

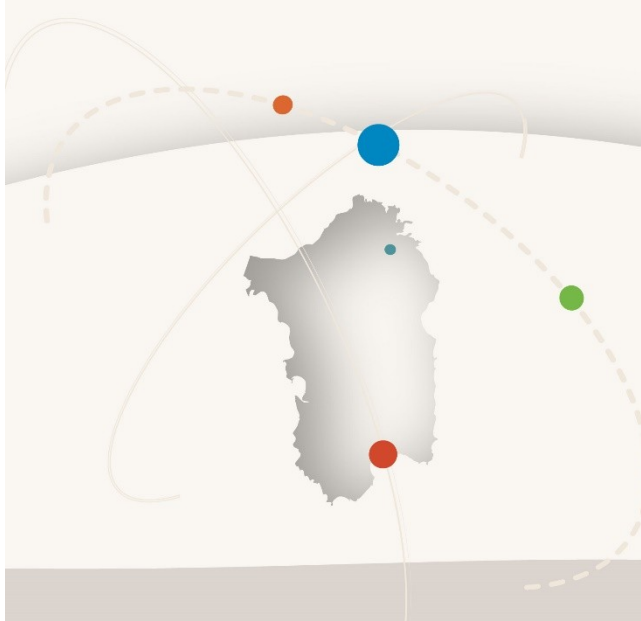


XXI° CONGRESSO NAZIONALE CARD

VII CONFERENZA NAZIONALE CURE DOMICILIARI - XXI CONGRESSO CARD

19-20 | OTTOBRE | 2023

CAGLIARI
Hotel Regina Margherita



L'utilizzo della VMD nella valutazione del
miglioramento della qualità di vita nel
Paziente in CDI. Dati preliminari a confronto.

Dr. Stefano Putzu, Specializzando in Geriatria dell'Università degli Studi di Sassari

Introduzione

Gli anziani residenti sul territorio presentano un elevato grado di fragilità e disabilità, per cui si rende necessario un approccio olistico volto a riconoscere ed evidenziare le criticità cliniche, economiche e socio-ambientali attraverso la VMD-G.

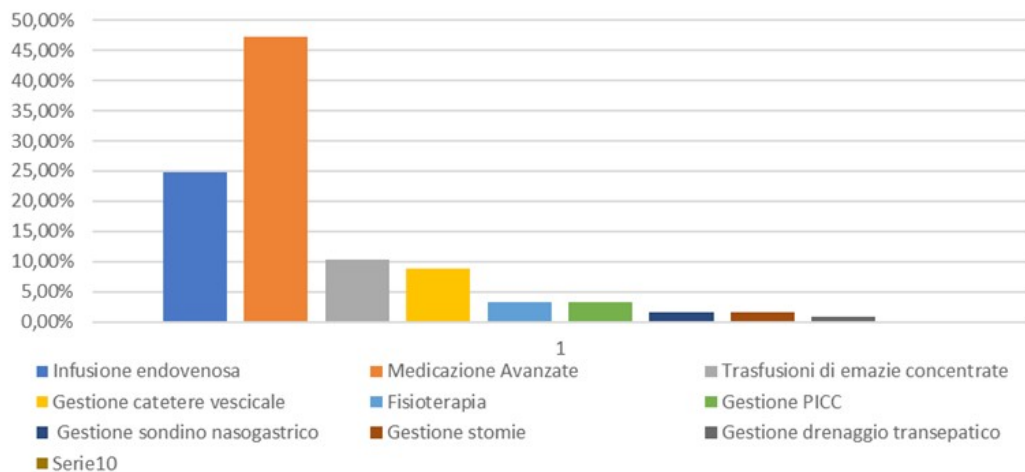
La VMD-G aumenta l'accuratezza diagnostica e la messa in opera di interventi capaci di rallentare il declino funzionale, ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita di anziani fragili.

Scopo del lavoro

Lo scopo del nostro studio è quello di analizzare la popolazione ultrasessantacinquenne, valutando lo stato cognitivo, funzionale e nutrizionale, valutare il rischio di eventi negativi con l'uso dell'MPI e l'efficacia delle medicazioni avanzate delle LDD, attraverso il test BWAT durante un follow-up di quattro mesi.

Risultati

Cause attivazione ADI al momento della stesura del PAI



Il campione oggetto di studio ha evidenziato disabilità fisiche nel 94,9% dei casi e cognitive nel 79,59% rimarcando la necessità di assistenza da parte di terzi, i quali evidenziavano un carico assistenziale moderato-grave evidenziato al test ZBI.

Al follow up è stato osservato un miglioramento dello stato nutrizionale, correlandosi al contestuale miglioramento delle LDD nel 89,29% dei casi. Il rischio di mortalità, calcolato a 120 giorni, non è risultato statisticamente significativo, ciò probabilmente perché è uno strumento che evidenzia l'aumentato rischio di exitus in follow-up più duraturi rispetto a quello effettuato nel nostro studio.

In questo studio sono stati arruolati 98 soggetti, i motivi che hanno portato l'attivazione dell'ADI sono riportati nel Grafico.

Tabella - Confronto della popolazione al T0 vs T1.

	Media±DV	Mediana	Massimo	Minimo	R. InQ	Z	p value
MMSE	9,48±10,93	5,15	30	0	17,85-0	-0,052 ^b	0,959
SPMSQ	5,78±4,01	7	10	0	10-02	-0,245 ^c	0,807
BADL	25,94±33,94	5	100	0	50-0	-1,169 ^c	0,242
IADL	1±1,57	0	6	0	2-0	-0,787 ^b	0,431
MNA	16,03±5,93	17	27	0,5	20-13,5	-2,029 ^c	0,043
PAINAD/NPRS	2,53±3,23	0	9	0	5-0	-2,015 ^b	0,044
MPI	0,54±0,19	0,59	0,81	0,063	0,69-0,38	-1,348 ^b	0,178
ZBI	25,65±10,18	30	40	10	30-20	-1,356 ^b	0,175
CIRS	33,65±5,84	32,5	46	22	38-29,75	-1,466 ^c	0,143
Scala Norton	9,19±5,43	7	20	0	13-05	-1,270 ^b	0,204
BWAT (n=56)	19,64±9,93	13	58	13	23,25-13	-6,104 ^b	0,000

Conclusioni

Il ruolo del geriatra si conferma estremamente importante per rispondere ai bisogni della popolazione in età geriatrica anche sul territorio. Inoltre, è fondamentale mantenere il paziente anziano sul territorio, individuando le problematiche sanitarie precocemente ed intervenendo attraverso la presa in carico del servizio ADI, consentendo trattamenti avanzati al domicilio con conseguente possibile riduzione del carico ospedaliero.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

CONGRESSO CARD NAZIONALE