

La Medicina LungoDegenza: realtà assistenziale o reparto specialistico per le patologie del Paziente Fragile

Gian Carlo Giuliani, Laura Palazzi

Casa di Cura "Villa Iris", Pianezza (TO)

L'attuale realtà sanitaria italiana risulta caratterizzata da una progressiva crescita di richieste di intervento sanitario nell'ambito di una popolazione sempre più anziana, con sempre maggiori comorbidità, e portatrice di patologie che sempre più superano la fase acuta per trasformarsi in patologie necessitanti frequenti trattamenti medici di stabilizzazione o di cura per riacutizzazioni e/o complicazioni (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005). Risulta pertanto rilevante approfondire nuovi modelli di assistenza che maggiormente soddisfino le esigenze di questa utenza, anche considerando la progressiva riduzione della potenzialità di assistenza da parte dei familiari/caregivers (Golini et al., 2003; Danieli et al., 2000; Tellini et al., 2000; Lucchetti et al., 2005; Diecidue et al., 1994; Bollettino Ufficiale Regione Marche, 1998; Guzzanti, 1998; Punzi et al., 1997).

L'attivazione dei Reparti di Medicina LungoDegenza (o post-acuzie) si colloca proprio in questa fase di cambiamenti strutturali del sistema sanitario sia a livello nazionale sia regionale, rappresentando una diretta conseguenza delle modificazioni derivanti dalla rimodulazione della rete ospedaliera (tendenza alla riduzione dei posti letto con centralizzazione dei reparti di acuzie, riduzione generalizzata della durata della degenza per acuti, tendenza alla progressiva diversificazione specialistica dei posti letto per la funzione di base, finanziamento degli ospedali in base ai DRG) e costituisce una delle possibili opzioni su cui lavorare per ottimizzare le risorse umane ed economiche (Ferrara et al., 2000; Regione Marche, 1999; Rozzini et al., 1992; Meschi et al., 2004). Ecco così che se da un lato si privilegiano i reparti di eccellenza, dall'altro molti ospedali sentono l'esigenza di creare appositi reparti di LungoDegenza al fine di creare un ambiente degenziale per

quei pazienti che non potrebbero ragionevolmente proseguire la loro degenza in reparti per acuti. Sul piano numerico, mentre fino al Piano Sanitario Nazionale del 2006-2008 si individuavano in 1 ogni 1000 abitanti i posti ospedalieri per la post-acuzie (da suddividersi alla pari tra la Riabilitazione e la LungoDegenza), con gli attuali piani di rientro definiti dal Patto per la Salute 2010-2012 con l'Accordo Stato-Regioni tale posto si è ridotto a 0,7 su mille abitanti, attivando anche azioni correttive volte da un lato al miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e dall'altro alla riduzione dei costi e della durata di degenza (Bollettino Ufficiale Regione Piemonte, 1991-2012).

Mentre per alcune regioni la Medicina LungoDegenza ha rappresentato un settore di cure riservato al solo settore privato, attualmente anche gli ospedali pubblici stanno organizzando questi tipi di reparti. Reparti che non possono e non devono assolutamente essere confusi con quelli delle Rsa, ove la cronicità ha valenze soprattutto assistenziali e meno sanitarie (Libow, 2000; Merlis, 2000; Gambardella et al., 2002; Cacciatore et al., 1998; The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group, 1997).

Trattata per la prima volta nel cosiddetto Decreto Donat Cattin (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005) nel 1988 la normativa di riferimento tecnico-culturale-organizzativa risulta attualmente nelle mani delle regioni, titolari della competenza a deliberare a tale merito. Tale Decreto elenca il fabbisogno organizzativo e di risorse per ogni singolo modulo composto da 32 posti letto o multipli, dando anche una prima definizione delle tipologie di pazienti ospitabili in tali reparti, vale a dire:

- pazienti con forme croniche stabilizzate, o anziani ultra 65-enni bisognosi di trattamenti di conserva-

zione, impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della carenza di RSA o dell'insufficienza di forme alternative di ospedalizzazione ed assistenza domiciliare;

- pazienti che necessitano di un primo trattamento di rieducazione funzionale e convalescenza;
- pazienti in fase terminale.

Particolare riguardo deve essere posto dalle Unità Operative (autonome o non autonome) alla qualità della vita dei Pazienti ricoverati, favorendone la socializzazione ed il recupero funzionale, ricorrendo ad operatori della riabilitazione, psicologi, animatori ecc. (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005).

Con le normative successive (1992) si cominciava a differenziare la LungoDegenza medica post-acuzie da quella riabilitativa, differenza non sempre chiara e netta nelle successive normative regionali, dando comunque ad entrambe la dignità di unità operative all'interno della continuità assistenziale. Tali Linee Guida indicavano anche la durata massima della degenza, comunque stimabile in 60 giorni, con un abbattimento della retta riconosciuta alla struttura (retta calcolata per giornata di degenza e non per prestazione a DRG) del 40% una volta superata tale soglia, con ulteriori provvedimenti penalizzanti per degenze troppo protratte (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005).

