

# L' ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI GERIATRICI

Stefano Volpato



**Università  
degli Studi  
di Ferrara**

**Dipartimento  
di Scienze Mediche**

# L' Organizzazione dei Servizi Geriatrici

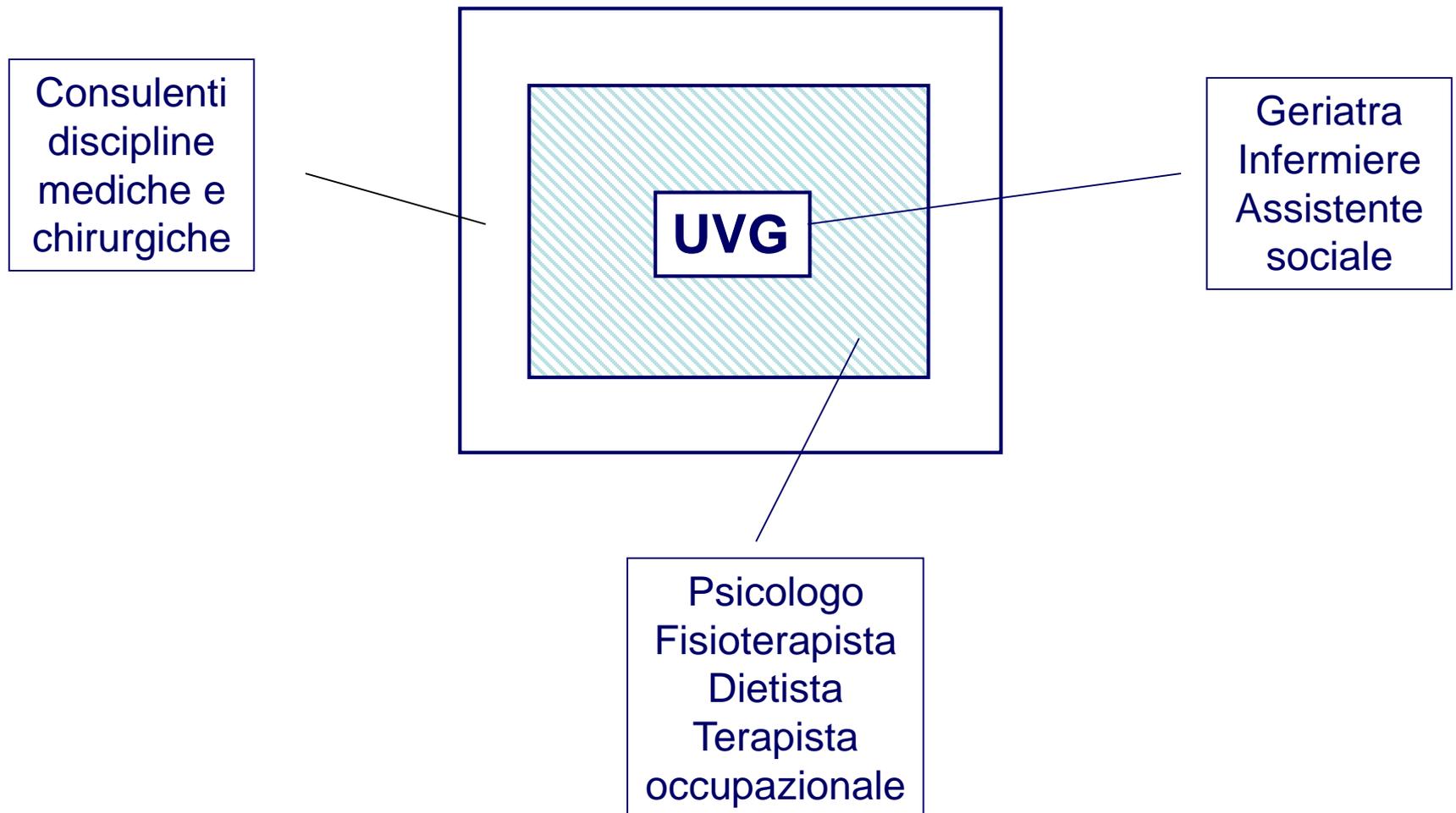
- L'organizzazione di servizi geriatrici deve essere concepita come un insieme di elementi che costituiscono una **rete assistenziale integrata** all'interno della quale ogni persona può trovare una risposta competente ed adeguata al proprio bisogno.
- L'esatta **valutazione** dei bisogni e la **continua 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 geriatrica globale o multidimensionale**.

# UNITA' VALUTATIVA 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
  - infermiere professionale
  - un assistente sociale.

