



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA PERSONA ANZIANA: SFIDA
INFERMIERISTICA NELLA GESTIONE DEL
DECLINO FUNZIONALE CORRELATO
ALL'OSPEDALIZZAZIONE**

Relatrice Prof.ssa a.c. Silvia Sturniolo

Laureanda Laura Buogo

Matricola 1226997

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

Background: La popolazione anziana (età > 65 anni), negli ultimi anni è notevolmente aumentata di numero e ciò porta con sé delle conseguenze, tra cui un maggiore impegno in ambito socio-sanitario. Con l'aumento dell'età media, aumentano anche le patologie croniche di cui gli anziani sono affetti. In alcuni Stati europei il 40% delle persone ricoverate in ospedale sono anziani e, spesso, l'ospedalizzazione porta ad un declino funzionale.

Obiettivo: Individuare le modalità di riduzione dell'impatto negativo che l'ospedalizzazione ha sulle persone anziane. Obiettivi specifici sono mettere in luce i fattori di rischio del declino funzionale, valutare le capacità funzionali e le scale di valutazione più efficaci.

Materiali e metodi: Attraverso un processo di selezione del materiale a cascata e secondo la metodologia PRISMA, sono stati selezionati complessivamente 28. La stringa di ricerca ha considerato i fattori di rischio, le scale per valutare le capacità funzionali e gli interventi attuabili per ridurre il declino funzionale.

Risultati: Dagli studi analizzati sono emersi diversi fattori di rischio, sia legati al paziente, sia legati all'assistenza e all'organizzazione strutturale. La letteratura cita numerose scale di valutazione delle capacità funzionali, stato cognitivo e stato di salute generale. Gli interventi vertono in modo unanime sull'implementazione dell'attività fisica per gli anziani ricoverati, altri sono atti a favorire anche la socializzazione e la stimolazione delle capacità cognitive. L'obiettivo comune è la riduzione del declino funzionale correlato all'ospedalizzazione.

Conclusioni: Il declino funzionale negli anziani dovuto all'ospedalizzazione indica che quello analizzato è un problema sentito e riscontrato nelle realtà ospedaliere, sia italiane che mondiali. Gli interventi, purchè presenti e dettagliati in letteratura, devono essere messi in atto nell'ottica di una collaborazione d'equipe con l'unico focus del miglioramento dell'autonomia della persona e della qualità dell'assistenza.

Parole chiave: persona anziana, valutazione funzionale, ospedalizzazione, assistenza infermieristica, ADL, scale di valutazione.

Key words: *Elderly, Functional Status, Hospitalization, Nursing, ADL, Evaluation Scales*

INDICE

INTRODUZIONE.....	3
BACKGROUND.....	5
1.1 L’OSPEDALIZZAZIONE NELLA PERSONA ANZIANA.....	6
1.2 DECLINO FUNZIONALE NELLA PERSONA ANZIANA.....	7
MATERIALI E METODI.....	9
RISULTATI.....	13
3.1 FATTORI DI RISCHIO.....	13
3.2 VALUTAZIONE	14
3.2.1 BASS E BARTHEL DUE STRUMENTI A CONFRONTO – Un esempio di studio....	17
3.3 INTERVENTI.....	19
3.3.1 Acute Care for Elders – ACE.....	19
3.3.1bis Individualized Exercise Program.....	20
3.3.2 Nursing care program focused on basic self-care – N_BSC	20
3.3.3 SPecific Retraining in INTerdisciplinarity – SPRINT	21
3.3.4 Prevention and Reactivation Care Program – PReCaP	22
3.3.5 Hospital Elder Life Program – HELP per la prevenzione del delirio.....	23
3.3.6 Eat Walk Engage	24
DISCUSSIONE.....	25
CONCLUSIONI.....	27
BIBLIOGRAFIA.....	29
ALLEGATI.....	33

INTRODUZIONE

La popolazione di età superiore ai 65 anni, definita “anziana”^{1,2}, in Italia dal 2022 al 2021 è aumentata del 4,8% passando da 10.654.649 unità a 13.941.531 unità³, questo grazie alle migliori condizioni di vita, alla disponibilità dei servizi sociali e sanitari e all’allungarsi della speranza di vita. Questo fatto, oltre a essere indicativo di un generale benessere, porta con sé delle sfide interessanti, in particolare in ambito socio-sanitario.

Ovviamente un sessantacinquenne odierno, residente in Italia non è paragonabile in termini di capacità fisiche e stato di salute ad un suo coetaneo vissuto negli anni Cinquanta del 1900, né ad una persona della stessa età residente in Africa. Il concetto di anziano, infatti, dipende dall’area geografica di riferimento e dalle condizioni di vita delle persone in questione. A questo proposito negli ultimi anni si è diffuso il concetto di “invecchiamento attivo” definito come:

“Il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita man mano che le persone invecchiano”.
(World Health Organization, 2002)

Tale concetto sottende ad una visione dell’anziano non più come un peso, ma come una risorsa per la nostra società. Tuttavia, per potersi attivare in età anziana, è necessario essere in buona salute ed essere autosufficienti.⁴

Date queste premesse è di fondamentale importanza studiare le traiettorie funzionali negli anziani e capire come eventi acuti impattano su queste traiettorie e, quindi, se e come è possibile evitare o, quanto meno, ridurre un decadimento funzionale correlato ad eventi avversi.

Sempre più spesso le persone anziane convivono con una o più patologie croniche, che però, se trattate adeguatamente non impattano in modo importante sulla qualità di vita della persona stessa. Molti anziani sono autonomi o necessitano di un piccolo aiuto per svolgere le attività di vita quotidiana.

Per queste persone un’ospedalizzazione dovuta all’aggravamento di una patologia cronica o ad un episodio acuto di malattia o a un trauma, può rappresentare una minaccia alla propria autonomia oltre che uno stress fisico importante.

Il tirocinio è stato lo spunto per osservare come a seguito di un'ospedalizzazione o al momento della dimissione, la persona anziana presentasse delle capacità funzionali ridotte rispetto al periodo precedente il ricovero in una struttura ospedaliera. Da questo fatto e dalle premesse riportate è sorta la domanda: come può l'infermiere intervenire direttamente nella riduzione del declino funzionale a cui va incontro l'anziano ospedalizzato?

CAPITOLO 1

BACKGROUND

In Italia, attualmente, la popolazione anziana costituisce il 23,5% della popolazione totale³. Di questa percentuale, circa un milione necessita di ausili o assistenza in quanto non autonomo nella cura della propria persona. Quasi un terzo delle persone over 65 soffre di patologie croniche gravi o multimorbilità; le patologie più diffuse sono, in ordine di prevalenza, artrosi, ipertensione, patologia lombare e cervicale, iperlipidemia, malattie cardiache e diabete, seguite per gli uomini da incontinenza urinaria, mentre per le donne da depressione, allergie e incontinenza urinaria⁵.

L'interesse per questa fascia della popolazione deriva dalla presa di coscienza del trend epidemiologico della popolazione italiana negli ultimi anni che ha portato, e porterà in futuro, la popolazione anziana ad essere sempre più consistente e quindi soggetto di particolare interesse, in particolare per quanto concerne gli ambiti sanitario e sociale. La traiettoria che sia delinea nel panorama italiano non differisce di molto da quella presente in altri Stati, in particolare europei, ma non solo. La crescita della popolazione anziana pone la società di fronte a situazioni e sfide nuove, in quanto è necessario sviluppare metodi, strategie e un'organizzazione sempre più a misura di anziano.

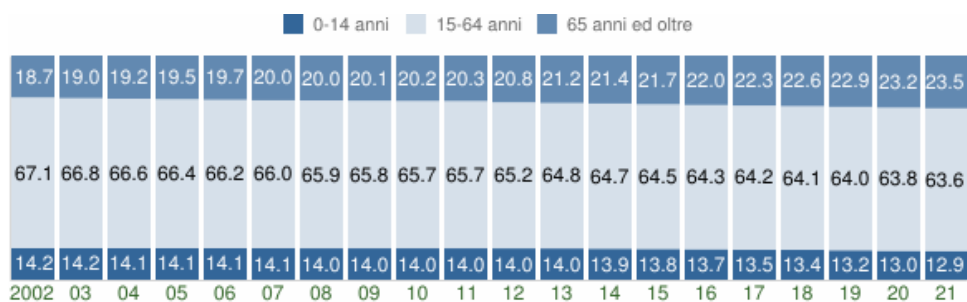


Immagine n.1. Struttura per età della popolazione (valori %):Trend epidemiologico in Italia³

Secondo i dati provvisori, al 1° gennaio 2022, la popolazione residente in Italia è di 58 milioni e 983 mila unità, ovvero 1 milione e 363 mila persone in meno rispetto al 2014 e la popolazione anziana continua a crescere rispetto alla popolazione giovane (<15 anni). Secondo le stime, nel 2059 si raggiungerà la proporzione di 306 over 65 ogni 100 under 15. Queste importanti trasformazioni demografiche delineano nuove potenzialità nelle condizioni di salute e nella qualità di vita, ma anche nuovi bisogni per la popolazione anziana. All'inizio dell'anno corrente gli anziani sono più di 14 milioni, nel 2042 saranno,

secondo le stime, quasi 19 milioni. Attualmente i grandi anziani, ovvero le persone con più di 80 anni, sono più di 4,5 milioni e quelli che superano i 100 anni sono 20 mila, e negli anni a venire aumenteranno notevolmente.³⁷

Affacciandosi al panorama internazionale l'andamento demografico non differisce di molto da quello italiano: nel corso del secolo scorso, nei Paesi industrializzati, la durata della vita media è raddoppiata. Nel mondo la popolazione anziana è passata dal 9,2% del 1990, all'11,7% del 2013 e le stime dicono che nel 2050 raggiungerà il 21,1% con un numero di anziani pari a 2 miliardi. Sempre secondo le stime, nel 2047 le persone anziane con una qualche forma di disabilità arriveranno a superare il numero dei bambini con meno di 10 anni.³⁸

Se si vive mediamente più a lungo, aumenta in modo proporzionale anche la presenza di malattie croniche. Questo fenomeno ingravescente sta creando nuove sfide in ogni ambito, dal sociale, al politico, al culturale ed economico, con particolari implicazioni per l'assistenza sanitaria. La popolazione anziana è definita "fragile" in riferimento alla maggiore vulnerabilità rispetto ad altre fasce della popolazione. Questa vulnerabilità è particolarmente significativa se ricondotta allo stato di salute e alla richiesta di assistenza sanitaria. Uno sforzo significativo è dedicato dalla medicina e dalle professioni di aiuto, per favorire una buona qualità di vita agli anziani. In questa dimensione rientra anche il mantenimento, per la persona anziana, della propria autonomia il più a lungo possibile. Proprio questo aspetto, vista la rilevanza, è utilizzato come misura di outcome e indicatore di qualità di una prestazione sanitaria. Il prolungamento degli anni in cui la persona riferisce una buona qualità di vita, con limitazioni minime dovute a disabilità, è un obiettivo prioritario per coloro che operano nel settore della salute, sia per quanto riguarda i costi sociali ed economici che una condizione di dipendenza comporta, sia per le ripercussioni a livello psicologico e di relazioni sociali. Tra i diversi fattori che possono causare perdita di autonomia, l'ospedalizzazione risulta essere uno dei più significativi.³⁸

1.1 L'OSPEDALIZZAZIONE NELLA PERSONA ANZIANA

In alcuni Stati europei più del 40% dei pazienti ricoverati in strutture ospedaliere sono anziani.⁸ Le diagnosi principali al momento del ricovero sono: malattie infettive, malattie cardiovascolari e squilibrio idroelettrolitico.¹⁰ Problemi cardiaci, problemi respiratori,

problemi gastrointestinali, problemi neurologici, infezioni e lesioni causate da cadute sono i principali motivi di ricovero.⁸

In ambito sanitario, e in particolare per quanto riguarda l'ospedalizzazione, quanto affermato in precedenza, si declina in una maggiore attenzione ai bisogni della persona anziana ricoverata e alle sue priorità.