Con l'inizio degli anni 2000 è stato, infine, attivato l'accreditamento istituzionale al Servizio Sanitario Nazionale, un iter autorizzativo in cui vengono sottoposte ad Audit le strutture sanitarie private e pubbliche, alle quali spetta di dimostrare il possesso di una serie di requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici ed organizzativi (oltre ai requisiti previsti dalla legislazione in tema di sicurezza, abbattimento barriere architettoniche e protezione dall'incendio) per poter esercitare prestazioni mediche (o più genericamente servizi legati al settore della sanità) per conto del Sistema Sanitario Nazionale. Nel caso della LungoDegenza sono stati definiti requisiti comuni a tutte le altre Degenze Mediche, almeno nel caso della Regione Piemonte ("Manuale per l'Accreditamento delle Strutture Sanitarie Pubbliche e Private" della Regione Piemonte). Esistono comunque molte differenze organizzative delle LungoDegenze a seconda della regione considerata e della natura giuridica e tali differenze sono ascrivibili a:

- maggiore o minore coinvolgimento dell'aspetto riabilitativo;
- durata della degenza, tassativa a 60 giorni per alcune regioni, secondo i bisogni sanitari (da documenta-

re) per altre, fino a raggiungere i 210 giorni per altre ancora;

- prevalenza della presenza del privato in tale settore (circa il 70% agli inizi del 2000, anche se attualmente in calo), differenziato però nelle singole regioni; prevalenza della stessa in Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, con scarsa presenza in altre regioni tipo la Toscana e l'Umbria;
- degenza media minore nei reparti pubblici (i dati indicano un periodo <30 giorni) e maggiore in quelli privati, con valori anche >60 giorni e giustificato dall'inserimento nelle strutture private dei casi maggiormente complessi e/o di quelli dotati di importanti problematiche socio-assistenziali;
- mentre l'ente pubblico è dotato di una media di posti letto riconducibile ad un modulo (di 32 posti letto) il privato ha una media per Unità Operativa pari ad oltre 70 posti letto;
- relativamente all'età delle persone ricoverabili, alcune regioni limitano le competenze a soggetti anziani, mentre altre (ad esempio il Piemonte) non pongono alcun tipo di vincolo di età, sottolineando piuttosto la necessità di cure e trattamenti idonei a superare o stabilizzare le limitazioni dell'autosufficienza riconducibili a malattie od infortuni;
- la tipologia dei pazienti ricoverabili, pur nelle diversità regionali, rientra globalmente in quei pazienti non stabilizzati e con pluripatologie invalidanti che necessitano un ulteriore periodo di sorveglianze e cure, specie se in fase terminale, nonché quelli in fase terminale conclamata con necessità di interventi di tipo palliativo e quelli invece in fase post-acuzie stabilizzati ma con problemi medici ancora aperti. Alcune regioni, come detto, prevedono anche interventi di tipo riabilitativo (intensivi o estensivi), anche se generalmente viene indicata la necessità dell'attuazione di interventi di "riattivazione" intendendo con tale termine tutte quelle attività rivolte al mantenimento (o al recupero) delle funzioni presenti, specie nelle attività di vita quotidiana, non solo sul piano riabilitativo ma anche e soprattutto relazionale e sociale;
- ancora sulle caratteristiche del paziente tipo si può riassumere come per alcune regioni questo sia un "paziente fisiatico", per altre sia un "paziente geriatrico", mentre per altre ancora (ad esempio il Piemonte) sia prevalentemente un "paziente internistico vero e proprio", anche se in realtà la figura di "paziente assistibile" che sta attualmente dominando

ESPERIENZE

ed accomunando tutte le realtà post-acute è quella dell'"anziano fragile", definibile come un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, frequentemente disabile, nel quale sono spesso coesistenti problematiche di tipo socio-economico, quali soprattutto solitudine e povertà;

- in ogni caso, e per tutte le Regioni considerate, il termine "LungoDegenza" (facilmente equivocabile) non va identificato con quello di "parcheggio per cronici", vero attuale rischio per tali tipologie di reparti;
- fondamentali devono risultare i collegamenti con le realtà sanitarie riconducibili alla rete della continuità assistenziale, individuando nelle realtà delle Unità di Valutazione Geriatrica in particolare e nei Servizi di Assistenza Domiciliare (Assistenza Domiciliare Integrata-ADI e Assistenza Domiciliare Programma-ADP) i referenti principali.

Per tutte le regioni sono invece comuni le procedure di ricovero, vale a dire: redazione di una proposta di ricovero giustificativa ("protocollo"), da accettare o meno da parte dell'Unità Operativa di LungoDegenza, specifica documentazione sia di tipo sanitario (lettera di dimissione medica ed infermieristica) sia di tipo amministrativo avente valore di impegnativa. Sono inoltre comuni i requisiti di competenza: assistenza medica ed infermieristica continuativa, terapie mediche, dietetiche, esami laboratoristici e strumentali di ogni livello, medicazioni, riabilitazione di I livello o riattivazione, assistenza diretta e di tipo alberghiero, cure preventive (ad esempio per le lesioni da decubito, le cadute, ecc.), interventi psicologici, interventi di tipo socio-assistenziale con attività di informazione e formazione dei pazienti ma, soprattutto, dei caregivers, nonché interventi di relazione con gli altri Servizi della rete della Continuità Assistenziale (Unità di Valutazione Geriatrica-UVG, ADI, ecc. (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005).

Fondamentale risulta inoltre essere, per tutte le realtà operative, la redazione di appositi indicatori (sia di efficacia sia di efficienza), relativi sia all'appropriatezza della degenza sia delle cure effettuate, agli outcomes (utilizzando anche apposite Scale proprie della Valutazione Multi Dimensionale-VMD), alla registrazione di eventi avversi e sentinella, nonché al gradimento di pazienti, familiari ed operatori. In quest'ottica, la Medicina post-acute si dovrà ispirare ai concetti di multidimensionalità e di multidisciplinarietà tipici della cultura geriatrica, proprio per le caratteristiche della po-

polazione, riconducibili a quelle del cosiddetto "anziano fragile" (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005; Wensing et al., 2001; Marchionni et al., 1988; Pryor et al., 1988; Rudman et al., 1993; Tammaro et al., 2000; Crepaldi, 1993).

