Gruppo di ricerca geriatrica

Journal Club

3 maggio 2013

Aspetti di clinica geriatrica

Ospedale e territorio: il caso della RSA

Marco Trabucchi

con il contributo di Stefano Boffelli e Luca Serchisu

Ci occupiamo di questi problemi perché in geriatria nulla ci è estraneo delle difficoltà della vita delle persone fragili.

"Bisogna uscire a sperimentare la nostra unzione nelle periferie dove c'è sofferenza, c'è sangue versato, c'è cecità che desidera vedere“

Papa Francesco

La crisi delle finanze pubbliche e private sta inducendo una progressiva crisi nella vita delle residenze.
Non si vedono segnali di un cambiamento …

I ricoveri ripetuti come esempio dei rilevanti problemi clinici ed umani che affrontano gli ospiti delle residenze per anziani.

Aspetti tra loro collegati rispetto al problema dei ricoveri ripetuti:

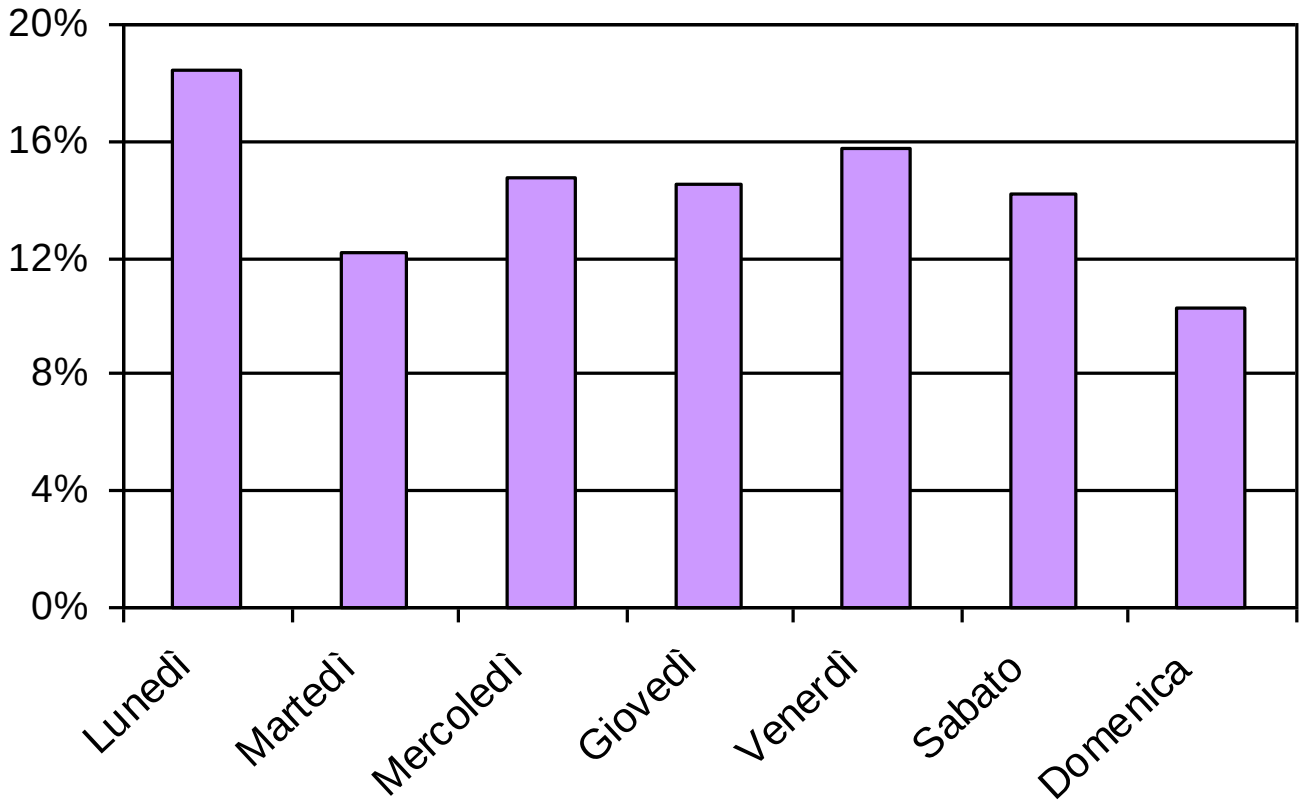
a) L'esempio di San Bonifacio (rapporto casa di riposo-ospedale);
b) I dati a livello nazionale (Progetto Ulisse);
c) Il fenomeno negli USA e le possibili risposte;
d) Il modello delle comunità residenziali: può avere la funzione di ridurre i ricoveri ripetuti dal domicilio?

Alcuni dati di uno studio condotto nell'Ospedale di San Bonifacio (VR):
la problematica del rapporto ospedale-residenze per anziani come esempio di intervento volto a migliorare la qualità dell'assistenza.
Gli spazi aperti da un risparmio nella spesa ospedaliera, se mai si arriverà a calcolare i costi in maniera aggregata, senza barriere burocratiche.

