



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il paziente anziano fragile:
efficacia ed elementi chiave
dell'assistenza domiciliare
integrata**

Relatore: Dott.ssa
Annamaria Frascati

Tesi di Laurea di:
Elisa Tedeschi

A.A. 2019/2020

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	1
MATERIALI E METODI	3
CAPITOLO 1 L'INVECCHIAMENTO E LE SINDROMI GERIATRICHE	5
1.1 Definizione dell'invecchiamento	5
1.2 Epidemiologia dell'invecchiamento	6
1.3 Caratteristiche dell'invecchiamento	7
1.4 Le sindromi geriatriche	14
CAPITOLO 2 LA FRAGILITÀ E L'APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE ALL'ANZIANO FRAGILE	16
2.1 La fragilità	16
2.2 Gli strumenti per la diagnosi	17
2.3 L'approccio multidimensionale all'anziano fragile	19
2.4 PAI – Piano Assistenziale Individualizzato	22
CAPITOLO 3 LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE DEL SOGGETTO FRAGILE E L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA	25
3.1 La complessità assistenziale	25
3.2 La presa in carico	28
3.3 ADI: assistenza domiciliare integrata	29
CAPITOLO 4 LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NANDA-I	34
4.1 Come scegliere una diagnosi e la valutazione iniziale	36
4.2 Principali diagnosi infermieristiche nel paziente fragile e complesso	37
CAPITOLO 5 CASO CLINICO	39

5.1 Presentazione del caso clinico	39
5.2 Piano assistenziale individualizzato	39
RISULTATI	41
DISCUSSIONE	46
CONCLUSIONI	52
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	53

ABSTRACT

Introduzione: È opinione comune che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sia ormai un processo ineludibile in quasi tutti i paesi sviluppati. L'aumento dell'aspettativa di vita coincide con un aumento delle patologie croniche e delle condizioni di non autosufficienza. Lo scopo di questo studio è quello di ricercare le componenti chiave e l'efficacia dell'assistenza domiciliare integrata nei pazienti anziani fragili.

Materiali e metodi: Per redigere la seguente revisione della letteratura sono stati presi in considerazione 20 articoli da diverse banche dati in modo retroattivo di 5 anni. Non sono stati presi in esame tutti quegli studi con un setting ospedaliero.

Risultati: Questo studio ha identificato 5 principali componenti chiave dell'assistenza domiciliare integrata: team multidisciplinari, promozione dell'autogestione, assistenza individualizzata e multidimensionale, caregiver e prevenzione. La maggioranza degli studi presi in considerazione hanno dimostrato che un'assistenza integrata può ridurre i tassi di ospedalizzazione non programmata e istituzionalizzazione.

Discussione e conclusioni: L'obiettivo finale dell'assistenza agli anziani in ambiente domestico dovrebbe essere il mantenimento delle loro capacità funzionali, con il mantenimento della loro autonomia. Questo tipo di modello di erogazione dell'assistenza, insieme alla mobilitazione dei necessari supporti sociali, può essere realizzato, a livello di organizzazione e politica, in modo più efficace con la formazione, le leve e gli incentivi appropriati. Sono davvero pochi gli articoli dove si parla di paziente fragile, di prevenzione e di miglioramento dell'assistenza da fornire a questo tipo di soggetti, e sono proprio questi gli obiettivi che la futura ricerca dovrebbe sostenere.

Keywords: integrated care; older adults; frailty; effectiveness; key components.

INTRODUZIONE

È opinione comune che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sia ormai un processo ineludibile in quasi tutti i paesi sviluppati. Si tratta di una realtà la cui intensità dipende sia da una forte e diffusa caduta della natalità, sia dalla generalizzata conquista di una sopravvivenza sempre più lunga; ma è anche, non dimentichiamolo, l'effetto di una struttura per età lasciataci in eredità dal passato: ossia la presenza di coorti formatesi in epoche ad alta natalità, talvolta veri e propri baby boom, che stanno via via raggiungendo i vertici della piramide delle età. Come è noto, l'invecchiamento della popolazione sta rimodellando gran parte degli assetti sociali ed economici, con conseguenze pervasive e trasversali che si riflettono nel campo della produzione, del consumo, nel mercato del lavoro e soprattutto del welfare; nel cui ambito sanità e sistema previdenziale sono, e saranno sempre più, costretti a fare i conti con una "questione demografica". Per governare un'evoluzione di questo tipo si ritiene dunque essenziale un profondo cambiamento culturale; un approccio innovativo che sia capace di stimolare politiche mirate e organiche, in grado di affrontare il cambiamento della struttura per età della popolazione trasformandolo da peso a risorsa per la nostra società.¹⁵

Negli ultimi decenni il mutamento demografico della popolazione ha conosciuto un notevole incremento determinando un forte impatto su tutti i sistemi sanitari dei paesi industrializzati. L'aumento dell'aspettativa di vita coincide con un aumento delle patologie croniche e delle condizioni di non autosufficienza, nonostante ciò gli interventi sanitari diagnostici e terapeutici e la migliore qualità dell'assistenza hanno portato ad una maggiore sopravvivenza dell'individuo. Questo processo di invecchiamento della popolazione ha determinato la nascita di una nuova classe che è quella dell'"anziano fragile" o Frail Elderly, riferito a persone di età superiore ai 75 anni, in cui si verifica un processo di decadimento incapace di autoripararsi, con incremento della suscettibilità alle malattie.¹⁰ Una volta identificato il paziente fragile, è necessario attivare interventi e percorsi assistenziali specifici per il suo sostegno, con l'obiettivo di ridurre l'incidenza di eventi morbosi. L'ambiente ospedaliero risulta quello ideale per l'ascolto, l'osservazione e il dialogo, per poter identificare il soggetto vulnerabile e progettare un percorso idoneo. Il percorso assistenziale e le opzioni terapeutiche vanno predisposte con la persona stessa, identificando i rischi e benefici,

anche in relazione alla qualità della vita, alle potenzialità assistenziali attuabili nel territorio e a domicilio e all'aspettativa di vita.³⁷

L' Assistenza Domiciliare è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come: “la possibilità di fornire, a domicilio del paziente, quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”. Tra gli obiettivi primari dell'assistenza domiciliare all'anziano, vi sono la riduzione del ricorso all'ospedalizzazione (in particolare per quanto riguarda i cosiddetti ricoveri impropri) e il contenimento della durata di un'eventuale degenza. Raggiungere tali propositi permette un risparmio della spesa sanitaria stimato dell'oltre il 20%. Inoltre, l'attivazione di questo servizio parte dalla constatazione che la maggior parte delle persone anziane preferisce restare al proprio domicilio, un ambiente ricco di contenuti umani e relazionali. Osservando questi aspetti, i servizi domiciliari orientano dunque la loro azione sulla base dei seguenti criteri: mantenere l'anziano nel suo ambiente di vita, supportare la famiglia, offrire soluzioni alternative quando tale supporto manca o viene meno, assicurare una continuità assistenziale mediante “dimissioni programmate” dall'ospedale per acuti. Le cure domiciliari erogate in tale ambito consistono in trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, di aiuto alla persona e supporto nel governo della casa. Tali prestazioni sono fornite da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per contrastare le forme patologiche in atto, il declino funzionale e per migliorare la qualità della vita.¹⁹

La seguente revisione narrativa della letteratura ha lo scopo di andare a ricercare quali sono le componenti chiave di un'assistenza integrata e qual è la sua efficacia nel paziente anziano fragile. Nell'elaborato è stata anche aggiunta una tabella di tutte le diagnosi infermieristiche NANDA-I inerenti al soggetto anziano fragile e in concomitanza una presentazione di un caso clinico con conseguente stesura di un PAI (Piano Assistenziale Individualizzato).

MATERIALI E METODI

Scopo della ricerca

L'elaborato si prefigge, mediante una revisione narrativa della letteratura, di valutare attraverso le evidenze scientifiche le componenti chiave e l'efficacia dell'assistenza domiciliare integrata nei pazienti anziani fragili.

Quesito di ricerca

“Qual è l'efficacia dell'assistenza integrata nei pazienti anziani fragili residenti in comunità? Quali sono le sue componenti chiave?”

Per condurre la revisione della letteratura è stato utilizzato il seguente PICO:

- P: paziente anziano fragile;
- I: assistenza domiciliare integrata;
- C: cure abituali;
- O: efficacia e componenti chiave.

Disegno dello studio

È stata condotta una revisione della letteratura.

Fonti di ricerca

Per rispondere ai quesiti di ricerca è stata effettuata una revisione della letteratura di studi primari e secondari. Per la redazione della presente tesi sono state consultate le banche dati Medline (PubMed), Cinhal, Elsevier Scencedirect, Wiley Online Library in modo retroattivo di 5 anni.

Le parole chiavi utilizzate sono state:

- integrated care;

- home care;
- older patient;
- community-dwelling;
- frailty;
- effectiveness;
- key components.

Nella ricerca delle banche dati ho utilizzato parole libere e termini Mesh.

Criteri di inclusione ed esclusione dei risultati

I criteri di inclusione degli studi selezionati sono stati:

- Tipologia dei partecipanti: pazienti fragili o a rischio di fragilità con età uguale o superiore ai 65 anni;
- Tipologia di studio: revisioni sistematiche della letteratura, studi controllati randomizzati, studi di coorte retrospettivi e prospettici, focus group, studi osservazionali trasversali, studi quasi-sperimentali, studi quantitativi e qualitativi e studi descrittivi;
- Articoli pubblicati negli ultimi 5 anni;
- Formato degli studi: full text.

I criteri di esclusione degli studi selezionati sono stati:

- Studi con scarso livello di affidabilità scientifica e rilevanza e quindi poco citati nell'arco di tempo dalla pubblicazione;
- Setting dello studio: ospedale.

CAPITOLO 1

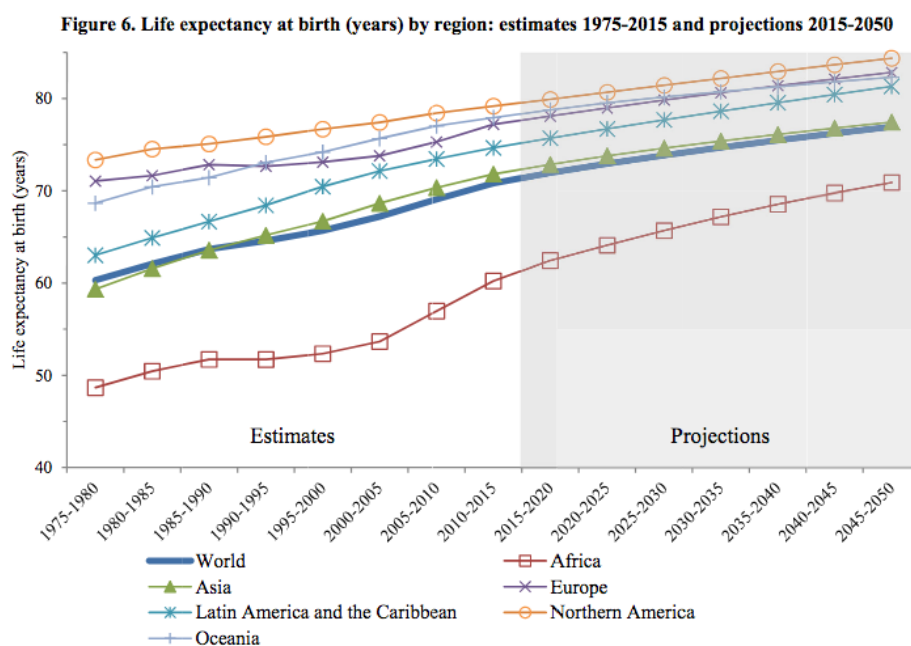
L'INVECCHIAMENTO E LE SINDROMI GERIATRICHE

1.1 Definizione dell'invecchiamento

L'invecchiamento è l'insieme di vari cambiamenti che avvengono nelle cellule e nei tessuti con l'avanzare dell'età, responsabili di un aumento del rischio di malattia e morte. La maggioranza degli animali che vive in un ambiente naturale raramente invecchia (perché muore prima per fattori ambientali o patologie): questo suggerisce che l'invecchiamento sia un fenomeno che interessa unicamente la specie umana. In altre parole, il miglioramento delle condizioni di vita, in particolare delle condizioni igieniche e dell'alimentazione, accompagnato dai progressi scientifici della biomedicina, ha permesso alla specie umana di scoprire il processo dell'invecchiamento, un processo per il quale teleologicamente non è programmata. [...] Negli ultimi secoli, l'attesa di vita, definita come la media del numero totale di anni che un uomo attende di vivere, è notevolmente aumentata. Tuttavia, la durata massima della vita (maximum life span), cioè il massimo numero di anni che un uomo può vivere, è rimasta invariata, attestandosi intorno a 125 anni. In questo contesto, uno dei principali studiosi del fenomeno dell'invecchiamento, lo statunitense Leonard Hayflick (1928), ha stimato che anche la scoperta del trattamento delle più importanti cause di morte nell'età avanzata (per es., malattie cardiovascolari, ictus, neoplasie) potrebbe determinare un aumento di soli 15 anni dell'attesa di vita. Diverse sono le teorie formulate per spiegare il complesso fenomeno dell'invecchiamento, che ha modalità di insorgenza propria in ogni specie e in ogni individuo; nessuna teoria, però, esaminata singolarmente, è sufficiente a spiegare l'insieme dei cambiamenti subiti dall'organismo. Per questa ragione, gli scienziati preferiscono privilegiare una visione più globale di queste teorie e la ricerca di una singola causa di invecchiamento è stata sostituita recentemente dalla visione dell'invecchiamento come processo complesso, multifattoriale, in cui probabilmente entrano più concause e fattori (per es., fattori genetici, neuroendocrini, immunologici, flogistici).⁴¹

1.2 Epidemiologia dell'invecchiamento

È noto che negli ultimi 50 anni, i miglioramenti ambientali, sociali e i progressi della medicina abbiano avuto come risultato un incremento della speranza di vita per la popolazione adulta e anziana. La speranza di vita è il numero medio di anni che una persona ad una specifica età può aspettarsi di vivere, assumendo che la mortalità età-specifica rimanga costante. La popolazione anziana (60 anni e più) sta crescendo a un ritmo molto più veloce rispetto alla popolazione totale del mondo. Fino al 1975 il tasso medio annuo di crescita del numero di persone di età compresa tra 60 e più anni era simile al tasso di crescita della popolazione totale (circa 1,8%). Da allora, il tasso di crescita annuale della popolazione anziana è aumentato più velocemente di quello della popolazione totale e oggi è circa il 2,6%, più del doppio di quello della popolazione totale (1,2%). Per il periodo 2025-2030, le proiezioni indicano che la popolazione anziana potrebbe crescere circa 4 volte più rapidamente della popolazione totale (UN 2009). Inoltre, dal momento che l'aumento della speranza di vita è stato lineare nei secoli passati e che le traiettorie di speranza di vita non sembrano essere in prossimità di un maximum, uno studio condotto da Christensen et al., (Christensen 2009) prevede che più del 50% dei bambini nati nel 2000, nella maggior parte dei paesi occidentali e in Giappone, diventeranno centenari.²⁴



Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*. New York: United Nations.

