SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

58° Congresso Nazionale

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

Torino, 27-30 Novembre 2013

GERIATRIA E TERRITORIO: UN PERCORSO DI COLLABORAZIONE:

IL TERRITORIO

P.A.Bonati

Associazione
Geriatri
Extraospedalieri

GERIATRIA ITALIANA TERRITORIALE

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Rapporto OCSE sulle cure di lungo periodo ad anziani e disabili

"Fornitura e finanziamento delle cure di lungo periodo“

Secondo i dati raccolti, fra tutti i paesi aderenti all'OCSE,

- entro il 2050 l'Italia diventerà il quarto paese più vecchio tra quelli che aderiscono all'OCSE.

- l'Italia è quello con la percentuale più alta (16,2%) di familiari e amici che prestano cure a persone anziane o disabili

- in Italia nel 2050 la popolazione in età lavorativa, espressa come percentuale della popolazione totale, sarà la terza più bassa tra i paesi OCSE.

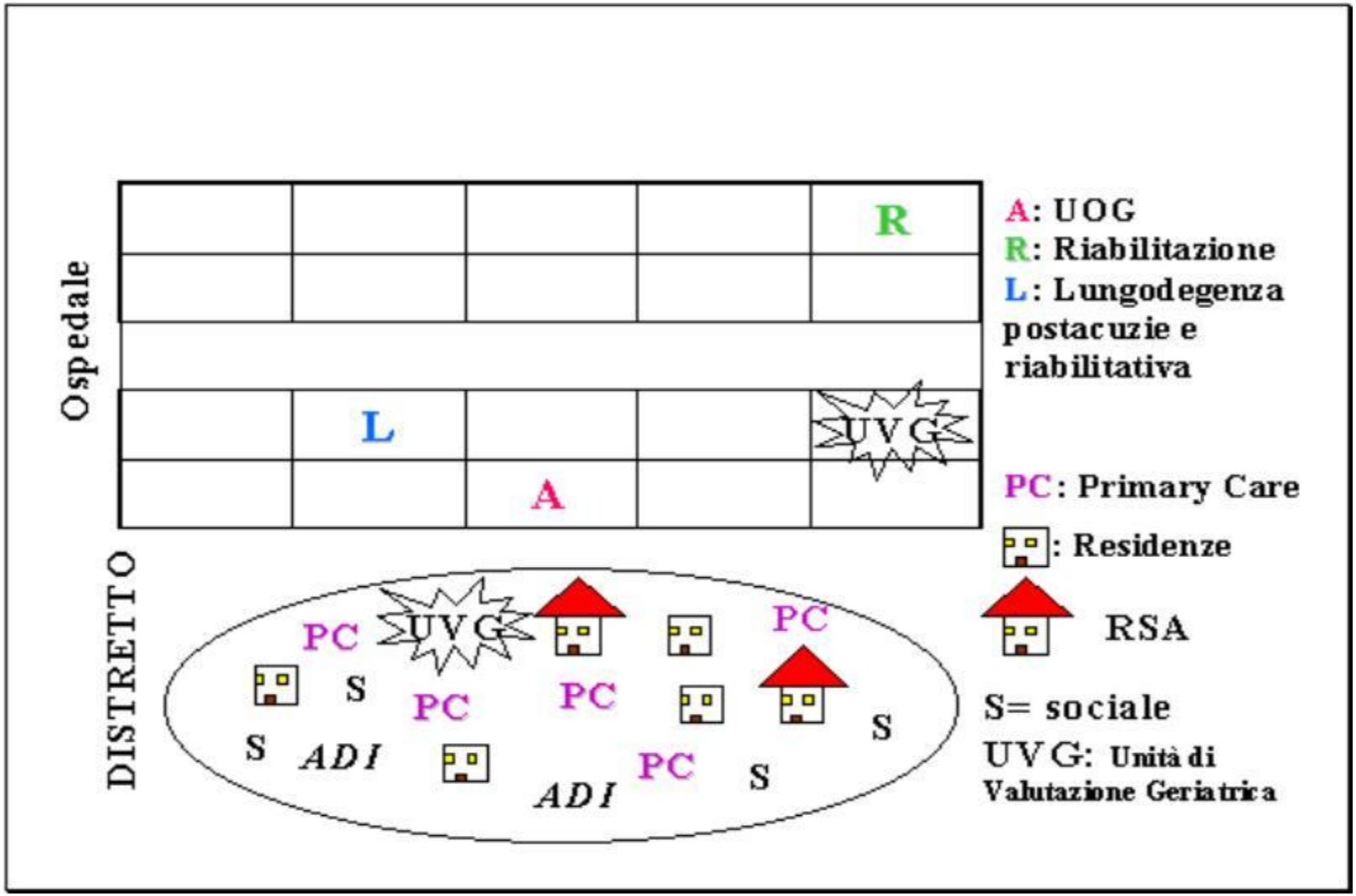
- Ciò potrebbe portare a una riduzione del numero sia dei famigliari sia del personale disponibile a occuparsi della cura di anziani e disabili.

- Il rapporto OCSE sottolinea anche l'impatto che questa situazione può avere sull'occupazione, spiegando che i famigliari che si dedicano alla cura domiciliare a lungo termine, spesso, faticano a conciliare questo impegno con un'occupazione

Bisogno d'aiuto? rapporto 2011 dell'OCSE

Lo stato dell’arte

QUALE GEOGRAFIA ?



