



INVECCHIAMENTO E LONGEVITÀ: PIÙ GENI O PIÙ AMBIENTE

Simposio aperto a medici ed infermieri
**TRANSIZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E OSPEDALE-
TERRITORIO: MODELLI INNOVATIVI NEL PROGETTO
"ANGELI CUSTODI - CODICE ARGENTO"**

Il ruolo del Geriatra extraospedaliero

Salvatore Putignano



55°
CONGRESSO
NAZIONALE

Firenze
Palazzo dei Congressi
30 Novembre
4 Dicembre 2010

..... risposta emergenziale come risposta ordinaria a cui si tende ad attribuire anche il massimo livello di efficacia!!!

Tab. 22 - Ricorso al Pronto soccorso e giudizio sul livello di adeguatezza, 2001-2007 (migliaia, val. per 1.000 ab. e val. %)

	Persone che negli ultimi 3 mesi hanno utilizzato il Pronto soccorso			Italiani che valutano il Pronto soccorso adeguato (%)
	Persone (migliaia)	Quozienti per 1.000 abitanti	Accessi (migliaia)	
2001	3.472	61,4	4.387	-
2002	3.710	65,3	4.695	-
2003	3.770	65,8	4.963	56,3
2005	3.833	66,0	4.970	60,7 (*)
2006	3.948	67,7	5.174	53,2
2007	3.955	67,9	5.094	69,9

(*) Dato riferito al 2004

Fonte: Istat e indagini Fbm-Censis

Circa 16 milioni di persone/anno

Tab. 4 - Dati di attività in Pronto soccorso nel Lazio, 2008 e I semestre 2009 (v.a. e val. %)

	2008		2009 (I semestre) (1)	
	v.a.	val. %	v.a.	val. %
Età				
0-14	331.879	15,6	171.697	16,4
15-44	926.534	43,6	448.939	42,8
45-64	422.824	19,9	208.341	19,8
65 e più	441.520	20,8	219.197	20,9
Non disponibile	3.066	0,1	1.366	0,1
Codice triage				
Bianco	205.484	9,7	89.400	8,5
Verde	1.550.610	72,9	760.613	72,5
Giallo	334.894	15,8	180.497	17,2
Rosso	23.872	1,1	13.784	1,3
Non eseguito	10.859	0,5	5.213	0,5
Giunto cadavere	104	0,0	33	0,0
Accessi per decisione autonoma	1.557.199	73,3	773.871	73,7
Totale (2)	2.125.823	100,0	1.049.540	100,0

(1) Archivio non consolidato per consegna errata nel I trimestre da parte del Santissimo Gonfalone (Rmg) e San Giovanni Evangelista (Rmg), nel II trimestre per consegna errata del San Giovanni Evangelista (Rmg), Civile di Anagni (Fr) e per mancata consegna del Civile di Ceccano (Fr)

(2) Esclusi i ricoveri programmati registrati in Pronto soccorso

Fonte: elaborazione Censis su dati del Sistema Informativo Emergenza Sanitaria-Laziosanità

Ma l'ospedale è per gli acuti!!!

..... e i cronici?

... e dopo l'ospedale?

Il sistema



Meno ospedale, più territorio: per risparmiare e assistere meglioricetta vecchia **ma mai abbastanza applicata**. L'appropriatezza delle cure in ospedale passa anche per la **de-ospedalizzazione** e per i ricoveri che possono essere evitati.

Il sistema



Work in progress

Meno ospedale, più territorio: per risparmiare e assistere meglioricetta vecchia **ma mai abbastanza applicata**. L'appropriatezza delle cure in ospedale passa anche per la **de-ospedalizzazione** e per i ricoveri che possono essere evitati.

La Geriatria territoriale

Area di servizi integrati, sanitari e sociali, ambulatoriali, domiciliari, semi-residenziali e residenziali, per:

- **Limitare e rendere appropriati i ricoveri**
- **Favorire una precoce dimissione dall'ospedale**
- **Favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei Pazienti**
- **Sostenere la famiglia durante i periodi di assistenza**
- **Garantire la continuità assistenziale**

What are the first quality reports from the Transition Care Program in Australia telling us?

Masters S., Halbert J., Crotty M., Cheney F.

Australas J Ageing. 2008 Jun;27(2):97-102.

*Transition Care is a new program in Australia, jointly funded by the Commonwealth and State/Territory Governments. Implementation is undertaken by state health departments, in some cases through aged care organisations, against a set of key requirements. This paper examines reports from providers to reveal enablers and barriers to compliance with the requirements and to highlight emerging patterns of practice. The first 23 self-reports were content analysed. Person-centred and goal-orientated care was evidenced. General practitioner, pharmacist and geriatrician involvement in care planning and review was low. While service agreements **between Transition Care services**, referring hospitals and community providers **improved the efficiency** of information transfer and discharge arrangements, these were rare, hindering entry and discharge from the program. Transition Care offers older people a flexible model of care. While the flexibility of the model is a strength, service providers are struggling to achieve integration with existing services.*

Continuity of Care for Elderly Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea

Jae Seok Hong¹, Hee Chung Kang¹,
and Jaiyong Kim²

*We sought to assess continuity of care for elderly patients in Korea and to examine any association between continuity of care and health outcomes (hospitalization, emergency department visits, health care costs). This was a retrospective cohort study using the Korea National Health Insurance Claims Database. Elderly people, 65-84 yr of age, who were first diagnosed with diabetes mellitus (n=268,220), hypertension (n=858,927), asthma (n=129,550), or chronic obstructive pulmonary disease (COPD, n=131,512) in 2002 were followed up for four years, until 2006. The mean of the Continuity of Care Index was 0.735 for hypertension, 0.709 for diabetes mellitus, 0.700 for COPD, and 0.663 for asthma. As continuity of care increased, in all four diseases, the risks of hospitalization and emergency department visits decreased, as did health care costs. **In the Korean health care system, elderly patients with greater continuity of care with health care providers had lower risks of hospital and emergency department use and lower health care costs. In conclusion, policy makers need to develop and try actively the program to improve the continuity of care in elderly patients with chronic diseases***

A longitudinal examination of continuity of care and avoidable hospitalization: evidence from a universal coverage health care system.

Cheng SH, Chen CC, Hou YF

Arch Intern Med. 2010 Oct 11;170(18):1671-7.

Better continuity of care is associated with fewer avoidable hospitalizations and fewer hospital admissions for any condition in a health care system with easy access to care. Therefore, improvement of continuity of care is an appropriate path to follow in a universal coverage health care system.

Progetto Codice Argento

Modelli innovativi per la presa in carico del paziente anziano fragile nella **transizione dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale**

Progetto Codice Argento

Modelli innovativi per la presa in carico del paziente anziano fragile nella **transizione dall'ospedale al territorio e dal territorio all'ospedale**

Componenti del Gruppo di Lavoro:

Prof. Massimo Fini

Dott.ssa Donata Bellentani

Prof. Roberto Bernabei

Prof. Carlo Caltagirone

Prof. Carlo Damiani

Prof. Luigi Di Cioccio

Dr. Fabrizio Oleari

Dott. Mauro Tavarnelli

Coordinatore

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Associazione Italiana Psicogeriatria

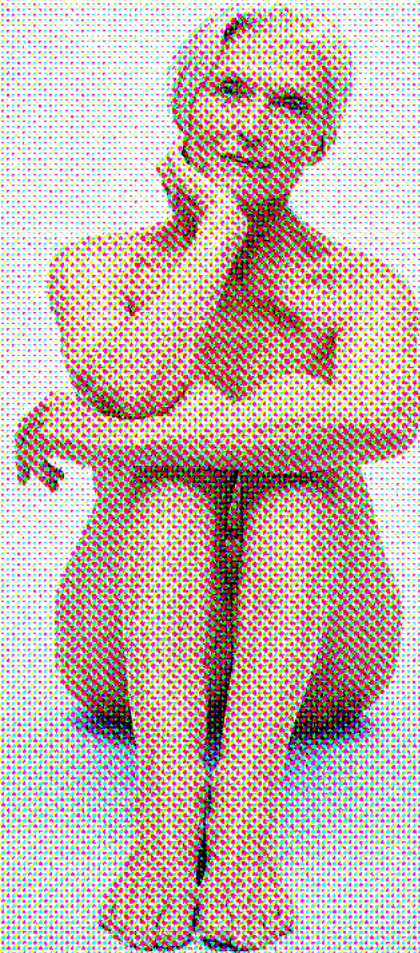
Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