La popolazione mondiale di età uguale o superiore ai 65 anni (limite usualmente assunto per definire la popolazione anziana), nel 2005 ha raggiunto i 475 milioni di individui, che rappresentano il 7,5% del totale della popolazione. [...] Nel 2059 il mondo potrà avere un miliardo e mezzo di anziani, che saranno il 16% dell'intera popolazione del Pianeta. I Paesi occidentali hanno avuto per molto tempo la più alta proporzione di popolazione anziana e continueranno ad avere questo primato anche nel 21° secolo. In particolare, l'Italia è divenuta dal punto di vista demografico la più vecchia delle nazioni occidentali. Oltre il 20% (dato ISTAT) degli italiani ha un'età uguale o superiore ai 65 anni. Tuttavia, il numero assoluto degli anziani è molto più elevato nei Paesi in via di sviluppo che non nel resto del mondo: nell'anno 2000, circa il 59% degli ultrasessantacinquenni esistenti al mondo (249 milioni di persone) viveva nei Paesi in via di sviluppo. Entro il 2030, questa proporzione è destinata ad aumentare fino al 71% (686 milioni di persone).⁴¹

1.3 Caratteristiche dell'invecchiamento

L'inizio dell'invecchiamento biologico nell'uomo coincide con la fine della fase dell'accrescimento. I processi funzionali relativi all'invecchiamento variano da individuo a individuo, anche se le alterazioni fondamentali sono simili. In particolare, il sistema muscolare può mantenere un soddisfacente stato di forma fino ai 40÷50 anni, mentre gli apparati cardiocircolatorio e respiratorio iniziano il processo di invecchiamento più precocemente. Oltre alle progressive alterazioni a carico dei vari apparati e sistemi, l'invecchiamento è caratterizzato da un generale rallentamento delle funzioni biologiche e da una diminuzione della resistenza dell'organismo. In medicina, la branca che si occupa dello studio delle patologie legate all'invecchiamento è la geriatria.⁴¹

L'organismo cambia con l'età, perché i cambiamenti si verificano in singole cellule e interi organi. Questi cambiamenti si traducono in modifiche della funzione e dell'aspetto. [...] Spesso, i primi segni dell'invecchiamento coinvolgono il sistema muscolo-scheletrico. Gli occhi, seguiti dagli orecchi, cominciano a cambiare nella prima parte della mezza età. Anche la maggior parte delle funzioni interne si deteriora con l'invecchiamento. Quasi tutte le funzioni corporee raggiungono il culmine poco prima

dei 30 anni per poi iniziare un declino graduale ma continuo. Tuttavia, nonostante tale declino, la maggior parte delle funzioni rimane adeguata, in quanto la maggior parte degli organi comincia il proprio percorso con una capacità funzionale molto più elevata rispetto alle reali esigenze dell'organismo (la cosiddetta "riserva funzionale"). Ad esempio, se metà del fegato è distrutta, il tessuto rimanente è più che sufficiente per mantenere una normale funzione epatica. Pertanto, i disturbi, anziché l'invecchiamento, rappresentano in genere la maggiore perdita funzionale nella tarda età. Sebbene la maggior parte delle funzioni rimanga adeguata, con il declino funzionale gli anziani sono meno capaci di gestire le varie sollecitazioni, tra cui un'intensa attività fisica, sbalzi di temperatura ambientale e disturbi. Tale declino comporta anche una maggiore probabilità per gli anziani di manifestare effetti collaterali associati ai farmaci. Alcuni organi sono più inclini ad avere disfunzioni sotto stress rispetto ad altri. Tra questi organi si annoverano il cuore e i vasi sanguigni, gli organi dell'apparato urinario (come i reni) e il cervello.

Esistono vari fattori che influiscono sull'invecchiamento dei vari apparati e possono essere così schematizzati:

- *Ossa e articolazioni:* le ossa tendono ad avere una minore densità. Una moderata perdita di densità ossea è detta osteopenia, mentre una grave perdita di densità ossea (compresa la comparsa di una frattura dovuta alla perdita di densità di legame) è detta osteoporosi. [...] La densità ossea si riduce in parte perché le ossa contengono una minore quantità di calcio (l'elemento che le rinforza). Alcune ossa si indeboliscono più di altre. [...] Quelle più colpite comprendono l'estremità femorale (femore) in prossimità dell'anca, le estremità delle ossa del braccio (radio e ulna) in prossimità del polso e le ossa della colonna vertebrale (vertebre). [...] La cartilagine che riveste le articolazioni tende ad assottigliarsi, in parte a causa dell'usura dovuta ad anni di movimento. [...] I legamenti, che tengono unite le articolazioni, e i tendini, che tengono uniti i muscoli alle ossa, tendono a diventare meno elastici, rendendo le articolazioni contratte o rigide. Anche questi tessuti si indeboliscono. Pertanto, la maggior parte delle persone sviluppa una minore flessibilità.

- *Muscoli e grasso corporeo*: la quantità di tessuto dei muscoli (massa muscolare) e la forza muscolare tendono a diminuire a partire all'incirca dai 30 anni e continuano a diminuire per tutta la vita. [...] Inoltre, i muscoli non possono contrarsi con la stessa rapidità, data la perdita di gran parte delle fibre muscolari deputate a una rapida contrazione rispetto alle fibre muscolari deputate a una lenta contrazione. [...] La perdita di massa muscolare più grave (chiamata sarcopenia, letteralmente “perdita di carne”) deriva da malattie o da estrema inattività e non solo dall'invecchiamento. [...] Dall'età di 75 anni, la percentuale di grasso corporeo tipicamente raddoppia rispetto a quanto avviene durante l'età adulta giovanile. Un eccesso di grasso corporeo può aumentare il rischio di incorrere in alcuni problemi di salute, come il diabete.
- *Occhi*: con l'invecchiamento si verifica quanto segue:
 - Il cristallino si irrigidisce, rendendo più difficile la messa a fuoco degli oggetti vicini.
 - Il cristallino diventa più denso, rendendo la vista in penombra più difficile.
 - La pupilla reagisce in modo più lento alle variazioni di luce.
 - Il cristallino si ingiallisce, cambiando il modo di percepire i colori.
 - Il numero di cellule nervose si riduce, alterando la percezione della profondità.
 - Gli occhi producono meno fluido, dando una sensazione di secchezza oculare.
- *Orecchie*: la maggior parte dei cambiamenti nell'udito è probabilmente dovuta tanto all'esposizione al rumore quanto all'invecchiamento. [...] Con l'invecchiamento, sentire i suoni acuti diventa più difficile. Questo cambiamento è considerato una perdita dell'udito associata all'età (presbiacusia). Ad esempio, la musica di violino può sembrare meno brillante. [...] Molti anziani hanno più difficoltà uditive in luoghi rumorosi o in gruppo, a causa del rumore di fondo. Inoltre, il cerume, che interferisce con l'udito, tende ad accumularsi maggiormente.
- *Bocca e naso*: in genere, nei cinquantenni, i sensi del gusto e dell'olfatto cominciano a diminuire gradualmente. [...] Con l'avanzare dell'età, la

sensibilità delle papille gustative poste sulla lingua si riduce. Questo cambiamento interessa la degustazione dei sapori dolci e salati, più che di quelli amari e aspri. La capacità olfattiva si riduce perché il rivestimento del naso diventa più sottile e più secco e le terminazioni nervose all'interno del naso si deteriorano. [...] Con l'avanzare dell'età, le gengive si ritirano leggermente. Di conseguenza, le parti inferiori dei denti sono esposte alle particelle e ai batteri dei cibi. Inoltre, lo smalto dei denti tende ad erodersi. Questi cambiamenti, così come la bocca secca, rendono i denti più sensibili alla putrefazione e alle carie, rendendo così più probabile la perdita dei denti.

- *Cute*: la pelle tende a diventare più sottile, meno elastica, più secca e finemente rugosa. Tuttavia, l'esposizione alla luce solare nel corso degli anni, contribuisce notevolmente alla formazione di rughe e a rendere la pelle ruvida e macchiata. [...] La pelle cambia in parte perché il collagene (un tessuto fibroso resistente che rende la pelle forte) e l'elastina (che rende la pelle flessibile) subiscono delle variazioni chimiche e perdono flessibilità. [...] Il risultato è che la pelle si lacera più facilmente. Lo strato di tessuto adiposo sottocutaneo si assottiglia. Questo strato funge da ammortizzatore per la pelle, contribuendo a proteggerla e supportarla. Lo strato di tessuto adiposo aiuta anche a conservare il calore del corpo. Quando lo strato si assottiglia, la probabilità di sviluppare rughe è maggiore e si riduce la tolleranza al freddo. Il numero di terminazioni nervose della pelle si riduce. Il risultato è che si diventa meno sensibili al dolore, alla temperatura e alla pressione e ci si espone a una maggiore probabilità di lesioni. Il numero di ghiandole sudoripare e vasi sanguigni si riduce e si riduce anche il flusso ematico negli strati profondi della pelle. Il risultato è che l'organismo è meno in grado di spostare il calore interno del corpo attraverso i vasi sanguigni fino alla superficie corporea. Il corpo espelle meno calore e ha anche difficoltà a raffreddarsi. Pertanto, il rischio di disturbi legati al calore, come il colpo di calore, aumenta. Inoltre, con la riduzione del flusso ematico, la pelle tende a guarire in modo più lento.
- *Cervello e sistema nervoso*: generalmente, il numero di cellule nervose si riduce nel cervello. [...] I livelli di sostanze chimiche coinvolte nell'invio di messaggi all'interno del cervello tendono a diminuire, ma alcuni aumentano. Le cellule

nervose possono perdere alcuni dei loro recettori utili per questi messaggi chimici. Il flusso ematico verso il cervello si riduce. A causa di questi cambiamenti associati all'età, il cervello può funzionare un po' meno bene. Gli anziani possono reagire e svolgere compiti in modo leggermente più lento, ma a parte il tempo, riescono a portare a termine tali compiti con precisione. Alcune funzioni mentali, come il vocabolario, la memoria a breve termine, la capacità di apprendere nuove nozioni e la capacità di ricordare le parole possono ridursi lievemente una volta oltrepassati i 70 anni di età. Compiuti all'incirca 60 anni, il numero di cellule contenute nel midollo spinale comincia a diminuire. [...] Con l'avanzare dell'età, i nervi possono condurre i segnali in modo più lento.

- *Cuore e vasi sanguigni:* il cuore e i vasi sanguigni diventano più rigidi. Il cuore si riempie di sangue in modo più lento.¹ Diminuisce la frequenza cardiaca intrinseca (attività cronotropa) così come la conduzione atrio-ventricolare (attività dromotropa); c'è fibrosi del miocardio, anche sede possibile di deposito di sostanze proteiche (amiloide per esempio). È ridotta la velocità del riempimento ventricolare e più frequente è lo scompenso diastolico. L'incidenza di fibrillazione atriale aumenta con l'età. È frequente la calcificazione delle valvole cardiache in particolare della valvola aortica. Complessivamente le modificazioni che si verificano nel cuore e nelle arterie nell'arco della vita predispongono alla comparsa dello scompenso cardiaco, malattia molto frequente nell'anziano. Le arterie perdono elasticità; si ha infiltrazione della parete media da parte di cellule ematiche e di lipoproteine; si ha calcificazione diffusa. Aumenta la pressione arteriosa differenziale e la sistolica. Sono più frequenti gli aneurismi.¹⁶
- *Polmoni e muscoli respiratori:* i muscoli utilizzati nella respirazione, ovvero il diaframma e i muscoli intercostali, tendono a indebolirsi. Il numero di sacche d'aria (alveoli) e capillari nei polmoni si riduce. Pertanto, dall'aria inspirata si assorbe una quantità minore di ossigeno. I polmoni diventano meno elastici. [...] I polmoni hanno minori capacità di combattere le infezioni, in parte perché le cellule che spazzano via i detriti contenenti microrganismi dalle vie aeree non sono più in grado di farlo come in precedenza. La tosse, che aiuta anche a ripulire i polmoni, tende ad essere più debole.

