



L' ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI GERIATRICI

Dr. F. Romagnoni & Prof. G. Zuliani

La programmazione di un servizio sanitario, indipendentemente dalla fascia d'età e dalla tipologia dell'utente, prevede tre momenti consecutivi:

- 1) Analisi del **Bisogno**
- 2) Organizzazione dei **Servizi Necessari**
- 3) Valutazione della **Qualità** del sistema

Nel caso dei servizi rivolti alle **persone anziane** sono presenti numerose “complicazioni” in quanto:

1. l'anziano presenta spesso **problemi multipli** che interessano sfere diverse della persona (fisici, sociali, cognitivi, ecc.)
2. le **dimensioni** della popolazione anziana sono in forte e costante aumento (in particolare >80 anni)
3. la natura dei problemi richiede una **risposta integrata** a valenza **sociale & sanitaria**
4. - la diversità delle situazioni osservate richiede servizi capaci di svolgere la loro attività in **sedi diverse** (es. domicilio, residenze, ospedale).

L'organizzazione di servizi geriatrici deve essere concepita come un insieme di elementi che costituiscono una **rete assistenziale integrata** all'interno della quale **ogni persona può trovare una risposta** competente ed adeguata al proprio bisogno.

L'esatta **valutazione** dei bisogni e la **continua rivalutazione** della situazione individuale costituiscono la base necessaria al buon funzionamento di questo complesso sistema.

Questa metodologia, propria della cultura geriatrica, è nota con il termine di **“Comprehensive Geriatric Assessment”** ovvero **valutazione multidimensionale geriatrica (VMD)**.

UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA

L'approccio globale alla persona anziana viene garantito dall'attività di ***Equipe di Professionisti***, con una specifica formazione geriatrica, che provvedono a valutare il paziente nelle sue dimensioni fondamentali (medica, psicologica e socio-economica).

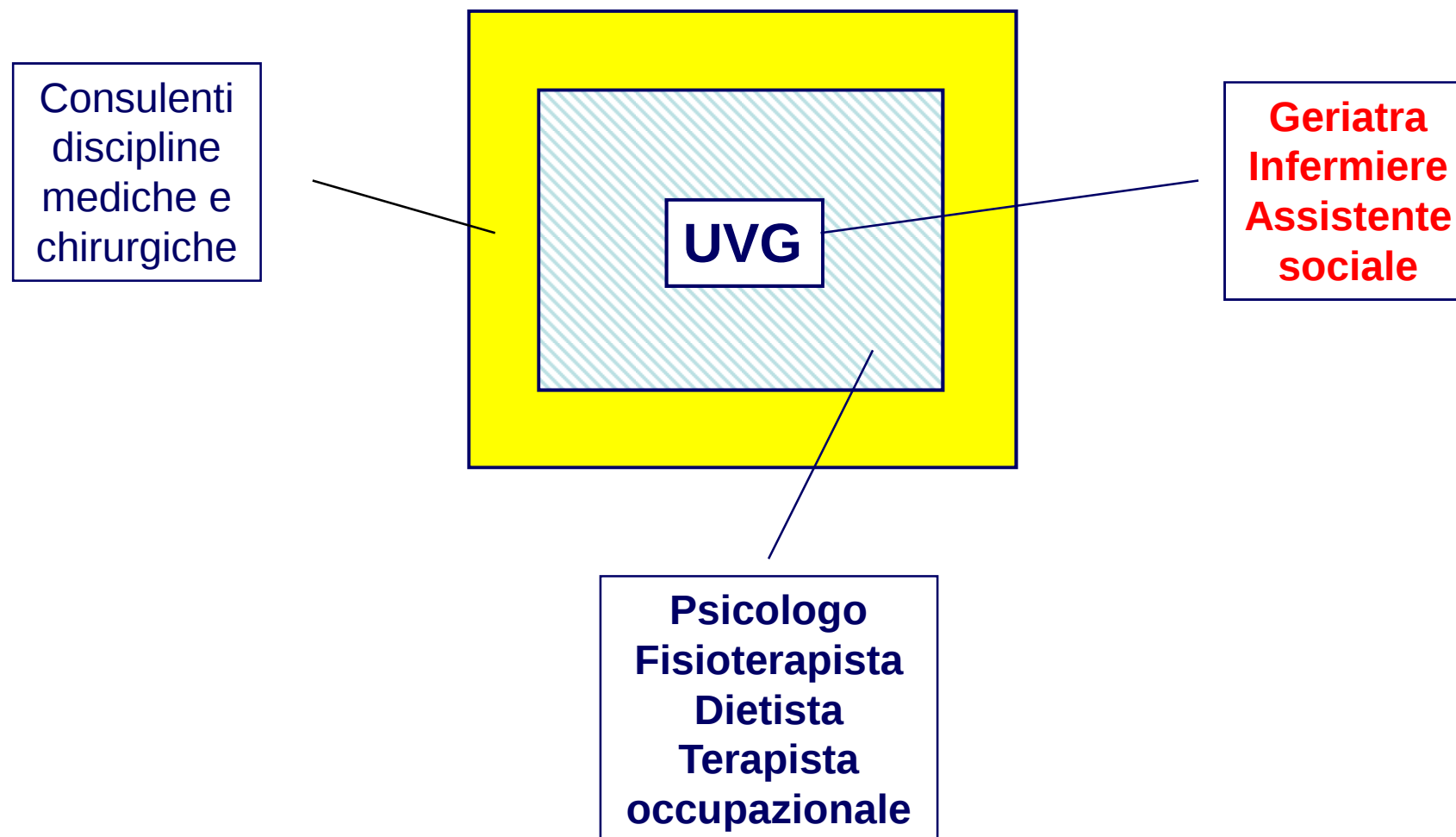
Questi nuclei di lavoro vengono chiamati ***Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)***.

