settore**
Paula Benevene
- **Siamo tutti stakeholder**
Marisa Parmigiani (a cura di)
- **Democrazia e nursing**
Maila Mislej
- **Riabilitazione psicosociale nell'infanzia e nell'adolescenza**
Giovanni Battista Camerini ed Enzo Sechi (a cura di)
- **Elementi di etica per operatori socio-sanitari**
Renzo Zanon
- **Adolescenza: stili di vita e comportamenti a rischio**
Susanna Testa (a cura di)
- **Il personale nelle RSA e nelle strutture per anziani**
Franco Iurlaro
- **Attraversare il dolore per trasformarlo**
Letizia Espanoli e Nicoletta Todesco (a cura di)
- **Elementi di Clinical Governance in Pneumologia**
Roberto Walter Dal Negro, Davide Croce, Antonio Sebastiano
- **Viva gli Anziani!**
Comunità di Sant'Egidio
- **Errore e apprendimento nelle professioni di aiuto**
Alessandro Sicora
- **Il personale nel non profit**
Federico Spazzoli e Francesco Liuzzi
- **Innovazione gestionale in sanità Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica Esperienze a confronto**
Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto
- **Accordi e contratti nel "rinnovato" sistema di remunerazione delle prestazioni e delle funzioni ospedaliere**
Francesco Ciro Rampulla, Livio Pietro Tronconi
- **Uscire dal buio**
Tommaso Mola
- **Esperienze di welfare locale**
Daniela Gatti e Paolo Rossi (a cura di)
- **La formazione sul campo**
Antonio Pignatto, Costantina Regazzo, Paolo Tiberi
- **Bisogni sospetti**
Emilio Vergani
- **Il mestiere dell'educatore**
Francesca Mazzucchelli (a cura di)
- **Oltre il motivo del profitto**
Maria Vella
- **Schiavitù di ritorno**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Nursing narrativo**
Silvia Marcadelli, Giovanna Artioli
- **Qualità e Accreditamento dei Servizi Sociali**
Giovanni Garena, Anna Maria Gerbo
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 2° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **Benchmarking e activity based costing in ambito socio-sanitario**
Antonio Sebastiano ed Emanuele Porazzi (a cura di)
- **L'analisi di bilancio nelle Aziende pubbliche di Servizi alla Persona**
Enrico Bracci
- **Governo clinico e cure primarie**
Carmelo Scarcella e Fulvio Lonati (a cura di)
- **Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche**
Claudia Caula e Alberto Apostoli (a cura di)

- **Come cambia il welfare lombardo**
Cristiano Gori (a cura di)
- **Strategie per la fragilità**
Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte,
Marco Trabucchi
- **Cooperare per l'infanzia**
Alfredo Morabito (a cura di)
- **Le disabilità complesse**
Alain Goussot (a cura di)
- **Tra normalità e rischio**
Cristina Faliva (a cura di)
- **Non autosufficienza e territorio**
Koinè
- **Riflettere e agire relazionalmente**
Giovanna Rossi e Lucia Boccacin (a cura di)
- **Metodi e strumenti per la qualità dell'integrazione scolastica della persona disabile**
Sabrina Paola Banzato, Loretta Mattioli
- **La relazione come cura nell'assistenza geriatrica**
Giovanni Braidì, Giovanni Gelmini
- **Il problema obesità**
Paola Gremigni e Laura Letizia (a cura di)
- **Il tempo del morire**
Marta Roncaglia, Roberto Biancat, Luca Bidoglia,
Francesca Bordin, Maurizio Martucci
- **Comunicazione profonda in Sanità**
Francesco Calamo Specchia
- **Sette paia di scarpe**
Paola Rossi
- **Manuale di empowerment con i genitori**
Anna Putton, Angela Molinari
- **Professione Counseling**
Piera Campagnoli (a cura di)
- **Manuale di movimentazione del paziente**
Samanta Cianfrone
- **Guida al welfare italiano: dalla pianificazione sociale alla gestione dei servizi**
Raffaello Maggian
- **Contro la contenzione**
Maila Mislej, Livia Bicego
- **Assistere a casa**
Giuseppe Casale e Chiara Mastroianni (a cura di)
- **Anziani da slegare**
Maria Luisa Vincenzoni (a cura di)
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 3° Rapporto**
N.N.A. - Network Non Autosufficienza
(a cura di)
- **Incontri di Mondi Saperi, luoghi e identità**
Giovanni Amodio e Milli Ruggiero (a cura di)
- **1° Rapporto provinciale delle politiche sociali territoriali comasche**
- **Costellazione RSA**
Carmen Primerano e Valter Tarchini (a cura di)
- **Agorà**
Daniela Catullo, Barbara Mazzardis
- **L'aggressività nei servizi sociali**
Renata Fenoglio, Laura Nardi, Adriana Sumini,
Aurelia Tassinari
- **L'educatore professionale**
ANEP
- **Vita da OSS**
Gianluigi Rossetti, Patrizia Beltrami
- **Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie**
Carmelo Scarcella, Fulvio Lonati (a cura di)
- **Manuale dell'Operatore Socio-Sanitario**
Luca Cecchetto e Gianluigi Romeo
- **Oltre la crisi**
Giovanni Devastato
- **La programmazione sociale**
Angelo Mari (a cura di)
- **Fatica e bellezza del prendersi cura**
Beatrice Longoni, Enrica Picchioni,
Antonio Musto (a cura di)
- **Animazione e demenze**
Walther Orsi, Clelia D'Anastasio,
Rosa Angela Ciarrocchi (a cura di)
- **Take Care**
Giuseppe Imbalzano, Maria Grazia Silvestri

