



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**PRESA IN CARICO  
DELL'ANZIANO FRAGILE**

Relatore:  
**Dott. Enrico Ceroni**

Tesi di Laurea di:  
**Riccardo Vitangeli**

Anno Accademico  
2020/2021

## Indice

<b>Introduzione</b> .....	3
<b>Capitolo 1-La sindrome di fragilità nell'anziano</b>	
1.1 definizione di fragilità e presa in carico dell'anziano .....	4
1.2 Le origini e la storia verso un percorso per definirla.....	4
1.3 Definizione clinica di fragilità e le relative caratteristiche .....	7
1.4 L'anziano tra fragilità e disabilità .....	8
1.5 Gli strumenti di diagnosi riferiti ai modelli concettuali proposti .....	9
1.6 La valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile .....	11
1.7 Linee guida per la Valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile.....	14
1.8 I principali strumenti di diagnosi di prima, seconda e terza generazione .....	16
1.9 La rete assistenziale come risposta ai bisogni dell'anziano fragile .....	23
1.10 Proposta di modelli innovativi per la presa in carico del paziente fragile ( Il progetto codice argento) .....	24
<b>Capitolo 2-L'assistenza infermieristica all'anziano fragile</b>	
2.1 I principali bisogni dell'anziano fragile e i relativi interventi infermieristici.....	27
2.2 L'educazione alla salute come strategia per la riabilitazione .....	31
2.3 La teoria del Self-Care applicata all'anziano fragile .....	33
Conclusioni .....	36
Bibliografia .....	37

## **Introduzione**

Quello che mi ha portato a discutere una tesi che parla della fragilità dell'anziano, è stata sicuramente l'esperienza durante i miei anni di tirocinio, dove, nella maggior parte dei reparti, ho fornito assistenza ad utenti con una fascia di età superiore ai 65 anni.

Questa tesi sviluppa i vari aspetti dell'invecchiamento, dove, i dati raccolti da varie fonti, riferiscono che ci sono stati notevoli cambiamenti negli ultimi anni, soprattutto quelli riguardanti l'aumento della vita media e l'incremento in percentuale di anziani ultraottantenni. Quindi, sono stati aggiunti molti anni di vita, ma come vengono vissuti questi anni? Qual è la qualità della vita che si raggiunge? Gli anziani spesso affrontano la vecchiaia tra disabilità e fragilità, infatti in questa tesi, il focus riguarda i vari aspetti della fragilità dell'anziano sia in ambito gerontologico che in quello psico-sociale. Con questo studio si riesce a dare una definizione di fragilità, valutare gli strumenti raccolti per una diagnosi preventiva, sviluppare le varie proposte assistenziali e di comprendere più chiaramente il ruolo che riveste l'infermiere quando si parla di anziano fragile. Questo studio termina con le possibili strategie di intervento che possono essere applicate nelle varie sfaccettature di fragilità per mantenere e migliorare i vari aspetti della vita nell'anziano: salute, psiche ed autosufficienza. Non basta aumentare la prospettiva di vita, quello che conta realmente è la qualità di come essa viene trascorsa.

## **CAPITOLO1: La sindrome di fragilità nell'anziano**

### **1.1 definizione di fragilità e presa in carico dell'anziano**

La parola fragile deriva dal latino “frangere” che significa facile a rompersi, nel processo di presa in carico dell’anziano l’infermiere utilizza un approccio sistematico di problem solving e decision making, questo metodo scientifico è caratterizzato da un processo logico, seguito da una sequenza di 6 fasi con lo scopo di individuare i problemi/bisogni e risolverli con le prestazioni assistenziali più idonee per ogni singolo caso.

Il processo di assistenza infermieristica è composto da 6 fasi:

1. Valutazione globale iniziale infermieristica, con narrazione e accertamento infermieristico (11 modelli funzionali GORDON);
2. Ragionamento diagnostico e diagnosi infermieristica (NANDA-1);
3. Pianificazione dei risultati di salute infermieristici (NOC);
4. Pianificazione degli interventi infermieristici e delle attività(NIC);
5. Gestione e attuazione delle prestazioni assistenziali infermieristiche(NIC e attività);
6. Verifica e valutazione dei risultati di salute assistenziali(NOC).

Per sviluppare un’assistenza personalizzata appropriata, efficace e di qualità è importante che il professionista infermiere abbia sviluppato abilità di pensiero critico e ragionamento diagnostico, seguito da solide conoscenze dei principi teorici su cui sono costituite le diagnosi infermieristiche e la metodologia della pianificazione(1).

### **1.2 Le origini e la storia verso un percorso per definirla**

Il termine di fragilità, riferito all'anziano, ha origine nel 1973 quando il Congresso americano istituisce il Federal Council on the Aging con il compito di formulare indicazioni e di programmare interventi in grado di dare risposte ad una nuova categoria di anziani, caratterizzata in quegli anni da povertà e abbandono(2). Nel 1974 il Federal Council on the Aging programma un gruppo di studio diretto dal Monsignor Charles Fahey che ha come tema centrale la fragilità dell'anziano.

Il termine Frail Elderly(3) istituito dallo stesso Fahey risponde alla necessità di un termine che rappresenti le condizioni di un gruppo di soggetti anziani le quali

caratteristiche principali sono la presenza di “disabilità fisica, compromissione affettiva e la mancanza di ambienti strutturalmente e socialmente favorevoli(4). Successivamente nel 1976 il termine “anziano fragile” compare per la prima volta in una intervista fatta al presidente della Federal Council on the Aging che lo identifica in “quelle persone che richiedono continuo supporto sociale a causa dell'accumulo di disabilità associate all'invecchiamento” specificando che i bisogni non sono necessariamente di natura economica ma di integrazione tra i servizi sanitari e sociali. Questo concetto viene percepito dalla comunità scientifica privo di originalità e anche la comunità geriatrica americana mostra uno scarso interesse. Solo negli anni 80 si ha inizio ad un insieme di studi e ricerche che ad oggi sono ancora in via di sviluppo rappresentando uno degli argomenti di maggiore interesse sia in ambito geriatrico che in altri campi della medicina. La letteratura ci fornisce di molteplici approcci del soggetto fragile. La prima proposta di standardizzazione risale al 1981 da Stolee e Rockwood ricercatori dell'università del Canada che definiscono indicatori di fragilità: la compromissione di una o più attività della vita quotidiana e/o delle funzioni cognitive e/o la percezione di una condizione di salute scadente(5). Contemporaneamente un contributo molto importante viene dato dai sociologi inglesi e statunitensi che evidenziano la mancanza del supporto sociale alle famiglie con soggetti over 75, dichiarando che si trattava di un fenomeno in crescente aumento e pone l'interesse su nuove metodologie di studio in modo da inquadrare correttamente le persone che hanno bisogno di servizi supplementari(6). Negli anni che seguono altri ricercatori e medici propongono delle definizioni di anziano fragile per poi arrivare al 1992 dove David Buchner e Edward Wagner del dipartimento dei servizi per la salute dell'università di Washington forniscono un contributo che rappresenta tutt'oggi una pietra miliare per la comprensione dei meccanismi fisiopatologici della fragilità, definendola “condizione caratterizzata da una ridotta riserva fisiologica, associata ad un'aumentata suscettibilità alla disabilità”(7). Sulla stessa linea di pensiero Brocklehurst nella IV edizione del trattato di Medicina Geriatrica e Gerontologia definisce l'anziano fragile un soggetto che pur avendo una ridotta riserva funzionale può vivere indipendentemente e bene in comunità. Se però stressato da una malattia, da un trauma o da fattori ambientali sfavorevoli, la capacità del soggetto di svolgere le attività basilari di vita quotidiana iniziano a sgretolarsi. L'inattività può compromettere la forza muscolare, così come la

flessibilità, l'equilibrio e la velocità di reazione e in queste circostanze anche un evento banale può determinare delle conseguenze funzionali portandolo così ad alto rischio di essere istituzionalizzato o quantomeno ad avere la necessità di un'assistenza intensa e continua(8). Brocklehurst quindi concettualmente immagina la fragilità come espressione di un labile equilibrio che può essere rotto. Bruchner, Wagner e Brocklehurst sono quindi i primi studiosi che vedono la fragilità come una condizione estremamente complessa. Nel 1993 a sostegno di questa tesi Linda P. Fried e Judith Kasper dell'università di Baltimora ed Evans J. William dell'università di Boston percepiscono la necessità di acquisire più conoscenze sulla fisiologia della fragilità e la necessità di un consenso della comunità geriatrica nell'utilizzo e nella attribuzione del termine "fragile". Il loro obiettivo è quello di formulare una definizione operativa di questa sindrome basata sull'utilizzo di parametri clinici, malattie acute, fratture, ospedalizzazioni ricorrenti, perdita di indipendenza funzionale ed istituzionalizzazione(9). Proprio per questo Linda P. Fried organizza a Baltimora una conferenza che tratta della fisiologia della fragilità dove emerge che "la fragilità è una sindrome clinica eterogenea caratterizzata da numerosi possibili sintomi tra i quali spiccano debolezza muscolare, paura di cadere, perdita di peso ed altri possibili sintomi da definire". Si ribadisce comunque che la disabilità, l'età avanzata o la presenza di più malattie non sembrano identificare, da sole o insieme, i soggetti fragili(10). Successivamente vengono posti diversi studi sui trattamenti della fragilità, definendone l'importanza nel processo di identificazione della popolazione anziana ad alto rischio, dando così ad esso la possibilità di beneficiare di programmi pubblici ed individuali rivolti al mantenimento della salute. Viene espresso poi chiaramente da Rockwood l'assenza di un metodo standardizzato per lo screening dei soggetti realmente fragili(11). Gli anni 90 si chiudono con la proposta di Linda P. Fried e Jeremy D. in un modello concettuale di fragilità che si identifica in una condizione di vulnerabilità associata all'età, risultato della compromissione delle riserve omeostatiche e della ridotta capacità dell'organismo di contrastare eventi stressanti, come conseguenza di un processo "a spirale" di progressivo declino energetico e delle riserve fisiologiche dei vari sistemi, di cui sono espressione diversi segni e sintomi tra quali debolezza, facile affaticamento, ridotto livello di attività, ridotto introito alimentare, sarcopenia, alterazioni dell'equilibrio, dell'andatura(12) ecc Sulla base di questa ipotesi ha inizio una nuova era

di studi e ricerche, il cui obiettivo è da una parte comprendere sempre più le basi biologiche ed i meccanismi fisiopatologici, dall'altra identificare un fenotipo clinico di cui quello proposto dal gruppo della Fried ha trovato la sua validazione negli anni successivi e nei vari ambiti di ricerca(13) Ad oggi nonostante siano passati 30 anni dall'inizio degli studi sulla fragilità questo argomento è rimasto di grande interesse sia nella medicina geriatrica che in quella psico-sociale. Questo coinvolgimento ha portato ad avere una ricca produzione scientifica, ma nonostante tutto questo non esiste ancora oggi una definizione univoca del termine e non sono stati ancora evidenziati gli strumenti specifici più efficienti per l'identificazione, il trattamento e la prevenzione che consentono di lavorare in maniera standardizzata.