Società Italiana Geriatri Ospedalieri

Dipartimento Prevenzione, Ministero del Lavoro,
della Salute e delle Politiche Sociali

Associazione Italiana Fisioterapisti - AIFI

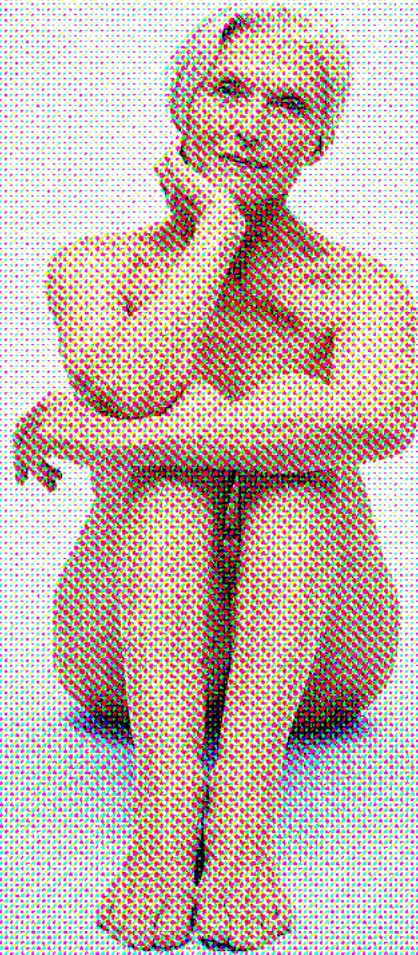
Successful aging



80 anni

- **Ipertensione a.**
- **Diabete**
- **Poliartrosi**

Successful aging



80 anni

- **Ipertensione a.**
- **Diabete**
- **Poliartrosi**

Le premesse della Geriatria territoriale

La complessità

The diagram features a large, faint, light-blue wavy shape in the background. A red dashed line forms a rectangular frame on the left side of the slide. A red arrow points from the top of this dashed line down to a red-bordered box containing the text 'La complessità'. Another red arrow points from the bottom of the dashed line to a red-bordered box containing the text 'Le risorse'.

Le risorse

Le premesse della Geriatria territoriale



Le premesse della Geriatria territoriale

La complessità

- Il termine “anziani” coinvolge una realtà estremamente eterogenea di persone con **bisogni** molto diversificati, sia di tipo sociale che assistenziale per i quali è assolutamente indispensabile ed indissolubile una forte integrazione di azioni sanitarie e sociali
- Il 90% delle prestazioni mediche è fornito dal territorio

Le risorse

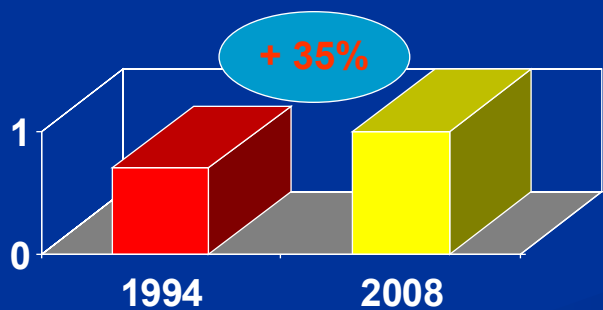
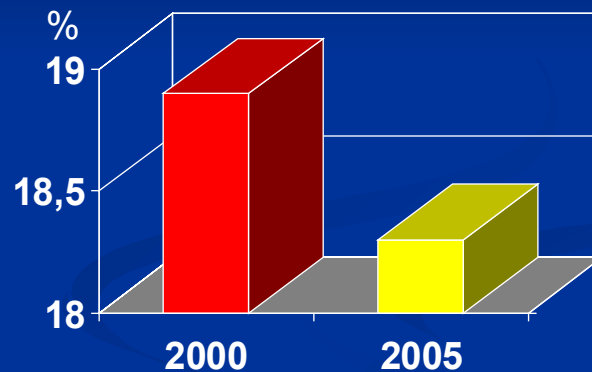
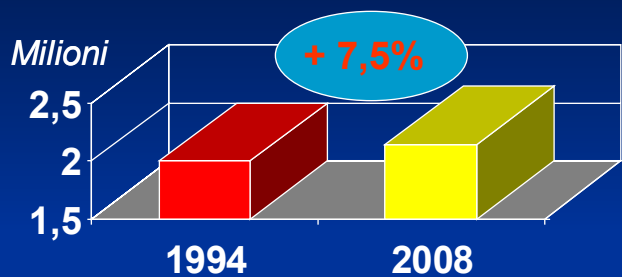
Le premesse della Geriatria territoriale

La complessità

- Il termine “anziani” coinvolge una realtà estremamente eterogenea di persone con **bisogni** molto diversificati, sia di tipo sociale che assistenziale per i quali è assolutamente indispensabile ed indissolubile una forte integrazione di azioni sanitarie e sociali
- **Il 90%** delle prestazioni mediche è fornito dal territorio

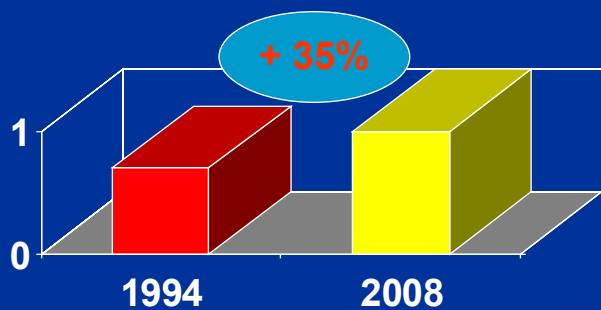
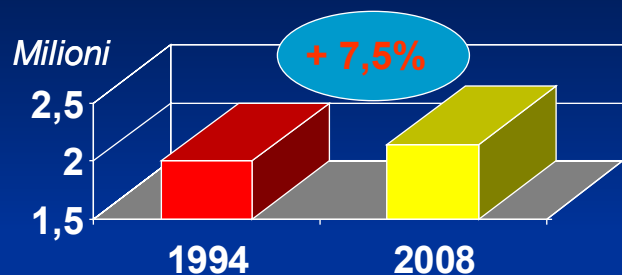
Le risorse

Trend tasso di disabilità (*totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana*) negli over 65

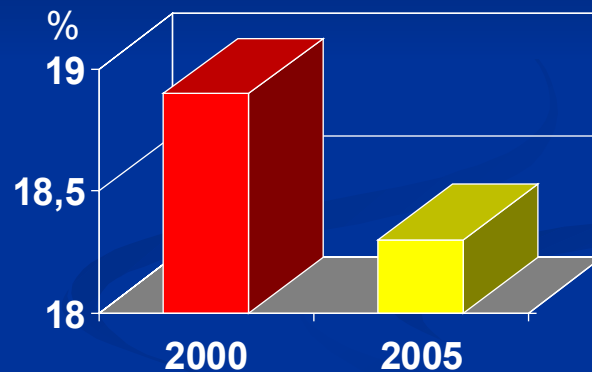


Dati ISTAT 2009

Soggetti over 65 affetti da disabilità (*totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana*)

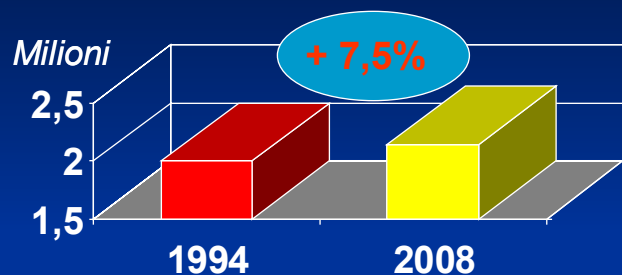


Trend tasso di disabilità (*totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana*) negli over 65