Sul piano sanitario, la realtà della Medicina LungoDegenza nasce come annoverabile nell'ambito delle "scienze mediche internistiche", anche se i non pochi collegamenti e le affinità con la Geriatria, dalla quale ne acquisisce alcune peculiarità (il concetto di fragilità dei pazienti, la comorbilità, l'utilizzo della VDM ecc.), fanno sì che, attualmente, la Medicina LungoDegenza rappresenti una equilibrata "fusione" tra queste due specialità mediche. Si segnala inoltre come, contrariamente a quanto si possa inizialmente ipotizzare, la preparazione dei medici che si dedicano a tale settore deve essere la più ampia e flessibile possibile, sia sugli eventi acuti che sulla cronicità, risultando necessarie conoscenze non solo negli ambiti internistici e geriatrici, ma anche in quelli neurologici, ortopedici, fisiatrici, chirurgici ecc., senza dimenticare la necessaria, ma non sempre conosciuta dai medici, cultura del nursing, elemento integrativo dell'assistenza medica importante per incrementare la cultura condivisa con il resto del personale che assiste e cura i pazienti stessi.

L'ESPERIENZA DELLA CASA DI CURA "VILLA IRIS" DI PIANEZZA (TO)

Scopo dello studio è la descrizione della popolazione ricoverata, delle prestazioni, degli outcomes ottenuti e delle peculiarità proprie del più grosso reparto di Medicina LungoDegenza esistente nella regione Piemonte; descrizione finalizzata prevalentemente a definire le attività svolte nei reparti di LungoDegenza oltre che ad incrementarne le finora limitate evidenze su tale tipologia di reparti. In particolare, si tratta dei risultati relativi a 580 pazienti (dimessi + deceduti) nel corso di un periodo di 12 mesi consecutivi (luglio 2010-giugno 2011) da parte della Medicina LungoDegenza della Casa di Cura "Villa Iris" di Pianezza (To), Accreditata con la Regione Piemonte e Certificata (fin dal 1999) ISO 9001. Si tratta di un reparto dotato di 100 posti-letto distribuiti in 4 Unità Funzionali, di cui la responsabilità è a carico di un medico internista, coadiuvato da più aiuti (di cui uno specialista in geriatria) e da alcuni medici specialisti in ambito internistico. Il reparto è inserito in un contesto dotato di altre realtà operative, tra cui un re-

parto di Riabilitazione di I livello ed un ampio Poliambulatorio. Al medesimo reparto, inoltre, fanno capo un Servizio di Riattivazione (con operatori della Riabilitazione per terapie di recupero dell'autonomia), un Servizio di Psiconcologia (per pazienti oncologici ed i loro familiari) nonché un Servizio di Diagnostica Vascolare tramite US (ecocolordoppler per interni ed esterni), un Ambulatorio Specialistico di Geriatria per pazienti esterni, mentre sono utilizzabili dal reparto, stesso gli altri servizi interni alla struttura, vale a dire un Laboratorio Analisi, una Radiologia comprensiva di TC, RMN, ecografia ed esami radiologici, la Logopedia, il Servizio di Psicologia, quello di Riabilitazione, quello di Consulenze Polispécialistiche. Ultimo servizio realizzato dal reparto quello di Informazione e Formazione per Familiari e Caregivers, gestito dai medici all'interno dei periodici incontri e colloqui con i familiari. Tale reparto ha, negli anni, individuato come propria utenza quella indicata dalle dgr piemontesi che sono state negli anni emanate, vale a dire: "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" come diagnosi principali, accompagnati da altre patologie che incidono significativamente sul quadro clinico complessivo)" (Bollettino ufficiale Regione Piemonte, 1991-2012).

MATERIALI E METODI

Caratteristiche generali della popolazione ricoverata: il periodo valutato è quello che va dal luglio 2010 al giugno 2011, con analisi dei 580 ricoveri in qualche modo conclusi in tale periodo. Nel periodo definito, l'età media dei pazienti arruolati è risultata pari a 81,60 anni circa. Tale dato, in lenta e costante crescita negli anni, sottolinea non solo l'incremento dell'età media dei pazienti ospedalizzati, ma anche e soprattutto il carattere prevalentemente di tipo geriatrico delle strutture sanitarie per medicina post-acuzie, risultando pari al solo 3,3% la percentuale dei pazienti di età minore ai 65 anni. In particolare aumento risultano, negli ultimi anni, sia la percentuale dei ricoverati che abitano da soli (60%) sia quella relativa a quelli che non hanno parenti prossimi che se ne occupino (28%). Come in tutte le popolazioni studiate in ambito geriatrico la prevalenza percentuale delle femmine sugli uomini risulta particolar-

mente evidente, anche se in calo negli ultimi anni (60% vs 40%) (Giuliani et al., 2003a; Giuliani et al., 2003b; Giuliani et al., 2005; Giuliani et al., 2008). Il dato relativo alla mortalità è particolarmente elevato (pari a circa il 26%), ma commisurato alle condizioni cliniche dei pazienti, molti dei quali ricoverati in piena fase terminale. Tale dato della mortalità risulta, comunque, allineato, se non inferiore a quello proprio della letteratura, forse per differenti campioni di popolazione (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005; Palleschi et al., 2002). La gravità delle condizioni cliniche giustifica, inoltre, anche la durata media della degenza (che attualmente supera i 50 giorni), in crescita nel corso degli anni ed in parte anche riconducibile all'incremento di pazienti anche privi di supporto assistenziale al domicilio e/o dotati di un progetto assistenziale non ancora realizzabile (leggasi inserimento in RSA) e quindi non dimissibili. Essendo avanzata l'età media dei pazienti ricoverati, risulta ovvio come sia particolarmente elevata la presenza del deterioramento cognitivo. In effetti ben il 12% dei pazienti si presenta così deteriorato da non risultare nemmeno somministrabile lo Short Portable Mental Status Questionnaire. 4,5 errori su 10 allo stesso test (classificabile come deterioramento medio) rappresenta invece la media della popolazione valutata, pur in presenza di pazienti certamente non ricoverati per la sola patologia di deterioramento cognitivo.