- L'identificazione dei problemi e la valorizzazione delle potenzialità residue consente 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 delle U.V.G



# ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI

- Questo aspetto è fondamentale e assume varie dimensioni:
  1. Geografica. Deve tener conto delle caratteristiche del territorio.
    - Nelle realtà urbane l'attenzione deve essere posta sull'abolizione delle barriere architettoniche e lo sviluppo di centri distrettuali;
    - nelle realtà rurali o montane i problemi vengono dalla vastità dell'area servita e dalla qualità delle vie di comunicazione.
  2. Economica. La situazione economica non può costituire una limitazione all'accesso.
    - articoli 32 e 38 della Costituzione Italiana: “ 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 spesso in difficoltà anche nell'esecuzione di procedure ordinarie (es. denaro e utenze): è necessario semplificare

# SERVIZI GERIATRICI

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

1. Servizi Domiciliari
  - a) Socio-assistenziali
  - b) Sanitari
  
2. Servizi Territoriali
  
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),
  - ***distribuzione dei pasti*** pre-confezionati o all'acquisto dei generi di prima necessità.

# ***Servizi socio-assistenziali domiciliari***

- 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 si ricorda come il telefono sia, per alcuni anziani, l'unica forma di contatto con l'ambiente esterno e come 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).

# ***Servizi socio-assistenziali domiciliari***

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.



# ***Servizi sanitari domiciliari***

## **Assistenza Domiciliare Integrata**



- 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
  - 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)

# ***Servizi sanitari domiciliari***

- Nel caso venga attivata la **A.D.I.** 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.

# Servizi Residenziali

- ***tipologia delle residenze***, che possono risultare molto diverse tra loro per l'intensità dell'intervento sia infermieristico che medico.
  - Casa di riposo
  - Casa protetta
  - Servizi semi-residenziali
  - Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.)
- Diviene pertanto fondamentale ***un'accurata valutazione delle necessità cliniche ed assistenziali*** al fine di collocare ogni paziente al livello più appropriato.

# ***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*** 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 e non è previsto un ambulatorio interno alla struttura.

# ***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, quali:



# ***Casa protetta***

- ***Addetto alla assistenza di base:*** rappresenta la quota più consistente del personale, si prende cura dell'anziano nelle sue esigenze di base (alimentazione, igiene, mobilizzazione, 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:*** spesso coincide 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.



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

# ***Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.)***

- Le R.S.A. 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 richiedano ***interventi di nursing, terapeutici e riabilitativi non erogabili a domicilio.***
- Mentre l'accesso in casa protetta è generalmente un evento definitivo, l'ingresso in R.S.A. dovrebbe essere temporaneo (→ miglioramento o decesso), anche se è logico prevedere tempi di degenza talora molto prolungati (>3 mesi).

Obiettivi propri di questo tipo di strutture sono:

- Valutazione multidimensionale
- Riattivazione del soggetto al massimo livello funzionale
- Filtro all'ingresso definitivo in istituzione
- Supporto agli altri servizi territoriali
- Formazione del personale e ricerca



# Servizi Ospedalieri

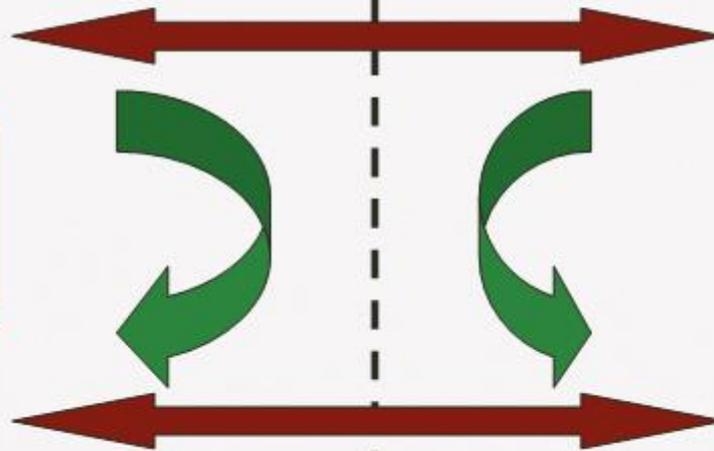
- A livello internazionale è cresciuta la convinzione che le divisioni geriatriche, all'interno dell'ospedale, siano indispensabili per programmare una serie di attività peculiari, tra le quali:
  - Identificazione degli anziani fragili
  - Rapido inizio di programmi di riattivazione per il mantenimento dell'autosufficienza
  - Impostazione di una terapia farmacologica commisurata alle caratteristiche fisiopatologiche dell'età senile
  - Valutazione pluripatologica 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

