

La Geriatria fuori dall'Ospedale: uno strumento forte per affrontare la cronicità



Saverio Marino

***U.O. Assistenza Anziani
Castellammare di Stabia***



SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA



**Associazione Geriatri
Extraospedalieri**
Geriatria Italiana
Territoriale

Il Geriatra in RSA

55° Congresso Nazionale SIGG



Mattone 12
“Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali”

**Flusso Informativo Nazionale per le
Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali**

Ministero della Salute

*DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA*

COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO
DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

**Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali**

Situazione di Fatto:

In Italia stimiamo oggi l'esistenza di circa 300.000 posti letto in strutture residenziali di varia tipologia, per una spesa annua stimata di circa 6 mld di euro sul FSN.

Tuttavia non esiste oggi un flusso informativo per le prestazioni residenziali:
e non esiste un modello univoco di classificazione

delle strutture

delle prestazioni

dei pazienti



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

Mattone 12
**“Prestazioni Residenziali e
Semiresidenziali”**

**Flusso Informativo Nazionale per le
Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali**

COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO
DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

**Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali**

Situazione di Fatto:

Nelle Regioni italiane sono chiamate con nomi uguali cose diverse, e con nomi diversi cose uguali.

L'accessibilità ai servizi, il livello di offerta, gli standard assistenziali, le quote di partecipazione alla spesa, sono diverse da regione a regione.

Le residenze per gli anziani non autosufficienti in Italia *(F. Pesaresi, 2002, modif.)*

Piemonte	RSA Residenze assistenziali flessibili (Raf)
Lombardia	RSA
Veneto	Nuclei RSA di base Nuclei RSA di riabilitazione Rass
Bolzano	Centri di degenza per gravi Centri di degenza per cronici
Liguria	RSA di fascia intensiva RSA di mantenimento Residenze protette

Le residenze per gli anziani non autosufficienti in Italia *(F. Pesaresi, 2002, modif.)*

Friuli Venezia Giulia	RSA
Emilia Romagna	RSA Case protette
Umbria	RSA Residenze protette
Marche	Residenze sanitarie terapeutiche RSA Nuclei di assistenza residenziale
Lazio	RSA ad alto livello di assistenza RSA a medio livello di assistenza RSA a basso livello di assistenza

“ le case di riposo sono figlie bastarde delle case della carità e degli ospedali , ed esprimono le peggiori caratteristiche dei due genitori. Sono viste come l'ultima spiaggia, allo stesso modo degli ospedali del XIX secolo. Lo stereotipo è quello di un luogo brutto, puzzolente, popolato di persone ammalate, spesso dementi. Molte di queste istituzioni potrebbero essere paragonate a quelle per malati mentali descritte da Pinel ”

***Kane RL "Changing the image of
long term care", Age Ageing 29:481,2000***



L'evoluzione dell'utenza delle residenze per anziani

- Utenza “indifferenziata” (problematiche di ordine socio-economico, abitativo, di emarginazione, sanitario, di dipendenza, ...: la Casa di riposo come *contenitore di problemi irrisolti*)
 - ← *La soluzione residenziale quale unica risposta assistenziale e “terapeutica”*
- ↓
- Aumento progressivo dei livelli di dipendenza
 - ← *Miglioramento delle condizioni socio-economiche e culturali della popolazione*
- ↓
- Aumento dei bisogni sanitari e delle demenze
 - ← *Sviluppo di nuovi servizi*

- **IERI:** persone con problemi assistenziali e sociali a basso “impegno” sanitario
- **OGGI:** i “veri” pazienti geriatrici ad *alta complessità socio-sanitaria*, con comorbidità, demenza, fasi terminali di malattie (neoplasie e malattie croniche in fase avanzata), disabilità elevata

FOCUS: I servizi residenziali

Negli ultimi trent'anni si è verificata nell'ambito dei servizi residenziali una vera e propria rivoluzione in quanto si è spostato il focus dall'assistenza agli anziani autosufficienti all'interno delle strutture assistenziali alla cura dell'anziano non autosufficiente nelle residenze socio-sanitarie e nelle residenze sanitarie- assistenziali (RSA), con carichi assistenziali impegnativi anche per tipologie di pazienti in stato vegetativo o affetti da gravi demenze (Alzheimer).

