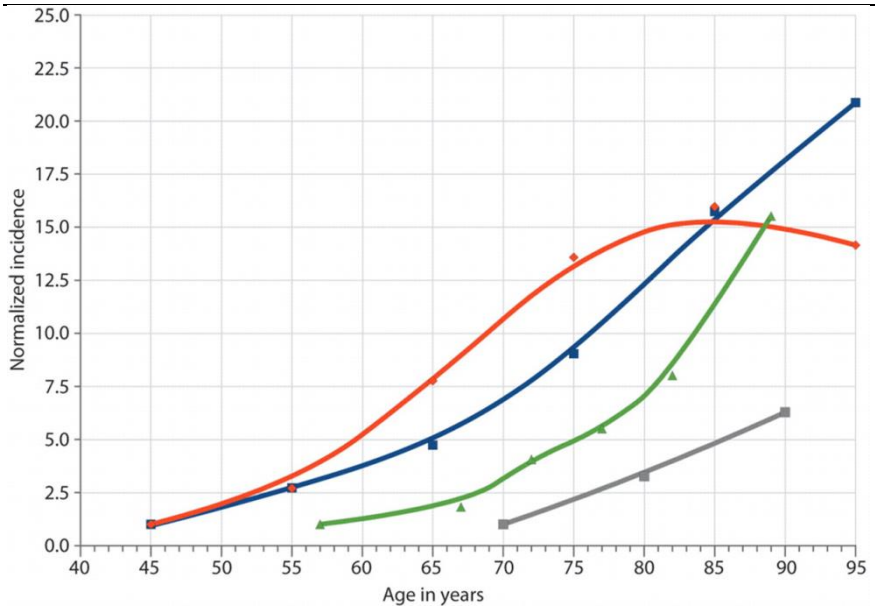
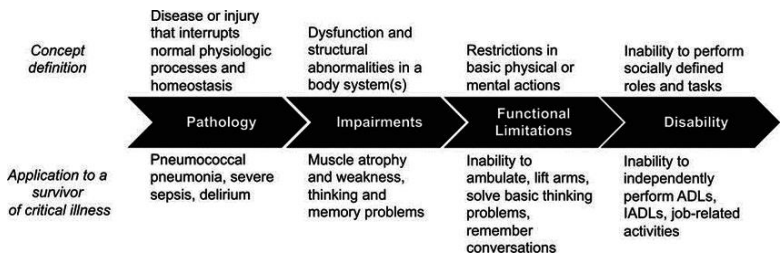
Item 10

Sviluppa un piano per trattare e gestire l'anziano con problemi funzionali, includendo interventi di adattamento dell'ambiente in cui vive e coinvolgendo un'equipe interdisciplinare formata da appropriate discipline (infermiere, assistente sociale, fisioterapista, farmacista, nutrizionista....)

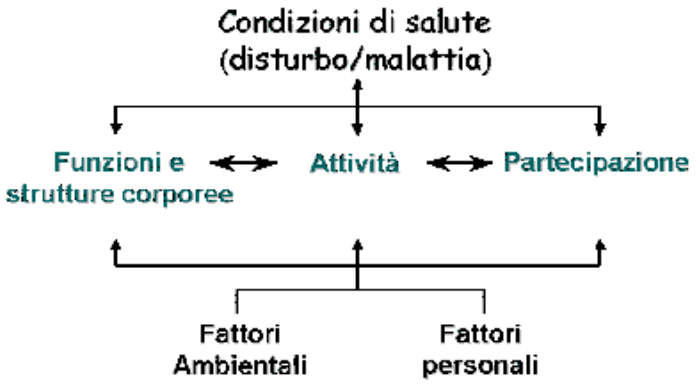
Qualcosa di utile può essere sempre deciso e fatto per ogni anziano di qualsiasi età anche se presenta disabilità fisica e mentale; prima di tutto gli interventi dovrebbero cercare di rallentare il declino delle funzioni (se ne è parlato nell' item 9).
Per raggiungere questo obiettivo è necessario procedere a : 1.la diagnosi delle malattie presenti (acute e croniche) o multimorbilità; nella figura successiva si riporta l'incidenza delle malattie cardiovascolari (blu), delle neoplasie (rosso), delle demenze (grigio) e delle ospedalizzazioni associate a malattie respiratorie (verde) in rapporto all' età; molto spesso sono presenti contemporaneamente una o più malattie croniche: si parla di multipatologia.