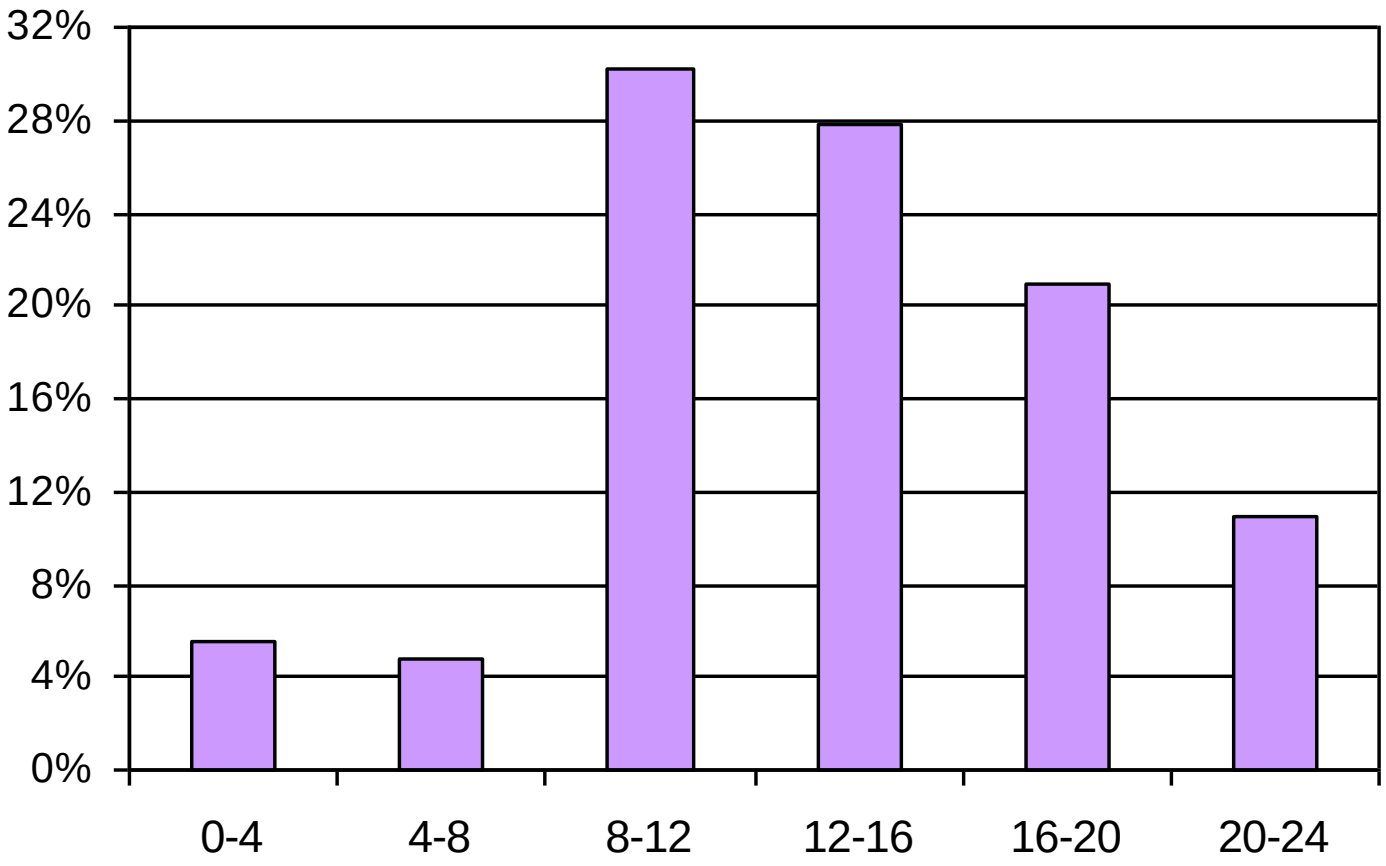
Numero di accessi ripetuti in PS da parte dei residenti in RA (Ospedale “G. Fracastoro” 2012)

Num.Accessi	Num. Pazienti	Percentuale	Tot.Accessi
1	355	63.1%	355
2	123	21.8%	246
3	54	9.6%	162
4	15	2.7%	60
5	10	1.8%	50
>5	6	1%	38
Tot.	**563**	**100%**	**911**

Giorno della settimana di accesso al PS dei pazienti provenienti da RA (Ospedale “G. Fracastoro” 2012)



Fascia oraria di accesso al PS dei pazienti provenienti da RA (Ospedale “G. Fracastoro” 2012)



La distribuzione nei giorni della settimana e nelle ore non sembra indicare una reale urgenza clinica.

Esito dell'accesso in PS (Ospedale "G. Fracastoro" 2012)

ESITO ACCESSO IN PS	Num. Accessi	Prevalenza
Dimesso	475	52.1%
Ricoverato	417	45.8%
Deceduto in PS	8	0.9%
Deceduto prima dell'arrivo in PS	3	0.3%
Trasferito in altro istituto	2	0.2%
Dimesso (invio per competenza specialistica)	6	0.7%
TOTALE	**911**	**100%**

Un primo passo per facilitare la transizione verso l'ospedale: uno strumento per disporre in modo articolato e completo di dati sull'ospite.