Tab.15 - I posti letto residenziali per gli anziani, anni 1999-2005

Tipologia presidi	Numero posti letto						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
RSA	118.591	71.359	73.565	83.144	87.919	87.360	95.734
residenze sociosanitarie		85.490	62.597	87.733	90.583	85.777	95.620
residenze assistenziali	118.422	90.522	78.517	79.151	80.481	75.080	73.972
TOTALE	237.013	247.371	214.679	250.028	258.983	248.217	265.326
p.l. per 1.000 anziani	23,0	23,4	20,1	22,9	23,3	21,8	22,9

Note: occorre rammentare che gli anziani, specie se autosufficienti, vengono ospitati anche nelle comunità socio riabilitative, nelle comunità alloggio ed in altre ancora, qui non considerate

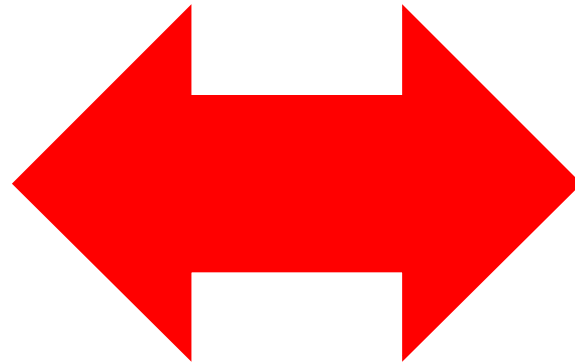
As a group, nursing home residents
are more complex and frail than the
populations in other settings...

Saliba D. et al, JAMDA, 2004 Oct; 297

Le caratteristiche degli ospiti delle RSA

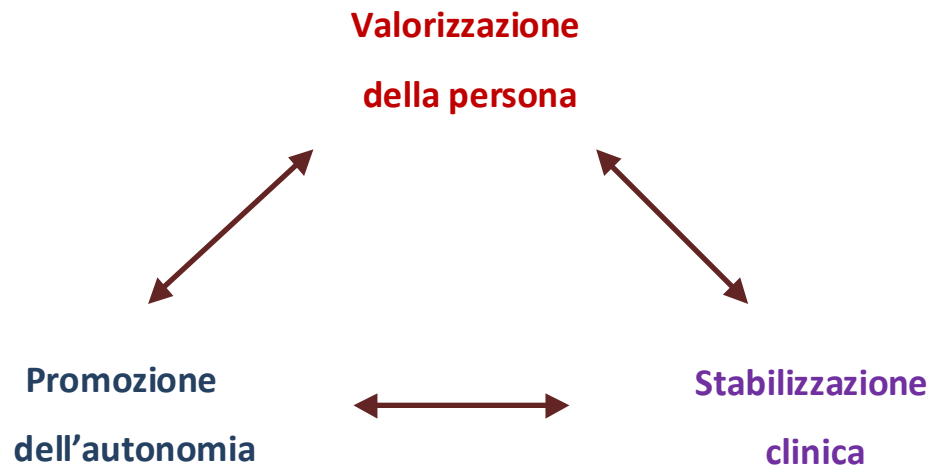
- Età avanzata
- Sesso femminile (> 75%)
- Dipendenza funzionale
- Compromissione cognitiva
 - “Fragilità” sanitaria
 - ✓ comorbidità
 - ✓ severità
 - ✓ instabilità clinica
- Turn-over annuo: 25-35%

RSA
Luogo di
cura



RSA
Luogo da
abitare

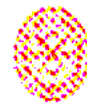
- RSA: ospedale senza tecnologia
- RSA: luogo di vita, non solo di cura



La RSA è una *struttura molto più articolata e difficile di un ospedale per acuti*, se vuole salvaguardare sia la qualità della cura che la qualità della vita delle persone di cui si prende l'impegno di sostenere il benessere

....assumere la complessità dei bisogni dei degenti in RSA, può ingenerare il pericolo....

- o.... di “risolvere la complessità negandola”
- o..... di confonderla con una confusione di mezzi, fini e metodologie in cui tutto va bene



Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial.

Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL.

We randomly assigned frail elderly inpatients with a high probability of nursing-home placement to an innovative geriatric evaluation unit intended to provide improved diagnostic assessment, therapy, rehabilitation, and placement. Patients randomly assigned to the experimental ($n = 63$) and control ($n = 60$) groups were equivalent at entry. At one year, patients who had been assigned to the geriatric unit had much lower mortality than controls (23.8 vs. 48.3 per cent, P less than 0.005) and were less likely to have initially been discharged to a nursing home (12.7 vs. 30.0 per cent, P less than 0.05) or to have spent any time in nursing home during the follow-up period (26.9 vs. 46.7 per cent, P less than 0.05). The control-group patients had substantially more acute-care hospital days, nursing-home days, and acute-care hospital readmissions. Patients in the geriatric unit were significantly more likely to have improvement in functional status and morale than controls (P less than 0.05). Direct costs for institutional care were lower for the experimental group, especially after adjustment for survival.

We conclude that geriatric evaluation units can provide substantial benefits at minimal cost for appropriate groups of elderly patients, over and above the benefits of traditional hospital approaches.