### **1.3 Definizione clinica di fragilità e le relative caratteristiche**

La fragilità dell'anziano costituisce una vera e propria sfida per le organizzazioni sanitarie, sia per la rilevanza epidemiologica sia per le rilevanti implicazioni assistenziali ed economiche(14). Quando ci riferiamo ad un anziano geriatrico identificandolo come anziano fragile intendiamo quel soggetto che presenta più patologie e un decadimento dello stato fisico e psichico. Lo studio longitudinale ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging) del Progetto finalizzato Invecchiamento del CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche) ha dimostrato che, dopo i 75 anni di età, questa tipologia di soggetti presentano un decadimento in maniera esponenziale. Indipendentemente dall'interpretazione concettuale, da un punto di vista clinico oggi viene condivisa da diversi autori la definizione di fragilità come una sindrome biologica caratterizzata da una riduzione delle riserve e dalla resistenza agli stress, provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici(15) (16) che presenta determinate caratteristiche: età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, che assume polifarmacoterapia, e nel quale sono spesso coesistenti problematiche di tipo socio-economico, quali soprattutto solitudine e

povertà” I fattori implicati nella fragilità sono: presenza di alcune specifiche malattie. alterazione della continenza, alterazioni sensoriali, malnutrizione. Disfunzione cognitiva, stati confusionali, turbe comportamentali, depressione, precedenti psichiatrici, precaria percezione della qualità della vita, alterazioni della marcia, dell'equilibrio, delle ADL e delle IADL, solitudine, isolamento sociale, stress familiare, bassi livelli di scolarità e reddito. Sono un insieme di numerosi fattori che coinvolgono tutti gli aspetti della vita di un soggetto e attraverso lo studio individuale dell'anziano possono essere analizzati e utilizzati per effettuare una diagnosi preventiva che miri ai trattamenti specifici da mettere in atto. Le condizioni multifattoriali e il rapido deterioramento dello stato di salute espongono l'anziano fragile ad alto rischio di: cadute, infortuni, ospedalizzazione, morbilità acuta, disabilità, dipendenze, decadimento, istituzionalizzazione e morte. In sostanza la fragilità può essere spiegata come la condizione in cui la complessità del paziente se non trattata preventivamente diventa sfavorevole al proseguimento della vita in autonomia.

#### **1.4 L'anziano tra fragilità e disabilità.**

È molto importante distinguere il concetto di fragilità dalla disabilità perché i termini spesso si sovrappongono e tendono ad assumere lo stesso significato quando parliamo di un soggetto anziano fragile. Secondo la tesi di L. Fried, sostenuta dal Geriatra Niccolò Marchionni(17) Presidente della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e da altri ricercatori, il concetto di fragilità potrebbe essere assimilato ad una condizione di disabilità pre-clinica quindi non ancora tradotta in limitazioni funzionali delle attività di base o strumentali della vita quotidiana. Sostenendo questo concetto possiamo evidenziare che i pazienti fragili non sono disabili ma sono a rischio di disabilità. Identificando precocemente il soggetto pre-fragile (lieve) o con fragilità moderata è possibile attuare interventi pre-riabilitativi (preventivi, riabilitativi, educazionali, relazionali) da mettere in atto prima dell'insorgenza della fragilità avanzata che porta il soggetto ad alto rischio di disabilità. si evidenzia che identificando i soggetti fragili da sottoporre a trattamenti di “pre-riabilitazione” ai controlli mostravano un più basso e significativamente più basso sviluppo di disabilità e l'identificazione di una fragilità moderata o lieve. è quella che garantisce il massimo

successo dell'intervento rispetto a una fragilità più avanzata. Sostenendo questa tesi si evidenzia che è possibile prevenire una fragilità avanzata che porta ad un decadimento veloce del paziente anziano attraverso il riconoscimento di una pre- fragilità e quindi attuare di conseguenza interventi tesi al miglioramento della funzionalità di vita del paziente con azioni volte all'educazione e alla riabilitazione, attraverso l'utilizzo delle capacità residue che permette un prolungamento della vita in salute e non incorrere in uno stato di dipendenza. Quindi studiare, valutare e trattare l'area della fragilità & estremamente importante perché questa si espone ad un alto rischio di disabilità e se viene trattata in tempo può portare ad avere ottimi risultati in termini di mantenimento dell'autosufficienza dell'anziano. Nell'ambito dell'invecchiamento il termine utilizzato per descrivere la condizione di disabilità è quello di non autosufficiente e viene rappresentato da quella tipologia di soggetti che sono incapaci di eseguire le normali attività di vita quotidiana e il trattamento che ne consegue è la cura a differenza del soggetto fragile che presenta uno stato di instabilità psico-fisica e in questo caso possono essere applicate strategie per il mantenimento dello stato di salute che possono favorire un rallentamento del declino funzionale e favorire il mantenimento(18) o il recupero dell'indipendenza. Anche in termini di costi per la collettività e per la famiglia(19) l'anziano disabile richiede un maggiore supporto da parte della comunità attraverso la richiesta di cure e assistenza(20). Diagnosticare la fragilità preventivamente appare quindi fondamentale per ridurre gli effetti negativi dei fattori che ne conseguono e l'attenzione alla prevenzione è centralizzata a questi soggetti, perché ci permette di ridurre le cure, l'assistenza, il carico di lavoro e le relative spese che invece sono richiesti dai soggetti fragili/disabili che necessitano di essere "curati". Prevenire una fragilità avanzata quindi permette all'anziano di poter migliorare la qualità della vita e vivere più anni in salute.

### **1.5 Gli strumenti di diagnosi riferiti ai modelli concettuali proposti**

Da un punto di vista metodologico, vi sono due principali approcci allo studio della fragilità che riflettono fondamentalmente due modalità concettuali ed interpretative diverse della fragilità stessa. Il primo modello definito da Linda P. Fried(21) e Coll. afferma che la fragilità è una sindrome fisiopatologica definita dalla presenza di alcune

caratteristiche biologiche funzionali che ne identificano un fenotipo specifico. In base a questo modello la diagnosi di fragilità viene effettuata se sono presenti almeno tre delle seguenti caratteristiche:

1. perdita di peso non intenzionale;
2. astenia e facile stanchezza;
3. basso livello di attività fisica;
4. lenta velocità del cammino in un percorso di 4,5 metri;
5. ridotta forza muscolare della mano.

Se sono presenti 3 o più componenti il paziente anziano viene definito fragile, se sono presenti 1 o 2 componenti il paziente viene definito pre-fragile se non presenta nessuna componente il paziente è robusto. Una versione più breve di questo strumento si basa sullo studio di sole tre caratteristiche ed è stato successivamente validato e applicato nei contesti clinici(22). Mentre il secondo modello definito da Rockwoodo definisce la fragilità come un progressivo accumulo di deficit di natura funzionale e clinica che può essere misurato da un indice di fragilità che esprime quotidianamente il numero di tali deficit nel singolo individuo. In questo modello viene proposto come metodo di misurazione il Frailty Index che si basa sul calcolo dei deficit in scale che possono comprendere 70-item(23), 48item(24) anche 32-item(25).Le due metodologie di diagnosi a confronto evidenziano che in termini diagnostici il Frailty Index sembra offrire una definizione più precisa del rischio rispetto all'approccio basato sui cinque elementi che viene utilizzato nel primo modello(24).Ma emerge che i due strumenti identificano gruppi di soggetti fragili con caratteristiche diverse tra loro ed indicano che i diversi modelli concettuali catturano traiettorie differenti di fragilità nell'anziano(26). Pi fatto, nessuno di questi strumenti presentano caratteristiche valide nella pratica clinica,infatti recentemente viene segnalata un'ampia analisi sistemica sugli strumenti di valutazione della fragilità(27), e nessun metodo dimostra caratteristiche "clinimetriche",cioè una diagnosi corretta e veloce che indichi in modo appropriato il tipo di intervento ed una variabilità di rischio, del singolo individuo, che permetta di misurare d'effetto dell'intervento terapeutico e preventivo della fragilità.

## **1.6 La Valutazione Multidimensionale per una diagnosi preventiva**

In riferimento alle problematiche emerse per diagnosticare la fragilità oggi si fa riferimento a un nuovo modello concettuale in rapporto alla sua applicabilità nella pratica(28) nel quale la visione di questa sindrome viene indicata come una condizione integrata(29) e multidimensionale(30) in cui diverse dimensioni come quella biologica, funzionale, psicologica e sociale interagiscono tra loro determinando e caratterizzando la sindrome di fragilità in un individuo. Questo rappresenta il modello più significativo e completo perché comprende tutti gli aspetti di vita che coinvolge il soggetto. Si è pure osservato con studi prodotti da ricercatori italiani che un'effettiva integrazione socio-sanitaria, resa possibile dall'utilizzo di un team interdisciplinare (Unità Valutativa Geriatrica o UVG) e da strumenti di VMD, permette significativi vantaggi in termini di qualità di vita e, contemporaneamente, un abbattimento dei costi per una riduzione dell'ospedalizzazione impropria degli ultrasessantacinquenni(31). Da questi studi emerge che la valutazione multidimensionale (VMD), traduzione letterale di Comprehensive Geriatric Assessment(32), rappresenta il primo approccio di scelta per la diagnosi precoce della fragilità nell'anziano, in quanto verosimilmente definisce l'interazione tra le diverse "dimensioni"(33) oltre che strumento di cura e assistenza per gli anziani. Da un punto di vista operativo la VMD viene applicata al paziente attraverso delle scale di valutazione specifiche per ogni campo che si vuole esplorare quali: la disabilità funzionale, la cognitività, 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. Gli elementi a favore di queste scale per la VMD, cosiddetti strumenti di prima generazione è che sono metodi validati in differenti tipologie di soggetti anziani(34), semplici e rapidi nell'esecuzione, ampiamente diffusi e quindi confrontabili sia in ambito clinico che di ricerca. Il limite di questo strumento è che ogni scala è stata studiata e sviluppata per una singola area e per tanto per condurre a una completa VMD i diversi strumenti devono essere integrati tra di loro spesso con sovrapposizioni di item e di difficile comparazione dei risultati. L'introduzione di strumenti di seconda e terza generazione sicuramente hanno migliorato i criteri di applicazione della VMD in diverse tipologie di anziani ma tuttavia non sempre tali strumenti sono in grado di rendere agevole la loro applicazione in situazioni cliniche

dove è richiesta una rapidità nell'esecuzione per ottenere velocemente informazioni prognostiche utili alla gestione del paziente. La VMD comunque risulta essere l'approccio migliore perché consente di differenziare gli anziani a rischio di fragilità rispetto a quelli con una fragilità già in corso che può presentarsi a diversi livelli di severità ed il piano di intervento che ne deriva costituiscono gli strumenti più idonei per ottenere nell'anziano il rallentamento del declino funzionale, la riduzione della mortalità e il miglioramento dello stato di salute(35). Valutare l'anziano significa quindi misurare nel modo più oggettivo possibile, sia i parametri clinici, sia quelli psicologici che quelli sociali, che sono strettamente intrecciati tra loro e che si influenzano fin dai normali atti della vita quotidiana. La valutazione multidimensionale si preferisce perché offre un qualcosa in più: riesce a dare ascolto alla voce dell'anziano, al suo caregiver, alla sua famiglia, quando esistono e sono presenti, avvicinandosi sempre più alla persona. Attraverso la VMD si dovranno stabilire anche i bisogni educativi dell'anziano e del caregiver e la possibilità di poterli soddisfare precocemente. Tale metodo viene definito come un processo diagnostico a carattere preventivo che ci permette di identificare e spiegare i molteplici problemi dell'individuo e dove vengono valutate le sue limitazioni, le sue risorse, definite le sue necessità assistenziali, i suoi bisogni con l'intento di giungere a un piano di intervento che mira al miglioramento della prognosi e della qualità di vita del paziente(36). Per la buona riuscita della VMD deve corrispondere un intervento multi professionale, che integri le prestazioni specifiche di ciascun operatore. Tale team, viene denominato Unità Valutativa Geriatrica(37) (UVG) e si compone da diversi professionisti tra i quali: medico geriatra, infermiere professionale, assistente sociale, ai quali si affiancano inoltre il medico di medicina generale, ed ad altre figure professionali in base alle diverse problematiche e le necessità del soggetto. Questo permettere un lavoro di equipe condiviso e per la sua efficacia è necessario che:

- gli obiettivi siano chiari e condivisi da tutti gli operatori;
- nella definizione degli obiettivi venga messo i primo piano il benessere dell'anziano;
- i comportamenti del gruppo di lavoro abbia pari autorevolezza professionale e vengano a loro riconosciute le competenze specifiche;
- tutti i comportamenti possano esprimersi liberamente e con pari dignità;
- i comportamenti del gruppo siano soddisfatti, motivati, e maturino un forte senso di appartenenza ed un atteggiamento costruttivo;

- venga garantito un modello di comunicazione efficace tra tutti i membri del team, attraverso strumenti appropriati. Inoltre l'ambiente nel quale si svolgono le operazioni di diagnosi assume un ruolo centrale tanto da dover considerare i vari setting assistenziali come diversi scenari dove le valutazioni possono avere forme e contenuti diversi (ospedale, RSA, domicilio). Ogni VMD deve perseguire gli stessi obiettivi: identificare i bisogni, gestire la patologia evitando le recidive invalidanti, prevenire la transizione tra danno e disabilità, migliorare la qualità della vita, incoraggiare i pazienti e i loro familiari ad avere un ruolo attivo e integrare le cure mediche con le altre sfere della vita del paziente tutto ciò per permettere un miglioramento della vita e quindi invecchiare in salute. Tali intenti devono garantire la globalità dell'approccio e l'unità del progetto assistenziale. Si è evidenziato che un approccio multi professionale nella valutazione all'anziano fragile sia in grado di produrre risultati particolarmente incoraggianti in termini di riduzione della disabilità, di miglioramento della qualità della vita e di ottimizzazione del rapporto costo/beneficio(38). Non dovrebbero quindi più esistere dubbi sull'efficacia di tale metodologia, tenendo conto di come i migliori risultati siano stati ottenuti proprio in casi con elevata compromissione funzionale e in presenza di problemi clinici(39). Gli sforzi da mettere in atto attraverso le risorse attuali sono quelli di identificare preventivamente la fragilità(40), permettendo all'anziano di migliorare la sua vita e di ripristinare le risorse residue. Attraverso lo screening dell'anziano con procedure e strumenti confrontabili nelle varie realtà si può promuovere nella rete dei servizi una sorveglianza attiva e piani terapeutici speciali per la prevenzione degli eventi avversi che questa può comportare. In considerazione della polifattorialità della fragilità(41), o meglio delle fragilità età associate, tale screening deve necessariamente fondarsi sulla VMD che ci permette di identificare i soggetti a rischio di una fragilità avanzata e attuare interventi preventivi, educativi e riabilitativi che permettono al paziente di vivere in salute e non incorrere nel tempo ad un rischio di fragilità e/o disabilità che comporta ad una perdita dell'autonomia.

## **1.7 Linee guida per la Valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile**

Per permettere un lavoro di condivisione sono state realizzate delle linee guida(42) per la valutazione multidimensionale dell'anziano fragile nella rete dei servizi di assistenza continuativa. Si tratta di un Progetto Finalizzato sponsorizzato dal Ministero della Sanità che è frutto di una collaborazione tra il Laboratorio di Epidemiologia Clinica dell'INRCA di Firenze, la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria e la Società Italiana di Medicina Generale. La VMD è uno strumento guida per la valutazione dell'anziano nella rete dei servizi di assistenza continuativa, in grado di migliorare i percorsi e guidare le strategie assistenziali. La VMD, tuttavia, non esaurisce il suo significato in un ambito gestionale ma è anche uno straordinario strumento per promuovere l'identificazione dei problemi specifici della fragilità dell'anziano. Queste linee guida forniscono indicazioni sulle prove di efficacia della VMD nell'assistenza all'anziano "fragile" . Le linee guida si rivolgono a tutte le figure professionali sanitarie e sociali che a diverso titolo svolgono un ruolo nella cura e assistenza degli anziani fragili. Riferimenti delle linee guida(43) redatte per gli anziani fragili:

1. I problemi di salute dell'anziano rimangono spesso misconosciuti fino a quando raggiungono una gravità tale da divenire difficilmente reversibili. Per identificare precocemente i soggetti anziani fragili, quindi, la VMD deve essere utilizzata con sistematicità e non solo "a richiesta" (B).
- 2.La fragilità diviene frequente soprattutto al di sopra dei 75 anni. Un'elevata percentuale degli ultrasessantacinquenni entra in contatto con il medico di famiglia una o più volte ogni anno. E' verosimile, pertanto, che una VMD di screening eseguita in tali occasioni sia sufficiente ad identificare gran parte degli anziani a rischio (B).
- 3.Tuttavia, alcuni anziani fragili, per varie ragioni, non si recano mai dal medico e i sintomi della fragilità possono essere larvati o attribuiti dal soggetto stesso all'età e per questa categoria di anziani diventa indispensabile uno screening attivo, che presuppone l'attivazione di sistemi di monitoraggio mediante procedure specifiche(B).
4. Il MMG monitorizza lo stato di salute dei suoi assistiti ed identifica quelli che hanno bisogno della VMD. Questa attività presuppone una formazione specifica. Tuttavia, la valutazione e la realizzazione del piano individualizzato di assistenza (PAI), che

presuppongono competenze multidisciplinari (A), vanno effettuate attraverso la collaborazione tra MMG e UVG (C).

5. Fra gli ultrasettantacinquenni autonomi dovrebbero essere identificati quelli ad elevato rischio di decadimento fisico funzionale attraverso la valutazione delle loro prestazioni in test obiettivi di equilibrio e di cammino (B).

6. Devono essere identificati gli anziani con segni anche iniziali di decadimento cognitivo (ad esempio, punteggio al Mini Mental State Examination, corretto per età e scolarità,  $\leq 24$ ) (B) da sottoporre a valutazione specialistica ed, eventualmente, a VMD per confermare la diagnosi di demenza.

7. Devono essere identificati precocemente gli anziani con “sindromi geriatriche” (disabilità; cadute; episodi confusionali; incontinenza urinaria; depressione) o altri problemi frequenti in età geriatrica, quali i disturbi del sonno e la malnutrizione. Questi soggetti devono essere sottoposti a VMD, per la formulazione e la realizzazione del piano individuale di assistenza .

8. Devono essere identificate, negli anziani che tornano a domicilio dopo la dimissione dall'ospedale (A) o da altri servizi (es. RSA), le problematiche assistenziali e l'adeguatezza della rete di assistenza informale, al fine di garantire un'efficace continuità nella cura (A) da realizzare tramite interventi in assistenza domiciliare o in altri servizi di assistenza continuativa, coinvolgendo il personale della UVG nella gestione dei casi particolarmente complessi.

9. Devono essere identificate le situazioni familiari e sociali critiche (eventi stressanti, quali vedovanza o cambiamento di residenza; isolamento; povertà) che possono condizionare negativamente la salute e lo stato funzionale dell'anziano (B).

10. E' opportuno che, al momento di ammissione dell'anziano ad un servizio assistenziale (ADI; ospedale; RSA; ecc.), vengano notificate alla struttura accogliente tutte le problematiche preesistenti (C). L'efficacia dell'approccio multidimensionale, attraverso gli studi sulla VMD è stata applicata da personale infermieristico. Tuttavia, nella realtà italiana, solo il MMG ha un rapporto talmente capillare con gli utenti da poter svolgere efficacemente un ruolo di screening. Inoltre, nel nostro sistema sanitario, il MMG è il primo responsabile della salute dei suoi assistiti e, pertanto, è colui che attiva tutti gli interventi di prevenzione. L'introduzione nella pratica clinica quotidiana di strumenti di VMD di screening per l'identificazione degli anziani fragili dovrebbe

essere incoraggiata e menzionata nei rapporti convenzionali tra MMG e SSN in collaborazione con l'UVG. Questo documento va visto come una proposta di standardizzazione necessaria per passare dalla fase della discussione teorica a quella della sperimentazione sanitaria. Tutto ciò permette all'anziano di vivere pi a lungo e in salute e si associa a tutti quei benefici che la comunità può usufruire in associazione di una buona vecchiaia.

## **1.8 I principali strumenti di diagnosi di prima, seconda e terza generazione**

La VMD si è avvalsa fin dall'inizio da una gamma di scale di prima generazione che approfondivano una singola area o una specifica articolazione di essa, sufficientemente semplici e rapide nella somministrazione, in seguito si sono sviluppati strumenti multidimensionali di seconda e terza generazione comprendenti le diverse aree di interesse e basati su criteri più fini, capaci di pianificare la tipologia dell'assistenza e di valutare la congruità. Il processo di valutazione può consentire l'individuazione dello stato funzionale della persona anziana soltanto attraverso strumenti riconosciuti, standardizzati, i cui risultati, per essere definiti tali, devono essere ripetibili e confrontabili nel tempo e offrire un giudizio d'insieme rispetto a tutte le componenti presenti nella persona anziana. Tali strumenti possono essere importanti nell'aumentare la consapevolezza dello staff rispetto al rischio di alterazione del livello di autonomia. Il grado di attendibilità della valutazione deve essere inoltre fondato su basi scientifiche, ossia su strumenti di valutazione specifici. Attraverso l'individuazione di differenze numeriche significative, si cerca di ottenere una maggiore o minore frequenza di riferimenti anamnestici, nel complesso, consentono un inquadramento attendibile della persona. Gli strumenti più utilizzati e validati internazionalmente e che godono di evidenze scientifiche in ambito gerontologico e attualmente in vigore presso le principali unità operative geriatriche del nostro paese vengono descritti successivamente

## **Scale di prima generazione per la valutazione funzionale:**

1. **Basic Activities of Daily Living (BADL)**(44): è una scala per la valutazione delle attività di base della vita quotidiana. La scala si articola in 6 punti che fanno riferimento alla gerarchia delle attività più elementari della persona: nutrirsi, vestirsi, spostarsi, usare i servizi igienici, fare il bagno e il controllo degli sfinteri. Un punteggio da 0 a 2 ne determina, dipendenza totale; da 3 a 4, necessità di assistenza; da 5 a 6, indipendenza.

2. **Bartel Index**(45): è una scala che si compone di 10 item; valuta oltre che le attività considerate dalle BADL, anche la deambulazione, funzione di grande rilevanza per l'autonomia del soggetto. 'indice di Barthel rappresenta uno degli strumenti di valutazione della funzione fisica più noti, soprattutto in RSA, per la semplicità di somministrazione, la validità e l'affidabilità. Punteggio va da 0 dove il paziente risulta essere totalmente dipendente a 100 totalmente indipendente.