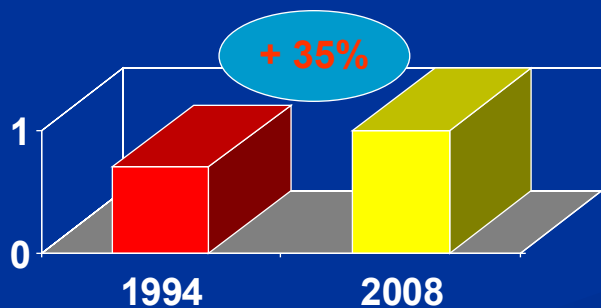


Dati ISTAT 2009

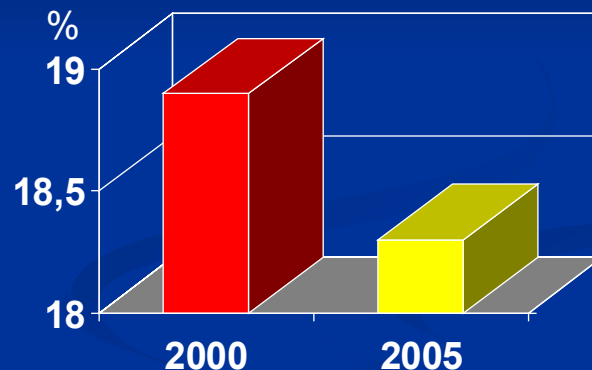
Soggetti over 65 affetti da disabilità (*totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana*)



Soggetti over 65 confinati a casa per disabilità di elevato grado



Trend tasso di disabilità (*totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana*) negli over 65



Dati ISTAT 2009

IL TERRITORIO *e la complessità*



Paziente geriatrico

94 anni

- Ipertensione a.
- Demenza grave
- Delirium
- Incontinenza
- Anemia
- Stipsi
- M. Parkinson
- Diabete
- Poliartrosi

IL TERRITORIO *e la complessità*



Paziente geriatrico

94 anni

- Ipertensione a.
- Demenza grave
- Delirium
- Incontinenza
- Malnutrizione
- Anemia
- Stipsi
- M. Parkinson
- Diabete
- Poliartrosi

IL TERRITORIO *e la complessità*



Paziente geriatrico

**Complessità
geriatrica**

94 anni

- **Ipertensione a.**
- **Demenza grave**
- **Delirium**
- **Incontinenza**
- **Malnutrizione**
- **Anemia**
- **Stipsi**
- **M. Parkinson**
- **Diabete**
- **Poliartrosi**

IL TERRITORIO *e la complessità*



Paziente geriatrico

**Complessità
geriatrica**

94 anni

- **Ipertensione a.**
- **Demenza grave**
- **Delirium**
- **Incontinenza**
- **Malnutrizione**
- **Anemia**
- **Stipsi**
- **M. Parkinson**
- **Diabete**
- **Poliartrosi**

IL TERRITORIO *e la complessità*



Paziente geriatrico

82 anni

- Ipertensione a.
- Ictus cerebrale
- Incontinenza
- Anemia
- Irregolarità alvo
- Poliartrosi
- Lesioni da decubito

IL TERRITORIO *e la complessità*



Paziente geriatrico

82 anni

- Ipertensione a.
- Ictus cerebrale
- Incontinenza
- Malnutrizione
- Anemia
- Irregolarità alvo
- Poliartrosi
- Lesioni da decubito

IL TERRITORIO *e la complessità*



Paziente geriatrico

**Complessità
geriatrica**

82 anni

- Ipertensione a.
- Ictus cerebrale
- Incontinenza
- Malnutrizione
- Anemia
- Irregolarità alvo
- Poliartrosi
- Lesioni da decubito

IL TERRITORIO *e la complessità*



Paziente geriatrico

**Complessità
geriatrica**

82 anni

- Ipertensione a.
- Ictus cerebrale
- Incontinenza
Intestinazione
- Anemia
- Irregolarità alvo
- Poliartrosi
- Lesioni da decubito

Paziente geriatrico

Cronicità

Instabilità

Progressività

Problematiche
sociali

ASSISTENZA GLOBALE E CONTINUATIVA

I SERVIZI TERRITORIALI

Ambulatorio specialistico

Prestazioni specialistiche a Soggetti autosufficienti o parzialmente non autosufficienti e svolge funzioni di counseling geriatrico

Centro Diurno Integrato

Assistenza diurna socio-assistenziale, sanitaria, riabilitativa nonché sostegno, tutela e sollievo alle famiglie di Soggetti soli con lieve disabilità o non soli con grave disabilità.

Centro Diurno

Sostegno alla vita quotidiana e alla relazione per Soggetti autosufficienti.

Attività di riattivazione e mantenimento delle capacità residue o di rallentamento della perdita delle abilità cognitive, di base e comportamentali.

Residenza Sanitaria Assistenziale

Assistenza Soggetti non autosufficienti non gestibili a domicilio e che non necessitano di ricovero ospedaliero.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

□ *Definizione*

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per Anziani è un servizio territoriale che garantisce in modo continuo prestazioni integrate sanitarie, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali al domicilio del Paziente secondo un piano individuale di assistenza.

□ *Referenti*

Soggetti anziani impossibilitati a recarsi presso i Servizi territoriali e che versano in condizione di “fragilità”.

(Soggetti disabili e/o in polifarmacoterapia e/o con patologie croniche con frequenti riacutizzazioni e/o con limitata attività deambulatoria spontanea e/o in semiallettamento cronico e/o con incontinenza sfinterica e/o con catetere vescicale a permanenza e/o con lesioni da decubito e/o in convalescenza dopo ricovero ospedaliero)

