

Gestione della complessità e instabilità clinica in RSA

Renzo Bagarolo*, Federica Bellocchi

* Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano
Istituto Geriatrico Milanese, Milano

Le RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale per anziani) in Lombardia gestiscono ospiti in condizioni sempre più critiche in cui la complessità clinica è una delle componenti della fragilità degli anziani accolti. Nel 2005 la media di permanenza degli ospiti in RSA è stata di 2.7 anni e l'elevato turn over annuo dei posti letto, circa il 40% causato prevalentemente dalla mortalità, indica che le persone giungono in RSA dal domicilio e dall'ospedale in condizioni di sempre maggior gravità e instabilità clinica. Questa situazione richiede alle RSA di destinare sempre più risorse sanitarie in termini di presenza e competenza medico-infermieristica.

Il sistema SOSIA (Scheda Osservazione Intermedia di Assistenza), utilizzato in Lombardia per la valorizzazione dei costi sanitari per ciascun ospite in RSA, utilizza come criterio per la rilevazione dell'impegno di risorse umane e tecnologiche quello della complessità clinico-assistenziale di ogni ospite, misurata come disabilità nelle ADL, deficit cognitivo e grado di comorbidità.

Non viene invece considerata l'instabilità clinica presente in molti ospiti presenti in RSA, che è cosa ben differente dalla complessità, in quanto la complessità presenta ancora margini di prevedibilità e programmazione nell'utilizzo di risorse sanitarie, mentre l'instabilità clinica ha pochi margini di prevedibilità e programmazione. Un esempio, per comprendere la differenza, è costituito dal servizio di Pronto Soccorso negli Ospedali per acuti dove è estremamente difficile definire e programmare l'utilizzo ottimale di risorse da destinare al servizio, poiché il range di variabilità di utilizzo del servizio può essere estremamente elevato, con il rischio sia di sottostimare che di sovrastimare il bisogno.

Per instabilità clinica intendiamo "una situazione ad alto rischio di cambiamento acuto o subacuto dello stato di

salute, suggestivo di una malattia acuta o subacuta in atto, rilevata da segni e sintomi specifici e/o parametri di laboratorio". L'intensità dell'instabilità può essere valutata tramite indicatori come segni, sintomi, parametri di laboratorio e quantità di risorse sanitarie impegnate.

Una modalità di misura dell'instabilità clinica è quella di rilevare l'insieme di eventi clinici avversi (ACEs) di un paziente in un periodo di osservazione, che inizia col segno/sintomo rivelatore fino al termine della fase acuta/subacuta di ogni singolo evento (quando il monitoraggio dei segni sintomi torna ad essere routinario).

"Il carico degli eventi clinici avversi (ACEs) sulla gestione della cura, attraverso le sue componenti medica o di assistenza infermieristica, può essere valutato tramite la scala di valutazione della severità degli ACEs basata su tre dimensioni cliniche e funzionali":

1. IT = Intervento terapeutico
2. M-MI = Monitoraggio medico-medico+infermieristico
3. IFR = danno funzionale residuo

L'INSTABILITÀ CLINICA può essere quindi inquadrata in 4 classi da minore a maggior gravità:

- A: ACE senza IT, con < 1 giorno M-MI, senza IFR
- B: ACE con IT, con 1-7 giorni di M-MI, senza IFR
- C: ACE con IT, con < 1 giorno M-MI, senza IFR
- D: ACE con IFR e con IT, indipendentemente dalla durata del M-MI.

Lo studio

Presso tre Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della Città di Milano, l'Istituto Piccolo Cottolengo Don Orione, l'Istituto Geriatrico Milanese e l'Opera Pastor Angelicus è stato condotto uno studio osservazionale

retrospettivo di 3 mesi dal 1° gennaio al 31 marzo 2006, con l'obiettivo di misurare l'incidenza dell'instabilità clinica in RSA, tramite la rilevazione degli eventi clinici avversi (ACEs), e il suo rapporto con gli indicatori di esito, di fragilità e con la classificazione SOSIA degli ospiti. Le tre strutture si differenziavano nella organizzazione sanitaria dall'aver o meno una guardia medica attiva all'interno, rispetto al solo servizio di reperibilità medica.

Sono stati analizzati complessivamente 544 fascicoli sanitari (cartella clinica e infermieristica) degli ospiti delle RSA, di cui 174 (32%) relativi all'RSA Istituto Geriatrico Milanese, 144 (26,5%) relativi all'RSA Opera Pastor Angelicus e 226 (41,5%) relativi all'RSA Istituto Don Orione.