3. **Instrumental Activities of Daily Living (IADL)**(46): questa è una scala utilizzata per la funzionalità delle attività strumentali della vita quotidiana. Tiene conto quindi, di una gerarchia più elevata: usare il telefono, fare acquisti, cucinare, governare la casa, lavare la biancheria, usare i mezzi di trasporto, usare responsabilmente i farmaci, maneggiare il denaro. A differenza delle BADL, il risultato dipende dalla cultura, dall'organizzazione familiare, dal sesso, dalle abitudini di vita; quindi possiamo dire che rappresenta un indicatore parziale del livello funzionale. Il punteggio va da 0 completamente dipendente a 8 indipendente.

4. **Advanced Activity of Daily Living (AADL)**(47): valuta le capacità funzionali superiori, come eseguire lavori impegnativi, praticare una qualche forma di sport o di esercizio fisico, viaggiare, partecipare a gruppi religiosi o sociali ecc. Il punteggio quando è al massimo rappresenta una situazione ottimale; può valutare perdite in persone con funzionalità di grado elevato.

5. **Tinetti Balance and Gait Scale (Tbgs)**(48): è uno strumento utilizzato su scala mondiale per la valutazione dell'equilibrio e dell'andatura in soggetti anziani cognitivamente integri o affetti da demenza di grado lieve o moderato. La scala è di facile utilizzo e dimostrata un buon indice predittivo nel rischio di cadute. Composta da 17 item, si basa sull'osservazione del soggetto durante l'esecuzione di prove di tipo

motorio, dalla stazione eretta, seduta e nel girarsi, ai vari tipi di passo e traiettoria nel cammino. Il punteggio minore e uguale a 1 risulta non deambulante, da 2 a 19 è ad alto rischio di cadute, da 20 a 24 rischio intermedio di cadute e con un valore maggiore di 24 il rischio di cadute è basso.

**6. Physical Performance Test (PPT)(49):** valuta la prestazione del soggetto in compiti della vita quotidiana a diversi livelli di difficoltà. Composta da 7 item, che fa simulare i gesti del mangiare, indossare una giacca, collocare un libro su uno scaffale, prendere una moneta dal pavimento, scrivere una frase, percorrere 15 metri ad andatura normale. Il punteggio è compreso tra 0 e 28, maggiore è il punteggio, migliore è la prestazione.

### **Scale di prima generazione per la valutazione dello stato cognitivo affettivo:**

**1. Mini Mental State Examination (MMSE)(50):** è un test di screening ideato per rilevare il deterioramento cognitivo, valutarne quantitativamente la gravità e documentare le modificazioni nel tempo. In caso di punteggi bassi suggerisce il ricorso a ulteriori approfondimenti, dato che non è uno strumento sufficiente per porre diagnosi di demenza. È costituito da 13 item, tramite i quali vengono esplorate, con prove verbali e di performance, 7 funzioni cognitive differenti: orientamento nel tempo, orientamento nello spazio, registrazione di parole, attenzione e calcolo, rievocazione, linguaggio, prassia costruttiva. Il punteggio è compreso tra 0 e 30; da 24 a 30 assenza di deterioramento; da 10 a 23 deterioramento da lieve a moderato; da 0 a 9 deterioramento grave.

**2. Clinical Dementia Rating Scale (CDR)(51):** è una scala diffusamente utilizzata per la stadiazione clinica della demenza. Esplora 6 aree: memoria, orientamento, capacità di giudizio a risoluzione dei problemi, relazioni sociali, attività quotidiane e tempo libero, cura personale. Il punteggio: 0 assenza di deficit, 1 demenza lieve, 2 demenza moderata, 3 demenza grave, 4 demenza molto grave, 5 demenza terminale. Un punteggio di 0,5 viene assegnato in caso di demenza dubbia.

**3. Geriatric Depression Scale(GDS)(52):** questa è una delle scale più diffuse per la valutazione dei sintomi depressivi nell'anziano. Si compone di 30 item, con risposte di tipo binario (si/no). E' di facile utilizzo anche nei pazienti anziani con deficit cognitivo di grado lieve. Esiste una versione ridotta, a 15 item(53). Il punteggio va da 0 non depresso, a 30 gravità massima, con un cut-off individuato a 11 per la presenza di sintomi depressivi clinicamente rilevanti.

**Scale di prima generazione per la valutazione del comportamento:**

**1. Neuropsychiatric Inventory (NPI)(54):** valuta la frequenza e la gravità dei sintomi non cognitivi nella persona affetta da demenza attraverso un'intervista al caregiver, nonché l'impatto che essi hanno sullo stesso familiare (stress psicologico). Il suo impegno è utile in qualsiasi setting e per ogni livello di gravità del paziente. I domini indagati sono: deliri, allucinazioni, agitazione, depressione, ansia, euforia, apatia, disinibizione, irritabilità, attività motoria aberrante, disturbi del sonno, disturbi del comportamento alimentare. Il punteggio: ogni disturbo comportamentale è considerato lieve se il punteggio complessivo (frequenza per gravità) è compreso tra 1 e 4, moderato se compreso tra 5 e 8, grave se compreso tra 9 e 12. La somma dei punteggi delle diverse aree fornisce lo score totale (NPI punteggio totale massimo=14). L'entità dello stress del caregiver va da 0 (assente) a 5 (grave), il punteggio totale è costituito dalla somma dei singoli punteggi (NPI-D punteggio totale massimo=60).

**Scale di prima generazione per la valutazione dello stato nutrizionale:**

**1. Mini Nutritional Assessment(MNA)(55):**viene utilizzata per la valutazione nutrizionale nel paziente geriatrico nei vari setting assistenziali, raccomandato dalla European Society of Parenteral and Enteral Nutrition. E' un questionario a 18 domande ripartite in tre ambiti: antropometria, alimentazione, stato cognitivo e disabilità. Si compone in due parti, una prima di screening che valuta l'esistenza di uno stato di malnutrizione (punteggio minore di 11) e una seconda di assessment che indica l'entità della malnutrizione. Questa scala rappresenta alta sensibilità, specificità e affidabilità.

### **Scale di prima generazione per la valutazione del rischio da lesioni da decubito:**

**1. Scala di Norton(56):** è connotata da una estrema soggettività di compilazione, in quanto alcune variabili non sono osservabili in modo oggettivo. Inoltre non vi sono evidenze scientifiche che l'uso dello strumento determini una diminuzione di rischio. I parametri che vengono considerati sono: stato fisico generale, stato mentale, attività fisica, mobilità e incontinenza. Un punteggio maggiore di 18 presenta un rischio basso, da 14 a 18 il rischio è medio e un risultato minore di 10 il rischio è altissimo.

**2. Scala di Braden(57):** ha riportato i migliori risultati in particolare nei pazienti in RSA, in quanto si basa esclusivamente su parametri osservabili. Considera 6 indicatori: percezione sensoriale, umidità, attività motoria, nutrizione, frizione, scivolamento. Il punteggio da 17 a 23 il rischio è basso, da 6 a 16 il rischio è medio e minore di 6 il rischio è alto. Modificata con l'aggiunta di un ulteriore parametro per l'incontinenza, è stata adottata su scala europea come strumento ufficiale di valutazione dall'European Pressure Ulcer Advisory Panel(EPUAP).

### **Scale di prima generazione per la valutazione sociale:**

**1. Lubben Social Network Scale (LSNS)(58):** è un questionario composto da 10 item, è usato per misurare l'isolamento dell'anziano attraverso la percezione del supporto sociale ricevuto da familiari, amici e vicini. Ne esiste una versione abbreviata con 6 item(59). Il punteggio: da 0 a 19 supporto sociale scadente (isolamento); da 20 a 25 supporto sociale discreto; da 26 a 39 supporto sociale buono; maggiore di 40 supporto sociale ottimo. Scale di prima generazione per la valutazione della qualità di vita:

**1. SF-36 Health Survey (SF-36)(60):** questionario costituito da 36 item raggruppabili in 8 diversi domini: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo, dolore fisico, vitalità, attività sociali, salute mentale, stato di salute. Esiste una versione breve denominata SF-12 health survey(61).

### **Scale di prima generazione per la valutazione del dolore (Collett, 2007):**

**1. Scala visiva analogica (VAS):** metodo numerico semplice di valutazione che quantifica la percezione soggettiva su una linea, solitamente lunga 10 cm, da

un'estremità che indica l'assenza di dolore all'altra che rappresenta il peggiore dolore immaginabile.

**2. Scala di valutazione verbale (VRS):** definisce il dolore in base all'intensità: assente, lieve, fastidioso, penoso, orribile, atroce. Le scale verbali sono semplici da somministrare e preferite dai pazienti rispetto a quelle analogiche, visive o numeriche.

### **Scale di prima generazione per la valutazione della Comorbilità (Multi morbilità):**

**1. Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)(62):** è la scala più usata in ambito geriatrico, valuta le patologie presenti e il loro livello di gravità. Prevede una classificazione da 0 a 4. I domini considerati comprendono le malattie cardiache, vascolari, respiratorie, oculistiche, otorinolaringoiatriche, del tratto digestivo superiore e inferiore, epatiche, renali, dell'apparato genito-urinario, dell'apparato muscolo-scheletrico, endocrinologico, neurologiche, e psichiatriche. Esprime così due misure: l'indice di comorbilità e l'indice di gravità. In vari studi su pazienti geriatrici istituzionalizzati e non, la CIRS si è dimostrata un valido indicatore dello stato di salute, in grado di predire persino la durata della degenza ospedaliera e i tassi di re-ammissione, la scala presenta inoltre una correlazione con il rischio di istituzionalizzazione e di mortalità. Poi altre scale sempre sulla comorbilità sono la Charlson Comorbidity Index, Index of Coexistent Disease e la Kaplan-Feinstein Index (63).

### **Scale per la valutazione di seconda generazione:**

**1. Resident Assessment Instrument (RAI)(64):** è il complesso degli strumenti più noto, attraverso un Minimum Data Set, indaga le principali aree problematiche dei pazienti inseriti in programmi terapeutici nei vari setting assistenziali. Elaborato in origine da 80 esperti su indicazione del Congresso degli Stati Uniti d'America, in seguito alla legge OBRA del 1987, si poneva come obiettivo quello di migliorare il lavoro degli operatori sanitari e la qualità dell'assistenza all'interno delle residenze per anziani di quel paese. La valutazione dell'Anziano Ospite di Residenza (VAOR)(65) ne è

la traduzione e l'adattamento alla realtà italiana. In base allo specifico setting assistenziale sono stati definite: VAOR-RSA,VAOR-ADI,VAOR-ospedale, VAOR-Post-acuti. Lo strumento si compone di due parti una Scheda di Valutazione Elementare del Residente (SVER) e Sequenze di Identificazione dei Problemi(SIP).

### **Scale per la valutazione di terza generazione:**

Gli strumenti di terza generazione derivano dal lavoro di revisione dei precedenti e dall'armonizzazione degli item comuni a tutti gli strumenti e di quelli specifici solo per alcuni.

