

SECONDO CONGRESSO NAZIONALE DI IPPOCRATE

**Auditorio Parco Termale di Uliveto
Via Vicarese - Uliveto Terme (PI)**

26/28 Ottobre 2007



Il medico di Famiglia e la lungoassistenza

Roberto De Gesu

Medico di Medicina Generale

Resp Assistenza medica di base e
Coordinamento sanitario

"R.S.A. E. Cialdini" di Modena



Tratteremo di



- ✦ Fragilità
- ✦ Residenze per anziani
- ✦ Case mix
- ✦ Medici di medicina generale

La fragilità

Negli ultimi anni sempre più spesso si è discusso o si è sentito discutere di paziente fragile

E' una condizione frequente nella persona anziana, visto che circa un settimo della popolazione over 65 anni è fragile, ma non certamente esclusiva di questa fascia di età

Ma cos'è la fragilità?

Siamo tutti d'accordo sul significato
da dare a questa parola?



spesso si è confuso la fragilità con

- ◆ La vecchiaia

- ◆ La comorbilità, che è data dalla compresenza di più malattie, spesso croniche

- ◆ La disabilità, che indica la perdita di una funzione

- ◆ La non autosufficienza, che è la perdita di più funzioni, per cui la persona non è più in grado di svolgere le attività basilari della vita quotidiana



La fragilità, invece, è una condizione in cui comorbilità, cronicità, politerapia, disabilità e problematiche di tipo sociale, intersecandosi tra di loro, fanno sì che l'organismo perda la sua naturale capacità di utilizzare l'insieme dei meccanismi e delle riserve funzionali al fine di mantenere il proprio equilibrio interno in forma stabile, o con una sola parola, l'omeostasi.

Se siamo tutti d'accordo su questa definizione, allora la fragilità sarà anche nel diversamente abile, nella patologia cronico degenerativa: dalla artrosi al diabete, alla neoplasia avanzata, alla SLA, alla demenza e così via



Il problema sarà la identificazione precoce di quegli eventi che, comportando la riduzione della omeostasi, faciliteranno la vulnerabilità dell'individuo accrescendone sia il rischio di ospedalizzazione, per l'insorgenza di complicanze, sia la necessità di richiedere l'intervento dei servizi sociali quando si verifichi un significativo deterioramento della qualità della vita fino a giungere alla istituzionalizzazione per perdita della autonomia.

La vecchiaia non è di per sé stessa una malattia e la disabilità dell'individuo non deriva dalla età avanzata.

Per questo motivo è improprio ricorrere a sillogismi per cui l'aumentato numero di anziani implica di per se l'aumento dei soggetti malati e disabili e quindi della domanda di servizi assistenziali.

L'obiettivo di tenere le persone affette da patologie croniche nel loro domicilio è stato perseguito dai vari governi succedutisi fino ad ora.

Si stima che attualmente in Italia nel 30% delle famiglie viva un ammalato cronico e che nell'11% viva un disabile

La lungoassistenza, che consiste nel prendersi cura per un lungo periodo di una persona a seguito di una patologia o per una incapacità cronica che richiedono attenzione periodica, intermittente o continua mediante visite domiciliari regolari, ha permesso di affrontare il problema in quanto mezzo per ritardare la comparsa di peggioramenti della malattia riducendo le ospedalizzazioni evitabili e rendere protette le dimissioni, favorire la riduzione della mortalità e della ammissione nelle residenze per anziani. Include una vasta gamma di servizi

Per chi è in procinto di avvalersene è necessario un attento esame dei bisogni individuali e delle possibilità di assistenza a domicilio



La risultante dalla differenza fra quello che la società considera dignitoso per la persona umana e ciò che la persona stessa è in grado di fare, anche con l'aiuto dei familiari, esprime ciò che deve essere coperto dai servizi.



La traduzione dei bisogni in domanda avviene con strumenti multidimensionali

Normalmente si fa riferimento alle attività di vita quotidiana di base e strumentali.