Strutturazione della cartella di accompagnamento A.R.C.A. (Assistenza, Ricerca e Cura per l'Anziano)

TIPOLOGIA	CONTENUTI	COMPETENZA
Documentazione generale	Copia tessera sanitaria Copia esenzione ticket Lista oggetti personali (protesi acustiche, dentali, occhiali, …)	Infermieristica
Copia dei principali referti	Ultimi esami ematochimici o strumentali praticati	Infermieristica
Copia lettera di dimissione	Ultimo ricovero ospedaliero significativo	Infermieristica
Scheda della terapia	Terapia in atto	Infermieristica
Scheda infermieristica	Descrizione delle condizioni psicofisiche del paziente prima dell'evento acuto	Infermieristica
Impegnativa di richiesta di ricovero ospedaliero	Motivazione dell'invio in PS	Medica
Scheda di accesso in ospedale	Descrizione delle principali patologie, eventuali allergie, intolleranze ed eventi avversi farmacologici	Medica
Scheda di accompagnamento	Descrizione dei segni e dei sintomi che richiesto l'invio in PS, parametri vitali e altre notizie ritenute utili	Medica o infermieristica

Presenza della documentazione di accompagnamento A.R.C.A. negli accessi in PS (Ospedale “G. Fracastoro” 2012)

	Num. accessi	**Prevalenza**
Pazienti con documentazione A.R.C.A.	701	77%
Pazienti senza documentazione A.R.C.A.	209	23%
Totale accessi in PS dei pazienti provenienti da RA	911	100%

Completezza della documentazione di accompagnamento A.R.C.A. con cui il paziente delle RA accede in PS (Ospedale “G. Fracastoro” 2012)

	PRESENTE	INCOMPLETA	ASSENTE
Scheda infermieristica compilata	48%	31%	19%
Copia dei referti (esami significativi e documentazione clinica)	79%	3%	18%
Scheda terapia in corso	72%		28%
Scheda dei segni e sintomi che motivano l’invio in PS	47%	3%	50%
Scheda di accesso del Medico del Centro Servizi	9%		91%

Il medico delle case di riposo non sente la responsabilità clinica.
Scarsa cultura? Ageismo? Disinteresse? …
Gli infermieri sono quindi caricati di responsabilità molto elevate.

Prevalenza dei sintomi principali dei pazienti dimessi (Ospedale “G. Fracastoro” 2012)

SINTOMO PRINCIPALE	Num. Accessi	Prevalenza
Cardiopalmo	8	1.7%
Disturbi neurologici	6	1.3%
Dispnea	36	7.6%
Disturbi psichici	3	0.6%
Dolore addominale	4	0.8%
Dolore toracico	6	1.3%
Emorragie non traumatiche	11	2.3%
Parametri vitali alterati	5	1.1%
Perdita di coscienza	5	1.1%
Persona indisposta - diagnosi non specificata	302	63.6%
Trauma minore	100	21.1%
TOTALE	**475**	**100%**

Un eccesso di diagnosi aspecifiche alla dimissione dal PS; vi sarebbe l'esigenza di un ritorno informativo al personale delle residenze per ridurre gli accessi inappropriati. Ma non vi è alcuna responsabilità del PS?

Reparto di ricovero dei pazienti provenienti da RA (Ospedale “G. Fracastoro” 2012)

REPARTO	Numero	Percent.
Geriatria	198	47,4%
Medicina	107	25,6%
Ortopedia	44	10,5%
Gastroenterologia	16	3,8%
Terapia intensiva cardiologia	15	3,6%
Nefrologia	10	2,4%
Chirurgia	10	2,4%
Terapia Intensiva	8	1,9%
Cardiologia	5	1,2%
Urologia	3	0,7%
Psichiatria	1	0,2%
Totale	**417**	**100,0%**

Alcune domande sul rapporto residenze per anziani-ospedale

- Ruolo del personale sanitario nelle residenze
- Ruolo di una possibile informatizzazione
- Concentrare l'attenzione sui ricoveri ripetuti
- Riserva di letti ad hoc nell'ospedale? In geriatria?
- Formare il personale delle residenze per ridurre gli accessi inappropriati.

Original Study

Predictors of Hospitalization in Italian Nursing Home Residents: The U.L.I.S.S.E. Project

Antonio Cherubini MD, PhD [a,*], Paolo Eusebi PhD [b], Giuseppina Dell'Aquila MD [a], Francesco Landi MD [c], Beatrice Gasperini MD [a], Roberta Bacuccoli MscSc [d], Giuseppe Menculini MD [a], Roberto Bernabei MD [c], Fabrizia Lattanzio MD, PhD [e], Carmelinda Ruggiero MD, PhD [a]

[a] *Institute of Gerontology and Geriatrics, Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Perugia Medical School, Italy*
[b] *Epidemiology Department, Regional Health Authority of Umbria, Italy*
[c] *Department of Gerontology and Geriatrics, Catholic University of Sacred Heart, Rome, Italy*
[d] *Department of Statistics, University of Firenze, Italy*
[e] *Scientific Direction, Istituto Nazionale di Ricovero e Cura dell'Anziano (INRCA), Ancona, Italy*

Keywords:
Nursing homes
hospitalization
staffing
polypharmacy
gender
arrhythmia
urinary tract infection