1. **Suite InterRAI(66):** largamente utilizzata in Italia, è costituita dall'InterRAI Contact Assessment, per lo screening di primo contatto da utilizzare a livello di Punto Unico di Accesso, dall'InterRAI-Long Term Facility (VAOR-RSA), dall'InterRAI-HAome Care (VAOR-ADI) Edall'InterRAI Palliative Care. Attraverso il sistema Atlante le informazioni sono gestite in rete. Le scale descritte,pur essendo strumenti scientifici riconosciuti,non devono essere sostituiti completamente alla capacità d'indagine del professionista, chiunque esso sia, e alla sua responsabilità nel raccogliere le informazioni su tutte le dimensioni della persona. I dati ottenuti, in fine,devono confluire in supporto specifico, ossia la cartella integrata multi professionale, che deve comprendere una valutazione clinico-infermieristica, l'anamnesi e l'esame obiettivo per i bisogni (per individuare lo stato cognitivo e funzionale,e per la definizione dei rischi). La sfida che dovremmo affrontare negli anni che verranno sarà quella di garantire un'assistenza continua, corretta e qualificata attraverso il riconoscimento dei soggetti a rischio di fragilità che aumenteranno con l'incremento della popolazione anziana e attuare interventi multidisciplinari di carattere preventivo,educativo, e riabilitativo per permettere più anni di vita in salute. Ad oggi questi strumenti risultano i più corretti per la diagnosi dell'anziano perché permettono di essere confrontati tra loro e si aggiunge alla valutazione strumentale un'anamnesi multidisciplinare che completa il quadro del paziente anziano,anziano/fragile, o anziano/disabile.

## **1.9 La rete assistenziale come risposta ai bisogni dell'anziano fragile**

Nei confronti di un paziente così complesso quale l'anziano fragile, la metodologia assistenziale proposta dalla medicina geriatrica(67) in risposta ai bisogni di questo soggetto, si basa essenzialmente su tre elementi fondamentali: i primi due sono stati sviluppati nei paragrafi precedenti e sono la valutazione multidimensionale che si ritiene essere ad oggi elemento di prima scelta per inquadrare il paziente e le relative singole problematiche, il lavoro di equipe dove i diversi operatori interagiscono per un lavoro di integrazione, mentre il terzo elemento è quello di assicurare un'assistenza continua. Queste necessità si rispecchiano in un modello assistenziale che viene proposto per l'anziano fragile ed è quello dell'Assistenza Continuativa (AC), concepito per favorire risposte continue(68) globali e flessibili nel tempo. E' un modello che è in grado di trattare il paziente attraverso una continuità assistenziale rispondendo in maniera qualitativamente adeguata ai bisogni di tale paziente. Si è anche dimostrato economicamente vantaggioso in quanto riduce l'ospedalizzazione impropria, il cosiddetto fenomeno delle dimissioni difficili, o dei letti bloccati e conseguentemente avviene la riduzione dei costi dell'assistenza ospedaliera che più di ogni altra cosa è indice della spesa sanitaria(69). I servizi e le strutture che costituiscono l'AC, sono organizzate in un modello "a rete". La rete integrata dei servizi geriatrici è una struttura preposta al coordinamento delle attività rivolte alla tutela della salute delle persone anziane e sono le strutture dove possono essere applicate le strategie preventive e di recupero della salute dei soggetti deboli. Questa rete ci permette di attivare una assistenza geriatrica continua con gli obiettivi di:

- valorizzare l'anziano in tutte le sue dimensioni e specificità,
- integrare l'anziano nel contesto sociale,
- prevenire le situazioni di bisogno,
- globalità e continuità nelle risposte ai bisogni,
- specificità delle azioni e dei servizi,
- corresponsabilizzazione dell'anziano e della sua famiglia.

Per far sì che l'AC, raggiunga gli obiettivi è indispensabile che:

- tutti i servizi e le strutture sia ospedaliere che territoriali utilizzino la stessa metodologia di lavoro attraverso la VMD

- tutti i servizi e le strutture siano in collegamento funzionale, anche attraverso una rete informata;
- esista un team operativo con il compito di elaborare il piano individualizzato di assistenza;
- il paziente venga indirizzato verso strutture e servizi previsti dal sistema a rete, è venga verificato il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Un programma di educazione sanitaria può realizzarsi con Successo solo se persone anziane vivono in ambiente favorevole sia sociale che di fiducia con le strutture che costituiscono la rete integrata dei servizi geriatrici. In ambito di questi setting devono essere applicate strategie che permettano il miglioramento della qualità di vita dei pazienti attraverso la ripresa in autonomia, attraverso il controllo dei fattori di rischio e attraverso l'applicazione di diagnosi precoci e screening mirati. Nonostante i buoni propositi di questa assistenza continua nel nostro paese spesso si preferisce curare la malattia quando questa si manifesta con inadeguata attenzione a quelle patologie cronico - degenerative, ancora poco considerate. Una popolazione come quella degli anziani richiede trattamenti continuativi che integrino l'intervento sanitario con quello assistenziale che ha sempre provocato in Italia un ritardo nelle reali politiche assistenziali(70). Attuare interventi di screening per la fragilità degli anziani si mostra essere la strategia più appropriata per migliorare la vita del paziente e invecchiare bene attraverso il mantenimento della propria autonomia. Negli anni si stanno sviluppando progetti per il miglioramento della qualità dell'assistenza continua come viene proposto dallo studio sperimentale "Progetto Codice Argento" che è in via di Sviluppo e diretto dall'Università del Sacro Cuore di Roma.

### **1.10 Proposta di modelli innovativi per la presa in carico del paziente fragile (Il Progetto Codice Argento)**

per l'anziano la salute significa principalmente autonomia, e questa può anche sussistere in presenza di malattia. Gli anziani hanno bisogno di risposte flessibili e specifiche che tengono conto della loro diversità ed attraverso le quali il comparto sociale e quello sanitario possono interagire continuamente in modo da assicurare un tragitto assistenziale opportunamente programmato. Le esperienze nazionali ed internazionali

suggeriscono programmi integrati di intervento socio-sanitario a domicilio incentrati sul modello del “case management” e cioè attraverso un “angelo custode”, una figura professionale esperta nella valutazione del bisogno dell'anziano fragile che assicuri l'effettiva erogazione del servizio necessario. L'attuazione del case management dimostra una riduzione dei ricoveri impropri e un impatto sulla riduzione dei costi sociali e sanitari. Il progetto che si propone “Progetto Codice Argento”(71) è in via di sperimentazione e ha l'obiettivo di identificare i percorsi assistenziali che siano in grado di ampliare la qualità dell'assistenza a favore degli anziani fragili e si sviluppa in tre sottogruppi che comprendono:

1. Realizzazione del curriculum formativo per coordinatore del caso-case management, nell'ambito della rete integrata dei servizi a favore dell'anziano fragile;
2. Realizzazione di un codice argento per il triage di pronto soccorso all'anziano fragile e valutazione del suo impatto sulla qualità della vita;
3. Sperimentazione di una modalità innovativa di assistenza nell'ambito della rete dei servizi per l'anziano fragile.

Nel primo sottogruppo il coordinatore, figura specializzata nella valutazione del bisogno rappresenta una figura professionale emergente nello scenario assistenziale italiano e dovrà essere adeguatamente formato sui principi del case- management e sulla valutazione multidimensionale geriatrica. L'importanza di questa figura ha trovato la sua efficacia negli Stati Uniti e in altri paesi Europei. Il coordinatore del caso assumerà un ruolo centrale nella gestione dell'anziano fragile e/o a rischio di disabilità, valutando attraverso le metodologie più moderne (scale di valutazione di seconda e terza generazione).

Il secondo sottogruppo ci parla della necessità di acquisire un nuovo codice geriatrico, Codice Argento in Pronto Soccorso che permetta un'immediata identificazione dell'anziano fragile. Nel triage di pronto soccorso ci sono i codici bianchi, gialli, verdi e rossi per segnalare rapidamente all'equipe di Pronto soccorso l'urgenza del caso. Tuttavia, in questi sistemi di codifica, le caratteristiche di fragilità, complessità ed instabilità, che sono proprie dell'anziano fragile e che lo rendono particolarmente esposto agli eventi avversi, non sono mai registrate e quindi mai pesate ai fini di una valutazione di efficacia. E' per questo motivo che si ritiene necessario sperimentare un codice argento che non sia solo basato sulla diagnosi di malattia e sulla

gravità dell'evento acuto, ma che al tempo stesso prenda in considerazione quegli aspetti di fragilità che sono propri della popolazione anziana. Il terzo sottogruppo sperimenta di identificare e valutare l'efficacia in termini di costo-beneficio di un percorso di assistenza per l'accesso all'anziano fragile alla rete dei servizi e l'integrazione tra ospedale e territorio. L'obiettivo finale di questo progetto è di dimostrare come ottimizzando il percorso assistenziale al momento dell'ingresso all'ospedale con il codice argento e successivamente alla dimissione in ospedale e all'interno dei servizi territoriali con il case-management, sia possibile migliorare la qualità della vita dell'anziano fragile e al tempo stesso ridurre la spesa sanitaria. Per questo studio vengono arruolati soggetti di età uguale e superiore a 70 anni eletti al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata dei Distretti appartenenti alle ASL delle Regioni coinvolte nel progetto che sono Veneto, Toscana, Sicilia e Lazio. Tutti i pazienti vengono valutati all'inizio e dopo un anno con la scheda di valutazione multidimensionale inter RAI-Home. L'inter RAI-Home è uno strumento di terza generazione descritto anche precedentemente che valuta le informazioni personali, demografiche, sfera cognitiva, comunicazione, problemi di umori e comportamenti, stato sociale, supporto informale, funzione fisica, continenza fecale e urinaria, diagnosi cliniche, condizioni di salute e misure di medicina preventiva, idratazione, igiene orale, condizione della cute, valutazione ambientale, consumo di farmaci. Gli stessi soggetti vengono valutati dal personale che non si occupa della sperimentazione con scale in uso nelle ASL e poi vengono confrontati per verificare gli out come descritti. Il progetto ha preso il via nei primi mesi di novembre del 2009 ed è ancora in fase di sperimentazione. Ad un anno dal suo inizio i risultati sembrano essere positivi perché dai dati raccolti si può evidenziare la riduzione delle ospedalizzazioni improprie e la riduzione della disabilità nell'anziano(72) e ne consegue un miglioramento della salute in vecchiaia.