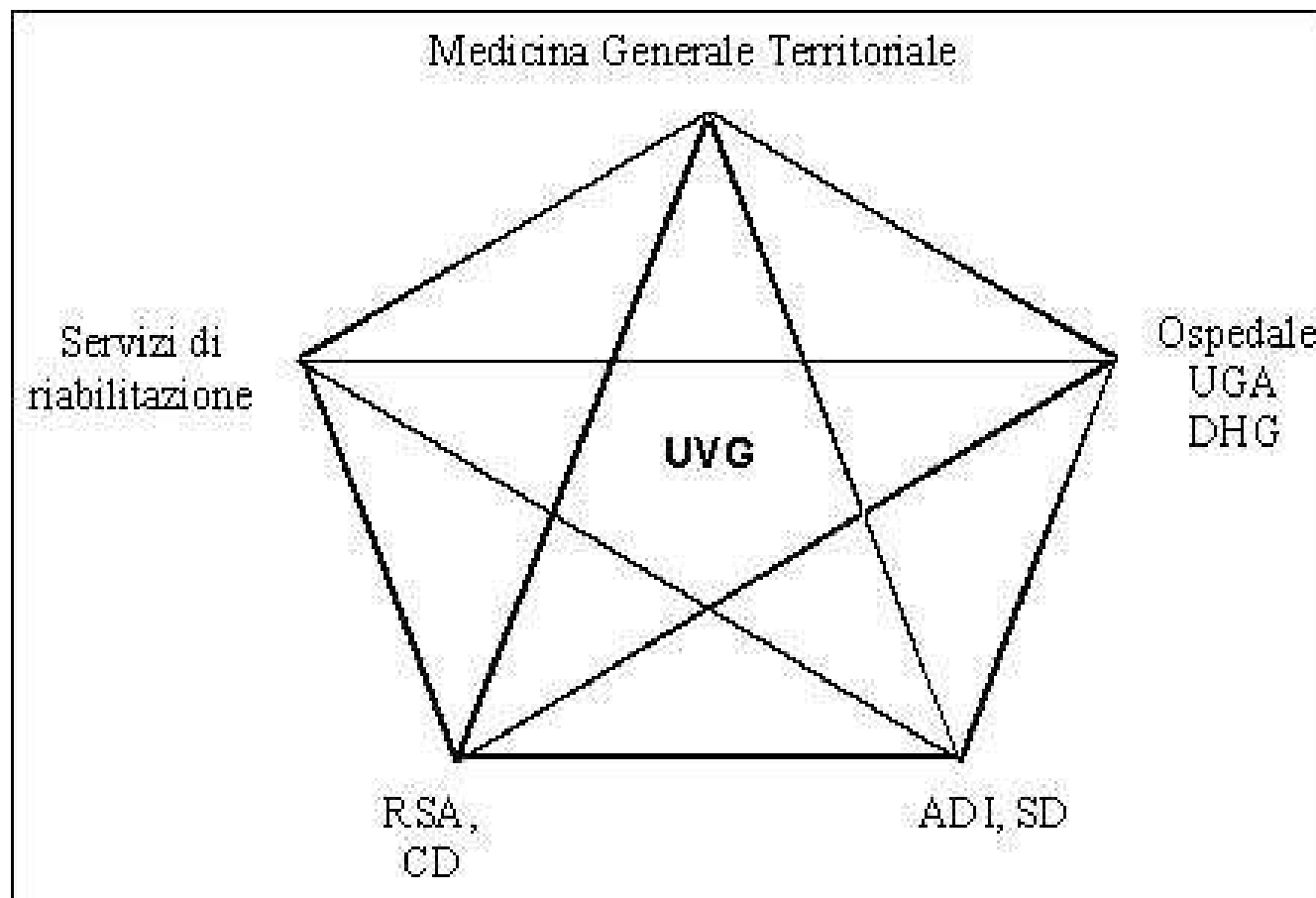
Tipicamente una U.V.G. è formata da un medico geriatra, da un infermiere professionale e da un assistente sociale.

L'identificazione dei **problemi** dell'anziano e la valorizzazione delle **potenzialità residue** consentono di definire un **programma assistenziale** personalizzato e dinamico che garantisce l'utilizzo delle risorse disponibili, coordinando gli interventi dei singoli servizi, evitando in tal modo sprechi e carenze assistenziali.

Uno degli effetti dell'attività delle U.V.G. dovrebbe essere quello di garantire una **continuità nel percorso assistenziale**, superando quei vuoti di informazione che caratterizzano spesso il passaggio del paziente attraverso i diversi servizi e che frequentemente determinano discontinuità e quindi minor efficacia dell'intervento.

STRUTTURA E POSSIBILI LIVELLI DELLA U.V.G.





**Il modello "a rete" di assistenza continuativa dell'anziano fragile
(Ferrucci L. et al., 2001).**

UGA: Unità Geriatrica per Acuti, DHG: Day-Hospital Geriatrico, ADI: Assistenza Domiciliare Integrata; SD: Spedalizzazione Domiciliare; RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale; CD: Centro Diurno; UVG: Unità di Valutazione Geriatrica

ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI

Questo aspetto è fondamentale e assume varie dimensioni:

1) **Geografica**. Deve tener conto delle caratteristiche del territorio. E' importante per la popolazione anziana, spesso affetta da disabilità che rende difficili gli spostamenti. Nelle realtà **urbane** l'attenzione va posta sull'abolizione delle barriere architettoniche e lo sviluppo di centri distrettuali; nelle realtà **rurali o montane** i problemi sono la vastità dell'area servita e le vie di comunicazione.

