Anno IV - N. 4 - 2006

I luoghi della cura

Studio retrospettivo con l'uso di indicatori di risultato in una RSA genovese: verifica degli outcome

Crosio Pizzorni, Anna Fantini, Tiziana Benvenuto, Chiara Traverso

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona (ASP) "Emanuele Brignole", Genova

Nell'ambito di un ormai riconosciuto invecchiamento globale della popolazione, la Liguria e Genova in particolare, continuano a svolgere il ruolo di esempi paradigmatici. Genova infatti ha visto negli ultimi decenni un innalzamento generale dell'età media e un cambiamento sostanziale delle strutture familiari, se si pensa che in questa città il 54% delle persone che vivono da sole hanno più di 65 anni di età e fra costoro le donne rappresentano il 79,2% (Guerci e Consigliere, 2002). Non bisogna poi dimenticare che le proiezioni elaborate dall'Unità Statistica del Comune di Genova per l'anno 2014 prevedono che siano gli "oldest-old" l'unica fascia di popolazione destinata a crescere nel prossimo futuro (Bollettino Ufficiale della Regione Liguria, 2004).

In questo contesto si inserisce l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Emanuele Brignole" di Genova. Essa deriva dall'Albergo dei Poveri istituito intorno all'anno 1652 e adibito a ricovero di poveri per iniziativa di alcuni Membri dell'Ufficio dei Poveri, fra i quali va segnalato Emanuele Brignole, considerato il Fondatore dell'Istituzione.

L'Istituto nel corso degli ultimi decenni è stato oggetto di una serie di mutamenti, per cui da struttura per l'assistenza agli indigenti si è trasformato in struttura per l'assistenza e cura agli anziani non autosufficienti. L'ASP "Emanuele Brignole" è oggi presente in città con 7 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 3 Centri Diurni che assistono complessivamente oltre 600 anziani. Le RSA dislocate sul territorio sono in grado di fornire varie tipologie di servizi: dai ricoveri temporanei (riabilitativi, di stabilizzazione o sollievo alla famiglia) ai ricoveri permanenti (NAT e Alzheimer) (www.uil.it/uilliguria/statuto_brignole.htm).

L'RSA di Genova Rivarolo in particolare racchiude, con i suoi 97 utenti, tutte le tipologie di offerta, così suddivise: 40 ospiti riabilitativi (post-acuti); 24 ospiti di mantenimento NAT; 16 ospiti nel Nucleo Alzheimer; 17 ricoveri semiresidenziali per Alzheimer gravi (Centro Diurno).

È nell'ambito dell'attività svolta con i ricoveri temporanei riabilitativi che si è manifestata l'esigenza di valutare e quantificare, attraverso uno studio retrospettivo, i risultati raggiunti in un anno di lavoro. La popolazione che ha interessato lo studio è stata quella dei pazienti dimessi nell'anno 2005 dopo aver seguito un periodo di riabilitazione in struttura. In particolare, su 160 ingressi, è stato scelto un campione randomizzato di 80 pazienti a cui sono state somministrate diverse scale di valutazione (Trabucchi et al., 2005), quali: la scala di Tinetti (Tinetti, 1986) per l'attività motoria residua, l'indice di Barthel (Mahoney e Barthel, 1965) per l'analisi dell'autonomia e della dipendenza funzionale, l'indice di Norton (Norton et al., 1962) a quantificare il rischio di contrarre LDD e l'accurata analisi dell'evoluzione delle LDD già presenti all'ingresso.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti si è visto che i cosiddetti oldest-old rappresentavano il 50% della popolazione in esame e la percentuale di donne rappresentava il 76% del totale del campione. Gran parte dei pazienti, oltre il 57%, proveniva da vari ospedali cittadini, mentre il 31% da casa.