Le attività di base vengono suddivise in attività della vita quotidiana (ADL), che esplorano la capacità di accudire e prendersi cura di sé stessi e le limitazioni nella locomozione

le attività strumentali (IADL), esplorano la capacità di gestire il denaro, l'uso del telefono, ecc

La corretta rilevazione dei bisogni socio-sanitari permette l'analisi comparata delle risposte nelle due situazioni possibili, a domicilio o in istituzione, e consente di formulare un progetto personalizzato per ciascun utente.

Quando i bisogni, siano essi sanitari, sociosanitari o sociali, sono rilevanti, è necessaria l'integrazione fra servizi diversi come Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), Casa Protetta (CP), Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

La regione Emilia Romagna definisce le strutture residenziali del proprio territorio

- ✦ La Casa Protetta (CP) è una struttura residenziale per anziani non autosufficienti che non possono rimanere all'interno delle proprie case
- ✦ la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) è una struttura residenziale per anziani non autosufficienti con malattie croniche e che richiedono riabilitazione, terapie e assistenza continua; ha una maggiore intensità sanitaria rispetto alla casa protetta.

In entrambe le residenze la mission non è l'erogazione della assistenza, ma

- ◆ la tutela della salute,
- ◆ la prevenzione dei peggioramenti,
- ◆ il recupero degli stati di disabilità, nei limiti del possibile e delle risorse
 - con il massimo di qualità e di attenzione al benessere degli ospiti
 - impedendone l'isolamento e la emarginazione,
 - favorendo il ripristino delle interazioni personali e assicurando ricoveri di sollievo per garantire un adeguato livello di assistenza quando temporaneamente non in grado di essere mantenute in famiglia

Una volta accolto nella residenza, tramite la valutazione multidimensionale del team locale si giunge alla la quantificazione del danno e delle capacità residue dell'ospite, si interviene sulla persona e sul suo ambiente con l'obiettivo di dare continuità alla assistenza ricercando i maggiori livelli di autosufficienza possibili.



Il compito dei tecnici del team assistenziale multiprofessionale consiste nel prevedere, attraverso l'uso di scale rigorose e onnicomprensive, i bisogni delle persone per quantificare correttamente la domanda assistenziale di long term care

Nel corso degli ultimi dieci anni si è avuto un progressivo cambio della tipologia dell'ospite delle Residenze che ha presentato una gravità sempre maggiore. Le problematiche cognitive comportamentali, presenti in circa la metà di loro, hanno reso illogica la divisione in residenze "per affetti da demenza" e per "non affetti da demenza" in quanto, di fatto, anche quelle "non specialistiche" hanno tra i loro ospiti pazienti dementi di cui prendersi cura.

Essendo questa tipologia di ospite distribuita tra tutte le residenze in aggiunta a quegli ospiti già presenti che hanno visto peggiorare il loro stato di salute, al momento non è più possibile identificare le CP dalle RSA in base alla tipologia dell'utenza essendo i bisogni degli ospiti dell'una sovrapponibili a quelli dell'altra

In sintesi si assiste all'incremento della gravità degli ospiti ed alla tendenza al superamento delle differenze tra Residenze Sanitarie Assistenziali e Case Protette



Questa situazione

- ❖ non garantisce equità di trattamento tra i diversi contesti territoriali
- ❖ non garantisce livelli assistenziali correlati ai bisogni espressi
- ❖ non garantisce un sufficiente presidio tecnico-clinico-assistenziale
- ❖ abbatte gli oneri sanitari in modo differenziato tra i diversi contesti territoriali, a prescindere dalla gravità degli ospiti e dai livelli assistenziali offerti
- ❖ non garantisce equità tra pubblico e privato, sia per gli ospiti che per le strutture

Con il termine case-mix si fa riferimento all'insieme qualitativo e quantitativo degli ospiti

L'utenza ospitata deve presentare caratteristiche omogenee rispetto ai bisogni assistenziali espressi. In caso contrario le necessita' assistenziali devono comunque essere tra loro compatibili, anche in relazione alle finalita' della residenza ed alle caratteristiche della stessa

Il servizio ospedaliero per quantificare gli interventi terapeutici utilizza criteri prevalentemente clinici e si avvale della misura dei parametri vitali, bioumorali, diagnostico-prognostici, e di performance al fine di definire l'impegno sanitario nei confronti del paziente.

