

# IL GOVERNO CLINICO IN RSA

Aggiornamento per Responsabili  
Sanitari delle RSA

Brescia 2014

# **IL GOVERNO CLINICO in RSA**

## **definizione di RSA -SIGG**

**Struttura del territorio destinata ad accogliere gli anziani non autosufficienti a cui deve offrire**

- Una sistemazione Residenziale (connotazione il più possibile domestica, rispetto della privacy, stimolo alla socializzazione)**
- Gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi ( Sanitaria)**
- Una assistenza individualizzata ( Assistenziale) ( tutela, autonomia possibile, promozione del benessere personale)**

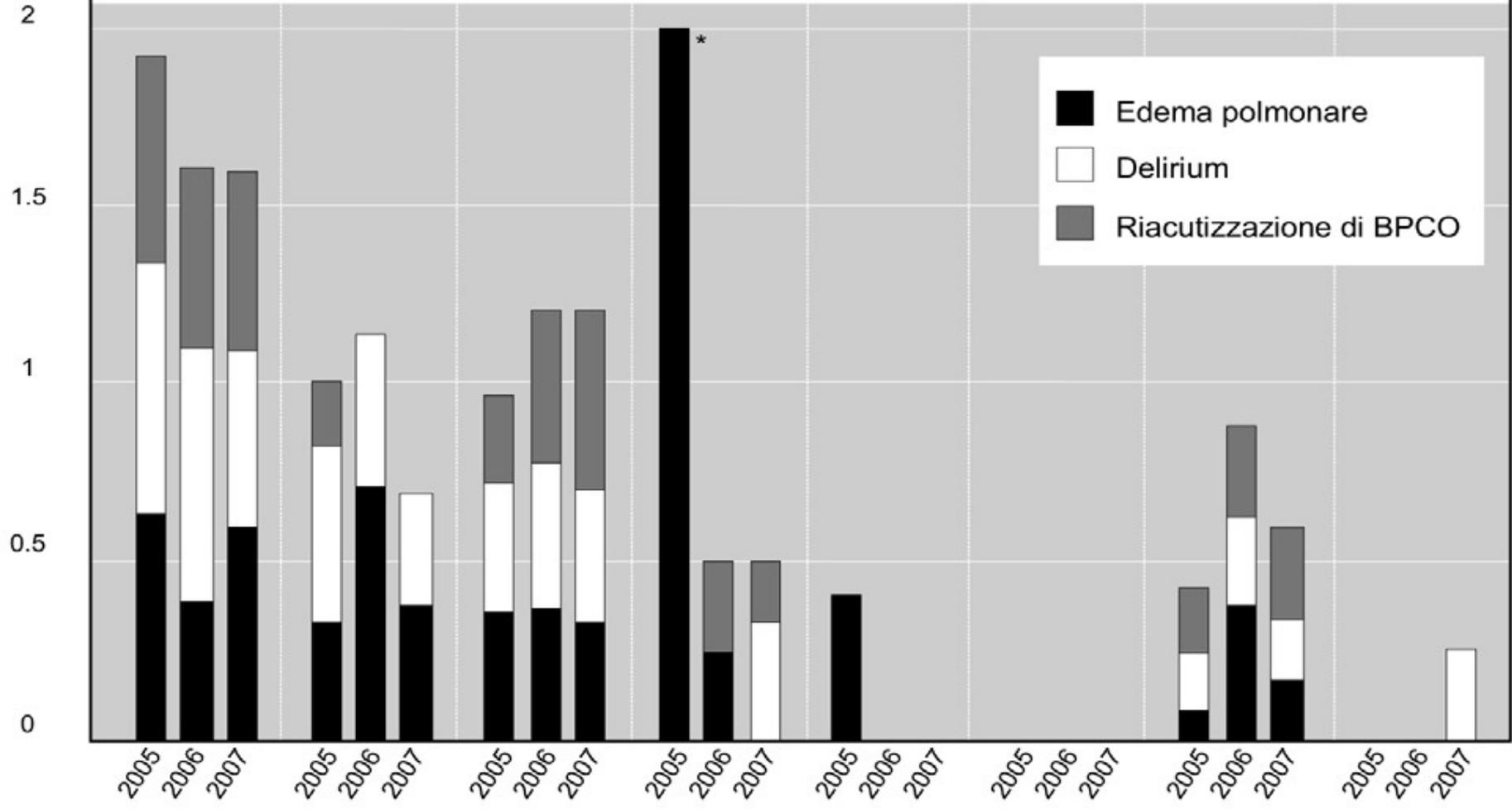
# schema

1. Cambiamenti del ruolo delle residenze
2. Cambiamenti dei bisogni : Più anziani , Più donne, Più malati, Più instabili, Più demenze
3. Le persone con demenza in residenza:  
quantità e qualità
4. Che fare: la RSA come protesi di sostegno al benessere
5. esempi

Classi SOSIA

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7                      8

Numero medio di eventi acuti per paziente



1. L'analisi degli eventi acuti ha mostrato un aumento statisticamente significativo nel triennio del numero medio di eventi acuti per utente passando da 0,5 a 0,8 ( $p < 0,0001$ ).
2. la spesa per l'assistenza degli anziani nelle strutture residenziali risulta in costante crescita ed assorbe circa la metà della spesa complessiva dedicata al *longterm care*