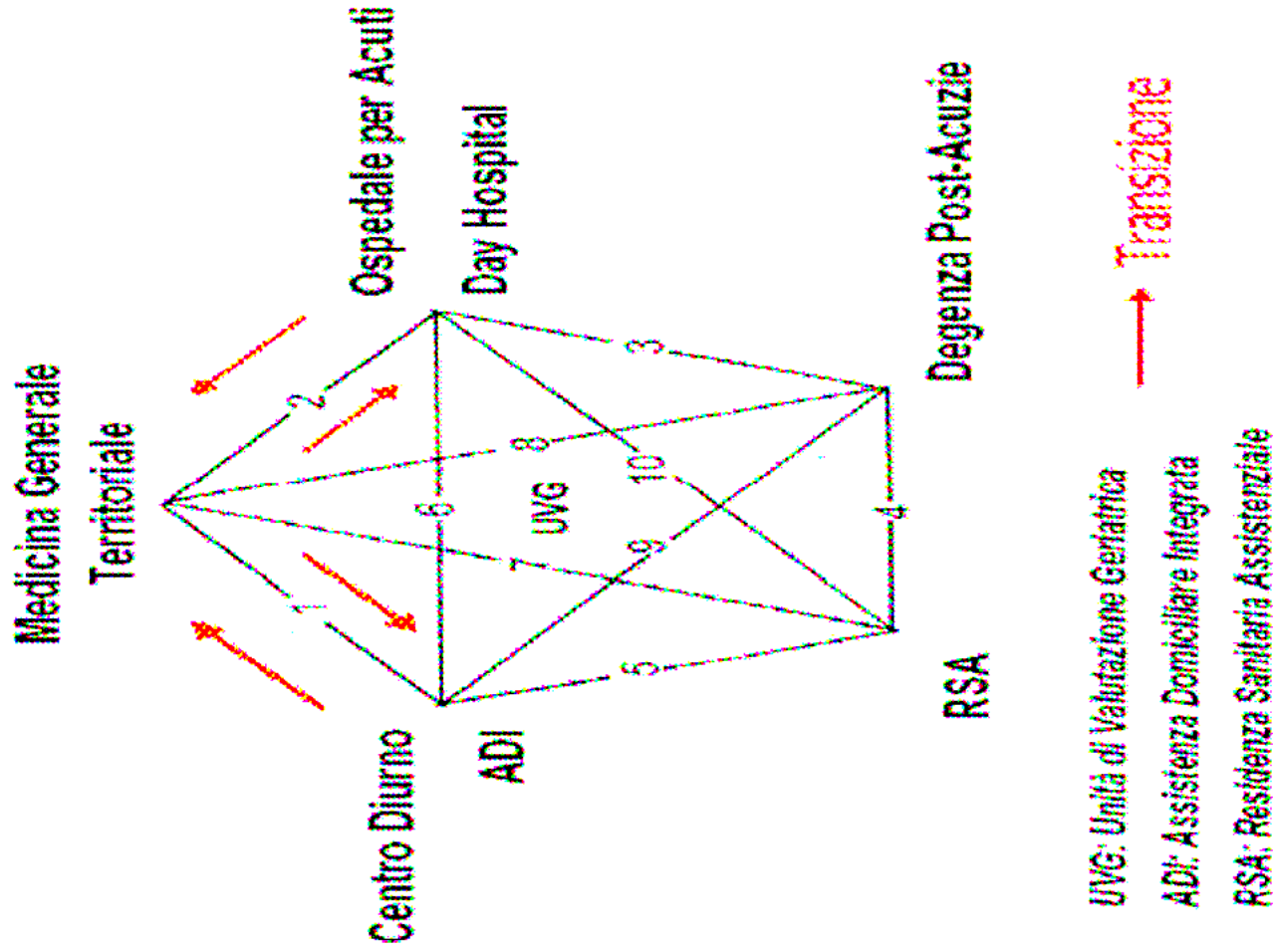


ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

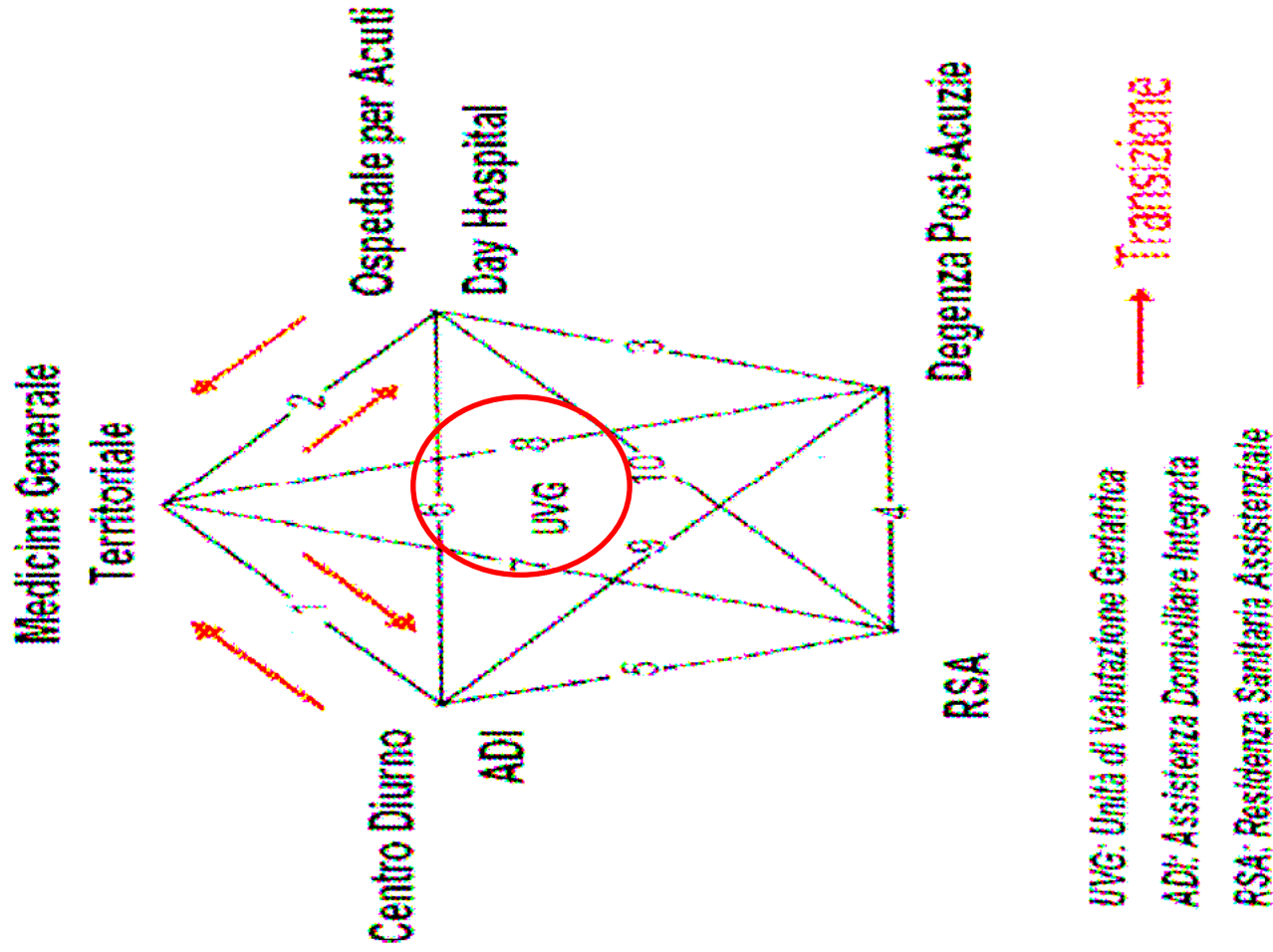
□ *Offering*

- Visite programmate del Medico di Medicina Generale
- Visite mediche specialistiche
- Assistenza infermieristica (medicazioni, prelievi biologici, terapia infusione, ecg.....)
- Assistenza dietetica e nutrizione a domicilio
- Cura della persona (igiene personale, pasti...)
- Erogazione diretta ausili sanitari necessari (pannoloni, cateteri....)
- Erogazione diretta farmaci con integrazione del prontuario farmaceutico regionale
- Erogazione diretta materiale di medicazione (garze....)
- Trasporto con mezzi adeguati per l'effettuazione di accertamenti diagnostici, consulenze specialistiche, ricoveri diurni
- Assistenza e aiuto nella gestione della casa.....

La Rete dei Servizi



La Rete dei Servizi



Una possibile risposta.....



THE QUALITY
Sanità



LAVORO & PROFESSIONE

I BISOGNI ASSISTENZIALI DELLA TERZA ETÀ

«La geriatria di base non serve: ci sono i Mmg»

L'invecchiamento della popolazione è dovuto a una marcata denatalità, a un miglioramento delle condizioni di vita e ai progressi della medicina sta determinando sconvolgimenti demografici, indicati da molti come una rivoluzione, con conseguenti ripercussioni sanitarie, sociali, urbanistiche ed economiche. L'inadeguatezza del Ssn di fronte a questi nuovi assetti è palese. Infatti il nostro Servizio sanitario nasce anni fa per rispondere ai bisogni di una società afflitta prevalentemente da una elevata mortalità infantile e, perciò, per combattere malattie infettive infantili degli adulti, ignorando quasi completamente le cronicità e le disabilità. Gli anziani erano pochi e comunque se si ammalavano morivano presto. L'età media era bassa, le cronicità erano rare e quasi esclusivamente da invalidi di guerra e da invalidi civili.

Oggi il problema è diverso: le proiezioni statistiche prevedono che nel 2050 i soggetti con età superiore a 64 anni saranno il 35% della popolazione; - il 3,5% degli ultra 64enni è rappresentato da ultra80enni che, dal 1984 a oggi, sono passati da 1,2 a 2,4 milioni (circa 57mila in più l'anno) e il trend demografico prevede che nel 2050 raggiungeranno i 5 milioni (circa 109mila in più l'anno). Bisogna ulteriormente di-

re che il 50% di questi ultra 80enni sarà con disabilità con relativi problemi di assistenza. Un altro 4,2% degli ultra 64enni è oggi rappresentato da soggetti con più di 90 anni che negli ultimi 40 anni sono aumentati di 7 volte;

- per il 2020 si prevedono oltre 1,7 milioni di casi di demenza;

- l'indice di vecchiaia è di circa 132, cioè ci sono 132 soggetti con più di 65 anni ogni 100 soggetti con meno di 14 anni; e ci sono 3,32 anziani per ogni bambino con meno di 6 anni;

- il 3% delle donne e il 2% dei maschi necessitano di assistenza quotidiana, percentuale che sale al 25% e al 18% se si tratta di soggetti con più di 80 anni;

- ci sono oltre 2 milioni di fragole con un anziano disabile.