La lungoassistenza, invece, si avvale di valutazioni dei bisogni e delle necessità per raggiungere il massimo benessere al fine di quantificare il carico e la forma dell'intervento assistenziale messo in atto per sostituirsi alle capacità perse.

Approcci diametralmente opposti: il rendimento del paziente da una parte e cosa bisogna dare all'ospite dall'altra

medicina ospedaliera	lungoassistenza
Diagnosi: identificazione del danno, delle sue cause e quantificazione delle sue perdite	Valutazione multidimensionale: quantificazione del danno e delle capacità residue
Intervento: cura della malattia	Intervento: sulla persona e sul suo ambiente
Obiettivo: guarigione e stabilizzazione clinica	Obiettivo: continuità dell'assistenza con ricerca dei maggiori livelli di utosufficienza possibili

Poiché la gran parte degli anziani è affetto dalla combinazione di diverse e gravi malattie ed il trattamento di ognuna complica le altre, la comorbidità gioca un ruolo importante nella diagnosi e nel management della persona

soprattutto al fine di predisporre i servizi assistenziali idonei e non può essere disgiunta dalla valutazione della salute in termini di capacità funzionale, piuttosto che in termini di gravità della patologia.

Infine, per meglio definire il servizio più adeguato, è stato introdotto il concetto di valutazione della stabilità del paziente, stimata con parametri e criteri specifici e valutata sia in modo statico (la fotografia al momento della valutazione) che dinamico (proiezione nel tempo)



Il concetto di instabilità delle condizioni di salute nel tempo ha diverse implicazioni a seconda che ci si trovi in ambito clinico-ospedaliero o territoriale-sociale

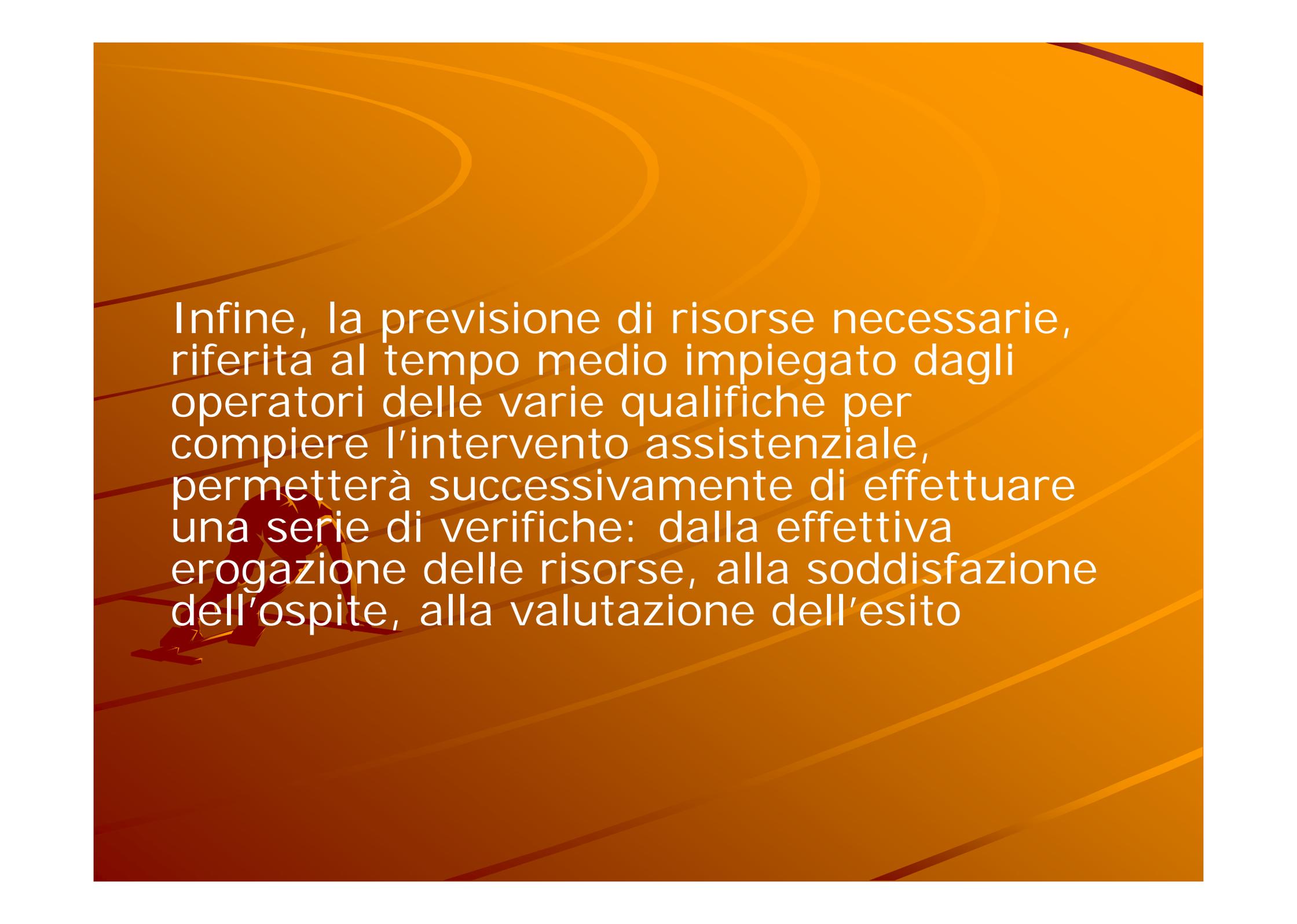
In clinica l'instabilità è data dall'insieme di eventi avversi con la comparsa di segni e sintomi di malattia che evidenziano la necessità di interventi medici, infermieristici e strumentali nelle 24h