I dati epidemiologici rivelano come pazienti anziani con una buona funzionalità al momento del ricovero e con diagnosi non riconducibile a patologie direttamente collegate alla riduzione della funzionalità, mostrano alla dimissione un declino funzionale generale. Il declino funzionale negli anziani è una delle conseguenze negative più comuni e impattanti per il paziente, la famiglia e anche il Sistema Sanitario Nazionale. Il declino può protrarsi per un anno dopo l'ospedalizzazione, e se non si risolve nei tre anni successivi, aumenta notevolmente il rischio di istituzionalizzazione, di disabilità permanente e di morte. I fattori che concorrono a questi risultati sono di tipo psicologico, personale, psicosociale e organizzativi della struttura ospedaliera. Dunque, una corretta e puntuale individuazione e rilevazione di tali fattori può permettere di intercettare le situazioni a rischio consentendo un intervento preventivo. Tra i fattori psicosociali si trova il sostegno da parte di un caregiver, in particolare se questo è una familiare della persona ricoverata. In questo contesto i familiari rappresentano una risorsa in quanto sono un ponte tra l'ambiente familiare, luogo di quotidianità e l'ambiente ospedaliero, spesso disorientante e sconosciuto. Ci sono contesti ospedalieri che adottano una presa in carico multidimensionale del paziente, qui i familiari diventano parte integrante dell'equipe curante e possono essere delegate a loro alcune attività basilari. In letteratura risultati di questa collaborazione non sono sempre concordi, alcuni studi riportano effetti negativi, mentre altri studi hanno dimostrato un effetto positivo del coinvolgimento dei familiari sullo stato cognitivo e sui sintomi depressivi degli anziani.³⁸

1.2 DECLINO FUNZIONALE NELLA PERSONA ANZIANA

Per i pazienti anziani l'ospedalizzazione è considerata un rischio per la salute⁶ in particolare per quanto riguarda la perdita o diminuzione dell'autonomia. Diversi studi, infatti, riportano come una percentuale che varia dal 18 al 63% di pazienti anziani al momento della dimissione sia più dipendente rispetto al periodo precedente la malattia che ha condotto all'ospedalizzazione.^{6,7,8,9} Il declino che si evidenzia in questi casi sembra

maggiormente legato all'ospedalizzazione stessa piuttosto che alla diagnosi di ingresso: le persone anziane hanno ridotte riserve funzionali e fisiologiche che li rendono più vulnerabili alle conseguenze del riposo a letto e del ridotto introito calorico. L'immobilizzazione, inoltre, causa una riduzione della forza muscolare e delle capacità aerobiche, senza nessuna contrazione volontaria, ogni giorno viene perso il 5% della forza muscolare⁸. In aggiunta la permanenza a letto aumenta il rischio di declino cognitivo e demenza¹². È stato calcolato che gli anziani durante il ricovero in ospedale passano dall'87% al 100% del tempo in posizione sdraiata o seduta anche se sarebbero in grado di camminare¹¹.

La perdita di abilità nel compiere una o più attività della vita quotidiana (ADL) tra l'ammissione e la dimissione è definita declino funzionale⁹, la definizione può essere ampliata anche alle attività strumentali (IADL) come fare la spesa, gestire la casa, preparare i pasti, prendere l'autobus⁶. Il declino funzionale porta ad una inferiore qualità di vita correlata alla salute, ad un utilizzo più importante dell'assistenza sanitaria con i relativi costi associati e può anche anticipare il momento della morte per gli anziani che ne soffrono.¹⁴

Il declino funzionale è legato al declino cognitivo e questi fenomeni si influenzano a vicenda. Il declino cognitivo è stato identificato come il fattore maggiormente predittivo di declino funzionale, in particolare per le IADL. Potrebbero essere diverse le motivazioni alla base del declino cognitivo: una possibile spiegazione riguarda l'ambiente ospedaliero che, caratterizzato da molteplici fattori stressanti come la privazione del sonno e il cambio di medicazioni, affligge i pazienti anziani, i quali hanno una limitata riserva cognitiva ed emozionale. Un'altra spiegazione è legata agli squilibri fisiologici causati malattia stessa che talvolta portano ad episodi di delirio, evento associato ad un futuro declino cognitivo¹³.

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

L'obiettivo di questa tesi è ricercare quali sono i possibili interventi infermieristici da mettere in campo per ridurre il declino funzionale negli anziani ricoverati nei reparti ospedalieri.

Prima però è importante indagare il fenomeno e capire qual è la sua effettiva diffusione nel panorama ospedaliero.

Il **quesito di ricerca** che ha guidato, principalmente, la revisione bibliografica è:

Come ridurre, con interventi infermieristici, l'impatto che l'ospedalizzazione ha sugli anziani?

I quesiti specifici che hanno guidato la ricerca e, successivamente, la selezione degli articoli sono stati:

- Quali sono le traiettorie funzionali che gli anziani seguono durante il ricovero? È presente e se sì, quanto è importante il declino funzionale correlato all'ospedalizzazione?
- Quali sono i migliori strumenti per valutare la funzionalità negli anziani?
- In quali aspetti si registra una maggiore diminuita o mancata funzionalità?
- Quali strategie (compresi interventi infermieristici) sono efficaci al fine di ridurre il declino funzionale?

Il PICO derivante dal quesito di ricerca è stato così formulato:

P	Anziani (età \geq 65 anni) ospedalizzati
I	Interventi infermieristici
C	Assistenza ordinaria
O	Miglioramento del livello funzionale

Le **parole chiave**, in relazione al PICO e le *query* iniziali sono: persona anziana, valutazione funzionale, ospedalizzazione, assistenza infermieristica, ADL, scale di valutazione

La **stringa di ricerca** che ha portato ai risultati desiderati è:

elderly AND hospital-related functional decline AND nursing care

Erano state formulate altre due stringhe, ma non sono state efficaci nel trovare articoli riguardanti l'argomento di interesse. Queste erano:

("Functional Status"[Mesh]) AND "Aged"[Mesh]

Functional assessment AND older people AND hospitalization

Per ricercare le informazioni utili al fine della ricerca sono state consultate le seguenti **banche dati**: PubMed, ISTAT, epicentro.

Inserendo in PubMed la stringa di ricerca “elderly AND hospital-related functional decline AND nursing care” e applicando il filtro “10 anni” sono risultati tre articoli, di questi sono stati considerati i primi due, dei quali sono stati analizzati gli articoli simili. La selezione degli studi è stata effettuata seguendo il metodo PRISMA in 4 fasi.

1. Identificazione degli studi tramite ricerca nelle banche dati
2. Screening dei titoli e degli abstract degli articoli inclusi
3. Valutazione del full text per l'eleggibilità
4. Lettura full text dell'articolo incluso

Dai *similar articles* dell'articolo di D'Onofrio et al¹⁵, sono stati selezionati altri 44 articoli e, dopo lettura dell'abstract, tenuti 33. Di questi, ne sono stati selezionati 20 per la disponibilità del testo completo e per il contenuto del testo stesso. A partire dalla seconda citazione¹⁶, seguendo lo stesso procedimento, sono stati selezionati 4 articoli di maggiore interesse. È stato seguito lo stesso procedimento per altra fonte bibliografica¹⁷ reperita negli articoli simili del secondo, da cui sono stati selezionati 4 articoli. Per maggiori dettagli si veda l'allegato.

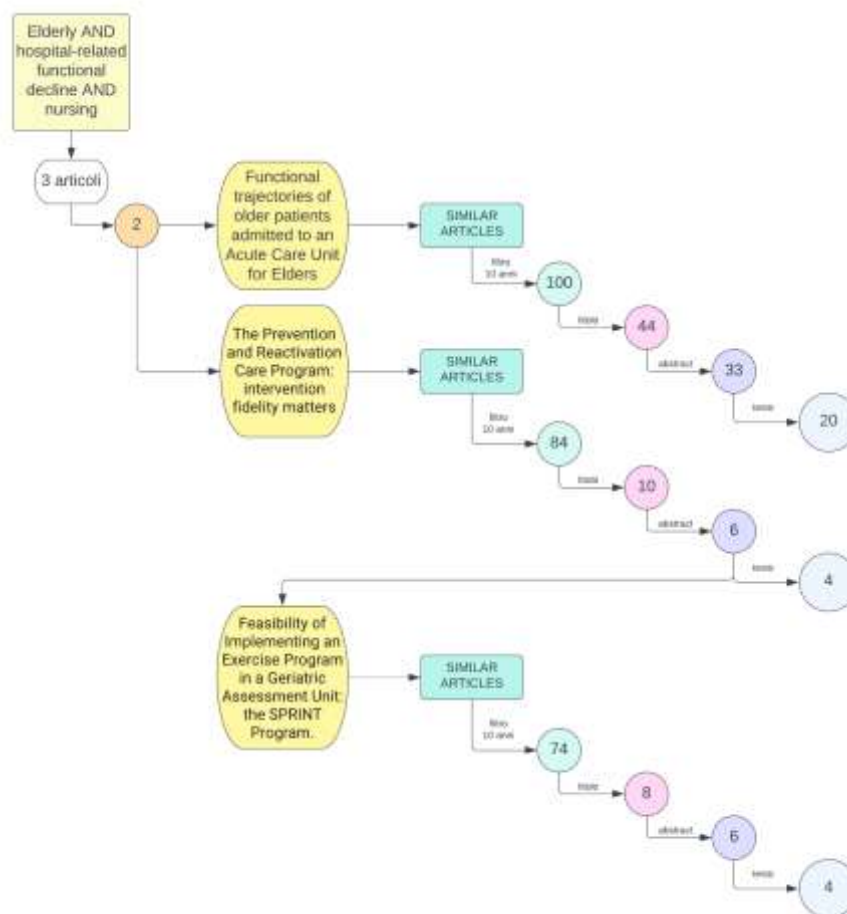


Immagine n.2: Flow chart della ricerca bibliografica

CAPITOLO 3

RISULTATI

3.1 FATTORI DI RISCHIO

Una persona ricoverata in un reparto ospedaliero può andare incontro ad una di queste tre traiettorie a livello funzionale: miglioramento, nessun cambiamento, declino. L'attenzione si concentra ora sulle persone, in particolare gli anziani, che subiscono un declino. Come messo in luce dai dati riportati precedentemente, la percentuale di pazienti che vanno incontro ad un declino funzionale, più o meno grave, è molto variabile e in molti casi non è la traiettoria principale, tuttavia, è una possibilità sempre presente e documentata. Questo è il punto di partenza di questa ricerca.

Diversi studi vertono sulla ricerca e l'identificazione di fattori di rischio e/o fattori predisponenti del declino funzionale. Più studi^{9,10,18,20} individuano nell'età avanzata, nelle comorbidità presenti e nella loro relativa gravità i fattori principali del declino funzionale, anche il declino nelle ADL e IADL immediatamente antecedente il ricovero, il numero di cadute nell'anno precedente, precedenti ospedalizzazioni, deficit cognitivi, malnutrizione, segni di depressione e insorgenza di delirio sono fattori che contribuiscono al declino in modo più o meno significativo^{10,15,19,20,21,22}. Uno studio²⁰ cita l'incontinenza tra i fattori comuni presenti nei pazienti che avevano avuto un declino funzionale durante il ricovero, senza tuttavia, specificare se l'acquisizione di questa patologia fosse antecedente il ricovero o meno, mentre un altro articolo²² individua nella cura non ottimale della continenza (continence care) e nella ridotta mobilità durante il ricovero i fattori direttamente correlati al declino funzionale rilevato al momento della dimissione. Le conseguenze di un declino durante il ricovero evidenziate da più studi sono l'allungamento della permanenza in ospedale (length of hospital stay: LOS)^{9,19,21}, il ricevere maggiori cure infermieristiche, la prescrizione di sedute di fisioterapia durante il ricovero¹⁹, e in termini più ampi, la perdita di indipendenza, la maggiore probabilità di trasferimento in una struttura per anziani e anche la morte²¹.