- *Apparato digerente:* nel complesso, l'apparato digerente è meno influenzato dall'invecchiamento rispetto a molte altre parti dell'organismo. I muscoli dell'esofago si contraggono con una forza minore, ma il passaggio del cibo attraverso l'esofago non viene interessato. Il cibo viene svuotato dallo stomaco in modo un po' più lento e lo stomaco non può contenere troppo cibo, perché è meno elastico. Tuttavia, nella maggior parte delle persone, questi cambiamenti sono troppo lievi per essere notati. [...] Nell'intestino crasso, i materiali si muovono in modo un po' più lento. In alcune persone, questo rallentamento contribuisce alla stipsi. Il fegato tende a diventare più piccolo data la riduzione del numero di cellule. Nel fegato scorre meno sangue e gli enzimi epatici che favoriscono il processo di farmaci e altre sostanze funzionano in modo meno efficiente. Il risultato è che il fegato può avere una capacità lievemente inferiore di favorire l'eliminazione dei farmaci e di altre sostanze dall'organismo e gli effetti dei farmaci, desiderati e indesiderati, durano più a lungo.
- *Reni e vie urinarie:* i reni tendono a diventare più piccoli data la riduzione del numero di cellule. Nei reni scorre meno sangue e a circa 30 anni la filtrazione del sangue è inferiore. Con il passare degli anni, la loro capacità di espellere le scorie dal sangue è minore. Possono espellere troppa acqua e troppo poco sale, rendendo più probabile la disidratazione. Ciononostante, quasi sempre funzionano abbastanza bene per soddisfare le esigenze dell'organismo. Alcuni cambiamenti dell'apparato urinario possono comportare maggiori difficoltà nel controllo della minzione:
 - Il volume massimo di urina che la vescica può contenere si riduce. Negli anziani ciò comporta la necessità di urinare con maggiore frequenza.
 - I muscoli della vescica possono contrarsi in modo imprevedibile (diventando iperattivi), indipendentemente dalla reale necessità di urinare.
 - I muscoli della vescica si indeboliscono. Di conseguenza, gli anziani non riescono più a svuotare la vescica come prima e dopo la minzione nella vescica rimane una maggiore quantità di urina.
 - Il muscolo che controlla l'uscita di urina dall'organismo (lo sfintere urinario) ha minori capacità di chiudersi ermeticamente evitando le

perdite. Quindi, gli anziani hanno maggiori difficoltà a posporre la minzione.

Questi cambiamenti costituiscono uno dei motivi che rendono l'incontinenza urinaria (perdita incontrollabile di urina) più comune con l'avanzare dell'età. [...] Negli uomini, la prostata tende ad allargarsi. In molti uomini, si allarga abbastanza da interferire con il passaggio dell'urina e da impedire alla vescica di svuotarsi completamente. Il risultato è che gli uomini anziani tendono a urinare con meno forza, a richiedere più tempo per iniziare la minzione, ad avere un gocciolamento al termine della minzione e a urinare più spesso. Gli uomini anziani hanno anche maggiori probabilità di non essere in grado di urinare pur avendo la vescica piena (ritenzione urinaria). Questo disturbo richiede cure mediche immediate.

- *Sistema endocrino*: i livelli e l'attività di alcuni ormoni, prodotti dalle ghiandole endocrine, si riducono:
 - I livelli dell'ormone della crescita si riducono, con una conseguente riduzione della massa muscolare.
 - I livelli di aldosterone si riducono, rendendo più probabile la disidratazione. Questo ormone segnala all'organismo la necessità di trattenere i sali e quindi l'acqua.
 - L'insulina, che aiuta a tenere sotto controllo il livello di zuccheri nel sangue, è meno efficace e probabilmente viene prodotta in quantità minore. L'insulina consente agli zuccheri di passare dal sangue alle cellule, dove può essere convertita in energia. Le variazioni dei livelli di insulina comportano un maggiore aumento dei livelli glicemici dopo un pasto abbondante e richiedono più tempo per tornare alla normalità.

Per la maggior parte delle persone, i cambiamenti nel sistema endocrino non hanno alcun effetto evidente sulla salute generale. Tuttavia, in alcuni casi, tali cambiamenti possono aumentare il rischio di avere problemi di salute.

- *Produzione di sangue*: la quantità di midollo osseo attivo, dove vengono prodotti i globuli, si riduce. Pertanto, vi è una minore produzione di cellule ematiche. Tuttavia, il midollo osseo in genere può produrre abbastanza cellule ematiche per tutta la vita. I problemi possono insorgere in presenza di un

aumento notevole della necessità di cellule ematiche, ad esempio, in caso di anemia, infezione o emorragia. In tali casi, il midollo osseo ha minori capacità di aumentare la propria produzione di cellule ematiche in risposta al fabbisogno dell'organismo.

- *Sistema immunitario*: le cellule del sistema immunitario agiscono in modo più lento. Queste cellule identificano e distruggono le sostanze estranee come i batteri, altri microbi infettanti e probabilmente le cellule tumorali. Questo rallentamento immunitario può in parte spiegare vari risultati associati all'invecchiamento:
 - Il cancro è più comune tra gli anziani.
 - I vaccini tendono a offrire una minore protezione negli anziani, tuttavia i vaccini contro influenza, polmonite e fuco di Sant'Antonio sono fondamentali e offrono un certo grado di protezione.
 - Alcune infezioni, come la polmonite e l'influenza, sono più comuni tra gli anziani e provocano la morte con maggiore frequenza.
 - I sintomi di allergia possono diventare meno gravi.

Con il rallentamento del sistema immunitario, le malattie autoimmuni diventano meno comuni.¹

1.4 Le sindromi geriatriche

Le sindromi geriatriche sono condizioni patologiche, tipiche dell'anziano, che tendono a presentarsi in maniera ricorrente e riconoscono una genesi multifattoriale. La loro conoscenza e gestione nella valutazione geriatrica multidisciplinare costituisce un elemento indispensabile per ottimizzare l'assistenza, migliorare la prognosi funzionale e la qualità di vita della persona.

Le principali sono:

- **Cadute**: cambi non intenzionali e repentini della posizione, non attribuibili ad una improvvisa insorgenza di paralisi, crisi epilettica, forze esterne;
- **Lesioni da pressione**: s'intende una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante, solitamente localizzata su una prominente ossea, come conseguenza

diretta di una elevata/prolungata compressione, o di forze di taglio o stiramento, che determinano uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni;

- Malnutrizione: uno stato di squilibrio, a livello cellulare, fra il rifornimento di nutrienti e di energia – troppo scarso o eccessivo – e il fabbisogno del corpo per assicurare il mantenimento, le funzioni, la crescita e la riproduzione;
- Delirium: sindrome mentale organica transitoria ad insorgenza acuta, caratterizzata da compromissione globale delle funzioni cognitive, ridotto livello di coscienza, anomalie dell'attenzione, aumentata o diminuita attività psicomotoria e ciclo sonno veglia alterato;
- Incontinenza urinaria: incapacità di controllare la minzione e la vescica;
- Dolore cronico e ricorrente: tipo di dolore intermittente che persiste o recidiva per un periodo > 3 mesi, persiste > 1 mese dopo la risoluzione di un danno tissutale acuto o si associa a una lesione che non guarisce. Le cause comprendono malattie croniche, lesioni, e molti disturbi con dolore primario.
- Fragilità: è fragile chi presenta almeno tre delle seguenti caratteristiche: debolezza muscolare e rallentamento motorio, stanchezza, scarsa attività fisica e perdita di peso involontaria;
- Vertigine: Varietà di condizioni che vanno dalla sensazione di stordimento all'instabilità. Sensazione di movimento del corpo rispetto all'ambiente o dell'ambiente rispetto al corpo, con effetti di capogiro. Può causare disturbi della visione, dell'equilibrio, disturbi al sistema vestibolare e gastrointestinale;
- Sincope: perdita parziale o totale di coscienza con una temporanea interruzione della consapevolezza di sé e del mondo circostante.

Compito del geriatra è identificare le sindromi che rappresentano la spia di una sottostante condizione di frailty, comprenderne i meccanismi che la determinano, e combatterne le conseguenze, quali il decadimento funzionale e cognitivo.¹¹

CAPITOLO 2

LA FRAGILITÀ E L'APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE ALL'ANZIANO FRAGILE

2.1 La fragilità

Alcune tipologie di pazienti, a causa dell'età o delle loro condizioni socio-sanitarie e familiari, sono considerate più a rischio di complicanze di altre. Fra queste, gli anziani e i pazienti pediatrici sono coloro che necessitano di una maggior presa in carico e di un'attenzione maggiore e che possono presentare condizioni di rischio, legate a fattori bio-psico-sociali. Per i soggetti a rischio viene introdotto il concetto di "fragilità".³⁷

La definizione di "fragilità" sia a livello nazionale che internazionale è stata lungamente dibattuta nell'ambito della comunità scientifica geriatrica.⁹ La fragilità è una sindrome fisiologica caratterizzata da ridotta riserva funzionale e da una ridotta resistenza agli stress, causata da un declino progressivo dei meccanismi fisiologici, con conseguente progressiva instabilità clinica³⁷. Eventi acuti, che in soggetti non fragili possono essere facilmente gestiti, fanno precipitare il quadro clinico in soggetti con fragilità preclinica.⁹ Per definizione, l'anziano fragile è un soggetto di età avanzata, affetto da patologie multiple, croniche, con uno stato di salute instabile, spesso con una disabilità e con difficoltà di tipo socio-economico. Può essere in condizioni socio-ambientali scadenti, con una famiglia non in grado di prendersene cura oppure con un nucleo familiare che presenta criticità aggiuntive.³⁷

Una delle caratteristiche fondamentali della fragilità è che non si tratta di una situazione occasionale, ma di un continuum, ovvero di una condizione irreversibile e spesso progressiva.³⁷

La fragilità è secondaria ad un insieme di fattori biologici, psicologici e socio-ambientali che agiscono in modo sinergico, amplificandosi.

La fragilità può essere:

- Sociale, secondaria a difficoltà legate al contorno familiare e sociale;
- Biologica, secondaria a condizioni biologiche e psichiche.

In ambito assistenziale si ritrovano entrambe e spesso in maniera sinergica, facendo sì che la persona si rivolga all'ospedale come unico luogo in cui può trovare risposte ai suoi bisogni.

La fragilità sociale è spesso correlata ad una condizione di povertà o comunque ad una carenza di risorse economiche o materiali, che può comportare anche l'esclusione da benefici e servizi.

La fragilità biologica è invece una fragilità organica, che richiede un supporto assistenziale medico ed infermieristico.

Il concetto di fragilità spesso coesiste con quello di disabilità, dove per disabilità si intende la perdita di una funzione, mentre per fragilità si intende una situazione di instabilità in cui è insito il rischio di perdita della funzione per l'elevata suscettibilità ad eventi stressanti.

La fragilità include:

- Dimensioni fisico-biologiche: presenza di patologie organiche, difficoltà della deambulazione, riduzione dell'integrità sensoria, perdita di autonomia;
- Dimensioni psicologiche: presenza di sintomatologia depressiva, stanchezza cronica, solitudine;
- Dimensioni sociali: reti di supporto sociale, isolamento, esclusione sociale.³⁷

Gli elementi che individuano il paziente anziano fragile sono:

- Invecchiamento avanzato
- Comorbilità grave
- Polifarmacoterapia complessa
- Stato socio-ambientale critico
- Rischio o presenza di dipendenza funzionale
- Alto rischio di ospedalizzazione, istituzionalizzazione e morte.¹⁰

2.2 Gli strumenti per la diagnosi

Le persone molto anziane rappresentano la fascia d'età maggiormente coinvolta dai meccanismi che inducono fragilità, perché la condizione clinica caratterizzata da disabilità, conseguente alle patologie croniche, è spesso apparentemente indistinguibile dalle condizioni di fragilità stessa. Quest'ultima, quindi, si definisce meglio

dall'insieme di molte variabili piuttosto che da una singola entità, motivo per il quale è difficile fornirne una definizione precisa. I criteri diagnostici per definire la fragilità somatica si ispirano a Fried e Walston, che hanno indicato come possibili markers la presenza di disturbi dell'equilibrio e della marcia, la debolezza muscolare, la ridotta tolleranza allo sforzo, e le modificazioni della composizione corporea (perdita di peso, sarcopenia, malnutrizione). I criteri sono stati validati da una serie di studi che hanno dimostrato l'associazione di queste caratteristiche con l'aumento di rischio di istituzionalizzazione e di morte, nonché con l'insorgenza di sindromi geriatriche (perdita della funzione, depressione, cadute, incontinenza urinaria).¹¹ Secondo Fried la fragilità può essere definita come una condizione caratterizzata da una riduzione della riserva funzionale con incremento della vulnerabilità età-dipendente (la cosiddetta fragilità pre-clinica).⁹ Il quadro di fragilità preclinica si aggrava ulteriormente in presenza di caratteristiche peculiari della fragilità clinica che comprende la comorbilità, la polifarmacoterapia (con relativo elevato rischio di danno iatrogeno), criticità socio-economica, caratteristiche che sfociano inesorabilmente verso un quadro di disabilità grave. Tale fenotipo clinico è stato proposto da Rockwood che pongono la malattia e la disabilità al centro della fragilità.