Mattone 12
"Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali"

**Flusso Informativo Nazionale per le
Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali**

Ministero della Salute

*DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA*

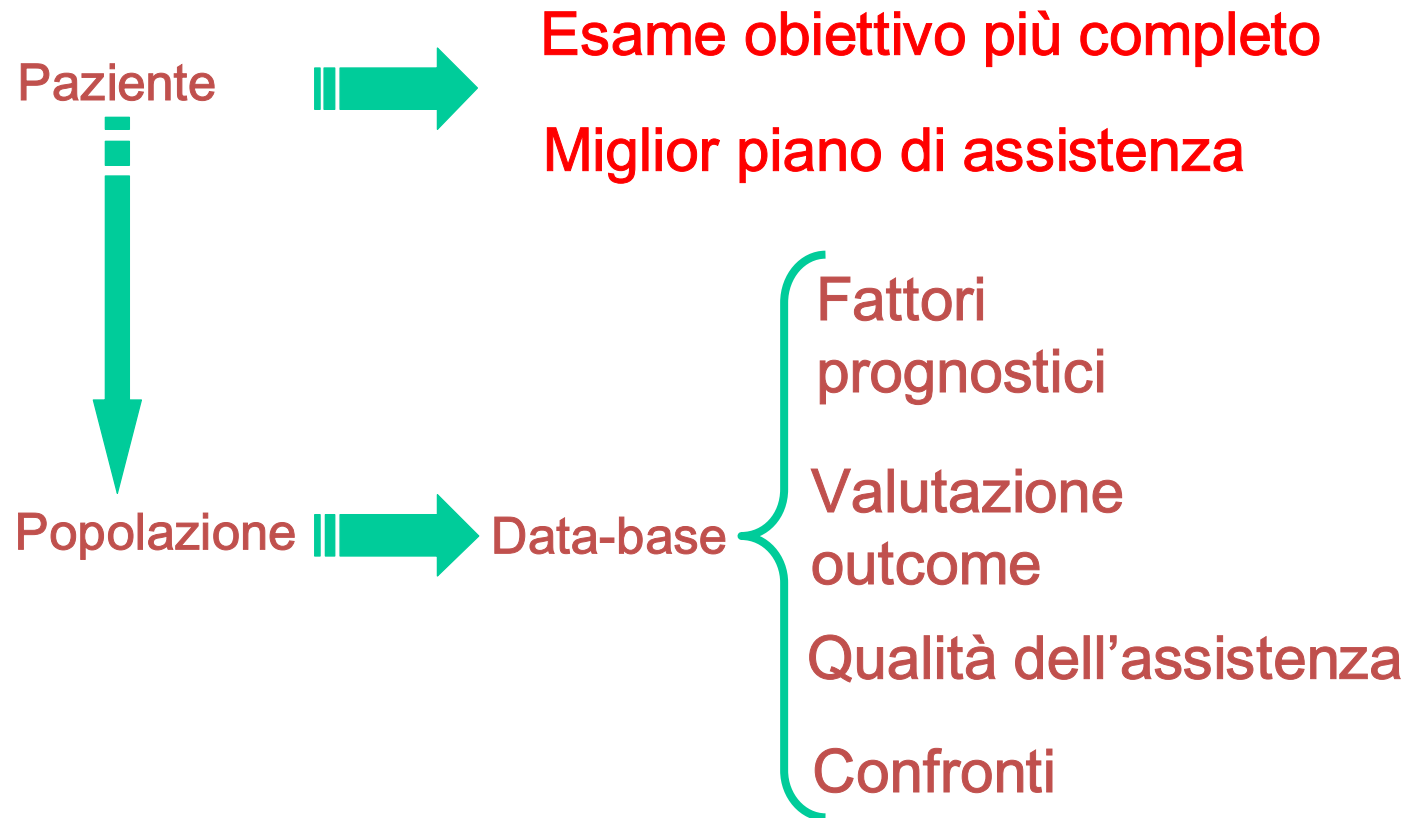
COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO
DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

1.2.2. Valutazione Multidimensionale.

La valutazione multidimensionale (VMD) è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, **La VMD deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno su scala regionale.** Gli strumenti di VMD devono consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/ o della "fragilità", e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

Valutazione Multidimensionale



VMD geriatrica : le evidenze

- La VMD permette una *migliore definizione degli outcome* di assistenza e cura
- Migliora l' *accuratezza diagnostica*
- Assicura *migliori condizioni funzionali e ambientali*
- Migliora lo *stato cognitivo e affettivo*
- Permette un *uso più appropriato dei farmaci*
- Riduce il ricorso al *ricovero ospedaliero* con conseguente riduzione dei costi
- *Riduce la mortalità*

La VMD e le Evidenze

“ I risultati più significativi sono stati osservati quando la *stessa équipe* ha avuto la responsabilità non solo della **VMD**, ma anche della *formulazione e realizzazione del piano individualizzato d'intervento* ”

L. Ferrucci, N. Marchionni - Linee Guida sull'utilizzazione della VMD per l'Anziano Fragile
- Giornale di Gerontologia, Nov 2001, Vol XLIX, 6.2.4

Il Piano assistenziale individuale

- **Problemi (Bisogni)**
- **Obiettivi (Indicatori)**
- **Percorso di “cura”**
- **Chi fa cosa**
- **Quando fa cosa**
- **Validazione**
- **Modi di verifica**
- **Tempi di verifica**