Contribuiscono al declino funzionale anche fattori direttamente legati all'ambiente ospedaliero, strutturali/organizzativi o assistenziali: i rumori che portano ad una mancanza di sonno¹³, l'immobilità a letto^{8,12,22,36,38}, l'uso di contenzioni^{10,36}, le reazioni avverse alle

terapie (spesso gli anziani assumono molti farmaci il che aumenta il rischio di interazioni tra questi, causando reazioni indesiderate)⁹, un introito nutrizionale scarso, non adeguati supporti per l'indipendenza e, come affermato in precedenza, la gestione non sempre ottimale della continenza/incontinenza^{22,38}.

Uno studio prende in considerazione anche i fattori sociali che influiscono sul declino funzionale, ovvero l'accesso ai servizi sociali e il non avere un partner¹⁰.

3.2 VALUTAZIONE

Per valutare adeguatamente la funzionalità, in particolare nei pazienti anziani, è importante individuare strumenti adatti. Quasi tutti gli studi analizzati utilizzano almeno una scala di valutazione, altri studi, che indagano la funzionalità con un approccio più ampio, utilizzano diverse scale. Nella tabella di seguito vengono riportate le diverse scale utilizzate, quali aspetti indagano e in quali studi sono state o è previsto che siano utilizzate.

SCALA	ASPETTI INDAGATI	STUDI
Katz Index/ADL Index	Capacità nel lavarsi, mangiare, vestirsi, continenza, uso del gabinetto e movimento	Rodrigues, C, et al., Tavares, J. et al., D'Onofrio et al., Huang, H. T. et al., Takada, T. et al., Fox, M. T. et al., Edjolo, A. et al., Piotrowicz, K. et al., Ley, L. et al., Reichardt, L. A. et al.
Barthel Index	Capacità di alimentarsi, lavarsi, cura dell'aspetto esteriore, vestirsi, continenza fecale e urinaria, uso del gabinetto, trasferimenti, mobilità su superfici piane, fare le scale	Basic, D. et al., Martinez-Velilla, N. et al.(11), Martinez-Velilla, N. et al. (12), Fimognari, F. L. et al., Scharf, A. C. et al., Zisberg, A. et al.(22), Shinohara, T. et al., Fox, M. T. et al., Palese, A. et al., Ley, L. et al.
Functional Autonomy Measurement System (SMAF)	Capacità di svolgere attività della vita quotidiana	Juneau, A. et al.
Lawton Index/IADL Index	Capacità di usare il telefono, fare la spesa, cucinare, mantenere la casa, usare i mezzi di trasporto, gestione della terapia e gestione del denaro	Zisberg, A. et al. (13), D'Onofrio et al., Huang, H. T. et al., Zisberg, A. et al.(22), Edjolo, A. et al., Piotrowicz, K. et al.
Yale Physical Activity Survey (YPAS)	Mobilità prima del ricovero	Zisberg, A. et al.(22)
Functional Ambulation Categories (FAC)	Mobilità	Reichardt, L. A. et al.

Morton Mobility Index (DEMMI)	Mobilità	Reichardt, L. A. et al.
Physiotherapy Functional Mobile Profile (PFMP)	Mobilità	Peyrusqué, E. et al.
Elderly Mobility Scale	Mobilità	Ley, L. et al.
Time Up and Go (TUG)	Tempo che il paziente impiega per alzarsi da una sedia, camminare tre metri, girarsi e ritornare alla sedia	Basic, D. et al., Juneau, A. et al., Scharf, A. C. et al., Ley, L. et al., Peyrusqué, E. et al.
Tinetti	Stabilità e equilibrio	Scharf, A. C. et al.
Walking Speed	Velocità di marcia	Juneau, A. et al., De Buyser, S. L. et al.
2 Minute Walking Test (2MWT)	Distanza massima raggiunta	Reichardt, L. A. et al.
Short Physical Performance Battery (SPPB)	Tre misurazioni dell'equilibrio in piedi, cinque sollevamenti consecutivi dalla sedia e camminare per 2,44 metri	Martinez-Velilla, N. et al. (12), Reichardt, L. A. et al.
Berg Balance Scale o Modified Berg Balance Scale	Equilibrio statico e dinamico	Juneau, A. et al., Peyrusqué, E. et al.
Chair Sit and Reach (CSR) test	Flessibilità	Reichardt, L. A. et al.
Mini Mental State Examination (MMSE)	Stato cognitivo	de Vos, A. J. et al., 14, Juneau, A. et al., Scharf, A. C. et al., Huang, H. T. et al., De Buyser, S. L. et al., Edjolo, A. et al., Piotrowicz, K. et al., Reichardt, L. A. et al.
NeuroPsychiatric Index (NPI-Q)	Sintomi neuropsichiatrici nell'ultimo mese, compresi aggressività, illusioni e allucinazioni	de Vos, A. J. et al.
Pfeiffer Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	Stato cognitivo, orientamento spazio-temporale	Zisberg, A. et al. (13), Zisberg, A. et al.(22)
Mini-Cog	Stato cognitivo attraverso la registrazione di tre parole, disegnare un orologio e ricordarsi tre parole	D'Onofrio et al.
Cognitive Decrease Test	Declino cognitivo	Tavares, J. et al.
Cognitive performance scale (CPS)	Stato cognitivo	Gagliardi, C. et al.
Confusion Assessment Method (CAM)	Presenza di delirio. Insorgenza acuta e sviluppo altalenante, inattenzione, pensiero disordinato, livello di coscienza	Tavares, J. et al., D'Onofrio et al., Piotrowicz, K. et al., Reichardt, L. A. et al.

	(consapevolezza) alterato	
Short Geriatric Depression Scale (mini-GDS) o Geriatric Depression Scale	Stato affettivo. Comprende domande quali: “E’ soddisfatto della sua vita?”; “Ha paura che la capiti qualcosa di negativo?” “Si sente felice la maggior parte del tempo?”	Tavares, J. et al., Asmus-Szepesi, K. et al., D’Onofrio et al., Scharf, A. C. et al., Reichardt, L. A. et al.
Tucker short depression rating scale	Sintomi depressivi	Zisberg, A. et al.(22)
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Umore e ansia	Piotrowicz, K. et al.
State-trait Anxiety Inventory-6 (STAI-6)	Sintomi di ansia	Reichardt, L. A. et al.
Grip strength	Forza nelle mani	De Buyser, S. L. et al., Reichardt, L. A. et al.
Comprehensive geriatric assessment (CGA)	Terapia assunta, incontinenza, deficit visivi e uditivi	Gagliardi, C. et al., Reichardt, L. A. et al.
Cumulative Illness Rating Scale for Geriatric (CIRGS-G)	Stato di salute, multimorbidità. Misura il peso delle patologie croniche considerandone anche la severità	D’Onofrio et al., Juneau, A. et al.
Geriatric Index of Comorbidity (GIC)	Numero di patologie e gravità	Fimognari, F. L. et al.
Charlson Comorbidity Index	Condizioni di salute croniche: precedenti ospedalizzazioni, tempo di ricovero, numero e tipo di farmaci assunti e attinenza alla terapia	Tavares, J. et al., Huang, H. T. et al., Zisberg, A. et al.(22), Gagliardi, C. et al., Reichardt, L. A. et al.
Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II	Gravità della patologia acuta	Zisberg, A. et al.(22)
Modified Early Warning Score (MEWS)	Gravità della patologia acuta	Reichardt, L. A. et al.
ISAR screening	Caratteristiche funzionali. Dipendenza prima della malattia, cambiamenti improvvisi nella dipendenza funzionale nelle precedenti 24 ore, ospedalizzazione nei sei mesi precedenti, deficit visivi, deficit di memoria, polifarmacoterapia	de Vos, A. J. et al., Tavares, J. et al., Scharf, A. C. et al.
General Self Efficacy Scale	Autoefficacia percepita	Reichardt, L. A. et al.
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	Stato nutrizionale	Zisberg, A. et al.(22)

Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)	Identificare pazienti malnutriti	Reichardt, L. A. et al.
Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)	Impatto della fatigue	Reichardt, L. A. et al.
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Qualità del sonno e utilizzo di farmaci per dormire	Reichardt, L. A. et al.

Tabella n.1: Comparazione delle scale per la valutazione funzionale nell'anziano

Come si evince dalla tabella, le scale maggiormente utilizzate mirano a valutare: lo stato funzionale, indagando l'autonomia nello svolgimento delle ADL e IADL, in particolare le più impiegate sono la Katz Index, la Barthel Index e la Lawton Index. Si ricorda che la Barthel Index è una scala validata in lingua italiana e viene somministrata a tutti i pazienti di età superiore ai 14 anni, in regime di ricovero ordinario in tutte le Unità Operative di degenza, ad eccezione della Psichiatria, al momento del ricovero e alla dimissione³⁴. Il metodo più utilizzato per valutare la mobilità è il test Time Up and Go. Ha una certa rilevanza anche la valutazione dello stato cognitivo, effettuata in molti casi attraverso la Mini Mental State Examination; sempre per quanto riguarda lo stato cognitivo vengono usate altre scale per pesare la presenza di delirio con il Confusion Assessment Method e lo stato affettivo con la Geriatric Depression Scale. Da diversi studi risulta anche la necessità di esaminare le condizioni generali di salute, ciò viene fatto utilizzando, nella maggior parte dei casi, il Charlson Comorbidity Index o l'ISAR screening.

3.2.1 BASS E BARTHEL DUE STRUMENTI A CONFRONTO – Un esempio di studio

È stato condotto uno studio in Italia con l'obiettivo di validare due cut-off nella scala di Barthel utilizzando la scala di BRASS, che normalmente viene impiegata per individuare le dimissioni a rischio, i risultati ottenuti suggeriscono che la scala di Barthel è predittiva del rischio di dimissione difficile. I due cut-off sono stati individuati nei valori della scala di Barthel di 35 e 70, le tre fasce che ne derivano corrispondono ad un alto rischio di dimissione difficile tra 0 e 30, ad un rischio medio tra 35 e 70 e ad un basso rischio sopra 75. Dallo studio emerge come il grado di dipendenza funzionale sia predittivo del rischio di dimissione difficile, inoltre si è visto come all'aumentare del rischio aumenta anche l'età dei pazienti.³⁵.