# Servizi Ospedalieri

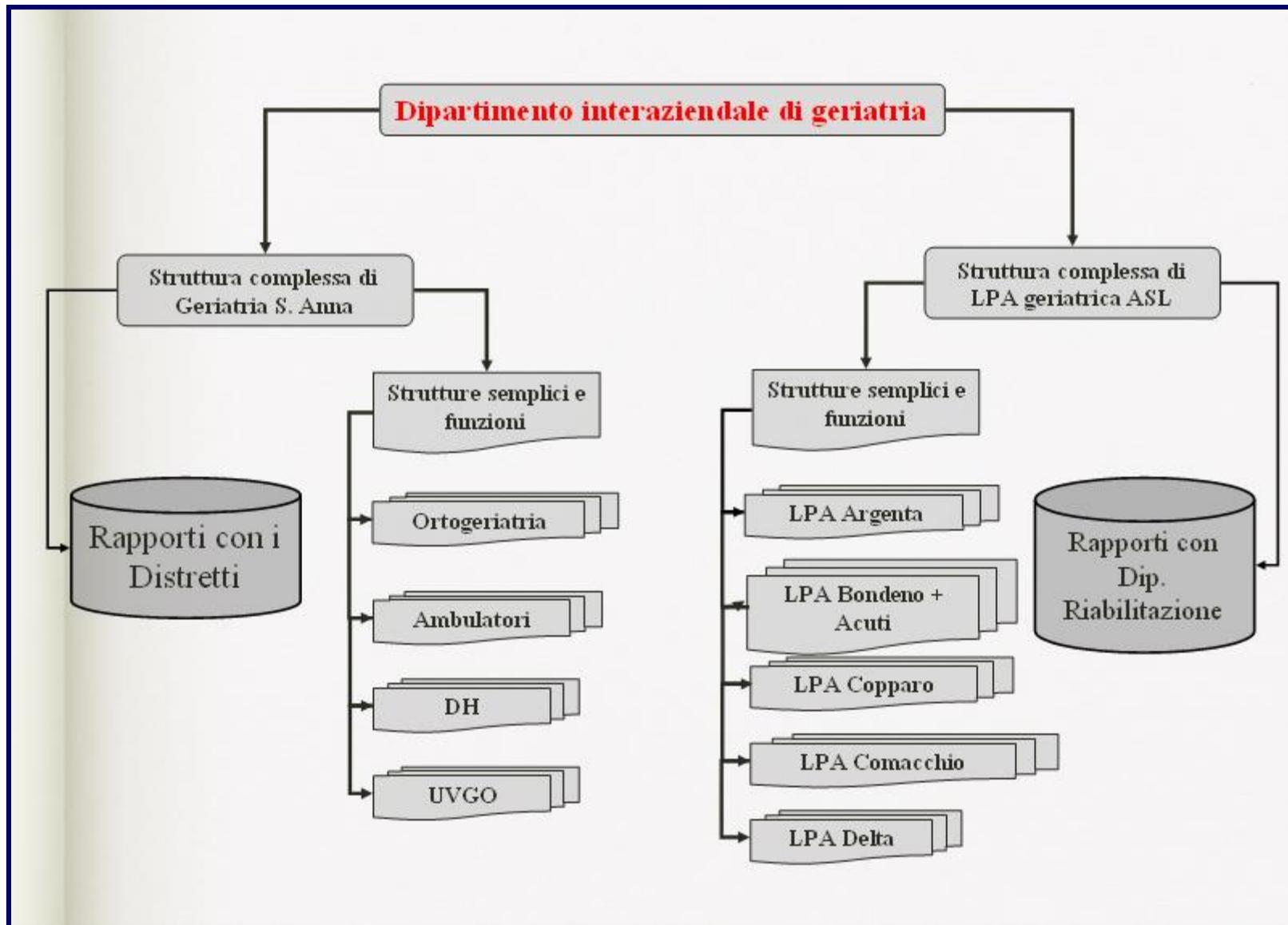
- la soluzione organizzativa più opportuna sembra essere quella del ***Dipartimento Geriatrico***.
- All'interno del dipartimento geriatrico la gestione dei tradizionali posti letto per ***acuti (Reparto di Geriatria)*** viene integrata dall'attività dei ***moduli di***
  - ***Lungodegenza***
  - ***RSA***
  - ***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