Il Piano assistenziale individuale

La pianificazione degli interventi assistenziali, riabilitativi e sanitari che l'equipe del nucleo realizza, permette di **pianificare le strategie di:**

- 1) **governo clinico**: prevenzione cadute, utilizzo appropriato della contenzione fisica, adeguatezza delle prescrizioni farmacologiche e controllo uso degli psicofarmaci, prevenzione dei decubiti e delle infezioni, gestione del dolore;
- 2) **“contenimento” dei disturbi comportamentali** che rappresentano uno dei principali problemi per le strutture residenziali (elevato numero di anziani affetti da demenza)

**La valutazione
multidimensionale è
necessaria al Governo
Clinico**

RUOLO PRIMARIO del MEDICO

- deve esercitare al meglio la propria professione sul piano clinico ed essere contemporaneamente capace di gestire mille problemi e le contraddizioni in cui si trova a lavorare;**
- deve essere la figura professionale che dispone della miglior capacità di osservazione e di giudizio e quindi colui che deve esercitare una continua opera di consulenza rispetto alle strade da seguire sulle decisioni di tutti i giorni (cliniche, organizzative, gestionali, formative, ecc.)**
- come singolo nelle strutture più piccole o come gruppo in quelle più grandi deve rappresentare l'interlocutore tecnico più qualificato del personale, della dirigenza operativa e amministrativa, del consiglio di amministrazione**
- questo insieme di compiti dovrebbe dare al medico l'orgoglio per una responsabilità che nessun altro può esercitare**

Non basta perciò che egli sia un buon
diagnosta ed un terapeuta competente,
ma *deve imparare a riconoscere quali
sono i cambiamenti* da introdurre
nell'organizzazione e nella cultura
della struttura che gli è affidata.

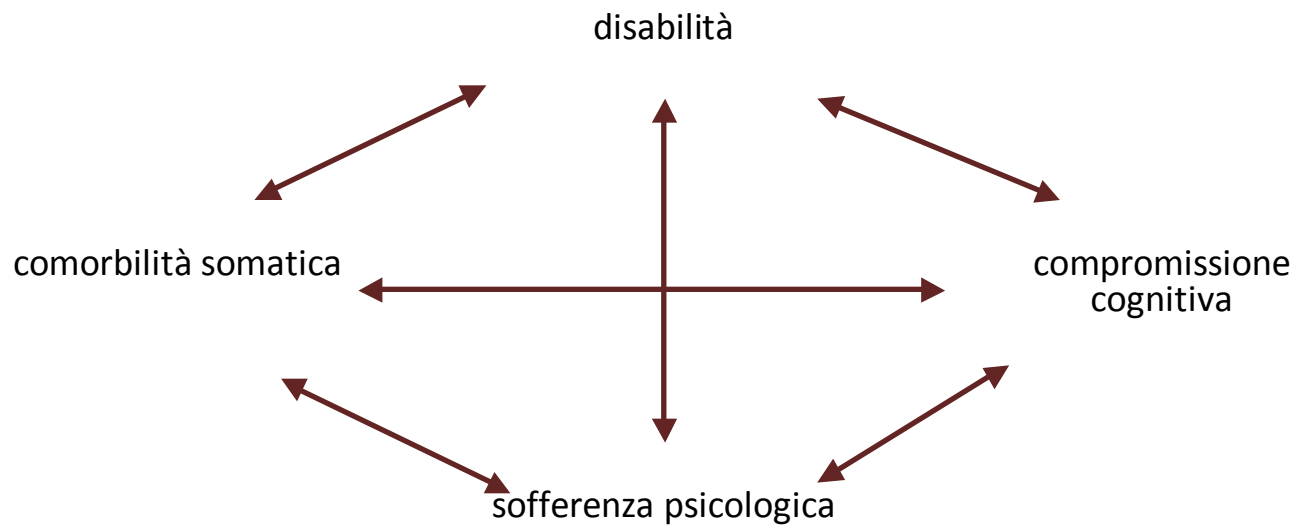
In nessun caso l'attività medica nelle RSA può essere vista come una specie di “pronto soccorso” continuato, con interventi solo di tipo ambulatoriale e puntuale.