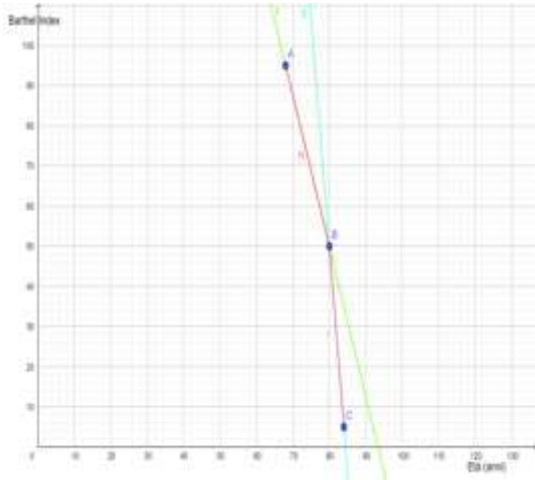


Grafico n.1: Relazione tra Età e Barthel Index

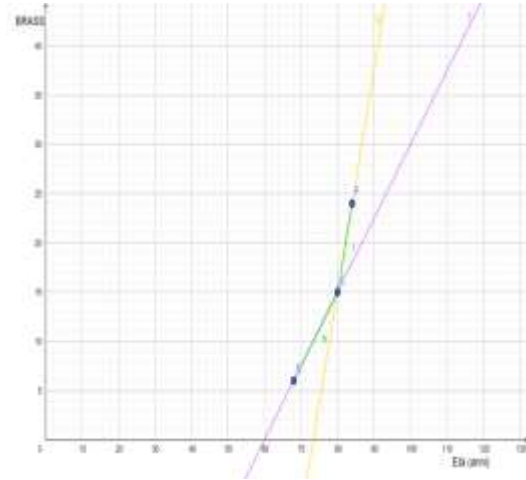


Grafico n. 2: Relazione tra Età e BRASS Index

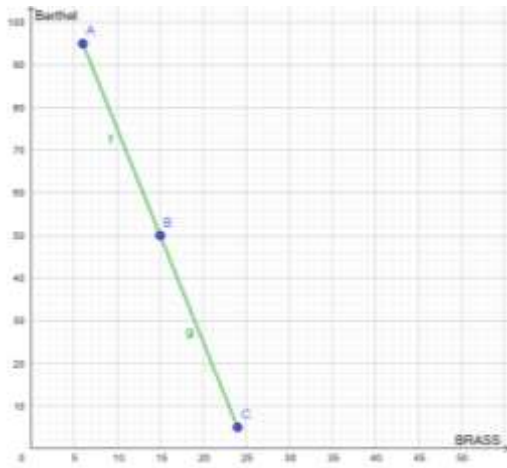


Grafico n.3: Relazione tra BRASS e Barthel Index

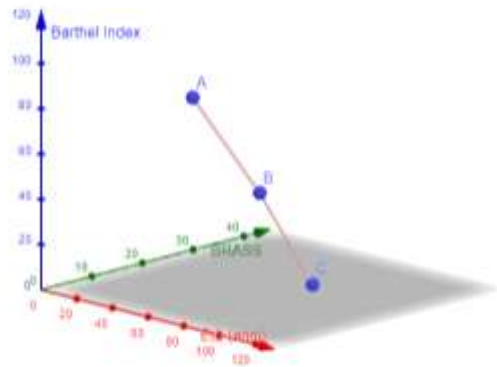


Grafico n.4: Grafico Età, BRASS Index, Barthel Index

Dagli studi analizzati emerge il fatto che il declino funzionale è un processo in continua evoluzione e che ci sono alcune attività della vita quotidiana che, per gli anziani, diventano più difficili da realizzare prima di altre. Le prime limitazioni nelle ADL si manifestano in una parziale limitazione nella capacità di lavarsi e vestirsi, seguite dalla difficoltà nel gestire la terapia medica²⁷. Un altro studio, che divide i pazienti in due gruppi a seconda del punteggio della scala di Barthel (5-80; 85-100), evidenzia come gli anziani con un punteggio più basso, durante il ricovero abbiano subito un declino maggiore per quanto riguarda i trasferimenti e l'uso del gabinetto, mentre per i pazienti con un punteggio maggiore, le attività in cui si è registrato un maggiore declino risultano essere la capacità di lavarsi e salire e scendere le scale²³.

3.3 INTERVENTI

Un numero relativamente scarso di articoli tratta direttamente gli interventi da mettere in atto per ridurre o prevenire il declino funzionale negli anziani e sono per lo più coerenti tra loro. Gli articoli sono concordi nell'aumentare il grado di attività fisica svolta dai pazienti seguendo però protocolli diversi. L'attività fisica, infatti, oltre a costituire un'azione preventiva, facile da praticare, per prevenire o ridurre il declino cognitivo, promuove anche le attività sociali, promuove le interazioni con altre persone, limita l'isolamento, pospone il declino cognitivo e contribuisce alla gestione delle malattie croniche negli anziani²⁷. Prima di tutto, per mettere in atto degli interventi assistenziali significativi, è necessaria un'adeguata formazione del personale e, se ritenuti opportuni, dei cambiamenti strutturali atti a migliorare la riuscita degli interventi stessi.

Gli studi sono d'accordo sull'aumentare il grado di attività fisica, ma non su quale sia la dose minima consigliata di attività fisica per ridurre il declino funzionale. Le evidenze indicano, con qualche incertezza, che camminare almeno due volte al giorno, per un totale di 20 minuti, è una dose efficace di esercizio fisico per mitigare il declino funzionale nei pazienti anziani³¹.

3.3.1 Acute Care for Elders – ACE

Le Unità Operative ACE sono reparti geriatrici sviluppati con lo scopo di prevenire il declino funzionale e altre conseguenze negative legate all'ospedalizzazione acuta nei pazienti anziani. In queste unità operative il punto focale è la promozione della mobilità e la riabilitazione funzionale che comprendono cure centrate sul paziente, revisioni mediche, un team interdisciplinare che pianifica le cure e un piano di dimissione precoce. Gli interventi attuati mirano a permettere al paziente di camminare, iniziare l'autocura, socializzare con altri pazienti e familiari, garantire una buona qualità del sonno e raggiungere un adeguato introito nutrizionale, viene inoltre posta particolare attenzione all'integrità cutanea e alla continenza urinaria e fecale²⁵. Nel caso in cui il paziente non fosse in grado di mobilizzarsi autonomamente l'infermiere attuerà una serie di esercizi con il paziente e provvederà a posturarlo frequentemente. Nel piano terapeutico messo in atto in queste unità operative rientrano anche interventi non farmacologici per la prevenzione del delirio, che come già affermato in precedenza, incide negativamente sul declino funzionale. La prevenzione del delirio indirettamente migliora anche le capacità funzionali.

Per quanto riguarda l'ambiente le modifiche apportate nelle ACE mirano a renderlo più confortevole, minimizzando il rischio di cadute, confusione, ansia. In particolare, sono stati installati corrimano lungo tutto il corridoio, le pareti sono state dipinte con colori caldi e diversi per pavimento, pareti e soffitto, è stato installato un sistema di illuminazione adeguato, sono state installate anche grandi maniglie alle porte e orologi e calendari per favorire l'orientamento dei pazienti. Nei bagni sono stati installati alzate nei gabinetti e corrimano. È stato creato inoltre un ambiente per permettere ai pazienti di passare del tempo assieme e con la famiglia.

La presenza di un team interdisciplinare arricchisce la cura centrata sul paziente grazie all'inclusione nel piano terapeutico di terapia fisica, terapia occupazionale, revisione della terapia farmacologica da parte di un geriatra o di un farmacista e supporto nutrizionale^{15,36}.

I pazienti riceventi le cure nelle ACE hanno avuto una LOS significativamente più breve rispetto a chi ha ricevuto l'assistenza tradizionale, inoltre le ACE sono state associate con un numero più basso di cadute e una minore incidenza di delirio²⁵.

3.3.1bis Individualized Exercise Program

Uno studio propone come metodo per recuperare la mobilità una serie di esercizi personalizzati. Gli esercizi erano prescritti in due sessioni quotidiane di 20 minuti per 5-7 giorni consecutivi. La sessione mattutina prevedeva esercizi personalizzati progressivi di resistenza, equilibrio e camminata, erano supervisionati da un fisioterapista. Gli esercizi pomeridiani prevedevano l'uso di pesi leggeri per le caviglie e una pallina e consistevano nell'estendere e flettere le ginocchia, abduzione delle anche e camminata nel corridoio.

Esercizi personalizzati e composti sono stati efficaci nel far regredire la perdita di autonomia delle ADL che spesso accade durante l'ospedalizzazione¹¹.

3.3.2 Nursing care program focused on basic self-care – N_BSC

Questo programma promuove camminate quotidiane, l'andare al gabinetto camminando, con o senza ausili, e il consumare i pasti della giornata seduti ad un tavolo, non a letto. L'impegno infermieristico si declina in particolare nell'aiutare la persona ricoverata a sedersi per i pasti, nell'incoraggiare le camminate e l'uso del gabinetto, nel coinvolgere i familiari e nel sostenere i pazienti per quanto riguarda la cura di sé, inoltre, l'impegno è orientato a ridurre al minimo le attività cliniche durante i pasti.

A livello ambientale, le modifiche apportate all'unità operativa comprendono l'installazione di corrimano lungo il corridoio, dove è stata disegnata anche una linea blu lunga 30 metri; la creazione di altri quattro percorsi di 10 metri ciascuno con le distanze ben evidenziate; la mobilia è stata sistemata in modo tale da lasciare sgombrare le aree di passaggio; la trasformazione di una stanza in una sala pasti comune con la capacità di ospitare fino a dieci persone sedute al tavolo e altre quattro accomodate sul divano, in questa sala è stata installata anche una televisione ed è stata prevista la disponibilità di quotidiani e riviste⁷.

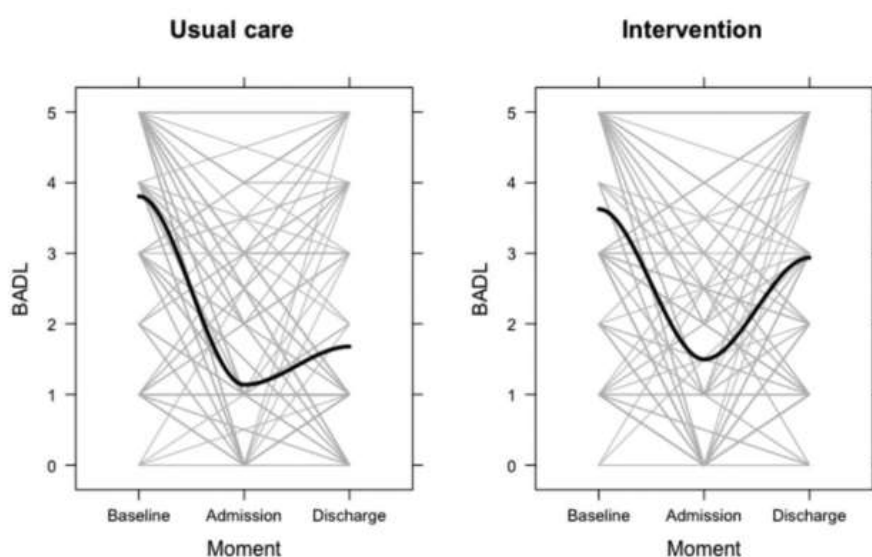


Grafico n.5: Confronto tra assistenza standard e N_BSC program

3.3.3 SPecific Retraining in INTerdisciplinarity – SPRINT

Il programma SPRINT consiste nella ripetizione di una serie di esercizi, consigliati dopo una valutazione delle abilità funzionali, per i quali non sono necessari particolari ausili e possono essere svolti dal paziente nel momento della giornata a lui più gradito e in completa autonomia o sotto la supervisione di un professionista sanitario, e coinvolgendo i familiari o caregivers. Il paziente viene inserito in una categoria, identificata tramite un colore, a seconda del livello di mobilità valutato da un fisioterapista; ogni categoria, ad eccezione della prima, ha due sottotipi di esercizi, il primo sottotipo di esercizi possono essere svolti in autonomia dal paziente, mentre il secondo sottotipo necessita la supervisione di un professionista. La prima categoria, identificata dal colore rosso, comprende solo esercizi del primo sottotipo ovvero mantenere la posizione seduta per almeno tre ore al giorno, non consecutive. Nella seconda categoria, di colore arancione,

l'esercizio proposto nel sottotipo 1 consiste nel sedersi per alzarsi aiutandosi con le mani, una sessione corrisponde a due set da 12 ripetizioni; nel sottotipo 2 l'esercizio proposto mira a esercitare l'equilibrio statico in posizione eretta, è consigliato cominciare tenendosi e poi senza tenersi, una sessione corrisponde a 2 minuti. La terza categoria, di colore verde, prevede nel primo sottotipo sedersi per alzarsi senza l'aiuto delle mani, nel secondo sottotipo equilibrio avanzato sia statico che dinamico, cominciando appoggiandosi, poi senza appoggio, per esempio: movimento della testa e delle braccia, occhi aperti e chiusi, equilibrio su un piede, pieni uno davanti all'altro, allungamenti anteriori e laterali, una sessione corrisponde a 30 secondi di esercizio. Nella terza categoria di colore blu, il primo sottotipo prevede di incoraggiare il paziente a camminare nel reparto, una sessione corrisponde a 5 minuti, da ripetere almeno 3 volte al giorno; il secondo sottotipo prevede di accompagnare il paziente nelle scale, utilizzare la ringhiera se necessario e scegliere il passo a seconda delle caratteristiche del paziente (alternato, non alternato), una sessione prevede 5 minuti di esercizio.

Per aumentare l'aderenza al programma di esercizio fisico è importante ridurre le barriere, controllare il dolore adeguatamente, ridurre la paura di cadere causata da uno scarso equilibrio. Alcuni pazienti hanno suggerito di eseguire gli esercizi in gruppo e ad orari prestabiliti per aumentare la motivazione e la partecipazione. Coinvolgere volontari non legati ai pazienti potrebbe essere positivo per i pazienti e per l'applicazione del programma SPRINT¹⁷.