**Ospedale**  
Anziani



**Territorio**  
Anziani



## Funzioni pianificatorie del dipartimento

Lungodegenze

Assistenza Domiciliare Integrata

Strutture Protette

Ambulatori

# AZIENDA USL FERRARA

**Abitanti: n. 355.334 (dato al 31.12.2013)**

**Distretti: n. 3**

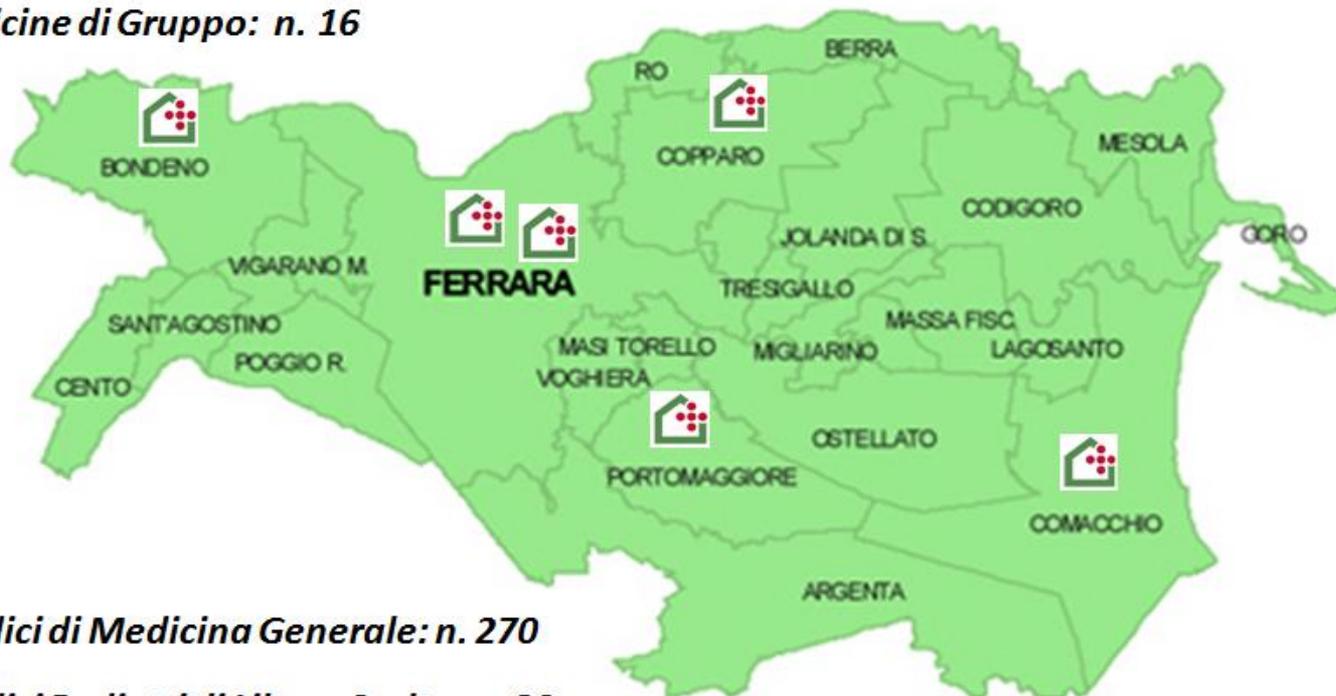
**Nuclei Cure Primarie: n. 13**

**Case della Salute funzionanti n. 3**

**Pediatrie di Gruppo: n. 2**

**Case della Salute programmate n. 3**

**Medicine di Gruppo: n. 16**



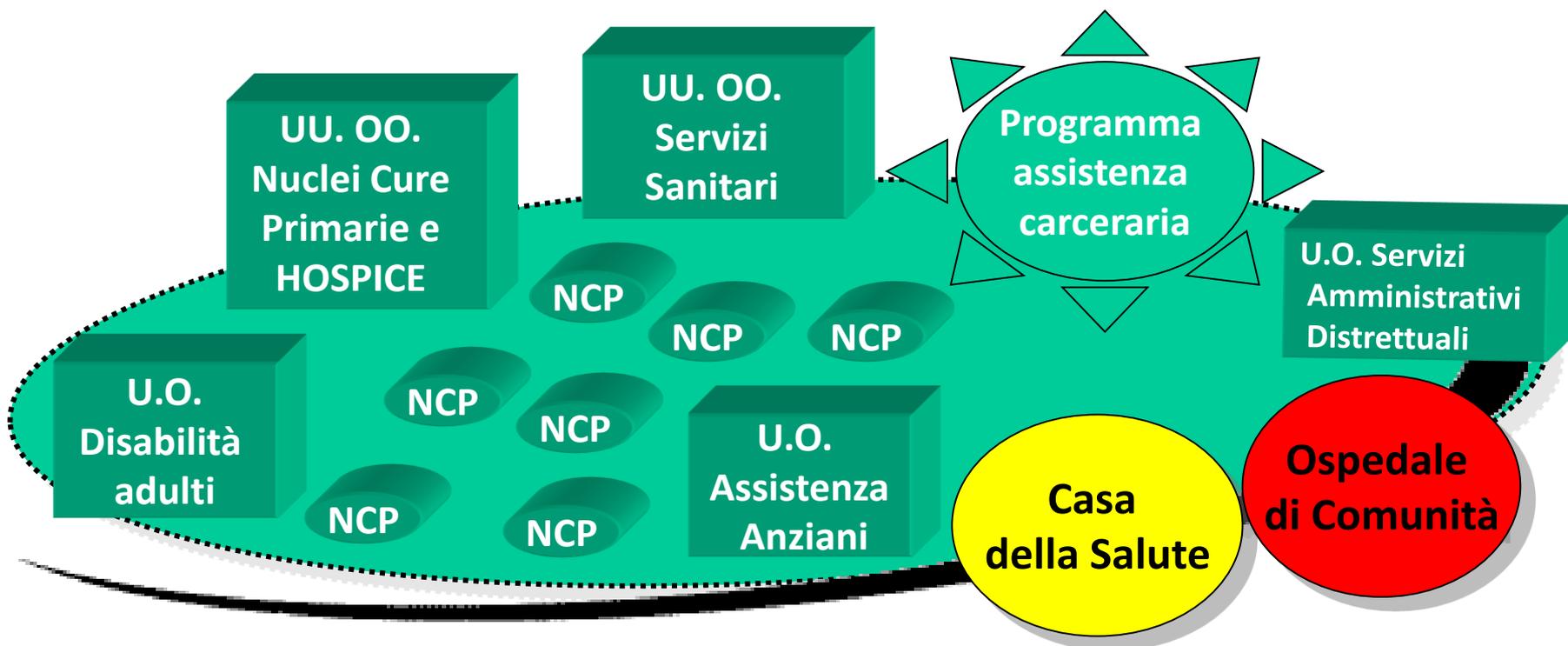
**Medici di Medicina Generale: n. 270**

**Medici Pediatri di Libera Scelta: n. 39**

Il Dipartimento di Cure Primarie è il sistema di cura erogato:

- vicino ai luoghi di vita delle persone,
- secondo un modello di reti integrate di servizi sanitari e sociali,
- che risponde a un bisogno di unitarietà del processo di cura.

# IL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE NELL' AZIENDA USL DI FERRARA



# IL CONTESTO

L'incremento dei soggetti affetti da patologie croniche rende indispensabile il rafforzamento delle cure primarie e l'integrazione fra i professionisti del territorio (sanitari e sociali) e gli specialisti ospedalieri

OGGI più che in passato vi è la necessità di operare strategie **per rispondere ai bisogni di salute** **contenendo i costi, garantire efficacia, appropriatezza** **sicurezza e sostenibilità del sistema**



**Il paziente al centro**

# OBIETTIVO STRATEGICO DELLA RER

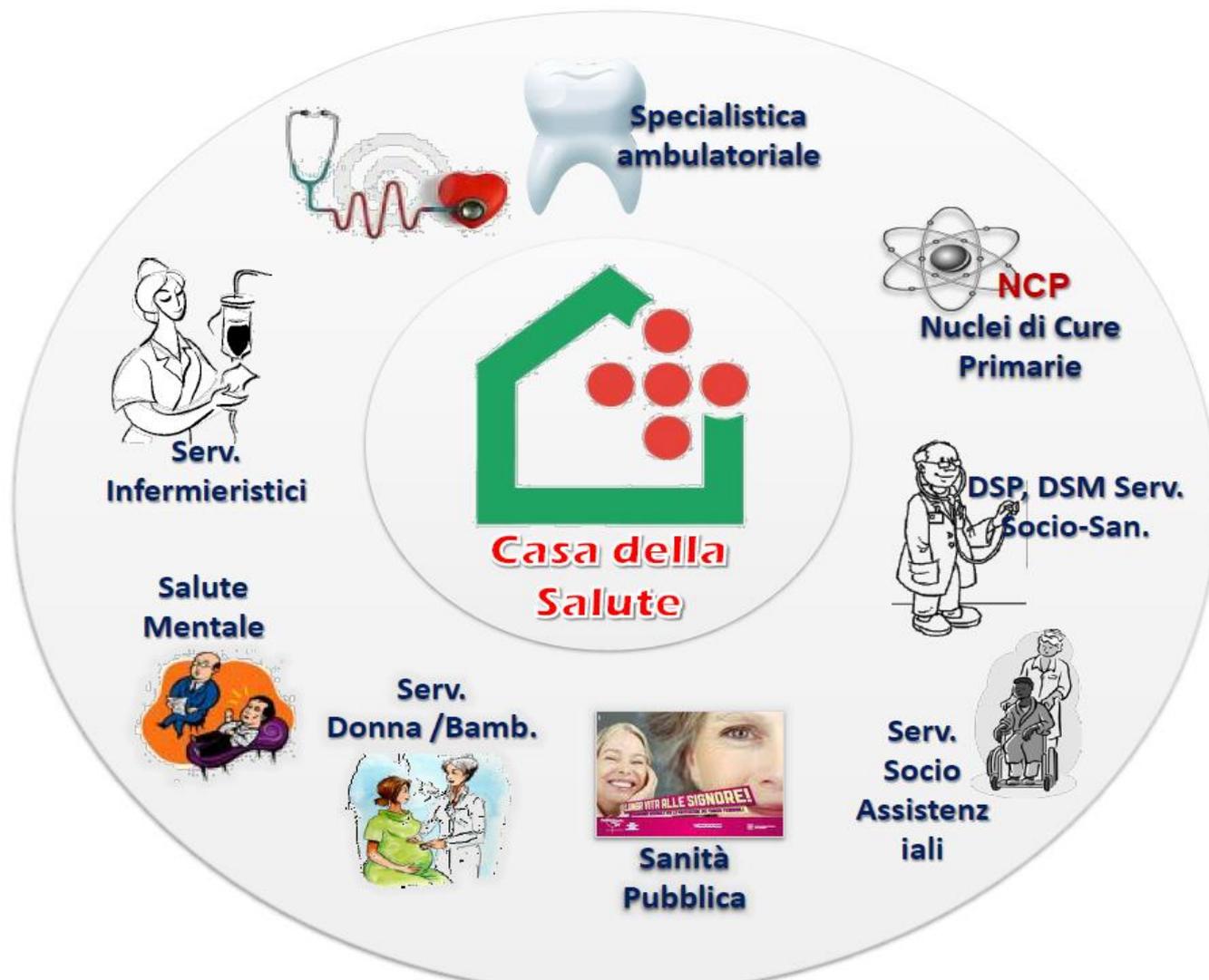
- Realizzare in modo omogeneo su tutto il territorio strutture sanitarie e socio-sanitarie, che siano un **punto di riferimento certo per i cittadini** e alle quali ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai problemi di salute. In queste strutture il cittadino trova sempre un medico di famiglia e un infermiere nell'arco dell'intera giornata per risolvere i problemi ambulatoriali urgenti, evitando ricorsi impropri al Pronto Soccorso
- Normativa di riferimento **Casa della Salute** LR 29/2004; DGR 291/2010; DGR 1349/2012



