

Fattori predittivi di istituzionalizzazione in pazienti anziani dimessi da un reparto di riabilitazione

di Francesca Magnifico, Giuseppe Bellelli, Marco Trabucchi*

*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

“Fattori predittivi di istituzionalizzazione in pazienti anziani dimessi da un reparto di riabilitazione” è il titolo di una ricerca, condotta presso l’Unità Operativa di Riabilitazione della Casa di Cura Ancelle della Carità di Cremona e finanziata dalla **Fondazione Socialità e Ricerche**, che si è posta come obiettivo quello di individuare le caratteristiche sociodemografiche e cliniche in grado di prevedere il ricorso all’istituzionalizzazione in RSA nei 12 mesi successivi alla dimissione da un reparto di riabilitazione intensivo (cod. 56). Quali obiettivi secondari la ricerca ha preso in esame anche i tassi di riospedalizzazione e mortalità a 12 mesi.

La prospettiva strategica era quella di provare ad individuare gli interventi di prevenzione possibile, ben sapendo che il permanere dell’anziano al proprio domicilio è un obiettivo primario ed un risultato di grande rilievo clinico ed umano. Lo studio, di tipo osservazionale, ha avuto inizio nel maggio 2004 ed ha avuto la durata di un anno. Tutti i soggetti reclutati nello studio sono stati esaminati con la metodologia della valutazione multidimensionale geriatrica e sono stati poi richiamati a distanza di un anno per verificarne lo stato di salute complessivo ed il ricorso ai servizi socio-sanitari.

I dati riferiti a 1275 pazienti hanno messo in luce che la tipologia di pazienti che afferrisce nei reparti di riabilitazione è costituita da persone tendenzialmente anziane (intorno agli 80 anni di età), prevalentemente di sesso femminile e moderatamente compromesse sotto il profilo clinico e delle prestazioni cognitive e funzionali. Il tasso di istituzionalizzazione ad 1 anno è stato dell’8.2%, un valore basso tenuto conto del fatto che la realtà nella quale è stata condotta la ricerca ha un’offerta di letti di riabilitazione (ospedaliera ed extraospedaliera) molto elevata rispetto al resto della regione. Di questi il 3.7% è stato istituzionalizzato alla dimissione, mentre il 4.5% è stato istituzionalizzato entro l’anno. Fra le determinanti di istituzionalizzazione un’età maggiore di 83 anni, la presenza di un deterioramento cognitivo di grado moderato e un basso punteggio nelle scale di valutazione delle prestazioni funzionali sono risultati essere i fattori più importanti. In particolare l’età conferiva un rischio aggiuntivo pari a 2-4 volte quello dei soggetti più giovani, la presenza di deterioramento cognitivo aumentava il rischio di circa 2 volte, mentre prestazioni funzionali scadenti o molto scadenti (misurate con l’indice di Barthel) aumentavano il rischio di istituzionalizzazione di 5-9 volte.

Fra i pazienti vivi e non istituzionalizzati a 12 mesi (n=944), il 61.9% non ha avuto nessuna successiva riospedalizzazione, il 30.3% ha avuto 1 successiva riospedalizzazione, mentre il 7.8% ne ha avute 2 o più. Per quanto concerne le determinanti dell’ospedalizzazione la ricerca ha messo in luce che la presenza di un’elevata comorbidità (e cioè della compresenza di più patologie croniche), è il principale predittore.

Il tasso di mortalità ad 1 anno è stato dell’11.5%. I pazienti deceduti si differenziavano in quasi tutte le variabili prese in considerazione rispetto ai pazienti non deceduti. In particolare erano significativamente più anziani, compromessi dal punto di vista cognitivo e funzionale, avevano una maggior comorbidità ed andavano incontro a più complicanze cliniche durante la degenza che, peraltro risultava significativamente più lunga. Una comorbidità moderata-severa si associava ad un rischio 4-5 volte superiore di morire ad 1 anno, mentre prestazioni funzionali medio-basse alla scala di Barthel si associavano ad un rischio di mortalità maggiore di circa 4 volte rispetto alla popolazione generale.

Questi numeri, presi nel loro insieme, si prestano ad alcune considerazioni:

- i tassi di istituzionalizzazione, riospedalizzazione e mortalità ad 1 anno sono assolutamente sovrapponibili se non lievemente inferiori ai dati della realtà nazionale. Ciò indica, sia pure con le dovute differenze, che la realtà cremonese gode di servizi extraospedalieri (medico di medicina generale e sistemi di assistenza domiciliare) efficienti.
- la tipologia dell'utenza che afferisce alle residenze sanitarie assistenziali (RSA), in uscita dalle unità di riabilitazione, è costituita da pazienti molto anziani, con grave compromissione delle funzioni cognitive e grave disabilità. Tali dati, che peraltro confermano altri report nazionali, impongono una riflessione sull'organizzazione dei servizi assistenziali all'interno della RSA, ed in particolare richiedono che queste sappiano attrezzarsi nella complessità clinico-assistenziale di pazienti poco collaboranti e gravemente disabili.
- L'efficacia e l'efficienza della rete dei servizi di assistenza domiciliare si gioca sulla capacità di intercettare i bisogni di un'utenza compromessa sotto il profilo cognitivo e funzionale ma ancora in grado, con adeguato supporto domiciliare, di restare al proprio domicilio. I dati della ricerca infatti sottolineano che il paziente tipo che viene istituzionalizzato nel corso dell'anno è meno "grave" e disabile rispetto al paziente che viene istituzionalizzato già alla dimissione dal reparto di riabilitazione. Ciò suggerisce che:
 - a) un intervento assistenziale in grado di mantenere al domicilio (attraverso interventi riabilitativi) il livello di prestazioni funzionali ottenuto alla dimissione dal reparto di riabilitazione potrebbe essere in grado di procrastinare ulteriormente l'istituzionalizzazione
 - b) il caregiver (cioè colui/colei che si prende carico del paziente anziano al domicilio) dovranno costituire un target di intervento della rete dei servizi ed in particolare dovranno essere immaginati interventi formativi in grado di supportarli nella gestione del proprio congiunto al domicilio
- I pazienti che vengono ricoverati in ospedale sono pazienti con elevata comorbidità ed è proprio questo elemento (la compresenza di molteplici patologie croniche) che spiega il ricorso all'ospedalizzazione. In particolare le riacutizzazioni delle patologie croniche (a loro volta attraverso una destabilizzazione delle condizioni cliniche) potrebbero costituire il vero determinante delle riospedalizzazioni. Di ciò dovranno tenere conto i programmatori di servizi per anziani nei prossimi anni.
- Le variabili che spiegano la mortalità ad 1 anno ancora una volta ci richiamano alla capacità di rispondere ai bisogni di soggetti molto anziani, gravemente compromessi sotto il profilo funzionale (disabili) e comorbidi. Questi soggetti sono per definizione soggetti "fragili" nei quali piccoli cambiamenti dello stato di salute possono innescare meccanismi a catena dai quali il paziente fragile non è più in grado di riprendersi.
- Complessivamente la comorbidità rappresenta il target principale d'intervento, soprattutto in termini di prevenzione. In questo senso un ambiente riabilitativo in grado di coniugare la cura del "soma" con gli aspetti più prettamente riabilitativi-fisioterapici potrebbe consentire un approccio di tipo combinato in grado di modificare i principali outcomes (mortalità, istituzionalizzazione, ri-ospedalizzazioni).