I pazienti che hanno beneficiato del programma SPRINT hanno avuto una LOS più breve e sono tornati a casa propria più spesso rispetto ai pazienti che hanno ricevuto l'assistenza ordinaria. Inoltre, l'aderenza a questo programma ha aumentato la velocità di marcia, l'equilibrio e la mobilità e la capacità nel compiere le ADL è aumentata³³.

3.3.4 Prevention and Reactivation Care Program – PReCaP

È un programma preventivo e aggiuntivo alle cure tradizionali erogate agli anziani ospedalizzati, erogato da un team multidisciplinare, con l'obiettivo di ridurre il declino funzionale legato all'ospedalizzazione tra i pazienti anziani ricoverati offrendo interventi multidisciplinari, integrati e finalizzati alla cura del paziente in ambito fisico, sociale, psicologico e funzionale.¹⁴

Nella ricerca non sono stati trovati gli interventi specifici a cui fa riferimento il PReCaP, tuttavia lo stesso studio citato precedentemente, afferma che non c'è una differenza significativa tra i pazienti a cui vengono fornite le normali cure ospedaliere e i pazienti che ricevono anche il PReCaP.¹⁴

3.3.5 Hospital Elder Life Program – HELP per la prevenzione del delirio

Questo programma, grazie all'impiego di interventi non farmacologici, mira a prevenire il delirio in ambiente ospedaliero. Risulta interessante in quanto, come affermato in precedenza, il delirio e il decadimento cognitivo influiscono negativamente sul declino funzionale e prevenire il delirio, indirettamente, aiuta a prevenire il declino funzionale. Gli interventi sono personalizzati e finalizzati a ridurre i deficit cognitivi, migliorare la qualità del sonno, contrastare l'immobilità, i deficit visivi e uditivi e la disidratazione. Il programma prevede che gli interventi siano somministrati ai pazienti da studenti di medicina, infermieristica e psicologia, formati adeguatamente e su base volontaria.

Nello specifico gli interventi consistono nell'incoraggiare e supportare i pazienti nello svolgere attività fisica, ricordando loro i benefici per la salute e rispondendo ai dubbi presentati, in particolare aiutare i pazienti nei trasferimenti dal letto alla sedia e accompagnarli quando camminano. In caso di deficit uditivo, fare in modo che le audioprotesi protesi siano disponibili e adeguatamente funzionanti, se il paziente non le utilizza, adottare un adeguato metodo comunicativo. Se il paziente presenta un deficit visivo, posizionare gli occhiali in modo che siano accessibili, se il paziente non li possiede, proporre di usare una lente d'ingrandimento. Per entrambi i presidi, se il paziente li possiede, ma sono stati lasciati a domicilio, chiedere ai familiari di portarli in reparto. Per quanto concerne i deficit cognitivi, gli interventi da attuare riguardano la stimolazione cognitiva secondo le preferenze del paziente: portare giornali o riviste nuovi, parlare di temi di attualità, stimolare il paziente a parlare dei propri hobby o delle attività di interesse. Spiegare il funzionamento del reparto per ridurre lo stress e l'ansia. Coordinare le attività con i ritmi circadiani, educare il paziente ad andare a dormire sempre alla stessa ora. Garantire un adeguato introito di liquidi, facendo in modo che questi siano disponibili al paziente, fornire una cannuccia, se desiderata. Assistere il paziente durante i pasti e stimolare l'indipendenza, fare in modo che la protesi dentaria, se posseduta, sia accessibile e indossata. Far sì che il momento del pasto sia gradevole.

Per quanto riguarda gli interventi ambientali, come per altri progetti, è previsto l'impiego di calendari e orologi in tutte le stanze e un sistema di illuminazione adattabile per permettere di mantenere un'illuminazione soffusa durante le ore notturne.

Inoltre, incoraggiare i familiari a spendere più tempo possibile con il paziente ricoverato.

I risultati evidenziano una riduzione nel bisogno di farmaci antipsicotici e una minore LOS³⁰.

3.3.6 Eat Walk Engage

Gli interventi proposti in questa strategia riguardano il migliorare la mobilitazione precoce, favorendo l'indipendenza funzionale, migliorare la nutrizione e incrementare le opportunità di interazione e di compiere attività cognitive significative. Il reparto in cui è stato implementato questo metodo avrà a disposizione un professionista formato che condurrà interventi gestiti individualmente, attività personalizzate e interventi di gruppo, per esempio mobilitazione assistita, programmi di esercizi e incoraggiare l'assunzione di integratori.

Il programma Eat Walk Engage riadatta diversi principi del Hospital Elder Life Program, inclusi la centralità del paziente e un forte impegno nella prevenzione e nella collaborazione interdisciplinare.

Uno studio pilota ha dimostrato l'efficacia di questo metodo nella riduzione delle sindromi geriatriche correlate all'ospedalizzazione e nella riduzione della LOS²¹.

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE

Attraverso questa ricerca sono stati individuati fattori di rischio, fattori predisponenti, scale di valutazione e possibili interventi da mettere in atto per ridurre il declino funzionale. Tra i fattori di rischio sono presenti sia fattori modificabili che non modificabili. Tra i fattori non modificabili ci sono l'età, le patologie presenti, i deficit cognitivi, le precedenti ospedalizzazioni, il numero di cadute nell'anno precedente e il declino pre ricovero. Tra i fattori modificabili possono essere considerate la malnutrizione, l'insorgenza di delirio, l'incontinenza, l'immobilità, i segni di depressione e in un certo senso anche la gravità delle patologie di cui il paziente è affetto. Ovviamente è possibile intervenire sui fattori modificabili seguendo le linee guida presenti e implementando gli interventi dove sono carenti al fine di ridurre il declino funzionale legato all'ospedalizzazione.

Per quanto riguarda i fattori strutturali è necessaria una comunione d'intenti tra il personale e la direzione ospedaliera per attuare le modifiche o gli adattamenti strutturali che una migliore assistenza all'anziano richiederebbe. Inoltre, per quanto riguarda l'assistenza, è auspicabile una prevenzione del disorientamento e della confusione, spesso "trattati" con la contenzione, che aggrava maggiormente la situazione di disorientamento.

Esistono molte scale validate utilizzate nella valutazione dei pazienti, alcune più di altre sono adatte alla valutazione della persona anziana. Come è evidente nella tabella n.1, la valutazione non è solo delle capacità funzionali, ma anche dello stato mentale e della salute in generale. Ciò è un buon segno e significa che c'è concordanza tra i sanitari riguardo la necessità di valutare più aspetti per avere un quadro generale e più veritiero delle condizioni di salute dei pazienti, in particolare dei pazienti anziani.

Gli studi che trattano gli interventi puntano tutti sullo stimolare l'attività l'autonomia e l'attività fisica, inoltre puntano a incrementare la socialità e l'interazione con i familiari e anche con gli altri pazienti. I cambiamenti strutturali sono pensati per favorire quanto scritto in precedenza: corridoi ampi, illuminati, con corrimano per tutta la lunghezza, sale con più posti al tavolo e divanetti per favorire la socializzazione.

CAPITOLO 5

CONCLUSIONI

È necessaria quindi una maggiore attenzione ai bisogni, spesso inespressi, degli anziani. Ci sono le premesse perché questo avvenga, ma è importante prima di tutto formare il personale sanitario a tal proposito. L'attività fisica è sicuramente un fattore che mitiga il declino funzionale, anche se non è chiaro in quale misura, probabilmente per la particolare soggettività del fenomeno.

Visti i dati epidemiologici, presentati anche in questa tesi, l'argomento trattato è di notevole importanza e lo sarà sempre di più. Sono auspicabili quindi più studi e l'applicazione pratica di quanto riscontrato al fine di preservare o incrementare l'autonomia delle persone anziane anche a seguito di un'ospedalizzazione.

Migliorare l'autonomia degli anziani, soprattutto durante i ricoveri ospedalieri, come emerso da diversi studi, porta alla diminuzione della durata dei giorni di ospedalizzazione e perciò porta anche ad una diminuzione dei costi. Se la persona anziana, una volta dimessa, ha un livello di autonomia maggiore, sono ridotti anche i costi a carico della famiglia legati all'assistenza del familiare. Per non parlare della maggiore qualità di vita della persona anziana che riesce ancora ad essere autonoma e non dipendente dall'assistenza dei familiari per ogni aspetto della vita quotidiana.

Date queste considerazioni è auspicabile agire preventivamente, migliorare l'assistenza domiciliare e la medicina territoriale al fine di ridurre le ospedalizzazioni. In questo campo la figura dell'infermiere di famiglia ricopre un ruolo fondamentale, sia per i pazienti che per le famiglie.

Per quanto concerne i ricoveri non evitabili o prevenibili, gli interventi attuati negli studi analizzati sono di priorità e competenza prevalentemente infermieristica. Il raggio d'azione infermieristico è notevolmente ampio e gli interventi anche riabilitativi, possono essere erogati dai professionisti infermieri, e non essere delegati ad altri professionisti sanitari.

La professione infermieristica è spendibile e applicabile in moltissimi campi e forse non ha ancora il riconoscimento che merita. È auspicabile un miglioramento di questa condizione nel prossimo futuro.

BIBLIOGRAFIA

1. SIGG. (2018). SIGG. Retrieved Oct. 15, 2020, from Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
2. Chiara Gallione (Ott 19, 2020) L'anziano ieri e oggi: verso una definizione [https://www.agingproject.uniupo.it/lanziano-ieri-e-oggi-verso-una-definizione/#:~:text=L'Organizzazione%20Mondiale%20della%20Sanit%C3%A0,nascita%20\(WHO%2C%202002\)](https://www.agingproject.uniupo.it/lanziano-ieri-e-oggi-verso-una-definizione/#:~:text=L'Organizzazione%20Mondiale%20della%20Sanit%C3%A0,nascita%20(WHO%2C%202002))
3. AAVV, Indici demografici e struttura della popolazione italiana, <https://www.tuttitalia.it/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>, UC 05/10/2022
4. ISTAT. (2020). Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia. In I. n. statistica (Ed.). Roma. Retrieved Oct. 8, 2020 <https://www.istat.it/it/files/2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>
5. ISTAT. (2019). Migliora la salute degli anziani ma cresce la domanda di cura e assistenza. Data di pubblicazione 14 luglio 2021.
6. de Vos, A. J., Asmus-Szepesi, K. J., Bakker, T. J., de Vreede, P. L., van Wijngaarden, J. D., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2012). Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: the Prevention and Reactivation Care Program (PReCaP). *BMC geriatrics*, 12, 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-7>
7. Rodrigues, C., Mendonça, D., & Martins, M. M. (2020). Effects of a nursing care program focused on basic self-care in older acute medical in-patients: a randomized controlled trial. *Porto biomedical journal*, 5(6), e086. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000086>
8. Kosse, N. M., Dutmer, A. L., Dasenbrock, L., Bauer, J. M., & Lamoth, C. J. (2013). Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review. *BMC geriatrics*, 13, 107. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-107>
9. Basic, D., Ní Chróinín, D., Conforti, D., & Shanley, C. (2017). Predictors on admission of functional decline among older patients hospitalised for acute care: A prospective observational study. *Australasian journal on ageing*, 36(4), E57–E63. <https://doi.org/10.1111/ajag.12458>
10. Tavares, J., Nunes, L., & Grácio, J. (2021). Hospitalized older adult: predictors of functional decline. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3399. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399>
11. Martínez-Velilla, N., Sáez de Asteasu, M. L., Ramírez-Vélez, R., Zambom-Ferraresi, F., García-Hermoso, A., & Izquierdo, M. (2021). Recovery of the Decline in Activities of Daily Living After Hospitalization Through an Individualized Exercise Program: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 76(8), 1519–1523. <https://doi.org/10.1093/gerona/glab032>
12. Martínez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Sáez de Asteasu, M. L., Lucia, A., Galbete, A., García-Baztán, A., Alonso-Renedo, J., González-Glaría, B., Gonzalo-Lázaro, M., Apezteguía Iraizoz, I., Gutiérrez-Valencia, M., Rodríguez-Mañas, L., & Izquierdo, M. (2019). Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 179(1), 28–36. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4869>