Le RSA pertanto, in un periodo di tempo relativamente breve, sono state chiamate ad affrontare processi di riorganizzazione per rispondere ad una richiesta crescente non solo di tipo socio-assistenziale ma anche di tipo sanitario

**Polifarmacoterapia e aspettativa di vita  
limitata in pazienti residenti in RSA  
affetti da demenza in fase avanzata;  
Studio Shelter**

Nei residenti in RSA affetti da demenza in fase avanzata la prevalenza della politerapia non è influenzata da LLE. La politerapia è associata ad un aumento della mortalità nei pazienti residenti con LLE. La stima della aspettativa di vita è necessaria per migliorare la qualità delle prescrizioni nei pazienti affetti da demenza in fase avanzata.

# Cambiamenti ruolo delle residenze( )

## Modifica contesto Esterno

- **Funzione vicariante dell'ospedale:  
DRG, GG degenza ridotti, dimissioni  
non protette**
- **Da Struttura Sociosanitaria protetta a  
Struttura Specialistica**

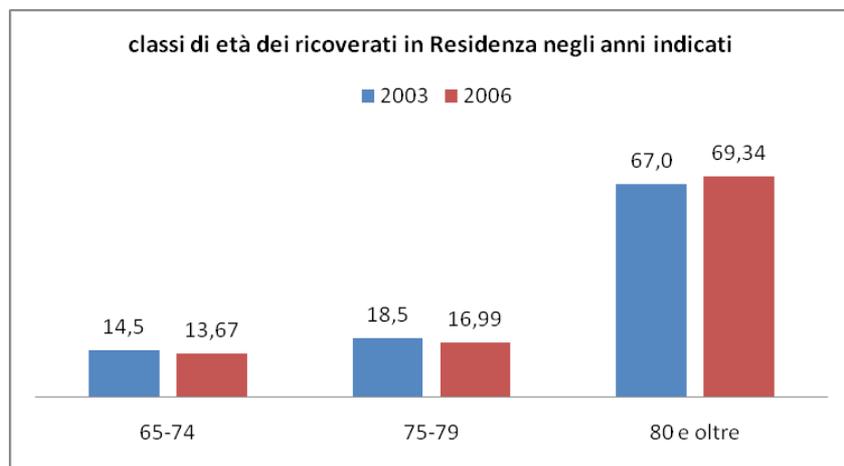
Exitus entro 100gg: sesso femminile nel 60,2% dei casi, nel 50% con età tra 80 e 89 anni e nel 22,4 sono provenienti dall'ospedale

il 35,6 % presenta ulcere da decubito all'ingresso

# decessi in RSA. anni 2006-2010: peso delle prestazioni sanitarie

- Su 2583 casi in RSA, la maggior quota di decessi (927 soggetti, pari al 36,52%) avviene entro i primi 3 mesi di permanenza in struttura (periodo < 100 giorni).
- Il 15,37 % dei rimanenti muore entro 199 giorni di permanenza in RSA, per un complessivo 51,9% di decessi che avvengono, per i nuovi ingressi, entro 6 mesi dall'istituzionalizzazione