A B S T R A C T

Objective: To examine resident and facility characteristics associated with hospitalization in a cohort of Italian older nursing home residents.
Design: A longitudinal observational study.
Setting: The nursing homes participating in the U.L.I.S.S.E. study, a project evaluating the quality of care for older persons in Italy.
Setting Participants: Nursing home residents in 31 Italian nursing homes.
Measurement: Each resident underwent a comprehensive geriatric assessment at baseline, and after 6 months and 1 year by means of the RAI MDS 2.0. Facility characteristics were collected using an ad hoc designed questionnaire. Hospitalizations were self-reported by facilities.
Results: A total of 170 (11.6%) of 1466 nursing home residents were admitted to the hospital at least once during the study period. Female gender and higher physician, nurse, and nursing assistant hours per resident were predictive of a lower probability to be admitted to the hospital, whereas a diagnosis of arrhythmia, a previous urinary tract infection, and polypharmacy were associated with a higher probability of being hospitalized.
Conclusion: These findings suggest that a reduction of hospitalization of nursing home residents could be achieved by providing an adequate amount of care and optimizing the management of chronic diseases and polypharmacy. This hypothesis should be tested in future clinical trials.
Published by Elsevier Inc. on behalf of the American Medical Directors Association, Inc.

JAMDA 13 (2012) 84.e5–84.e10

Table 1
Baseline Characteristics of NH Residents according to Hospitalization

Variables	Not Hospitalized Residents (n = 1296) (% or median ± IQ)	Hospitalized Residents (n = 170) (% or median ± IQ)	*P* Value
Age	83.3 (77.6–90.0)	84.9 (79.6–89.3)	Ns
Age >85	43.6	48.8	Ns
Cognitive status			
CPS	3 (1.0–5.0)	3 (1.0–5.0)	Ns
CPS 2–4 (0–6)	28.8	24.5	Ns
CPS 5–6 (0–6)	42.1	43.1	Ns
Gender (Female)	71.9	65.9	Ns
ADL (0–28)	18 (5.0–26.0)	19 (6.0–27.0)	Ns
PH	0.4 (0.2–0.5)	0.3 (0.2–0.4)	.0046
NH	3.3 (3.0–5.1)	3.3 (3.1–4.7)	Ns
BAH	12.4 (11.0–15.7)	12.2 (11.5–15.0)	Ns
CIRS (0–14)	9 (5.0–14.0)	12 (7.5–18.0)	<.0001
N drugs	3 (5.0–7.0)	6 (4.0–8.0)	<.0001
Residents taking >5 drugs	38.1	54.7	<.0001
N diseases	4 (2.0–5.0)	4 (3.0–6.0)	<.0001
Education	4 (3.0–5.0)	4 (3.0–5.0)	Ns
Arrhythmias	11.3	17.7	.0161
CHF	6.5	10.6	Ns
COPD	21.8	32.3	.0022
Cancer	6.2	9.4	Ns
CRF	6.3	11.8	.0088
IHD	24.8	34.1	.0095
Anxiety	10.5	15.9	.0356
UTI	5.0	12.9	<.0001

IQ, interquartile; CHF, congestive heart failure; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; CRF, chronic renal failure; IHD, ischemic heart disease; UTI, urinary tract infections; CPS, cognitive performance scale; ADL, activities of daily living; PH, physician hours per resident per week; NH, nurse hours per resident per week; BAH, basic assistant hours per resident per week; CIRS comorbidity illness rating scale.

Table 2
Mixed-Effects Logistic Regression Model of the Demographic and Clinical Variables Associated with Hospitalization

	Estimate	SE	z Value	*P* Value
Age >85	0.24	0.18	1.38	.1688
Sex (Female)	−0.51	0.18	−2.76	.0058
CIRS (0–56)	0.02	0.02	0.89	.3714
Drugs>5	0.51	0.18	2.90	.0037
2<CPS<5 (0–6)	−0.33	0.22	−1.50	.1350
CPS>5 (0–6)	−0.03	0.23	−0.11	.9141
ADL (0–28)	0.00	0.01	0.17	.8661
Arrythmia	0.43	0.23	1.87	.0609
UTI	0.99	0.27	3.65	.0003

CIRS, comorbidity illness rating scale; CPS, cognitive performance scale; ADL, activities of daily living; UTI, urinary tract infections.

Table 3
Mixed-Effects Logistic Regression Model of Demographic, Clinical, and Staffing Variables Associated with Hospitalization

