Anno IX - N. 2 - 2011

I luoghi della cura

ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Ricerche multicentriche in RSA

Renzo Bagarolo

Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano

Introduzione

I cambiamenti demografici ed epidemiologici degli ultimi due decenni, in particolare la prevalenza delle patologie cronico-degenerative, stanno costringendo i paesi con elevato indice di invecchiamento (Italia compresa) a rivedere in modo radicale il sistema di welfare sociale e di cure sanitarie. La prassi medica prevalente, fondata sulla sola diagnosi e cura delle malattie (scarsa prevenzione), si dimostra poco efficace nel rispondere alla domanda di salute dei pazienti "cronici", profondamente influenzata dallo stato funzionale e da altri fattori di "contesto", compresa la condizione esistenziale. Quando tempi, luoghi e modalità di vita e cura si sovrappongono, il raggiungimento dell'efficacia e appropriatezza delle cure non può prescindere dal considerare, oltre alle condizioni morbose, la diagnosi funzionale, il "setting" di cura, le abitudini di vita, la biografia, la cultura, il reddito, le aspettative ed esperienze del paziente. Questo approccio globale e attento alle diverse dimensioni della persona malata (in particolare quando fragile e multiproblematica) si è dimostrato più efficace nell'affrontare i problemi di salute quando sono molteplici, compresenti e interattivi. La medicina della cronicità (e/o della complessità) deve trovare difficili equilibri fra diverse tensioni, dalla standardizzazione delle cure alla personalizzazione dell'intervento, passando per il confronto dei risultati, senza perdere di vista il controllo dei costi economico-sociali e l'equità nelle cure erogate. Lo sviluppo di questo approccio clinico-assistenziale globale ha trovato dei saldi fondamenti metodologici nella valutazione multidimensionale, nel riferimento scientifico delle evidenze clinico-assistenziali (Ebm e Ebn), ed il confronto delle buone prassi. Questo approccio non è esente da rischi e criticità poiché ancora oggi si stima che solo il 30% delle decisioni clinico-assistenziali vengono assunte sulla base della forza delle evidenze; la maggior parte di studi e trial considerati in letteratura vengono condotti escludendo per problemi essenzialmente metodologici i pazienti anziani, fragili e multiproblematici; la valutazione multidimensionale è spesso citata ma poco praticata e le buone prassi soccombono sotto la pressione delle urgenze/emergenze; dobbiamo però essere consapevoli che l'alternativa rischia di essere l'abbandono di questi pazienti ad una medicina esclusivamente palliativa.

La rete dei servizi RSA

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono luoghi di cura specificamente deputati ad accogliere e curare anziani fragili, disabili e multiproblematici, garantendo in ambito residenziale sostegno di tipo sanitario (medico, infermieristico, riabilitativo) e socio-assistenziale (tutela e assistenza alla non autosufficienza); dove presenti e adeguatamente diffuse, si stanno dimostrando un nodo fondamentale della rete dei servizi di cura a lungo termine LTCF (Long Term Care Facilities), acronimo con cui si definisce una serie eterogenea di servizi a carattere sanitario e socio-sanitario (strutture residenziali per anziani e disabili, riabilitazione, hospice, ecc.). In Italia si contano oggi circa 200.000 posti letto di RSA, anche se il fabbisogno stimato è di almeno il doppio, la distribuzione territoriale è disomogenea e la presenza prevalente nelle regioni del Nord Italia (solo in Lombardia sono accreditati a fine 2009 circa 56.000 posti letto). Le RSA, oltre a non rappresentare un sistema diffuso di cure nel paese per complesse motivazioni storiche e socio-economiche che non verranno trattate in questa sede, sono alla ricerca di una più precisa e migliore identità di servizio nel rapporto che possiamo definire fra "contenitore" e "contenuto". A sostegno e conclusione si riporta quanto efficacemente espresso nel quaderno del Ministero della Salute dedicato all'assistenza all'anziano: "Le RSA devono 'specializzarsi' in nuclei al cui interno curare individui con problematiche cliniche simili? Devono essere strutture residenziali che forniscono assistenza sanitaria a soggetti non assistibili a domicilio, o devono anche rappresentare un riferimento erogatore di servizi per la comunità (centri diurni, ambulatori, assistenza domiciliare)? Ancora, devono prevedere posti letto per de-

genze temporanee di sollievo o dedicarsi soltanto alla residenzialità stabile? Devono porsi come alternativa, a minor costo, rispetto a strutture lungodegenziali riabilitative? Per tutte queste domande non vi è ancora una riposta definitiva; sono aperte allo studio, alla sperimentazione, alla costruzione di servizi fondati su dimostrazioni di "efficacia".