G. L. Boldrocchi 2007, mod

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2002, Vol. 57A, No. 12, M803–M805

Copyright 2002 by The Gerontological Society of America

The Future History of Geriatrics: Geriatrics at the Crossroads

Robert L. Kane

University of Minnesota School of Public Health, Minneapolis.

Geriatrics at the Crossroads

To some extent, geriatrics can control its destiny. It must declare its intentions. Several alternative scenarios loom. They are not all mutually exclusive.

1. Geriatrics can continue as a marginal activity, primarily based in academic medical centers. Its work will be subsidized in the name of teaching and perhaps cross-subsidized to the extent it is credited with attracting a patient base of high users of medical technology.
2. Geriatrics can become the dominant model for primary care of complex elderly patients, perhaps combined with a hospital practice that addresses the special needs of such patients in purpose-built geriatric care wards.
3. Geriatric primary care can be provided primarily by geriatric nurse practioners, with geriatricians functioning as consultants for particularly complex cases.
4. Geriatricians can function primarily in long-term care institutions, frequently working with geriatric nurse practitioners.
5. Geriatricians can become end-of-life specialists offering palliative care.
6. Geriatricians can become role models for chronic disease care.

Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale

Distretto di Parma – ATTUATIVO 2012

I PROFILI ASSISTENZIALI: INPUT PER UN PROCESSO DI CURA QUALIFICATO

16 OTTOBRE 2012

Sara Saccone

Referente Progetto: "Qualificazione dei servizi residenziali"

PROFILO OSPITE RSA 2011

- L'84% ha un'età ≥75 anni, ed il 56% si colloca nella fascia > 85 anni, mentre il 9% ha un'età minore di 65 anni; è di sesso femminile (74%); 93 % possiede una rete familiare e/o sociale che è presente nel 58% dei casi, in maniera parziale nel 21% e solo se interpellata nel 14%. Il 7% NON Può CONTARE sulla famiglia ma solo sull'istituzione.
- Nel 61% (n.39) l'ingresso avviene dall'ospedale e nel 34% (n.22) da altro servizio della rete (CP?) ; la patologia prevalente all'ingresso è CONDIZIONI INVALIDANTI NEUROLOGICHE (ictus, Parkinson, sclerosi…..) 57% (n.36), seguite da MALATTIE CARDIOVASCOLARI e dell'APPARATO RESPIRATORIO (11% - n.7)) e da TRAUMI E FRATTURE (9% - n. 6).
- il 60% presenta un deterioramento cognitivo (La demenza non è stata inserita con le altre patologie ma considerata quale fenomeno trasversale alle patologie elencate precedentemente)

PROFILO OSPITE RSA 2011

BISOGNI SANITARI

- il 70% non ha necessità di medicazioni, mentre il 30% richiede un intervento infermieristico per la presenza di ulcere e distrofie cutanee (4.7%), catetere vescicale (4.6%) o lesioni da decubito (20.9%).
- per il 62.9% esiste la necessità di prestazioni sanitarie continuative
- i disturbi cognitivi sono presenti nel 51.3% dei casi e nel 18.7% dei casi sono associati a frequenti comportamenti disturbanti e aggressivi. Il 23.2% presenta un disturbo dell'umore.
- 72.2% dei casi presenta una qualche forma di deficit a livello visivo ed uditivo, nel 9.3% risulta essere irreversibile e quindi non correggibile.

PROFILO OSPITE IN RSA 2011

BISOGNI ASSISTENZIALI

- L'80% (n.51) dipendente totale nell'igiene personale. Il 100% dei pazienti (n.64) richiede il bagno assistito. Relativamente alla mobilizzazione solo il 9% (n.6) risulta autonomo.
- Il 9% (n.6) è allettato; il 75% (n.48) ha una mobilizzazione in carrozzina.
- Il 97% (n.62)è incontinente ed il catetere vescicale è presente nel 27% (n.17)dei casi.
- Dei 35 pazienti in alimentazione non artificiale solo il 22% (n.14) è autonomo.
- Nel totale della popolazione l'89% (n. 57) presenta la necessità dell'uso dei mezzi di tutela fisica al letto ed il 56% (n. 36) quando è seduto in sedia o in carrozzina.
- Per quanto riguarda la capacità di comunicazione verbale il 73% (n.47) non è in grado di comunicare in maniera adeguata.