2. la precisazione della entità della disabilità presente da inquadrare preferibilmente nel sistema ICF (vedi figura) e http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42417/4/9788879466288_ita.pdf : la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF- vedi figura) è lo strumento per classificare salute e disabilità secondo l' Organizzazione mondiale della sanità. Il modello **Disablement Process** (vedi figura) descrive come le malattie dell' anziano portano alla compromissione (impairment) dei sistemi ed apparati con variabili



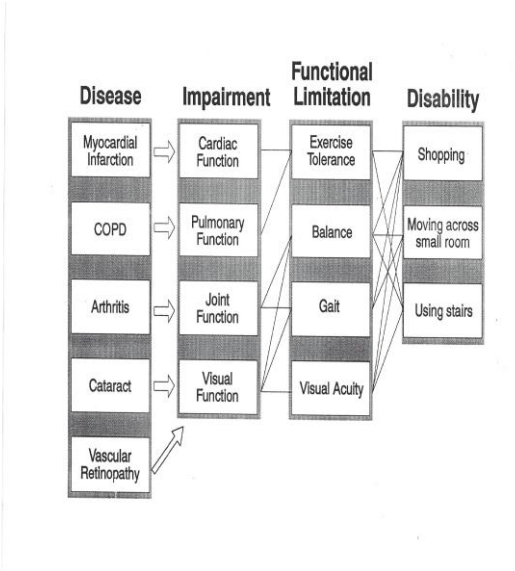
limitazioni funzionali degli stessi; le ripercussioni sulle attività fondamentali fisiche e mentali (disabilità) variano da individuo a individuo in quanto alla difficoltà a svolgere le attività quotidiane concorrono anche fattori psicologici individuali e l' ambiente con le sue frequenti barriere, ma anche con supporti ed aiuti.



ICF

L'attenzione di ICF https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=25 è in particolare su SALUTE e FUNZIONAMENTO e non solo sulle singole malattie. La disabilità tradizionalmente iniziava dove finiva la salute; invece l'ICF oltre alla disabilità delle persone (approccio negativo) fa riferimento anche alle capacità e alla salute delle persone (approccio positivo). Il problema fondamentale anche per il Medico è identificare le capacità residue della persona. I parametri considerati dall' ICF sono le attività svolte, esecuzione di un compito o di un'azione da parte della persona, partecipazione cioè il coinvolgimento della persona nella particolare situazione; attività limitata è il concetto di disabilità cioè difficoltà a svolgere diverse attività, ridotta partecipazione alle situazioni esistenziali (concetto di handicap), fattori ambientali fisici e sociali in cui si vive che acquisiscono e svolgono un'azione vicariante molto importante (non solo custodia). Dettagli sui problemi sociali si trovano in http://sociologiadellasalute.org/category/non-autosufficienza-e-disabilita/ .

Nella pratica quotidiana anche approcci semplici come le ADL e il punteggio della scala di Barthel consentono di personalizzare l' approccio e le decisioni terapeutiche anche in termini di bisogni (quantità e qualità) di assistenza tenendo conto della realtà esistenziale del malato (parenti con funzioni di caregiver, abitazione, situazione economica).Non si deve dimenticare che la capacità di svolgere attività quotidiane come lo shopping o maneggiare il denaro dipendono dalla integrità di diverse funzioni come indicato nella figura che segue (da Ferrucci) dove si propongono i complessi rapporti fra l' esecuzione di un atto della vita quotidiana e le capacità funzionali di organi ed apparati: le cause di una disabilità possono essere multiple e richiedono attenta valutazione



Non si può prescindere dalla valutazione delle performance mentali (cognitività ed affettività in particolare), della situazione emotiva ed emozionale (è richiesta empatia al medico), del dolore nelle sue varie forme e delle classiche sindromi geriatriche (incontinenza urinaria, malnutrizione, delirium, disequilibrio e cadute).