Le ricerche multicentriche

Il sistema di Clinical e Nursing Evidence permette di organizzare le informazioni clinico-assistenziali basandole su prove di efficacia e sulla validità e forza scientifica; ha avuto un grande impulso nell'era digitale per la possibilità tecnica di gestire grandi quantità di dati in tempo reale (database) e per la grande diffusione e opportunità offerte negli ultimi anni dall'ICT (Information Communication Tecnology) in ambito sanitario. Tutto ciò aumenta le possibilità di accesso, scambio e confronto delle informazioni scientifiche da parte degli operatori, ma richiede un cambiamento culturale ed un aggiornamento e sviluppo di competenze professionali nella gestione dei dati e delle informazioni che, parafrasando R. Kane, possiamo riassumere così: abbiamo tanti problemi, ed i dati che abbiamo a disposizione sono a volte troppi, altre volte pochi: occorre individuare quali sono i dati significativi (indicatori) e i punti di vista per esaminarli. Le RSA possono diventare luoghi significativi per la ricerca scientifica relativa alle modalità di cura, assistenza e gestione delle persone anziane e fragili, così come avviene da molti anni nelle Nursing Home e Intermediate Care Facilities del Nord America. Ciò permetterebbe di acquisire e diffondere nuove e fondate conoscenze in campo geriatrico e di poter fornire qualche risposta ad alcune delle domande formulate in premessa. La diffusione ed il successo delle ricerche multicentriche in RSA dipenderanno prima ancora che dalle risorse economiche (pure importanti), dalla cultura professionale e dalle competenze che gli operatori che vi operano sapranno mettere in campo. A conclusione, a semplice titolo esemplificativo, si riportano alcuni studi condotti presso alcune RSA della Lombardia. Le prime due esperienze fanno riferimento a studi multicentrici di ambito più territoriale condotti con molto sforzo e impegno in alcune RSA lombarde, che su alcuni problemi specifici hanno condiviso analisi e confrontato prassi d'intervento. Le due successive esperienze fanno riferimento all'adesione di una struttura LTCF a programmi di studio multicentrici su scala europea (modello network) su nutrizione e infezioni con l'utilizzo di strumenti validati e standardizzati a livello più ampio.

Esperienze

2004 Stipsi e anziani. In questo studio multicentrico di tipo osservazionale, condotto su 376 anziani accolti in diversi setting di cura di circa 10 RSA Lombarde, sono stati rilevati i dati di prevalenza del problema stipsi, i fattori correlati, ed individuato il rischio di sovraesposizione (1:5) al trattamento con lassativi in RSA, proponendosi il compito di diffondere e implementare linee guida e raccomandazioni di buona pratica presso queste ed altre strutture residenziali per anziani.

2006 Fragilità e Instabilità clinica. In questo studio multicentrico retrospettivo, condotto sull'analisi della documentazione clinico-assistenziale di 544 pazienti accolti in 3 RSA di Milano, è stata valutata l'incidenza dell'instabilità clinica in RSA tramite la rilevazione degli eventi clinici avversi (ACEs), il suo rapporto con indicatori di stato (fragilità) e di esito (decesso, sopravvivenza e ospedalizzazione); infine analizzata la coerenza con la classificazione regionale SOSIA per la tariffazione delle prestazioni. I risultati hanno evidenziato che Fragilità e Instabilità clinica possono essere fattori indipendenti che si correlano nella gravità solo nelle fasi terminali di vita, e che il sistema di classificazione SOSIA rileva la complessità clinica tramite la comorbosità, ma non l'instabilità clinica, non "premiando", in tal modo, comportamenti virtuosi e appropriati di gestione degli eventi clinici avversi all'interno delle Strutture RSA nelle fasi terminali di vita.

2009 Nutrition day in Europe. L'Istituto Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano ha aderito, nel 2009, all'indagine annuale multicentrica europea (www.nutritionday.org) sulle problematiche della nutrizione e malnutrizione in Nursing Home. L'indagine è stata condotta con strumenti standardizzati che hanno permesso di confrontare con dati e indicatori comuni (Tab. 1) la propria realtà di servizio con situazioni comparabili in Europa (Nursing Home). L'acquisizione ed il confronto di questi dati hanno rappresentato il punto di partenza per azioni di miglioramento su aspetti poco presidiati del problema e l'adozione di nuove e/o più efficaci prassi di in-

Tabella 1 - *Confronto tra i dati dell'Istituto Don Orione e i dati europei relativi all'indagine annuale multicentrica europea sulle problematiche della nutrizione e malnutrizione in Nursing Home.*

INDICATORI	ISTITUTO DON ORIONE				% LTCF Don Orione	% LTCF Europa
	RSA Mater Dei	RSA Don Sterpi piano 3	RSA Montini	RSD Masiero		
Casi	20	20	19	20	79	9884
Età media	89	93	89	63	83,5	81
BMI medio	22,70	24,20	23,00	27,80	24,43	25,3
Disfagia	12	1	4	3	25,3	12,6
Masticazione	14	1	13	13	51,9	37,1
Deficit cognitivo grave	10	7	12	15	55,7	24,9
Immobilità	13	8	10	3	43,0	19,5
Malnutrizione staff	0	1	4	0	6,3	6,01
A rischio di malnutrizione	9	2	6	6	29,1	16
BMI < 20	5	4	5	3	21,5	14,9
Perdita 6 Kg nell'anno	1	0	1	0	2,5	11,7
Mangia tutto	15	3	5	8	39,2	62,2
Mangia meno di 1/2	1	7	0	0	10,1	34,1
Assist.10-20 min. e oltre	6	1	5	0	15,2	55,1
Supplementazione	0	2	4	1	8,9	8,39
SNG /PEG	3	0	1	0	5,1	2,21
Follow up a 6 mesi Perdita di peso > 6 Kg	3	1	2	0	7,6	8,84
Follow up a 6 mesi Deceduti	4	0	4	0	10,1	12,7

tervento sui problemi nutrizionali delle persone fragili.