Patologie presenti: i pazienti ricoverati in LungoDegenza sono dotati di un'elevata comorbilità individuabile nel crescente numero di patologie riportate sulla scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Considerando solo le patologie che hanno giustificato il ricovero e richiesto interventi sanitari diagnostici e terapeutici, abbiamo rilevato una media di 4,57 malattie/paziente. Nel corso degli anni il gruppo di malattie da noi ritenuto più impegnativo (le neoplasie) ha presentato un progressivo incremento, raggiungendo il 28% nella attuale popolazione. In generale però abbiamo avuto: neoplasie (28%), patologie respiratorie (con il 15%), patologie vascolari (con il 14%), cardiopatie (con il 14%), stati marasmatici (con il 7,4%) ecc. Oltre il 15% dei pazienti era anche in terapia con farmaci antidepressivi.

Testistica utilizzata: per il confronto dei risultati ottenuti nella valutazione di alcuni Indicatori di outcome sono stati utilizzati i seguenti Test propri della Valutazione Multi Dimensionale (Cester et al., 2003; Fabris et al., 1989):

- per la valutazione delle condizioni generali comprensive quelle relative all'autonomia è stata utiliz-

ESPERIENZE

- zata la Scala di Norton (Norton et al., 1962);
- per la valutazione quantitativa del deterioramento cognitivo si è ricorso all'uso dello Short Portable Mental Status Questionnaire di E. Pfeiffer (Pfeiffer, 1975);
- per la valutazione del livello di autonomia è stata utilizzata la Scala A.D.L. (Katz et al., 1970);
- per quantificare la comorbidità si è ricorsi alla Scala C.I.R.S. (Cumulative Illness Rating Scale), mentre per il rischio di caduta si è utilizzata una Scala di nostra definizione ispirata a quella utilizzata su questo argomento nei Triage dei Pronto Soccorso Americani (Parmalee et al., 1995);
- per la valutazione globale soggettiva, oggettiva (Fabris et al., 1989), si è utilizzata l'omonima Scala di scuola torinese e dagli stessi Autori si è preso in prestito per la valutazione dell'autosufficienza (o meno) per motivi sanitari della Scala DMI (Indice di Non Autosufficienza) (Fabris et al., 1989);
- i bisogni infermieristici, infine, sono stati quantificati tramite una nostra Scala Validata (I.R.I.S. Lun, vale a dire Indicatore relativo alle Specificità Infermieristiche) (Giuliani et al., 2008).

Per i Pazienti oncologici vengono inoltre somministrate le scale di valutazione del dolore, nonché quelle funzionali di Karnofsky ed ECOG, mentre per casistiche particolari è possibile utilizzare scale relative a patologie d'organo (ad esempio Scala N.Y.H.A. per le cardiopatie, la Scala Churg-Strauss per le epatopatie ecc.). Recentemente è entrata in uso la Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock 1992), nota anche come "Scala di Valutazione della Non Dimissibilità", al fine di poter individuare, fin dall'ingresso, i pazienti che meritavano anche un coinvolgimento (familiare ed istituzionale) finalizzato ad una rapida definizione e programmazione del percorso assistenziale più idoneo per la post-dimissione.

Tecniche statistiche: per la valutazione di eventuali significatività dei risultati derivanti dal confronto tra i punteggi ottenuti all'ingresso ed alle dimissioni dei pazienti non deceduti è stato utilizzato il Test di Student (Antonini et al., 1990).

Valutazione Multi Dimensionale e definizione di outcomes misurabili: a tutti i ricoverati, almeno all'ingresso e, ove possibile, alle dimissioni viene somministrata una batteria di test di valutazione funzionale, facenti parte della VDM, presa in prestito dalla cultura geriatrica. La caratteristica di ogni singola scala utilizzata non è solo quella di poter quantificare le peculiarità orga-

niche e funzionali dei pazienti, ma anche quella di poterle utilizzare come indicatori numerici, sia di attività che di outcome (Cucinotta et al., 1997; Walter et al., 2001; National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998). Relativamente alle condizioni generali ed al rischio per le lesioni da decubito (Nano e Ricci, 1994; Shea, 1975; Smith, 1995; Allman et al., 1986; Bergstrom e Braden, 1992; Zito, 1990; Kenny, 2002) è stata utilizzata, come detto, la Scala Norton che prevede la quantificazione (con un punteggio da 1 a 4) di 5 parametri (condizioni generali, condizioni psichiche, deambulazione, mobilità ed incontinenza), con un punteggio compreso tra 5 (condizioni peggiori) e 20 (condizioni migliori). Nel nostro caso il punteggio relativo ai pazienti è passato da 13,46 (ingresso) a 14,00 (uscita), con una significatività statistica nel confronto ingresso\dimissione dotato di un $p < 0,000001$.

Il successivo confronto tra criteri maggiori e criteri minori per definire la non autosufficienza per motivazioni mediche ha evidenziato sia un calo della media della presenza dei criteri maggiori (da 0,74 a 0,66 con un $p < 0,025$) che di quella dei criteri minori (da 3,20 a 3,00 con un $p < 0,00001$). Nel complesso la % dei non autosufficienti dimessi era pari al 86% all'ingresso ed al 80% alle dimissioni, con un p di significatività nel confronto $< 0,025$.