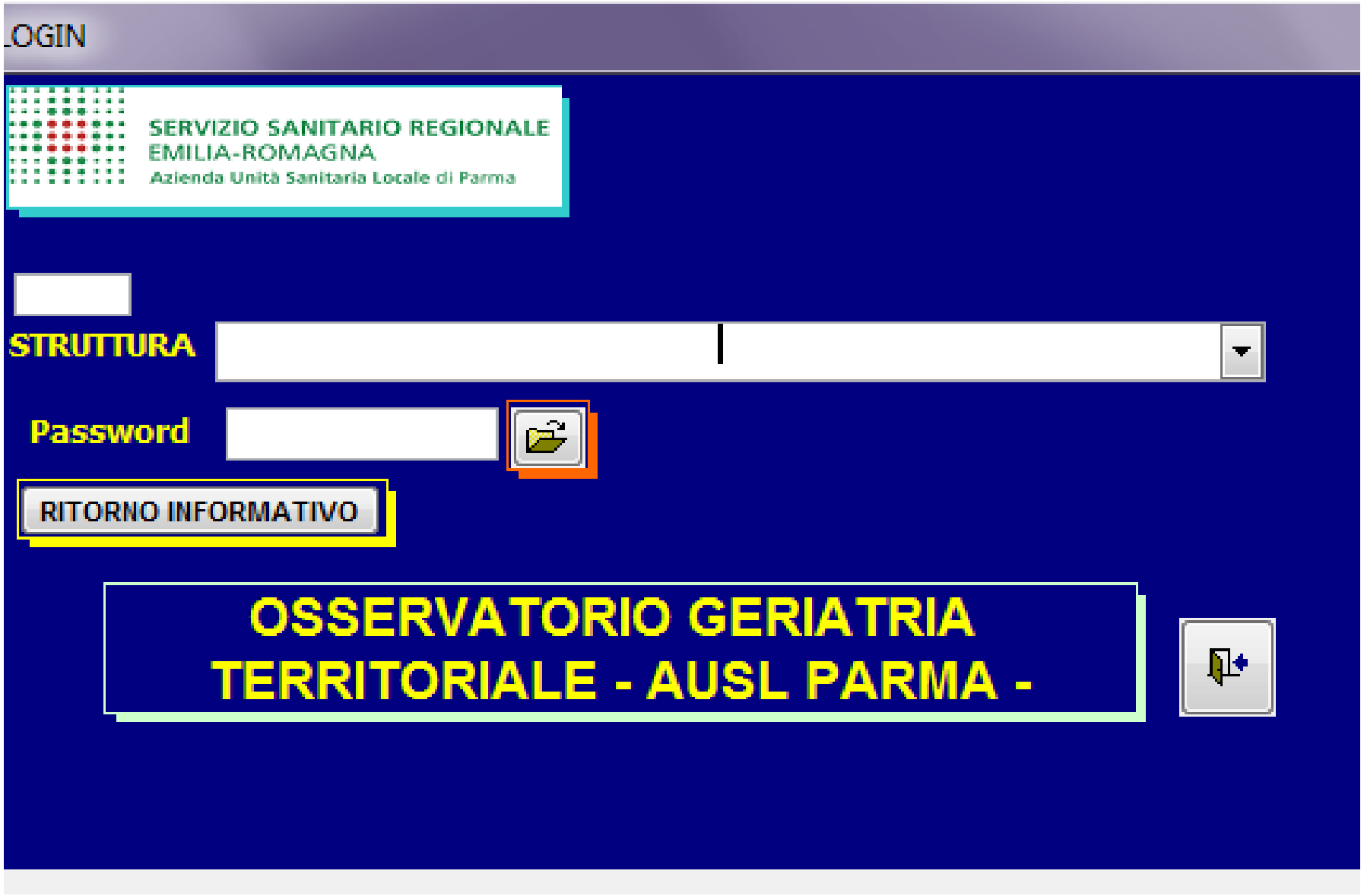
I VANTAGGI DI SERVIZIO

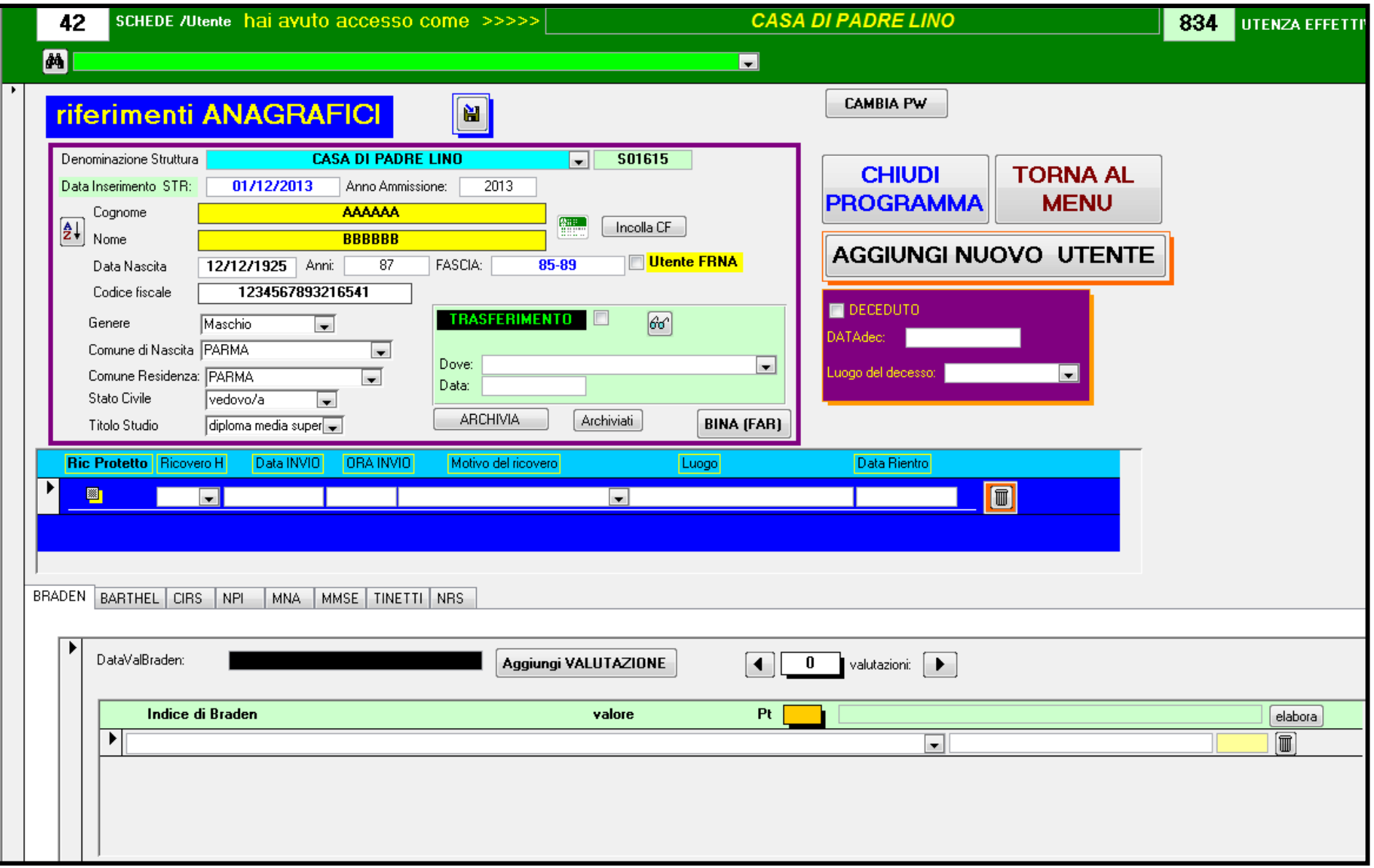
I VANTAGGI DI SISTEMA

PROFILI ASSISTENZIALI DEGLI ANZIANI ACCOLTI NEI SERVIZI RESIDENZIALI DEL DISTRETTO

INDIVIDUAZIONE DI ULTERIORI AZIONI DI QUALIFICAZIONE DI SISTEMA

UTILIZZO DEI PROFILI PER FAVORIRE LE SCELTE DI PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA LOCALI


LOGIN
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
STRUTTURA
Password
RITORNO INFORMATIVO
OSSERVATORIO GERIATRIA
TERRITORIALE - AUSL PARMA -


42
SCHEDE /Utente
hai avuto accesso come >>>>>
CASA DI PADRE LINO
834
UTENZA EFFETTI
riferimenti ANAGRAFICI
CAMBIA PW
Denominazione Struttura
CASA DI PADRE LINO
S01615
Data Inserimento STR:
01/12/2013
Anno Ammissione:
2013
Cognome
AAAAAA
Nome
BBBBBB
Incolla CF
Data Nascita
12/12/1925
Anni:
87
FASCIA:
85-89
Utente FRNA
Codice fiscale
1234567893216541
Genere
Maschio
Comune di Nascita
PARMA
Comune Residenza:
PARMA
Stato Civile
vedovo/a
Titolo Studio
diploma media super
TRASFERIMENTO
Dove:
Data:
ARCHIVIA
Archiviati
BINA (FAR)
CHIUDI PROGRAMMA
TORNA AL MENU
AGGIUNGI NUOVO UTENTE
DECEDUTO
DATAdec:
Luogo del decesso:
Ric Protetto
Ricovero H
Data INVIO
ORA INVIO
Motivo del ricovero
Luogo
Data Rientro
BRADEN
BARTHEL
CIRS
NPI
MNA
MMSE
TINETTI
NRS
DataValBraden:
Aggiungi VALUTAZIONE
0
valutazioni:
Indice di Braden
valore
Pt
elabora

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

Guaita A.,Residenze Sanitarie per anziani,2002

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

(G.Maso et al. 2002)

- …..ai geriatri 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…….

Residenze Sanitarie Asssitenziali: organizzazioni “high touch oriented”

Il ruolo del geriatra all’interno di una struttura che assuma il modello organizzativo della comunità terapeutica non è quello di fornire soluzioni a “casi” studiati isolatamente a tavolino, quanto di attivare le capacità di analisi e di decisione dei vari membri dell’équipe.

(A.Censi, I luoghi della cura, 2004)

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

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

Guaita A.,Residenze Sanitarie per anziani,2002

….dimostrato da numerose indagini epidemiologiche che il trasferimento di un anziano nell'istituzione comporta effetti negativi a livello somatico, psicologico e sociale, accompagnati da un aumento della morbilità e della mortalità

…d’altra parte, è stato anche rilevato che quando viene prestata attenzione alle attese dell’ospite, viene stimolata la sua autonomia ed è fornita una valida assistenza sanitaria, gli effetti negativi dell’istituzionalizzazione in tutte le sue fasi possono essere mitigati.

257-8426

I nuclei Alzheimer rispondono ai bisogni del soggetto affetto da demenza? Un esempio: i BPSD

