Simposio SIGG-AGE

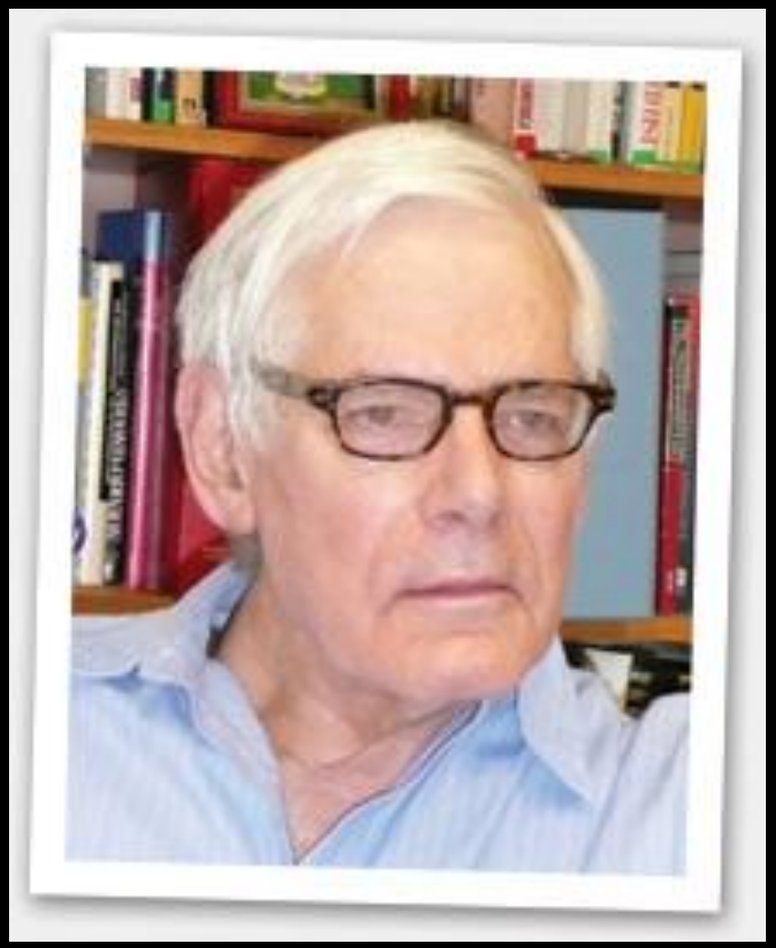
GERIATRIA E TERRITORIO:
UN PERCORSO DI COLLABORAZIONE

Non autosufficienza nell'anziano fragile: strategia di intervento

(*Gerardo De Martino*, *Castellammare di Stabia*)

Stiamo ancora praticando la medicina del secolo scorso?

Robert Kane



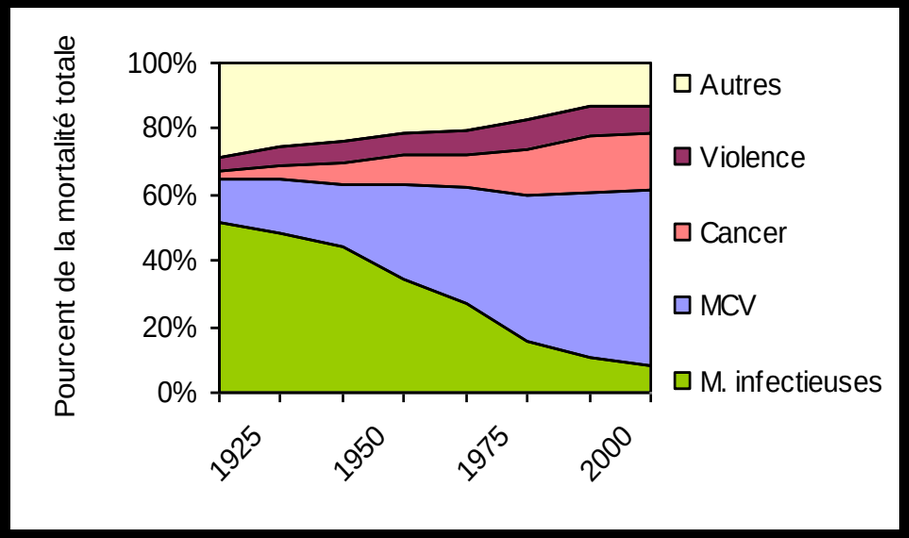
riferendosi alle difficoltà di rinnovarsi che l'intervento sanitario trova di fronte alle malattie croniche

che richiedono cure a lungo termine rivolte per gran parte alla popolazione anziana.

