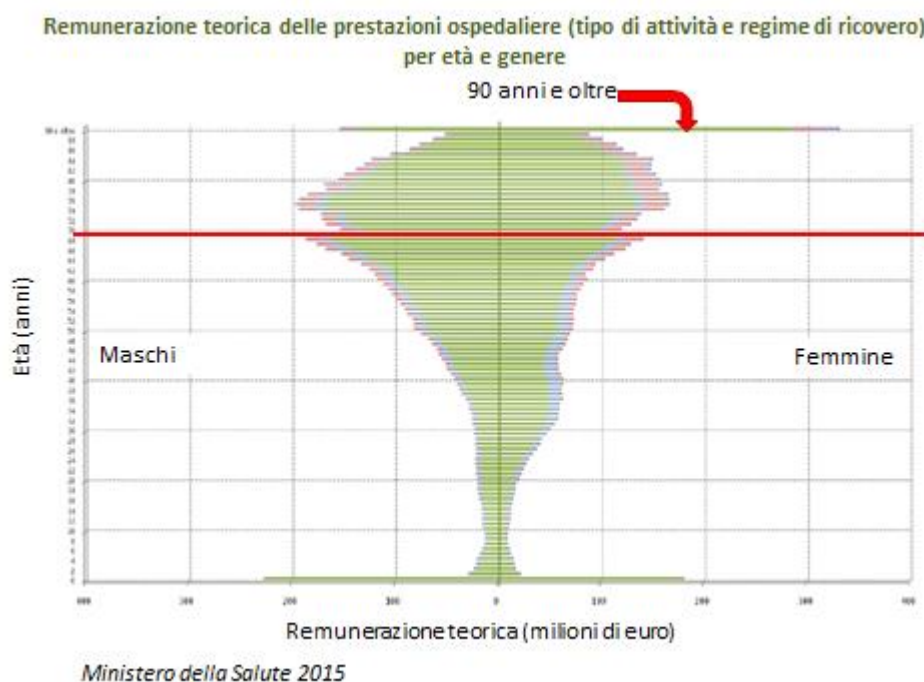


Manuale di Competenze in Geriatria

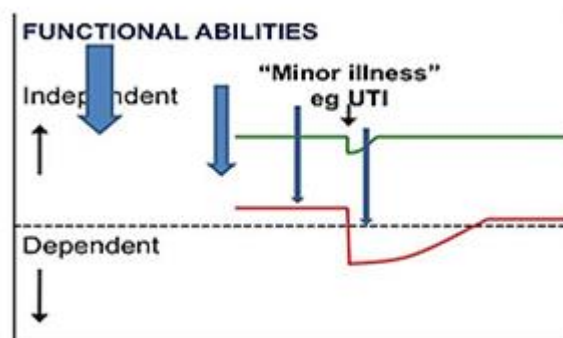
ITEM 22

Identifica i potenziali rischi dell'ospedalizzazione dell'anziano malato (immobilità, delirium, effetti avversi dei farmaci, malnutrizione, piaghe da decubito, procedure perioperatorie, incontinenza urinaria, infezioni) ed identifica le strategie utili per prevenirle.

I dati epidemiologici evidenziano che i pazienti anziani con una buona valutazione funzionale all'ingresso in ospedale e con diagnosi non riconducibile a patologie direttamente collegate alla riduzione della funzionalità (ad esempio polmonite batterica o infezione delle vie urinarie) mostrano alla dimissione diminuzione pronunciata della stessa valutazione. Il tasso di ospedalizzazione è schematicamente rappresentato dalla figura di seguito che descrive anche la ripartizione per genere e per età: sopra la linea rossa sono i ricoveri degli anziani (>65 anni); si noti il notevole numero di grandi vecchi (>90 anni) indicati dalla freccia, soprattutto donne; molti di questi ricoveri hanno come esito la morte (si parla di ospedalizzazione della morte?).



Si evince che l'ospedale è il setting di cure abituale per l'anziano malato, ma non sempre è utilizzato con appropriatezza e buoni risultati. Il ricovero ospedaliero deve essere l'occasione per evidenziare la fragilità dell'anziano, la quale modifica le manifestazioni cliniche della malattia principale anche per la coesistente multipatologia. La figura che segue può spiegare tale fenomeno.



Manuale di Competenze in Geriatria

In presenza di fragilità, una malattia come l'infezione delle vie urinarie (UTI) può incidere un diverso risultato in un anziano fragile (linea rossa) rispetto a uno che non lo è (linea turchese); la malattia nei due casi ha una diversa durata e soprattutto incide diversamente sull'autonomia (ADL); anche il tempo di recupero è diverso e spesso non si ritorna alle condizioni pre-malattia. L'anziano descritto con la linea rossa è fragile e ha ridotte riserve funzionali.