Ma ora ecco il possibile paradosso: l'invecchiamento della popolazione può essere un passo fatto più lungo della gamba. Perciò bisogna rivedere il sistema e riallocare le risorse, ma bisogna farlo alla luce dei nuovi assetti socio-demografici e tenendo presente che il baby-boom e il doctor-boom finiranno senza trascurare la "nuova" condizione e posizione sociale degli anziani che fanno parte di una fascia di popolazione eterogenea, non massificabile, fatta di tante individualità.

Il termine "anziani" coinvolge una realtà estremamente eterogenea di persone con bisogni molto diversificati, sia di tipo sociale che assistenziale. Questo elemento non può essere trascurato in una programmazione generale, considerando che in particolar modo per questa fascia di persone è assolutamente indispensabile una forte integrazione di azioni sanitarie e sociali. L'anziano, oggi, è più partecipativo, più informato, più consapevole, è espressione di bisogni nuovi che sono complessi e che, per questo, richiedono una specifica e competente valutazione.

Considerando ancora che all'invecchiamento della popolazione (conquista positiva) non è corrisposta un'analoga riduzione delle cronicità - che, invece, riscontriamo in aumento e, diversamente dal passato, in età più avanzata (fenomeno della compressione della mobilità) - è realisticamente ipotizzabile attendersi, nei prossimi anni, un ulteriore aumento delle stesse e del numero dei non autosufficienti con relativa domanda di assistenza sempre più pressante.

Il paziente geriatrico è ad alto rischio di istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte, può presentare comorbidità grave e assumere polifarmacoterapia, avere rischio o presenza di dipendenze funzionali e uno stato socio-ambientale critico. E insomma fragile, e questo richiede assistenza globale e continuativa.

E allora è da qui che bisogna partire cercando di non individuare risposte semplicistiche (come la "geriatria di base"

che non farebbero altro che aggravare una spesa sanitaria già compromessa e andrebbero a duplicare soluzioni già individuate e verificate nel Ssn come la medicina generale che adeguatamente già risponde ai bisogni non complessi della popolazione anziana.

Le soluzioni sono diverse e devono viaggiare su due direzioni. La prima è certamente quella già dimostrata efficacia della prevenzione della disabilità per fare in modo che sempre più persone possano raggiungere età più avanzate, con buona qualità di vita e che vedano protagonista il Mmg (rappresentato più immediatamente dai Ssn) con il supporto consorziale nelle sedi istituzionali a sede disastuale del geriatra nel ruolo di "healthy aging trainer".

La seconda è quella di rispondere alle domande di assistenza dovute a patologie cronico-degenerative o a una loro riaccute. Le cronicità trovano la loro risposta assistenziale più adeguata, non solo perché meno costosa, sul territorio (ambulatorio specialistico, centri diurni, Rsa, Adi ecc.), l'ospedale sarà chiamato a regolare una trasformazione dovendosi attrezzare per affrontare le acuzie, mentre il territorio dovrà potenziare tutte le sue strutture e spingere maggiormente l'assistenza ospedaliera, insomma deve sempre più anacronistico parlare di siste-

ma ospedale-centrico e sarà sempre più realistico prospettare sistemi sanitari anziano-centrici. Una piccola rivoluzione che chiama a un'azione sinergica e simbiotica le tre grandi articolazioni assistenziali (Università, ospedale e territorio) nel necessario tentativo di costruire una reale rete assistenziale fondata sul "continuum", che abbracci l'anziano e che concretamente sia di garanzia con percorsi di salute validati e protetti.

La continuità potrà essere garantita solo dalla costante presenza del geriatra in tutte quelle sedi che costituiranno i nodi demografici e che saranno sempre più numerose per la crescente complessità di questa fascia di popolazione.

Il territorio deve fare rete

Salvatore Putignano
Presidente Associazione geriatrici extraospedalieri (Age)
Gabriele Peperoni
Vice-presidente Samai

La continuità potrà essere garantita solo dalla costante presenza del Geriatra in tutte quelle sedi che costituiranno i nodi della rete e che saranno sempre più numerose per la crescente complessità di questa fascia di popolazione.

Insomma diventa sempre più anacronistico parlare di sistema ospedale-centrico e sarà sempre più realistico prospettare sistemi sanitari anziano-centrici. Una piccola rivoluzione che chiama a un'azione sinergica e simbiotica le tre grandi articolazioni assistenziali (Università, ospedale e territorio) nel necessario tentativo di costruire una reale rete assistenziale fondata sul "continuum", che abbracci l'anziano e che concretamente sia di garanzia con percorsi di salute validati e protetti

Una possibile risposta.....



Sanità



LAVORO & PROFESSIONE

I BISOGNI ASSISTENZIALI DELLA TERZA ETÀ

«La geriatria di base non serve: ci sono i Mmg»

L'invecchiamento della popolazione è dovuto a una marcata denatalità, a un miglioramento delle condizioni di vita e ai progressi della medicina sta determinando sconvolgimenti demografici, indicati da molti come una rivoluzione, con conseguenti ripercussioni sanitarie, sociali, urbanistiche ed economiche. L'inadeguatezza del Ssn di fronte a questi nuovi assetti è palese. Infatti il nostro Servizio sanitario nasce anni fa per rispondere ai bisogni di una società afflitta prevalentemente da una elevata mortalità infantile e, perciò, per combattere malattie infettive infantili degli adulti, ignorando quasi completamente la cronicità e le disabilità. Gli anziani erano pochi e comunque se si ammalavano morivano presto. L'età media era bassa, le cronicità erano rare e quasi esclusivamente da invalidi di guerra e da invalidi civili.

Oggi il problema è diverso: - le proiezioni statistiche prevedono che nel 2050 i soggetti con età superiore a 64 anni saranno il 35% della popolazione; - il 3,5% degli ultra 64enni è rappresentato da ultra80enni che, dal 1984 a oggi, sono passati da 1,2 a 2,4 milioni (circa 57mila in più l'anno) e il trend demografico prevede che nel 2050 raggiungeranno i 5 milioni (circa 109mila in più l'anno). Bisogna ulteriormente di-

re che il 50% di questi ultra 80enni sarà con disabilità con relativi problemi di assistenza. Un altro 4,2% degli ultra 64enni è oggi rappresentato da soggetti con più di 90 anni che negli ultimi 40 anni sono aumentati di 7 volte;

- per il 2020 si prevedono oltre 1,7 milioni di casi di demenza;

- l'indice di vecchiaia è di circa 132, cioè ci sono 132 soggetti con più di 65 anni ogni 100 soggetti con meno di 14 anni; e ci sono 3,32 anziani per ogni bambino con meno di 6 anni;

- il 3% delle donne e il 2% dei maschi necessitano di assistenza quotidiana, percentuale che sale al 25% e al 18% se si tratta di soggetti con più di 80 anni;

- ci sono oltre 2 milioni di fragole con un anziano disabile.

Ma ora ecco il possibile paradosso: l'invecchiamento della popolazione può essere un passo fatto più lungo della gamba. Perciò bisogna rivedere il sistema e riallocare le risorse, ma bisogna farlo alla luce dei nuovi assetti socio-demografici e tenendo presente che il baby-boom e il doctor-boom finiranno senza trascurare la "nuova" condizione e posizione sociale degli anziani che fanno parte di una fascia di popolazione eterogenea, non massificabile, fatta di tante individualità.

Il termine "anziani" coinvolge una realtà estremamente eterogenea di persone con bisogni molto diversificati, sia di tipo sociale che assistenziale. Questo elemento non può essere trascurato in una programmazione generale, considerando che in particolar modo per questa fascia di persone è assolutamente indispensabile una forte integrazione di azioni sanitarie e sociali. L'anziano, oggi, è più partecipativo, più informato, più consapevole, è espressione di bisogni nuovi che sono complessi e che, per questo, richiedono una specifica e competente valutazione.