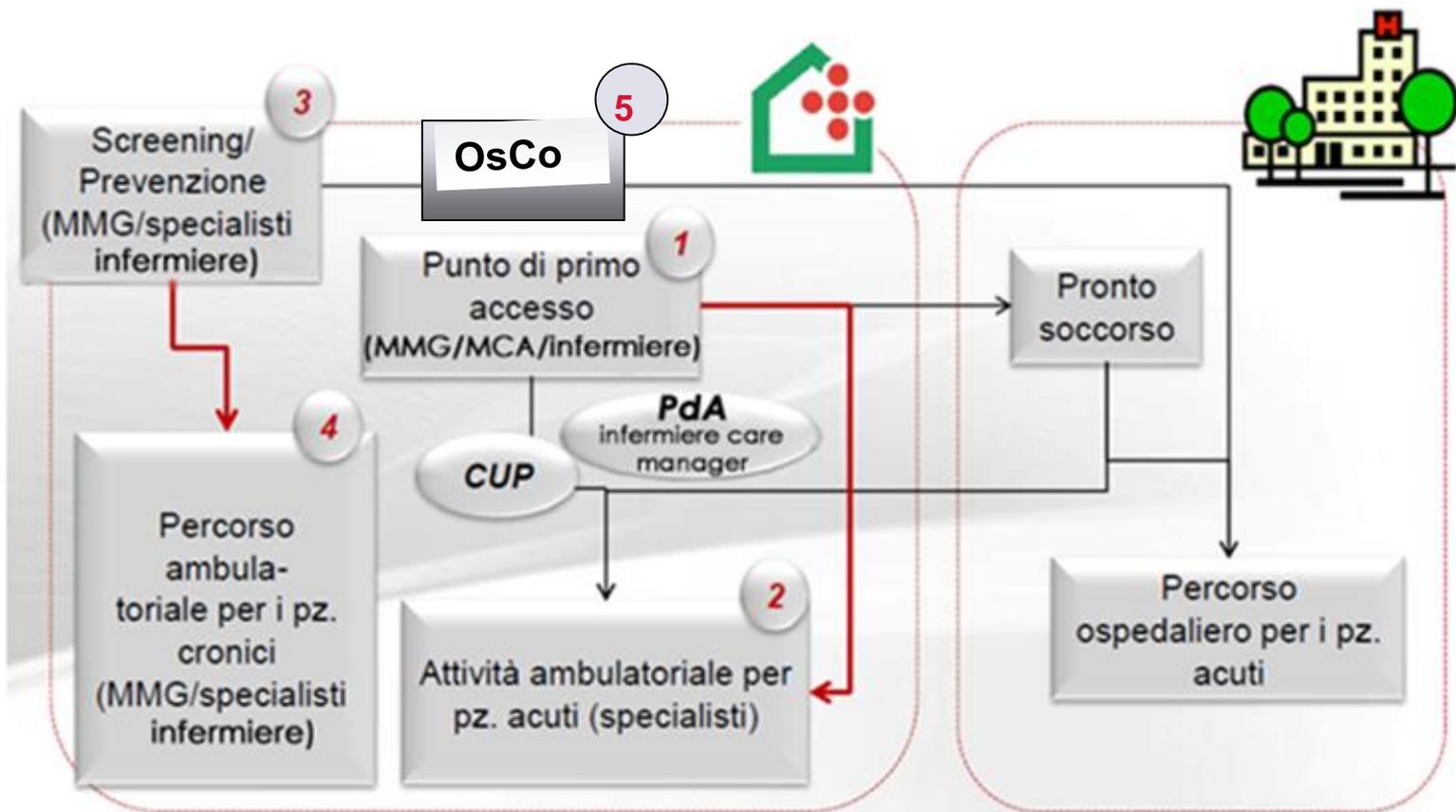
La Casa della Salute risponde a questa esigenza del cittadino di individuare una struttura socio-sanitaria territoriale ben definita

- in grado di rispondere ai suoi bisogni di cura;
- collocata in un punto unico e ben definito;
- in grado di evitare migrazioni sul territorio.