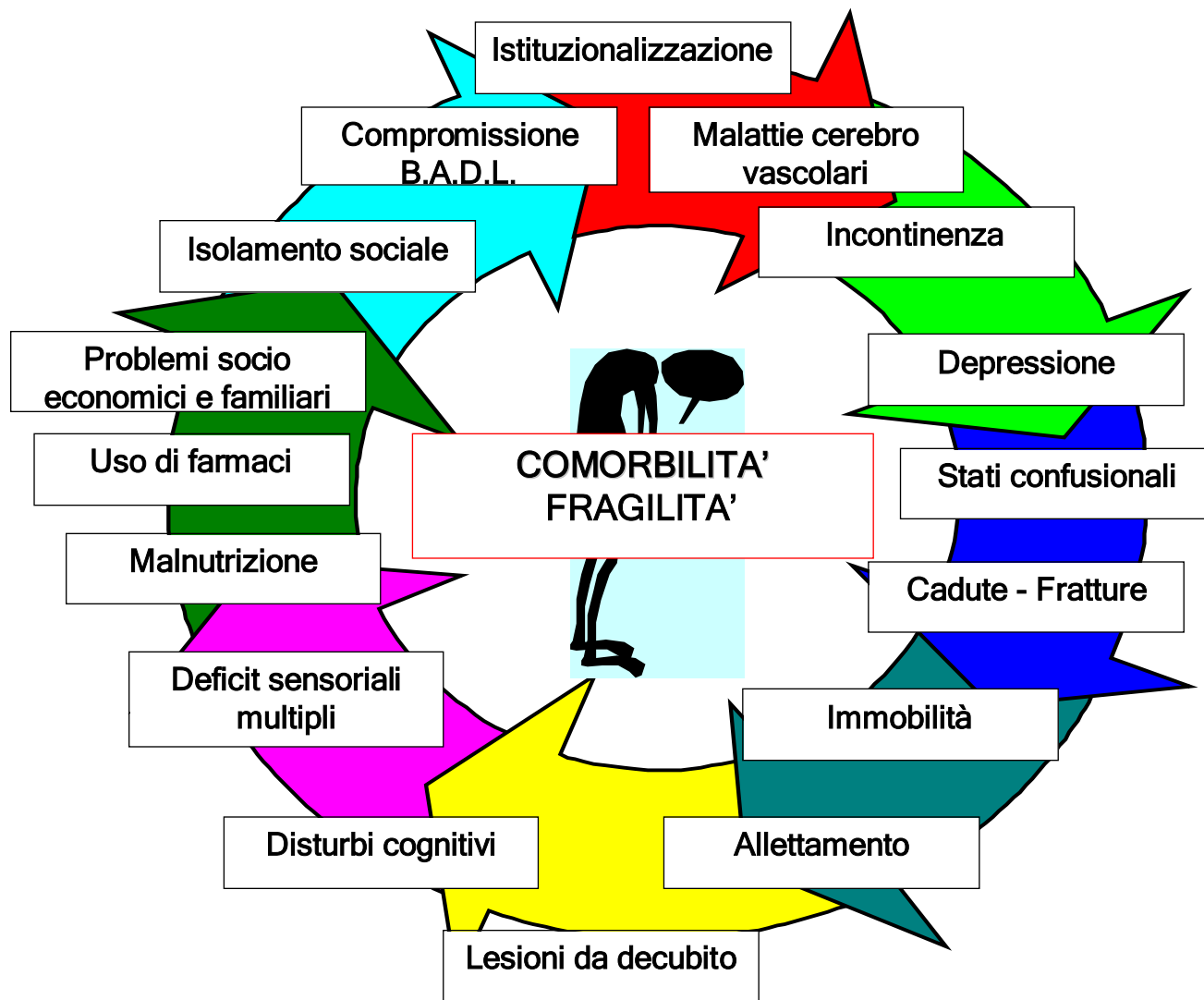
È piuttosto **un'attività di presa in carico sia della salute che della malattia**, quindi del percorso fisiopatologico che lega malattia e disabilità, con **attuazione di programmi di terapia che si integrano con i programmi di sostegno globale alla persona**, attuati dalla équipe di cura.

Il medico non interviene ad “aggiustare il guasto”, ma è **corresponsabile della qualità di vita e di cura del residente** nella struttura.

Questa sua responsabilità è testimoniata dalla cartella clinica e dalla stesura di linee operative riguardanti i principali problemi di salute dei ricoverati.

SIGG, Linee Guida per le RSA, 2003





Quale medico in RSA?

In questo contesto il dibattito è se debba essere :

- un dipendente a tempo pieno ?**
- un consulente ?**
- un medico di famiglia ?**

Ed inoltre quante ore sono necessarie ?

→ non risposte univoche nella realtà italiana

Quale/Quanto medico in RSA?

E' indubbio che la gravosità dei compiti clinici richiede tempo, dedizione, concentrazione, familiarità con i problemi, cultura ed esperienza.

→ indispensabile la creazione di uno staff medico di buona qualificazione con garanzie sul piano tecnico e professionale oltre che culturale e di esperienza.


Bellelli G. et al. "The management of adverse clinical events in nursing homes: a 1-year survey study". JAGS 49: 915-25, 2001

Diversi studi hanno evidenziato che le Nursing Homes inviano un gran numero di soggetti in ospedale per essere ricoverati nei reparti per acuti.

Le diverse valutazioni hanno anche evidenziato che molte ospedalizzazioni in reparti per acuti non sono necessarie.