- Incorrect Author Surname, Affiliation, and Figure Key. (2019). *JAMA internal medicine*, 179(1), 127. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7586>
13. Zisberg, A., Sinoff, G., Agmon, M., Tonkikh, O., Gur-Yaish, N., & Shadmi, E. (2016). Even a small change can make a big difference: the case of in-hospital cognitive decline and new IADL dependency. *Age and ageing*, 45(4), 500–504. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw063>
14. Asmus-Szepesi, K. J., Flinterman, L. E., Koopmanschap, M. A., Nieboer, A. P., Bakker, T. J., Mackenbach, J. P., & Steyerberg, E. W. (2015). Evaluation of the Prevention and Reactivation Care Program (PreCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial. *Clinical interventions in aging*, 10, 649–661. <https://doi.org/10.2147/CIA.S77677>
15. D'Onofrio, A., Büla, C., Rubli, E., Butrognò, F., & Morin, D. (2018). Functional trajectories of older patients admitted to an Acute Care Unit for Elders. *International journal of older people nursing*, 13(1), 10.1111/opn.12164. <https://doi.org/10.1111/opn.12164>
16. de Vos, A. J., Bakker, T. J., de Vreede, P. L., van Wijngaarden, J. D., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2013). The Prevention and Reactivation Care Program: intervention fidelity matters. *BMC health services research*, 13, 29. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-29>
17. Juneau, A., Bolduc, A., Nguyen, P., Leclerc, B. S., Rousseau, J., Dubé, F., Ringuet, M. È., & Kergoat, M. J. (2018). Feasibility of Implementing an Exercise Program in a Geriatric Assessment Unit: the SPRINT Program. *Canadian geriatrics journal: CGJ*, 21(3), 284–289. <https://doi.org/10.5770/cgj.21.311>
18. Fimognari, F. L., Pierantozzi, A., De Alfieri, W., Salani, B., Zuccaro, S. M., Arone, A., Palleschi, G., & Palleschi, L. (2017). The Severity of Acute Illness and Functional Trajectories in Hospitalized Older Medical Patients. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 72(1), 102–108. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw096>
19. Scharf, A. C., Gronewold, J., Dahlmann, C., Schlitzer, J., Kribben, A., Gerken, G., Frohnhofen, H., Dodel, R., & Hermann, D. M. (2020). Clinical and functional patient characteristics predict medical needs in older patients at risk of functional decline. *BMC geriatrics*, 20(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1443-1>
20. Huang, H. T., Chang, C. M., Liu, L. F., Lin, H. S., & Chen, C. H. (2013). Trajectories and predictors of functional decline of hospitalised older patients. *Journal of clinical nursing*, 22(9-10), 1322–1331. <https://doi.org/10.1111/jocn.12055>
21. Mudge, A. M., Banks, M. D., Barnett, A. G., Blackberry, I., Graves, N., Green, T., Harvey, G., Hubbard, R. E., Inouye, S. K., Kurrle, S., Lim, K., McRae, P., Peel, N. M., Suna, J., & Young, A. M. (2017). CHERISH (collaboration for hospitalised elders reducing the impact of stays in hospital): protocol for a multi-site improvement program to reduce geriatric syndromes in older inpatients. *BMC geriatrics*, 17(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0399-7>
22. Zisberg, A., Shadmi, E., Gur-Yaish, N., Tonkikh, O., & Sinoff, G. (2015). Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(1), 55–62. <https://doi.org/10.1111/jgs.13193>
23. Shinohara, T., Tsuchida, N., Yamane, T., Shindo, K., Otani, T., & Ishii, D. (2019). Association between patients' state upon admission and decline in activities of daily living. *Journal of physical therapy science*, 31(10), 813–818. <https://doi.org/10.1589/jpts.31.813>

24. Takada, T., Fukuma, S., Yamamoto, Y., Tsugihashi, Y., Nagano, H., Hayashi, M., Miyashita, J., Azuma, T., & Fukuhara, S. (2018). Development and validation of a prediction model for functional decline in older medical inpatients. *Archives of gerontology and geriatrics*, 77, 184–188. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.011>
25. Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D., & Schraa, E. (2012). Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(12), 2237–2245. <https://doi.org/10.1111/jgs.12028>
26. De Buyser, S. L., Petrovic, M., Taes, Y. E., Vetrano, D. L., Corsonello, A., Volpato, S., & Onder, G. (2014). Functional changes during hospital stay in older patients admitted to an acute care ward: a multicenter observational study. *PloS one*, 9(5), e96398. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096398>
27. Edjolo, A., Dartigues, J. F., Pérès, K., & Proust-Lima, C. (2020). Heterogeneous Long-Term Trajectories of Dependency in Older Adults: The PAQUID Cohort, a Population-Based Study over 22 years. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 75(12), 2396–2403. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa057>
28. Palese, A., Gonella, S., Moreale, R., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., Bazoli, L., Casson, P., Marin, M., Padovan, M., Picogna, M., Taddia, P., Salmaso, D., Chiari, P., Frison, T., Marognolli, O., Benaglio, C., Canzan, F., Ambrosi, E., ... ESAMED Group (2016). Hospital-acquired functional decline in older patients cared for in acute medical wards and predictors: Findings from a multicentre longitudinal study. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 37(3), 192–199. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.01.001>
29. Gagliardi, C., Corsonello, A., Di Rosa, M., Fabbietti, P., Cherubini, A., Mercante, O., Mazzei, B., Postacchini, D., Deales, A., Bustacchini, S., & Lattanzio, F. (2018). Preadmission Functional Decline Predicts Functional Improvement Among Older Patients Admitted to Acute Care Hospital. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 73(10), 1363–1369. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx211>
30. Piotrowicz, K., Rewiuk, K., Górski, S., Kałwak, W., Wizner, B., Pac, A., Nowakowski, M., & Grodzicki, T. (2018). The "Wholesome Contact" non-pharmacological, volunteer-delivered multidisciplinary programme to prevent hospital delirium in elderly patients: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2781-6>
31. Ley, L., Khaw, D., Duke, M., & Botti, M. (2019). The dose of physical activity to minimise functional decline in older general medical patients receiving 24-hr acute care: A systematic scoping review. *Journal of clinical nursing*, 28(17-18), 3049–3064. <https://doi.org/10.1111/jocn.14872>
32. Reichardt, L. A., Aarden, J. J., van Seben, R., van der Schaaf, M., Engelbert, R. H., Bosch, J. A., Burman, B. M., & Hospital-ADL study group (2016). Unravelling the potential mechanisms behind hospitalization-associated disability in older patients; the Hospital-Associated Disability and impact on daily Life (Hospital-ADL) cohort study protocol. *BMC geriatrics*, 16, 59. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0232-3>
33. Peyrusqué, E., Buckinx, F., Bolduc, A., Law, C., Kergoat, M. J., & Aubertin-Leheudre, M. (2021). Potential Efficacy of Pragmatic Exercise Program (SPRINT) during Hospitalization in Older Adults on Health Care and Physical Performance: A Pilot Study. *The journal of nutrition, health & aging*, 25(1), 126–133. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1483-4>

34. Azienda O. 11 aprile 2019. Procedura per la valutazione funzionale della persona assistita. *Allegato B al decreto n. 42*
35. Strini, V., Piazzetta, N., Gallo, A., & Schiavolin, R. (2020). Barthel Index: creation and validation of two cut-offs using the BRASS Index. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 91(2-S), 19–26. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i2-S.9226>
36. Palmer R. M. (2018). The Acute Care for Elders Unit Model of Care. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 3(3), 59. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3030059>
37. AA.VV. <https://www.stateofmind.it/2017/10/ospedalizzazione-dell-anziano-interventi/> UC 28/10/2022
38. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013

ALLEGATI

Elderly AND hospital-related functional decline AND nursing care

Cite	Autori	Titolo	Parole chiave	Tipo di studio e anno	Note
Asmus-Szepesi, K. J., Flinterman, L. E., Koopmanschap, M. A., Nieboer, A. P., Bakker, T. J., Mackenbach, J. P., & Steyerberg, E. W. (2015). Evaluation of the Prevention and Reactivation Care Program (PreCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial. <i>Clinical interventions in aging, 10</i> , 649–661. https://doi.org/10.2147/CIA.S77677	Asmus-Szepesi, K. J., Flinterman, L. E., Koopmanschap, M. A., Nieboer, A. P., Bakker, T. J., Mackenbach, J. P., & Steyerberg, E. W.	Evaluation of the Prevention and Reactivation Care Program (PreCaP) for the hospitalized elderly: a prospective nonrandomized controlled trial.	activities of daily living; functional decline; geriatric rehabilitation; health-related quality of life.	prospective nonrandomized controlled trial. 2015	Interessante perchè confronta due gruppi, ma alla fine dice che non c'è differenza tra il PreCaP e la normale assistenza geriatrica, forse mitiga il declino cognitivo
Basic, D., Ní Chróinín, D., Conforti, D., & Shanley, C. (2017). Predictors on admission of functional decline among older patients hospitalised for acute care: A prospective observational study.	Basic, D., Ní Chróinín, D., Conforti, D., & Shanley, C.	Predictors on admission of functional decline among older patients hospitalised for acute care: A prospective observational study	frail elderly, function, hospitalization, patient outcome assessment.	studio di coorte prospettico 2017	valido per fattori di rischio/fattori predisponenti non solo del paziente, ma anche dell'ambiente (bmi premorboso, reazione avversa ai farmaci, numero di diagnosi attive, in-hospital consultation as

<p><i>Australasian journal on ageing</i>, 36(4), E57–E63. https://doi.org/10.1111/ajag.12458</p>					<p>the referral source, LOS come conseguenza), definizione di decadimento funzionale, riporta le malattie più comuni all'ingresso in ospedale Outcome del declino funzionale Scale %</p>
<p>De Buyser, S. L., Petrovic, M., Taes, Y. E., Vetrano, D. L., Corsonello, A., Volpato, S., & Onder, G. (2014). Functional changes during hospital stay in older patients admitted to an acute care ward: a multicenter observational study. <i>PloS one</i>, 9(5), e96398. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096398</p>	<p>De Buyser, S. L., Petrovic, M., Taes, Y. E., Vetrano, D. L., Corsonello, A., Volpato, S., & Onder, G.</p>	<p>Functional changes during hospital stay in older patients admitted to an acute care ward: a multicenter observational study.</p>		<p>Studio osservazionale multicentrico 2014</p>	<p>Sembra confutare la tesi, maggiore è il declino pre ricovero, maggiore è il miglioramento (più spazio di miglioramento), prende in considerazione la velocità di marcia e la GS scale</p>
<p>de Vos, A. J., Asmus-Szepesi, K. J., Bakker, T. J., de Vreede, P. L., van Wijngaarden, J. D., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2012). Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: the</p>	<p>de Vos, A. J., Asmus-Szepesi, K. J., Bakker, T. J., de Vreede, P. L., van Wijngaarden, J. D., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P.</p>	<p>Integrated approach to prevent functional decline in hospitalized elderly: the Prevention and Reactivation Care Program (PReCaP).</p>		<p>Study protocol 2012</p>	<p>Definizione bella di declino funzionale. Dati sul declino funzionale</p>

Prevention and Reactivation Care Program (PReCaP). <i>BMC geriatrics</i> , 12, 7. https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-7					
de Vos, A. J., Bakker, T. J., de Vreede, P. L., van Wijngaarden, J. D., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2013). The Prevention and Reactivation Care Program: intervention fidelity matters. <i>BMC health services research</i> , 13, 29. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-29	de Vos, A. J., Bakker, T. J., de Vreede, P. L., van Wijngaarden, J. D., Steyerberg, E. W., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P.	The Prevention and Reactivation Care Program: intervention fidelity matters.		2013	Interessante, propone un metodo di intervento per ridurre il declino funzionale SECONDO ARTICOLO DI PARTENZA studio sull'aderenza a questo metodo, ma non parla del metodo stesso
de Vos, A., Cramm, J. M., van Wijngaarden, J., Bakker, T., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P. (2017). Understanding implementation of comprehensive geriatric care programs: a multiple perspective approach is preferred. <i>The International journal of health planning and</i>	de Vos, A., Cramm, J. M., van Wijngaarden, J., Bakker, T., Mackenbach, J. P., & Nieboer, A. P.	Understanding implementation of comprehensive geriatric care programs: a multiple perspective approach is preferred	early screening; geriatric care; geriatric consultation service; geriatric unit.	2017	cerca i fattori che hanno ostacolato l'attuazione del PReCaP in un determinato ospedale e assume il fatto che il PReCaP non sia stato efficace per la riduzione del declino funzionale, forse ha migliorato l'aspetto cognitivo e la depressione.