# 1.1- Vi è un aumento della età dei residenti, tutta a carico degli ultra 80enni e + genere femminile



*l'età media della popolazione è risultata superiore a 80 anni ( $83,5 \pm 8,1$  anni), Ulisse*

anni	Maschi ricoverati/1000 abitanti	Femmine ricoverate / 1000 abitanti	Totali/1000 abitanti
2004	11,16	25,65	18,40
2005	11,26	25,9	18,58
2006	11,11	25,82	18,46



Più malati=più instabilità:definizione del campione di 450 anziani in base ai criteri di Halm(distribuzione%)

Mortalità a 100gg  
=36,52%-Lopez 2011

Coorte di 450 anziani			Controllo		Tot. 450 (100%)
			Stabili	Instabili	
			249 (55,33%)	201 (44,67%)	
Ingresso RSA	Stabili	285 (63,33%)	216 (48,00%)	<b>69</b> (15,33%)	
	Instabili	165 (36,67%)	<b>33</b> (7,33%)	<b>132</b> (29,33%)	
		Tot. 450 (100%)	Soggetti con periodi di instabilità		<b>234 (52%)</b>

## 1.3 – aumento delle dimissioni

- Non legata alla diversa composizione dei posti letto, anche se le RSA aumentano e le RA diminuiscono
- Non legata alla minor gravità dei residenti
- Probabile diverso ruolo delle residenze, ricovero temporaneo, come in provincia di Milano\*

\* Fodini C, Costa A. "Tendenze e crisi di crescita dell'RSA: di quanti dimissioni? Considerazioni in margine ad una ricerca della Provincia di Milano" I luoghi della cura 2002; 1 : 11-15

# Modifica del contesto interno

## Cambiamento dei bisogni ( )

- Anziani più dipendenti
- Con più instabilità clinica
- multimorbidità connesse con l'aumento delle aspettative di vita si associano in maniera significativa all'uso di farmaci
- over 65 assumono più di 5 farmaci al
- giorno è circa il 50%, superiore all'11%  
coloro che ne assumono 10

# Consumo e uso Farmaci

- Prescrizione: su 64834 >65 anni almeno 1 farmaco inappropriato nel 26%
- RSA: 496 ospiti, età 82anni, 75% donne tutti assumono farmaci, media 4; range (0-14)  
90% deficit cognitivi- 43% demenza
- ULISSE RSA Italia: 5 farmaci, età 83anni con alto grado di disabilità: 37% allettato
- EU RSA 70% ospiti in polifarmacologia=9