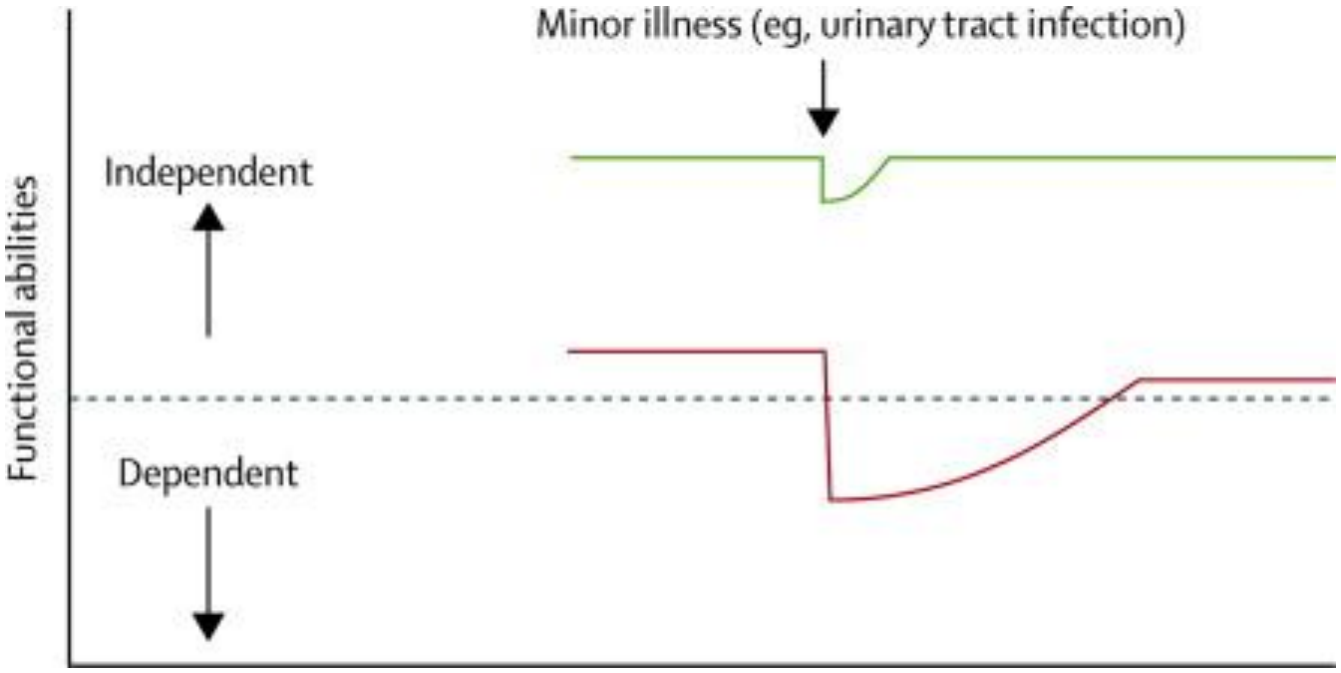
	Estimate	SE	z-value	p-value
Age >85	0.24	0.18	1.34	.1800
Sex (F)	−0.49	0.19	−2.56	.0105
CIRS (0–56)	0.02	0.02	1.05	.2949
Polypharmacy	0.54	0.18	2.99	.0028
2<CPS<5	−0.30	0.23	−1.32	.1872
CPS>5	−0.01	0.24	−0.03	.9743
ADL	0.00	0.01	0.33	.7441
Arrythmia	0.47	0.24	1.99	.0464
UTI	1.04	0.28	3.75	.0002
PH	−0.87	0.40	−2.16	.0309
NH	−0.34	0.14	−2.44	.0149
NAH	−0.11	0.04	−3.01	.0026

CIRS, cumulative illness rating scale; CPS, cognitive performance scale; ADL, activities of daily living; UTI, urinary tract infections; PH, physician hours per resident per week; NH, nurse hours per resident per week; NAH, nursing assistant hours per resident per week.

I dati del Progetto Ulisse confermano le osservazioni di Bellelli et al (JAGS, 2001).
Sul ruolo di un'adeguata protezione sanitaria nelle residenze, in presenza di ovvie condizioni di fragilità.

Lo scenario clinico-organizzativo

Vulnerability of frail elderly people to a sudden change in health status after a minor illness



The green line represents a fit elderly individual who, after a minor stressor event such as an infection, has a small deterioration in function and then returns to homoeostasis. The red line represents a frail elderly individual who, after a similar stressor event, undergoes a larger deterioration, which may manifest as functional dependency, and who does not return to baseline homoeostasis. The horizontal dashed line represents the cutoff between dependent and independent.

(Clegg A. et al, Lancet 381:752-62, 2013)

La logica clinica impone un’attenzione specifica agli ospiti delle residenze.
Di fronte a questa realtà, vi è stata in questi anni una forte riduzione delle disponibilità degli ospedali.

In questi anni si è assistito:

- Ad una riduzione di c.a 1 milione di accessi al PS (2012 su 2011), con un incremento del 7% degli accessi diretti
- Una forte riduzione dei letti ospedalieri

  (ci avviciniamo al 3%)
- Il fenomeno della riduzione dei letti si manifesta in tutti i paesi (vedi Inghilterra)

Interventions to Decrease Hospital Readmissions

Keys for Cost-effectiveness

Robert E. Burke, MD; Eric A. Coleman, MD, MPH

Hospitals began paying financial penalties for high-risk–adjusted 30-day readmission rates for certain diagnoses in October 2012. Physician leaders seeking to reduce readmission rates will find that proven interventions often require substantial upfront financial and organizational investment. To reduce readmissions while minimizing the investment, leaders need to develop new and creative strategies guided by the evidence. This article describes 5 proposed strategies or "best practices" derived from critical evaluation of prior interventions and experience in the field. These practices include matching the intensity of the intervention to the patient's risk of readmission, avoiding commonly used but unproven interventions, using interventions with a durable effect, creating an effective team before selecting an intervention, and focusing on previously unrecognized high-risk patient groups.