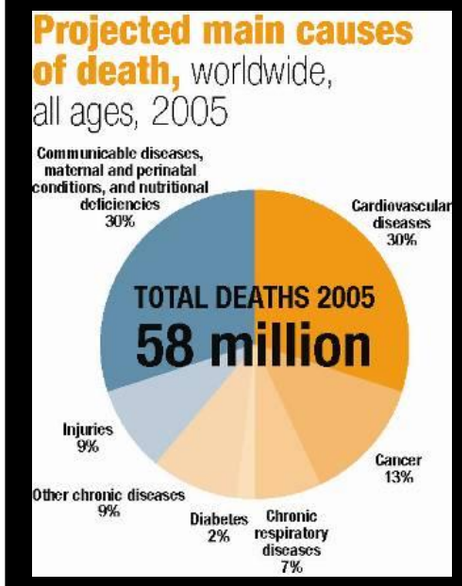
M.C.N.T. – Sfida del secolo

Le malattie croniche causano nel mondo il 60% (circa 35 milioni) di tutti i decessi. Una dimensione epidemica, ma a lungo *negletta e dimenticata,*

Horton R: The neglected epidemic of chronic disease. Lancet 2005; 366: 1514



Tale situazione epidemiologica ha evidentemente pesanti ricadute in termini di quantità di vita, di qualità della stessa, nonché rappresenta un grosso fardello economico per i singoli individui, le loro famiglie, i sistemi sanitari e le società.



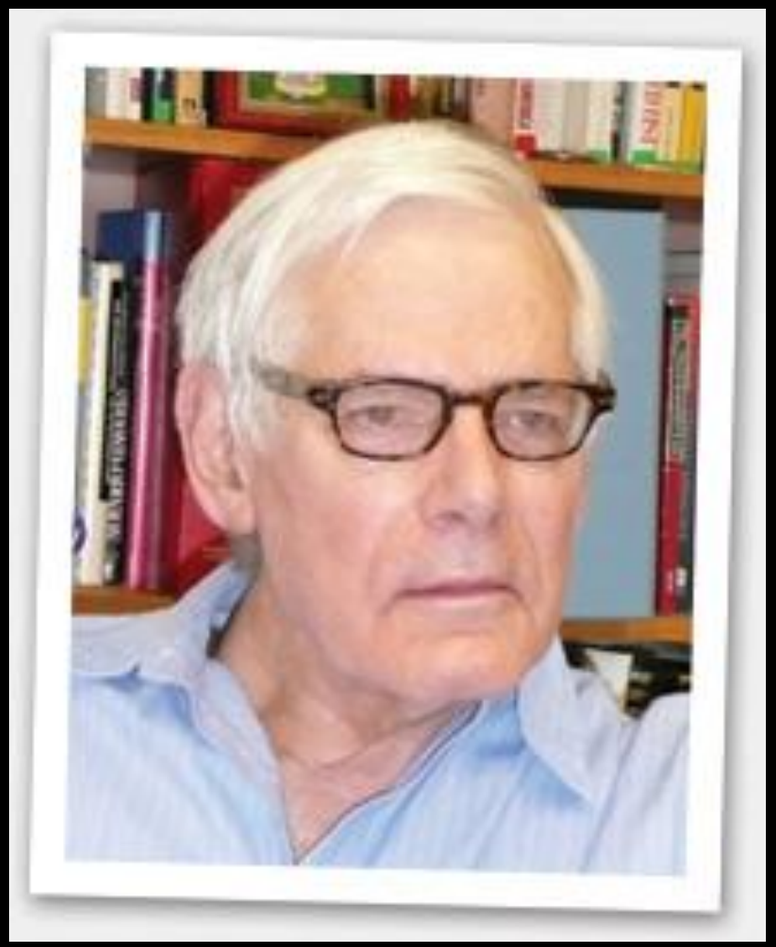
per il peso che hanno:

- sulla mortalità generale,
- sulla speranza di vita libera da disabilità (notevolmente ridotta a favore della quota “non libera”)

e, infine, ma non ultimo,

- sulla crescente spesa sanitaria.

Stiamo ancora praticando la medicina del secolo scorso?



«La geriatria ha da lungo tempo elaborato modelli di cura che si confrontano con la necessità di questi malati, …….

……., penso ai modelli protesici, ai modelli centrati sulla persona, al ‘Chronic Care model'.»

Fabio Bernardini

Più di 30 anni fa….

Il Consiglio Direttivo della S.I.G.G.
nel 1980 pubblicava:
"Modello di interventi per l'assistenza all'anziano"
Giornale di Gerontologia Vol.XXVIII – Marzo 1980

…. Assistenza protetta per non-autosufficienti

….Assistenza Domiciliare

…Centri Diurni con assistenza socio-sanitaria…..

…Piano di assistenza all'anziano….

….Tutti i servizi dovranno essere prestati in modo individualizzato…..