# COMORBILITA'- FRAGILITA'-DISABILITA'

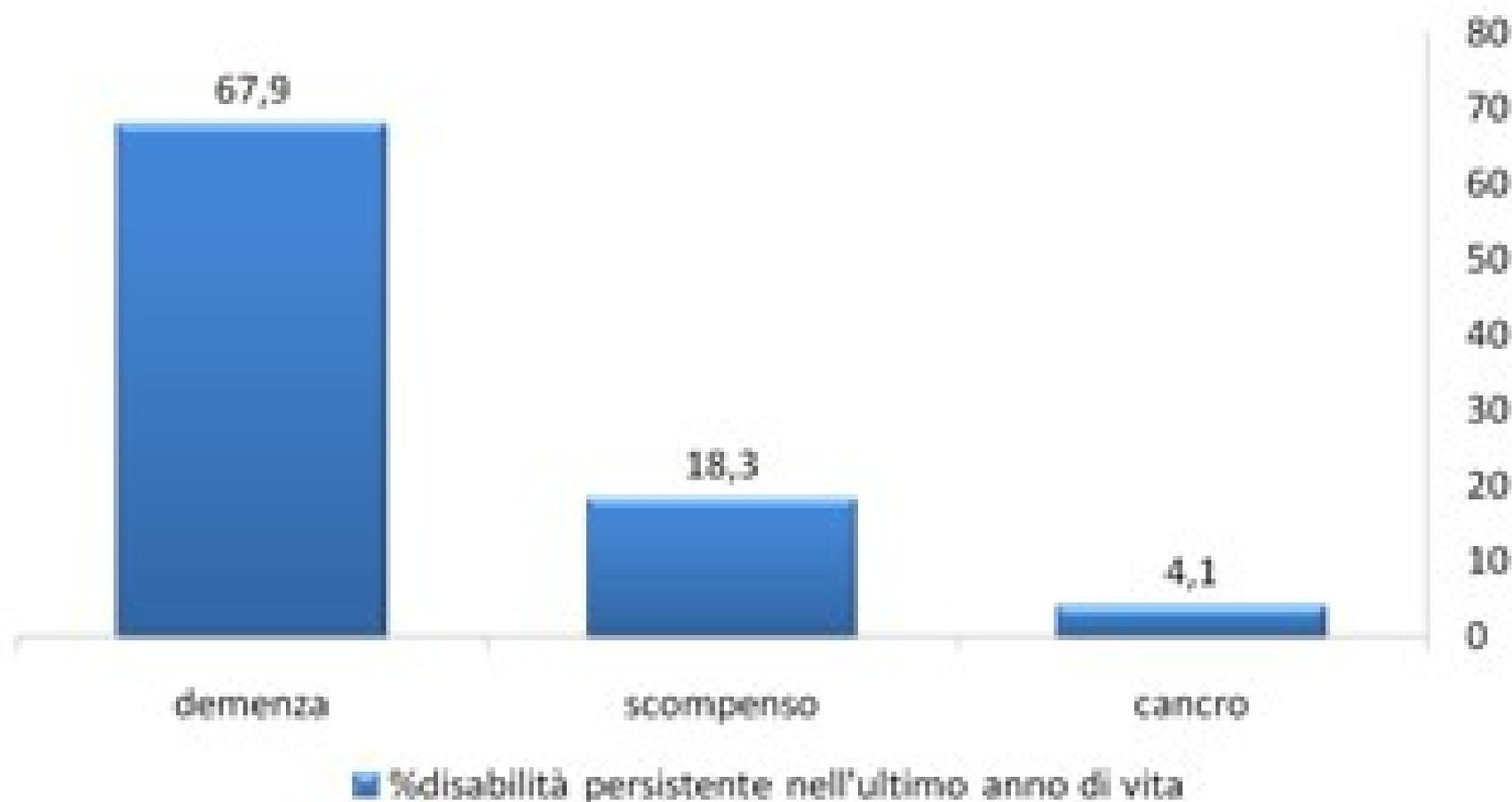
- Trasferimento diretto da ospedale nel 24% dei casi
- Alimentato artificialmente nel 19% dei casi
- Riospedalizzato dopo 7gg il 10%, tra 8-30gg è 11%