Dal punto di vista territoriale si fa riferimento a livelli di autonomia raggiunti e raggiungibili.



Il parametro instabilità consentirà di distinguere tra il servizio ospedaliero, che ha mezzi e personale in grado di fare fronte a repentini cambiamenti nello stato di salute del paziente, ed il territorio che ha il compito di mantenere o migliorare le funzioni residue della persona





Infine, la previsione di risorse necessarie, riferita al tempo medio impiegato dagli operatori delle varie qualifiche per compiere l'intervento assistenziale, permetterà successivamente di effettuare una serie di verifiche: dalla effettiva erogazione delle risorse, alla soddisfazione dell'ospite, alla valutazione dell'esito

Per la sua determinazione si utilizzano i
Gruppi di Utilizzo delle Risorse (RUG)

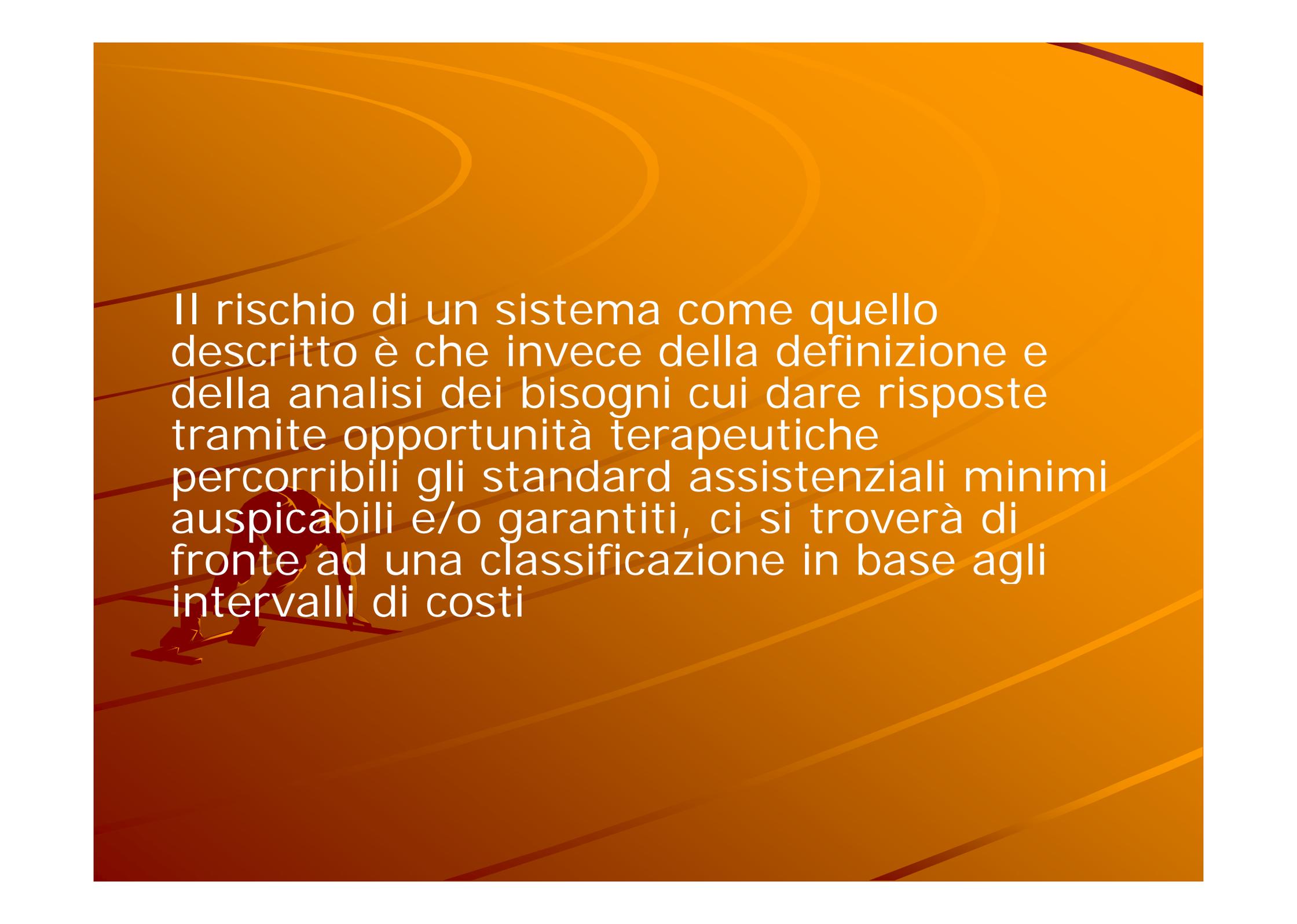


Il sistema RUG III è costituito da gruppi omogenei di assorbimento di risorse secondo una successione decrescente logico-problematica e di costo assistenziale



A person in a wheelchair is positioned on a track, leaning forward in a starting crouch. The background is a warm orange gradient with abstract curved lines.

Questo sistema consente di caratterizzare gruppi omogenei tra gli ospiti delle strutture residenziali, districando la complessità intrinseca di questa popolazione ed incentivando l'erogazione di interventi appropriati a gruppi specifici di assistiti, come quelli necessitanti di elevati livelli riabilitativi, alta tecnologia o specifici requisiti assistenziali per compromissione cognitiva o disturbi comportamentali



Il rischio di un sistema come quello descritto è che invece della definizione e della analisi dei bisogni cui dare risposte tramite opportunità terapeutiche percorribili gli standard assistenziali minimi auspicabili e/o garantiti, ci si troverà di fronte ad una classificazione in base agli intervalli di costi