Si propone a chi svolgerà attività clinica in setting con popolazione anziana un test fondamentale prestazionale da utilizzare nell' anziano anche longitudinalmente il **SPPB** per individuare il declino funzionale

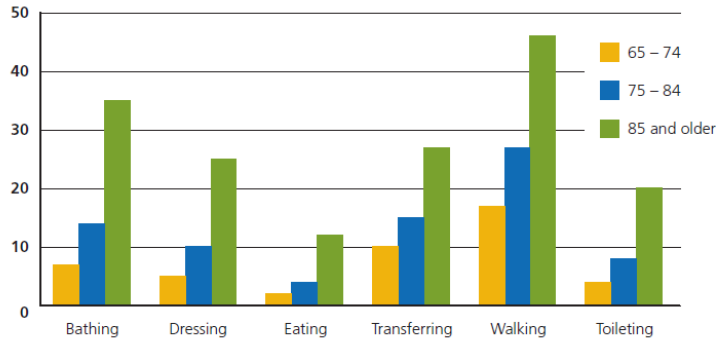
Short Physical Performance Battery (SPPB):

1. TEST DELL'EQUILIBRIO		**Score (0-4)**
A. PIEDI PARALLELI		
Mantiene per 10 sec	☐ 1 punto	
Non mantiene per 10 sec	☐ 0 punti	
Non prova	☐ 0 punti	
B. SEMI-TANDEM		
Mantiene per 10 sec	☐ 1 punto	
Non mantiene per 10 sec	☐ 0 punti	
Non prova	☐ 0 punti	
C. TANDEM		
Mantiene per 10 sec	☐ 2 punti	
Mantiene per 3-9 sec	☐ 1 punto	
Mantiene per meno di 3 sec	☐ 0 punti	
Non prova	☐ 0 punti	
	D. PUNTEGGIO GLOBALE	_____

2. TEST DELLA VELOCITÀ DEL CAMMINO	Score (0-4)
A. Tempo per percorrere 4 metri lineari (primo tentativo) _ _. _ _ **secondi**	
B. Tempo per percorrere 4 metri lineari (secondo tentativo)_ _. _ _ **secondi**	
C. Registrare la prova più veloce _ _. _ _ **secondi**	
D. PUNTEGGIO	
Il paziente non prova ☐ 0 punti	
Tempo >8.70 sec ☐ 1 punto	
Tempo ≥6.21 e ≤8.70 sec ☐ 2 punti	
Tempo ≥4.82 e ≤6.20 sec ☐ 3 punti	
Tempo <4.82 sec ☐ 4 punti	
E. PUNTEGGIO GLOBALE	_____
3. TEST DI ALZATA DALLA SEDIA	**Score (0-4)**
A. Test di alzata ripetuta (5 volte)	
1. Test rischioso per il paziente ☐ Si ☐ No	
2. Se non prova o non completa il test ☐ Incapace ☐ Rifiuta	
B. Tempo necessario per completare i 5 tentativi: _ _. _ _ **secondi**	
C. PUNTEGGIO	
Incapace di completare la prova: ☐ 0 punti	
Tempo ≥16.7 sec ☐ 1 punto	
Tempo ≥13.7 e ≤16.6 sec ☐ 2 punti	
Tempo ≥11.2 e ≤13.6 sec ☐ 3 punti	
Tempo <11.2 sec ☐ 4 punti	
E. PUNTEGGIO GLOBALE	_____
PUNTEGGIO TOTALE SPPB (score: 0-12)	_____

Il risultato ottenuto sarà memorizzato, con la data di esecuzione, nella documentazione sanitaria del paziente anziano (fascicolo sanitario elettronico, già disponibile, e cartella clinica informatizzata in futuro).