GIORNALE
DI
GERONTOLOGIA

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

Modello di interventi per l'assistenza all'anziano proposto dalla Società Italiana di Gerontologia e Geriatria Pag. 143

Lavori originali

Risultati a distanza del trattamento chirurgico della nevralgia essenziale del trigemino secondo la tecnica di Frazier-Spiller *(C. Alvisi, M. Cerioli, G. Donini)* » 155

Il cuore polmonare cronico nell'anziano. Revisione critica e contributo clinico *(G. Renzi, M.M. Della Marchina, S. Serofilli)* » 163

Il test alla Dopamina nel vecchio *(G. Abate, R.M. Polimeni, F. Cuccurullo, P. Puddu, S. Lenzi)* » 168

Sperimentazioni cliniche

Sull'impiego di un nuovo preparato corticosteroideo a cessione controllata nella terapia di affezioni reumatiche in soggetti prevalentemente geriatrici *(G. Renzi)* » 174

Risultati terapeutici con un estratto di parete arteriosa su pazienti arteriosclerotici *(A. Guarraggi, F. Anfossi, G. Carella, L. Mazza)* » 185

Forum

Lettera ad un Collega » 211

Dai Congressi » 213

Avvisi » 218

3

MARZO 1980
VOL. XXVIII

DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE - Via Malcontenti 12 - FIRENZE

Pubblicazione mensile

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE (GRUPPO III/70 - PARMA)

Università degli Studi di Parma

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE
IN GERONTOLOGIA E GERIATRIA
DIRETTORE: PROF. M. PASSERI

———oooOooo———

TESI DI SPECIALIZZAZIONE

Aspetti e problemi sanitari e sociali della terza età
C.mare di Stabia: assistenzialismo e assistenza - prevenzione e partecipazione

Candidato:
Dott. DE MARTINO GERARDO

ANNO ACCADEMICO 1981 - '82

zione viene data in maniera diversificata alle varie persone. La valutazione degli interventi da dare è quindi individualizzata e deve tener presente il grado di autonomia di ogni anziano, l'effettivo grado di bisogno e soprattuto quanto quella prestazione contribuisce a rafforzare il suo grado di autosufficienza. In altre parole non è giusto dare tutto a tutti in maniera indiscriminata, bensì l'intervento deve essere mirato a rimuovere quelle cause che possono anche potenzialmente minare l'autosufficienza dell'anziano. Il pericolo è quello di creare una situazione di totale dipendenza non del tutto dissimile a quelle delle case di riposo o di altre istituzioni totali e che contribuisce a dare un taglio caritativo al servizio stesso.

L'assistenza domiciliare dovrà essere legata all'intervento sanitario strettamente, un anello di una catena assistenziale comprendente Day Hospital, ambulatori, case di riposo, ma soprattutto i centri

Che giovani specializzandi studiavano e tentavano di applicare

“Tutela della salute dell’anziano”.

Del 1992 è il

P.O.A.N.

“Tutela della salute dell’anziano”.

inapplicato

"Improving *Chronic Illness Care*" (ICIC)

- Dalla metà degli anni ’90 diversi gruppi di ricercatori (Katon et al., 1995; Wagner et al, 1996, Von Korff et al, 1997), hanno ridefinito l’approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura da un approccio reattivo, basato sul paradigma ‘dell’attesa’ dell’evento acuto, ad un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo, mirato ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia; a promuovere l’empowerment del paziente (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale).Improving Chronic Illness Care: http://www.improvingchroniccare.org

Il ***Chronic Care Model pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica:***

1. *Health System*
   (IL SISTEMA ORGANIZZATIVO)

2. *Delivery Sistem Design*
   (IL DISEGNO DEL SISTEMA DI EROGAZIONE)

3. *Decision Support*
   (I PROCESSI DECISIONALI)

4. *Clinical Information System*
   (IL SISTEMA INFORMATIVO)

5. *Self-Management Support*
   (IL SOSTEGNO ALL'AUTOGESTIONE)

6. *The Community*
   (LE CONNESSIONI CON LA COMUNITA)

CHRONIC CARE MODEL (CCM)

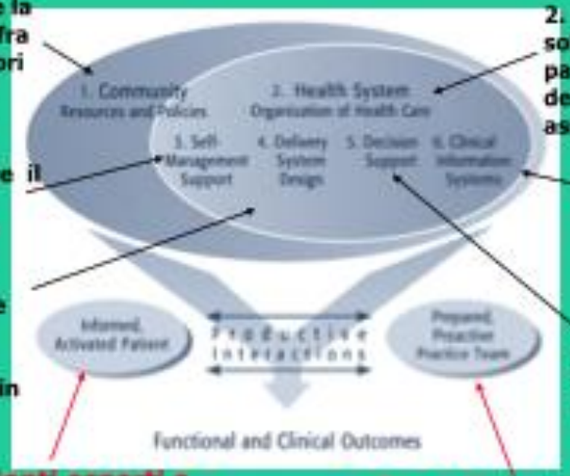
Edward Wagner , MacColl University, Center for Health StudieSeattle, USA