## **CAPITOLO 2: L'assistenza infermieristica all'anziano fragile**

### **2.1 principali bisogni dell'anziano fragile e i relativi interventi infermieristici**

Migliorare la qualità di vita vuol dire capire i bisogni, soddisfarli, o quanto meno incominciare a rispondervi in maniera adeguata. Lo stato di salute di un uomo è determinato da tre domini: la salute fisica, il benessere socio-ambientale e quello psico-affettivo. Questi domini intercorrono tra loro diversamente a determinare, secondo l'OMS, la nuova definizione di salute che viene intesa come benessere bio-psico-sociale. E' evidente che nell'anziano fragile i bisogni di salute che intercorrono per uno stato di benessere sono quelli che interagiscono su queste tre direzioni ma con l'avanzare degli anni le persone cambiano e la crescita e i mutamenti della natura dinamica portano ad un cambiamento dei bisogni e delle necessità. Questi cambiamenti possono avere delle modificazioni quotidiane e quando parliamo di un individuo così complesso come l'anziano fragile subentrano bisogni che possono interagire l'uno con l'altro. Sono bisogni a livello biologico, clinico, a livello psicologico, funzionale e sociale che intercorrono tra loro per un invecchiamento sano. Di seguito vengono riportati i principali bisogni dell'anziano ai quali l'infermiere interviene attraverso atti preventivi, educativi e riabilitativi per permettere il loro soddisfacimento e una riduzione del rischio di perdita funzionale. Alimentazione: nei paesi economicamente avanzati, la malnutrizione proteico energetica (PEM) si manifesta quasi esclusivamente nella popolazione senile. Tale condizione è determinata da cause organiche, o da fattori di natura psicologica, sociale e culturale e può indurre un incremento significativo della morbilità e della mortalità: già da tempo, infatti, è stato osservato che la malnutrizione costituisce un fattore predittivo rilevante per la sindrome di fragilità nell'anziano. Un altro fattore che influenza non poco questo bisogno è rappresentato dalla masticazione, si è visto che in età senile si tende trascurare il trattamento di eventuali, probabili patologie orali. Per l'infermiere l'utilizzo dell'MNA risulta indispensabile per ottenere informazioni riguardanti la dieta, all'apporto di liquidi, alla capacità di alimentarsi, all'auto percezione dello stato di salute e di nutrizione. Ciò contribuisce alla rimozione delle cause di malnutrizione e al miglioramento dello stato nutrizionale. Per intervenire efficacemente sulla condizione dei pazienti, l'azione educativa assume un ruolo

significativo nella gestione alimentare della persona fragile. L'infermiere coinvolge l'anziano e la famiglia inserita nei vari contesti assistenziali, attraverso strategie comunicative di consulenza e di supporto motivazionale adeguate alle caratteristiche della persona, al fine di accertare, e modificare abitudini e comportamenti non adeguati(73) Igiene personale: nelle persone anziane è molto frequente riscontrare alterazioni in merito al fabbisogno di igiene. Un principale fattore predisponente è rappresentato dalle condizioni socioeconomiche. Un altro fattore da non sottovalutare, è rappresentato dall'ospedalizzazione. La scarsa igiene perineale che si associa a problemi della minzione e ad incontinenza urinaria, in generale si associa all'avanzare dell'età, aumentando l'incidenza delle infezioni urinarie (IVU). Al rischio di infezione l'infermiere deve rispondere a misure di igiene generale preventive e con il buon senso per la salvaguardia del rischio di infezione. Scorrette abitudini all'igiene orale, finisce per ripercuotere sugli altri bisogni (nutrizione e qualità della vita in generale) in modo importante sarà utile, in questo senso, implementare linee guida per la gestione delle cure orali dell'anziano. L'approccio all'anziano fragile, sta in quegli insieme di gesti e di atteggiamenti che sono acquisibili con l'esperienza, ossia nel saper privilegiare la qualità del contatto con il corpo della persona, consentendola di conservare l'autostima e di sentirsi bene nella propria pelle. La cura dell'igiene personale, deve coniugarsi con il rispetto e l'aiuto del' anziano a sentirsi protagonista delle proprie scelte, nel rispetto della sua abitudine e dei familiari che vivono con lui(74). Attività fisica: il grado di attività fisica è il migliore indicatore della potenziale durata di vita. La presenza di patologie croniche come l'alta pressione, il diabete o il colesterolo condiziona fortemente l'attività fisica e, di conseguenza, influisce sul benessere generale. Alcuni studi dimostrano che periodi di degenza di almeno 7 giorni determinano un indebolimento causato dalla perdita di massa muscolare. La principale condizione che porta a situazioni di importante compromissione di questo bisogno, è rappresentata dalla conseguenza dell'osteoporosi. Il carattere cronico di questa condizione viene rappresentato soprattutto dal dolore e dall'immobilità che può fortemente condizionare il morale della persona anziana. La valutazione è volta non soltanto ad individuare il grado di bisogno specifico, ma anche le ripercussioni sugli altri bisogni e sulla dimensione psicologica, nella maggior parte dei casi interessata in modo importante. Le responsabilità infermieristiche in merito sono notevoli, in quanto eroga prevenzione dei

rischi e della sorveglianza delle complicanze. La prevenzione in questo senso, è volta all'attività fisica e a evitare l'immobilità e la prolungata permanenza a letto: un programma assistenziale multidisciplinare, e ben attuato, porta ad un recupero, ad un prolungamento del benessere e alla riduzione del rischio di cadute(75). L'assistenza infermieristica all'anziano a rischio di alterazione del bisogno, sia in ambito domiciliare che protetto, sarà quindi rivolta alla promozione dell'attività fisica attraverso l'incoraggiamento dell'attività motoria e della deambulazione in particolare la promozione di un uso corretto della meccanica del corpo, l'assunzione di un buon portamento e la promozione di un'attività di carico e sollevamento pesi giornaliero, adeguato alle capacità(76) della singola persona. Riposo e sonno: i processi di invecchiamento sono solitamente accompagnati da alterazioni della micro e macro struttura del sonno. Alcuni studi dimostrano che dopo i 65 anni il 25% della popolazione anziana presenta quotidianamente alterazioni di questo bisogno; tra i sintomi più frequenti si osserva un sonno troppo breve, di scarsa qualità, o un sonno troppo leggero, numerosi risvegli notturni e risvegli la mattina presto. La frequenza di questi disturbi direttamente correlata all'età del paziente. Le alterazioni del bisogno di sonno e riposo che si verificano in età senile, in termini di frammentazione finiscono per ripercuotere sulla qualità della vita in generale, in quanto vengono meno i Processi ristorativi legati ad esso, l'aumento della sonnolenza diurna, l'aumento della tendenza ad addormentarsi in orari diurni e il peggioramento di diverse funzioni cognitive e comportamentali, quali l'attenzione, la memoria(77) ecc. Tra le regole più semplici in letteratura vengono individuati: il mantenimento degli orari veglia-sonno regolari, limitare il tempo passato a letto, pasti sempre alla stessa ora, evitare alcol e caffeina la sera, promuovere un ambiente tranquillo per il riposo, stimolazione sociale e familiare, avere sempre un contatto temporale, l'esposizione massimale alla luce esterna, esercizio fisico regolare. A sostegno di queste attività l'utilizzo di un diario del sonno consente all'anziano di oggettivizzare i problemi e i risultati(78). integrità cognitiva e psicologica: nei pazienti anziani che presentano alterazioni cognitive e psicologiche, la presenza di almeno 4 patologie risulta percentualmente più elevata rispetto ai soggetti che non presentano disturbi di questo tipo(79). In termini di problemi il grado di disabilità rappresenta un fattore di rischio per la fragilità dell'anziano, perché predispone alla comparsa di lesioni da decubito, incontinenza, cadute, fratture, malnutrizione, disidratazione ecc. Queste

problematiche richiedono la massima attenzione, in quanto la diffusione delle demenze risulta ad oggi in forte crescita. In termini psico-comportamentali, i disturbi dell'integrità cognitiva e psicologica rappresentano la principale causa di istituzionalizzazione delle persone affette da demenza con effetti negativi sulla qualità della vita del paziente e dei caregivers(80). La loro presenza comporta inoltre un maggior impegno per l'infermiere e un impatto sfavorevole sul management dell'anziano, causando stress ai caregivers ed influenzando negativamente sia la qualità di assistenza e la scelta del trattamento(81).

**Respirazione:** la condizione di dipendenza verso il bisogno, origina spesso da infezioni alle vie respiratorie, i fattori che vanno a determinare una maggiore suscettibilità possono essere alterazioni dello stato cognitivo, allettamento, malnutrizione, cattiva igiene orale e ospedalizzazione. Su base epidemiologica le polmoniti vengono classificate nosocomiali ovvero “acquisite in comunità”. Numerosi studi vedono la prevenzione(82), in particolare in quella comunitaria, un fattore essenziale nella gestione del bisogno insieme agli aspetti nutrizionali, e un'attenzione primaria deve essere riservata alla vaccinazione antinfluenzale e da quella pneumococcica. L'azione più efficace, in questo senso, si esprime attraverso campagne di sensibilizzazione e vaccinazione rivolta ad una popolazione fortemente a rischio, in quanto “fragile”; diversi studi hanno infatti dimostrato come le campagne di vaccinazioni riducano il rischio di dipendenza.

malattia tipicamente senile che compromette questo bisogno, è rappresentata dalla BPCO. In Italia rappresenta la quarta causa di malattia cronica. L'importanza della prevenzione, attraverso azione capillare di informazione e sensibilizzazione volta ad accrescere la conoscenza della malattia da parte dell'anziano e della famiglia; del controllo, attraverso attività di screening sugli anziani fumatori; della garanzia di percorsi ottimali per la diagnosi, il trattamento attraverso l'educazione, la riabilitazione e l'assistenza.

**Eliminazione:** una parte della letteratura individuata in merito al fabbisogno di eliminare, si riferisce al problema delle infezioni, che nell'anziano fragile assumono una connotazione particolare andando ad incidere pesantemente sulla salute e anche sugli aumentati costi in caso di degenza e nella gestione domiciliare. Le infezioni dell'apparato genito-urinario sono le più frequenti dopo quelle respiratorie. Un significativo numero di infezioni a carico dell'apparato genito-urinario è correlato all'inserimento dei cateteri urinari, infatti il rischio in questi casi è dato soprattutto

dall'inadeguato utilizzo dei cateteri, da metodiche scorrette e dalla loro mancata rimozione nel più breve tempo possibile(83). Un problema correlato a questo bisogno e considerato normale ed inevitabile dell'invecchiamento e della condizione di fragilità, è rappresentato dall'incontinenza urinaria. Può essere definita come la perdita involontaria di urina, obiettivamente dimostrabile, viene a costituire un problema igienico-sociale e socio-economico in quanto spesso si associa a dermatiti, ulcere da decubito, infezioni alle vie urinarie ed problemi renali. Questo comporta, per chi ne soffre, un importante disagio sociale. L'approccio all'incontinenza parte dal presupposto che non si tratta di un normale disturbo legato all'invecchiamento ma di un problema che, se trattato, può essere risolto. In questo senso risulta fondamentale una valutazione multidimensionale nell'assessment dell'incontinenza, che prevede una valutazione specifica ma anche funzionale, cognitiva, della comorbidità e della severità della condizione clinica(84). In termini operativi a livello infermieristico, nella risoluzione dell'incontinenza sono rappresentate dalla volontà della persona anziana a migliorare la propria condizione e dalla presenza del caregiver. Deve essere presente un percorso riabilitativo, attraverso terapie comportamentali con lo scopo di aiutare la persona a riacquisire il recupero dello stimolo della minzione. L'anziano fragile presenta una serie di bisogni che spesso sono disattesi, attraverso atti preventivi, educativi e riabilitativi in ambito infermieristico e non solo è possibile migliorare la qualità della vita del paziente e ridurre il rischio di eventi che portano l'anziano ad un peggioramento delle condizioni di vita promuovendo gli aspetti che portano ad un buon invecchiamento.