JAMA Intern Med. 2013;173(8):695-698.

1. Match the intensity of the readmission reduction intervention to the patient's risk of readmission.
2. Avoid commonly used interventions that have not been shown to be effective.
3. Use interventions with a lasting effect.
4. Create an effective team before implementation of any intervention.
5. Broaden the intervention to target high-risk groups for readmission who have not been the focus of previous readmission reduction efforts.

Robert E. Burke, MD; Eric A. Coleman, MD, MPH
JAMA Intern Med. 2013;173(8):695-698.

Potentially Avoidable 30-Day Hospital Readmissions in Medical Patients

Derivation and Validation of a Prediction Model

Jacques Donzé, MD, MSc; Drahomir Aujesky, MD, MSc; Deborah Williams, MHA; Jeffrey L. Schnipper, MD, MPH

Importance: Because effective interventions to reduce hospital readmissions are often expensive to implement, a score to predict potentially avoidable readmissions may help target the patients most likely to benefit.

Objective: To derive and internally validate a prediction model for potentially avoidable 30-day hospital readmissions in medical patients using administrative and clinical data readily available prior to discharge.

Design: Retrospective cohort study.

Setting: Academic medical center in Boston, Massachusetts.

Participants: All patient discharges from any medical services between July 1, 2009, and June 30, 2010.

Main Outcome Measures: Potentially avoidable 30-day readmissions to 3 hospitals of the Partners HealthCare network were identified using a validated computerized algorithm based on administrative data (SQLape). A simple score was developed using multivariable logistic regression, with two-thirds of the sample randomly selected as the derivation cohort and one-third as the validation cohort.

Results: Among 10 731 eligible discharges, 2398 discharges (22.3%) were followed by a 30-day readmission, of which 879 (8.5% of all discharges) were identified as potentially avoidable. The prediction score identified 7 independent factors, referred to as the HOSPITAL score: *h*emoglobin at discharge, discharge from an *o*ncology service, *s*odium level at discharge, *p*rocedure during the index admission, *i*ndex *t*ype of admission, number of *a*dmissions during the last 12 months, and *l*ength of stay. In the validation set, 26.7% of the patients were classified as high risk, with an estimated potentially avoidable readmission risk of 18.0% (observed, 18.2%). The HOSPITAL score had fair discriminatory power (C statistic, 0.71) and had good calibration.

Conclusions and Relevance: This simple prediction model identifies before discharge the risk of potentially avoidable 30-day readmission in medical patients. This score has potential to easily identify patients who may need more intensive transitional care interventions.

JAMA Intern Med. 2013;173(8):632-638.
Published online March 25, 2013.
doi:10.1001/jamainternmed.2013.3023

Table 3. HOSPITAL Score for 30-Day Potentially Avoidable Readmissions[a]

Attribute	Points
Low *h*emoglobin level at discharge (<12 g/dL)	1
Discharge from an *o*ncology service	2
Low *s*odium level at discharge (<135 mEq/L)	1
*P*rocedure during hospital stay (any *ICD-9-CM* coded procedure)	1
*I*ndex admission *t*ype: nonelective	1
No. of hospital *a*dmissions during the previous year	
0	0
1-5	2
>5	5
*L*ength of stay ≥5 d	2

Abbreviation: *ICD-9-CM*, *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification.*

SI conversion factors: To convert hemoglobin to grams per liter, multiply by 10; conversion of serum sodium to millimoles per liter is 1:1.

[a] Maximum score, 13 points.

Jacques Donzé, MD, MSc; Drahomir Aujesky, MD, MSc; Deborah Williams, MHA; Jeffrey L. Schnipper, MD, MPH

JAMA Intern Med. 2013;173(8):632-638.

Table 4. Observed vs Predicted 30-Day Potentially Avoidable Readmissions

Points	Risk Category	No. (%)		
		Patients in Each Category	Observed Proportion of Readmission	Estimated Risk of Readmission
Derivation set (n = 6141)				
0-4	Low	3027 (49.3)	5.4	5.2
5-6	Intermediate	1617 (26.3)	9.0	9.8
≥7	High	1497 (24.4)	18.7	18.3
Validation set (n = 3071)				
0-4	Low	1428 (46.5)	4.6	5.2
5-6	Intermediate	855 (27.8)	9.7	9.8
≥7	High	788 (26.7)	18.2	18.0

Jacques Donzé, MD, MSc; Drahomir Aujesky, MD, MSc; Deborah Williams, MHA; Jeffrey L. Schnipper, MD, MPH

JAMA Intern Med. 2013;173(8):632-638.

Association of Self-reported Hospital Discharge Handoffs With 30-Day Readmissions

Ibironke Oduyebo, MD; Christoph U. Lehmann, MD; Craig Evan Pollack, MD, MHS; Nowella Durkin; Jason D. Miller, MSHI; Steven Mandell, MS, MLA; Margaret Ardolino, MAS; Amy Deutschendorf, MS, RN; Daniel J. Brotman, MD

Importance: Poor health care provider communication across health care settings may lead to adverse outcomes.