Gli indici di Fried e di Rockwood sicuramente rappresentano gli indici più utilizzati nella definizione della fragilità, ma anche quelli che hanno avuto più conferme dal punto di vista del valore prognostico in letteratura. Rispetto all'indice di Fried, quello di Rockwood sembra essere un fattore predittivo più sensibile per esiti negativi per la salute, a causa della sua scala di rischio più finemente graduata e l'inclusione di deficit che probabilmente hanno relazioni causali con outcome clinici avversi.⁹

Tabella 1: Ipotesi di Fragilità pre-clinica secondo Fried (modificata)

<i>A. Caratteristiche della Fragilità</i>	<i>B. Misura del Cardiovascular Health Study</i>
Perdita di peso (inintenzionale)	>5 Kg persi non intenzionalmente nell'anno precedente
Sarcopenia (perdita di massa muscolare)	
Debolezza	Forza di prensione: più bassa del 20% (per sesso, body mass index)
Scarsa resistenza; stanchezza	"Stanchezza" (auto-riferita)
Scarsa attività	Kcal/settimana: più basse del 20% M<383 Kcal/settimana F<270 Kcal/settimana
	<i>C. Presenza di Fragilità</i>
	Fenotipo fragile: ≥3 criteri presenti

Tabella 2. Ipotesi di Fragilità secondo Rockwood (modificata)

<p>1. Molto allenato. Persona forte, attiva, energica e motivata, che comunemente svolge attività fisica. Il gruppo più allenato della propria età</p> <p>2. Allenato. Persona che non ha sintomi di malattia attiva ma meno allenato della categoria 1. Spesso, si allena o si allena occasionalmente ad esempio stagionalmente</p> <p>3. Allenato limitatamente. Persona con problemi medici, ben controllata ma non attiva regolarmente oltre il camminare abitualmente.</p> <p>4. Vulnerabile. Sebbene non dipendente da altri per aiuto quotidiano, spesso i sintomi limitano le attività. Un disturbo comune è "essere rallentato" e/o essere stanco durante il giorno</p> <p>5. Lievemente Fragile. Persona che spesso ha un più evidente rallentamento e necessita di aiuto nelle attività di vita quotidiana più complesse (finanza, trasporto, lavori domestici pesanti, farmaci). Tipicamente, il lievemente fragile progressivamente peggiora nel fare la spesa e camminare all'esterno da solo, nella preparazione dei pasti e nelle faccende domestiche.</p>	<p>6. Moderatamente Fragile. Persona che necessita di aiuto per tutte le attività esterne e di mantenimento della casa. In casa spesso ha problemi e necessita di aiuto per fare le scale.</p> <p>7. Severamente Fragile. Persona completamente dipendente da qualcuno per qualsiasi causa (fisica o cognitiva). Comunque è stabile e non ad alto rischio di morte (entro circa 6 mesi)</p> <p>8. Molto severamente Fragile. Persona completamente dipendente, prossima al fine vita. Tipicamente può non recuperare anche da evento patologico minore</p> <p>9. Malato terminale. Persona prossima al fine vita. Questa categoria si applica a persone con aspettativa di vita <6 mesi, che non sono altrimenti evidentemente fragili.</p>
---	--

2.3 L'approccio multidimensionale all'anziano fragile

Recentemente un nuovo concetto di fragilità è emerso in relazione alla sua applicabilità nella pratica clinica. Secondo questa visione, la fragilità viene interpretata come una condizione integrata e multidimensionale in cui multipli domini (o dimensioni), come quello biologico, funzionale, psicologico e sociale, interagiscono tra loro determinando e caratterizzando la fragilità. Poiché alla base della complessità bio-psico-sociale e clinica dell'anziano fragile vi è verosimilmente l'interazione delle diverse "dimensioni", la valutazione multidimensionale (VMD) è lo strumento di scelta per la diagnosi di fragilità, in quanto in grado di esplorare la multidimensionalità dell'anziano.²⁸ Già nel 1987 il National Institute of Health (Usa) definiva la *valutazione multidimensionale* come "... una valutazione nella quale i numerosi problemi della persona anziana vengono riconosciuti, descritti e spiegati e nella quale vengono inquadrati le risorse assistenziali e le potenzialità residue, definito il bisogno di servizi e messo a punto un piano coordinato di cura specifico ed orientato per problemi ...".¹² Da un punto di vista operativo la VMD si attua somministrando al paziente scale di valutazione specifiche per ogni campo da esplorare quali la disabilità funzionale, la cognitivtà, il tono

dell'umore, lo stato nutrizionale, la comorbilità, il rischio di caduta o di comparsa di lesioni da decubito, ma anche lo stato abitativo, il contesto sociale e assistenziale del soggetto.²⁸

Il ricorso alla valutazione multidimensionale, associata a un'accurata valutazione medica, permette di identificare il livello di stabilità o di fragilità della persona malata, determinando così una prognosi che non è puro esercizio di preveggenza, ma strumento per scegliere (o escludere) interventi clinici. Inoltre, la rivalutazione nel tempo permette di comprendere l'evoluzione, i punti critici della storia naturale della persona, adattando gli interventi di riduzione del rischio di disabilità, istituzionalizzazione e morte.¹¹

Gli scopi e le caratteristiche della V.M.D. sono di arrivare ad una conoscenza dell'anziano sotto diversi punti di vista (o funzioni), nel determinare le sue necessità di tipo sanitario, assistenziale e sociale, nel consolidare un metodo di lavoro, nel misurare (soprattutto nel tempo) i risultati di un intervento, nell'offrire un linguaggio comune tra professionisti diversi, nell'individuare gruppi a rischio, nell'individuare il più appropriato luogo di cura e nel tradurre i bisogni assistenziali in organizzazione.

Le aree principali di interesse della Valutazione MultiDimensionale sono soprattutto: la salute fisica, la salute psichico-affettiva, lo stato cognitivo, le capacità funzionali, i fattori sociali e quelli ambientali, nonché la valutazione del rischio per cadute, lesioni da pressione, malnutrizione, depressione, non dimissibilità per motivi medici ecc. A tal modo i risultati ottenuti (specie se numerici) possono essere utilizzati come veri e propri Indicatori di Outcome.

Quali sono le Scale di Valutazione più utilizzate? Attualmente numerosissime sono le scale di valutazione: segnalo come nelle sole "Linee-Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi" (risalenti però all'anno 2001) siano riportate nella sezione bibliografica alcune centinaia tra scale validate ed articoli scientifici di valutazione delle stesse. Il buon senso ci indica, però, come l'ideale sia rappresentato dall'individuare quelle Scale che valutano le principali funzioni e che risultano più appropriate ai propri Pazienti. [...] Volendo fare un breve elenco segnaliamo i seguenti dati:

- Valutazione delle funzioni cognitive

Il deterioramento cognitivo rappresenta certamente uno dei principali sintomi che gli Anziani presentano allorquando ricorrono ai Servizi Sanitari od Assistenziali, e spesso

l'unica motivazione che giustifica l'inserimento in una RSA. Tra le Scale più usate ricordiamo: *Mini Mental State Examination (MMSE)*, *Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)*, *Severe Impairment Battery (SIB)*, *Moda (Milan Overall Dementia Assessment)*, *Batteria per il Deterioramento Mentale (BDM)*, *GDS (Global deterioration scale) ecc.*

- *Valutazione dei disturbi comportamentali*

I disturbi comportamentali compaiono quasi inevitabilmente nel corso delle malattie degenerative cerebrali (demenze) e di alcune malattie organiche internistiche, generalmente nelle fasi avanzate di malattia, riguardando la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative ed il comportamento. Tra le Scale più usate ricordiamo: *UCLA Neuropsychiatric Inventory (NPI)*, *Geriatric Depression Scale*, *Cornell Scale for Depression in Dementia*, *Ryden Aggression Scale (RAS)*, *Scala clinica per la valutazione dell'insight (CIR)*, *Delirium Rating Scale ecc.*

- *Valutazione sia degli aspetti cognitivi che di quelli comportamentali*

Si tratta di Scale cliniche di valutazione che si basano sia sugli aspetti cognitivi che su quelli comportamentali della demenza. Le più frequentemente utilizzate e disponibili in versione italiana sono: *CDR (Clinical Dementia Rating Scale)*, *ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale) ecc.*

- *Valutazione del rischio per lesioni da decubito*

Tali Scale risultano di particolare importanza in qualunque setting utilizzate per l'individuazione dei soggetti a rischio per lesioni, permettendo così l'avvio di provvedimenti preventivi e terapeutici. Tra le principali Scale ricordiamo: *Scala Norton*, *Scala Norton Plus*, *Scala Braden*, *Scala Stotts*, *Scala Gosnee*, *Scala Waterlow*, *Scala Knoll ecc.*

- *La valutazione delle condizioni cliniche*

Si tratta di Scale di significato clinico in grado di valutare la quantità ed il peso della comorbilità, evenienza peculiare del soggetto anziano. Tra queste ricordiamo: *C.I.R.S. (Cumulative Illness Rating Scale)*, *Indice di Severità Clinica (Individual Disease Severità)*, *Scale Apache (I, II, III e IV) ecc.*

- *La valutazione dello stato funzionale*

La valutazione dello stato funzionale indaga la capacità di compiere una serie di attività caratterizzate da un diverso grado di complessità e di conservare un ruolo sociale (Katz,

1989). Tra le principali scale di valutazione del livello di autonomia segnaliamo: *Scala ADL (Index of Independence in Activities of Daily Living)* o *Scala di Katz*, *Scala IADL (Instrumental activities of daily living)*, *Barthel Index*, *Scala F.I.M ecc.*

- *La valutazione del rischio di caduta*

Per la valutazione del rischio di cadute vale quanto segnalato relativamente alle scale di valutazione del rischio per lesioni. Tra le principali Scale di valutazione del rischio ricordiamo: *Scala di Tinetti*, *Scala di Coonley*, *Scala Stratify*, *Scala Morse*, *Get up and go test ecc.*

- *Scale di valutazione del livello di socializzazione*

Si tratta di Scale che risultano in grado di quantificare le attività socializzanti svolte all'interno di strutture assistenziali dai singoli Ospiti. Segnaliamo, in particolare la *Scala R.S. (Test di Kane)*.

- *Scale di valutazione della Qualità di Vita*

La Qualità di Vita riguarda un concetto ad ampio spettro, che è modificabile in maniera complessa dalla percezione della propria salute fisica e psicologico-emotiva, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dalla interazione con il proprio specifico contesto ambientale. Tra le principali Scale segnaliamo, in particolare: *SF-12 e SF-36*.¹²

2.4 PAI – Piano Assistenziale Individualizzato

I PAI partono dall'idea base di personalizzare il percorso di cura, e non definirlo solo per gruppi di patologie, come avviene per i PDTA. Tali Piani Assistenziali sono infatti rivolti a quei pazienti, nella maggior parte dei casi anziani, portatori di più patologie croniche diverse tra loro: personalizzare vuol dire considerare la persona nella propria individualità, con tutte le sue varianti. Tale approccio permette una gestione più vicina, centrale e sensibile al paziente, alla conoscenza approfondita dei suoi aspetti di vita e al suo benessere, che devono essere sempre monitorati e aggiornati. A persone diverse corrispondono percorsi e piani di cura diversi.³³ Il PAI è il programma di lavoro organico dell'equipe multiprofessionale: è costruito a partire dalle indicazioni contenute nella VMD e definisce obiettivi, condivisione (anche con i familiari) assegnazione di compiti, parametri e strumenti di monitoraggio e verifica. Va modificato nel tempo con il contributo di tutti gli operatori che interagiscono con la stessa e sono in grado di

riferire sui suoi specifici bisogni e comportamenti.¹³ Elemento strategico del PAI è la sua discussione e condivisione con i familiari, perché rappresenta la presa d'atto delle reali condizioni e dei bisogni dell'assistito, nonché di comprensione del lavoro dell'équipe. La sua costruzione e il suo periodico di aggiornamento assumono anche un valore formale, poiché sancisce la responsabilità del servizio e degli operatori che hanno preso in carico la persona.³⁹ Si tratta di un documento che sintetizza in un'ottica multidisciplinare le informazioni relative al soggetto in condizioni di bisogno, con l'intento di postulare e attuare un progetto di cura e assistenza che abbia l'obiettivo primario di favorire la miglior condizione di salute e benessere del soggetto in questione. Il PAI comprende gli aspetti clinico sanitari, la valutazione degli operatori che quotidianamente si prendono cura del soggetto (per esempio, infermieri, OSS), gli interventi eventualmente necessari. Evidenzia anche aspetti inerenti la sfera affettivo-relazionale e linguistico comunicativa. La stesura avviene con il contributo di tutti gli operatori coinvolti (medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, assistenti sociali, educatori, psicologi, logopedisti). Sono chiaramente necessarie l'integrazione e la condivisione con il nucleo familiare. Il PAI individua gli obiettivi di cura e assistenza che l'équipe multidisciplinare che si prende carico del soggetto intende perseguire. Tali obiettivi sono soggetti a verifica e adeguamento periodico e devono essere quindi misurabili e quantificabili.²³ I PAI sono composti da cinque fasi: raccolta dati; identificazione del problema; formulazione di obiettivi; pianificazione e attuazione degli interventi; valutazione finale. Prima dell'ingresso in struttura o subito dopo vengono raccolti i dati principali del paziente: notizie di ordine sanitario, assistenziale e psico-sociale. Successivamente vengono identificati i problemi e i conseguenti obiettivi da raggiungere. Tuttavia, esistono problemi con priorità diverse, motivo per il quale deve essere prestata maggiore attenzione e pronto intervento ai problemi più urgenti. Nella fase di pianificazione degli interventi le soluzioni da attuare devono essere adeguate e conformi alle priorità personali e alle risorse disponibili. Gli interventi possono assumere varie forme, ecco perché all'interno del percorso è importante che ciascun membro dell'équipe assistenziale sia ben preparato e pronto all'intervento. Infine, c'è la fase di valutazione finale: essa consiste in un'attenta analisi delle qualità, delle modalità con cui l'obiettivo prefissato è stato o meno raggiunto e del grado di soddisfazione dell'ospite durante il percorso. Tutti gli operatori nelle varie fasi del processo diventano

quindi responsabili per il raggiungimento dell'obiettivo finale.³³ Quanto deciso in équipe viene scritto e sottoscritto da tutti i componenti e portato a conoscenza di tutto il personale che si occupa dell'assistenza, inoltre tale documento deve essere sempre accessibile e consultabile da qualsiasi operatore lavori direttamente con l'anziano a cui si riferisce. Poiché il PAI è soggetto a verifica periodica, gli obiettivi individuati devono essere misurabili, occorre quindi identificare l'indicatore o gli indicatori che permettano di valutare, alla scadenza prevista, il successo degli interventi ipotizzati trovando riscontro in scale di valutazione.⁴³

CAPITOLO 3

LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE DEL SOGGETTO FRAGILE E L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

3.1 La complessità assistenziale

Il concetto di complessità assistenziale nasce dalla necessità di misurare l'assistenza infermieristica da erogare in base ai bisogni dell'assistito, diversamente dai vecchi modelli impostati sui tempi di assistenza.

La Complessità Assistenziale è una valutazione multicriterio che misura il livello di prestazione erogata in base al bisogno, che permette una classificazione della criticità/pesantezza dei servizi in termini di prestazioni sanitarie e adeguatezza di risorse.

Tale modello teorico, basato sulla multidisciplinarietà, coinvolge le diverse competenze per una presa in carico globale e permette di superare la frammentazione della presa in carico secondo la logica dei servizi a sé stanti, integrando i percorsi di cura secondo il modello dell'intensità di cura.

La complessità è basata principalmente sulla valutazione di tre criticità:

1. Gravità del paziente (reale criticità del processo) e di conseguenza l'intensità di cura:
 - instabilità clinica;
 - competenza della persona assistita;
 - non autosufficienza.
2. Competenza del professionista
3. Criticità della struttura.