Considerando ancora che all'invecchiamento della popolazione (concetto positivo) non è corrisposta un'analoga riduzione delle cronicità - che, invece, riscontriamo in aumento e, diversamente dal passato, in età più avanzata (fenomeno della compressione della mobilità) - è realisticamente ipotizzabile attendersi, nei prossimi anni, un ulteriore aumento delle stesse e del numero dei non autosufficienti con relativa domanda di assistenza sempre più pressante.

Il paziente geriatrico è ad alto rischio di istituzionalizzazione, ospedalizzazione e morte, può presentare comorbilità grave e assumere polifarmacoterapia, avere rischio o presenza di dipendenze funzionali e uno stato socio-ambientale critico. E insomma fragile, e questo richiede assistenza globale e continuativa.

E allora è da qui che bisogna partire cercando di non individuare risposte semplicistiche (come la "geriatria di base")

che non farebbero altro che aggravare una spesa sanitaria già compromessa e andrebbero a duplicare soluzioni già individuate e verificate nel Ssn come la medicina generale che adeguatamente già risponde ai bisogni non complessi della popolazione anziana.

Le soluzioni sono diverse e devono viaggiare su due direzioni. La prima è certamente quella già dimostrata efficacia della prevenzione della disabilità per fare in modo che sempre più persone possano raggiungere età più avanzate, con buona qualità di vita e che vedano protagonista il Mmg (rappresentato più immediatamente dai Ssn) con il supporto consorziale nelle sedi istituzionali a sede dislocata del geriatra nel ruolo di "healthy aging trainer".

La seconda è quella di rispondere alle domande di assistenza dovute a patologie cronico-degenerative o a una loro riacute. Le cronicità trovano la loro risposta assistenziale più adeguata, non solo perché meno costosa, sul territorio (ambulatorio specialistico, centri diurni, Rsa, Adl ecc.), l'ospedale sarà chiamato a regolare una trasformazione dovendosi attrezzare per affrontare le acuzie, mentre il territorio dovrà potenziare tutte le sue strutture e spingere maggiormente l'assistenza ospedaliera, insomma deve sempre più anacronistico parlare di siste-

ma ospedale-centrico e sarà sempre più realistico prospettare sistemi sanitari anziani-centrici. Una piccola rivoluzione che chiama a un'azione sinergica e simbiotica le tre grandi articolazioni assistenziali (Università, ospedale e territorio) nel necessario tentativo di costruire una reale rete assistenziale fondata sul "continuum", che abbracci l'anziano e che concretamente sia di garanzia con percorsi di salute validati e protetti.

La continuità potrà essere garantita solo dalla costante presenza del geriatra in tutte quelle sedi che costituiranno i nodi demografici e che saranno sempre più numerose per la crescente complessità di questa fascia di popolazione.

Il territorio deve fare rete

Salvatore Putignano
Presidente Associazione geriatrici extraospedalieri (Age)
Gabriele Peperoni
Vice-presidente Samai

La continuità potrà essere garantita solo dalla costante presenza del Geriatra in tutte quelle sedi che costituiranno i nodi della rete e che saranno sempre più numerose per la crescente complessità di questa fascia di popolazione.

Insomma diventa sempre più anacronistico parlare di sistema ospedale-centrico e sarà sempre più realistico prospettare sistemi sanitari anziani-centrici. Una piccola rivoluzione che chiama a un'azione sinergica e simbiotica le tre grandi articolazioni assistenziali (Università, ospedale e territorio) nel necessario tentativo di costruire una reale rete assistenziale fondata sul "continuum", che abbracci l'anziano e che concretamente sia di garanzia con percorsi di salute validati e protetti

INVECCHIAMENTO E LONGEVITÀ: PIÙ GENI O PIÙ AMBIENTE?

11° CORSO INFERMIERI

"QUALITÀ, CONTINUITÀ E COMPLESSITÀ NELL'ASSISTENZA ALL'ANZIANO"

Firenze, Palazzo degli Affari, 2-4 Dicembre 2010

Sabato 4 Dicembre 2010

PALAZZO DEI CONGRESSI - AUDITORIUM

8.30-10.00 Simposio aperto a medici ed infermieri
TRANSIZIONE TERRITORIO-OSPEDALE E OSPEDALE-
TERRITORIO: MODELLI INNOVATIVI NEL PROGETTO
"ANGELI CUSTODI - CODICE ARGENTO"

Moderatori: Roberto Bernabei (Roma), Ermellina Zanetti (Brescia)

- Il ruolo del geriatra extra-ospedaliero
Salvatore Putignano (Napoli)
- La formazione del case manager
(progetto "Angeli Custodi")
Monica Marini (Pistoia)
- Implementazione strumento interRAI-Home Care
Francesco Landi (Roma)
- La sperimentazione Codice Argento
Mauro Di Bari (Firenze)

Discussione

10.00-11.15 Simposio aperto a medici e infermieri
DISTURBI DEPRESSIVI NELL'ANZIANO:
SPECIFICITÀ CLINICA E DI CONTESTO

Moderatori: Walter De Alfieri (Grosseto), Gianbattista Guerrini (Brescia)

- Depressione e patologia somatica
Massimo Calabrò (Treviso)
- Depressione e demenza nell'anziano:
legami neurobiologici e nuovi scenari terapeutici"
Patrizia Mecocci (Perugia)
- Disturbi depressivi nel paziente istituzionalizzato
Antonio Guaita (Abbiategrasso)

Discussione

10.30-11.30 Coffee Station

11° CORSO INFERMIERI

- Il ruolo del geriatra extra-ospedaliero
Salvatore Putignano (Napoli)

- *Valutazione*
- *Regia*
- *Direzione sanitaria*
- *Supporto MMG*

Continuità assistenziale

18 anni fa.....

Progetto obiettivo per la tutela della salute
degli anziani

Unità Valutazione Geriatrica

Rete dei servizi.....

Oggi.....

**U. V. Multidimensionale, U. V. Integrata, U. V. Distrettuale,
U. V. Territoriale, U. V. Multidisciplinare, Nucleo di Valutazione**

La premessa culturale

UVG

L'U.V.G. si avvale di una metodologia originale, considerata lo strumento tecnologico della medicina geriatrica: la Valutazione MultiDimensionale Geriatrica (*Comprehensive Geriatric Assessment*)

VMG

VMG: Strumento operativo di gestione del Paziente

È stato dimostrato che la selezione dei Pazienti è requisito fondamentale per l'efficacia della VMG

Frail elderly

Paziente elettivo: frail elderly

La premessa culturale

UVG

L'U.V.G. si avvale di una metodologia originale, considerata lo strumento tecnologico della medicina geriatrica: la Valutazione MultiDimensionale Geriatrica (*Comprehensive Geriatric Assessment*)

VMG

VMG: Strumento operativo di gestione del Paziente

È stato dimostrato che la selezione dei Pazienti è requisito fondamentale per l'efficacia della VMG

Frail elderly

Paziente elettivo: frail elderly

La premessa culturale

UVG

L'U.V.G. si avvale di una metodologia originale, considerata lo strumento tecnologico della medicina geriatrica: la Valutazione MultiDimensionale Geriatrica (*Comprehensive Geriatric Assessment*)

VMG

VMG: Strumento operativo di gestione del Paziente

È stato dimostrato che la selezione dei Pazienti è requisito fondamentale per l'efficacia della VMG

Frail elderly

Paziente elettivo: frail elderly

La premessa culturale

UVG

L'U.V.G. si avvale di una metodologia originale, considerata lo strumento tecnologico della medicina geriatrica: la Valutazione MultiDimensionale Geriatrica (*Comprehensive Geriatric Assessment*)

VMG

VMG: Strumento operativo di gestione del Paziente

È stato dimostrato che la selezione dei Pazienti è requisito fondamentale per l'efficacia della VMG

Frail elderly

Paziente elettivo: frail elderly

La premessa culturale

UVG

L'U.V.G. si avvale di una metodologia originale, considerata lo strumento tecnologico della medicina geriatrica: la Valutazione MultiDimensionale Geriatrica (*Comprehensive Geriatric Assessment*)