Il **rischio di caduta** (Rubenstein et al., 1990; Fillenbaum et al., 2000) è stato valutato utilizzando una personale Scala del Rischio di Caduta che valuta quantitativamente 4 parametri (livello di consapevolezza psichica, mobilità, età ed utilizzo di farmaci) con un punteggio da 0 a 6, definendo un totale compreso tra 0 (rischio minimo) e 22 (rischio massimo). Nel nostro caso il punteggio dei pazienti dimessi è diminuito da 13,30 all'ingresso a 12,75 alla dimissione, con un $p < 0,001$ nel confronto statistico.

La **comorbidità** (Giuliani e Palazzi, 2003) è stata valutata con la Scala C.I.R.S., il cui punteggio è direttamente proporzionato alla gravità della comorbidità stessa. Nel nostro caso il punteggio dei pazienti dimessi è positivamente diminuito da 11,48 all'ingresso a 11,16 alle dimissioni, con un $p < 0,001$.

Il **grado di dipendenza nelle A.D.L.** (attività della vita quotidiana) è stato valutato con la Scala A.D.L., che valuta quantitativamente 6 parametri (fare il bagno, vestirsi, uso dei servizi, spostarsi, continenza ed alimentarsi) con un punteggio parziale che va da 1 (massima autonomia) a 3 (totale dipendenza), definendo un punteggio compreso tra 6 (massima autonomia) e 18 (totale di-

pendenza). Nel nostro caso il punteggio dei pazienti dimessi è positivamente diminuito da 13,20 all'ingresso a 12,80 alle dimissioni, con un $p < 0,00001$ nel confronto statistico.

Risultati di altre Scale: i pazienti ricoverati sono generalmente poco a conoscenza delle proprie patologie (per età avanzata, deterioramento cognitivo o per patologie, come quelle neoplastiche, che nell'anziano non sempre vengono completamente comunicate e/o comprese). Discreta è l'accettazione della degenza, mentre la complessità delle condizioni cliniche si riduce notevolmente nel corso della degenza stessa (confronto dotato di un $p < 0,001$). Il carico di lavoro infermieristico (valutato tramite l'utilizzo di una nostra scala infermieristica validata) si riduce positivamente e significativamente nel corso della degenza (9,61 vs 8,13 con un $p < 0,0001$).

Prestazioni Diagnostiche effettuate: il 30% dei pazienti ha effettuato almeno un'urocultura, circa il 5% un ecocolordoppler, il 100% un E.C.G., il 15% un'ecografia internistica, il 18% una T.A.C. o una R.M.N.. Non valutati, invece, i comuni esami radiologici, effettuati in una discreta percentuale. Data la peculiare preparazione internistico-polispecialistica dei medici afferenti all'Unità Operativa Autonoma (UOA), solo il 14% dei pazienti ha dovuto usufruire di altre visite specialistiche interne, riconducibili soprattutto a valutazioni ortopediche, fisiatriche, urologiche e dermatologiche.

Prestazioni terapeutiche effettuate: il 25% dei pazienti ha potuto effettuare un ciclo di riattivazione finalizzata ad un recupero o al miglioramento dell'autonomia (con significativo recupero dell'autonomia e della deambulazione), ed oltre il 5% anche un trattamento di terapie fisiche strumentali, mentre se una valutazione di tipo logopedico è stata effettuata in oltre il 60% dei casi, la presa in carico logopedica è avvenuta in circa il 5% degli stessi. Dei rimanenti pazienti il 4% ha potuto seguire delle sedute di counseling psicologico per disturbi dell'umore o per sindrome ansiosa. Oltre il 33% dei pazienti (prevalentemente oncologici) ha usufruito della terapia del dolore, con maggior utilizzo nel tempo (attualmente quasi esclusivo) di farmaci oppioidi.

Peculiarità assistenziali: circa il 6% dei ricoverati è risultato portatore di una stomia (prevalentemente colostomia), il 3% di una PEG o di un'altra alimentazione enterale, il 15% di ossigenoterapia, il 2% di apparecchio gessato e nel 4% di un "non carico" per motivazioni ortopediche. Circa il 20% dei pazienti è por-

tatore di F.A.C. Il 3% dei pazienti è risultato inoltre essere portatore anche di una patologia psicotica cronica in apparente buon compenso e risultante come singola comorbilità e non come patologia giustificante il ricovero.

Eventi avversi: Nel corso della degenza il 3,5% circa dei pazienti ha presentato una nuova lesione da decubito, lo 0,5% ha sviluppato un'infezione ospedaliera delle vie urinarie, il 5% ha presentato una caduta a terra, il 3% ha richiesto un trasferimento urgente in un reparto per acuti ed lo 0,1% ha presentato una reazione avversa ai farmaci, per un totale di eventi avversi in poco oltre il 12% dei casi. Il 20% dei pazienti cateterizzati all'ingresso ha potuto vedere rimosso lo stesso, con una attesa media per la rimozione di circa 15 giorni dall'ingresso. Le dimissioni "volontarie" sono ben limitate e contenute al 2,2%.

Evoluzione delle lesioni da decubito presenti all'ingresso: oltre il 28% dei pazienti all'ingresso è portatore di lesioni da decubito (prevalentemente sacrali e solo nel 2% trocanteriche), con una media di lesioni/paziente decubitato di 1,6 lesioni, lesioni che presentano nel corso della degenza un netto miglioramento nel punteggio alla Scala Push-Tool 3,0 ($p < 0,0001$) che quantifica la gravità delle lesioni. Limitati sono stati i nuovi casi delle pericolose lesioni trocanteriche.