1. Promuovere la cooperazione fra tutti i produttori di servizi per malati cronici

2. Finalizzare alle sole cronicità una parte delle risorse del sistema assistenziale

3. Promuovere il self management

4. Affidare prevenzione e cura a team multidisciplinari



6. Rendere l'accesso ai dati clinici completo e rapido

5. Riferirsi a percorsi assistenziali evidence-based

Pazienti esperti e attivi ⟷ **Curanti esperti e proattivi**

Chronic Care Model

1. **Le risorse della comunità** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

2. **Le organizzazioni sanitarie** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

3. **Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo.

4. **L'organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team. Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.

5. **Il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

6. **I sistemi informativi.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici , mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi; 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "*population-based*". I registri di patologia – una delle caratteristiche centrali del chronic care model – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.

Il ***Chronic Care Model*** individua in modo puntuale le variabili fondamentali che rendono possibile un approccio "sistemico" alle malattie croniche

SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

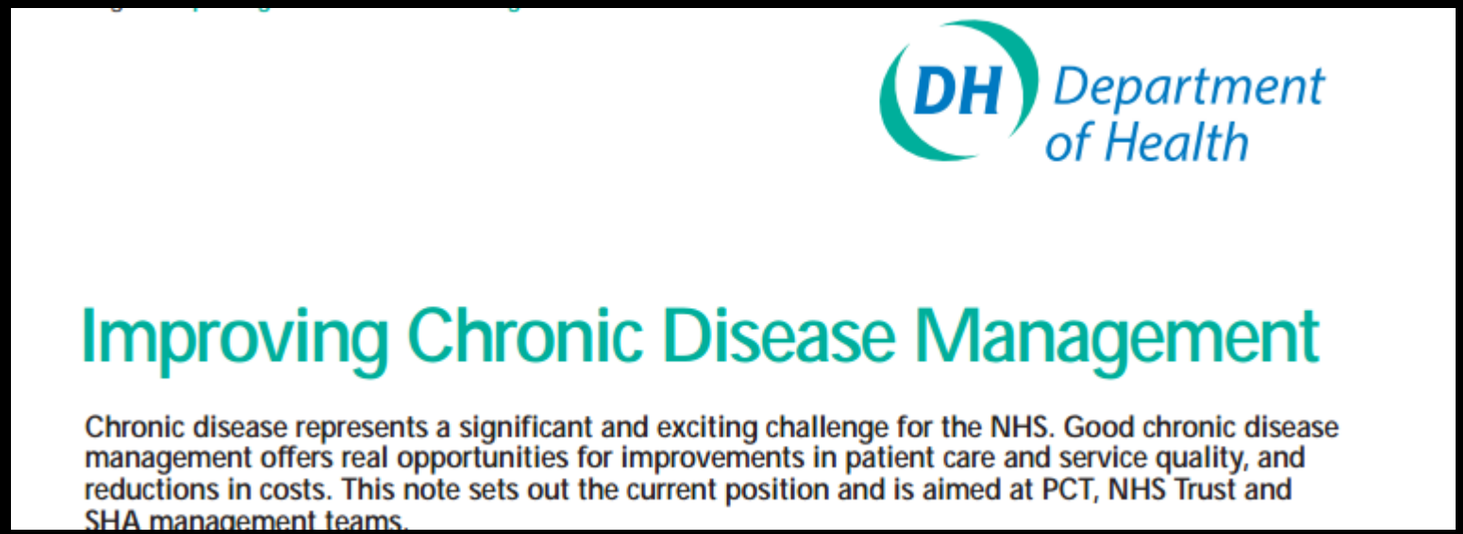
La presa “in carico”

Modelli di valutazione e d’intervento nei pazienti anziani. R.Nardi
in Le basi culturali della Geriatria a cura di R.A.Incalzi, **SIGG, 2005**

- garantire e perseguire sempre la centralità del paziente
- far sì che vi sia un unico punto di accesso al sistema
- pianificare l’assistenza in maniera correlata alla stratificazione del rischio
- garantire un’assistenza focalizzata sull’identificazione dei bisogni e/o sull’anticipazione degli stessi
- garantire la condivisione delle informazioni a tutti i livelli dell’assistenza
- far sì che il coordinamento dell’assistenza sia longitudinale e prolungata nel tempo e non correlato solamente a specifici eventi
- pianificare l’assistenza in maniera interdisciplinare

Population Management

Department of Health - Government of United Kingdom:
Improving Chronic Disease Management. (2004), in
www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4075214