2) **Economica**. La situazione economica non dovrebbe costituire una limitazione all'accesso. Nella popolazione anziana non sono rare situazioni economiche precarie. Gli articoli 32 e 38 della Costituzione Italiana recitano: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti ...”*. *“I lavoratori hanno diritto che siano provveduti e assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia ...”*.

3) **Burocratica**. Le procedure di accesso ai servizi sono spesso complesse. L'anziano è in difficoltà anche nell'esecuzione di procedure ordinarie (es. denaro e utenze): è necessario semplificare i passaggi burocratici per l'inserimento “in rete” e garantire un supporto.

I SERVIZI GERIATRICI

Vista la complessità dei servizi si procede ad una descrizione sistematica utilizzando un criterio, quale la ***sede di erogazione***, che pur essendo arbitrario ne consente una presentazione ordinata e completa.

Tale distinzione è solo formale perchè, come già ricordato, il successo delle singole iniziative dipende in gran parte dalla ***integrazione dei diversi settori***.

Si possono, così, individuare tre gruppi principali:

1. Servizi Domiciliari

2. Servizi Residenziali

3. Servizi Ospedalieri

1) Servizi Domiciliari

a) Servizi Socio-Assistenziali domiciliari



Il Servizio di Assistenza Domiciliare comprende un insieme di prestazioni di natura socio-assistenziale che vengono erogate presso il domicilio dell'utente.

La maggior parte di queste prestazioni vengono affidate ad operatori specializzati (addetti all'assistenza di base) che provvedono alle **cura della persona** (igiene personale, aiuto nella vestizione, mobilizzazione, gestione dell'incontinenza), alla **distribuzione dei pasti** pre-confezionati o all'acquisto dei generi di prima necessità.

Più raramente le prestazioni sono rivolte alla **gestione dell'ambiente di vita** (pulizia periodica della casa, servizio di lavanderia/stireria) o delle principali utenze (gas, acqua, elettricità).

A tale proposito va ricordato che il telefono è, per alcuni anziani, l'unica forma di contatto con l'ambiente esterno e che l'attivazione di sistemi di allarme di facile uso (**es. Tele-soccorso**) consente di evitare l'ingresso in istituzione in molti casi a rischio.

La tipologia di questi servizi è molto ampia per poter rispondere alle esigenze sia di soggetti con autonomia parziale (difficoltà nelle sole IADL) che con disabilità grave (BADL compromesse).

In entrambi i casi la finalità di questi interventi è quella di ***prolungare la permanenza dell'anziano presso il proprio domicilio,*** limitando al massimo il fenomeno dell'istituzionalizzazione, situazione non sempre facilmente accettabile a livello personale e sempre più gravosa sotto il profilo economico e gestionale.

In Italia > 800.000 badanti !



b) Servizi Sanitari domiciliari

Le prestazioni sanitarie più frequentemente erogate a domicilio sono quelle di **carattere infermieristico**, tra le quali ricordiamo:

- **Medicazioni semplici e complesse (es. lesioni da decubito o ferite chirurgiche)**
- **Terapia parenterale IM o EV**
- **Sostituzione di cateteri vescicali**
- **Nursing dei pazienti stomizzati**
- **Assistenza ai malati oncologici e/o terminali**
- **Prelievi a domicilio**
- **Esecuzione di esami strumentali semplici (es. ECG)**



Nel caso venga attivata la **A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata)** il paziente può essere tenuto a domicilio dove viene seguito quotidianamente dal suo Medico di medicina generale oltre che da una equipe di infermieri.

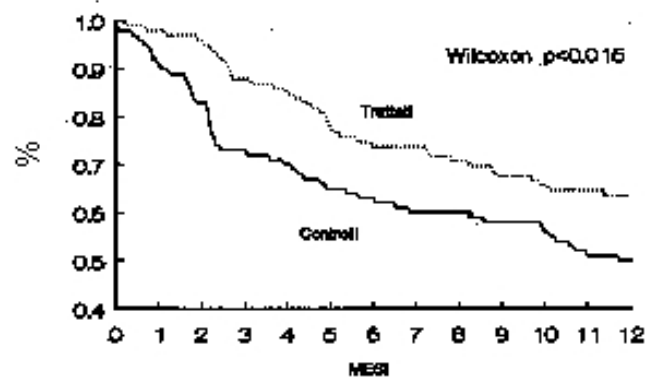
Pazienti **oncologici e terminali** possono usufruire di questa possibilità, ma solo dopo che il loro medico di base ha accettato l'incarico.



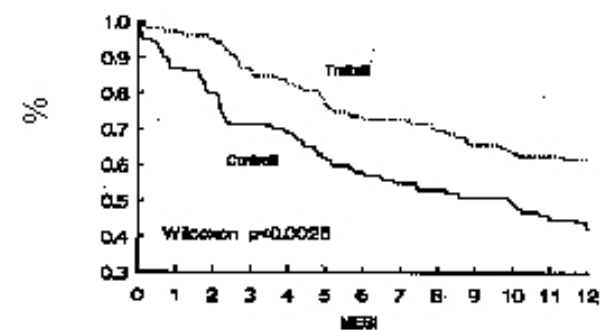
SPERIMENTAZIONE ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

COMUNE DI ROVERETO (TN)

Percentuale di ricoveri in ospedale



Percentuale di istituzionalizzazione
(Ospedale + RSA)



Bernabei et al. BMJ

2) Servizi Residenziali

L'ingresso in una residenza per anziani o **“istituzionalizzazione”** è un fenomeno tipico dei Paesi a maggior sviluppo economico; nei Paesi non industrializzati o caratterizzati da un tenore di vita modesto questo fenomeno è solo marginale.