Provenienza dei pazienti ed evoluzione della degenza: oltre il 96% dei pazienti proveniva direttamente da un reparto ospedaliero per acuti e di tutti i ricoverati il 50% è stato dimesso con rientro al domicilio mentre il 21% circa con inserimento in RSA. L'accoppiata "provenienza da reparto ospedaliero" e "rientro al domicilio", identificabile come una delle prioritarie missioni dei reparti di Lungo Degenza è stata raggiunta nel 46% dei casi. A tale proposito, deve essere sottolineato come da un lato sia in costante crescita la provenienza dai reparti ospedalieri e come dall'altro sia in progressivo ed in-gradescente calo il rientro al domicilio. Questo ad evidenziare sia la gravità delle condizioni fisiche e di quelle di autonomia funzionale che la sempre minore disponibilità e possibilità dei familiari a farsi carico di pazienti non autosufficienti e con discreta comorbilità. Solo il 7% dei ricoveri ha presentato una degenza inferiore ai 10 giorni.

Altre attività a favore dei pazienti: ad oltre il 25% dei pazienti alla dimissione sono stati prescritti degli ausili per il rientro al domicilio, mentre al 5% dei casi è stata attivata l'Assistenza Domiciliare. In oltre 1 caso su 3 è stata richiesta all'ASL di zona la concessione di una

ESPERIENZE

proroga della durata della degenza per motivi sanitari, quasi sempre concessa per altri 60 giorni. Una Scheda Assistenziale Individualizzata è stata compilata per tutti i pazienti, così come la VMD.

Attività a favore dei familiari/caregivers: in oltre il 93% dei ricoveri è stato possibile programmare e realizzare fin dall'ingresso un precoce incontro con i familiari/caregivers per definire diagnosi, prognosi, terapie e percorso sanitario-assistenziale, oltre che per fornire iniziali informazioni di tipo assistenziale e sociale (U.V.G. – Invalidità Civile ecc.) (Giuliani et al., 2010). Oltre il 98% dei familiari ha potuto compilare un questionario relativo alle peculiarità assistenziali del paziente prima dell'attuale ricovero.

DISCUSSIONE

Sulla base della VDM utilizzata si apprende come i pazienti arruolati e ricoverati in un reparto di Medicina LungoDegenza siano: prevalentemente non autosufficienti per motivi medici; con parziale ma statisticamente significativo recupero dell'autosufficienza nel corso della degenza; a grande rischio di caduta, rischio che diminuisce significativamente nel corso della degenza; discretamente non autosufficienti all'ingresso, con successivo parziale ma significativo miglioramento dell'autonomia funzionale; portatori di discreta comorbidità, con progressivo successivo significativo miglioramento del compenso clinico; nonché bisognosi di una discreta assistenza infermieristica che diminuisce quantitativamente in modo significativo nel corso della degenza.

L'analisi degli altri parametri valutati ha altresì evidenziato la "fragilità" dei pazienti ricoverati; un prevedibile tasso di mortalità in un contesto di pazienti di età molto avanzata, prevalentemente di sesso femminile e portatori di elevata comorbidità e patologie complesse; un progressivo incremento delle problematiche sociali e familiari dei pazienti, problematiche che certamente possono, direttamente ed indirettamente, aggravare anche il quadro clinico; il miglioramento generale delle lesioni da decubito presenti all'ingresso; la necessità di continue verifiche degli eventi avversi in una popolazione di soggetti fragili e a rischio clinico; l'utilità di relazione con familiari e caregivers, frequentemente ignari dei bisogni assistenziali dei pazienti e delle opportunità gestionali degli stessi offerti dalle ASL e dalle Unità Valutative Geriatriche; i crescenti bisogni assistenziali e non

solo sanitari dei pazienti ricoverati, tali da dover spesso prolungare la degenza; nonché l'utilità confermata dal ricorso a trattamenti riabilitativi (meglio identificabili con il termine di riattivazione), psiconcologici, logopedici e rieducativi in generale.

CONCLUSIONI

L'insieme di tutti i parametri ed indicatori valutati ha confermato l'esistenza di ampie quote di pazienti affetti da patologie invalidanti, identificabili prevalentemente come sub-acute o cronicamente labili, necessitanti di un elevato approccio sanitario ed assistenziale e la cui risoluzione/trattamento non può più essere di competenza dei reparti per acuti né tantomeno attribuibile alle RSA, sottolineando così l'importante ruolo svolto dalle Medicine LungoDegenze, reparti dei quali si avverte sempre più il bisogno (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005).

Certamente molti sono i problemi che circondano ancora questi reparti. Infatti, dubbi o incertezze permangono nelle indicazioni nazionali (o regionali) per quanto riguarda (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005; Bollettino Ufficiale Regione Piemonte, 1991-2012): la tipologia dei pazienti da ammettere al ricovero, l'appropriatezza dei ricoveri evitando errati utilizzi ed invii da parte dei reparti ospedalieri di pazienti con esclusive problematiche sociali, familiari e non sanitarie la cui risoluzione dovrebbe essere più di tipo assistenziale e non sanitario, né tantomeno di pazienti in stadio di terminalità molto avanzato; il peso da assegnare alle attività riabilitative all'interno della LungoDegenza per evitare le duplicazioni con le unità operative di Riabilitazione e Recupero Funzionale di I e II Livello; la riduzione dei frequenti equivoci (con familiari ed operatori sanitari ed assistenziali) sulla durata e sul significato della degenza: grosse problematiche infatti (almeno per quanto riguarda la realtà piemontese) si sono negli anni presentate nei confronti di alcuni familiari dell'utenza, che ritenevano di poter utilizzare queste strutture come sostitutivo delle strutture residenziali; la compatibilità fra la tariffa giornaliera stabilita per la LungoDegenza e gli standard di personale ipotizzati e gli elevati costi di farmaci, parafarmaci e prestazioni sanitarie, senza dimenticare di sottolineare come i costi della giornata di degenza in una lungodegenza ospedaliera possano essere quantificati in circa un quarto rispetto alle unità operative per acu-

ti; la differenziazione (anche tariffaria) tra le varie Medicine Lungodegenza, considerando le significative differenze strutturali e di dotazioni strumentali e mediche tra le stesse, considerando come vengano "equiparati" reparti dotati di limitate possibilità diagnostiche e terapeutiche (limitate possibilità laboratoristiche e radiologiche, assenza di consulenze medico-specialistiche e di attività riabilitativa o quanto meno di riattivazione) con altri dotati anche di servizi normalmente assenti anche in molti Ospedali Pubblici (ad esempio RMN – EcoColorDoppler – Servizio di Riattivazione e di Informazione rivolta ai familiari, presenti, ad esempio, nella sola Villa Iris, come Lungodegenza).