Uno dei primi risultati dello studio dimostra come dopo un periodo di riabilitazione, di durata massima di

180 giorni, i valori della scala di Tinetti aumentino sostanzialmente. Ben il 46% dei pazienti all'ingresso in struttura presentava infatti un valore di Tinetti variabile da 0 a 7, con un grado di autonomia pertanto molto limitato, se si pensa che 0 rappresenta la totale dipendenza motoria con incapacità persino a mantenere la postura seduta. Alla dimissione però questa percentuale diminuiva al 15%, mentre erano ben il 38% coloro i quali erano in grado di deambulare pressoché autonomamente (Fig. 1).
Altrettanto importante è stato il rilevamento delle lesioni da decubito all'ingresso e alla dimissione. Il 30% dei pazienti presentava infatti all'ingresso una o più lesioni da decubito, con prevalenza di terzo e quarto stadio, mentre alla dimissione questa percentuale diminuiva drasticamente al 9% e i pazienti presentavano solo lesioni in fase riparativa (Fig. 2).
Accanto a questo dato si poneva il sensibile miglioramento dei valori dell'indice di Norton, che vedeva la riduzione di ben 23 punti percentuali nei pazienti che presentavano all'ingresso in struttura un elevato rischio di contrarre lesioni da decubito. Un valore fortemente indicativo veniva fornito dall'indice di Barthel che mostrava come ben il 40% dei pazienti all'ingresso in struttura fosse completamente dipendente da terzi. Le percentuali si invertivano a fine trattamento