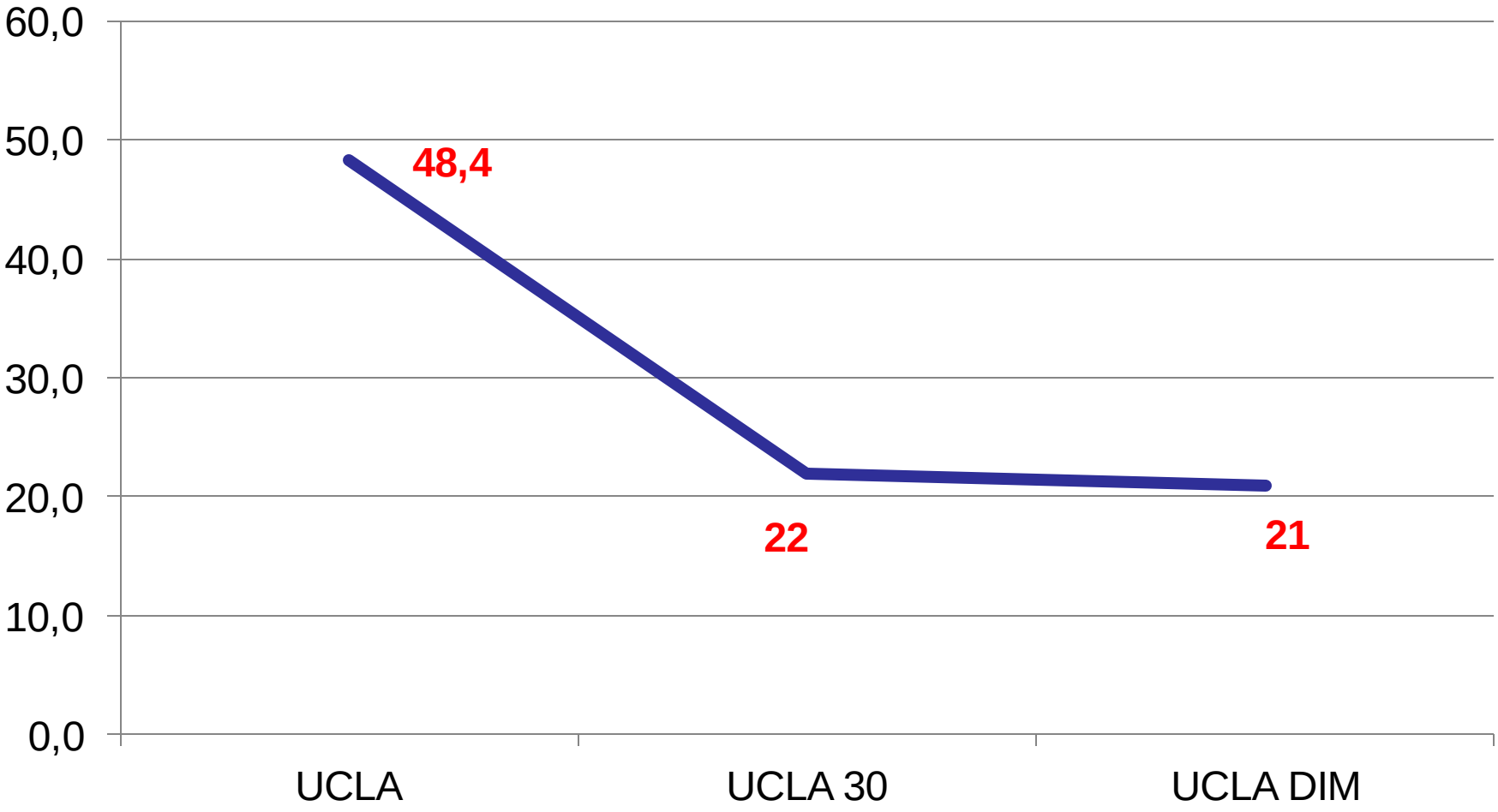
Tra le maggiori cause di "mal gestione" dei BPSD ricordiamo gli operatori delle case di riposo che spesso non conoscono un appropriato metodo di risposta ai BPSD; a risposte inappropriate che non fanno altro che esacerbare sintomi già presenti; all'utilizzo inappropriato di antipsicotici e contenzione fisica.

Tab. III. Modificazione degli items dell'NPI all'ammissione e alla dimissione

	Ammissione	Dimissione
Delusione	4,8 + 4,7	0,9 + 2,1
Allucinazione	2,9 + 4,0	0,3 + 1,5
Disforia	4,2 + 4,1	2,3 + 3,3
Ansia	3,6 + 4,6	2,3 + 3,2
Euforia	0,5 + 1,6	0,1 + 0,6
Apatia	5,2 + 4,6	2,9 + 3,7
Disinibizione	1,5 + 3,0	0,7 + 1,6
Irritabilità	4,9 + 4,7	1,2 + 2,4
Attività motoria aberrante	5,2 + 5,3	1,9 + 3,2
Disturbi del sonno	5,1 + 5,2	0,9 + 2,3
Disturbi dell'alimentazione	2,8 + 4,0	1,0 + 2,3
Agitazione	5,2 + 4,9	1,5 + 2,6