Uno studio europeo pubblicato nel 1991 dimostrava una discreta differenza anche all'interno dei paesi membri della CEE con valori oscillanti tra il 2% in Italia e l'11 % in Olanda), ma sostanzialmente attestati attorno ad una media del 4.5% degli ultra65enni.

Se questo parametro fosse applicato anche in Italia, sarebbe necessario istituire circa *350.000 posti letto residenziali* per anziani (***nel 2006 erano 330.000***)

Un importante elemento distintivo è rappresentato dalla ***tipologia delle residenze***, che possono essere molto diverse tra loro per l'intensità dell'intervento sia infermieristico che medico.

E' chiaro che il costo unitario della giornata di degenza subisce importanti modificazioni sulla base degli standard e del livello professionale del personale.

Diviene pertanto fondamentale ***un'accurata valutazione delle necessità cliniche ed assistenziali (VMD) al fine di collocare ogni paziente al livello più appropriato.***

a) Casa di Riposo

Con questo termine, equivalente a quello di ***casa-albergo o residenza assistenziale***, ci si riferisce a strutture residenziali per anziani in ***buone condizioni generali e autosufficienti*** che non necessitano di particolari prestazioni al di là dei servizi di tipo alberghiero.

La componente di nursing, in questi casi, è praticamente assente ed interviene solo come supporto temporaneo nei momenti di difficoltà legati a patologie acute intercorrenti.

Nella maggior parte dei casi l'anziano mantiene il proprio medico di fiducia (MMG) e non è previsto un ambulatorio interno alla struttura.

b) Casa Protetta

E' una residenza rivolta prevalentemente ad anziani **Non-Autosufficienti** ai quali vengono garantiti, oltre ai servizi alberghieri di base, una serie di **prestazioni assistenziali primarie, relative alle attività di base (ADL)** ed un intervento sanitario decisamente superiore a quello offerto nelle case di riposo.

Oltre al personale amministrativo e agli addetti ai servizi generali, nelle case protette viene richiesta la presenza di un gran numero di figure professionali:



- **Addetto alla assistenza di base (OSS):** rappresenta la quota più consistente del personale, si prende cura dell'anziano nelle sue esigenze di base (alimentazione, igiene, mobilitazione, evacuazione).
- **Infermiere professionale:** nelle strutture di dimensioni più ampie il turno infermieristico è previsto sulle 24 ore, mentre nelle case protette più piccole la presenza infermieristica è limitata alle ore diurne.
- **Terapista della riabilitazione:** figura spesso presente a tempo parziale, provvede alle attività di recupero degli ospiti in fase di involuzione funzionale e collabora con gli assistenti di base per i programmi di mantenimento dell'autonomia residua.
- **Animatore:** svolge un'opera di riattivazione e di socializzazione, spesso personalizzata sulla base delle abilità residue e della patologia dei singoli ospiti. Nelle equipe di più solida esperienza e cultura l'attività di animazione assume anche una valenza terapeutica.
- **Assistente sociale:** può coincidere con la figura del coordinatore della struttura. Si occupa dell'organizzazione generale delle attività e del collegamento con gli altri servizi di tutela della popolazione anziana.

L'assistenza medica è generalmente affidata ad uno o più **Medici di Medicina Generale** che svolgono regolare attività ambulatoriale all'interno della struttura, e garantiscono gli interventi d'urgenza nei periodi non coperti dalla guardia medica territoriale.

Il coordinamento sanitario di queste strutture è affidato a medici del S.S.N. che ne sono responsabili anche sotto il profilo igienistico.



c) Servizi Semi-Residenziali

L'esigenza di differenziare le risposte e la necessità di ampliare le soluzioni che impediscano l'istituzionalizzazione ha determinato la nascita ed il progressivo sviluppo dei cosiddetti servizi semi-residenziali.

In pratica, all'interno delle residenze per anziani, vengono organizzati **Centri Diurni (ma anche Notturni)** che garantiscono **ospitalità ed assistenza temporanee ad anziani autosufficienti e non-autosufficienti** con una tipologia assistenziale sovrapponibile a quella offerta agli anziani che vivono all'interno della struttura.

In tal modo, il nucleo familiare viene sgravato dal carico assistenziale, ma continua a mantenere l'anziano al suo interno, con innegabili vantaggi sotto il profilo affettivo.

D) *Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA - CRA)*

Le RSA (CRA) sono strutture miste, a forte integrazione sociale e sanitaria, caratterizzate da un livello assistenziale di base sovrapponibile a quello delle case protette, ma in grado di garantire un ***intervento sanitario ad intensità superiore.***

Questo servizio dovrebbe essere rivolto prevalentemente ad ***anziani non-autosufficienti che richiedono interventi di nursing, terapeutici e riabilitativi importanti e non erogabili a domicilio.***

Mentre l'accesso in casa protetta è generalmente un evento definitivo, l'ingresso in R.S.A. è temporaneo (→ miglioramento o decesso) anche se è logico prevedere tempi di degenza talora molto prolungati (>3 mesi).