L'adeguata misurazione delle prestazioni sanitarie basate su indicatori misurabili, oggettivi, riproducibili, rintracciabili, verificabili e facilmente reperibili permette di valutare correttamente il livello di complessità, tracciare le attività e rilevare i sovraccarichi di lavoro che si possono ripercuotere sia sull'assistito che sul professionista.

L'Indice di Complessità Assistenziale (ICA) è un modello innovativo per misurare la complessità assistenziale, basato principalmente sui carichi di lavoro e sulla pianificazione delle attività.

In sintesi, le finalità e gli scopi dell'ICA sono le seguenti:

- migliorare la qualità dell'assistenza;
- misurare il livello di gravità del paziente;
- revisionare le attività;
- definire gli standard assistenziali dal punto di vista qualitativo;
- documentare gli interventi assistenziali rendendoli visibili;
- promuovere la personalizzazione degli interventi, facilitando il processo di pianificazione delle attività;
- valutare l'appropriatezza delle prestazioni;
- stimolare la professione infermieristica;
- comparare la criticità assistenziale delle strutture organizzative attraverso "l'impronta digitale";
- contribuire alla determinazione dei costi dell'assistenza;
- allocare il personale infermieristico in funzione della complessità e variabilità dei bisogni di assistenziali.

Tale indice misura in modo integrato i bisogni dell'assistito e indirizza e guida l'infermiere sullo stato di gravità e sulla prestazione infermieristica da fornire, fondandosi sul modello delle prestazioni infermieristiche di Cantarelli (1996).

Questa pianificazione viene gestita grazie a una valutazione oggettiva delle 11 prestazioni/bisogni assistenziali su 5 livelli di autonomia dell'assistito.

Le 11 prestazioni assistenziali:

1. assicurare la respirazione;
2. assicurare l'alimentazione e l'idratazione;
3. assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale;
4. assicurare l'igiene;
5. assicurare il movimento;
6. assicurare il riposo e il sonno;
7. assicurare la funzione cardiocircolatoria;
8. assicurare un ambiente sicuro;

9. assicurare l'interazione nella comunicazione;
10. applicare le procedure terapeutiche;
11. eseguire le procedure diagnostiche.

I 5 livelli di autonomia dell'assistito dalla autonomia alla completa dipendenza:

- Livello 1 → Indirizzare (Punteggio = 1)
- Livello 2 → Guidare (Punteggio = 2)
- Livello 3 → Sostenere (Punteggio = 3)
- Livello 4 → Compensare (Punteggio = 4)
- Livello 5 → Sostituire (Punteggio = 5).

I livelli definiscono sia le finalità dell'intervento che il tipo di prestazione assistenziale che il personale sanitario deve fornire (Cantarelli, 1996):

1. *Indirizzare*: orientare in funzione di un esplicito e conveniente criterio di scelta. L'azione di indirizzo si fonda sul presupposto che la persona, acquisite determinate conoscenze, sia in grado di soddisfare i propri bisogni.
2. *Guidare*: sorreggere la scelta con un intervento teorico e/o pratico. L'azione di guida si fonda sul presupposto che la persona, compiute le scelte ed acquisite specifiche abilità, sia in grado di agire efficacemente per soddisfare i propri bisogni.
3. *Sostenere*: contribuire al mantenimento di una condizione di relativa stabilità e sicurezza. L'azione di sostegno si fonda sul presupposto che la persona, messa nelle condizioni di poterlo fare, mantenga o metta in atto le conoscenze e le abilità acquisite per soddisfare il bisogno.
4. *Compensare*: intervenire per ristabilire un equilibrio precedente tramite una parziale sostituzione. L'azione di compensazione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di parziale sostituzione nello svolgere le attività collegate al soddisfacimento del bisogno.
5. *Sostituire*: espletare completamente una o più funzioni di una persona in sua vece. L'azione di sostituzione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di totale sostituzione, che può avvenire anche mediante l'impiego di ausili, presidi, attrezzature da parte dell'infermiere.

La valutazione dell'ICA, per paziente medio del servizio, si ottiene attraverso la sommatoria dei pesi dei 5 livelli ribaltati sulle prestazioni attraverso una costante e continua rilevazione dei dati. Tale sommatoria fornisce l'ICA totale che indicherà, in base alla fascia di ricaduta, la criticità/gravità assistenziale.

La distinzione di Classe di Gravità (CdG) a cui si fa riferimento nell'ICA è la seguente:

- Classe 1 → criticità/gravità molto lieve
- Classe 2 → criticità/gravità lieve
- Classe 3 → criticità/gravità moderata
- Classe 4 → criticità/gravità elevata
- Classe 5 → criticità/gravità molto elevata.

L'identificazione del livello della prestazione permette inoltre di identificare anche tutte le azioni necessarie per l'assistito, basandosi sull'esperienza e la competenza dell'operatore e sulle indicazioni fornite nella scheda standard di rilevazione.³

3.2 La presa in carico

La presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari negli anni recenti, proprio in virtù delle peculiari caratteristiche bio-psico-sociali di tali soggetti. Centrali, a tale proposito, sono il momento della valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona.

Il Piano Individuale di Assistenza (PAI) sociosanitario integrato definisce gli obiettivi e i risultati attesi nei termini di mantenimento o miglioramento dello stato di salute della persona non autosufficiente e individua il livello di complessità, la durata dell'intervento e le prestazioni sociosanitarie che dovranno essere erogate, nonché gli operatori che seguiranno il paziente.

L'offerta di assistenza sociosanitaria per le persone in condizioni di fragilità e di non autosufficienza contempla la possibilità di trattamenti effettuati presso il domicilio della persona o presso strutture sanitarie in regime residenziale o semiresidenziale. [...]

Anche in questo settore gli obiettivi sono principalmente:

- garantire la continuità assistenziale dell'anziano fragile e della persona non autosufficiente nel percorso di dimissione ospedaliera e successiva presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- favorire la diffusione e l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale;
- favorire il coinvolgimento del MMG nel percorso di cura;
- potenziare e migliorare il servizio di assistenza domiciliare integrata;
- garantire un'assistenza adeguata presso le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, nonché incrementare l'offerta di posti residenziali laddove risulta tuttora carente e in linea con gli impegni assunti per il perseguimento dell'equilibrio economico;
- implementare attività formative degli operatori nell'ambito della prevenzione, cura e gestione della non autosufficienza e della fragilità nei suoi aspetti clinico-assistenziali.⁴⁰

3.3 ADI: assistenza domiciliare integrata

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) garantisce alle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, l'assistenza sanitaria a domicilio, attraverso l'erogazione delle prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico necessarie e appropriate in base alle specifiche condizioni di salute della persona (Art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017).⁷

Le cure mirano a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando per quanto possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero o in una struttura residenziale. In ogni caso la ASL assicura la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

La richiesta di attivazione delle cure domiciliari può essere presentata da chiunque (paziente, familiare, caregiver, medico, ecc.) agli uffici competenti della Asl, in genere situati presso il Distretto.

Quando la persona non autosufficiente ha bisogno occasionalmente delle prestazioni professionali del medico, dell'infermiere o del terapeuta della riabilitazione, anche ripetute nel tempo, in risposta a un bisogno sanitario di bassa complessità, (ad esempio:

prelievi di sangue, radiografia, elettrocardiogramma, ecc.), si parla di cure domiciliari di livello base.

Se il paziente presenta una condizione di salute più complessa, il Servizio sanitario nazionale garantisce un percorso assistenziale che prevede:

- valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici), attraverso idonei strumenti e scale standardizzati e uniformi;
- stesura di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI) o di un “Progetto riabilitativo individuale” (PRI) che descrive le prestazioni necessarie, le modalità di esecuzione e la durata del trattamento. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta hanno la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.
- presa in carico del paziente da parte dell’*équipe* multidisciplinare della ASL che si occupa dell’assistenza domiciliare ed erogazione delle prestazioni mediche, infermieristiche, assistenziali o riabilitative; la frequenza degli accessi al domicilio dei diversi operatori varia in relazione alla natura e alla complessità del quadro clinico; quando necessari, sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale;

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Tali prestazioni sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta, e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi, il restante 50% è a carico del Comune che ha facoltà di chiedere all’utente di coprire con risorse proprie parte della quota (su base ISEE), secondo quanto previsto dalla normativa regionale e comunale.

Le cure domiciliari sono integrate dagli interventi sociali erogati dal Comune, in base al bisogno di assistenza della persona, emerso dalla valutazione multidimensionale.⁴⁰

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

- a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale»^a inferiore a 0,14;
- b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^o livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;
- c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^o livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed

^a CIA: coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC; GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare; GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

- d) cure domiciliari integrate (ADI) di III[^] livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia. (Art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017)⁷

In particolare, le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili in conseguenza di traumi o forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitino di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio, e, in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e

destabilizzare l'equilibrio sia fisico sia psicologico con conseguenze spesso devastanti. Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'equipe curante promuovere l'empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di 'fare fronte' alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura. Mentre la permanenza in ospedale o in una struttura residenziale può favorire la passività e la deresponsabilizzazione dei ricoverati, completamente affidati alle cure di “esperti”, l'organizzazione domiciliare dell'assistenza (che sappia adattarsi ai luoghi, ai tempi, agli oggetti e alle abitudini della persona) contribuisce fortemente a conservare l'autodeterminazione della persona e l'autogestione dei propri bisogni, fondamentali per il buon esito delle cure. Quindi, compatibilmente con le condizioni sanitarie, sociali ed abitative della persona, l'impegno del SSN è volto a privilegiare, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali per dare supporto alla persona e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. (Piano Nazionale della Cronicità 15 settembre 2016)²⁵

CAPITOLO 4

LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE NANDA-I

Il sistema della salute è fornito da numerosi professionisti, inclusi infermieri, medici, fisioterapisti, per nominarne solo alcuni. Questo è vero sia nel contesto ospedaliero sia negli altri ambiti del continuum delle cure (per esempio a domicilio, nelle strutture intermedie, nelle chiese, nelle prigioni). Ciascuna disciplina interessata alla salute delle persone ha un insieme esclusivo di conoscenze rispetto alla cura della persona.²⁷

Tra i professionisti della salute è indispensabile la collaborazione e l'integrazione multiprofessionale per garantire un'assistenza adeguata.²⁷ Ciascun professionista ha il proprio modo di descrivere “che cosa sa”, in quanto professionista, e “come” mette in atto quello che sa.²⁷

Gli infermieri si occupano di risposte umane a problemi di salute e/o processi vitali e utilizzano la tassonomia NANDA International, Inc. (NANDA-I).²⁷

La tassonomia NANDA-I fornisce un modo per classificare e standardizzare le aree di interesse infermieristico. Comprende 244 diagnosi raggruppate in 13 domini e 47 classi. In accordo con il *Cambridge Dictionary On-Line* (2017), un dominio è un “ambito di conoscenze”. Esempi di domini nella tassonomia NANDA-I sono: Attività / Riposo, Coping / Tolleranza allo stress, Eliminazione / Scambi e Nutrizione. I domini sono divisi in classi ovvero gruppi che condividono caratteristiche comuni.

Gli infermieri trattano le risposte rispetto alle situazioni di salute/ processi vitali di un individuo, caregiver, famiglia, gruppo o comunità. Tali risposte rappresentano il focus dell'assistenza infermieristica. Una diagnosi infermieristica può riguardare un problema di salute attuale (problem-focused) o uno stato di promozione della salute o un rischio potenziale.

Le tipologie delle diagnosi infermieristiche NANDA-I sono:

- **Diagnosi infermieristica di promozione della salute:** un giudizio clinico sulla motivazione e il desiderio di migliorare il proprio benessere e di realizzare il proprio potenziale di salute. Queste risposte sono espresse dalla disponibilità ad aumentare specifici comportamenti che incidono sulla salute e possono essere

usate in qualunque condizione di salute. Nel caso in cui una persona non sia in grado di esprimere la propria disponibilità a migliorare il comportamento relativo alla salute, l'infermiere può determinare che è presente una condizione per la promozione della salute e agire per conto dell'assistito. Risposte di promozione della salute possono essere presenti in un individuo, caregiver, famiglia, gruppo o comunità.