- **Alzheimer: idee per la qualità della vita**
Letizia Espanoli
- **Nuove sfide per la salute mentale**
Giuseppe Biffi, Giorgio De Isabella
- **Diritto Sanitario**
Giampiero Cilione
- **Scherzo, litigio, bullismo, reato?**
Susanna Testa
- **Il progetto girasole**
AA.VV.
- **Tra cambiamenti e continuità**
Daniela Gatti, Graziano Maino, Anna Omodei (a cura di)
- **Le parole dell'immigrazione**
Daniela Pompei
- **Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche**
Emidia Vagnoni, Laura Maran
- **Alzheimer: curarlo e gestirlo in RSA**
Sara Angelini
- **Autismo e competenze dei genitori**
Alain Goussot (a cura di)
- **Servizio sociale e crisi del welfare**
Carmelo Bruni, Giovanni Devastato
Enzo Nocifora, Lluís Francesc Peris Cancio
Enrico Pugliese, Giuseppe Ricotta
Giovanna Sammarco, Elena Spinelli
- **Primary Nursing**
Giorgio Magon, Tiziana Suardi (a cura di)
- **RSA Residenze Sanitarie Assistenziali**
Franco Pesaresi
- **Liberare la qualità**
Simone Peruzzi
- **Le demenze: mente, persona, società**
Antonio Monteleone, Antonio Filiberti
Patrizia Zeppegno (a cura di)
- **Voci dalla strada**
Francesca Zuccari, Laura Paolantoni
- **La leadership nella RSA**
Oscar Zanutto
- **Anziani.
Salute e ambiente urbano**
Rita Cutini
- **Immigrazione**
Daniela Pompei
- **La metodologia pedagogia dei genitori**
Augusta Moletto, Rizio Zucchi
- **Le procedure disciplinari delle professioni sanitarie**
Mauro Di Fresco
- **Sala operatoria e terapia intensiva**
Francesca Ciruolo, Francesca Giofrè (a cura di)
- **Pediatrî e bambini**
Giancarlo Cerasoli, Francesco Ciotti (a cura di)
- **Fondamenti di infermieristica in salute mentale**
Vincenzo Raucci, Giovanni Spaccapeli
- **OSS operatore socio-sanitario manuale e quiz per il concorso**
Luca Cecchetto, Gianluigi Romeo
- **Nuove dimensioni del servizio sociale**
Franca Dente (a cura di)
- **I principi dell'organizzazione professionale dell'infermiere**
Paola Ripa, Piera Bergomi, Enrico Frisone,
Duilio Loi
- **Principi di risk management nei servizi sanitari e socio-sanitari**
Luca Degani, Oliviero Rinaldi,
Massimo Monturano, Andrea Lopez,
Marco Ubezio
- **La rendicontazione sociale nelle RSA**
Maura Marangon
- **Dove l'acqua si ferma: la cura e il benessere degli anziani fragili con il metodo gentilecare**
Marco Fumagalli, Fabrizio Arrigoni
- **L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia**
N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di)
- **Ginnastica mentale**
Cristina Gueli

- **Manuale dell'animatore sociale**
Irene Bruno, Rabih Chattat, Stefano Canova
(a cura di)
- **Il lavoro con gli anziani in casa di riposo**
Luca Fazzi
- **Organizzazione e gestione delle strutture per il benessere fisico**
Carlo Bottari, Pasqualino Maietta Latessa, Giovanni Paruto
- **Malati per forza**
Ferdinando Schiavo
- **I tumori cerebrali infantili: relazioni di cura**
Rosapia Lauro Grotto, Massimo Papini, Debora Tringali
- **Nordic Walking e salute**
Luca Cecchetto
- **La fragilità degli anziani**
Cristina Malvi, Gabriele Cavazza (a cura di)
- **Contenzione o protezione?**
Sara Saltarelli, Silvia Vicchi (a cura di)
- **Peer Counseling della disabilità**
Maurizio Fratea
- **Gestire l'impresa sociale**
Federico Spazzoli, Marta Costantini, Monica Fedeli
- **Quasi schiavi**
Enzo Nocifora (a cura di)
- **Il mobbing infermieristico**
Mauro Di Fresco
- **La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze**
Stefano Bugnoli (a cura di)
- **Schiavitù latenti**
Francesco Carchedi (a cura di)
- **Dal valore della produzione alla produzione di valore**
Elena Meroni (a cura di)
- **La pratica del welfare locale**
Monia Giovannetti, Cristiano Gori, Luca Pacini (a cura di)
- **De-mente? No! Sente-mente**
Letizia Espanoli
- **Nuova domiciliarità**
Massimiliano Di Toro Mammarella (a cura di)
- **Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale**
Enrico Brizioli, Marco Trabucchi (a cura di)