Il riferimento normativo rispetto alla assistenza medica in SP/RSA ,è collegato

◆ alle Direttive Regionali

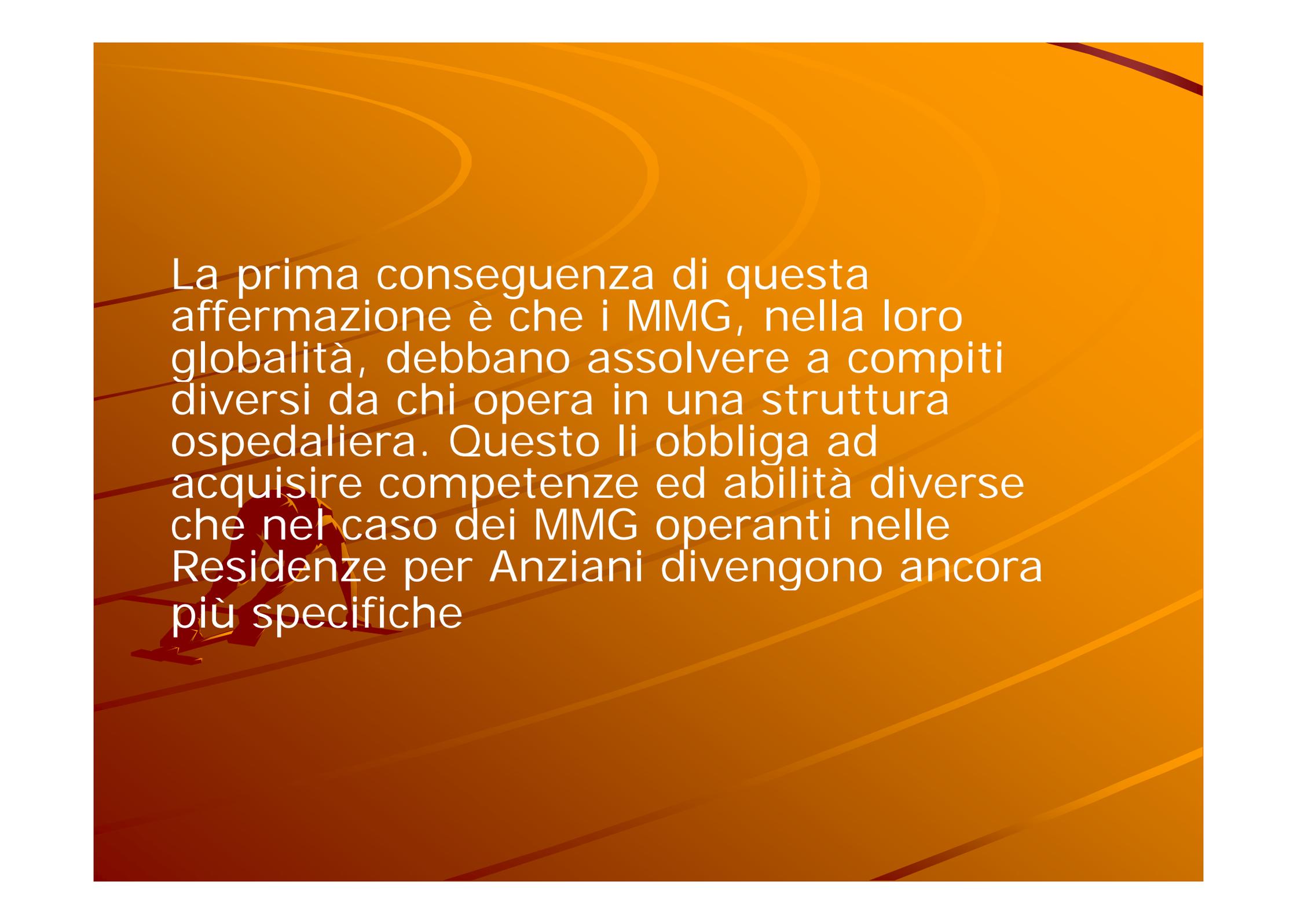
- 876 del 1993
- 351 del 1996
- 1379 del 1999
- 564 del 2000

◆ alla Legge Regionale 12/10/1998, n. 34

◆ all' Accordo con i Medici di Medicina Generale (MMG)

In essi si stabilisce che l'assistenza medica nelle Residenze per anziani deve essere erogata da MMG

in questo modo si sottolinea che agli ospiti delle Residenze viene fornita una medicina centrata sulla persona e non sulla malattia come avverrebbe in una struttura ad impronta ospedaliera



La prima conseguenza di questa affermazione è che i MMG, nella loro globalità, debbano assolvere a compiti diversi da chi opera in una struttura ospedaliera. Questo li obbliga ad acquisire competenze ed abilità diverse che nel caso dei MMG operanti nelle Residenze per Anziani divengono ancora più specifiche

A person is shown in a starting block on a track, positioned on the left side of the slide. The background is a solid orange color with several curved, concentric lines that resemble a running track. The text is overlaid on the right side of the slide.