Il modello delle RSA è ancora in evoluzione e probabilmente è opportuno che si sviluppino differenze locali volte all'integrazione ed al superamento delle carenze dei servizi esistenti.

Tuttavia alcuni obiettivi propri di questo tipo di strutture sono:

- ***Valutazione multidimensionale (VMD)***
- ***Riattivazione del soggetto al massimo livello funzionale***
- ***Filtro all'ingresso definitivo in istituzione***
- ***Detensione dei servizi ospedalieri***
- ***Supporto agli altri servizi territoriali***
- ***Formazione del personale e ricerca***



3) Servizi Ospedalieri

A livello internazionale è cresciuta la convinzione che le divisioni geriatriche, all'interno dell'ospedale, siano indispensabili per programmare una serie di attività peculiari, tra le quali:

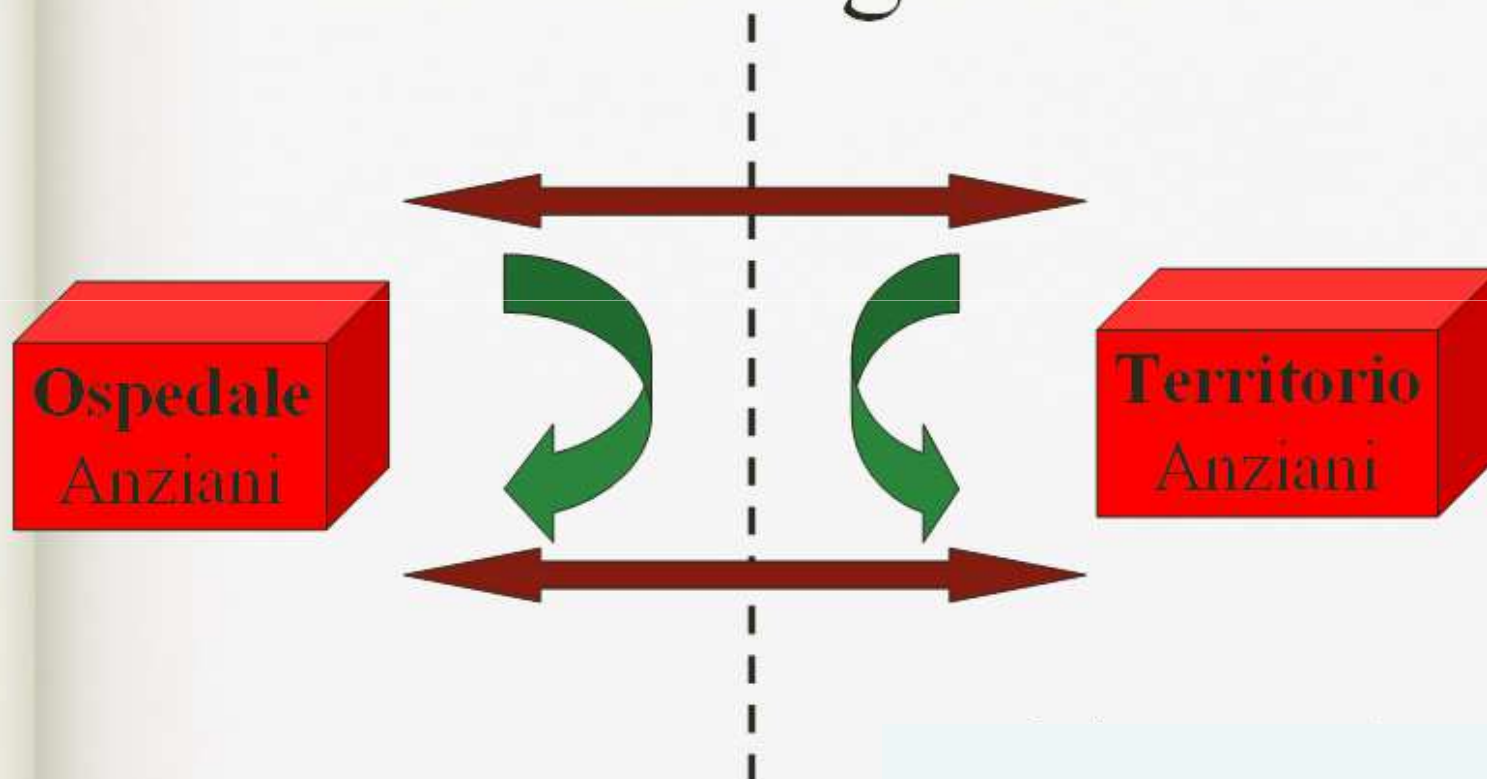
- Identificazione degli anziani fragili
- Rapido inizio di programmi di riattivazione per il mantenimento dell'autosufficienza
- Valutazione multimorbidità con conseguenti scelte diagnostiche e terapeutiche razionali
- Definizione di programmi di assistenza medica, infermieristica e di supporto psicologico e sociale extra-ospedaliero alla dimissione
- Valutazione geriatrica di anziani degenti in reparti non geriatrici