In conclusione, i nostri dati dimostrano come la lungodegenza post-acuzie possa svolgere un ruolo rilevante di cerniera tra le U.O. di medicina generale, geriatrica e specialistica per acuti e le realtà territoriali, permettendo così a molti reparti di medicina generale di recuperare la giusta dimensione nel trattamento dell'acuzie.

Pensiamo inoltre di avere contribuito a definire un nuovo settore di intervento della Medicina Interna, da condividere ed integrare con la Geriatria: quello delle patologie croniche caratterizzate da elevata comorbilità e criticità, le cui linee di indirizzo generale sono da individuare nella gestione della non-autosufficienza, nel trattamento del dolore, nel potenziamento delle capacità residue dei pazienti, nella limitazione dei mezzi di contenimento, nell'utilizzo di riattivazione e mobilitazione, nella cura delle lesioni da decubito e nella prevenzione della sindrome da allettamento, nel controllo della nutrizione e dell'idratazione, nel controllo degli eventi avversi (cadute, lesioni cutanee, danni iatrogeni, catterizzazioni inadeguate ecc.), nel moderato uso dei farmaci, nella valutazione olistica ed anche sociale dei pazienti ricoverati e nel continuo confronto con i familiari/caregiver nonché con i servizi sociali ed il sistema di rete deputata all'assistenza ed alla cura del paziente anziano e fragile sul territorio (Pesaresi e Simoncelli, 2002; Cadeddu et al., 2005; Giuliani et al., 2010).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., Saunders Manual of Nursing Care, W.B. Sanders Company, Philadelphia, 1997.
- Allman RM, Laprade CA, Noel LB, et al. Pressure sores among hospitalized patients. *Ann Intern Med* 1986;105:337-42.
- Antonini FM, Marchionni N, Ferrucci L, Baroni A. La valutazione multidimensionale: la strategia specifica della geriatria. *G Gerontol* 1990;XXXVIII:459-63.
- Bergstrom N, Braden B. A prospective study of pressure score risk among institutionalized elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:747-58.
- Bollettino Ufficiale della Regione Marche. Piano Sanitario Regionale 1998-2000, 1998.
- Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte. Anni 1991-2012.
- Cacciatore F, Abete P, Ferrara N, et al. Morbidity patterns in aged population in Southern Italy. A survey sampling. *Arch Gerontol Geriatr Suppl* 1998;26:201-3.
- Cadeddu GC, Fioravanti P, Guidi F, Ercolani P, Antonicelli R. Il ruolo della lungodegenza post-acuzie nella continuità assistenziale dell'anziano fragile in medicina interna. *Ann Ital Med Int* 2005;20:97-103.
- Cester A, Piergentili P, Senin U. La Valutazione Multidimensionale Geriatrica. Mareno di Piave (TV), Edizioni Vega; 2003.
- Crepaldi G. Trattato di Gerontologia e Geriatria. Torino, UTET; 1993.
- Cucinotta D, Boni S, Vulcano V, Ravaglia G, Savorani G. La valutazione multidimensionale geriatrica. *G Gerontol* 1997;XLV:641-5.
- Danieli G, Pesaresi F, Brizioli E, Cipollini F, Gardini A, Maffei C, Marchigiani G, Marcosignori A, Pellegrini F. Una proposta per l'organizzazione e il funzionamento della lungodegenza post-acuzie, ASI 2000;37:37-40.
- Diecidue A, Formiconi N, Pirozzi A, Trecate F, Sequi C. Un sistema di valutazione e monitoraggio in una Lungodegenza riabilitativa. In: *Quale salute per l'anziano nel terzo millennio*. Brescia: Gruppo di Ricerca Geriatrica Edizioni 1994:71-5.
- Fabris F, Macchione C, Molaschi M, Ferrario E, Pernigotti L. La Cartella Clinica geriatrica. Una proposta di valutazione funzionale multidimensionale. *Min Med* 1989;80,Suppl. 1:12.
- Ferrara N, Longobardi G, Iannuzzi G, et al. Il ruolo dell'assistenza continuativa nello scompenso cardiaco dell'anziano. *G Gerontol* 2000;XLVIII:700-6.
- Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoni-Huntley JC. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55:M84-M89.
- Gambardella A, Chianese L, Tirelli P, et al. Il contributo della medicina geriatrica. *G Gerontol* 2002;50:421-7.
- Giuliani GC, Menduni T, Fulgido GF. Le infezioni delle vie urinarie inferiori nei Pazienti geriatrici a rischio per piaghe da decubito. *Gazz Med Ital – Arch Sci Med* 1993;152:337-48.
- Giuliani GC, Palazzi L, Maldini L. Come Antichi e Fragili Vasi Cinesi – Appunti di Nursing e Management per gli Operatori dell'Anziano Fragile. Pianezza (To), MS Edizioni, 2010.
- Giuliani GC, Palazzi L, Strabinick A, Pavanello M. Definizione ed utilizzo di una Scala Infermieristica (IRIS Lun) relativa ai carichi infermieristici ed idonea per le lungodegenze e le RSA. *Assistere Anchise* 2008;6.
- Giuliani GC, Palazzi L, U.O.A. Medicina Lungodegenza Casa di Cura "Villa Iris". *Prendersi Cura. Guida all'Assistenza (Domiciliare e Non) del Paziente affetto da Vasculopatia Cerebrale (Acuta e Non)*. Rivoli (To), Neos Edizioni, 2003.