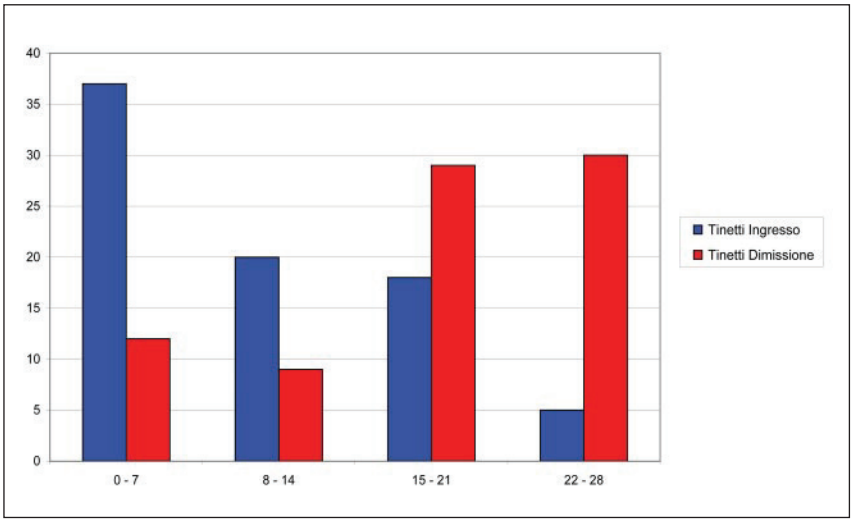


Figura 1 - *Confronto Tinetti ingresso-dimissione.*

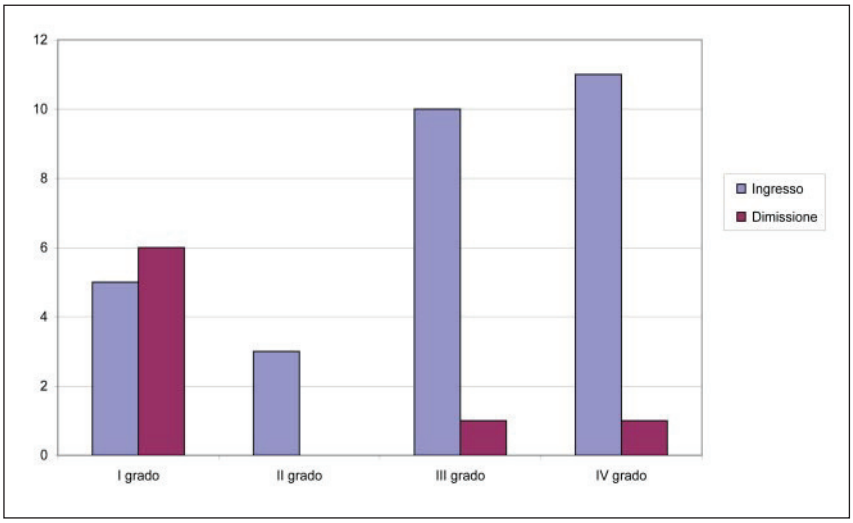


Figura 2 - *Confronto grado di LDD all'ingresso e alla dimissione.*

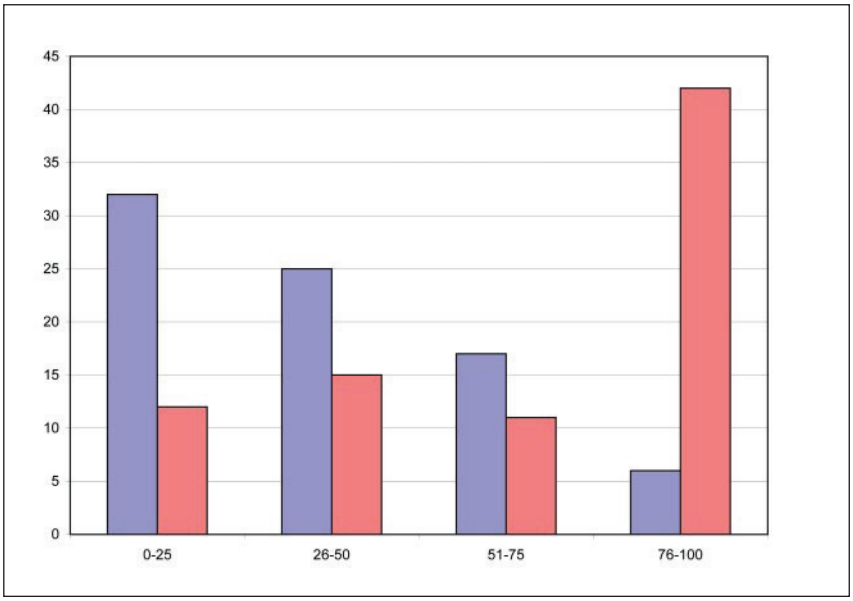


Figura 3 - *Confronto dati indice di Barthel all'ingresso e alla dimissione.*

quando solo il 15% rimaneva dipendente, mentre il 53% dei pazienti presentava un valore tra i 76 e i 100 punti, ad indicare una buona indipendenza se non la completa autonomia (Fig. 3).
Il risultato maggiormente in linea con gli obiettivi della struttura riguarda la percentuale di rientri al domicilio dopo un periodo di riabilitazione. Infatti, ben l'85% dei pazienti dello studio rientrava al proprio domicilio, mentre solo il 15% degli stessi veniva inserito in un'altra struttura per un ricovero definitivo. Il rientro a casa del paziente rappresenta infatti per l'operatore il raggiungimento dell'obiettivo prioritario dell'assistenza e della riabilitazione, che hanno lo scopo di restituire all'individuo la massima autonomia possibile coinvolgendo aspetti non solo clinici, ma anche psicologici e sociali.
I risultati dello studio, dopo essere stati elaborati ed analizzati, sono stati discussi con tutto il personale della struttura al fine di creare una consapevolezza nell'ambito dell'équipe multidisciplinare (medico, psicologa, fisioterapiste, dietista, infermieri ed Oss) del lavoro svolto e degli obiettivi raggiunti, ed è stato avviato un allargamento della ricerca che arriverà a comprendere per l'anno in corso parametri di valutazione derivanti da scale come la TMB (Test motorio di base, in fase di validazione) per la valutazione della capacità motoria residua, l'AGED per l'analisi del bisogno assistenziale confrontato con RUG e SVAMA, scale di valutazione dello stato nutrizionale, di rilevazione delle cadute e infine schede riguardanti l'uso di contenzioni fisiche o farmacologiche.
Sono inoltre già in corso nella residenza studi relativi a indicatori di qualità nei servizi di assistenza per l'anziano fragile (progetto Ulisse in collaborazione con il Ministero della Salute) e lo studio "SERAD Gal Alz 302", che ha lo scopo di valutare l'efficacia e la sicurezza dell'uso di Galantamina nella malattia di Alzheimer di grado severo su ospiti del Nucleo Alzheimer, attraverso la valutazione della funzione cognitiva e delle attività della vita quotidiana.