3.8

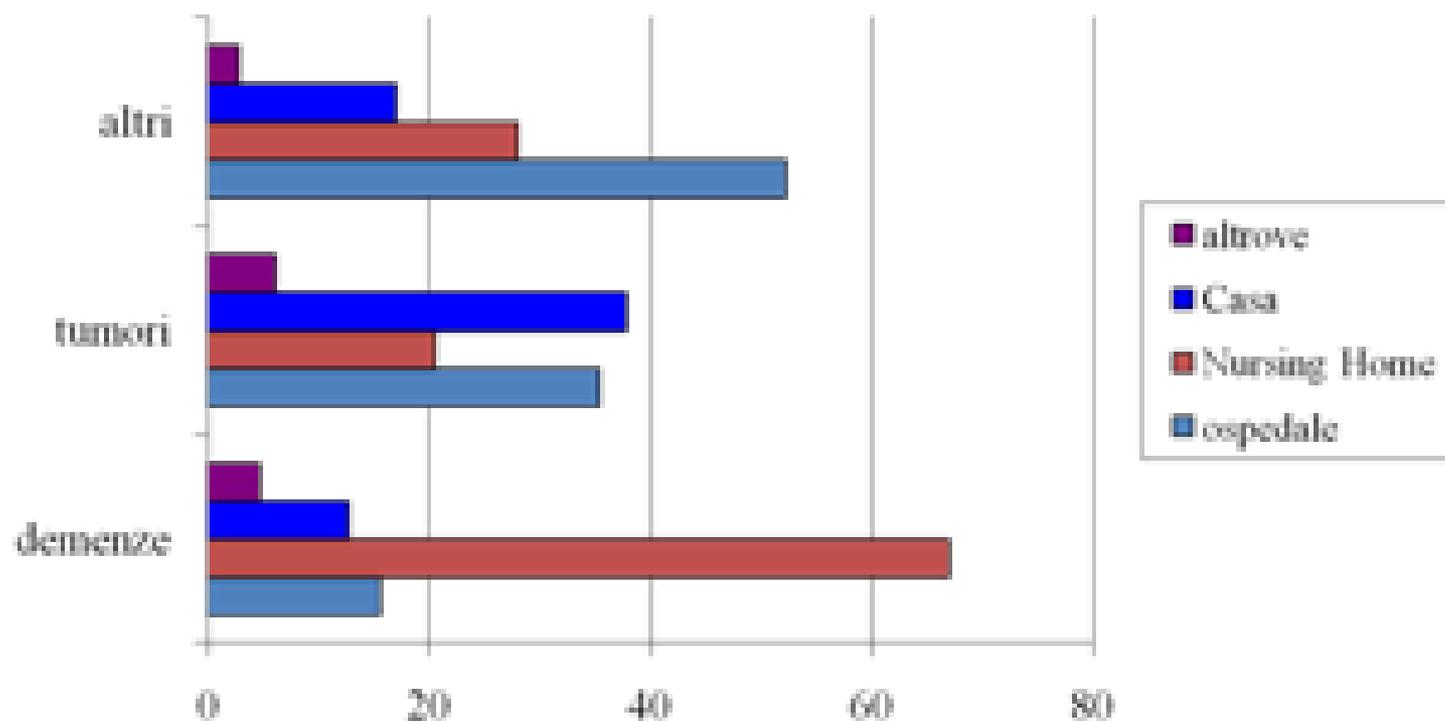


Trajectories of Disability in the Last Year of Life

Research on Aging Institute National Institute on Aging, Baltimore, Md. (Dr. Frisvold); Johns Hopkins University, Baltimore, Md. (Dr. Frisvold); Johns Hopkins University, Baltimore, Md. (Dr. Frisvold); Johns Hopkins University, Baltimore, Md. (Dr. Frisvold)



### 3.3 Luogo di residenza in USA nelle fasi gravi e premortali per Demenze, tumori, e altri a confronto



Mitchell SL, Teas JML, Miller SC, Mar V. A national study of the location of death for older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:299 – 305

# Contesto interno:affrontare modifiche dovute all'Invecchiamento

Visione gerontologica interpretativa

- Diverso significato dell'iperglicemia: con HbA1c <a 6 si ha aumento mortalità
- cambio di segno della variabile peso: sovrappeso da fattore di rischio a protezione

# GOVERNO CLINICO DELLA COMPLESSITA' :PROCEDURE

## APPROCCIO GERIATRICO PROATTIVO

- Accoglienza in RSA accessibilita' struttura
- Rapporti con famigliari e volontari: alleanza terapeutica
- Modalità di lavoro in equipe
- geriatra

# GOVERNO CLINICO DELLA COMPLESSITA' :STRUMENTI

- **SEDI** di comunicazione tempi e argomenti e **REPORT** obbligatori
- **Linee guida** necessarie / utili: il processo di revisione e di audit
- **Protocolli** e schede **CONDIVISE**

# **GOVERNO CLINICO DELLA COMPLESSITA' :ESPERIENZE**

- Il METODO Gentlecare
- Costruire un ambiente protesico
- La formazione e il turismo dei servizi
- The Person Centered Care



# **GOVERNO CLINICO DELLA COMPLESSITA' :indicatori di esito**

## **MODIFICAZIONI ATTESE**

- Riduzione eventi negativi ( cadute, contenzione, malnutrizione, piaghe da decubito, ACE)
- Aumento eventi positivi ( miglioramenti funzionali e clinici, partecipazione, ..)
- Rsa aperta > riferita alla nuova proposta regionale