2010 Progetto HALT (Healtcare Associated Infections in Long Term Care Facilites). La LTCF Piccolo Cottolengo Don Orione di Milano ha aderito, nel 2010, allo studio multicentrico di prevalenza puntuale sul controllo delle infezioni correlate all'assistenza e l'utilizzo degli antibiotici. In carenza di risorse e competenze da dedicare al problema specifico (costituzione del CIO), l'adesione al protocollo Europeo HALT (promosso dalla Regione Emilia Romagna) è stata l'occasione per disporre di una metodologia di indagine "validata" che, seppur finalizzata alla costituzione di un database dedicato, ha permesso di utilizzare uno strumento valutativo che, oltre ad acquisire dati, restituiva un report con l'analisi dello stato di controllo delle infezioni in struttura. Nella Tabella 2 sono riportati i dati raccolti per l'intera LTCF e nei diversi setting di cura; sono infatti presenti, oltre ad un servizio RSA, un servizio di riabilitazione estensiva, ed una residenza sanitaria per disabili adulti (RSD).

Conclusioni

Negli ultimi anni, nella cosiddetta società della conoscenza, l'ICT ed i network di patologia e professionali hanno avuto un grande sviluppo, sebbene la loro diffusione sia ancora disomogenea e spesso poco programmata. L'intervento geriatrico e gerontologico potrà avere un futuro se produrrà e saprà gestire informazioni utili e affidabili nei diversi aspetti di vita e di cure dell'anziano, in particolare quello fragile. Quindi lo sviluppo di reti di conoscenza, finalizzate al supporto e all'implementazione del sistema di sostegno e cure dell'anziano, diventa un "caveat" dell'attività geriatrica. Occorre sottolineare che le reti professionali, anche per obiettivi specifici, nascono dalla disponibilità e volontà degli operatori di condividere competenze ed esperienze, prima ancora che dalla disponibilità tecnologica. Iniziare a partecipare e/o programmare studi di ricerca multicentrica tramite le reti informatiche rappresenta ormai una modalità piuttosto semplice, sostenibile e generalmente efficace per connettere e sviluppare conoscenze anche in ambito geriatrico.

Tabella 2 - *Dati relativi alla Long Term Care Facilities (LTCF) Don Orione e nei diversi setting di cura.*

	RSA 201 p.l.	RSD 78 p.l.	Riabil. 24 p.l.	Totale LCTF	Totale 303 p.l.
LTCF Don Orione Milano	%	%	%	Casi	%
ospedalizzati	0,51	0,00	0,00	1	0,34
letti presenti	100,00	100,00	100,00	303	100,00
letti occupati	98,51	93,59	95,83	294	97,03
residenti eleggibili	98,48	100,00	95,65	290	98,64
età ≥ 85	45,45	0,00	21,74	95	32,31
maschi	8,59	2,74	21,74	24	8,16
antibioticoterapia	3,03	6,85	43,48	21	7,14
infezioni segni/sintomi	6,06	5,48	21,74	21	7,14
catetere vescicale	8,59	1,37	0,00	18	6,12
accesso venoso	2,53	1,37	4,35	7	2,38
ulcere da pressione	8,08	1,37	0,00	17	5,78
altre ferite	8,59	4,11	17,39	24	8,16
disorientati T/S	65,15	83,56	39,13	199	67,69
non deambulanti	53,54	46,58	47,83	151	51,36
chirurgia entro 30 giorni	0,51	0,00	0,00	1	0,34
incontinenza fecale/urinaria	78,28	79,45	52,17	225	76,53

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA CONSIGLIATE

Bagarolo R, Bellocchi F. Gestione della complessità e instabilità clinica in RSA. I Luoghi della cura 2007;5(2):12-5.

Kane RL. Geriatrics as Model of the New Chronic Disease Paradigm. Intervento al 50° Congresso SIGG, Firenze 9-13 novembre 2005.

Monti M, Neri MC, Trecate F, Andreoni R, Bagarolo R. Prevalenza e fattori di rischio della stipsi in una popolazione di anziani in RSA. G. Gerontol 2009;57:78-86.

Salvioli G. Un nuovo anno: quali nuovi obiettivi per la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria? G. Gerontol 2005;53:1-5.

www.sigg.it/progetti:ulisse

www.interrai.org

www.nutritionday.org

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischio infettivo/htm