Al termine del trimestre sono stati raccolti i dati relativi alla classificazione SOSIA dei 544 Ospiti considerati nello studio e agli indicatori clinici di fragilità di ogni singolo ospite dell'RSA: albuminemia, presenza di decubiti, eventi sentinella (cadute, contenzione, CVP), misure di disabilità tramite indice di Barthel; oltre a ciò è stata fatta una rilevazione puntuale dai fascicoli sanitari degli eventi clinici avversi classificati secondo i criteri di gravità ACEs come parametro di instabilità clinica (Tab. 1).

Si riportano in questo articolo solo alcuni dati dello studio e alcune riflessioni conclusive.

IL CAMPIONE

Si conferma che il campione considerato è particolarmente fragile, disabile ed affetto da polipatologia. L'età media degli ospiti è molto elevata, circa 85 anni. Il grado di disabilità è importante essendo l'indice di Bar-

thel medio 32/100, considerando un cut off di 60/100 il valore che discrimina la dipendenza funzionale totale da quella parziale. L'albuminemia media del campione è inferiore a 3,5 g/dl, mentre l'indice di comorbidità medio è di 5,3 patologie, con un indice di severità medio pari a 2,01 (patologie con gravità ≥ 3).

La media di ACEs per ospite nei tre mesi considerati è stata di almeno 2 eventi clinici avversi.

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE E DATI DI PREVALENZA DELLA FRAGILITÀ

Il campione è rappresentato soprattutto da donne (84%), il 70% del campione presenta importante disabilità motoria (M1-SOSIA) e ben il 40% della popolazione indagata ha un'importante compromissione cognitiva (C1-SOSIA) a conferma che questo è un problema rilevante in RSA.

Una persona su cinque (22%) ha gravi problemi di alimentazione. Praticamente il 90% del campione presenta una grave comorbidità (S1-SOSIA). Almeno una persona su cinque ha avuto una caduta negli ultimi sei mesi (19%) e una persona su dieci presenta ulcere da decubito dal II al IV grado (10%). Una persona su cinque viene contenuta (21%), circa $\frac{3}{4}$ del campione (74%) presenta incontinenza urinaria e circa una persona su dieci è portatrice di catetere vescicale a permanenza (11,9%). Infine, a riprova dell'elevata disabilità, dipendenza ed elevato bisogno assistenziale di questi ospiti, quasi 1 su 5 (18%) ha associato gravi problemi di alimentazione allo stato di grave confusione mentale.

Nella Figura 1 viene riportata la percentuale di distribuzione nelle 8 classi SOSIA.

Tabella 1 - Classificazione SOSIA e indicatori clinici di fragilità dei 544 ospiti delle RSA oggetto dello studio.

	N.	Minimo	Massimo	Media	Deviazione St.
Età	544	52	107	85,04	8,5
SOSIA	544	1	8	3,5	2,3
I. Severità	544	0,09	3,2	2,01	0,3
I. Comorbidità	544	0	10	5,3	2,04
I. di Barthel	541	0	100	32,62	29,9
Albuminemia g/dl	538	1,3	4,7	3,2	0,53
ACEs	543	0	5	2,08	1,430

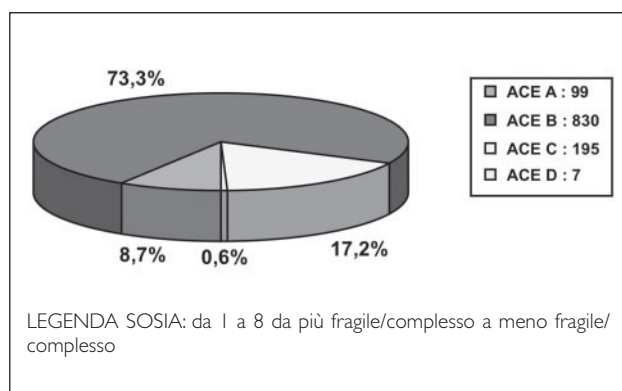


Figura 1 - Percentuale di distribuzione del campione nelle 8 classi SOSIA.

DISTRIBUZIONE ACEs TOTALI PER GRAVITÀ E PATOLOGIA

Nei tre mesi dello studio sono stati rilevati 1131 ACEs, di cui 99 (8,7%) in **classe A** ovvero hanno richiesto monitoraggio medico/infermieristico inferiore ad un giorno senza intervento terapeutico, 830 (73,3%) in **classe B** ovvero hanno richiesto monitoraggio medico/infermieristico da uno a sette giorni con intervento terapeutico, 195 (17,2%) in **classe C** ovvero hanno

richiesto monitoraggio medico/infermieristico da otto a ventuno giorni con intervento terapeutico, 7 (0,6%) in **classe D** ovvero con danno funzionale residuo. Come già detto, gli ospiti delle tre Residenze Sanitarie Assistenziali hanno avuto una media di almeno 2 eventi clinici avversi nel periodo considerato.