- **Diagnosi infermieristica di rischio:** un giudizio clinico riguardante la suscettibilità di una persona, caregiver, famiglia, gruppo o comunità a sviluppare una risposta umana indesiderabile a condizioni di salute / processi vitali. Per una diagnosi di rischio è necessario che siano presenti i fattori di rischio che contribuiscono ad aumentare la suscettibilità.
- **Diagnosi infermieristica focalizzata su un problema di salute attuale (problem-focused):** un giudizio clinico riguardante una risposta umana indesiderabile a condizioni di salute / processi vitali presente in un individuo, caregiver, famiglia, gruppo o comunità. Per una diagnosi focalizzata su un problema di salute attuale è necessario che siano presenti i seguenti elementi: caratteristiche definenti (manifestazioni, segni e sintomi) raggruppate in modelli di segnali o deduzioni correlati. Sono inoltre richiesti dei fattori correlati (fattori eziologici) che sono collegati, contribuiscono o sono antesignani al focus della diagnosi.
- **Diagnosi infermieristica a sindrome:** un giudizio clinico riguardante uno specifico raggruppamento di diagnosi infermieristiche che si verificano insieme e che è meglio affrontare nel loro insieme e con interventi simili. Un esempio di diagnosi a sindrome è “Sindrome del dolore cronico” (00255). Il dolore cronico è un dolore ricorrente o persistente da almeno 3 mesi e che influenza in modo significativo le attività giornaliere o il benessere. La “Sindrome del dolore cronico” si differenzia dalla diagnosi dolore cronico in quanto in aggiunta al dolore ha un significativo impatto sulle altre risposte umane e quindi include altre diagnosi, come “Modello di sonno disturbato” (00198), “Fatigue” (00093), “Mobilità compromessa” (00085) o “Isolamento sociale” (00053).²⁷

4.1 Come scegliere una diagnosi e la valutazione iniziale

Il processo di assistenza infermieristica comprende la valutazione iniziale, la diagnosi infermieristica, la pianificazione dei risultati, la gestione / attuazione degli interventi e la rivalutazione continua. Gli infermieri utilizzano la valutazione iniziale e il giudizio clinico per formulare delle ipotesi o spiegazioni rispetto a problemi attuali o potenziali, rischi e / o opportunità di promozione della salute. Tutte queste fasi richiedono la conoscenza dei concetti insiti nella scienza infermieristica prima di identificare un modello di riferimento per raccogliere in modo sistematico i dati clinici o poter formulare una diagnosi corretta e accurata.²⁷

La valutazione iniziale globale prevede la raccolta sistematica delle informazioni soggettive e oggettive (per esempio, osservazione, raccolta dei segni vitali, intervista all'assistito / famiglia, esame fisico) e la revisione delle informazioni storiche nella documentazione clinica della persona. L'infermiere, inoltre, raccoglie le informazioni rispetto ai punti di forza (per identificare le opportunità di promozione della salute) e ai rischi (aree nelle quali l'infermiere può attuare interventi di prevenzione o problemi potenziali di cui può ritardare l'insorgenza). La valutazione iniziale può basarsi su una particolare teoria infermieristica, come quelle sviluppate da Florence Nightingale, Wanda Horta o Suor Callista Roy, o su una struttura standardizzata di valutazione iniziale globale come quella dei modelli funzionali della salute di Marjory Gordon.²⁷

Il principio fondante della diagnosi infermieristica è il ragionamento clinico. Il ragionamento clinico coinvolge l'uso del giudizio clinico per decidere cosa non è funzionale per la persona assistita e il processo decisionale clinico per decidere cosa bisogna fare. Il giudizio clinico è un'interpretazione o una conclusione rispetto ai bisogni o ai problemi di salute dell'assistito e / o alla decisione di agire (o non agire).²⁷

La diagnosi infermieristica, ovvero il passo successivo nel processo infermieristico, implica il giudizio clinico rispetto alla risposta umana alla condizione di salute o al processo vitale o alla vulnerabilità verso una risposta da parte della persona intesa come individuo, caregiver, famiglia, gruppo o comunità.²⁷ Dato che la valutazione iniziale globale di un assistito darà origine a un certo numero di diagnosi infermieristiche, è necessario assegnare un ordine di priorità alle diagnosi infermieristiche, e quindi dare un orientamento al piano di assistenza. Il successivo passaggio fondamentale nel

processo infermieristico include l'identificazione dei risultati e degli interventi infermieristici. La rivalutazione continua è necessaria in ciascun passaggio del processo infermieristico e nella conclusione dello stesso.²⁷

4.2 Principali diagnosi infermieristiche nel paziente fragile e complesso

Nella seguente tabella sono elencate le principali diagnosi infermieristiche che potremmo riscontrare nel paziente fragile e complesso aggregate secondo gli 11 modelli funzionali di Gordon.

Modello	Codice	Diagnosi NANDA-I 2018-2020
1. Modello di percezione e gestione della salute	00004	Rischio di infezione
	00035	Rischio di lesione
	00078	Gestione della salute inefficace
	00155	Rischio di cadute
	00231	Rischio di sindrome dell'anziano fragile
	00257	Sindrome dell'anziano fragile
2. Modello nutrizionale-metabolico	00002	Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico
	00027	Volume di liquidi insufficiente
	00028	Rischio di volume di liquidi insufficiente
	00046	Integrità cutanea compromessa
	00047	Rischio di integrità cutanea compromessa
	00134	Nausea
	00232	Obesità
	00249	Rischio di ulcera da pressione
3. Modello di eliminazione	00011	Stipsi
	00012	Stipsi percepita
	00013	Diarrea
	00016	Eliminazione urinaria compromessa
	00236	Rischio di stipsi funzionale cronica
4. Modello di attività ed esercizio fisico	00085	Mobilità compromessa
	00088	Deambulazione compromessa
	00093	Fatigue
	00102	Deficit nella cura di sé: alimentazione
	00108	Deficit nella cura di sé: bagno
	00109	Deficit nella cura di sé: vestirsi
	00110	Deficit nella cura di sé: uso del gabinetto

5. Modello di riposo - sonno	00095	Insonnia
6. Modello cognitivo-percettivo	00132	Dolore acuto
	00133	Dolore cronico
	00173	Rischio di confusione mentale acuta
7. Modello di percezione di sé e concetto di sé	00146	Ansia
	00148	Paura
8. Modello di ruoli e relazioni	00053	Isolamento sociale

CAPITOLO 5: CASO CLINICO

5.1 Presentazione del caso clinico

Paziente donna di 71 anni, affetta da ipertensione e artrosi. Nell'ottobre del 2019 cade dalle scale con conseguente frattura del bacino. A causa dell'immobilità forzata presenta una lesione da pressione a livello sacrale che le causa dolore e le provoca difficoltà nel dormire. Appena dimessa dal centro riabilitativo la signora, che precedentemente viveva da sola, viene assistita da una badante assunta dai figli ed incaricata nella gestione della casa e nell'aiutare la paziente nell'igiene personale. La paziente manifesta un continuo stato d'ansia dovuto alla paura di una possibile ricaduta.

5.2 Piano assistenziale individualizzato

Diagnosi NANDA-I/codice	Obiettivo (NOC)	Intervento (NIC) / T. teorico attuazione	
Integrità cutanea compromessa (00046)	Guarigione della ferita: per seconda intenzione (1103)	Cura delle ulcere da pressione (3520): -descrivere le caratteristiche delle lesioni a intervalli regolari; -mantenere umida l'ulcera per favorirne la guarigione; -detergere l'ulcera da pressione; -applicare medicazioni; -insegnare al caregiver le procedure per il trattamento dell'ulcera da pressione.	20 min.
Deambulazione compromessa (00088)	Mobilità (0208)	Esercizio fisico terapeutico: mobilità articolare (0224): -collaborare con il fisioterapista allo sviluppo e all'esecuzione di un programma di attività fisica; -monitorare la localizzazione del disagio o del dolore durante i movimenti; -incoraggiare la deambulazione.	30 min.
Dolore acuto (00132)	Controllo del dolore (1605)	Gestione del dolore (1400): -effettuare un accertamento completo del dolore; -somministrare i farmaci prescritti prima di un'attività; -incoraggiare la persona a monitorare il proprio dolore e ad attuare interventi appropriati; -esaminare insieme alla persona i fattori	10 min.

		che alleviano o aggravano il dolore.	
Rischio di cadute (00155)	Conoscenze: prevenzione delle cadute (1828)	Prevenzione delle cadute (6490): -identificare i deficit cognitivi o fisici della persona che possono aumentare il potenziale di cadute; -monitorare l'andatura, l'equilibrio e la resistenza alla deambulazione; -fornire ausili idonei a renderne sicura l'andatura; -educare i familiari sui fattori di rischio che contribuiscono alle cadute e sul modo in cui essi li possono ridurre; -suggerire l'uso di calzature sicure; -suggerire le modifiche da fare in casa per accrescere la sicurezza; -aiutare i familiari a individuare i rischi nell'ambiente domestico ed a eliminarli.	30 min.
Rischio di sindrome dell'anziano fragile (00231)	Controllo dei rischi (1902)	Identificazione dei rischi (6610): -determinare la disponibilità e la qualità delle risorse; -identificare i rischi biologici, ambientali e comportamentali; -discutere e pianificare le attività per la riduzione dei fattori di rischio insieme alla persona; -pianificare il monitoraggio a lungo termine dei rischi.	10 min.
Ansia (00146)	Autocontrollo dell'ansia (1402)	Riduzione dell'ansia (5820): - adottare un approccio calmo e rassicurante; -spiegare tutte le procedure; -ascoltare con attenzione; -somministrare farmaci per ridurre l'ansia.	5 min.
Paura (00148)	Autocontrollo della paura (1404)	Miglioramento del coping (5230): -incoraggiare un atteggiamento di speranza realistica come modo di affrontare il senso di impotenza; -incoraggiare le attività sociali e di comunità.	5 min.

RISULTATI

Sono stati presi in considerazione 20 articoli scientifici. Qui di seguito è riportata una tabella di estrazione dati dove sono stati riassunti gli obiettivi e i principali risultati di questi studi empirici.

Autore e tipo di studio	Obiettivo	Risultati
Robusto F, <i>et al.</i> Studio di coorte retrospettivo (2018). ³¹	Studiare gli effetti della diffusione del “Chronic care model” in una coorte fragile eterogena inclusa in un programma regionale.	Diminuzione dei ricoveri ospedalieri non pianificati. Tuttavia, durante il follow-up si è registrato un aumento maggiore dei costi dei ricoveri, dei farmaci e delle visite specialistiche ambulatoriali.
Yarnall AJ, <i>et al.</i> Revisione sistematica della letteratura (2017). ⁴²	Discutere l’interrelazione tra multimorbilità e fragilità, in particolare nelle persone anziane.	Lo sviluppo di una strategia di ricerca coerente su come soddisfare i bisogni delle persone anziane con multimorbilità è una priorità chiave. Il NICE ha raccomandato che gli argomenti chiave per la ricerca in questo campo siano l'organizzazione dell'assistenza, la valutazione olistica nella comunità, l'interruzione dei farmaci preventivi e la previsione dell'aspettativa di vita.
Morkisch N, <i>et al.</i> Studio controllato randomizzato (2020). ²⁶	Identificare e riassumere le componenti del modello di assistenza transizionale per la riduzione della riammissione in ospedale.	Gli interventi multicomponenti e multidisciplinari ad alta intensità sono efficaci riducendo i tassi di riammissione dei pazienti geriatrici, senza aumentare i costi. Componenti come il tipo di personale, la valutazione e la gestione dei sintomi, l'educazione e la promozione dell'autogestione, il mantenimento delle relazioni e la promozione del coordinamento sembrano avere un ruolo importante nel ridurre il tasso di riammissione.
Puts MTE, <i>et al.</i> Revisione sistematica della letteratura (2017). ²⁹	Identificare interventi e politiche internazionali per prevenire e ridurre il livello di fragilità	Gli interventi che hanno ridotto significativamente il numero di marcatori di fragilità presenti o la prevalenza di fragilità includono l'attività fisica, attività fisica combinata con l'alimentazione, l'attività fisica più nutrizione più allenamento della memoria;

		modifiche alla casa e la prehabilitation (terapia fisica più esercizio fisico più modifiche domiciliari).
Khan N, <i>et al.</i> Revisione sistematica della letteratura (2020). ¹⁷	Sintetizzare le evidenze sull'efficacia degli interventi di assistenza integrata su persone anziane con stato di fragilità diverso.	La fragilità può essere prevenuta e gestita meglio attraverso l'azione di un approccio interdisciplinare che organizza e coordina in modo proattivo l'assistenza per prevenire gli esiti avversi associati. Il CCM fornisce un quadro completo per gestire condizioni a lungo termine come la fragilità coprendo tutti gli elementi essenziali dell'assistenza integrata.
Cegri F, <i>et al.</i> Studio di coorte prospettico (2020). ⁴	Identificare i fattori che anticipano la futura inclusione di individuo di età ≥ 70 anni in programmi di assistenza domiciliare e sviluppare i corrispondenti modelli di previsione.	I modelli prognostici basati su valutazioni geriatriche complete possono prevedere la necessità dell'inizio dell'assistenza domiciliare negli anziani. Viene sottolineata la necessità di misurare la capacità funzionale, la mobilità, il numero di prescrizioni e gli aspetti sociali degli anziani nei centri di assistenza sanitaria primaria. In tale contesto possono essere offerte valutazioni olistiche longitudinali in modo da beneficiare di azioni preventive per rimanere indipendenti nella comunità il più a lungo possibile.
Briggs AM, <i>et al.</i> Revisione sistematica della letteratura (2018). ²	L'obiettivo di questa revisione era identificare e descrivere gli elementi chiave dei modelli di assistenza integrata per gli anziani riportati in letteratura.	Gli elementi più comunemente riportati dei modelli di assistenza integrata sono team multidisciplinari, valutazione completa e gestione dei casi. Infermieri, fisioterapisti, medici generici e assistenti sociali sono i fornitori di servizi più comunemente segnalati.
Kuluski K, <i>et al.</i> Focus group (2017). ¹⁸	Indagare i componenti chiave dell'assistenza per supportare i pazienti complessi e le loro famiglie nella comunità.	Soddisfare le esigenze della popolazione che necessita di assistenza sanitaria e sociale richiede tempo per sviluppare relazioni autentiche, ampliare i membri del team di assistenza, comunicare tra i settori, co-localizzare l'assistenza sanitaria e sociale e affrontare le barriere che impediscono ai fornitori di impegnarsi in queste pratiche