Circa il 75% delle persone con 75 anni o più, funzionalmente indipendenti al ricovero in ospedale da casa, non sono più funzionalmente autonomi alla dimissione; il 15% delle persone ultra75enni è dimesso con ausili di complicata gestione. La tendenza a ricoveri ospedalieri brevi seguiti da assistenza e riabilitazione subacuta può spiegare il fenomeno e la necessità di una complicata long term care. Inoltre, le cure ospedaliere agli anziani seguono tradizionali protocolli con ampi riferimenti alla evidence based medicine che con difficoltà è trasferibile alla popolazione anziana con multipatologia; la frequente politerapia (>5 farmaci), nonostante il noto rischio iatrogenico, è la conseguenza; si deve evitare la prescrizione di *potentially inappropriate medication* o PIM. Si ricorda che in Italia circa il 5% dei ricoveri ospedalieri è costituito dal ritorno forzato in ospedale di un paziente dimesso meno di 30 giorni prima per una complicazione dovuta in genere alla cattiva gestione delle prime dimissioni: il problema riguarda molto spesso la popolazione anziana che non ha a disposizione un'adeguata rete di servizi per gli anziani.

L'OSPEDALIZZAZIONE DELL'ANZIANO: POSSIBILI CONSEGUENZE NEGATIVE

Il declino funzionale è una delle conseguenze negative più comuni e di vasta portata del ricovero ospedaliero del paziente anziano con ricadute anche sulla famiglia e sul sistema sanitario nazionale. Il declino si mantiene a lungo fino ad un anno dopo le dimissioni; quando poi nei tre anni successivi non vi è un recupero in termini di funzionalità, aumenta il rischio di istituzionalizzazione, disabilità permanente e morte. La corretta rilevazione di questi aspetti può permettere l'individuazione di situazioni target in cui è necessario un intervento preventivo. Tra i fattori psicosociali rilevanti in questo contesto di fragilità c'è sicuramente il sostegno sociale da parte dei caregiver informali, soprattutto quando questi sono i familiari del paziente ricoverato. I congiunti sono una risorsa importante in quanto fungono da ponte tra l'ambiente del quotidiano e l'ambiente disorientante, sconosciuto e complesso dell'ospedale. Nei contesti strutturati di tipo multidimensionale (che riguardano non solo gli aspetti medico-clinici, ma anche quelli psicologici e sociali), i membri della famiglia divengono parte integrante dell'équipe coinvolta nella cura.

Ci sono problemi di organizzazione ospedaliera: per esempio, la limitazione della mobilità fisica, dovuta alla terapia infusiva o al catetere vescicale, risulta essere correlata con la riduzione della funzionalità a breve e a lungo termine, con la diminuzione delle ADL (*Activities of Daily Living*, ossia le attività della vita quotidiana in cui la persona è autonoma) e con l'aumento del rischio di morte. Anche la malnutrizione concorre al declino funzionale al momento delle dimissioni in quanto è spesso il risultato di periodi prolungati di ricovero, in cui da prescrizione medica l'assunzione orale di cibo liquido e solido è limitata nell'accesso o è diversa rispetto alle preferenze del paziente. Il prolungato allettamento e l'inattività fisica sono deleteri e devono, per quanto possibile, essere evitati. Nei pazienti fragili, confusi o immobili viene spesso preferito l'utilizzo di dispositivi per la diuresi e la defecazione, quali pannoloni e cateteri urinari; per il personale infermieristico è più facile offrire tali dispositivi temporanei piuttosto che attivare interventi finalizzati al mantenimento dell'autonomia. Anche la polifarmacoterapia rientra tra i fattori capaci di ridurre l'autonomia dell'anziano ospedalizzato; essa ha spesso conseguenze avverse, come ad esempio essere concausa nelle cadute. I risultati negativi connessi all'assunzione dei farmaci si verificano 2,5 volte in più negli ultra sessantacinquenni rispetto ai più giovani. I farmaci attivi sul sistema nervoso centrale sono da usare con cautela in quanto possono indurre cadute e delirium.

Lo stesso ambiente ospedaliero in termini di strutturazione, ritmi delle attività e sovraffollamento risulta essere per l'anziano - in presenza o meno di deterioramento cognitivo - un luogo rumoroso, sensorialmente e socialmente deprivato e nel complesso quindi disorientante. Tali aspetti ambientali



Manuale di Competenze in Geriatria

non solo scoraggiano l'anziano alla mobilità, quando concessa, ma incrementano anche la confusione spaziale e temporale, alterano il sonno, portano spesso all'isolamento sociale, aumentano il rischio di cadute e la possibilità di esordio di sintomatologia psicogeriatrica.