La figura seguente riporta la prevalenza delle incapacità a svolgere le attività basilari della vita quotidiana in rapporto all' età; il cammino risulta la funzione più spesso compromessa nei grandi anziani: questo rilievo suggerisce l' importanza della valutazione della velocità del cammino, del TUG o di altri test semplici di performance fisica.

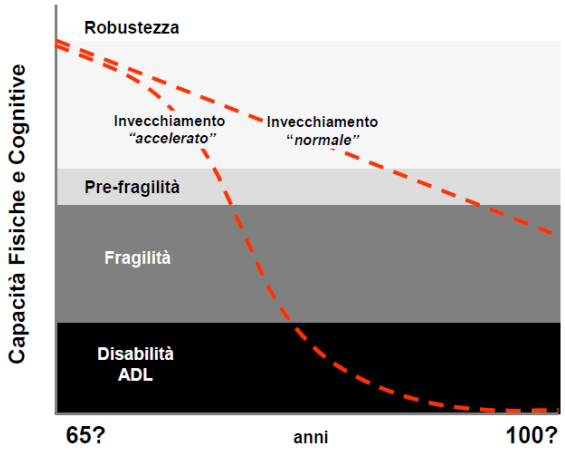


Gli anziani portatori di bisogni complessi sociosanitari necessitano di un modello assistenziale che prevede la "presa in carico e la continuità delle cure" e che dovrebbe essere uniforme e di qualità per assicurare al paziente la miglior qualità della vita e sicurezza. Ciò si ottiene con l'intervento di competenze multidisciplinari che operano con metodologia interdisciplinare in èquipe; gli interventi

si mettono in atto nei tre setting fondamentali che sono le cure primarie, le cure intermedie e le cure terziarie o ospedaliere; fra le cure primarie deve essere ricordata anche l'ospedalizzazione a domicilio. Gli interventi devono basarsi sulla valutazione multidimensionale geriatrica – VMD - http://www.sigg.it/vmd/vmd_articolo_introduttivo.htm ; questa metodica geriatrica deve essere applicata per evitare omissioni di bisogni fondamentale del paziente anziano che riguardano non solo il corpo, ma anche la mente e la sua collocazione esistenziale (problemi anche sociali ed economici); essa fornisce indicazioni anche sulle procedure più idonee da attuare avvalendosi della collaborazione interdisciplinare dei servizi territoriali dedicati agli anziani. La prevenzione secondaria e terziaria sono da attuare quando utili impiegando anche i farmaci, ma anche ausili idonei e tecnologie ambientali che agevolano il raggiungimento della migliore qualità di vita. La VMD per essere correttamente realizzata richiede la partecipazione di competenze professionali diverse (infermiere, operatori socio sanitari, nutrizionista, neurologo, psicologo, fisioterapista, ecc) che poi operano in modo collaborativo; in questo modo si evita la frammentarietà che caratterizza le procedure sanitarie di oggi. La VMD è raccomandata in tutti i setting della sanità dove viene a trovarsi l' anziano; in ospedale in particolare l' anziano degente con multipatologia va incontro spesso a rapido declino funzionale e a complicanze (delirium, infezioni, cadute in particolare) : necessita di interventi multipli suggeriti dai dati che emergono dalla VMD e che consentono i miglior recupero dall' evento acuto che ha giustificato il ricovero ospedaliero.

Nell' anziano con problemi e menomazioni negli ambiti biologico, psicogico e sociale si deve valutare e giudicare la sua capacità di vivere a domicilio eventualmente usufruendo di un piano di cura (gestione) eventualmente con l'aiuto appropriato del caregiver e di servizi interdisciplinari che utilizzano la telemedicina per l' assistenza a domicilio.