Dal 1992 a tutt'oggi i parametri della assistenza medica sono rimasti stabili a 6 ore settimanali ogni 30 anziani per le Case Protette ed addirittura riducendosi dalle iniziali 16 per 20 anziani a 12 ore settimanali nelle RSA, sebbene nel corso di questi anni si sia avuto un progressivo cambio dell'utenza nelle residenze

Accanto ad ospiti con alterazioni cognitivo-comportamentali a vari livelli di gravità vengono accolti ospiti non autosufficienti complessi che, per mandato, non dovrebbero essere presenti: malati neoplastici in fase terminale, ospiti in coma irreversibile con necessità assistenziali quali la gestione della tracheotomia, ospiti con patologia psichiatrica che invecchiando hanno aggiunto le patologie tipiche della vecchiaia.

Come si vede il sistema residenziale, di fatto, si è fatto carico di fornire una risposta ineludibile a bisogni reali che, in alcuni casi, avrebbero potuto trovare forme alternative di soddisfazione

Nel contempo il ruolo del MMG all'interno delle residenze si è modificato in quanto nel tempo sono stati fissati, a livello regionale, una serie di punti che se da un lato ne hanno qualificato la attività, dall'altro ne hanno aumentato l'impegno professionale



Tra di essi ricordiamo

- ◆ la adozione del metodo della valutazione multidimensionale
- ◆ il lavoro di equipe finalizzato al piano assistenziale individuale con gli altri operatori
- ◆ il monitoraggio collegato alle attività infermieristiche (alimentazione, lesioni da pressione, cadute, contenzione, infezioni, ecc)
- ◆ il mantenimento di una documentazione orientata per problemi