L'età, i livelli bassi di ADL all'ingresso ed il funzionamento cognitivo sotto i livelli normativi sono predittori significativi del declino funzionale durante l'ospedalizzazione. I sentimenti che accompagnano l'ospedalizzazione dell'anziano sono: senso di inutilità, solitudine, paura delle pratiche mediche a cui vengono sottoposti, che spesso non sono oggetto di spiegazione e condivisione da parte del personale sanitario. I sintomi depressivi sono molto comuni nei pazienti anziani e i disturbi dell'umore spesso legati alla degenza non si estinguono con la dimissione. Anche il delirium è un sintomo diffuso, che colpisce più di un paziente su cinque tra gli anziani ricoverati: si rimanda all'item specifico per la sua definizione. Le persone che sviluppano delirium mentre ricevono assistenza sanitaria per problemi medici, neurologici e chirurgici, hanno un rischio elevato di morte, di istituzionalizzazione e di morbilità durante e dopo la degenza; il delirium espone i pazienti ad un maggior rischio di persistente declino delle prestazioni cognitive; il delirium e la demenza possono coesistere e questo rende difficoltosa la diagnosi differenziale. L'anziano che sviluppa il delirium durante la degenza ospedaliera sarà più probabilmente istituzionalizzato; avrà, inoltre, ridotte capacità alle ADL e IADL e svilupperà demenza in un periodo successivo. L'anziano con delirium ha frequentemente restrizioni fisiche (20% dei casi), cadute nel 9%, malnutrizione nel 39%, molto di più rispetto al gruppo che non manifesta delirium. Il delirium incidente si associa ad una maggior incidenza dell'indice di mortalità e pertanto dovrà essere oggetto di attenzione preventiva.

L'assessment cognitivo dell'anziano ospedalizzato dovrebbe essere attento ed esauriente e riguardare attenzione, memoria, linguaggio, funzioni esecutive, comprese le capacità visuo-spaziali. Esse possono variare giornalmente durante la degenza; l'infermiere e il caregiver possono fornire informazioni molto utili a riguardo; per il personale infermieristico e gli operatori socio-sanitari è stato proposto lo strumento RADAR (*Recognizing acute delirium as part of your routine*), che si inserisce nell'attività quotidiana dell'infermiere ed è composto da tre quesiti ai quali basta rispondere sì o no, senza il coinvolgimento diretto del paziente:

RADAR - Recognizing acute delirium as part of your routine

Quando sei passato dal/dalla paziente per il controllo giornaliero programmato:

- Il/la paziente presentava sonnolenza?
- Il/la paziente aveva problemi a seguire le tue istruzioni?
- I movimenti del/della paziente erano rallentati?

Sono necessari in media solo 7 secondi per rispondere alle tre domande, il che consente di impegnare meno di un minuto nell'arco delle 24 ore per eseguire quattro valutazioni nel corso della giornata. Anche i tempi per imparare a usare lo strumento sono molto brevi: sono infatti necessari meno di 15 minuti, escludendo l'addestramento al letto del malato. Se somministrato dalle 3 alle 4 volte in 24 ore, lo strumento RADAR si è dimostrato abbastanza sensibile (73%) e moderatamente specifico (67%) per evidenziare uno stato confusionale.

INTERVENTI PER EVITARE COMPLICAZIONI DOVUTE ALL'OSPEDALIZZAZIONE DELL'ANZIANO

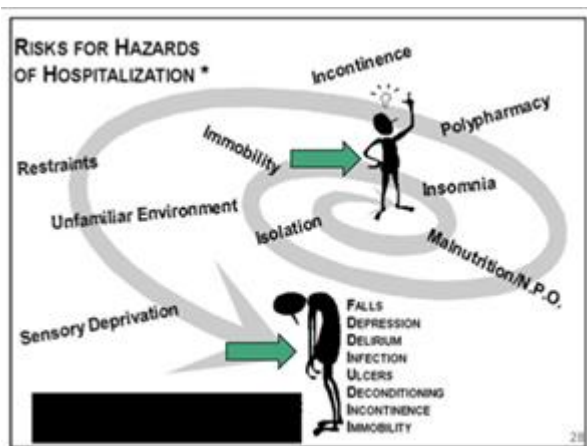
L'ambiente ospedaliero dovrebbe essere disegnato per ridurre il declino funzionale dei pazienti anziani. Molti modelli per un'unità di assistenza geriatrica in fase acuta sono stati impiegati; ognuno differisce dall'altro in base alle caratteristiche del paziente e all'obiettivo preposto. Una procedura di successo è l'ACE (*Acute Cure for the Elderly*, assistenza acuta al paziente anziano) che prevede un programma centrato sull'assistenza al paziente, disegnato specificamente per prevenire la disfunzione da degenza ospedaliera. Si raccomanda, per esempio, di contrastare l'abitudine degli anziani a rimanere a letto con il pigiama e si raccomanda il normale vestiario per un'attività motoria e di relazione vicine alla normalità. Il programma si basa sulla creazione di un ambiente amichevole, su