Gli apparati maggiormente interessati sono stati: l'apparato respiratorio con 236 ACEs (20,8%), l'apparato gastrointestinale con 200 ACEs (17,6%) e l'apparato cardiovascolare con 148 ACEs (13%); 124 ACEs (10,9%) hanno riguardato l'ambito psichiatrico (ad esempio, episodi di agitazione psicomotoria, delirio, attacchi di ansia); solo 69 ospiti non hanno avuto ACEs (12,7%).

ANALISI DEI DATI

L'analisi statistica dei dati per le diverse variabili ha evidenziato che la classe SOSIA, come scala di fragilità, correla con altri indicatori di fragilità, come l'età, poiché al suo aumentare c'è una riduzione e peggioramento della classe SOSIA; l'albumina, la classe SOSIA aumenta con l'aumentare dell'albuminemia; l'indice di Barthel, all'aumentare del valore dell'indice di Barthel c'è un aumento della classe SOSIA; mentre le classi SOSIA non correlano con eventi clinici avversi presi nel globale, e si dimostra solo una modesta correlazio-

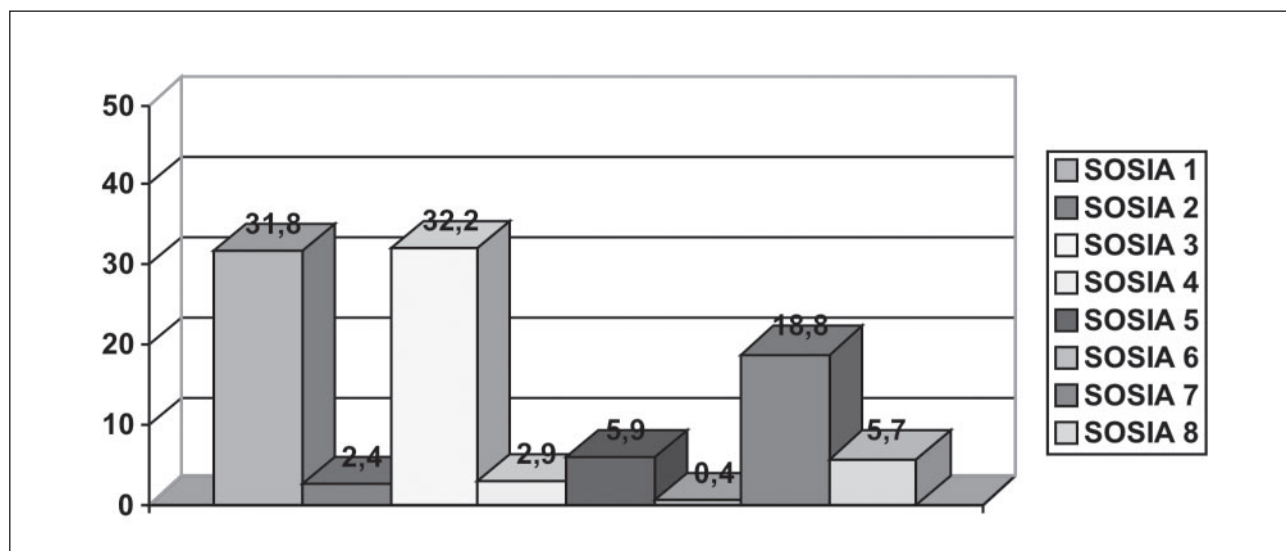


Figura 2 - Distribuzione ACEs per gravità.

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

ne con gli eventi clinici avversi quando scorporati per gravità (classi ACEs C+D).

Sono stati quindi analizzati gli indicatori di esito (ingresso, decesso, presenza, ospedalizzazione).

Nei tre mesi dello studio, complessivamente nelle tre RSA si sono avuti 48 decessi (35% stimato nell'anno) ed 80 nuovi ingressi.

La mortalità nel trimestre analizzato è stata significativamente diversa tra le strutture, Istituto Don Orione 14 decessi (6,2%), Istituto Geriatrico Milanese 17 (9,7%), Opera Pastor 17 (11,8%); per precisione vengono riportati i tassi di mortalità e ospedalizzazione standardizzati per 10000 giornate/degenza.

Istituto Don Orione: Tasso di mortalità 6,3/10.000 – Tasso di ospedalizzazione 4,21/10.000.

Istituto Geriatrico Milanese: tasso di mortalità 12,6/10.000 – Tasso di ospedalizzazione 12,6/10.000.