		richieste.
Lee DR, <i>et al.</i> Studio osservazionale trasversale (2018). ²⁰	Esaminare la prevalenza della fragilità e identificare i fattori di rischio di salute modificabili e non modificabili.	La fragile popolazione adulta più anziana è eterogenea e richiede una valutazione incentrata sul paziente delle proprie circostanze da parte di operatori sanitari e caregivers per migliorare la qualità della vita, evitare eventi avversi per la salute e rallentare il declino fisico e mentale.
Reiss-Brennan B, <i>et al.</i> Studio di coorte longitudinale e retrospettivo (2016). ³⁰	Valutare l'associazione tra ricevere cure primarie in pratiche di assistenza integrata in team (TBC) e pratiche tradizionali di gestione (TPM) (cure usuali) con i risultati dei pazienti, l'utilizzo dell'assistenza sanitaria e i costi.	Tra gli adulti arruolati in un sistema sanitario integrato, la ricezione di cure primarie presso gli studi TBC rispetto alle pratiche TPM era associata a tassi più elevati di alcune misure di qualità dell'assistenza, tassi inferiori per alcune misure di utilizzo dell'assistenza acuta e minori pagamenti effettivi ricevuti al sistema sanitario.
Stojak Z, <i>et al.</i> Studio descrittivo retrospettivo (2019). ³⁶	Valutare l'influenza dell'assistenza infermieristica domiciliare a lungo termine (LTHNC) sullo stato funzionale del paziente.	Il miglioramento dimostrato dello stato funzionale del paziente e il ridotto rischio di sviluppo di piaghe da decubito forniscono la prova che LTHNC è una forma efficace di assistenza per le persone anziane e croniche che rimangono a casa.
Di Pollina L, <i>et al.</i> Studio controllato prospettico (2017). ⁸	Testare l'efficacia di fornire assistenza integrata a casa per ridurre ricoveri non necessari, visite al pronto soccorso, istituzionalizzazione e mortalità negli anziani fragili e dipendenti che vivono in comunità.	L'assistenza integrata che includeva un team geriatrico multidisciplinare in visita domiciliare ha ridotto significativamente i ricoveri non necessari, le visite al pronto soccorso e ha consentito a più pazienti di morire a casa. È uno strumento efficace per migliorare il coordinamento e l'accesso alle cure per gli anziani fragili e dipendenti.
Liljas AEM, <i>et al.</i> Revisione sistematica della letteratura (2019). ²¹	Identificare i risultati correlati ai pazienti in assistenza integrata fornita agli anziani.	I risultati mostrano che l'assistenza integrata tende ad avere un impatto positivo sui tassi di ricovero ospedaliero, un certo impatto positivo sulla durata della degenza e possibilmente anche sulla riammissione e sulla soddisfazione del paziente ma non sulla mortalità.
Chan DD, <i>et al.</i> Studio controllato randomizzato (2017). ⁵	Determinare l'efficacia di due livelli di cura integrata su fragilità e sarcopenia.	L'assistenza integrata di 6 mesi ha migliorato la fragilità e lo stato di sarcopenia tra gli anziani che vivono in comunità, con un allenamento ad

		alta intensità che ha prodotto maggiori miglioramenti. L'assistenza di basso livello potrebbe essere promossa come intervento di base, mentre l'assistenza di alto livello potrebbe essere riservato a coloro ad alto rischio e con elevata motivazione.
Vestjens L, <i>et al.</i> Studio quasi-sperimentale qualitativo e quantitativo (2018). ³⁸	Valutare l'implementazione degli interventi nel Chronic Care Model e indagare la qualità dell'assistenza primaria percepita dagli operatori sanitari, nelle pratiche che seguono l'approccio assistenziale integrato di ricerca e follow-up degli anziani fragili (FFF) e di quelle fornire cure abituali.	Un'assistenza proattiva e integrata basata su (elementi) del Chronic Care Model può essere un passo avanti per migliorare la qualità dell'assistenza agli anziani fragili.
Spoorenberg SLW, <i>et al.</i> Studio controllato randomizzato (2018). ³⁵	Valutare gli effetti del servizio di assistenza basato sulla popolazione, centrato sulla persona e integrato su tre domini che comprendono salute, benessere e autogestione tra le persone anziane che vivono in comunità.	I partecipanti hanno mostrato un miglioramento maggiore ma clinicamente irrilevante nell'autogestione e un peggioramento della salute maggiore ma clinicamente rilevante rispetto a CAU (care as usual). Non sono state osservate differenze nel cambiamento del benessere.
Looman WM, <i>et al.</i> Studio quasi-sperimentale (2016). ²²	Esplorare l'efficacia di un modello di assistenza proattivo e integrato per le persone anziane fragili che vivono in comunità rispetto all'assistenza usuale, valutando gli effetti su una serie completa di risultati: risultati di salute (salute sperimentata, salute mentale e funzionamento sociale); abilità funzionali; e qualità della vita (generale, relativa alla salute e al benessere).	I risultati hanno indicato che un'assistenza proattiva e integrata può essere utile per gli anziani fragili in termini di qualità della vita, amore e amicizia, ma non in termini di risultati di salute e capacità funzionali.
Ruikes FGH, <i>et al.</i>	Valutare l'efficacia di un	Non abbiamo trovato prove

<p>Studio controllato randomizzato (2016).³⁴</p>	<p>vasto programma multicomponente guidato dal medico generico che integra cure, assistenza e benessere per la prevenzione del declino funzionale.</p>	<p>dell'efficacia di un programma di assistenza integrata multiforme nella prevenzione degli esiti avversi negli anziani fragili che vivono in comunità. L'implementazione su larga scala di questo programma non è raccomandata.</p>
<p>Hendry A, <i>et al.</i> Revisione sistematica della letteratura (2019).¹⁴</p>	<p>Esaminare la letteratura medica sui modelli di cura della fragilità.</p>	<p>Le prove hanno mostrato che pochi modelli di assistenza integrata sono stati progettati specificamente per prevenire e affrontare la fragilità nella comunità e all'interfaccia tra cure primarie e secondarie (ospedaliere). Le prove attuali supportano la necessità di una risposta più olistica e salutogena alla fragilità, unendo un approccio di cura cronica con l'istruzione, l'abilitazione e la riabilitazione per ottimizzare la funzione, in particolare nei momenti di un improvviso deterioramento della salute, o quando si passa da casa, ospedale o casa di cura. In tutti i contesti assistenziali, questi approcci dovrebbero essere supportati da una valutazione completa e da interventi multidimensionali adattati a fattori fisici, psicologici, cognitivi e sociali modificabili.</p>
<p>Rodrigues RAP, <i>et al.</i> Revisione sistematica della letteratura (2019).³²</p>	<p>Sintetizzare le conoscenze prodotte sulle migliori pratiche infermieristiche nell'assistenza a lungo termine per anziani a domicilio, al fine di promuovere un invecchiamento sano.</p>	<p>Gli interventi educativi potrebbero essere considerati una buona pratica da promuovere da parte degli infermieri, che forniscono assistenza agli anziani in assistenza domiciliare. L'efficacia di questi interventi è stata evidenziata sia nel miglioramento dell'autocura dell'anziano, sia nell'assistenza infermieristica erogata.</p>

DISCUSSIONE

Questo elaborato ha lo scopo di valutare l'efficacia dell'assistenza integrata nel paziente anziano fragile in ambito domiciliare e di sottolineare i componenti chiave di questo tipo di assistenza.

Molti degli studi presi in considerazione hanno dichiarato che l'assistenza integrata può avere un impatto positivo sulla vita di questi soggetti riducendo i tassi di ricovero ospedaliero non programmato e non necessario, istituzionalizzando il paziente fragile e aumentando la soddisfazione e il benessere del paziente.

Secondo Looman WM, *et al.* (2016), Ruikes FG, *et al.* (2016) e Liljias AEM, *et al.* (2019) l'assistenza integrata non ha avuto un impatto (positivo o negativo) sulla mortalità. Al contrario lo studio di Di Pollina L, *et al.* (2017), dichiara che, sebbene non ne sia stato dimostrato un effetto globale, l'adozione di modelli integrati di cura potrebbero posticipare la mortalità. È bene però ricordare che il tempo per il follow-up può influenzare i risultati di alcuni studi, come quello di Ruikes FG, *et al.* (2016), nel quale non sono stati trovati effetti del programma di cure primarie su funzionamento, qualità della vita, salute mentale, funzionamento sociale correlato alla salute, istituzionalizzazione, ospedalizzazione e mortalità tra gli anziani fragili che vivono in comunità, dichiarando che molto spesso il tempo di follow-up non è sufficiente per osservare miglioramenti di efficacia rilevante.

Ma quali sono gli elementi chiave che hanno portato a questi risultati?

Sono stati sviluppati diversi quadri per migliorare la comprensione degli elementi chiave di un programma di assistenza integrato di successo. Uno dei più influenti tra loro è il modello di cura cronica (CCM), che è un quadro concettuale basato sull'evidenza che fornisce una guida sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria per le persone con condizione croniche per migliorare i loro risultati. Il CCM, che è stato riconosciuto dall'OMS, comprende sei elementi:

- a) fornire supporto ai pazienti per l'autogestione;
- b) supporto decisionale ai fornitori;
- c) gestione dei casi;
- d) creazione di un sistema di informazione clinica;
- e) risorse della comunità per una vita sana;
- f) leadership all'interno del sistema sanitario. (Khan N, *et al.*, 2020)

Robusto F, *et al.* (2018) hanno mostrato che l'implementazione del CCM per i pazienti fragili è associata a un minor ricorso ed a una significativa riduzione dei costi a causa di ricoveri non programmati.

Componenti chiave dell'assistenza domiciliare integrata

- *Team multidisciplinari*

Per ogni individuo possono essere necessari più interventi fisici, cognitivi, sociali e funzionali per affrontare diverse dimensioni della sindrome di fragilità (Hendry A, *et al.*, 2019). Secondo Morkisch N, *et al.* (2020) il lavoro congiunto di un team multidisciplinare avrebbe un impatto maggiore, e quindi maggiori benefici, sul paziente. Pertanto, il lavoro di collaborazione tra più professionisti sanitari che non sono collegati nella stessa rete può fornire un approccio di cura più completo (Morkisch N, *et al.*, 2020).

I membri del team di assistenza devono essere adeguatamente supportati e attrezzati per lavorare efficacemente con le persone con esigenze di cura complesse e con i loro caregiver (Kuluski K, *et al.*, 2017). Costruire la capacità della forza lavoro multidisciplinare per fornire migliori modelli di assistenza integrati e soddisfare le esigenze delle persone anziane è una raccomandazione chiave del “Rapporto mondiale dell'OMS sull'invecchiamento e la salute” e coerente con le prove emergenti per fornire cure integrate per le persone anziane con esigenze sanitarie complesse (Briggs AM, *et al.*, 2018).

Kuluski K, *et al.* (2017) hanno raccomandato di chiarire la responsabilità dei membri del team e sostengono la necessità di comunicare e coordinare efficacemente l'assistenza in tutti i settori. L'assistenza frammentata, reattiva e scarsamente coordinata per la fragilità si traduce in scarsi risultati funzionali, creando dipendenza e aumentando ulteriormente la domanda e i costi (Hendry A, *et al.*, 2019). È più probabile che l'assistenza domiciliare proattiva e coordinata, grazie a una collaborazione continua tra il case manager e il medico di famiglia, anticipi gli eventi e attivi interventi interdisciplinari precoci per mantenere la funzione e ritardare l'escalation della dipendenza (Hendry A, *et al.*, 2019).

- *Promozione dell'autogestione*

Secondo Hendry A, *et al.* (2019) un approccio olistico efficace sulla fragilità includerebbe l'educazione sanitaria, l'abilitazione, la riabilitazione e il supporto per l'individuo per gestire le proprie condizioni e mantenere una funzione ottimale, e il supporto per il caregiver per rimanere in salute e continuare nel proprio ruolo di assistenza.

L'educazione sanitaria è una delle azioni più compite dagli infermieri. Essa fornisce anche altri benefici per gli anziani, come la riduzione dei sintomi depressivi / ansiosi e un miglioramento delle prestazioni cognitive. (Rodrigrues RAP, *et al.*, 2019)

Gli studi hanno evidenziato la necessità di un'attenta pianificazione dell'educazione sanitaria e di coinvolgere sempre il paziente e la sua famiglia per permettere loro di prendere decisioni per la loro vita quotidiana. La componente educativa negli studi inclusi era caratterizzata da informazioni e indicazioni relative a malattie, dieta e farmaci.

Morkisch N, *et al.* (2020) hanno affermato che la componente educativa è importante per ridurre i tassi di riammissione, poiché la promozione dell'educazione e dell'autogestione consente di monitorare, identificare, comprendere e rispondere ai sintomi evitando la loro esacerbazione e il peggioramento della condizione cronica.

- *Assistenza individualizzata e multidimensionale*

Determinare la capacità del paziente di prendere decisioni, lavorare con le famiglie per risolvere i conflitti e prendere decisioni sulla cura, nonché disimballare la cultura, il ruolo sociale e le esperienze precedenti di una persona è necessario per comprendere i fattori che modellano la disponibilità delle persone a impegnarsi nella pianificazione dell'assistenza. L'empowerment dei pazienti attraverso la scelta del servizio, l'ubicazione dell'assistenza, il disimballaggio degli obiettivi e delle priorità personali e il tempo per questo processo sono stati fortemente incoraggiati. (Kuluski K, *et al.*, 2017)

Per realizzare questo tipo di assistenza dove il paziente e la famiglia sono al centro del processo è importante sottolineare la necessità di forti relazioni terapeutiche: elementi necessari per sviluppare fiducia e apertura alle opzioni di

cura. Soddisfare i bisogni delle persone con bisogni di assistenza complessi richiede rapporti autentici e coerenti con i fornitori e le famiglie e una comunicazione continua. L'attenzione a fattori non medici, tra cui cultura, obiettivi personali e aspettative, può anche fornire informazioni sulle preferenze di cura e sui livelli di impegno (Kuluski K, *et al.*, 2017).

La sindrome di fragilità è una sindrome multidimensionale e la disfunzione di una delle dimensioni provoca danno nell'altra, generando effetti somatici a cascata, che potenziano la comparsa di effetti avversi, come cadute, ricoveri e disabilità geriatriche.