DH Department of Health

Improving Chronic Disease Management

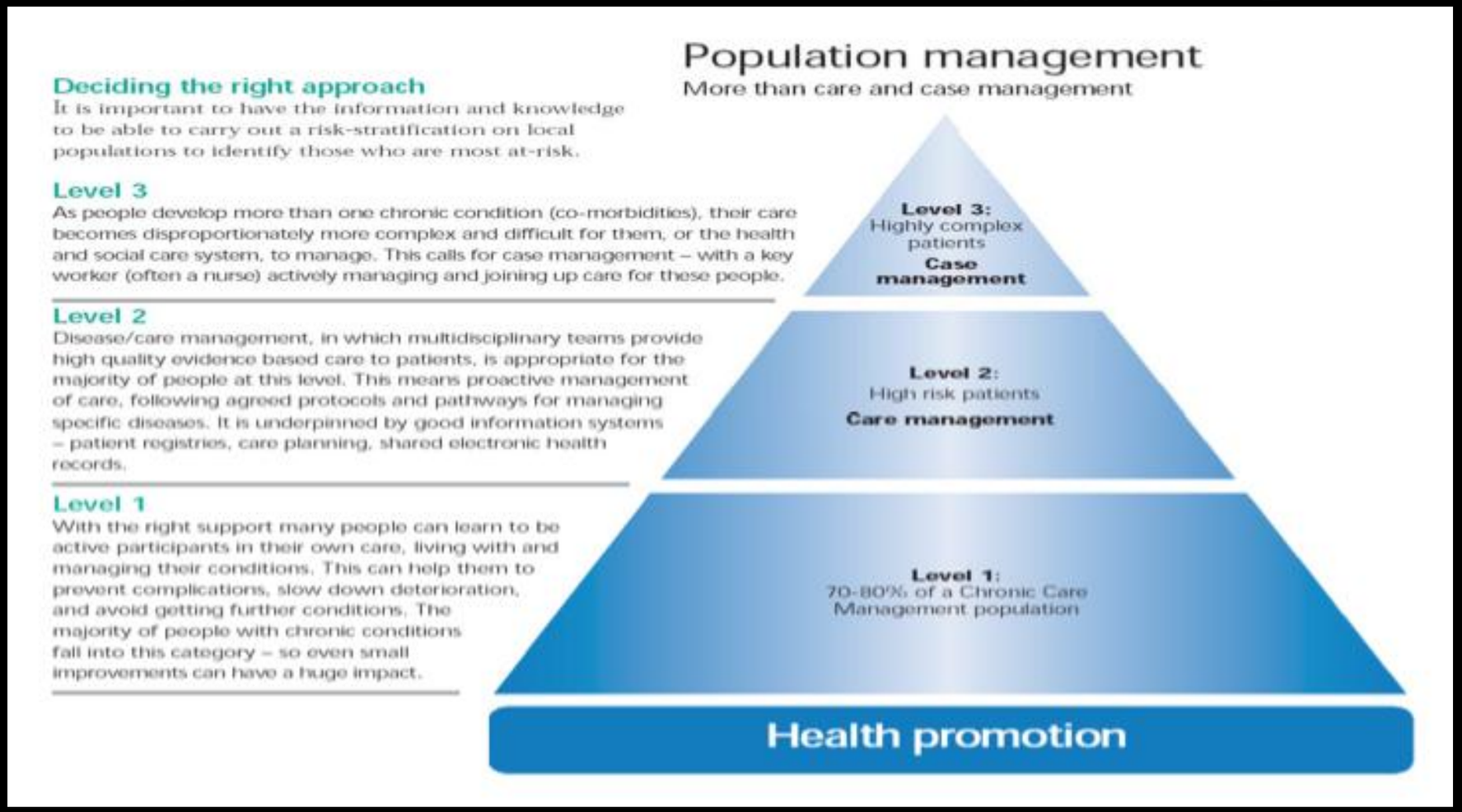
Chronic disease represents a significant and exciting challenge for the NHS. Good chronic disease management offers real opportunities for improvements in patient care and service quality, and reductions in costs. This note sets out the current position and is aimed at PCT, NHS Trust and SHA management teams.

Il Ministero della Sanità britannico, ispirandosi esplicitamente a tali esperienze, elabora un proprio modello di assistenza sociosanitaria per i pazienti cronici, da implementare nel sistema sanitario nazionale (NHS), dal titolo "Improving chronic disease management' che, pur strutturandosi diversamente, ne condivide premesse, strategie e risultati attesi.

Il modello punta essenzialmente sull'empowerment del paziente (e della comunità) e sulla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale) nella logica dell'approccio proattivo.