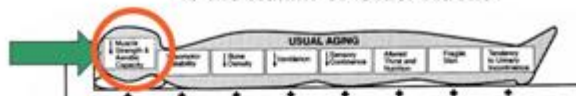
Manuale di Competenze in Geriatria

interventi mirati per i disturbi sensoriali, per la disidratazione, per favorire l'orientamento alla realtà, per evitare l'immobilizzazione precoce, per agevolare il sonno (luce adeguata durante il giorno).

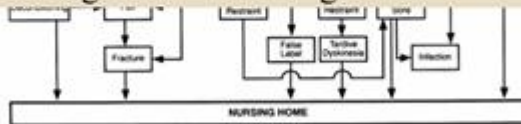
Si è già detto che quasi la metà degli adulti che occupano letti d'ospedale ha circa 65 anni; si presume che questa proporzione possa aumentare in futuro con l'invecchiamento della popolazione. L'ospedalizzazione può aumentare i cambiamenti fisiologici collegati all'età e aumentare la morbilità. L'esito del ricovero ospedaliero è migliore nei pazienti ospedalizzati per procedure elettive (ad es. protesi articolari) che nei pazienti ospedalizzati per condizioni gravi (ad es. insufficienza multiorgano). Gli anziani che in ospedale ricevono la valutazione multidimensionale geriatrica è più probabile che ritornino a casa ed è meno probabile la loro istituzionalizzazione (dopo un anno dal ricovero rispetto a coloro che ricevono usuali procedure); non vi sono, invece, differenze di mortalità e poco si sa della rilevanza della durata del ricovero sulla cognitività (Cochrane). I reparti di Geriatria non sono tanti in Italia, si tratta di circa 14000 letti, e non sempre hanno dimensioni adeguate alla casistica reale (circa il 50% dei ricoverati ha più di 65 anni). Le due figure che seguono vogliono riassumere i problemi dell'ospedalizzazione dell'anziano: la diminuzione della massa muscolare (sarcopenia) e della forza sono per vari motivi (processi di decondizionamento) molto rilevanti anche dopo pochi giorni di allettamento e di alimentazione precaria.



Bed Rest and Hospitalization are Dangerous to the Health of Older Adults



- Loss of strength/day at bed rest
 - Football players: 1-1.5% strength/day (10%/week)
 - Elderly patients: 5%/day (35%/week)
- Reconditioning takes much longer than deconditioning



Credenc. M. C. Ann Intern Med 1993;118:219-223

Annals of Internal Medicine

Nonostante l'alta presenza di anziani fra i degenti, l'ospedale per acuti è spesso un *hostile environment* che agevola ad una *cascade of dependency*: durante la degenza un terzo degli anziani ricoverati perde una o più funzioni della vita quotidiana. 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 outcome



Manuale di Competenze in Geriatria

migliori dipendono da alcuni fattori principali, tra i quali un ambiente predisposto qualificato ad hoc, la cura centrata sulla persona, la valutazione medica frequente, la riabilitazione precoce, un piano di dimissione che consenta la continuità delle cure e dell'assistenza.

Di seguito si riportano alcune caratteristiche complessive dell'ospedale "amico dell'anziano":

1. Pazienti con patologie acute hanno accesso ai servizi ospedalieri indipendentemente dall'età e dalla residenza (ad esempio le case di riposo); dove non si ha 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.
2. 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.
3. In ogni reparto, compreso il pronto soccorso, vi deve essere un team medico stabile, focalizzato sull'assistenza complessiva del paziente.
4. L'accesso all'assistenza specialistica è assicurato a tutti i pazienti e deve essere coordinato da un unico professionista, chiaramente identificabile ed in particolare quando coinvolge pazienti anziani con comorbidità.
5. 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).
6. 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.
7. L'ospedale deve porre attenzione nell'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.
8. 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.
9. 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.