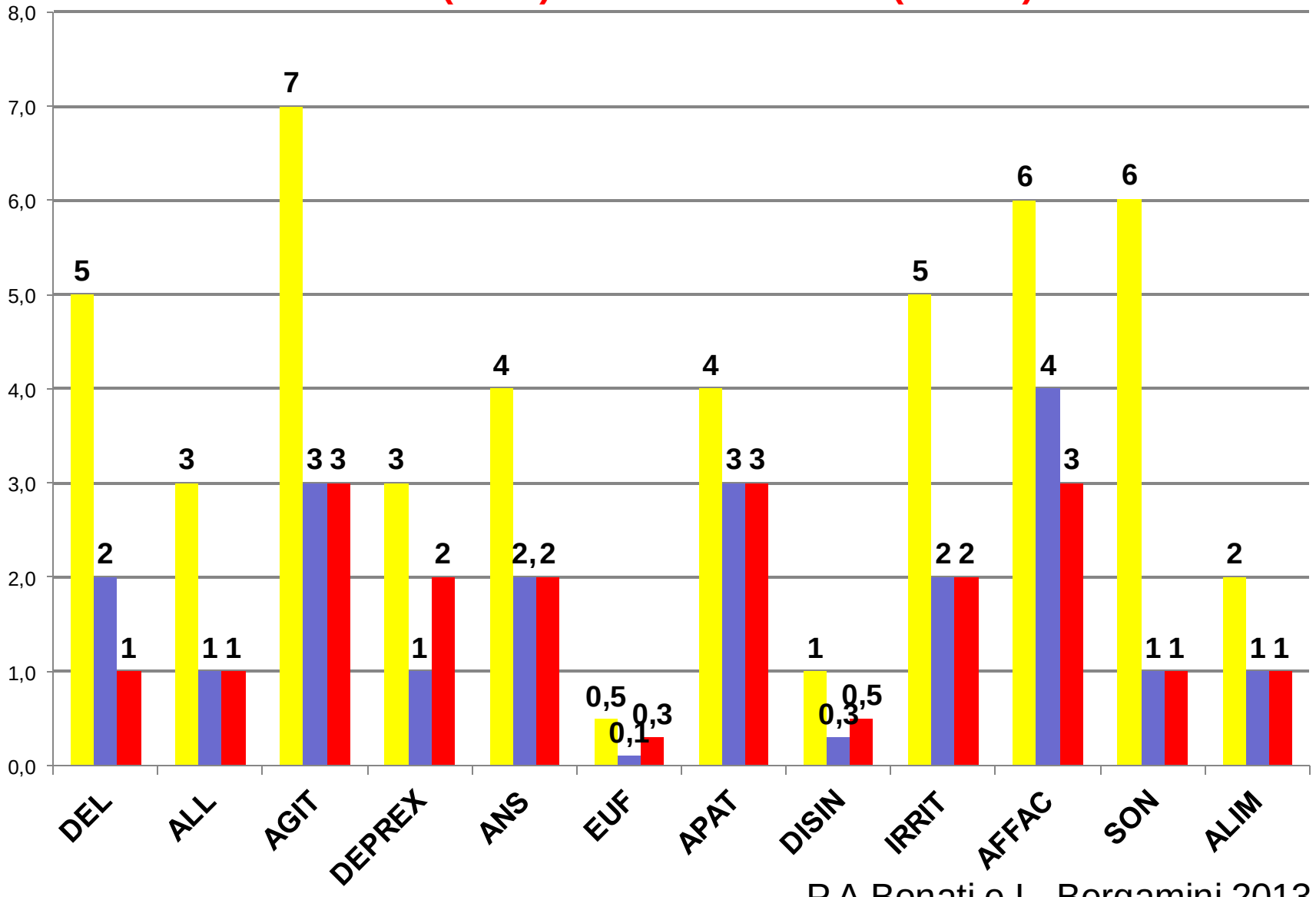
In conclusione, nello studio viene dimostrato che i BPSD diminuiscono durante la permanenza di Nuclei Alzheimer.

EVOLUZIONE BPSD (F X G) Mirandola e QuattroCastella dal 2000 al 2013 (300 pz)



P.A.Bonati et L. Bergamini 2013

EVOLUZIONE BPSD (FX G) DAL 2000 AL 2013 (300 PZ) T0 – T30 -TDIM



P.A.Bonati e L. Bergamini 2013

Un nodo della rete è rappresentato dai
rapporti con gli ospedali, luoghi di
cura che non sempre sanno costruire e rispettare la continuità delle cure. Da questo punto di vista la separazione tra ASL e ospedali, attuata in alcune Regioni, ha rallentato la realizzazione di programmi di collaborazione, importanti tra l'altro per ridurre i ricoveri di anziani provenienti dalle residenze e per garantire la prosecuzione delle cure una volta rientrati nel luogo normale di vita. La progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri sotto la soglia del 3 per mille finirà per esasperare il fenomeno della dimissione rapida, senza alcun interesse non solo per la continuità del percorso terapeutico ma anche per la capacità assistenziale della struttura di destinazione.

E.Brizioli, M.Trabucchi in L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 2011, Maggioli ed.

h) *Una formazione adeguata degli operatori*

L'insieme delle indicazioni sopra delineate portano a riconsiderare profondamente il sistema di formazione degli operatori delle residenze. Oggi non vi è alcuna specificità né specializzazione sia a livello dei medici che delle altre professioni sanitarie (si noti a questo proposito che il numero degli ospiti delle residenze è di gran lunga superiore a quello dei malati ai quali sono dedicate alcune specializzazioni post-laurea dei medici!). Lo scenario è dominato anche dalla prospettiva di una mancanza a breve di operatori formati che, a prescindere dalla specializzazione, scelgano di lavorare nelle residenze.

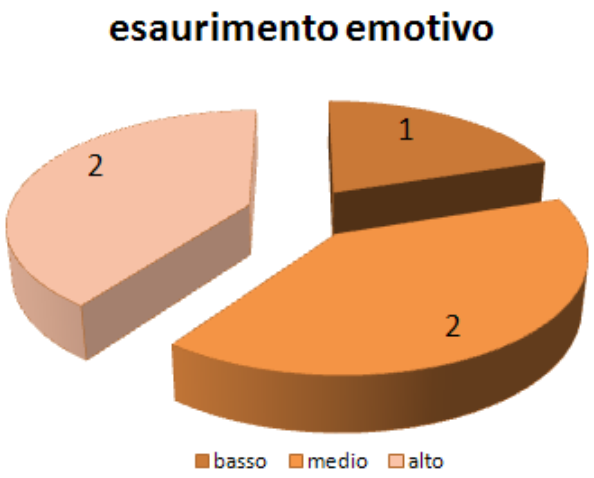
E.Brizioli, M.Trabucchi in L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 2011, Maggioli ed.

I desiderata ?