Le linee guida NICE sostengono un approccio alla cura che tenga conto della multi morbidità, coinvolgendo una valutazione personalizzata e lo sviluppo di un piano di gestione individualizzato. L'obiettivo è migliorare la qualità della vita riducendo l'onere del trattamento, gli eventi avversi e le cure non pianificate o non coordinate. (Yarnall AJ, *et al.*, 2017)

Per ogni individuo, possono essere necessari più interventi fisici, cognitivi, sociali e funzionali per affrontare diverse dimensioni della sindrome di fragilità. La selezione degli interventi dovrebbe essere adattata alle condizioni di salute dell'individuo, allo stadio di fragilità, alla traiettoria dei bisogni, al sostegno del caregiver, all'alloggio, alle circostanze sociali e agli obiettivi personali. Gli interventi dovrebbero essere prioritari per evitare il rischio di trattamento eccessivo e di eventi avversi. (Hendry A, *et al.*, 2019)

Un'altra importante questione è la determinazione del livello di fragilità che può essere misurato grazie all'uso di diverse scale. Ad ogni livello corrisponderà, poi, una precisa intensità di assistenza determinata dal profilo di rischio individuale e dalle esigenze di cura. Ad esempio, a coloro identificati come robusti o con lieve fragilità potrebbe essere offerto supporto per l'autogestione, consigli su uno stile di vita sano e partecipazione a programmi di attività fisica. Quelli con fragilità moderata potrebbero ricevere supporto per la gestione dei casi da vari professionisti sanitari, come medici generici e infermieri distrettuali, con assistenti sociali come case manager e coordinamento del follow-up. Le persone anziane che sono gravemente fragili o hanno un'elevata complessità potrebbero ricevere una gestione intensiva dei casi. (Khan N, *et al.*, 2020)

- *Caregiver*

I vari studi confermano che la famiglia è un'importante fonte di supporto e assistenza per le persone anziane fragili che vivono a casa. La maggior parte dei caregiver informali sono rappresentati dai figli o coniugi dell'assistito. Stojak Z, *et al.* (2018) hanno riferito che, nel fornire assistenza a persone disabili, i caregiver informali hanno trovato più difficile svolgere attività di cura e infermieristiche come fare il bagno al paziente, cambiare i pannolini, nutrire e curare le piaghe da decubito. Preparare il caregiver alla gestione del paziente è uno dei compiti principali dei professionisti sanitari.

Rodrigues RAP, *et al.* (2019) evidenziano la famiglia come l'agente che media direttamente l'ambiente e le condizioni in cui l'anziano sarà integrato, favorendo o ostacolando il suo processo decisionale. Le azioni di questi caregiver informali influenzano direttamente la qualità dell'assistenza fornita all'anziano.

Nello studio di Looman WM, *et al.* (2016) l'assistenza integrata ha avuto un effetto positivo sul carico soggettivo dei caregiver informali, i quali hanno indicato che la loro situazione è migliorata in termini, ad esempio, di salute mentale e relazioni, che hanno a loro volta influenzato i sentimenti di amore e amicizia vissuti da persone anziane fragili (Looman WM, *et al.*, 2016).

- *Prevenzione*

La Commissione europea ha recentemente creato un'iniziativa chiave che ha come obiettivo la prevenzione del declino funzionale e della fragilità (Strategia europea di scalabilità nell'invecchiamento attivo e in buona salute) che include un gruppo di azione incentrato sulla prevenzione e diagnosi precoci di fragilità e declino funzionale (sia fisico che cognitivo). Altre iniziative europee sono il progetto SPRINTT, un ampio studio clinico con l'obiettivo generale di migliorare la cura e la prevenzione della fragilità che sostiene l'uso di SHARE-FI, uno strumento sviluppato per identificare la fragilità nelle strutture di assistenza primaria. (Puts MTE, *et al.*, 2017)

Ci sono alcune prove che suggeriscono che la fragilità è reversibile se identificata e gli interventi sono forniti in una fase precedente del processo (Khan N, *et al.*, 2020). Può essere prevenuta e gestita meglio attraverso l'azione

di un approccio interdisciplinare che organizza e coordina in modo proattivo l'assistenza per prevenire gli esiti avversi associati.

Gli interventi efficaci indicati nello studio di Puts MTE, *et al.* (2017) includono l'esercizio fisico, la nutrizione, l'allenamento cognitivo, la valutazione e gestione geriatrica e la pre-abilitazione (terapia fisica, valutazione ambientale della casa e un programma di esercizio fisico).

Interventi tempestivi, istruzione e tecnologie assistive specificamente progettati per incoraggiare gli anziani fragili a riprendere l'attività e riconquistare l'indipendenza possono essere efficaci in termini di costi riducendo la futura domanda di servizi. L'approccio di prevenzione della fragilità dovrebbe incorporare un'etica comportamentale di salute, istruzione e abilitazione e includere interventi che consentano all'individuo di partecipare a un programma di esercizi a casa, riacquistare abilità come cucinare o vestirsi e costruire reti sociali che riducano l'isolamento, la depressione e l'ansia. (Hendry A, *et al.*, 2019)

In definitiva l'obiettivo finale dell'assistenza agli anziani in ambiente domestico dovrebbe essere il mantenimento delle loro capacità funzionali, con il mantenimento della loro autonomia. Questa dovrebbe essere l'intenzionalità dell'infermiere nella pianificazione dell'assistenza per tutte le situazioni, indipendentemente dal fatto che si tratti della prima visita, di una valutazione effettuata lungo il percorso o di un intervento di emergenza.

CONCLUSIONI

In sintesi parlando di assistenza integrata gli elementi più comuni identificati negli interventi sono stati la cura del team multidisciplinare, la valutazione completa e la gestione dei casi. L'educazione interprofessionale e quella del paziente sono state identificate esplicitamente con minor rigore, sebbene si presuppone che in altri casi, come la gestione del sé, l'educazione sia implicita. I risultati degli interventi di assistenza integrata si sono concentrati prevalentemente su ospedalizzazioni non programmate, istituzionalizzazione e mortalità tra le persone anziane fragili.

Soddisfare le necessità delle persone con bisogni di assistenza complessi e non, richiede rapporti autentici e coerenti tra i professionisti, sanitari che non, e le famiglie e una comunicazione continua. L'attenzione a fattori non medici è altresì importante; tra questi troviamo la cultura, gli obiettivi personali e aspettative. Tutto ciò può anche fornire informazioni sulle preferenze di cura e sui livelli di impegno nel seguire il programma.

Questo tipo di modello di erogazione dell'assistenza, insieme alla mobilitazione dei necessari supporti sociali, può essere realizzato, a livello di organizzazione e politica, in modo più efficace con la formazione, le leve e gli incentivi appropriati.

La popolazione anziana è in continua crescita e le ricerche future dovrebbero prendere in grande considerazione questo fattore.

L'obiettivo primario dell'assistenza domiciliare integrata è quello di far rimanere il più a lungo possibile la persona anziana e fragile nel suo ambiente domestico.

Di fondamentale importanza è ricercare i fattori di rischio della fragilità e di conseguenza realizzare piani di assistenza per prevenire questa condizione. Sono davvero pochi gli articoli dove si parla di paziente fragile, di prevenzione e di miglioramento dell'assistenza da fornire a questo tipo di soggetti, e sono proprio questi gli obiettivi che la futura ricerca dovrebbe sostenere.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Besdine R. W., “Cambiamenti nell’organismo associati all’invecchiamento”, in www.msmanuals.com (ultima revisione luglio 2019)
2. Briggs AM, Valentijn PP, Thiyagarajan JA, Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open*. 2018 Apr 7;8(4):e021194.
3. Carpentiero R., Collemi C., Gambaretti M, *L’ICA in Hospice: misurazione della complessità assistenziale*, in “L’infermiere”, n° 2, 2017
4. Cegri F, Orfila F, Abellana RM, Pastor-Valero M. The impact of frailty on admission to home care services and nursing homes: eight-year follow-up of a community-dwelling, older adult, Spanish cohort. *BMC Geriatr*. 2020 Aug 6;20(1):281.
5. Chan DD, Tsou HH, Chang CB, Yang RS, Tsauo JY, Chen CY, Hsiao CF, Hsu YT, Chen CH, Chang SF, Hsiung CA, Kuo KN. Integrated care for geriatric frailty and sarcopenia: a randomized control trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2017 Feb;8(1):78-88.
6. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374:1196-208
7. Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 Gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015)”, Articolo 22 “Cure domiciliari”
8. Di Pollina L, Guessous I, Petoud V, Combescure C, Buchs B, Schaller P, Kossovsky M, Gaspoz JM. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatr*. 2017 Feb 14;17(1):53.
9. Ferrara N. e Corbi G., *Aspetti demografici ed epidemiologici dell’invecchiamento*, in “Atti della Accademia Lancisiana”, Vol. 51, n° 1, Gennaio – Marzo 2017
10. Gazzillo F., “*Nursing del paziente anziano*”, 2016
11. Giordano A., Rozzini R., Tabucchi M, *La fragilità nell’anziano: una prospettiva clinica*, in “Giornale di Gerontologia”, Vol. LV, suppl. 1 n° 6, Dicembre 2007

12. Giuliani G. C., *Valutazione MultiDimensionale (VMD) ed indicatori di outcome nel paziente anziano fragile: considerazioni generali ed osservazioni personali*, in www.medicalive.it (pubblicato 26 Marzo 2016)
13. *Guida nazionali per l'integrazione sociosanitaria AIDA* (2013), in www.projectaida.eu
14. Hendry A, Vanhecke E, Carriazo AM, López-Samaniego L, Espinosa JM, Sezgin D, O'Donovan M, Hammar T, Ferry P, Vella A, Bacaicoa OA, Braga M, Ciutan M, Velivasi A, Lamprini Koula M, Van der Heyden J, Liew A, O'Caomh R. Integrated Care Models for Managing and Preventing Frailty: A Systematic Review for the European Joint Action on Frailty Prevention (ADVANTAGE JA). *Transl Med UniSa*. 2019 Jan 6;19:5-10.
15. Istat, “*Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*”, 2020
16. *Item 17_Mutamenti fisiologici con l'età di organi ed apparati che contribuiscono alla riduzione delle riserve omeostatiche (omeostenosi)*, in Salvioli G., Senin U. (a cura di), *Manuale di Competenze in Geriatria*, in www.sigg.it
17. Khan N, Hewson D, Randhawa G. Effectiveness of integrated chronic care interventions for older people with different frailty levels: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2020 Sep 10;10(9):e038437.
18. Kuluski K, Ho JW, Hans PK, Nelson M. Community Care for People with Complex Care Needs: Bridging the Gap between Health and Social Care. *Int J Integr Care*. 2017 Jul 21;17(4):2.
19. *L'assistenza domiciliare*, in www.anzianievita.it , 4 Febbraio 2013
20. Lee DR, Santo EC, Lo JC, Ritterman Weintraub ML, Patton M, Gordon NP. Understanding functional and social risk characteristics of frail older adults: a cross-sectional survey study. *BMC Fam Pract*. 2018 Oct 19;19(1):170.
21. Liljas AEM, Brattström F, Burström B, Schön P, Agerholm J. Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People - A Systematic Review. *Int J Integr Care*. 2019 Jul 24;19(3):6.
22. Looman WM, Fabbrocetti IN, de Kuyper R, Huijsman R. The effects of a proactive integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a

- quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point. *BMC Geriatr.* 2016 Feb 15;16:43.
23. Lucisano F., *Igiene e cultura medico-sanitaria* (2014)
 24. Marengoni A. (2011), “*Epidemiologia dell’invecchiamento: fattori protettivi e di rischio associati alla longevità*”, in www.ferrero.com
 25. Ministero della Salute 15 Settembre 2016, “Piano Nazionale della Cronicità”
 26. Morkisch N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, van den Heuvel D, Rimmele M, Sieber CC, Freiberger E. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2020 Sep 11;20(1):345.
 27. NANDA International, *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazioni 2018-2020*, a cura di T. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Rozzano, Casa Editrice Ambrosiana, maggio 2018, undicesima edizione, pag. 32-42
 28. Pilotto A., Ferrucci L., *Verso una definitiva clinica della fragilità: utilità dell’approccio multidimensionale*, in “*Giornale di Gerontologia*”, Vol. LIX, n° 3, Giugno 2011
 29. Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E, Ayala AP, Roy A, Rodríguez Monforte M, Bergman H, McGilton K. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing.* 2017 May 1;46(3):383-392.
 30. Reiss-Brennan B, Brunisholz KD, Dredge C, Briot P, Grazier K, Wilcox A, Savitz L, James B. Association of Integrated Team-Based Care With Health Care Quality, Utilization, and Cost. *JAMA.* 2016 Aug 23-30;316(8):826-34.
 31. Robusto F, Bisceglia L, Petrarolo V, Avolio F, Graps E, Attolini E, Nacchiero E, Lepore V. The effects of the introduction of a chronic care model-based program on utilization of healthcare resources: the results of the Puglia care program. *BMC Health Serv Res.* 2018 May 25;18(1):377.
 32. Rodrigues RAP, Bueno AA, Casemiro FG, Cunha AND, Carvalho LPN, Almeida VC, Reis NAD, Seredynskyj FL. Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. *Rev Bras Enferm.* 2019 Nov;72(suppl 2):302-310. English, Portuguese.

33. Roffia R. Et al., Taddei A., Zani M., (2010) *La documentazione sanitaria e sociale in RSA. Assessorato alle Politiche Sociali e Sanitarie*, Materiali dell'Osservatorio Sociale, Quaderno 5. Tipografia Commerciale Cooperativa, Mantova. pp 34 –41
34. Ruikes FG, Zuidema SU, Akkermans RP, Assendelft WJ, Schers HJ, Koopmans RT. Multicomponent Program to Reduce Functional Decline in Frail Elderly People: A Cluster Controlled Trial. *J Am Board Fam Med.* 2016 Mar-Apr;29(2):209-17.
35. Spoorenberg SLW, Wynia K, Uittenbroek RJ, Kremer HPH, Reijneveld SA. Effects of a population-based, person-centred and integrated care service on health, wellbeing and self-management of community-living older adults: A randomised controlled trial on Embrace. *PLoS One.* 2018 Jan 19;13(1):e0190751.
36. Stojak Z, Jamiolkowski J, Marcinowicz L. Evaluation of the delivery of long-term at-home nursing care: An example of good practice. *J Clin Nurs.* 2019 Mar;28(5-6):775-780.
37. Vannini C., *Il paziente fragile*, in www.nurse24.it (pubblicato il 17 Gennaio 2020)
38. Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP. An integrated primary care approach for frail community-dwelling older persons: a step forward in improving the quality of care. *BMC Health Serv Res.* 2018 Jan 17;18(1):28.
39. www.animanziani.it
40. www.salute.gov.it
41. www.treccani.it
42. Yarnall AJ, Sayer AA, Clegg A, Rockwood K, Parker S, Hindle JV. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing.* 2017 Nov 1;46(6):882-888.
43. Zanolla M., *La progettazione terapeutica nelle strutture socio-sanitarie*, capitolo 2 “La valutazione multidimensionale VMD, Maggioli Editore, 2009