# LA CASA DELLA SALUTE, cosa trova il cittadino



# Impostazione delle linee di servizio nella Casa della Salute



 **Legenda**  
Flussi innovativi da privilegiare nel modello CdS

# La missione della Casa della Salute

- Garantire la **continuità assistenziale** nelle 24 ore 7 giorni su 7
- Assicurare un **punto unico di accesso** ai cittadini, attraverso il punto di accoglienza P.D.A. e la prima valutazione del bisogno effettuando in questo modo la presa in carico e/o l'orientamento ai servizi.
- Promuovere e valorizzare la **partecipazione dei cittadini**
- Realizzare concretamente l'**attività interdisciplinare, interprofessionale e la gestione integrata dei percorsi**

## La missione della Casa della Salute

- Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino
- Rafforzare l'**integrazione con l'ospedale** in relazione alle dimissioni protette, alla presa in carico integrata di alcune patologie croniche, alla condivisione di linee guida e di protocolli assistenziali per le patologie ad elevata complessità
- Migliorare la **presa in carico integrata** dei pazienti cronici anche con problemi di salute mentale e tossicodipendenze
- Sviluppare **programmi di prevenzione** rivolti al singolo, alla comunità e a target specifici di popolazione
- Sviluppare l'**integrazione** con i **Servizi Sociali**
- Offrire **formazione** permanente agli operatori.

# ASPETTI PRINCIPALI DELLA CASA DELLA SALUTE

- Accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali
- Assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti
- Possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale
- Gestione delle patologie croniche, attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria coi servizi specialistici presenti
- Implementazione della medicina proattiva
- Dimensioni: piccola, media, grande

# La Casa della Salute

## Dimensioni:

Piccole (sede del NCP)

Medie

Grandi

L'Os.Co. è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti.

## MODELLO ORGANIZZATIVO Os.Co.

L'unità di ricovero Os.Co. è posta sotto la *responsabilità del Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP)*.

**La responsabilità clinica** del paziente è affidata al medico di medicina generale

**La responsabilità organizzativa** è affidata al personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente assumendo come modello il case-management.

**Gli Os.Co. si caratterizzano per la degenza a gestione infermieristica**, destinata a soggetti appartenenti alle **fasce più deboli** della popolazione assistiti dal proprio MMG, nella **fase post acuta di dimissione dell'ospedale**, oppure soggetti affetti da **riacutizzazioni di malattie croniche** che non necessitano di terapie intensive o di diagnostica a elevata tecnologia e che non possono, per motivi sia di natura clinica che sociale, essere adeguatamente trattati a domicilio.

Gli Os.Co. rappresentano un setting di cure intermedie tra l'Assistenza Ospedaliera e l'Assistenza Domiciliare.

## **Gli Os.Co. nell' AUSL di FERRARA**

Os.Co. COPPARO n. 20 posti letto  
coinvolti n.  
10 MMG

Os.Co. COMACCHIO n. 20 posti letto  
coinvolti n. 8 MMG

## PAZIENTI ELEGGIBILI al RICOVERO in Os.Co.

Pazienti caratterizzati da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio elevate, che richiedono Monitoraggio permanente in regime residenziale

(ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto terapeutico o assistenziale domiciliare).

## PAZIENTI ELEGGIBILI al RICOVERO in Os.Co.

Possono avere i caratteri della ammissibilità al ricovero in Os.Co. anche le seguenti condizioni:

- percorsi diagnostici in pazienti non autosufficienti che non dispongono del necessario supporto familiare;
- pazienti con patologie croniche dimessi precocemente che necessitano di un'ulteriore fase di monitoraggio terapeutico;
- malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo in attesa di ricovero in struttura adeguata per supporto nutrizionale;
- pazienti dimessi in fase di proseguimento di terapia medica o riabilitativa da effettuarsi sotto il controllo sanitario.

# PROPOSTE di RICOVERO in Os.Co.

**Possono pervenire:**

- dal MMG
- da Medici Ospedalieri
- dall'Assistente Sociale
- dagli Infermieri dell'ADI
- dai membri dell'UVG

# PERCORSO RICOVERO in Os.Co.

## Ammissione dalle U.O. di ricovero:

1. Valutazione da parte del Case Manager per la Continuità Assistenziale secondo criteri condivisi (scheda di valutazione)
2. Programmazione del ricovero concordato con il Responsabile Infermieristico Os.Co.
3. Valutazione del Medico di Medicina Generale entro le 24 ore dall'ingresso

# PAZIENTI ELEGGIBILI al RICOVERO in Os.Co.

Pazienti non adeguatamente assistibili a domicilio (prevalentemente anziani)