VMG

VMG: Strumento operativo di gestione del Paziente

È stato dimostrato che la selezione dei Pazienti è requisito fondamentale per l'efficacia della VMG

Frail elderly

Paziente elettivo: frail elderly

La premessa culturale

UVG

L'U.V.G. si avvale di una metodologia originale, considerata lo strumento tecnologico della medicina geriatrica: la Valutazione MultiDimensionale Geriatrica (*Comprehensive Geriatric Assessment*)

VMG

VMG: Strumento operativo di gestione del Paziente

È stato dimostrato che la selezione dei Pazienti è requisito fondamentale per l'efficacia della VMG

Frail elderly

Paziente elettivo: frail elderly

La premessa culturale

UVG

L'U.V.G. si avvale di una metodologia originale, considerata lo strumento tecnologico della medicina geriatrica: la Valutazione MultiDimensionale Geriatrica (*Comprehensive Geriatric Assessment*)

VMG

VMG: Strumento operativo di gestione del Paziente

È stato dimostrato che la selezione dei Pazienti è requisito fondamentale per l'efficacia della VMG

Frail elderly

Paziente elettivo: frail elderly



I SERVIZI TERRITORIALI

U.V.G.: Struttura complessa interdisciplinare

Team operativo

Case manager

- Geriatra
- Medico Medicina Generale
- Infermiere
- Assistente sociale
- Specialisti consulenti
- Altre figure professionali consulenti



UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA

Target: Migliorare il percorso salute (costi \ efficacia)

Funzioni

- Realizzare l'integrazione ai vari livelli (gestionale, professionale...)
- Definire l'impatto economico delle decisioni
- Garantire la continuità assistenziale
- Elaborare il piano individuale di trattamento
- Individuare i percorsi assistenziali
- Individuare il Responsabile del programma di trattamento
- Verificare l'efficacia dell'intervento

Strategia metodologica: V.M.D.



UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA DISTRETTUALE

-Polo di qualità-

Caratteristiche

- **Centralità nella “Rete”**
- **Facile accesso**
- **Tempi di attesa brevi o assenti**
- **Approccio multidisciplinare simultaneo**
- **Globalità di intervento e di valutazione**
- **Consulenze su percorsi preferenziali**
- **Formazione Operatori**
- **Validazione risorse**

Nel 2030, un europeo su 5 sarà over 65

L'Italia invecchia, in un'Europa dai capelli sempre più bianchi, con tanto di rischi in termini di impatto della spesa previdenziale e sanitaria sulle finanze pubbliche.

Secondo Eurostat, nel 2008 il Belpaese ha registrato la percentuale più alta della Ue (20,08%) di cittadini 65enni e oltre, rispetto al totale della popolazione.

Adnkronos

Italia: il paese più vecchio del mondo

più anziani

più bisogni

bisogni più complessi

• Riduzione o blocco delle risorse

“.....Un incremento molto sostenuto e persistente della speranza di vita non appare ragionevolmente compatibile con una riduzione sostenuta attesa della spesa sanitaria pubblica, e più in generale della spesa sociale, o della contrazione del reddito reale pro-capite o familiare delle fasce di età di popolazione più anziane (aspetto, quest'ultimo, legato direttamente all'evoluzione del sistema previdenziale)”

Istat Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050



E allora?

**Una ricetta cruda ma tecnicamente
efficace!!!!**

Lo Stato (a)sociale – M. Vitale - 30 Ottobre 2003

Una ricetta cruda ma tecnicamente efficace!!!!

.....l'elevato numero di anziane signore che celavano pudicamente la richiesta di elemosina, offrendo in vendita qualche cosa (vecchi ricami, vecchie cartoline, vecchi cappelli...) *"Sono tutte pensionate"..ma le pensioni sono insufficienti e pur insufficienti, pesano molto sul sistema.*

L'unica nostra speranza è che muoiano in fretta...

End of life

Nemeth F., Koval S. Zavazalova H., Banik M.

*Most terminal patients want to be
with their family at the end of life*

Bratisl Lek Listy. 2007;108(6):239-45

In Italia solo 1 malato su 5 viene assistito a domicilio. Il restante 80% finisce i suoi giorni in hospice o in ospedale, oppure muore a casa, ma senza un supporto adeguato.

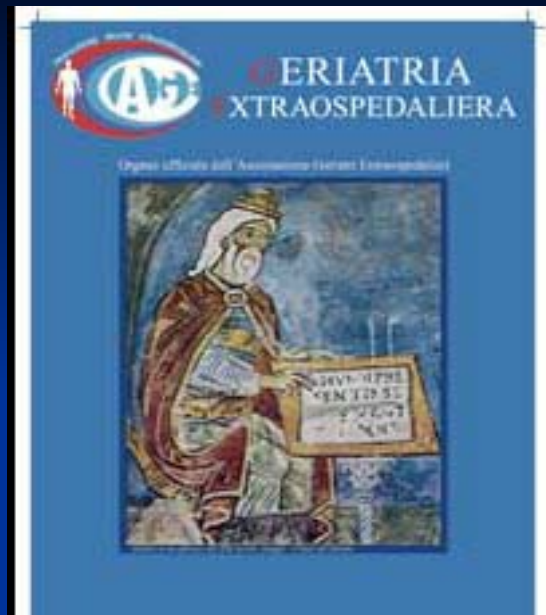
End of life

Nemeth F., Koval S. Zavazalova H., Banik M.

*Most terminal patients want to be
with their family at the end of life*

Bratisl Lek Listy. 2007;108(6):239-45

In Italia solo 1 malato su 5 viene assistito a domicilio. Il restante 80% finisce i suoi giorni in hospice o in ospedale, oppure muore a casa, ma senza un supporto adeguato.



La Geriatria territoriale: tendenza per una nuova cultura

S. Putignano

..... Il territorio cresce perché gli Anziani lo chiedono

Ministero della Salute ha calcolato uno standard pari al 3,5 % di popolazione ultrasessantacinquenne da collocare in a.d.i. sul totale della popolazione anziana residente nel territorio di riferimento.

Il raggiungimento di tale target è l'obiettivo del Quadro Strategico Nazionale della Programmazione Unitaria 2007-2013 e impegna le amministrazioni regionali e le singole Aziende Sanitarie quali soggetti erogatori responsabili a definire la propria attività in virtù di una ridefinizione del sistema di cure domiciliari teso a garantire il servizio in termini di incremento numerico degli utenti e di qualità del servizio erogato.

E' ormai decisamente vicino il momento in cui tutto potrebbe essere troppo tardi!!!!

- **La VMD (quali strumenti? Federalismo.....anarchia...)**
- **Unificazione e facilitazione accesso alla “Rete...”**
- **Quali operatori destinare al territorio**
- **...Il rientro della spesa... Quale personale?**
- **Il ruolo del Dipartimento (funzionale...?)**

Ministero della Salute ha calcolato uno standard pari al 3,5 % di popolazione ultrasessantacinquenne da collocare in a.d.i. sul totale della popolazione anziana residente nel territorio di riferimento.

Il raggiungimento di tale target è l'obiettivo del Quadro Strategico Nazionale della Programmazione Unitaria 2007-2013 e impegna le amministrazioni regionali e le singole Aziende Sanitarie quali soggetti erogatori responsabili a definire la propria attività in virtù di una ridefinizione del sistema di cure domiciliari teso a garantire il servizio in termini di incremento numerico degli utenti e di qualità del servizio erogato.

E' ormai decisamente vicino il momento in cui tutto potrebbe essere troppo tardi!!!!

-
- **La VMD (quali strumenti? Federalismo.....anarchia...)**
 - **Unificazione e facilitazione accesso alla “Rete...”**
 - **Quali operatori destinare al territorio**
 - **...Il rientro della spesa... Quale personale?**
 - **Il ruolo del Dipartimento (funzionale...?)**

Ministero della Salute ha calcolato uno standard pari al 3,5 % di popolazione ultrasessantacinquenne da collocare in a.d.i. sul totale della popolazione anziana residente nel territorio di riferimento.