Objective: To determine the frequency with which inpatient providers report communicating directly with outpatient providers and whether direct communication was associated with 30-day readmissions.

Design: We conducted a single-center prospective study of self-reported communication patterns by discharging health care providers on inpatient medical services from September 2010 to December 2011 at The Johns Hopkins Hospital.

Setting: A 1000-bed urban, academic center.

Participants: There were 13 954 hospitalizations in this time period. Of those, 9719 were for initial visits. After additional exclusions, including patients whose outpatient health care provider was the inpatient attending physician, those who had planned or routine admissions, those without outpatient health care providers, those who died in the hospital, and those discharged to other healthcare facilities, we were left with 6635 hospitalizations for analysis.

Interventions: Self-reported communication was captured from a mandatory electronic discharge worksheet field. Thirty-day readmissions, length of stay (LOS), and demographics were obtained from administrative databases.

Data Extraction: We used multivariable logistic regression models to examine, first, the association between direct communication and patient age, sex, LOS, race, payer, expected 30-day readmission rate based on diagnosis and illness severity, and physician type and, second, the association between 30-day readmission and direct communication, adjusting for patient and physician-level factors.

Results: Of 6635 included hospitalizations, successful direct communication occurred in 2438 (36.7%). The most frequently reported reason for lack of direct communication was the health care provider's perception that the discharge summary was adequate. Predictors of direct communication, adjusting for all other variables, included patients cared for by hospitalists without house staff (odds ratio [OR], 1.81 [95% CI, 1.59-2.08]), high expected 30-day readmission rate (OR, 1.18 [95% CI, 1.10-1.28] per 10%), and insurance by Medicare (OR, 1.35 [95% CI, 1.16-1.56]) and private insurance companies (OR, 1.35 [95% CI, 1.18-1.56]) compared with Medicaid. Direct communication with the outpatient health care provider was not associated with readmissions (OR, 1.08 [95% CI, 0.92-1.26]) in adjusted analysis.

Conclusions and Relevance: Self-reported direct communication between inpatient and outpatient providers occurred at a low rate but was not associated with readmissions. This suggests that enhancing interprovider communication at hospital discharge may not, in isolation, prevent readmissions.

JAMA Intern Med. 2013;173(8):624-629.
Published online March 25, 2013.
doi:10.1001/jamainternmed.2013.3746

E’ possibile prevedere il rischio di ricoveri ripetuti in ospedale.
Per ridurli è necessaria un organizzazione complessa, non bastano rapporti diretti.
Una lezione per le case di riposo.

Le comunità residenziali come risposta (parziale!) alla crisi economica delle residenze per anziani (RSA e altro, a seconda delle denominazioni regionali).

Uno degli aspetti nodali per tutelare l'identità stessa della Comunità Residenziale è la dimensione contenuta, mediazione fra la tutela degli aspetti relazionali e la sostenibilità economica, oggi altrettanto importante per l'anziano ed i suoi familiari. La dimensione ideale della Comunità Residenziale è pertanto di 20 posti letto, organizzati in due nuclei, per raggiungere un buon equilibrio fra costi gestionali e qualità di vita dell'ospite. Le due Comunità Residenziali avviate hanno una capacità ricettiva di poco superiore ai 20 posti letto: Borgosatollo 22 – Gottolengo 24. Le rette a carico dell'ospite sono rispettivamente di 1.330,00 e di 1.225,00 euro mensili, rette inferiori a quella minima in RSA. Il livello di intensità assistenziale richiesto a questa unità è di molto inferiore a quello in RSA; non sono previste figure sanitarie, bensì solo di tutela ed assistenza, oltre ad un importante ruolo di coordinamento. Il mantenimento delle abilità funzionali e dello stile di vita del singolo ospite sono il "focus" della Comunità Residenziale, ricorrendo a servizi di altra tipologia solo quando necessari per il singolo anziano, attivando la rete locale con tempestività. Con la Comunità Residenziale si sono volute evitare copie inopportune delle RSA e contestualmente ideare un modello diverso dalle comunità per anziani sperimentate in alcune realtà regionali e risultate fallimentari.

(ASL Brescia, 2013)

• La valutazione multidimensionale pre-ingresso da parte di operatori distrettuali (per l'ASL di Brescia UCAM – Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale), in collaborazione con operatori sociali dei Comuni e/o degli ambiti territoriali, garantendo l'ammissione in Comunità Residenziale dopo aver verificato la rispondenza del servizio ai bisogni della persona, una sorta di "certificazione" di idoneità;
• La predisposizione di un progetto personalizzato di intervento orientato alla salvaguardia delle autonomie, ma anche alla soddisfazione dell'anziano, mantenendo dignità e sufficiente serenità;
• La definizione del livello di fragilità clinica della persona, la pianificazione di eventuali controlli di varia tipologia, prestazioni mediche, terapie farmacologiche, prestazioni protesiche e specialistiche;
• La possibile attivazione dei servizi domiciliari ADI, sia prestazionale sia per profili di voucher, in accordo con il MMG, per garantire interventi infermieristici e/o riabilitativi, quando necessario, integrati anche dal SAD comunale;
• Il monitoraggio della situazione e l'eventuale attivazione di altri servizi/prestazioni che permettano di continuare a vivere in comunità;
• La dimissione pianificata, qualora si evidenzi un aggravamento della situazione che la renda incompatibile con la vita in comunità e solo a seguito di individuazione e reperimento di un altro servizio più adeguato.