Da qui la necessità di individuare strategie e percorsi finalizzati alla riduzione delle ammissioni nei servizi di urgenza e ai ricoveri

Zimmer, J Am Geriat Soc 1988
Kayser-Jones JS, Gerontologist 1989
Beringer TR, Ulster Med J 1999

- 873 residenti di N H  1488 valutazioni in un dipartimento di emergenza
- il 42.4% è stato ospedalizzato

- Il 42.9% degli invii è avvenuto durante il giorno

- Le cause principali di ricovero :
 - 14,4% cardiorespiratorie,
 - 10,1% alterazioni dello stato mentale
 - 9,9% sintomi gastrointestinali
 - 8,2% cadute,
 - 6,8% malfunzionamento di PEG

Un elevato numero di ricoveri in ospedale anche per casi non particolarmente urgenti come infezioni del tratto urinario, infezioni broncopolmonari e necessità di supporto terapeutico parenterale evidenziano una carente preparazione delle “nursing homes” nella gestione delle cure primarie e delle urgenze anche relative.

Kayser-Jones JS, Gerontologist 1989

Wofford J.L., J Emerg Med 1993

Montalto M, Aust Fam Physivcian 2001

La percentuale di ospedalizzazione dipende:

- dalla tipologia dei professionisti che compongono l'équipe valutante (staff);
- dalla capacità dell'équipe di gestire il “management” collegato alla patologia in atto;
- dalla possibilità di accesso a supporti strumentali e specialistici in struttura

Bellelli G, JAGS 2001

Bowman CE, Postgrd Med J 2001

Mediante un trattamento terapeutico adeguato ed aggressivo praticato precocemente in struttura nelle patologie infettive delle vie urinarie e delle vie respiratorie, nel tromboembolismo venoso e nello scompenso cardiaco congestizio, ed anche con una miglior informazione dei medici responsabili dell'emergenza ed un adeguato programma di supporto specialistico si è potuta evitare l'ospedalizzazione in molti soggetti ottenendo peraltro stessi o migliori risultati clinici (rispetto ad ospedalizzazioni precedenti) a cui si associa una miglior soddisfazione dei pazienti.

Ackermann RJ, Geriatrics 2001
Bowman CE, Postgrad Med J 2001

Su 20.000 residenti in struttura la somministrazione di neurolettici ad un anno dall'ingresso avvenne nel 24% dei casi spesso a dosi eccedenti quelle raccomandate e spesso senza la consultazione del geriatra o dello psichiatra

Bronskill SE, Anderson GM, Sykora K, Wodchis WP, Gill S, Shulman KI, et al.
Neuroleptic drug therapy in older adults newly admitted to nursing homes: incidence, dose, and specialist contact.
J Am Geriatr Soc 2004;52:794-52

il miglioramento delle cure
dell'anziano fragile residente
potrebbe evitare ospedalizzazioni
improprie e di scarsa efficacia

Intrator O, Zinn J, Mor V.

Nursing home characteristics and potentially preventable hospitalization of long-stay residents.

J Am Geriatr Soc 2004;52:1730-6

La **presenza del medico va prevista obbligatoriamente**, ma la condizione irrinunciabile è che, qualunque sia la provenienza e la condizione del medico, questi abbia **un rapporto di corresponsabilità formale con la direzione della residenza** e non da altre direzioni, **quando opera all'interno della RSA**, anche se la sua provenienza è dall'ospedale, dalla ASL o dalla medicina di base.

La **“reperibilità” medica non può essere considerata sufficiente a garantire l'attività sanitaria richiesta in RSA** e può essere ammessa solo per orari e interventi di tipo straordinario (notturni, festivi).

Quale medico nelle RSA?

Consideriamo *il geriatra come il medico più preparato*, per la sua formazione, a svolgere tutti i ruoli medici necessari in RSA, quindi sia quello di diagnosi e cura del singolo degente, sia quello di direzione medica e assistenziale.

È possibile che l'attività di cura, proporzionata al numero di degenti, sia affidata ad altri colleghi, anche se di regola *va garantita la direzione medica di un geriatra.*

Identità, sviluppo, metamorfosi delle R.S.A.:ipotesi sul futuro prossimo

-ai geriatri, od ai medici di cura, di queste strutture vengono *richieste conoscenze ed abilità* che differiscono da quelle della medicina ambulatoriale, domiciliare, ospedaliera.....
- La continuità assistenziale, il rapporto con il territorio e la visione globale del pz configurano una *specificità del team sanitario* e delle sue prestazioni.....
-prevede creazione di *itinerari formativi* ed organizzativi da testare.....

Risposta Stato Federale alla scarsa qualità dell' assistenza in “nursing home”

Legge OBRA '87

Svariate riforme delle NH (uso psicotropi, etc)

Obbligatorietà di uno strumento uniforme di valutazione



Mattone 12
"Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali"

**Flusso Informativo Nazionale per le
Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali**

Ministero della Salute

*DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA*

COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO
DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

**Prestazioni
Residenziali e Semiresidenziali**

1.2.2. Valutazione Multidimensionale.

La valutazione multidimensionale (VMD) è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, **La VMD deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno su scala regionale.** Gli strumenti di VMD devono consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/ o della "fragilità", e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

CES-D

Rosow-Breslow

GDS

ADL-Katz

Barthel Index

QUALE STRUMENTO DI VMD?