## **2.2 L'educazione alla salute come strategia per la riabilitazione dell'anziano fragile**

La presenza infermieristica nella rilevazione e nel soddisfacimento dei bisogni nell'anziano è di estrema rilevanza sia in ambito ospedaliero che sul territorio, garantendo una continuità(85) assistenziale e contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali, attraverso la gestione di strumenti informativi. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori. L'infermiere oltre a essere responsabile dell'assistenza generale(86) svolge attività preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa di natura tecnica, relazionale ed educativa. L'assistenza infermieristica

fonda il suo lavoro proprio sull'aspetto dell'educazione perché questo consente un mantenimento delle attività di vita anche in presenza di situazioni che possono alterarla. È necessario orientare l'anziano verso il Self-Care che avviene attraverso una buona educazione alla salute, in modo che il soggetto re-impari a gestire le proprie risorse, tenendo conto, più che dei limiti, delle risorse disponibili a livello personale. L'attuazione di interventi educativi stabilisce una relazione di aiuto finalizzata al sostegno della persona e della sua famiglia con lo scopo di istruire i soggetti interessati ad apprendere abilità di auto assistenza e di recupero del benessere. Attraverso una valutazione preventiva del fabbisogno educativo e monitorando l'aderenza del progetto che ne consegue si raggiunge un percorso educativo efficace ed efficiente. L'educazione alla salute intesa come apprendimento e assunzione di modi comportamentali, riveste un'importanza strategica in riferimento al processo di invecchiamento e alla gestione dell'instabilità dell'anziano. La prevenzione utilizza l'educazione alla salute, attraverso la diffusione della conoscenza dei fattori di rischio di patologie croniche o situazioni pericolose che possono condurre a fragilità e/o alla disabilità in età senile. Tale tipologia di progetti educativi dovrebbero, naturalmente, trovare applicazione nelle età che precedono la vecchiaia(87) ma anche in quei soggetti di età avanzata è possibile applicare comunque strategie di intervento che possono essere messe in atto per il mantenimento o per il recuperare del benessere. Dalla letteratura scientifica è possibile evidenziare la correlazione positiva fra longevità e abitudini di vita quali in particolare: corretti comportamenti alimentari, una buona attività fisica, l'astenersi dal fumo e dall'alcol e in ambito dell'assistenza infermieristica si evidenzia che l'infermiere promuove stili di vita sani(88), la diffusione del valore della cultura, della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. Per un'efficace azione preventiva, l'educazione in tal senso deve condurre ad un aumento della conoscenza e a un cambiamento del comportamento delle persone in relazione ai problemi di salute legati all'invecchiamento. L'educazione della persona anziana è un processo complesso, difficile e graduale in quanto ha l'obiettivo di cambiare comportamenti che spesso sono profondamente radicati nella storia e nell'individualità delle singole persone. L'educazione alla salute è da intendersi come un processo continuo e incentrato all'utente. La persona anziana, oltre a trovarsi con maggiore frequenza in una situazione di convivenza con la patologia cronica, sempre più frequentemente viene a trovarsi in

una aumentata fragilità determinata dalla presenza di patologie multiple, talvolta complicata da problematiche di tipo socio-economico. L'aumentato rischio può evolversi rapidamente in problematiche disabilitanti per tanto è importante un impegno assistenziale continuo e multidisciplinare. L'educazione alla salute tende a rendere la persona anziana più autonoma, facendola appropriare delle competenze necessarie a gestire cambiamenti nei comportamenti con lo scopo di supporto offrono un contributo importante all'anziano nella gestione di queste situazioni, anche se rimane importante mantenere la centralità della persona anziana coinvolta in un determinato percorso. La persona anziana rimane il soggetto primario del processo di educazione. L'età avanzata non implica necessariamente difficoltà di apprendimento, è importante condurre la persona allo sviluppo delle potenzialità e delle responsabilità nella gestione della propria salute per un buon mantenimento. L'infermiere ha come missione primaria quella del prendersi cura della persona in logica olistica, considerando l'ambiente e il contesto sociale. L'infermiere presta la sua assistenza creando una relazione empatica e di fiducia, orientando la sua azione al bene dell'assistito, attivandone le risorse e sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia soprattutto quando quest'ultimo vive momenti difficili, diviene più fragile e quindi più bisognoso di aiuto e Sostegno(89)

### **2.3 La teoria del Self-Care applicata all'anziano fragile**

La disciplina infermieristica è fondata su modelli teorici e tra tutte le teorie del nursing prendiamo come riferimento il modello di Dorothea Orem che si sviluppa sull'importanza del Self-Care(88). La teoria dell'inadeguata cura di sé si sviluppa in tre sistemi:

1. Teoria dell'Autoassistenza (descrive e spiega la cura di sé).
2. Teoria della Mancanza dell'Autoassistenza (descrive e spiega perché le persone possono essere aiutate attraverso il Nursing).
3. Teoria dei Sistemi Infermieristici (descrive e spiega le relazioni che si devono determinare e mantenere affinché si produca il Nursing).

#### **1. LA TEORIA DELL'AUTOASSISTENZA**

La cura di sé è il contributo continuo di un adulto alla propria esistenza, alla propria salute e al proprio benessere ed è la pratica delle attività che gli individui intraprendono

ed eseguono per raggiungere un ottimale equilibrio di salute psico-fisica. I requisiti della cura del sé sono azioni necessarie nella regolazione del funzionamento e dello sviluppo umano. Sono identificati tre tipi di requisiti di cura del sé:

- Universali: comuni a tutti gli esseri umani.
- Di sviluppo: associati ai vari stadi dello sviluppo vitale.
- In condizione di deviazione da uno stato di salute: deviazioni strutturali, funzionali, misure diagnostiche e terapeutiche.

## 2. LA TEORIA DELLA MANCANZA DELL'AUTOASSISTENZA

Gli individui sperimentano la mancanza dell'auto assistenza quando non sono in grado di curare se stessi. Le persone possono trarre beneficio dal nursing quando sono soggette a limitazioni collegate allo stato di salute che le rendono incapaci di una continua auto assistenza o di un'assistenza dipendente o l'assistenza che mettono in atto è inefficace o incompleta. In queste situazioni è individuata la necessità di un intervento di auto assistenza terapeutica che rappresenta la somma delle misure di cura necessarie per soddisfare tutti i requisiti legati alla cura del sé. I fattori interni ed esterni che influenzano la qualità della cura del sé sono: età, sesso, stadio di sviluppo, condizioni di salute, orientamento socio-culturale, fattori del sistema di cura sanitaria, fattori del sistema familiare, modello di vita, fattori ambientali, disponibilità ed adeguatezza delle risorse. La Orem parla di prevenzione, argomento strettamente correlato all'assistenza ed individua tre livelli di prevenzione nella cura della salute:

1. Primaria: prima dell'insorgenza della malattia.
2. Secondaria: subito dopo l'insorgenza della malattia.
3. Terziaria: recupero e riabilitazione.

Nel contesto della prevenzione terziaria si fonda la "educazione terapeutica" come attività infermieristica, che permette ai clienti di acquisire e conservare le capacità e le competenze che li aiutino a vivere in maniera ottimale.

## 3. LA TEORIA DEI SISTEMI INFERMIERISTICI

La Orem evidenzia il ruolo infermieristico nella società in rapporto alla capacità dell'uomo di autogestire la propria salute sostenendo che ogni individuo in buona salute

ha la capacità di prendersi cura di sé, ovvero è in grado di svolgere autonomamente tutte quelle azioni che gli permettono di tutelare il proprio stato di salute. Tuttavia esistono diversi fattori che possono far sì che l'individuo perda in parte o completamente la capacità di auto-cura ed è in questo caso che subentra l'assistenza infermieristica che può implementarsi in diversi livelli, ovvero:

-sistema totalmente compensatorio, quando la persona ha perso completamente la capacità di self-care

-sistema parzialmente compensatorio, quando la persona ha perso solo in parte la capacità di self-care e dunque ha bisogno di aiuto, sistema educativo e di supporto, quando la persona manca delle conoscenze adeguate per mettere in atto la cura del sé. Elemento fondamentale nella teoria della Orem è il ruolo fortemente attivo che attribuisce alla persona, a ogni persona, nel mantenimento e nel recupero della propria salute. La centralità dell'assistenza (90) è l'uomo e l'uomo è soggetto attivo della propria salute, del proprio stato di benessere e in qualsiasi età. Se associamo questa teorica all'anziano paziente instabile e debole e a rischio di incorrere in una fragilità avanzata possono essere applicate strategie di assistenza infermieristica che si fondano sull'educazione, sul supporto, sull'aiuto per poter arrivare a mantenere una adeguata cura di sé, mantenere l'autosufficienza e migliorare la qualità della vita attraverso un'autocura per un prolungamento della vecchiaia in salute. L'assistenza infermieristica deve essere applicata in maniera parzialmente compensatoria quando il paziente ha bisogno di aiuto o attraverso un sistema di educazione e supporto quando il paziente manca di conoscenze per promuovere la cura del sé. L'assistenza totale da parte dell'infermiere subentra infine quando la fragilità supera lo stadio avanzato ed il paziente anziano diviene anziano disabile. Attraverso il mantenimento dell'autocura il paziente anziano riesce a migliorare la qualità della vita ed a mantenere il proprio stato di salute, determinando un prolungamento della vita in autonomia.

## **Conclusioni**

Con questa tesi siamo riusciti a definire il significato di fragilità in riferimento all'anziano, definendo ed identificando il problema, possiamo iniziare a pensare alle possibili strategie risolutive di cui disponiamo; nel nostro caso utilizziamo come strumento le scale per la validazione del fenomeno.

Viene centralizzato il focus sulla fragilità perché è proprio da qui che possiamo intervenire, permettendo all'anziano il recupero del benessere e di ridurre i tempi che lo porterebbero alla dipendenza. Per muoverci in maniera tempestiva sarebbe auspicabile servirsi di una diagnosi preventiva anche se dallo studio, notiamo che al giorno d'oggi non abbiamo una reale diagnosi preventiva di fragilità.

Nella presa in carico, in ambito di competenza infermieristica, l'infermiere interagisce in relazione con gli altri professionisti sanitari per sviluppare il piano di intervento personalizzato. La strategia principale che viene utilizzata è quella di andare a stimolare e rafforzare le risorse residue dell'utente ottenendo così un miglioramento della prognosi e permettendo un parziale o totale ripristino delle attività di vita quotidiana, garantendo, soprattutto agli anziani fragili, una qualità di vita migliore.

## **Bibliografia**

- (1) Giorgio Nebuloni Assistenza infermieristica alla persona anziana, 2017.
- (2) Adkins B.S., Council on the Aging, the watchdog for needs and rights of older Americans, *G. Geriatrics*, 1976.
- (3) Achenbaum W.A., Albert D.M., Profiles in gerontology a biographical dictionary, Greenwood Press, 1995.
- (4) Tavani C.A., Staff report, Public policy and the frail elderly, Washington, Department of Health, Education, and Welfare, 1978.
- (5) Stolee P., Rockwood K., Report of the Saskatchewan Health Status Survey of the Elderly, Saskatoon, University of Saskatchewan, 1981.
- (6) Streib G.F., The frail elderly, research dilemmas and research opportunities, *Gerontologist*, 1983.
- (7) Buchner D.M., Wagner E.H., Preventing frail health, *Clin Geriatr Med*, 1992.
- (8) Brocklehurst J.C., The geriatric service and the day hospital in the United Kingdom, *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, Churchill-Livingstone, London, 1992.
- (9) Fried L.P., Williamson J., Kasper J., The epidemiology of frailty, the scope of the problem, Springer Publishing Co., 1992.
- (10) Fried L.P. Conference on the physiologic basis of frailty, April 28, 1992, Baltimore, Maryland, U.S.A., Introduction, *Aging*, ( Milano ), 1992.
- (11) Rockwood K., Stadnyk K., MacKnight C., McDowell I., Hebert R., Hogan D.B., A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people, *Lancet*, 1999.
- (12) Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Cardiovascular Health Study, Collaborative Research Group, Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *J Gerontol A Biol Sci Med*, 2001.
- (13) Bandeen-Roche K., Xue Q.L., Ferrucci L., Walston J., Guralnik J.M., Chaves P., Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies, *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2006.
- (14) Alpert J.S., Powers P.J., Who will care for the frail elderly, *Am J Med*, 2007.
- (15) Fried L.P., Ferrucci L., Darer J., Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care, *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2004.