ESPERIENZE

- Giuliani GC, Palazzi L, Venti C, Cena S, Borsa M. Il Laboratorio Analisi nelle lesioni da decubito. Nota I: Parametri ematochimici - Gazz Med Ital - Arch Sci Med 2005;164:287-99.
- Giuliani GC, et al. Definizione di un Protocollo di attività rivolte ai Caregivers di Pazienti ricoverati in Reparti di Medicina Lungodegenza. Geriatria 2003a; Suppl. al Vol. XV:255-256.
- Giuliani GC, et al. Realizzazione di una Progettazione finalizzata alla riduzione del numero delle Lesioni da Decubito di nuova insorgenza ed al miglioramento di quelle già preseti all'ingresso. Geriatria 2003b; Suppl. al Vol. XV:252-254.
- Golini A, Basso S, Reynaud C. L'invecchiamento della popolazione in Italia: una sfida per il paese e un laboratorio per il mondo. G Gerontol 2003;51:528-44.
- Guzzanti E. L'evoluzione e le prospettive dell'assistenza ospedaliera in Italia. Scienza e Management 1998;122:2-3.
- Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in development of the index of ADL, Gerontologist 1970, Part 1:20-30.
- Kenny RA. Falls in the elderly. G Gerontol 2002;50:410-4.
- Lacetera A, Lamanna P, Montesi I, Senigaglia AR. L'assistenza all'anziano nel territorio. Ruolo della Lungodegenza Post-Acuzie. Geriatria 2001;XIII:331-6.
- Libow LS. Long-term care for the frail elderly. N Engl J Med 2000;342:823-4.
- Lucchetti M, Luzi R, Rinaldi L, Papaleo A. Lungodegenza, RSA, ADI. Tre modalità assistenziali, nella regione Marche, a confronto. G Gerontol 2004;52:140-52.
- Marchionni N, Ferrucci L, Antonini E, Di Bari M, Magnolfi S, Antonini FM. Comprehensive health assessment of the elderly in Italy: preliminary report of an epidemiological study. Danish Medical Bulletin 1988;7:53-7.
- Matthews DE, Fawcett VT. Statistica Medica. Torino, Edizioni Minerva Medica, 1988.
- Merlis M. Caring for the frail elderly: an international review. Health Aff 2000;19:141-9.
- Meschi T, Fiaccadori E, Cocconi S, et al. Analisi del problema "dimissioni difficili" nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma. Ann Ital Med Int 2004;19:109-17.
- Nano M, Ricci E. Le Piaghe da Decubito nel Paziente Anziano. Ed. Minerva Medica, 1994.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). Push Tool 3 Version 3.0. 9\15\1998.
- Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospitals. London: National Corporation for the Care of Old People, 1962.
- Palleschi L, De Paola A, Battisti P, Tricerri A, Profenna L, Cerqua G. Fattori predittivi di mortalità e durata della degenza in pazienti ultrasessantenni ricoverati in Unità di Terapia Sub-Intensiva. Geriatria 2002;XIV:239-42.
- Parmalee P, Thurax PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population. J. Am Geriatr Soc 1995;43:130-7.
- Pesaresi F, Simoncelli M. La riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza post-acuzie in Italia. Franco Angeli, 2002.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975;23:433-41.
- Pryor GA, Myles JW, Williams DR, Anand JK. Team management of the elderly patient with hip fracture. Lancet 1988;1:401-3.
- Punzi M, Cacciatore F, Abete P, et al. Malattie croniche e disabilità - abstract -. G Gerontol 1997;XLV:406.
- Regione Marche, Assessorato Regionale alla Sanità. Linee guida sull'organizzazione e sul funzionamento delle Unità di Lungodegenza ospedaliera, 1999.
- Rozzini R, Carabellese C, Trabucchi M. Medicina nelle residenze per anziani. Masson Italia Edizioni, 1992.
- Rubenstein LZ, Robbins AS, Josephson KR, Schulman BL. The value of assessing falls in an elderly population: a randomized clinical trial. Ann Intern Med 1990;113:308-16.
- Rudman D, Slater EJ, Richardson TJ, Mattson DE. The occurrence of pressure ulcers in three nursing homes. J Gen Intern Med 1993;8:653-8.
- Shea JD. Pressure sores: classification and management. Clin Orthop Relat Res 1975;112:89-100.
- Smith DM. Pressure ulcers in the nursing home. Ann Intern Med 1995;123:433-42.
- Tammaro AE, Casale G, Frustaglia A. Manuale di Geriatria e Gerontologia. Milano: McGraw-Hill Libri Italia; 2000.
- Tellini U, Pellizzari L, Perbellini C, et al. Assistenza postospedaliera nei soggetti anziani. Geriatria 2000;XII:203-12.
- The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. Int J Epidemiol 1997;26:995-1002.
- Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. JAMA 2001;285:2987-94.
- Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. Qual Life Res 2001;10:141-8.
- Zito A. Le piaghe da decubito nel Paziente anziano. RMP 1990;348:26-33.

Le tabelle e le immagini relative all'articolo sono disponibili sul sito internet www.grg-bs.it alla voce "letteratura" - "riviste" - "I Luoghi della cura".