<p>management, 32(4), 608–636. https://doi.org/10.1002/hpm.2383</p>					
<p>D'Onofrio, A., Büla, C., Rubli, E., Butrogn, F., & Morin, D. (2018). Functional trajectories of older patients admitted to an Acute Care Unit for Elders. <i>International journal of older people nursing</i>, 13(1), 10.1111/opn.12164. https://doi.org/10.1111/opn.12164</p>	<p>D'Onofrio, A., Büla, C., Rubli, E., Butrogn, F., & Morin, D.</p>	<p>Functional trajectories of older patients admitted to an Acute Care Unit for Elders.</p>	<p>delirium; hospital-related functional decline; nursing care; risk factor</p>	<p>Studio osservazionale 2018</p>	<p>Primo articolo di partenza INT ace</p>
<p>Edjolo, A., Dartigues, J. F., Pérès, K., & Proust-Lima, C. (2020). Heterogeneous Long-Term Trajectories of Dependency in Older Adults: The PAQUID Cohort, a Population-Based Study over 22 years. <i>The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences</i>, 75(12), 2396–2403.</p>	<p>Edjolo, A., Dartigues, J. F., Pérès, K., & Proust-Lima, C.</p>	<p>Heterogeneous Long-Term Trajectories of Dependency in Older Adults: The PAQUID Cohort, a Population-Based Study over 22 years.</p>	<p>Activities of daily living; Functional trajectories; Item Response Theory; Latent class analysis.</p>	<p>Studio di coorte prospettico 2020</p>	<p>Non riguarda l'ospedalizzazione, ma identifica dei fattori associati al declino funzionale. Dice in quali ADL c'è un declino prima di altre. la demenza sembra accelerare il decadimento funzionale, donne con scarsa istruzione più soggette a declino, forse anche perchè vivono più a lungo. educazione e attività fisica (con implicazioni sociali)</p>

https://doi.org/10.1093/gerona/glaa057					potrebbero prevenire il declino scale INT
Fimognari, F. L., Pierantozzi, A., De Alfieri, W., Salani, B., Zuccaro, S. M., Arone, A., Palleschi, G., & Palleschi, L. (2017). The Severity of Acute Illness and Functional Trajectories in Hospitalized Older Medical Patients. <i>The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences</i> , 72(1), 102–108. https://doi.org/10.1093/gerona/glw096	Fimognari, F. L., Pierantozzi, A., De Alfieri, W., Salani, B., Zuccaro, S. M., Arone, A., Palleschi, G., & Palleschi, L.	The Severity of Acute Illness and Functional Trajectories in Hospitalized Older Medical Patients.	Comorbidity, Frailty, Functional status, Hospitalization-associated disability, Illness severity	Studio osservazionale prospettico 2017	Va bene per sapere cosa può predire un declino funzionale Studio in italia, usano la barthel e la GIC % scale
Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D., & Schraa, E. (2012). Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> ,	Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., Tregunno, D., & Schraa, E.	Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis.	ACE model, elderly, meta-analysis, function-focused interventions, acute geriatric unit	Revisione sistematica e meta-analisi 2012	Interessante per gli interventi che vengono fatti nelle ACE INT scale

60(12), 2237–2245. https://doi.org/10.1111/jgs.12028					
Gagliardi, C., Corsonello, A., Di Rosa, M., Fabbietti, P., Cherubini, A., Mercante, O., Mazzei, B., Postacchini, D., Deales, A., Bustacchini, S., & Lattanzio, F. (2018). Preadmission Functional Decline Predicts Functional Improvement Among Older Patients Admitted to Acute Care Hospital. <i>The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences</i> , 73(10), 1363–1369. https://doi.org/10.1093/gerona/glx211	Gagliardi, C., Corsonello, A., Di Rosa, M., Fabbietti, P., Cherubini, A., Mercante, O., Mazzei, B., Postacchini, D., Deales, A., Bustacchini, S., & Lattanzio, F.	Preadmission Functional Decline Predicts Functional Improvement Among Older Patients Admitted to Acute Care Hospital	Comprehensive geriatric assessment, Activities of daily living, Hospital, Functional trajectories, Inter-RAI Minimum Data Set	Studio osservazionale multicentrico 2018	Interessante, il declino pre ricovero non è indicativo di un percorso di declino successivo, anzi è indicativo di un probabile recupero funzionale scale
Huang, H. T., Chang, C. M., Liu, L. F., Lin, H. S., & Chen, C. H. (2013). Trajectories and predictors of functional decline of hospitalised older patients. <i>Journal of clinical nursing</i> , 22(9-10), 1322–1331. https://doi.org/10.1111/jocn.12055	Huang, H. T., Chang, C. M., Liu, L. F., Lin, H. S., & Chen, C. H.	Trajectories and predictors of functional decline of hospitalised older patients	daily activity of living, functional decline, functional trajectory, hospitalisation, older patients, risk factors	Studio di coorte 2013	Buono, dice del declino funzionale, no idee su come ridurlo, studio eseguito a taiwan. bello il grafico con le due traiettorie, individua diversi fattori di rischio per il declino funzionale. Caratteristiche comuni ai pazienti con declino

<p>Juneau, A., Bolduc, A., Nguyen, P., Leclerc, B. S., Rousseau, J., Dubé, F., Ringuet, M. È., & Kergoat, M. J. (2018). Feasibility of Implementing an Exercise Program in a Geriatric Assessment Unit: the SPRINT Program. <i>Canadian geriatrics journal : CGJ</i>, 21(3), 284–289. https://doi.org/10.5770/cgj.21.311</p>	<p>Juneau, A., Bolduc, A., Nguyen, P., Leclerc, B. S., Rousseau, J., Dubé, F., Ringuet, M. È., & Kergoat, M. J.</p>	<p>Feasibility of Implementing an Exercise Program in a Geriatric Assessment Unit: the SPRINT Program.</p>	<p>Geriatric Assessment Units; exercise training; feasibility study; frail elderly; functional decline prevention.</p>	<p>2018</p>	<p>Bello, protocollo diverso dagli altri, da vedere se dice bene in cosa consistono gli interventi</p> <p>INT</p>
<p>Kosse, N. M., Dutmer, A. L., Dasenbrock, L., Bauer, J. M., & Lamoth, C. J. (2013). Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review. <i>BMC geriatrics</i>, 13, 107. https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-107</p>	<p>Kosse, N. M., Dutmer, A. L., Dasenbrock, L., Bauer, J. M., & Lamoth, C. J.</p>	<p>Effectiveness and feasibility of early physical rehabilitation programs for geriatric hospitalized patients: a systematic review.</p>	<p>Acute care, Rehabilitation, Hospital, Aged, Functional outcomes, Feasibility, ADL, Physical performance</p>	<p>revisione sistematica 2013</p>	<p>Bello perchè è una revisione sistematica di più studi, sostiene l'approccio multidisciplinare e l'esercizio fisico Indica in una tabella tutte le scale usate In una tabella indica ogni studio preso in considerazione cosa intende per esercizio fisico Nomina la cause principali di ricovero int</p>
<p>Ley, L., Khaw, D., Duke, M., & Botti, M. (2019).</p>	<p>Ley, L., Khaw, D., Duke, M., & Botti, M.</p>	<p>The dose of physical activity to minimise functional decline in older</p>	<p>acute care; clinical-decision-making; daily activities of living;</p>	<p>revisione sistematica 2019</p>	<p>Propone e sostiene l'attività fisica come metodo per ridurre il</p>

<p>The dose of physical activity to minimise functional decline in older general medical patients receiving 24-hr acute care: A systematic scoping review. <i>Journal of clinical nursing</i>, 28(17-18), 3049–3064. https://doi.org/10.1111/jocn.14872</p>		<p>general medical patients receiving 24-hr acute care: A systematic scoping review.</p>	<p>evidence-based practice; exercise intervention; gerontology; hospital care; medical nursing; older patients; quality and safety.</p>		<p>declino funzionale Alla fine dice che non ci sono sufficienti evidenze riguardo l'attività fisica, ma che comunque è consigliata (20 minuti di attività divisi in due sessioni al giorno). Prende in considerazione tanti studi scale INT</p>
<p>Martínez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Sáez de Asteasu, M. L., Lucia, A., Galbete, A., García-Baztán, A., Alonso-Renedo, J., González-Glaría, B., Gonzalo-Lázaro, M., Apezteguía Iráizoz, I., Gutiérrez-Valencia, M., Rodríguez-Mañas, L., & Izquierdo, M. (2019). Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. <i>JAMA internal medicine</i>, 179(1), 28–36. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.4869</p>	<p>Martínez-Velilla, N., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Sáez de Asteasu, M. L., Lucia, A., Galbete, A., García-Baztán, A., Alonso-Renedo, J., González-Glaría, B., Gonzalo-Lázaro, M., Apezteguía Iráizoz, I., Gutiérrez-Valencia, M., Rodríguez-Mañas, L., & Izquierdo, M.</p>	<p>Effect of Exercise Intervention on Functional Decline in Very Elderly Patients During Acute Hospitalization: A Randomized Clinical Trial.</p>		<p>Studio randomizzato controllato 2019</p>	<p>Bello e interessante, da vedere correzione citato da Effects of a nursing care program focused on basic self-care Bello, interventi riguardo l'attività fisica, miglioramento significativo nella barthel e nella SPPB scale INT</p>

<p>Incorrect Author Surname, Affiliation, and Figure Key. (2019). <i>JAMA internal medicine</i>, 179(1), 127. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7586</p>					
<p>Martínez-Velilla, N., Sáez de Asteasu, M. L., Ramírez-Vélez, R., Zambom-Ferraresi, F., García-Hermoso, A., & Izquierdo, M. (2021). Recovery of the Decline in Activities of Daily Living After Hospitalization Through an Individualized Exercise Program: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. <i>The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences</i>, 76(8), 1519–1523. https://doi.org/10.1093/gerona/glab032</p>	<p>Martínez-Velilla, N., Sáez de Asteasu, M. L., Ramírez-Vélez, R., Zambom-Ferraresi, F., García-Hermoso, A., & Izquierdo, M.</p>	<p>Recovery of the Decline in Activities of Daily Living After Hospitalization Through an Individualized Exercise Program: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial.</p>	<p>Basic activities of daily living; Exercise; Nosocomial disability; Prevention.</p>	<p>Studio randomizzato controllato 2021</p>	<p>Interessante perchè studio controllato. Legato ad un articolo già letto, sostiene lo sviluppo di piani di riabilitazione personalizzati</p> <p>int</p>
<p>Mudge, A. M., Banks, M. D., Barnett, A. G., Blackberry, I., Graves, N., Green, T., Harvey, G., Hubbard, R. E., Inouye, S. K., Kurrle, S., Lim, K.,</p>	<p>Mudge, A. M., Banks, M. D., Barnett, A. G., Blackberry, I., Graves, N., Green, T., Harvey, G., Hubbard, R. E., Inouye, S. K., Kurrle, S., Lim, K., McRae, P., Peel, N. M.,</p>	<p>CHERISH (collaboration for hospitalised elders reducing the impact of stays in hospital): protocol for a multi-site improvement program to reduce geriatric</p>	<p>Hospital care organisation, Elderly, Delirium, Functional decline, Falls, Pressure injuries, Incontinence, Implementation framework, Facilitation,</p>	<p>Protocollo 2017</p>	<p>Interessante per gli interventi, studio caso-controllo</p> <p>Parla di alcuni fattori di rischio, individua degli elementi per definire il</p>