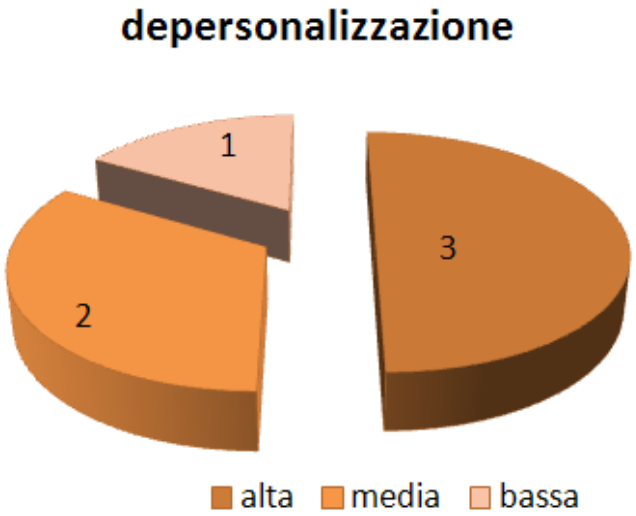
Vi è il nodo dei rapporti con i medici di medicina generale, che in alcune Regioni hanno in carico gli ospiti delle residenze;
la dialettica non è sempre facile ed è destinata a diventare più complessa con l'aggravarsi delle condizioni di salute degli ospiti, che richiedono competenze specifiche in ambito geriatrico.

E.Brizioli, M.Trabucchi in L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 2011, Maggioli ed.

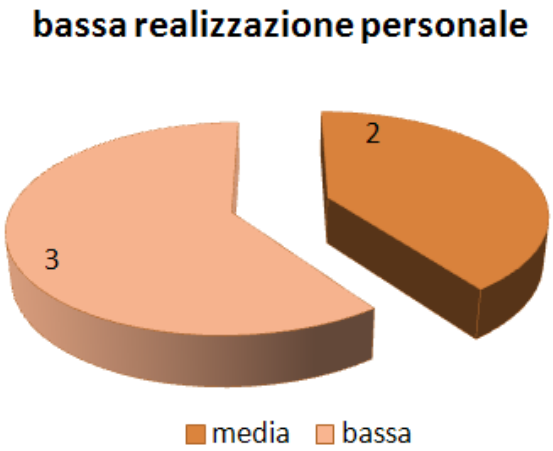
BURNOUT (MBI)



esamina la quantità di risorse emotive disponibili per affrontare le richieste dell'utenza, fino alla sensazione estrema di essere inaridito emotivamente ed esaurito dal proprio lavoro;



valuta una modalità di reazione difensiva al "sovraccarico" emotivo derivante dalle richieste dell'utenze; tale modalità reattiva, oltre ad incidere sulla qualità del rapporto interpersonale con gli ospiti ed i caregiver, può avere effetti anche sulla qualità del proprio servizio - cura, trattamento o prestazione -.