Le condizioni generali dell' anziano sono da considerare dal punto di vista funzionale come riportato nella figura che segue in cui si mette in evidenza la FRAGILITA' condizione molto frequente dopo i 65 anni.

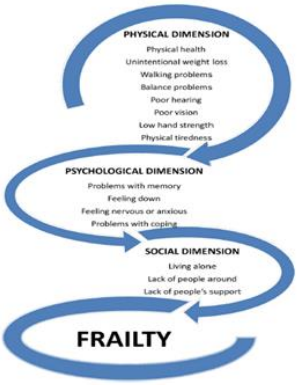


Utili al riconoscimento della fragilità e anche all'individuazione dei provvedimenti curativi da intraprendere sono i cinque criteri (di Fried) che definiscono il "fenotipo dell' anziano fragile"

- perdita di peso (maggiore di 4,5 Kg. nell'ultimo anno);
- affaticamento (fatica in almeno 3 giorni/settimana);
- riduzione della forza muscolare (hand-grip) (fare riferimento a valori di normalità per età e sesso)
- ridotta attività fisica, valutabile con la scala PASE (Physical Activity Scale for the Elderly);
- riduzione della velocità del cammino (>7 secondi per percorrere 5 m su percorso noto).

Se ci sono 3 criteri c'è fragilità; due criteri definiscono la pre-fragilità che richiede attenzioni nel tempo. Il malato dovrebbe essere categorizzato in base a un criterio validato in una delle tre categorie della figura sotto riportata; il malato robusto ha buone prestazioni fisiche e mentali.
La fragilità del paziente - anche non anziano - potrebbe essere indicata nei documenti sanitari ricorrendo a questo schema (fragilità clinica) molto noto e facile da utilizzare

Oggi si cerca di ampliare i contenuti della fragilità dell' anziano considerando anche gli aspetti mentali e sociali (vedi figura che segue)



In base al grado di fragilità, si deve un adeguato piano di intervento con l'obiettivo di conservare una buona qualità di vita, il rispetto delle preferenze del malato e la sua dignità, evitando per quanto possibile l'istituzionalizzazione e facendo attenzione alla sua speranza di vita e alle sue decisioni di fine vita se espresse.

I risultati degli interventi devono essere valutati periodicamente nel tempo come prevede la valutazione multidimensionale geriatrica che come si è detto se informatizzata e di qualità, suggerisce soluzioni appropriate per queste fasi del piano curativo assistenziale.

E' fondamentale identificare i bisogni del malato che non sono soddisfatti o "*unmet needs*" dell'anziano che sono un fattore rilevante di successo/insuccesso e condizionano la permanenza a domicilio dell'anziano malato. I bisogni sono legati soprattutto alla capacità di svolgere le attività della vita quotidiano che emergono dalla compilazione della scala ADL (vedi item….). La presenza di *unmet needs* comporta distress psicologico valutabile e misurabile con apposite scale disponibili anche online. Se i bisogni del malato anziano non sono soddisfatti si è in presenza di un'assistenza di scarsa qualità. I bisogni del malato anziano riguardano anche barriere di vario tipo, accesso alle cure, qualità del personale che cura ed assiste l'anziano, e anche le scelte personali non esaudite