La re-ospedalizzazione a 30 giorni dalla dimissione è evento frequente (circa 5% dei ricoveri) che, oltre a ridurre la qualità dell'assistenza, determina spreco di risorse economiche. Come intervenire?

1) INTERVENTI PRE-DIMISSIONE

- Educazione del paziente;
- Discharge planning, che in Italia viene identificata con la dimissione protetta. In realtà, se un discharge planning prevede uno specifico documento contenente raccomandazioni cliniche da effettuare al domicilio, spesso le dimissioni protette con motivazioni prevalentemente sociali non prevedono raccomandazioni cliniche per i professionisti sanitari;
- "Riconciliazione" delle terapie farmacologiche: processo che, a partire dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente (ricognizione) e quelli che dovrebbero essere somministrati permette di definire una prescrizione farmacologica appropriata e sicura;
- Programmazione di un appuntamento di follow-up.



Manuale di Competenze in Geriatria

2) INTERVENTI POST-DIMISSIONE

- Comunicazione tempestiva alle cure primarie di tutte le informazioni relative al paziente;
- Presa in carico tempestiva e follow-up da parte delle cure primarie;
- Follow-up telefonico;
- Linee dedicate di assistenza telefonica per i pazienti;
- Visite domiciliari eseguite dallo staff infermieristico per verificare la compliance terapeutica e l'appropriatezza del follow-up ambulatoriale, oltre che per monitorare la sintomatologia e le prestazioni.

3) INTERVENTI NEL CONTINUUM OSPEDALE-TERRITORIO

- Definiti bridging, sono erogati sia prima che dopo la dimissione, offrendo un raccordo tra il setting ospedaliero e quello territoriale;
- Transition coaches: letteralmente "istruttori nella fase di transizione", si identificano con il personale infermieristico che fornisce specifiche istruzioni al paziente prima della dimissione e che esegue le visite domiciliari dopo la sua dimissione (si veda sopra);
- Continuità assistenziale tra ospedale e territorio;
- Istruzioni di dimissione patient-centered.

La continuità delle cure realizzata anche con la informatizzazione e altri mezzi tecnologici sarà in grado di migliorare le criticità dell'argomento in trattazione. L'ospedalizzazione dovrebbe essere il setting ideale per intercettare la fragilità dell'anziano; si può utilizzare uno screening come quello che segue, il *Gérontopôle Frailty Screening Tool* (GFST) in versione italiana, utilizzabile anche nel setting fondamentale delle cure primarie.

Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST)

Pazienti di età ≥ 65 anni senza disabilità (punteggio *Activities of Daily Living* score $\geq 5/6$) né patologia acuta in atto

Domande	SÌ	NO	Non lo so
Il Suo paziente vive solo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il Suo paziente ha avuto una perdita involontaria di peso negli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il Suo paziente si è sentito più affaticato negli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il Suo paziente ha sperimentato maggiori difficoltà di movimento negli ultimi 3 mesi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il Suo paziente lamenta problemi di memoria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il Suo paziente presenta una bassa velocità del cammino (>4 secondi per percorrere 4 metri)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se la risposta ad una o più delle domande è stata SÌ:			
Pensa che il Suo paziente sia fragile?	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Se SÌ, il Suo paziente sarebbe disposto ad essere valutato per il suo stato di fragilità in una futura Clinica per la Fragilità?	SÌ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	



Manuale di Competenze in Geriatria

Uno studio condotto su un'ampia casistica ospedaliera di tipo medico è stato proposto un questionario per prevedere la riospedalizzazione partendo dal problema che il 14% dei pazienti è ricoverato di nuovo entro 30 giorni dalla dimissione. Il questionario sotto riportato consente di suddividere la casistica rispetto al rischio di riammissione ospedaliera in 3 categorie; l'alto rischio, e cioè l'alto punteggio, individua la popolazione sulla quale intervenire per ridurre il rischio di ricovero ospedaliero ripetuto.

HOSPITAL Score for 30-Day Potentially Avoidable Readmissions	
Attribute	Points
H emoglobin at discharge (<12g/dL)	1
Discharge from an O ncology service	2
S odium level at discharge (<135mEq/L)	1
P rocedure during the index admission (Any ICD-9 Coded Procedure)	1
I ndex T ype of admission (Non-Elective)	1
Number of A dmissions during the last 12 months	
0	0
1-5	2
>5	5
L ength of stay (≥5 days)	2

La degenza prolungata – LOS - è un parametro semplice per identificare un anziano che ha problemi ed ha presentato probabili complicazioni; alla sua dimissione sarà più probabile la riospedalizzazione costosa e foriera di ulteriori problemi.