Il raggiungimento di tale target è l'obiettivo del Quadro Strategico Nazionale della Programmazione Unitaria 2007-2013 e impegna le amministrazioni regionali e le singole Aziende Sanitarie quali soggetti erogatori responsabili a definire la propria attività in virtù di una ridefinizione del sistema di cure domiciliari teso a garantire il servizio in termini di incremento numerico degli utenti e di qualità del servizio erogato.

E' ormai decisamente vicino il momento in cui tutto potrebbe essere troppo tardi!!!!

Il problema della presa in carico

- La VMD (quali strumenti? Federalismo.....anarchia...)
- Unificazione e facilitazione accesso alla “Rete...”
- Quali operatori destinare al territorio
- ...Il rientro della spesa... Quale personale?
- Il ruolo del Dipartimento (funzionale...?)

Conclusioni

1

*E' necessario comprendere che la Geriatria è una specialità con la piena dignità di ruolo che le compete e, per questo, **il non consentire al Geriatra di prendersi cura dell'Anziano fragile equivale a negare l'assistenza all'Anziano stesso.***

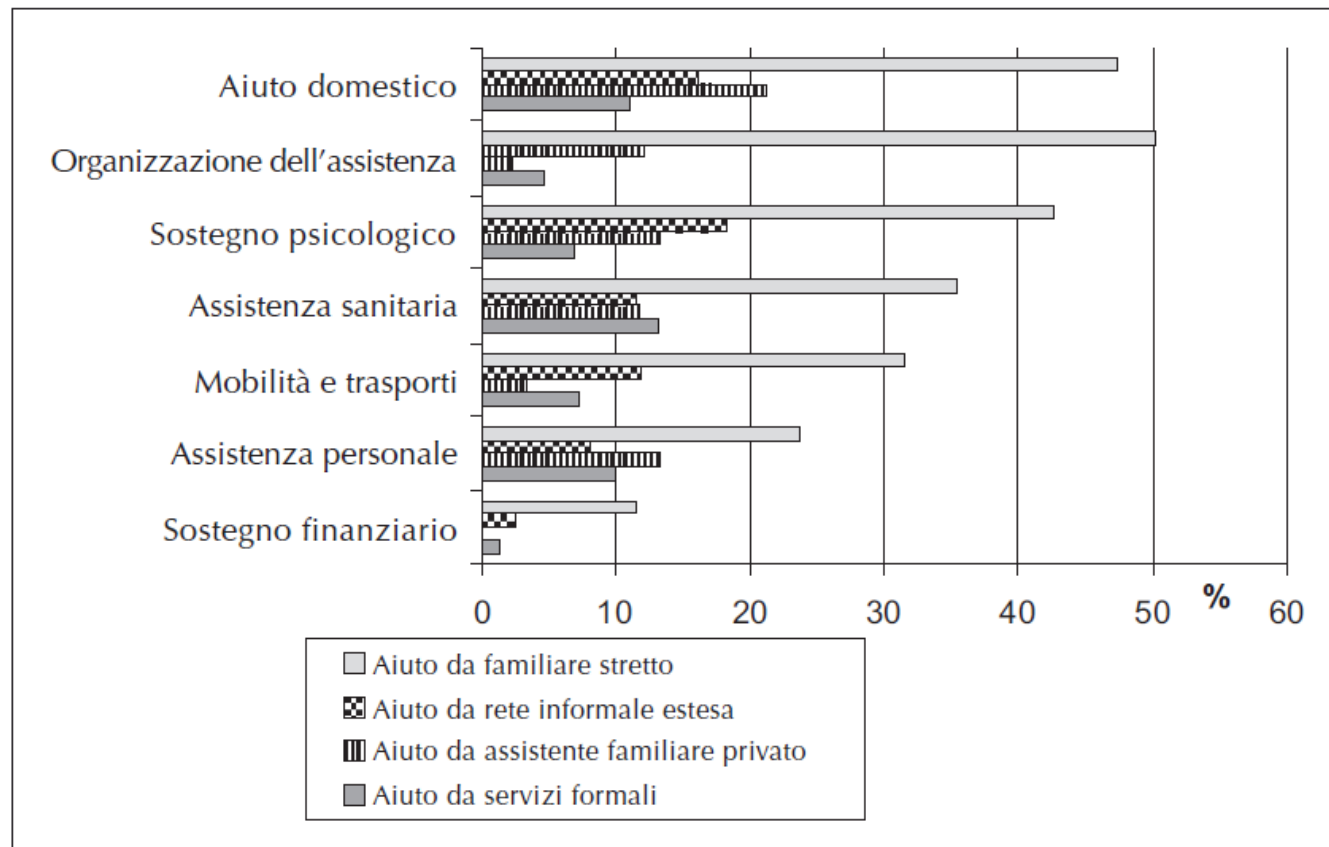
A fourth-year medical school clerkship that addressed negative attitudes toward geriatric medicine

Golden AG, van Zuijlen MH, Mintzer MJ, Issenberg SB, Silverman MA, Roos BA

J Am Geriatr Soc. 2010 Apr;58(4):746-50.

Despite extensive educational efforts, **many medical students still have negative attitudes toward the field of geriatric medicine and the care of older adult patients.** This article describes a fourth-year geriatric clerkship that addressed this issue by providing opportunities for students to actively discuss many of the negative stereotypes that exist regarding geriatric medicine. Emphasis was also placed on personalizing the course content to show the relevance of geriatric medicine to all medical students. During the 2008/09 academic year, 150 students completed the rotation. Although **no students expressed an interest in pursuing a career as a geriatrician,** they expressed a highly favorable evaluation of this personalized geriatric clerkship and voted this clerkship "the most outstanding clinical course" at the medical school.

Persone con oltre 65 anni completamente non autosufficienti per fonte di assistenza ricevuta Italia, 2007, %



Fonte: Lamura et al., 2008

Conclusioni

1

*E' necessario comprendere che la Geriatria è una specialità con la piena dignità di ruolo che le compete e, per questo, **il non consentire al Geriatra di prendersi cura dell'Anziano fragile equivale a negare l'assistenza all'Anziano stesso.***

Conclusioni

2

Senza la partecipazione della famiglia non è possibile configurare alcuna forma di assistenza sul territorio

E' necessario comprendere che la Geriatria è una specialità con la piena dignità di ruolo che le compete e, per questo, il non consentire al Geriatra di prendersi cura dell'Anziano fragile equivale a negare l'assistenza all'Anziano stesso.

Senza la partecipazione della famiglia non è possibile configurare alcuna forma di assistenza sul territorio

Conclusioni

3

E allora...definita la strategia, individuato il paziente target

.....bisogna indicare l'obiettivo

End point

“Migliorare la qualità di vita dell'Anziano “fragile””

-Prendersi cura dell'Anziano “fragile” privilegiando il domicilio, fin quando possibile, come sede assistenziale-



Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future

Second and Third Generation Assessment Instruments: The Birth of Standardization in Geriatric Care

Roberto Bernabei, Francesco Landi, Graziano Onder, Rosa Liperoti, and Giovanni Gambassi

Centro Medicina Invecchiamento, Dipartimento di Scienze Gerontologiche,
Geriatriche e Fisiatriche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy.

Le follie dei modelli regionali



Centro Diurno

UVG o UV...

BINA

SVaMA

UVA

Atlante

Day service

VAOR

ADI

RSA

ValGraf

Post acuzie

SOSIA

Le follie dei modelli regionali

Day Hospital

Centro Diurno

UVG o UV...

BINA

SVaMA

UVA

Day service

Atlante

VAOR

ADI

Il Contesto

RSA

ValGraf

Post acuzie

SOSIA



*..... il non consentire al Geriatra di prendersi cura dell'Anziano fragile equivale a negare l'assistenza all'Anziano stesso e “**NEGARE L'ASSISTENZA**” non è altro che un modo “tecnicamente” diverso per dire:*

GRAZIE

..... il non consentire al Geriatra di prendersi cura dell'Anziano fragile equivale a negare l'assistenza all'Anziano stesso e “NEGARE L'ASSISTENZA” non è altro che un modo “tecnicamente” diverso per dire:

“...speriamo che muoiano in fretta...”

GRAZIE