Population Management

Department of Health - Government of United Kingdom:
Improving Chronic Disease Management. (2004), in
www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4075214



Oltre ad enfatizzare la promozione della salute per tutta la popolazione sana, si parte da una stratificazione della popolazione portatrice di problemi di salute in tre livelli di necessità assistenziali correlati ad altrettanti livelli di rischio, cui si ritiene di dover far fronte con tre approcci distinti:

Population Management

Department of Health - Government of United Kingdom:
Improving Chronic Disease Management. (2004), in
www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4075214

Stratificazione della popolazione in tre livelli:

1. Management population (70-80%)
   pazienti cronici

2. Disease/Care Management (15-20%)
   pazienti cronici ad elevato rischio

3. Case Management (2-3%)
   pazienti cronici ad elevata complessità

KAISER PERMANENTE®

una HMO (Health Maintenance Organization) degli Stati Uniti d'America che cura circa 8,7 milioni di americani in 9 stati dell'unione.

KAISER PERMANENTE®

“il volto buono della americana”.

Oggi KP conta 156.853 dipendenti con 13.729 medici, 32 ospedali e 416 Medical Office. La parola d’ordine che si legge nel loro sito (https://www.kaiserpermanente.org/) *thrive,* prosperare, lussureggiare, crescere rigogliosamente. Si riferisce alla loro *vision* per la quale

si candidano ad essere i leader mondiali nel perseguire la salute attraverso un forte sistema integrato.

KAISER PERMANENTE®

1. maggiore spinta al sistema delle cure primarie con ospedali per acuti a degenza breve

2. forte controllo del “dato” raccolto in un sistema informativo unico e condiviso

3. obiettivi chiari, semplici e trasparenti a tutti: sia cittadini che personale socio – sanitario

4. rapporto di lavoro unico o comunque paritario tra tutti gli attori.

Lo spostamento dell'asse delle cure sul territorio insieme alla spinta alla prevenzione ed all'empowerment del cittadino/paziente determina alcuni indicatori di performance ospedaliere come quelli riportate nella tabella

Tabella 1: confronto di alcuni indicatori ospedalieri tra KP e altri paesi europei.

	Kaiser Permanente	Media paesi europei più virtuosi
Posti letto X 1000 ab.ti	1	3,5
N° g.di degenza X 1000 ab.	301	1000
Degenza media in gg.	3,2	5,5

Fonte : G.Maciocco, modificato da Il sole 24 ore Sanità 2007, a. X N° 21

In conclusione la puntuale applicazione dei principi esposti ci potrà far avanzare nel campo del disease management, inteso come presa in carico globale (socio-sanitaria) del cittadino, condivisa (da tutti gli attori, cittadino compreso) e trasparente nelle regole ed obiettivi.

Detto questo…… e… la Geriatria?

Stiamo ancora praticando la medicina del secolo scorso?

"Nel momento in cui molte cose, in questa fondamentale area assistenziale, cambiano sia a livello nazionale che regionale, i geriatri sono chiamati a conoscere, confrontarsi e dibattere sul presente e il futuro della cura a lungo termine degli anziani". *Fabio Bernardini*

SPECIAL ARTICLES

The End of the Disease Era

Tinetti M.E., Fried T., Am J Med, 2004

E' arrivato il tempo di abbandonare la malattia come momento centrale dell'intervento medico perché a causa dell'invecchiamento della popolazione i problemi di salute si identificano sempre meno con una singola malattia, i fattori biologici e non biologici vengono sempre più ad interagire fra di loro, cambiano le priorità relative allo stato di salute

⬇

focalizzarsi sul trattamento della sola malattia è pertanto dannoso e fuorviante

Strategia d’intervento

Certo è una scienza in continua evoluzione ma la strada ora è quella di definire e riconoscere le competenze del Geriatra nei vari setting e in particolar della Geriatria del territorio perché, senza la Geriatria, il sistema non reggerà all’impatto dell’invecchiamento.

Il perché per una Geriatria del territorio….

Salvatore Putignano

Strategia d’intervento

«confusione imperante»

Strategia d'intervento «confusione imperante»

Parlare - e troppo spesso in maniera indistinta - di 'continuum assistenziale', 'rete dei servizi', nodi della rete dei servizi, setting assistenziali, presa in carico globale, porta unica di accesso, caregiver, VMD, UVG e/o… UVI…, senz'altro indica un grande attenzione rivolta alla materia, ma non da meno può anche essere un indice della confusione imperante e/o, addirittura, ingenerare una visione distorta negli 'stakeholders', così come in tutti quelli che non sono perfettamente a conoscenza di quello che è, o dovrebbe essere, la Geriatria, ovvero il **prendersi cura degli anziani fragili nella loro complessità**.

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Le parole sono importanti!

Ageismo

Così come nel vitello d'oro (Esodo libro 32) ognuno può crearsi la propria rappresentazione.