- (16) Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Frailty in older adults, Evidence for a phenotype, *J. Gerontol* 2001.
- (17) <http://www.quadernidellasalute.it/area-video/video-18-gennaio-2011/niccolo-marchionni.php>
- (18) Micheli G.A., Sempregiovani e Maiveccchi le nuove stagioni della dipendenza nelle trasformazioni demografiche in corso, Franco Angeli, Milano, 2009.
- (19) Anderson A., Levin L.A., Emtinger B.G., The economic burden of informal care, *J. Technol Asses Health Care*, 2002.
- (20) World Health Organization, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICDH), Geneva, 1982.
- (21) Fred L. P., Walston J., Frailty and failure to thrive the Principles of Geriatric Medicina and Gerontology, McGraw Hill, New York, 2003.
- (22) Kiely D.K., Cupples L.A., Lipsitz L.A., Validation and comparison of two frailty indexes, *J. Am Geriatr Soc*, 2009.
- (23) Rockwood K., Mitnitski A., Frailty in relation to the accumulation of deficits, *J. Gerontol A Bio Sci Med Sci*, 2007.
- (24) Rockwood K., Song X., Macknight C., Aglobal clinical measure of fitness and frailty in elderly people, *Can Med Assoc J.*, 2005.
- (25) Kulminski A.M., Ukraintseva S.V., Kulminskaya I.V., Cumulative deficits better characterize susceptibility to death in elderly people than phenotypic frailty lesson from the Cardiovascular Health Study, *J. Am Geriatr Soc*, 2008.
- (26) Kulminski A.M., Yashin A.I., Arbeev K.G., Comulative index of health disorders a san indicator of aging associated processes in the elderly results from analysis of the National Long Term Care Survery, *Mech Ageing Dev*, 2007.
- (27) Hubbard R.E., O'Mahony M.S., Woodhouse K.w., Characterising frailty in the clinical setting a comparison of different approaches, *Age Ageing*, 2009.
- (28) Cigolle C.T., Ofstedal M.B., Tian Z., Comparing models of frailty the Health and Retirement Study, *J. Am Geriatr Soc*, 2009.
- (29) De Lepeleire J., Hiffe S., Mann E., Frailty an emerging concept for general practice, *J. Gen Pract*, 2009.
- (30) De Vries N.M., Staal J.B., van Ravensberg CD, Outcome instruments to measure frailty a systematic review, *Ageing Rers Rev*, 2011.

- (31) De Lepeleire J., Hiffe S., Mann E., Frailty an emerging concept for general practice, *Br J Gen Pract*, 2009,
- (32) Gobbens R.J.J., Luijkx K.G., Wijnen-Sponselee M., In search of an integral conceptual definition of frailty opinions of experts, *J. Am Med Dir Assoc*, 2010
- (33) Sourial N., Wolfson C., Bergman H., Zhu B., A correspondence analysis revealed frailty deficits aggregate and are multidimensional, *J. Clin Epidemiol*, 2010
- (34) Bernabei R., Venturiero V., Tarsitani P., Gambassi G., The comprehensive geriatric assessment when, weher how. *Crit Rev Oncol Hematol*, 2000.
- (35) Comprehensive geriatric assessment, AGS Public Policy Committee, *J Am Geriatric Soc*, 1989.
- (36) Fulop T., Larbi A., Witkowski J.M., Aging frailty and age-related diseases, *Biogerontology*, 2010.
- (37) Bernabei r., Landi F., Onder G., Second and third generation assesment instruments the birth of standardization in geriatric care, *J. Gerontol A Bio Sci Med Sci*, 2008.
- (38) Maria Mongardi, L'assistenza all'anziano ospedale, territorio, domicilio, Mc Graw Hill, Milano, 2010.
- (39) Catalano L., Dalla valutazione multidimensionale al piano assistenziale, *G. Gerontol*.
- (40) Pozzebon M., Il ruolo dell'Unità Valutativa Multidimensionale in Geriatria: l'aspetto infermieristico, *G. Gerontol* 2005.
- (41) Van Crean K., Braes T., Wellens N., The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units a systematic review and meta-analysis, *J. Am Geriatr Soc*, 2010.
- (42) Baztàn J.J., Suarez-Garcia F.M., Lopez-Arrieta J., Effecttiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders, meta analysis, *BMJ*, 2009.
- (43) Di Tommaso F., Marcon A., Berardo A., Falasca P., Piolanti M., Quargnolo E., Modello combinato e anziani fragili, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2010.
- (44) Hamerman D., Toward and understanding of frailty, *Ann Intern Med*, 1999
- (45) Ferrucci L., Loney guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi, *G. Gerontol*, 2001.

- (46) <http://www.vmd.it>.
- (47) Katz S. Ford A.B., Moskowitz R.W., Studies of illness in the aged, The index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function, J. Am Med Assoc, 1963.
- (48) Mahoney F.I., Barthel D.W., Functional evaluation the Barthel Index, A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically, Md State Med J., 1965.
- (49) Lawton M.P., Brody E.M., Assessment of older people, self-maintaining and instrumental activities of daily living, Gerontologist, 1969.
- (50) Reuben D.B., Laliberte L., Hiris J., A hierarchical exercise scale to measure function at the advanced activities of daily living (AADL) level, J. Am Geriatr Soc, 1990.
- (51) Tinetti M.E., Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients, J. Am Geriatr Soc, 1986.
- (52) Rozzini R., Frisoni G.B., Biabchetti A., Physical performance test and activities of daily living scales in the assessment of health status in elderly people, J. Am Geriatr Soc, 1993.
- (53) Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R., Mini-Mental-State a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, J. Psychiatr Res, 1975.
- (54) Hughes C.P., Berg L., Danzinger W.L., A new clinical scale for the staging of dementia, Br J. Psychiatry, 1982
- (55) Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Development and validation of a depression screening scale, J. Psychiatr Res, 1983.
- (56) Sheikh J.I., Yesavage J.A., Geriatric Depression Scale, Clinical Gerontology, The Haworth Press Ltd, New York, 1986.
- (57) Cumming J.L., The neuropsychiatric inventory, assessing psychopathology in dementia patients, Neurology, 1997.
- (58) Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J., Mini nutritional assessment a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients, Facts Res Gerontol, 1994
- (59) Norton D., McLaren R., Eitner Smith A.N., An investigation of geriatric nursing problems in hospital, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1962.
- (60) Braden B.J., Bergstrom N., Clinical utility of the Braden scale for predicting pressure sore risk, Decubitus, 1999.

- (61) Lubben J.E., Assessing social networks among elderly populations, *Fam Community Health*, 1988.
- (62) Lubben J.E., Blozik E., Gillmann G., Performance of abbreviated version of the Lubben social network scale among three european community-dwelling older adult populations, *Gerontologist*, 2006.
- (63) Apolone G., Mosconi P., The Italian SF-36 health survey translation, validation and norming, *J. Clin Epidemiol*, 1998.
- (64) Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D., A 12 item short form health survey construction of scales and preliminary tests of reliability and validity, *Med Care*, 1996.
- (65) Salvi F., Miller M.D., Grilli A., A manual of guidelines to score the modified cumulative illness rating scale and its validation in acute hospitalized elderly patients, *J. Am Geriatr Soc*, 2008.
- (66) Harboun M., Ankri J., Comorbidity indexes review of the literature and application to studies of elderly population, *Rev Epidemiol Sante Publique*, 2001.
- (67) Glenn C., Stolee P., Comparing the functional independence measure and the interRAI/MDS for use in the functional assessment of older adults: a review of the literature, *BMC Geriatr*, 2009.
- (68) Morris J.N., Fries B.E., Resident assessment instrument, Edizione italiana: Bernabei R., Landi F., Lattanzio F., Manuale di istruzione, E. Pfizer Italia Spa, Roma, 1996.
- (69) Seniun U., Paziente anziano e paziente geriatrico: fondamenti di gerontologia e geriatria, EdisSES, Napoli, 1999.
- (70) Trabucchi M., Zanetti E., Una ridefinizione operativa dei servizi sanitari per gli anziani, *Tendenze nuove*, Fondazione Smith Kline, 1999.
- (71) Bernabei R., Landi F., Gambassi G., Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community, *BMJ*, 1998.
- (72) Salviolo G., Il Piano Nazionale della Prevenzione, la medicina geriatrica e gli anziani fragili, *G. Gerontol*, 2007.
- (73) Fini M. e Coll., Progetto Codice Argento, Modelli innovativi per la presa in carico del paziente anziano fragile nella transizione dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale, università Cattolica del Sacro Cuore, 2009.

- (74) <http://www.onecare.cup2000.it/eventi/11-dicembre-2009-il-codice-argento-funziona>.
- (75) Andriago M., Pianificazione e gestione dell'alimentazione nell'anziano, G. Gerontol, 2007.
- (76) Delomel M.A., La toilette de la persone agee: un soin chargé de sens a accompagner, Soins Gerpntologie, 2006.
- (77) Marigliano V., La longevità tra genetica ed ambiente, Geriatric Medicine, 2007.
- (78) Vario M., Assistenza Infermieristica, Geriatric Medicine, 2008.
- (79) Curcio G., Conseguenze cognitive e del comportamento dei disturbi del sonno nel paziente geriatrico, Geriatric Medicine, Vol.1, 2007,
- (80) Van Reeth O., Disturbi del sonno ed alterazioni dei bioritmi nell'anziano, Geriatric Medicine, 2007.
- (81) Holsten J., Prevalance of Associated diseases in different type of dementia among elderly istitutionaized patient, analysis of 3,347 records, J. Am. Geriatr, 1994
- (82) Ettore E., Cerracchio E., Guglielmi S., Le criticità mediche assistenziali nella terapia della demenza, Geriatric Medicine, Vol.1, 2007.
- (83) Lamenza F., I disturbi psicotici e comportamentali nel demente anziano, Geriatric Medicine, Vol.2, 2007.
- (84) Ferrara N., Le polmoniti nella popolazione geriatrica, G. Gerontol, Vol.3, 2005.
- (85) Troisi G., Bellomo A., Iori A., Marigliano V., La terapia delle infezioni dell'apparato genito-urinario del paziente geriatrico e managment asisstenziale, Geriatric Medicine, 2007
- (86) Bertelli C., Incontinenza urinaria, Valutazioni utili alla comprensione, Caratteristiche impatto a test Assistenza Anziani, 2007
- (87) A Cura del Comitato Centrale, Federazione Nazionale Colleggio Ipasvi, Codice Deontologico dell'Infermiere 2009.
- (88) Decreto Ministeriale del 14 settembre 1994, Profilo Professionale dell'Infermiere
- (89) Spinsanti S.. Educazione come terapia, 2001
- (90) Fabbri C., Montaldini M., L'infermiere manuale teorico e pratico di infemrieristica, 2008.