Opera Pastor Angelicus: tasso di mortalità 12,6/10.000 – Tasso di ospedalizzazione 13,09/10.000.

Dall'analisi statistica delle variabili, rispetto all'esito, si rileva che la media della classe SOSIA degli ospiti che sono deceduti nel corso del trimestre risulta significativamente inferiore (2,9) rispetto alla media della classe SOSIA degli ospiti che sono entrati in struttura nel periodo in studio (3,4) e degli ospiti già presenti (3,7). Il numero degli eventi clinici avversi più gravi (C+D), è risultato essere significativamente maggiore per i pazienti che nel breve periodo sono andati incontro ad exitus (1,04 deceduti contro 0,28 presenti e 0,35 entrati). L'indice di comorbilità risulta essere significativamente maggiore negli ospiti che sono deceduti nel trimestre (6,7) rispetto agli ospiti presenti (5,06) o ai nuovi ingressi (5,98). Inoltre l'indice di Barthel (16,48) e l'albuminemia (2,83) sono risultati essere statisticamente inferiori per gli ospiti che sono deceduti, rispetto a quelli presenti (IB 34,28 e Alb. 3,37) ed entrati (IB 33,73 e Alb. 3,04). Da segnalare come dato positivo l'incremento dei valori dell'albuminemia nei pazienti presenti da tempo nelle strutture (3,37) rispetto ai nuovi ingressi (3,04).

CONCLUSIONI

Lo studio ha messo in evidenza come le persone accolte in RSA siano particolarmente fragili con elevati bisogni di intervento assistenziale e sanitario.

Gli eventi clinici avversi, che a nostro parere rappresentano un aspetto importante della fragilità, non so-

no rilevati all'interno delle RSA. Dal nostro studio emerge che Fragilità e Instabilità clinica possono essere fattori indipendenti che si correlano nella gravità solo nella fase terminale della vita.

Il sistema di valutazione della fragilità SOSIA, predisposto dalla Regione Lombardia per la valorizzazione delle risorse utilizzate coerentemente con lo stato di bisogno dell'Ospite, rileva la complessità clinica tramite la comorbosità, ma non l'instabilità clinica; in tal modo non premia comportamenti virtuosi di gestione degli eventi clinici avversi più gravi all'interno della Struttura (ad esempio, guardia medica attiva interna rispetto alla reperibilità può garantire una migliore gestione degli ACEs). I tassi di mortalità e di ricovero in Ospedale sono significativamente diversi fra le strutture analizzate, e questo può essere in parte spiegato dalla diversa organizzazione sanitaria attuata.

Gli eventi clinici avversi indagati, presi nella loro globalità, sono indipendenti dalla fragilità rilevata da SOSIA, ma scorporati per gravità si correlano gli eventi più gravi con le classi di maggior fragilità di SOSIA. In particolare, ciò si evidenzia quando l'analisi prende in considerazione pazienti che nel breve periodo vanno incontro a decesso, che presentano maggior dipendenza e fragilità (classi SOSIA più gravi) e un maggior numero di ACEs gravi.

L'attuale valutazione SOSIA valorizza poco la complessità clinica e la spalma omogeneamente su tutte le classi di gravità SOSIA, non riconoscendo il maggior impegno di risorse richieste nelle fasi di maggiore instabilità clinica.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Bernardini B, Meinecke C, Zaccarini C, Bongiomi N, Fabbrini S, Gilardi C, Bonaccorso O, Guaita A. Adverse Clinical Events in Dependent Long Term Nursing Home Residents. JAGS 1993; 41: 105-11.

Bernardini B, Monete A, Bonaccorso O. Eventi acuti e subacuti nell'evoluzione della disabilità. G Gerontol 1996; 44 (12): 753-7.

Ferrucci L, Di Iorio A, Laurentani E, Benvenuti E, Bandinelli S. Fragilità e prevenzione della disabilità nell'anziano. G Gerontol 1999, Suppl. 1: XLVII: 79-88.

Giunco F. Analisi dei dati derivanti dall'utilizzo della scheda di osservazione intermedia dell'assistenza in 37 RSA della Lombardia. I luoghi della cura 2006; 1: 7-14.

Regione Lombardia - Famiglia e Solidarietà Sociale. Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza (SOSIA). Manuale tecnico procedura SOSIA relativo al grado di fragilità degli ospiti delle RSA accreditate. Giugno 2003.

Trabucchi M, Casale G, Bonaccorso O, Guaita A. Assistenza e riabilitazione geriatrica. Linee guida per Istituti di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali, Day Hospital. Ed. Franco Angeli/Sanità, Milano 1998.