L' organizzazione delle cure e dell' assistenza deve essere effettivamente "patient-centered chronic illness care" con l' obiettivo di consentire al malato la miglior qualità della vita. La terapia occupazionale aiuta l'anziano a partecipare attivamente alle attività quotidiane anche in presenza di evidente disabilità mentale e fisica. Con i risultati della VMD si formula il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) che consente la "presa in carico" del paziente anziano che sarà efficace se disporrà di una rete di servizi e di competenze per realizzare la continuità delle cure e dell' assistenza. Il PAI è un programma di lavoro formulato dall'equipe multi-professionale, costruito a partire dalle indicazioni fornite dalla VMD; questa in base alla valutazione dei bisogni della persona richiedente assistenza, individua gli obiettivi raggiungibili e le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali richieste per raggiungerli, proponendo anche una valutazione in itinere ed ex post per accertare che i risultati sono stati raggiunti conseguiti, e per aggiustare eventualmente il PAI. Il PAI è sottoposto a verifica durante l'attuazione in relazione all'evoluzione della situazione in carico, ma soprattutto deve effettuarsi una valutazione a conclusione dell'intervento per verificarne l'efficacia e il costo.
In molti sistemi regionali (es: per i "Fondi regionali per la Non Autosufficienza") il PAI è diventato strumento per definire il "patto assistenziale" cioè collaborativo con la famiglia a fronte di prestazioni e di erogazioni di vario tipo. Fondamentale è la definizione di tutti i problemi presenti e anche della loro priorità: segue poi l´attivazione del piano di assistenza individualizzato (PAI) che rappresenta la base dell' intervento centrato sul malato; lo strumento di VMD qualificato e informatizzato è in grado di dare suggerimenti specifici per gli interventi che saranno multipli; sono da tenere presenti anche le cure palliative e di fine vita, particolarmente importanti in Geriatria.
Gli indicatori di qualitá curativo-assistenziale di pertinenza geriatrica non sono quelli della evidence based medicine. Per esempio se un anziano riferisce due o piú cadute nell´ultimo anno o una sola caduta, ma con trauma (ad esempio, una frattura di femore), deve essere fatta una valutazione specifica del rischio di caduta e dovrebbero essere date dettagliate raccomandazioni di tipo preventivo; se un anziano con deficit cognitivo riceve assistenza da un caregiver, medici ed infermieri dovrebbero discutere con questo i problemi di sicurezza del paziente e valutare l' effettiva fruibilitá di servizi territoriali presenti come anche la possibilità di abusi nel caso di un rapporto non favorevole fra anziano e caregiver.

Dalla "presa in carico" seguono percorsi assistenziali sanitari, sociosanitari e sociali per *setting* assistenziali (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) che non si "sommano", ma si integrano e si ricompongono in un quadro unitario di risposte al bisogno che sia continuato nel tempo e integrato fino alla guarigione o alla stabilizzazione dei problemi di

salute e di qualità della vita.
Le prestazioni devono essere fornite da professionalità sanitarie diverse, sia per qualificazione professionale che per settore di appartenenza (medicina generale, specialistica, ricoveri ospedalieri e in lungodegenza, interventi di supporto sociale alla persona/famiglia, ricoveri in strutture); determinante diventa la figura del case manager (**Case management** è un processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione e advocacy per le scelte e le prestazioni, al fine di venire incontro ai bisogni individuali di salute attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, per promuovere outcome di qualità) e soprattutto del caregiver spesso rappresentato dalle badanti (sono circa 1 milione in Italia). La continuità delle cure del malato anziano è il vero problema: dovrà essere monitorata soprattutto nei momenti di passaggio tra i di vari *setting* (medicina di transizione); un momento particolarmente importante per la continuità assistenziale, per gli anziani fragili, è costituito dalle dimissioni "protette" dall'ospedale a domicilio o in struttura residenziale.
Non si deve dimenticare che il 98% degli anziani (> 65 anni) vive a domicilio; questo setting è fondamentale per la prevenzione. Il nucleo famigliare ha composizione variabile, ma non raramente l' anziano vive solo: la solitudine peggiora il decorso clinico.
L'abitazione deve essere adattata per agevolare le attività quotidiane della persona esistono Centri per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico - http://www.retecaad.it/ che consentono di adattare la casa delle persone in rapporto alle loro esigenze e bisogni. Il Medico di famiglia dovrà segnalare i problemi e le difficoltà dell' anziano che vive in casa. Alcune situazioni richiedono particolari attenzioni come per esempio quando l' anziano è dimesso dall' ospedale oppure da una struttura residenziale: allora l' abitazione deve essere adattata con appropriatezza per consentire il processo di *reablement* dopo che la degenza ospedaliera ha ridotto le prestazioni funzionali dell' anziano.