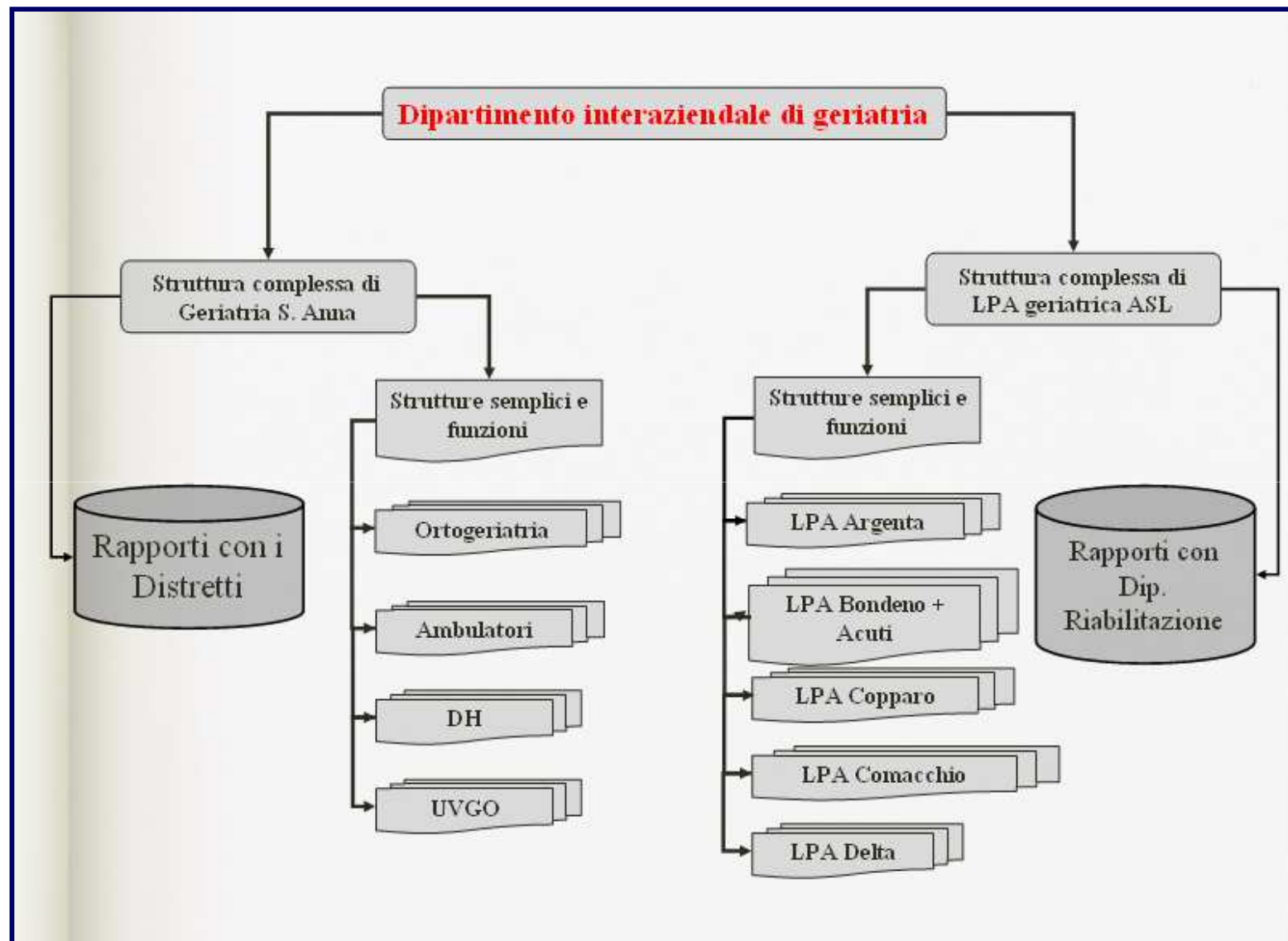
Alla luce delle più interessanti esperienze (anche nazionali e Ferraresi) la soluzione organizzativa più opportuna sembra essere quella del ***Dipartimento Geriatrico***.

All'interno del dipartimento geriatrico la gestione dei tradizionali ***posti letto per acuti (Reparto di Geriatria)*** viene integrata dall'attività dei ***moduli di Lungodegenza***, di ***RSA*** e di ***Day-Hospital (DH)***.

Questa organizzazione consente prolungare la supervisione e l'intervento diretto dell'equipe geriatrica sui pazienti più instabili e fragili, operando a costi più contenuti e favorendo l'istituzione di ***percorsi individuali*** che garantiscano una reale ***continuità terapeutica ed assistenziale con i servizi extra-ospedalieri***.

Assistenza geriatrica





F. Anzivino et al.

Funzioni pianificatorie del dipartimento

Lungodegenze

Assistenza Domiciliare Integrata

Strutture Protette

Ambulatori

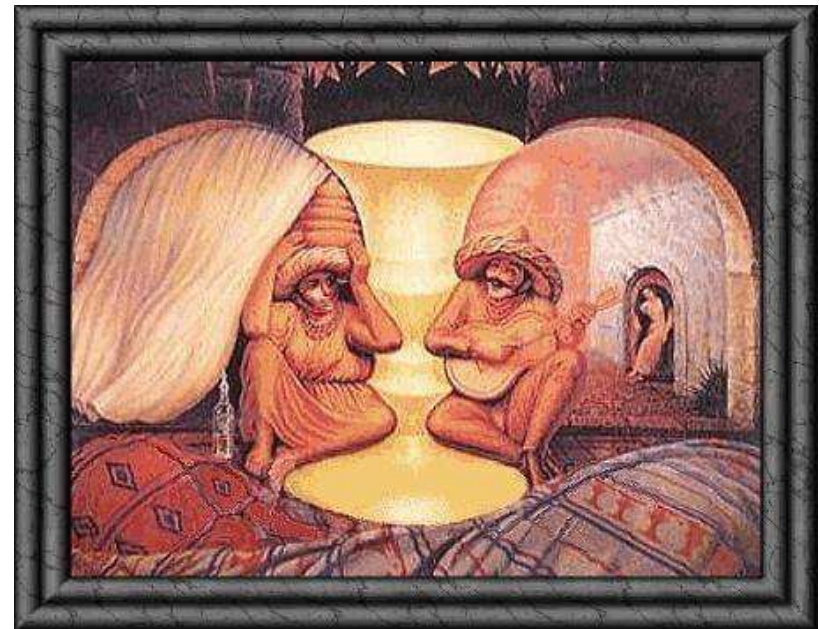
Infine, devono essere ricordate tutte quelle iniziative che tentano di dare una risposta alle esigenze ***di tipo Culturale e Ricreativo***, che concorrono a definire la qualità di vita di una persona e che rientrano nel campo dei cosiddetti ***Bisogni Terziari (Advanced Activities of Daily Living - AADL)***.