VAOR

IADL-Lawton

CIRS

Norton

MMSE

Scala di NAGI

Tinetti scale

SVAMA

Disability Rating Scale

Hamilton Rating scale

GERIATRA - DIRETTORE MEDICO

OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act) - USA 1987

Il direttore medico è responsabile dell'implementazione delle politiche riguardanti le cure degli ospiti di una RSA.

Le linee guida affrontano aspetti dell'assistenza in RSA, quali: l'accoglienza, il trasferimento, la dimissione, il controllo delle infezioni; l'uso della contenzione, la pratica clinica dello staff medico, ma anche le responsabilità degli operatori della salute non medici (ausiliari, infermieri, terapisti della riabilitazione, dietisti), l'emergenza, la valutazione multidimensionale ed i vari tipi di trattamento.

Il direttore medico è anche responsabile dei procedimenti relativi agli incidenti ed infortuni sul lavoro, all'uso dei farmaci, laboratorio, al rilascio di informazioni cliniche e soprattutto della qualità delle cure.

GERIATRA - MEDICO STRUTTURA

AMDA (American Medical Director Association) nel 1987 definisce una lista di **9 funzioni** per il **Medico di Struttura**:

- **la prevenzione**
- **l'identificazione ed il trattamento di condizioni mediche acute, subacute e croniche**
- **l'autosufficienza e la prevenzione della non autosufficienza ovvero la gestione della stessa**
- **l'autonomia e il recupero delle potenzialità residue**
- **la qualità di vita**
- **il comfort**
- **la dignità degli ospiti.**

LA FORMAZIONE

Indispensabile per il funzionamento e per l'efficienza-efficacia della struttura.

Se si vuole che il sistema assistenziale progredisca non solo dal punto di vista quantitativo ma anche qualitativo, è necessario che risorse economiche, tecniche e culturali vengano “spese” nella formazione degli operatori.

... teoria e pratica ...

LINEE GUIDA e/o PROTOCOLLI OPERATIVI

- accoglienza, presa in carico e dimissione degli ospiti
- igiene dell'ospite, nel rispetto della Privacy
- somministrazione degli alimenti e delle bevande
- prevenzione delle cadute
- prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito
- trattamento dell'incontinenza
- utilizzo dei mezzi di contenzione
- valutazione e gestione del dolore
- adeguatezza prescrizioni farmacologiche/psicofarmaci



citando il Prof. F.M.Antonini da
“*L’etica della responsabilità in
Geriatrics*”:

Ad esempio, e solo per “slogan” : RSA,: non “contenitori”, ma protesi di sostegno al benessere dei residenti, familiari, operatori.

Si tratta cioè di praticare una terza via fra “riabilitazione”, frustrante per la mancanza di risultati, e “assistenza”, frustrante per la mancanza di obiettivi, vedendo nel benessere (del malato, della famiglia, degli operatori) l’obiettivo principale da raggiungere e costruendo la RSA come una protesi complessa di sostegno di tale benessere, fatta di struttura, persone, attività.

Gentle Care

APPROCCIO PROTESICO GLOBALE

- spazio fisico
- persone
- programmi



BENESSERE DEL SOGGETTO

**(miglior livello funzionale per il singolo malato in
assenza di segni di stress)**

Quale obiettivi per la RSA ?

obiettivo	dimensione	metodologia	possibile errore
residenziale	alberghiera	contenitiva	Non obiettivi
riabilitativo	funzionale	allenante	frustazione
terapeutico	patologica	clinica	trascurare la salute
benessere	globale	protesica	protesi incompleta od eccessiva

*Ciascuna dimensione è in realtà
presente ed utile, ma genera errori
quando viene considerata
unica, principale o sufficiente.
Solo il **benessere** riassume in maniera
adeguata la globalità e l'ampiezza dei
bisogni*

- **ORGANIZZAZIONE** : *forte centratura sull'utente/persona* (conoscenza dei ritmi fisiologici e vitali, conoscenza delle capacità residue), flessibilità, creatività, metodo, integrazione
- **METODO**: *osservazione attenta* di reazioni e comportamenti , omogeneità di atteggiamenti ed interventi
- **RELAZIONE**: ricerca di canali di comunicazione alternativi alla sola comunicazione verbale, uso di accorgimenti coerenti con i deficit cognitivi e/o sensoriali del paziente, semplificazione del linguaggio, *riconoscimento dei problemi della persona attraverso la lettura dell'alterazione dei comportamenti*, rispetto e valorizzazione dell'affettività

"E' stato sostenuto che i medici non amano lavorare in casa di riposo: forse era vero, forse è ancora vero! **Però il fascino della presa in carico globale di stati di cronicità e di non autosufficienza deve essere ritenuto una delle frontiere della medicina moderna ... poiché è uno dei massimi momenti e luoghi in cui esprimere il rapporto tra competenze tecniche e impegno umano.**