Conclusioni

L'approccio multidisciplinare e il lavoro d'équipe testimoniano ancora una volta come l'intervento riabilitativo in RSA debba partire da una visione olistica dell'individuo e debba avvalersi di strumenti di valutazione capaci di monitorare e quantificare gli interventi attuati. La condivisione con il personale, in relazione al ruolo e alle competenze, crea inoltre una maggiore sensibilizzazione ai problemi e consapevolezza degli obiettivi capace di gratificare per il lavoro svolto.

BIBLIOGRAFIA

Bollettino Ufficiale della Regione Liguria del 3/3/2004, Anno XXXV - Parte II, Deliberazione del Consiglio Regionale 20/27.1.2004 N. 3 Piano Socio Sanitario Regionale 2003-2005.

Guerci A, Consigliere S (eds.). Vivere e "curare" la vecchiaia nel mondo. Atti dalla 3ª Conferenza Internazionale di Antropologia e Storia della Salute e delle Malattie e del 3° Corso di Antropologia Medica. Genova, 11-16 marzo 2002. Genova, Erga Edizioni, 2002.

Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 61-65.

Norton D, McLaren R, Extin Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Edimburg, Churchill Livingstone, 1962.

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in the elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119-26.

Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. (a cura di) Residenze sanitarie per anziani. Il Mulino, Milano 2005.

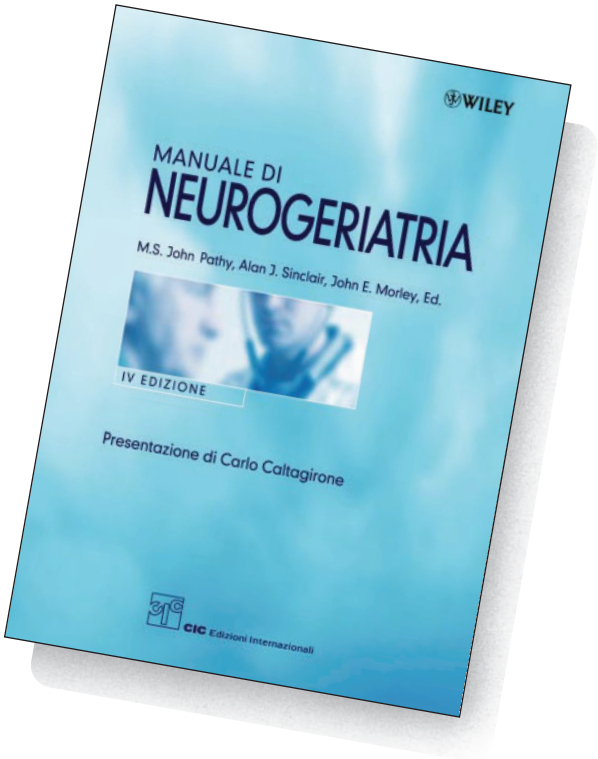
www.uil.it/uilliguria/statuto_brignole.htm (Statuto Azienda pubblica di Servizi alla Persona -ASP- Emanuele Brignole).

M.S.J. Pathy, A.J. Sinclair, J.E. Morley (eds.)

MANUALE DI NEUROGERIATRIA

IV edizione

Presentazione dell'edizione italiana di Carlo Caltagirone



Volume brossurato di 584 pagine
f.to cm 17x24
€ 60,00

CIC Edizioni Internazionali