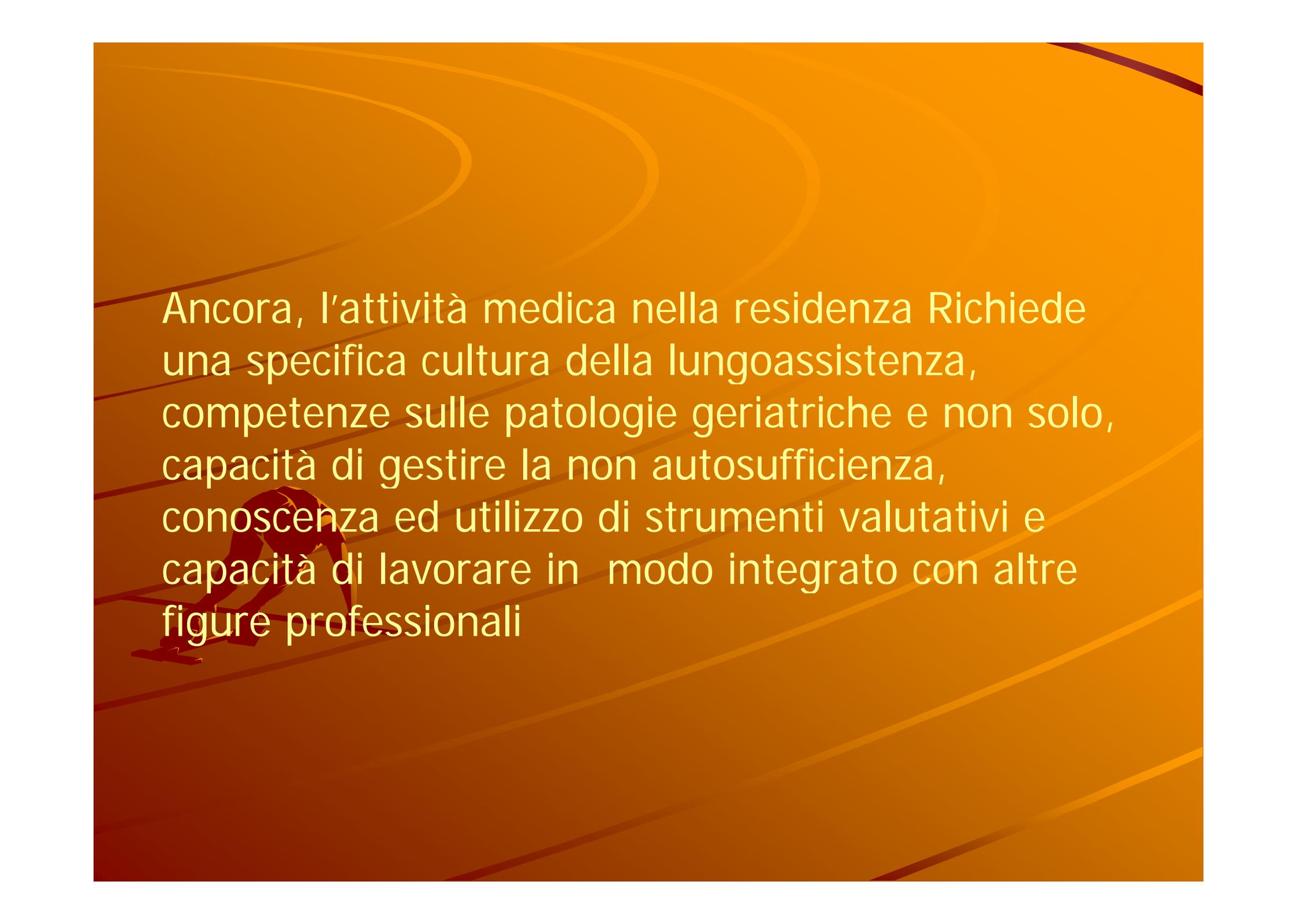
- ◆ assicurare il raccordo con i presidi ospedalieri in caso di ricovero dell'anziano
- ◆ assumere la responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute degli anziani ospiti che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi e di educazione sanitaria
- ◆ partecipare agli incontri con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'anziano
- ◆ programmare, attuare e verificare i piani individuali di assistenza con l'equipe multiprofessionale

- ◆ partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli anziani, nell'ambito dei programmi promossi dal Servizio Assistenza anziani
- ◆ partecipare agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intera struttura
- ◆ partecipare all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari degli anziani ospiti.
- ◆ Svolgere attività' di coordinamento delle attività' sanitarie, da espletarsi in stretta collaborazione con la direzione della struttura residenziale, e consiste in:

- 
- coordinamento organizzativo delle attività sanitarie per garantire la massima integrazione con tutte le altre attività della struttura residenziale
 - coordinamento del personale infermieristico e riabilitativo; individuazione delle soluzioni logistiche e delle modalità organizzative per l'effettuazione delle visite specialistiche
 - promozione di incontri di verifica dell'attività sanitaria svolta; promozione, sulla base di indicazioni dell'Azienda Unità sanitaria locale e del Servizio Assistenza anziani, di azioni e progetti per la valutazione ed il controllo della qualità dell'assistenza
 - partecipazione alla elaborazione ed adozione dei protocolli diagnostici ed assistenziali



In sintesi all' incremento della gravità degli ospiti, e quindi alla tendenza al superamento delle differenze tra RSA e CP, è seguito l' incremento dei compiti e del lavoro del medico, nonché il suo maggiore coinvolgimento nei coordinamenti a seguito del loro ampliamento



Ancora, l'attività medica nella residenza Richiede una specifica cultura della lungoassistenza, competenze sulle patologie geriatriche e non solo, capacità di gestire la non autosufficienza, conoscenza ed utilizzo di strumenti valutativi e capacità di lavorare in modo integrato con altre figure professionali

Si configura, quindi, come medicina delle residenze con connotati propri che non può essere una attività residuale né soggettivamente né organizzativamente



Grazie per la attenzione



Grazie per la attenzione