Molti, proprio in seguito a tale approccio superficiale, perdono di vista (o addirittura scotomizzano) quelli che sono i fondamenti della Long Term Care.

Si rischia di togliere significato alle parole, far perdere loro del tutto il rapporto originario con i concetti alle fondamenta del loro uso.

Queste si tramutano così in vuoti simboli astratti. Si rischia difatti di rinnovare una sorta di ritorno al paganesimo, di adorare un idolo sì d'oro ma che non ha più niente di veramente sacro.

Oggi questo atteggiamento ha preso il volto dell'Ageismo.

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i . vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

I luoghi di cura

Un altro preciso indicatore di questo atteggiamento, ormai anche non larvato ‘ageismo’, è la stranamente scarsa attenzione rivolta a quelli che sono i luoghi di cura degli anziani che, in quanto nodi centrali di una rete di servizi dedicati ad una popolazione di per se ‘fragile’, abbisognano di un elevato contenuto professionale.

Di questi contenuti operativi se ne parla troppo poco!

La massima attenzione invece è dedicata alle contingenze economico finanziarie (**domiciliarità** come **risparmio**) ovvero alle sovrastrutture burocratico amministrative in gioco (organizzazione gestionale): viene data attenzione al **controllo** invece che alla **gestione**.

G.De Martino, E. Piermatteo – “I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro…" – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Il dibattito sui contenuti professionali langue e l'attenzione sembra unicamente rivolta a come risparmiare sulle cure agli anziani fragili, fissando solo come unici obiettivi quelli di spesa *(razionamento vs razionalizzazione).*

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

razionamento vs razionalizzazione

Non senza l'amarezza di chi ha vissuto, e subito, il processo di aziendalizzazione della Sanità c'è da rilevare che sino ad ora si è avuto a che fare con forme di governance che:

- hanno avuto effetti drammatici sul presente
- non hanno saputo o voluto valutare l'impatto delle scelte fatte sulla dimensione futura
- non hanno saputo o voluto immaginare scenari innovativi per ideare un cambiamento del "sistema salute" senza ledere diritti ed equità.

- Senza contare quanto la gestione del Sistema sanitario sia stata permeabile ad interessi, mafie e malaffare che sono stati in moltissimi casi la vera governance. Adesso che il Governo sposta il terreno di confronto nel rapporto con le Regioni c'è da chiedersi se queste agiranno un'inversione di rotta o se continueranno a perseguire gli equilibri di bilancio usando il metro del ragioniere (?) sui costi del sistema sanitario regionale.

A. Monastra www.quotidianosanita.it 20 Ott. 2013

E i diritti dove sono finiti?

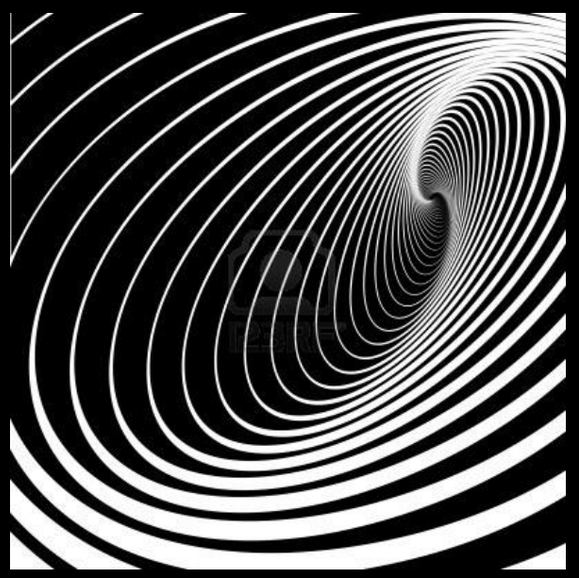
- *Il risultato sarà, presto o tardi, una violazione del diritto alla salute con gli strumenti e le modalità già paventati dalla nota del DEF 2013: Ticket, ridefinizione in senso riduttivo dei LEA, riduzione indiscriminata della spesa farmaceutica per far quadrare i conti, saranno nei fatti un'aggressione alle garanzie per la salute collettiva.*

- *Invertire la rotta vuol dire piuttosto considerare la prevenzione e la medicina territoriale i punti da cui partire per ridefinire tutto il sistema delle cure e la sua "governance".*

Investire su prevenzione e medicina territoriale significa avviare percorsi virtuosi che conciliano risparmio e qualità.

A. Monastra www.quotidianosanita.it 20 Ott. 2013

In pratica nel dibattito attuale si attua un vero e proprio scollamento tra finanziamento dei servizi e basi operative (in assoluto dispregio di quello che è il vero e proprio governo clinico della fragilità dell'anziano) con ricadute negative, non solo sugli stessi costi gestionali ma, ancora di più, sui risultati in termini di sofferenze umane e peggioramento dello stato funzionale, con una perversa spirale negativa sugli stessi costi.