Infatti **gli ospiti di una struttura per anziani traggono molto vantaggio da una cura attenta e qualificata, quale può essere prestata da una equipe medica preparata:** vi è spazio per interventi mirati a prevenire ulteriori perdite di non autosufficienza e nuova sofferenza, così come la cura della patologia in atto può ridurre la loro influenza sulla qualità della vita"

Rozzini R., Carabellese C., Trabucchi M. - Medicina nelle Residenze per Anziani - Franco Angeli 1992

Il medico in RSA deve farsi carico prima di tutto del significato della vita delle persone che vi trascorrono un tempo senza fine

Kane RA - Long term care and a good qualità of lyfe: bringing them closet together" - Gerontologist, 41:293-304, 2001

Strutture residenziali per anziani: quale futuro

Ermellina Zanetti[°], Marco Trabucchi^{*°}

I luoghi
della cura

Anno VI - N. 1 - 2008

nali. Su tutto il territorio nazionale è invece opportuno un ripensamento dell'offerta dei servizi residenziali in termini di una maggiore qualificazione all'interno della rete, attraverso la specializzazione per intensità di cura e assistenza e una condivisa ed univoca definizione dei criteri di accesso, come indicato nel documento della Commissione Nazionale Lea sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali.

Nursing homes as a clinical site for training geriatric health care professionals.

J Am Med Dir Assoc. 2009 Mar;10(3):196-203

[Mancy M](#), [Mitty E](#), [Bunger SG](#).

The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University,
College of Nursing, New York, NY 10003-6677, USA.

Nursing homes can be ideal clinical teaching and learning environments for acquiring geriatric specialty and interdisciplinary team skills, particularly those regarding assessment, care planning, management, monitoring, and collaborating in an interdisciplinary milieu. Little is known as to how geriatric specialty training programs use nursing homes to meet expected specialty competencies, or the types of clinical experiences in nursing homes required by academic geriatric training programs. This article describes the expectations of 5 clinical health care disciplines (dentistry, medicine, nursing, pharmacy, and social work) and nursing home administration regarding desirable nursing home characteristics that support gaining geriatric competencies. The issues involved in using nursing homes as supportive educational environments in geriatric education are discussed.



Société
Française de
Gériatrie et
Gérontologie

IAGG/WHO/SFGG Workshop - June 4th & 5th, 2010, Toulouse, France

“Identification of the main relevant domains for clinical research & quality of care in nursing homes”

J Nutr Health Aging

THE JOURNAL OF NUTRITION, HEALTH & AGING®

CLINICAL PRACTICE IN NURSING HOMES AS A KEY FOR PROGRESS

J.E. MORLEY

Presented as a plenary lecture at the IAGG meeting in Paris, July 2009. Division of Geriatric Medicine, Saint Louis University School of Medicine and GRECC, VA Medical Center, St. Louis, Missouri USA. Contact: John E. Morley, MB, BCh, Division of Geriatric Medicine, Saint Louis University School of Medicine, 1402 S. Grand Blvd., M238, St. Louis, MO 63104, Email: morley@slu.edu, Phone: 314-977-8462, Fax: 314-771-8575

Abstract: With the aging of the world's population there has become a major need for the development of nursing homes throughout the world. While some countries provide high quality care for the disabled elderly, in others this is not the case. Education of a medical director has been shown to improve the quality of the nursing home. Physicians need to have knowledge of how to implement continuous quality improvement and culture change. Key medical issues include moving to a restraint free environment, subsyndromal delirium, behavioral disturbances, weight loss, pain management, pressure ulcers, falls, hip fractures, polypharmacy, depression and frailty.

Key words: Nursing homes, weight loss, frailty, falls, polypharmacy, culture change.

Le varie identità emerse e
ipotizzabili dimostrano
come la missione di queste
strutture non sia ancora
definita

“Il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia persiste nel grossolano difetto di essere centrato sull’ospedale e solo su quello, così come le cure primarie ed intermedie non sono oggetto di docenza....

Non solo il numero di medici geriatri è inadeguato al crescente numero di vecchi, in alcune sedi universitarie l’insegnamento della Geriatria è affidato ad un medico internista semplicemente in quanto in possesso dei requisiti burocratici per esserne titolare.....”

(Salvioli G., 2004)

“..credo che i geriatri debbano fare la Geriatria, occuparsi degli anziani fragili con comorbilità e disabilità, e smetterla con le altre attività che, pur utili in principio, non sono specifiche della Geriatria.....credo che la Geriatria debba essere insegnata da docenti che credono realmente nella specificità del curare gli anziani, e che gestiscono direttamente reparti geriatrici posti al centro della rete di assistenza continuativa”

Gli anziani gridano,
chiedono il nostro aiuto

Poets are lying L. Ferrucci G. Gerontol. 2006; 54:1-4