<p>McRae, P., Peel, N. M., Suna, J., & Young, A. M. (2017). CHERISH (collaboration for hospitalised elders reducing the impact of stays in hospital): protocol for a multi-site improvement program to reduce geriatric syndromes in older inpatients. <i>BMC geriatrics</i>, 17(1), 11. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0399-7</p>	<p>Suna, J., & Young, A. M.</p>	<p>syndromes in older inpatients.</p>	<p>Aged, Acute care, Hospitalisation, Pressure ulcer, Urinary incontinence, Implementation</p>		<p>declino funzionale, ipotizza interventi al fine di ridurre il declino funzionale. Nomina HELP e eat walk engage scale</p>
<p>Palese, A., Gonella, S., Moreale, R., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., Bazoli, L., Casson, P., Marin, M., Padovan, M., Picogna, M., Taddia, P., Salmaso, D., Chiari, P., Frison, T., Marognolli, O., Benaglio, C., Canzan, F., Ambrosi, E., ... ESAMED Group (2016). Hospital-acquired functional decline in older patients cared for in acute medical wards and predictors: Findings from a multicentre longitudinal study. <i>Geriatric nursing</i></p>	<p>Palese, A., Gonella, S., Moreale, R., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., Bazoli, L., Casson, P., Marin, M., Padovan, M., Picogna, M., Taddia, P., Salmaso, D., Chiari, P., Frison, T., Marognolli, O., Benaglio, C., Canzan, F., Ambrosi, E., ... ESAMED Group</p>	<p>Hospital-acquired functional decline in older patients cared for in acute medical wards and predictors: Findings from a multicentre longitudinal study.</p>	<p>Functional dependenceFunctional recoveryFunctional stabilityNursing careHospitalMedical unitsPredictorsLongitudinal study</p>	<p>Studio multicentrico longitudinale 2016</p>	<p>Ttanti pazienti, barthel, studio italiano scale fattori di rischio</p>

(New York, N.Y.), 37(3), 192–199. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.01.001					
Palmer R. M. (2018). The Acute Care for Elders Unit Model of Care. <i>Geriatrics (Basel, Switzerland)</i> , 3(3), 59. https://doi.org/10.3390/geriatrics3030059	Palmer R. M.	The Acute Care for Elders Unit Model of Care	acute hospital care; geriatric assessment; interdisciplinary team; older adults.	commentary 2018	Riguarda gli interventi. Bello, parla degli interventi che vengono fatti nelle ACE, ma più a livello organizzativo/teorico Anche fattori di rischio. INT
Peyrusqué, E., Buckinx, F., Bolduc, A., Law, C., Kergoat, M. J., & Aubertin-Leheudre, M. (2021). Potential Efficacy of Pragmatic Exercise Program (SPRINT) during Hospitalization in Older Adults on Health Care and Physical Performance: A Pilot Study. <i>The journal of nutrition, health & aging</i> , 25(1), 126–133. https://doi.org/10.1007/s12603-020-1483-4	Peyrusqué, E., Buckinx, F., Bolduc, A., Law, C., Kergoat, M. J., & Aubertin-Leheudre, M.	Potential Efficacy of Pragmatic Exercise Program (SPRINT) during Hospitalization in Older Adults on Health Care and Physical Performance: A Pilot Study.	Frailty; aging; geriatric; health system; hospital; mobility; physical activity.	Studio pilota 2021	Studio pilota sul protocollo SPRINT
Piotrowicz, K., Rewiuk, K., Górski, S., Kałwak, W., Wizner, B., Pac, A., Nowakowski, M., & Grodzicki, T. (2018). The	Piotrowicz, K., Rewiuk, K., Górski, S., Kałwak, W., Wizner, B., Pac, A., Nowakowski, M., & Grodzicki, T.	The "Wholesome Contact" non-pharmacological, volunteer-delivered multidisciplinary	Confusion, Cognitive impairment, Interdisciplinary approach, Student, Psychology students,	Trial randomizzato controllato 2018	Interessante se trovano una correlazione tra delirio e declino funzionale e quindi tra la prevenzione del primo per

<p>"Wholesome Contact" non-pharmacological, volunteer-delivered multidisciplinary programme to prevent hospital delirium in elderly patients: study protocol for a randomised controlled trial. <i>Trials</i>, 19(1), 439. https://doi.org/10.1186/s13063-018-2781-6</p>		<p>programme to prevent hospital delirium in elderly patients: study protocol for a randomised controlled trial.</p>	<p>Nursing students, Volunteering, Service learning</p>		<p>evitare il secondo outcome primario riguarda l'incidenza di delirio durante il ricovero, come outcome secondario c'è il miglioramento delle condizioni generali.</p> <p>è un protocollo, ma propone degli interventi non farmacologici per prevenire il delirio</p> <p>INT scale</p>
<p>Reichardt, L. A., Aarden, J. J., van Seben, R., van der Schaaf, M., Engelbert, R. H., Bosch, J. A., Buurman, B. M., & Hospital-ADL study group (2016). Unravelling the potential mechanisms behind hospitalization-associated disability in older patients; the Hospital-Associated Disability and impact on daily Life (Hospital-ADL) cohort study protocol. <i>BMC geriatrics</i>, 16, 59. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0232-3</p>	<p>Reichardt, L. A., Aarden, J. J., van Seben, R., van der Schaaf, M., Engelbert, R. H., Bosch, J. A., Buurman, B. M., & Hospital-ADL study group</p>	<p>Unravelling the potential mechanisms behind hospitalization-associated disability in older patients; the Hospital-Associated Disability and impact on daily Life (Hospital-ADL) cohort study protocol</p>	<p>Acute hospitalization, Hospitalization-associated disability, Functional decline, Older patients</p>	<p>Studio di coorte 2016</p>	<p>Utile, studio sul declino cognitivo</p> <p>Molto impegnativo come studio (protocollo), si prevede l'uso di molte scale,</p> <p>attenzione verso i fattori fisici che portano al declino</p>

Rodrigues, C., Mendonça, D., & Martins, M. M. (2020). Effects of a nursing care program focused on basic self-care in older acute medical in-patients: a randomized controlled trial. <i>Porto biomedical journal</i> , 5(6), e086. https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000086	Rodrigues, C., Mendonça, D., & Martins, M. M.	Effects of a nursing care program focused on basic self-care in older acute medical in-patients: a randomized controlled trial.	basic activities of daily living; functional decline; hospitalization; nursing; older people.	Studio randomizzato controllato 2020	Propone degli interventi infermieristici Bello, propone come interventi di camminare, accompagnare i pz in bagno ogni volta e di farli sedere fuori dal letto per mangiare. Adattamento anche dell'ambiente e dell'assistenza. Risultati molto positivi Riporta le % di declino funz. al momento del ricovero INT
Scharf, A. C., Gronewold, J., Dahlmann, C., Schlitzer, J., Kribben, A., Gerken, G., Frohnhofen, H., Dodel, R., & Hermann, D. M. (2020). Clinical and functional patient characteristics predict medical needs in older patients at risk of functional decline. <i>BMC geriatrics</i> , 20(1), 75. https://doi.org/10.1186/s12877-020-1443-1	A., Gerken, G., Frohnhofen, H., Dodel, R., & Hermann, D. M.	Clinical and functional patient characteristics predict medical needs in older patients at risk of functional decline.		2020	BUONO, mette in luce i fattori da considerare per predire un decadimento cognitivo, parla anche dell'assistenza infermieristica scale
Shinohara, T., Tsuchida, N., Yamane, T., Shindo, K., Otani, T., & Ishii, D. (2019). Association	Shinohara, T., Tsuchida, N., Yamane, T., Shindo, K., Otani, T., & Ishii, D.	Association between patients' state upon admission and decline in activities of daily living.	Activities of daily living; Activities of daily living decline; Barthel Index.	Studio di coorte prospettico 2019	Usano la barthel, mettono in evidenza il declino in aree specifiche, riguarda solo il ricovero, no

<p>between patients' state upon admission and decline in activities of daily living. <i>Journal of physical therapy science</i>, 31(10), 813–818. https://doi.org/10.1589/jpts.31.813</p>					<p>follow-up, nè valutazione pre-ricovero Dividono il campione in due gruppi in base al BI e poi si concentrano su quelli che hanno avuto un declino funzionale (2% del totale), individuano le aree di maggiore decadimento scale</p>
<p>Takada, T., Fukuma, S., Yamamoto, Y., Tsugihashi, Y., Nagano, H., Hayashi, M., Miyashita, J., Azuma, T., & Fukuhara, S. (2018). Development and validation of a prediction model for functional decline in older medical inpatients. <i>Archives of gerontology and geriatrics</i>, 77, 184–188. https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.011</p>	<p>Takada, T., Fukuma, S., Yamamoto, Y., Tsugihashi, Y., Nagano, H., Hayashi, M., Miyashita, J., Azuma, T., & Fukuhara, S.</p>	<p>Development and validation of a prediction model for functional decline in older medical inpatients</p>	<p>decision support techniques, frail elderly, inpatients, prognosis, rehabilitation</p>	<p>Studio di coorte retrospettivo 2018</p>	<p>Probabilmente strumento alternativo alla BRASS, può essere interessante per vedere cosa influenza il declino → non proprio alternativo alla brass, interessante perchè predice la probabilità di declino in base ai dati scale</p>
<p>Tavares, J., Nunes, L., & Grácio, J. (2021). Hospitalized older adult: predictors of functional decline. <i>Revista latino-americana de</i></p>	<p>Tavares, J., Nunes, L., & Grácio, J.</p>	<p>Hospitalized older adult: predictors of functional decline</p>	<p>Aged; Health of the Elderly; Nursing; Hospitalization; Logistic Models; Functional Decline</p>	<p>Studio di coorte prospettico 2021</p>	<p>Indica i fattori predisponenti al declino funzionale differenziandoli durante e dopo il ricovero. Indica le diagnosi di ingresso più frequenti.</p>

<p><i>enfermagem</i>, 29, e3399. https://doi.org/10.1590/1518-8345.3612.3399</p>					<p>Pochi partecipanti, ma comunque carino tante scale di valutazione Un po' critico nella proposta di interventi, comunque generali (riguardanti la prevenzione dei fattori che portano a usare le contenzioni) INT</p>
<p>Zisberg, A., Shadmi, E., Gur-Yaish, N., Tonkikh, O., & Sinoff, G. (2015). Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>, 63(1), 55–62. https://doi.org/10.1111/jgs.13193</p>	<p>Zisberg, A., Shadmi, E., Gur-Yaish, N., Tonkikh, O., & Sinoff, G.</p>	<p>Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors.</p>	<p>functional decline; activities of daily living; hospitalization; mobility; incontinence care</p>	<p>Studio di coorte prospettico 2015</p>	<p>Bello per gli aspetti legati all'ospedalizzazione che impattano sul declino funzionale. Individua diversi fattori di rischio . Fattori correlati o predittivi al declino. Studio fatto in Israele. Sostengono l'importanza della mobilitazione durante il ricovero per contrastare il declino Usano diverse scale INT</p>
<p>Zisberg, A., Sinoff, G., Agmon, M., Tonkikh, O., Gur-Yaish, N., & Shadmi, E. (2016). Even a small change can make a big difference: the case of in-hospital cognitive decline and new IADL</p>	<p>Zisberg, A., Sinoff, G., Agmon, M., Tonkikh, O., Gur-Yaish, N., & Shadmi, E.</p>	<p>Even a small change can make a big difference: the case of in-hospital cognitive decline and new IADL dependency</p>	<p>hospitalisation, cognition, function, older people</p>	<p>Studio di coorte prospettico 2016</p>	<p>Declino cognitivo, utile come informazione per legame tra declino cognitivo e declino funzionale Dato che escludono pz con declino funzionale pre</p>

<p>dependency. <i>Age and ageing</i>, 45(4), 500–504. https://doi.org/10.1093/ageing/afw063</p>					<p>e durante il ricovero e valutano il livello cognitivo solo di pazienti indipendenti, i risultati mostrano che un declino cognitivo porta a un declino funzionale.</p> <p>scale</p>
---	--	--	--	--	---