(ASL Brescia, 2013)

Criteri di ammissione e di esclusione

Cognitività: possono venire ricoverati i malati con diagnosi di Mild Cognitive Impairment (MCI) e demenza lieve (MMSE compreso tra 30 e 18/30; Clinical Dementia Rating: da 0.5 a 1).
Disturbi del comportamento: Non devono essere rilevati disturbi psico-comportamentali (BPSD) disturbanti, oppure che abbisognino di una costante supervisione per la sicurezza del malato e delle altre persone (malati, personale di assistenza). Un'eccezione può essere rappresentata solo da apatia e depressione (UCLA NPI: ≤ 18/144).
Funzione: la perdita di alcuni item delle IADL non è un elemento di esclusione (va tuttavia valutata, in quanto può essere fonte per eventuali interventi di terapia occupazionale); sono ammessi cittadini che hanno perso una sola funzione di base della vita quotidiana (fare il bagno: in quanto è la prima funzione persa); oltre a questa, può essere presente anche un'altra funzione che richieda solo supervisione (p.e. vestirsi o lavarsi).
Bisogno psicosociale: nel corso della visita ambulatoriale UVA bisogna chiarire i motivi per cui i pazienti con demenza lieve debbano essere ricoverati in struttura, giustificando il cambiamento rispetto alla vita abituale al domicilio, sia che il paziente sia solo o gestito con aiuto (familiari, badante, Centro Diurno, SAD-ADI).
Esclusione: persone non gestibili nell'ambito dei limitati supporti disponibili; pertanto:
-malati con bisogni assistenziali elevati nelle BADL (necessità di aiuto per lavarsi/vestirsi, presenza di incontinenza stabile)
-malati con decadimento cognitivo moderato-severo (MMSE <18/30)
-malati con BPSD disturbanti per sé e per gli altri (insonnia, vocalizzazioni, aggressività, deliri, allucinazioni, wandering, etc).
-malati con elevata instabilità clinica e/o bisogno di supporti assistenziali che richiedano una qualificata presenza assistenziale.

(Progetto CODE, 2013)

Gestione del malato

(segue …)

Clinica

La responsabilità della salute degli ospiti rimane in carico al medico di medicina generale, che si avvarrà, quando necessario, dei normali servizi forniti nell'ambito del distretto. Per i controlli riguardanti i disturbi cognitivi, la presenza di disturbi comportamentali o di polipatologia associata resta la competenza dell'UVA di riferimento (con riferimento telefonico o elettronico via e-mail).

Assistenziale

La supervisione funzionale sulle attività strumentali e di base (IADL, fare il bagno) è di competenza della struttura ospitante. Vanno individuati programmi che prevedano la stimolazione del ritmo di vita quotidiano (pasti, sonno), le attività di riattivazione cognitiva, funzionale, ludica. Tali programmi possono essere simili a quelli già esistenti per i Centri Diurni, dato il lieve deficit cognitivo.

Strutturale

L'ambiente è strutturato in modo facilitante per ridurre il rischio di confusione e disorientamento (luci, colori, illuminazione, segnaletica interna). Sono previsti indicazioni di sicurezza per gli ambienti a rischio (ascensori, scale, ingressi). Si vedano, per esempio, i criteri della Regione Emilia per le RSA ed i Centri Alzheimer.

(Progetto CODE, 2013)

Gestione del malato

Durata della degenza

I malati possono ritornare al domicilio se si modificano le condizioni che avevano determinato il ricovero in struttura (p.e. guarigione del caregiver principale). Inoltre, gli ospiti possono essere trasferiti in RSA in caso di aggravamento cognitivo, clinico o funzionale.

Passaggio ad altro luogo di vita (domicilio, RSA)

Per la possibilità di un ritorno al domicilio, l'equipe della UCAM rivaluterà la possibilità assistenziale, intervenendo con facilitazioni per l'organizzazione anche a favore del caregiver.

Nella seconda ipotesi (trasferimento in RSA) si sottolinea che la dimissione dell'ospite -qualora le condizioni cliniche indichino l'esigenza di afferire ad una RSA- avverrà sempre sotto la responsabilità della equipe della UCAM, che si assume il compito di identificare la collocazione più adatta, evitando di caricare la famiglia del peso dell'allocazione del proprio caro.

Va inteso che se, alla valutazione di controllo, il MMSE risultasse sotto il cut off di 18/30, il paziente non deve più rimanere in struttura ma è necessario il suo trasferimento in altro setting assistenziale.

(Progetto CODE, 2013)

Alla ricerca di soluzioni possibili per la vita dei vecchi che hanno perso per condizioni di salute o supporti sociali la possibilità di rimanere a casa … Un compito centrale, anche se dimenticato, della medicina.

Come immettere l'innovazione nei servizi per gli anziani fragili?
Dove possono ricevere cure adeguate al confine tra acuzie e riacutizzazioni, in quel limbo dove gli ospedali tendono a non entrare più?