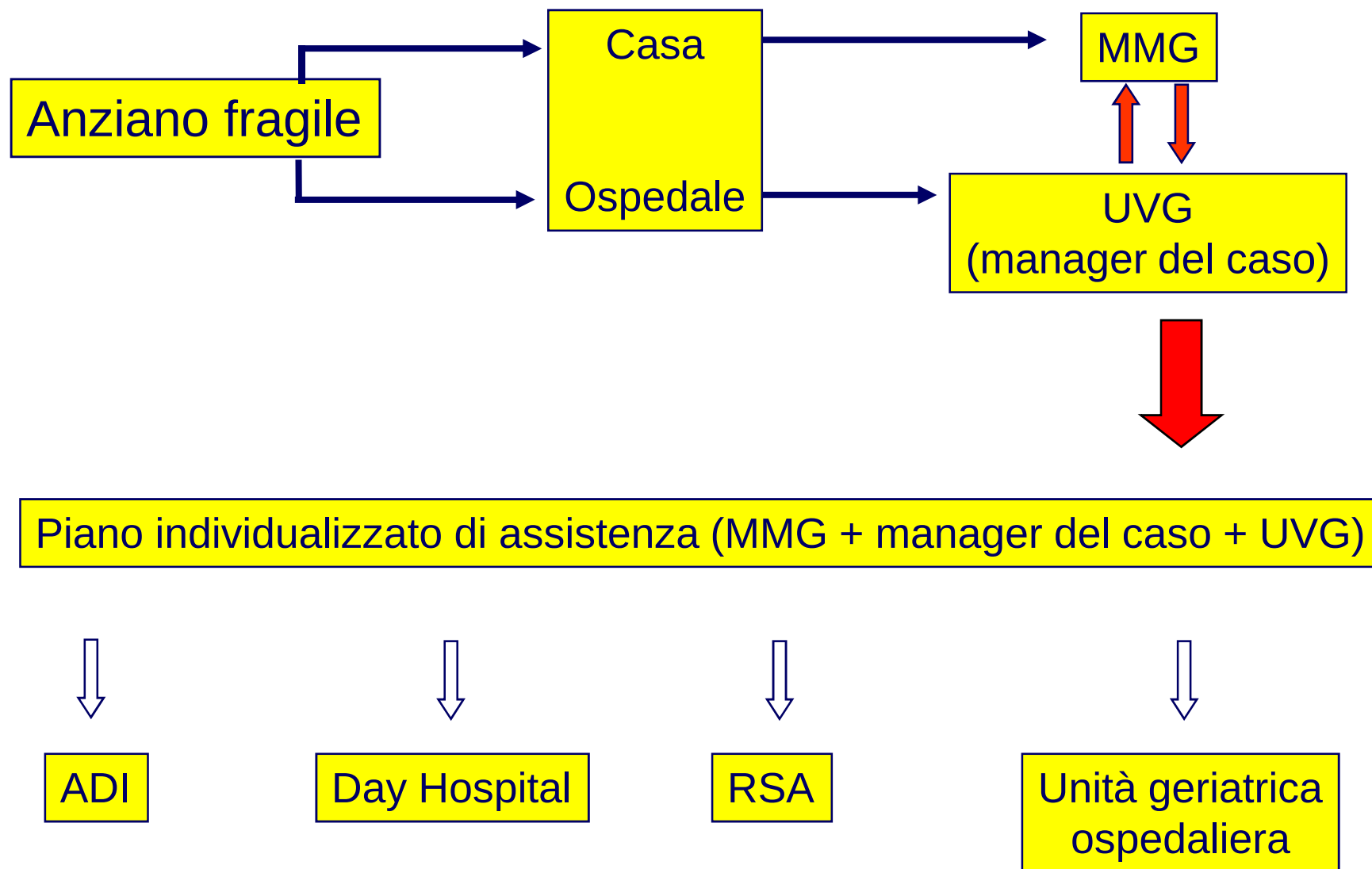
La modificazione delle fasce di popolazione di età più avanzata non è stata, negli ultimi decenni, solo di carattere quantitativo: in questi anni è decisamente aumentato anche il livello culturale ed economico degli anziani. Questo fenomeno ha stimolato le amministrazioni pubbliche a definire una serie di proposte formative o geragogiche:

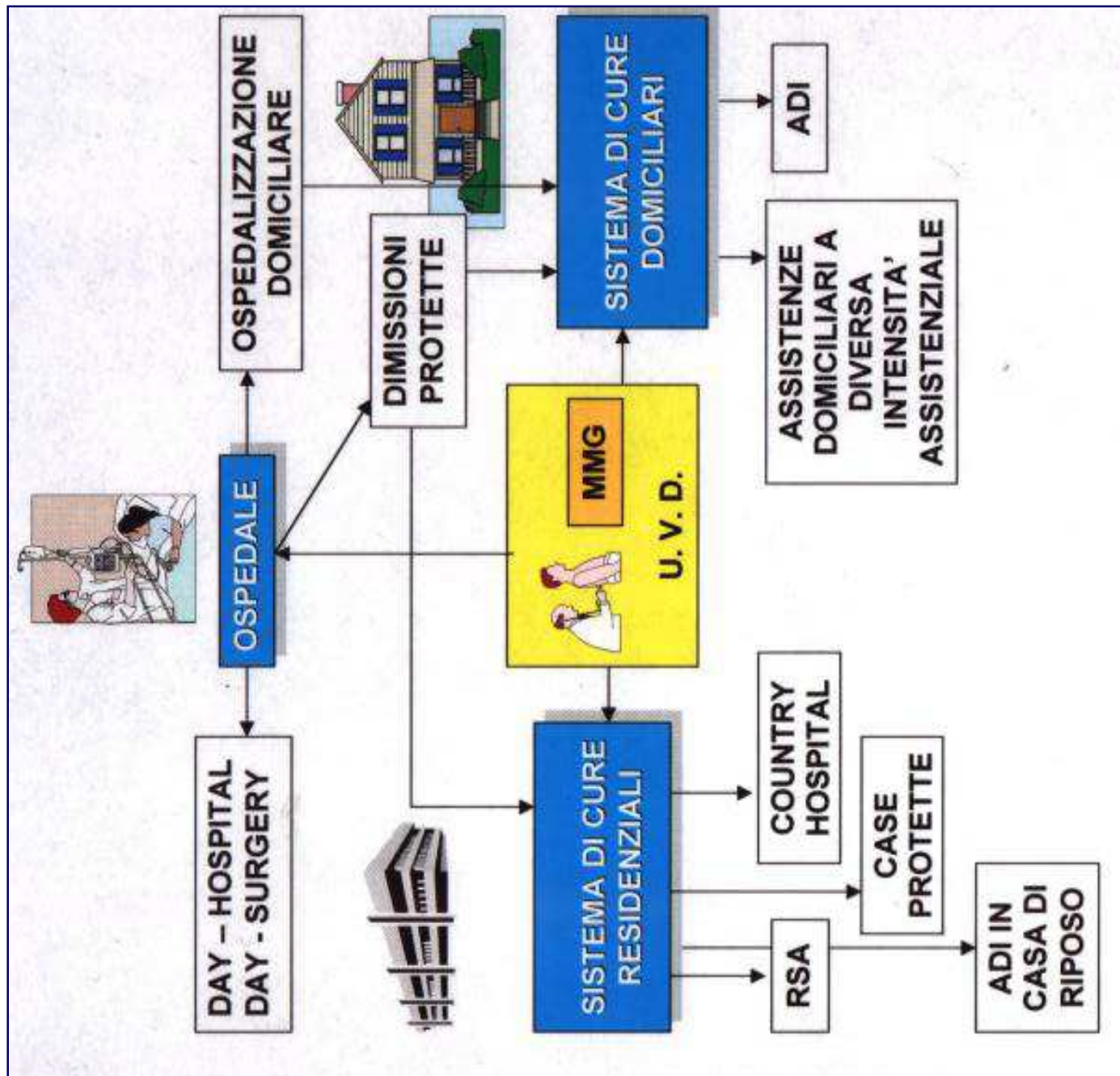
- ***Università per la terza età***
- ***Centri culturali***
- ***Cicli di conferenze***

L'incremento del numero di anziani con modesti problemi di autonomia e di salute (soprattutto gli anziani più giovani) e con una situazione economica sicura e decorosa ha determinato la creazione di **Centri Sociali**.

Numerosi edifici pubblici sono stati ristrutturati per consentire lo svolgimento di **attività ricreative** sempre più complesse ed organizzate, **spesso auto-gestite**, nelle quali l'anziano si propone come elemento attivo di aggregazione anche a favore della comunità locale.







BREVE GLOSSARIO

Casa Protetta

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti che non possono rimanere all'interno delle loro case.

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) – casa residenza per anziani (CRA)

Struttura residenziale per anziani non autosufficienti affetti da malattie croniche e che richiedono trattamenti medici continui.

Ha una funzione sanitaria maggiore rispetto alla Casa Protetta.

Appartamenti Protetti

Sono esperienze nuove attive solamente in alcuni territori. Si garantisce all'anziano anche in presenza di problemi di non autosufficienza un'abitazione autonoma ma collegata ai servizi essenziali come il monitoraggio sanitario o l'aiuto nell'espletamento di alcune attività quotidiane (bagno, pasti ecc.) . E' importante perché favorisce il permanere della persona in una casa "propria" e "familiare" con il mantenimento di una gestione autonoma della vita.

Casa di riposo - Casa Albergo - Albergo per anziani

Con queste denominazioni si indica la stessa cosa. La Casa di riposo è una struttura socio-assistenziale a carattere *residenziale* destinata ad anziani autonomi o non autosufficienti di grado lieve.

Residenza protetta

Alloggi aggregati in una stessa unità (edificio), dotata di una zona comune per servizi collettivi, destinata ad anziani disabili o solo parzialmente autosufficienti.

Comunità alloggio – (casa famiglia)

E' una struttura socio-assistenziale residenziale di ridotte dimensioni, di norma destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.