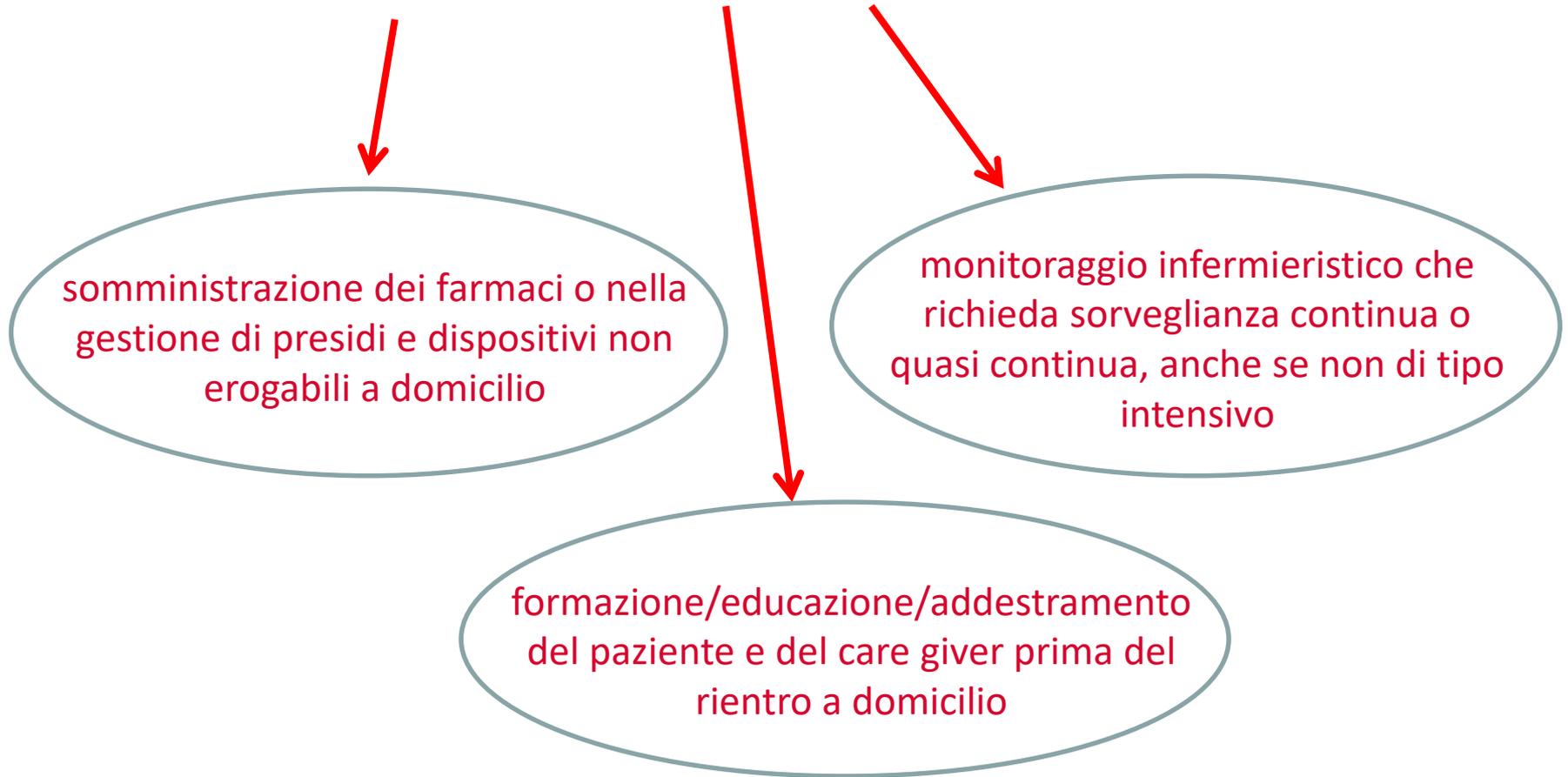


provenienti da struttura ospedaliera  
(UO Acuti o LpA)  
cl clinicamente dimissibili dall'Ospedale

provenienti dal domicilio o dalle CRA  
pazienti fragili e/o affetti da patologia  
cronico-degenerativa, caratterizzati  
da condizioni cliniche e/o sociali da  
renderli eleggibili

# PAZIENTI ELEGGIBILI al RICOVERO in Os.Co.

Pazienti che necessitano prevalentemente di assistenza infermieristica



# CRITERI di ESCLUSIONE

1. Pazienti con **instabilità clinica** cardio-vascolare o neurologica...
2. Pazienti in fase di **terminalità (hospice)**
3. Pazienti che richiedono **assistenza medica continuativa**
4. Pazienti che necessitano di **inquadramento diagnostico**

# MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE

Il MMG è presente in struttura in modo programmato dal lunedì al sabato con accessi di circa 2 ore complessive nel corso della giornata; i turni di presenza per medico sono organizzati con una cadenza settimanale

Durante l'assenza del MMG in caso di richiesta di intervento in emergenza-urgenza sono possibili due opzioni:

1. chiamata al MMG in turno su Os.Co. (reperibilità telefonica 8-20),
2. chiamata dell'emergenza territoriale 118

Nelle ore notturne, festivi e prefestivi e altri concordati è previsto l'intervento del Medico di Continuità' Assistenziale secondo gli accordi vigenti.