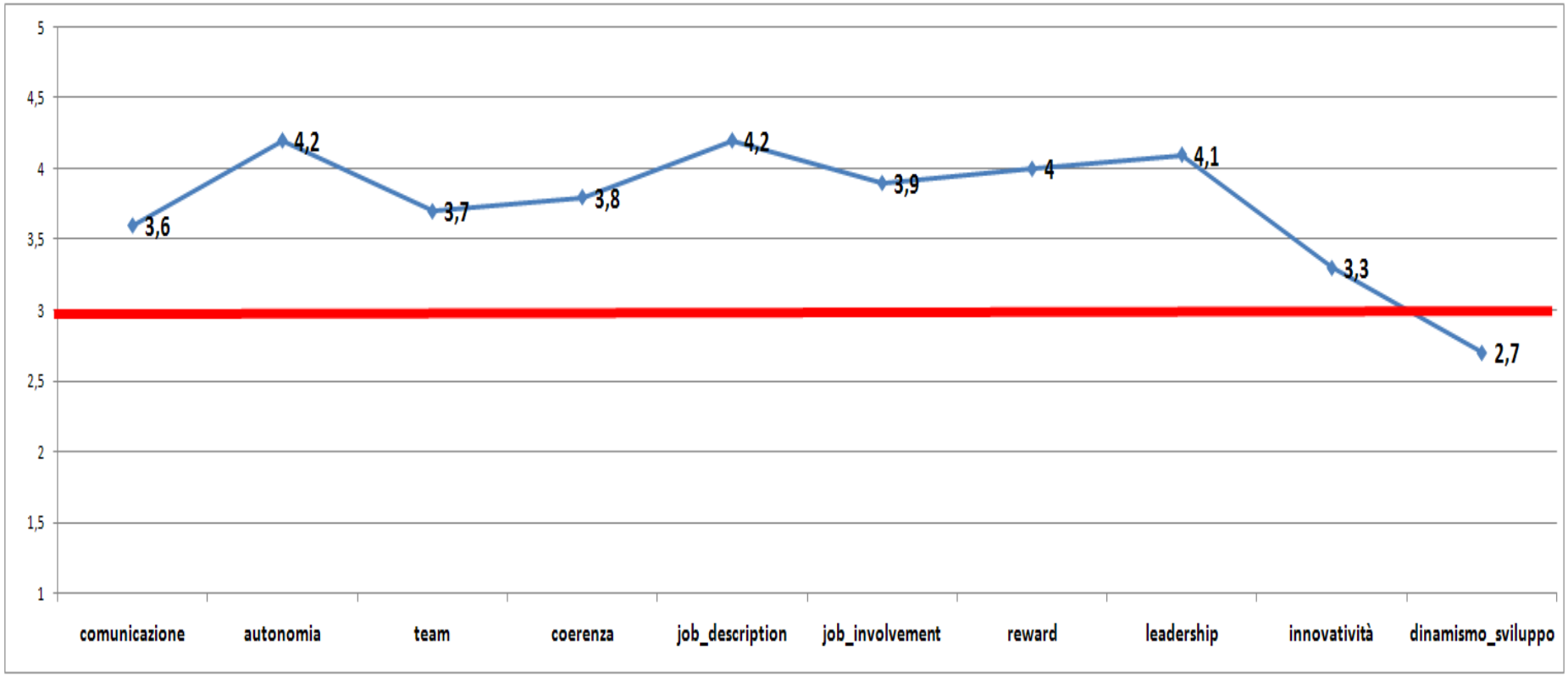


valuta la sensazione relativa alla propria competenza ed al proprio desiderio di successo nel lavorare con gli altri. Punteggi elevati a questa scala sono indicativi di una maggiore realizzazione personale e, conseguentemente, di un minor livello di stress lavoro - correlato.

BONATI P.A., et al.. G.Geront. Febbraio 2013.

Profilo Organizzativo

M_DOQ10 (Majer_D'amato Organizational Questionnaire strumento di rilevazione multifattoriale per la diagnosi del clima delle organizzazioni, si sono dimostrate fondamentali per la definizione del costrutto del clima organizzativo:



BONATI P.A., et al.. G.Geront. Febbraio 2013

Emerge quindi che la scelta del professionista non possa avvenire in maniera casuale o superficiale ma deve essere ispirata da caratteristiche ben precise di mission per garantire strumenti e modalità di lavoro indispensablili non solo a favorire il benessere degli anziani ma anche dell'intera equipe di lavoro che quotidianamente opera in strutture sempre più complesse con ospiti sempre più critici da un punto di vista bio-psico-sociale.

BONATI P.A., et al.. G.Geront. Febbraio 2013

At times, we have to
"coach" our patients (and their caregivers)
on how to interact with the physicians who
care for them

Coleman EA et al. Arch Intern Med 2006

In particolare il Medico di Diagnosi e Cura è tenuto ad assicurare (1):

Accordo Aziendale vigente, riferito alla normativa regionale D.G.R. 1378/99.

•la presenza per 6 ore settimanali ogni 30 ospiti non autosufficienti con un numero di accessi settimanali, di norma non inferiore a 2, adeguato al case-mix degli ospiti, da concordare con il Coordinatore della struttura assistenziale**;**

•le visite richieste in via d'urgenza fra le ore 8 e le ore 20 nei giorni feriali secondo le norme convenzionali, anche al di fuori degli accessi previsti. Qualora l'Ente gestore richieda visite urgenti in favore di ospiti, non iscritti nell'elenco del medico incaricato, tali visite sono retribuite a notula (€ 25,83) con onere a carico del richiedente;

•il raccordo con i Presidi Ospedalieri in caso di ricovero dell'ospite e per le prestazioni ambulatoriali specialistiche;

•l'assunzione della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute degli ospiti che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi e di educazione sanitaria;

•la **partecipazione agli incontri di programmazione e coordinamento con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'ospite, programmare, attuare e verificare i piani individuali di assistenza con l'equipe multiprofessionale;**

In particolare il Medico di Diagnosi e Cura è tenuto ad assicurare (2):

Accordo Aziendale vigente, riferito alla normativa regionale D.G.R. 1378/99.

•la partecipazione alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli ospiti, nell'ambito dei programmi promossi annualmente dall'Azienda USL su base distrettuale, in accordo con il SAA. Tali iniziative sono previste fino ad un massimo di 8 ore annuali oltre gli obblighi convenzionali, articolate di norma in due incontri, all'interno del monte ore di permanenza in struttura;

•la partecipazione agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intera struttura;

•la partecipazione all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei famigliari degli ospiti;

•la tenuta ed aggiornamento, per ciascuno degli ospiti, di una cartella sanitaria orientata per problemi, concordata a livello aziendale, da cui risultino comunque gli elementi necessari alla classificazione annuale degli ospiti con riferimento a: grave disturbo comportamentale, elevato bisogno sanitario, grado di disabilità severo.

Caro…….. ,
Le scrivo……in merito a un mio dubbio su quelli che sono i miei compiti come medico responsabile di una casa protetta …….

All' epoca in cui venni convocato….nel 2009 per sapere se ero interessato ad accettare l' incarico di medico presso la struttura……. mi era stato detto che il mio compito consisteva nel seguire i pazienti che mi avrebbero scelto come medico curante occupandomi dei loro problemi di salute e relative terapie , quindi **un normale lavoro del medico di base** , sostanzialmente…….

Ora succede che…….da più di 1 anno circa ,vengo frequentemente e insistentemente sollecitato sia da……. sia indirettamente che da colleghi che collaborano con……. o dal personale della struttura protetta , a svolgere altri compiti : questionari da compilare , riunioni nelle pause pranzo a cui sembra quasi obbligatorio partecipare anche se non riguardano argomenti di mio interesse , incontri con psicologi , con farmacisti e quant' altro ……ritiene conveniente sulla base di criteri e scopi A ME IGNOTI che finora non si sono rivelati di alcuna utilità per l' assistenza sanitaria degli ospiti della casa protetta nè hanno aiutato a risolvere i problemi organizzativi che quotidianamente incontriamo…….

……. è mio dovere collaborare……..dedicando parte del mio tempo a tutti questi progetti che io non comprendo nè sento utili per i miei scopi di medico responsabile e distolgono la mia attenzione e tempo dalle cure degli ospiti oppure sono libero di svolgere la mia attività serenamente e trascurare le pressioni che ricevo a collaborare ……..