G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Le conseguenze sono evidenti a tutti coloro che hanno cari in situazione di fragilità.

Molti anziani fragili le subiscono invece nel silenzio (assordante) a cui sono condannati.

La "controriforma" del Def e quel silenzio assordante

La "nota" sulla sanità allegata al Def è una cosa brutta e pericolosa. Mette in discussione l'universalismo, sostituisce il cittadino "avente diritto" con il cittadino "più bisognoso", restringe le tutele pubbliche (Lea) sostituendo ciò che è "essenziale" con ciò che è "indispensabile" (Lia), controriforma di fatto il Titolo V della Costituzione. Eppure stanno tutti zitti

24 SET - Che succede? E' come se nella nostra "foresta" normalmente chiassosa fosse calato uno strano silenzio. Neanche un verso, un grido, un tramestio. Eppure qualcosa di brutto e di pericoloso si è insinuato tra di noi, qualcosa di subdolo che rischia di paralizzarci tutti. Noi della "foresta" abbiamo

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

G GERONTOL 2006;54:1-4

EDITORIALE
EDITORIAL

I poeti dicono bugie

Poets are lying

L. FERRUCCI

Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging, Baltimore, MD, USA

"La vecchiaia è un periodo di contrasti, dove il dolore e la gioia raggiungono i limiti più estremi e l'attaccamento alla realtà contingente, alla vita, sono massimi.

I poeti dicono bugie.

Non c'e nessun crepuscolo…nessun oblio.

Gli anziani gridano, chiedono il nostro aiuto".

Ulteriore assurda conseguenza è che alcuni, più confusi, arrivando a disconoscere le basi scientifico culturali e anche normative dell'assistenza agli anziani fragili, si chiedono e talora proclamano, che parlare di rete dei servizi e assistenza continuativa in geriatria sia solo una moda del passato!

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Alcuni arrivano, ancora peggio, a comprendere e confondere la fragilità degli anziani nell'area della disabilità:….. Non è questione solo di ignorare i presupposti della L.T.C. si arriva a negarne le basi culturali: ecco di nuovo l'ageismo…

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro…" – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Questi atteggiamenti, ci spiegano, non certo giustificano la nascita di una stratificata classificazione sistematica, spesso solo burocratica, di servizi (solo nominalmente a rete) con scarsa o nulla offerta di prestazioni specifiche per gli anziani fragili e/o dipendenti.

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Appare fuor di dubbio a questo punto come sia importante aprire un dibattito, sereno e se necessario acceso, non tanto sui fondamenti culturali del L.T.C., universalmente riconosciuti, **quanto sul come e perché venga disconosciuto il diritto degli anziani fragili ad avere a disposizione quanto necessario:**

servizi previsti e garantiti dai LEA.

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Gli anziani fragili hanno diritto (contro ogni ageismo) a cure specialistiche qualunque sia il luogo di cura determinato, anche se conseguente a contingenze organizzative.

Tali contingenze al contrario spesso sono tali proprio per la mancata programmazione e/o attivazione di modelli organizzativi (anche dipartimentali) dedicati e centrati sulla clinica geriatrica.

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

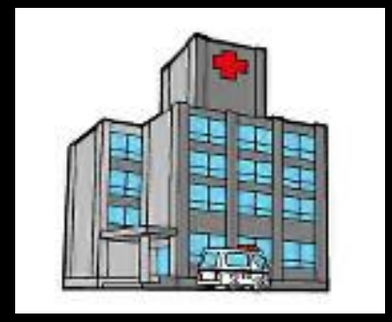
La Geriatria è nata sì come sistema a rete di cure continue ma è sempre clinica, che esiste per prevenire e curare le malattie dell'invecchiamento.

Le reti di servizi e il finanziamento delle stesse sono momenti sì determinanti, ma non possono cancellare l'aspetto basilare della cura che è il dare una risposta clinica al massimo delle competenze specialistiche esistenti ad ogni singolo individuo, non di meno quando si tratta di anziani fragili.

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

I servizi e le reti integrate, così come la continuità delle cure, sono null'altro che mezzi: .

si tratti di curare complicanze multiple a cascata e prevenire le complicanze disabilitanti di una comorbidità attiva acuta in ospedale



o le conseguenze disabilitanti di malattie croniche al domicilio di anziani col supporto della famiglia oppure istituzionalizzati

ovvero, infine, prevenire o stabilizzare lo stato di salute di un anziano fragile in ambulatorio.

G.De Martino, E. Piermatteo – "I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Se poi alla pratica clinica si arrivasse a coniugare la pratica della ricerca applicata per essere pienamente coscienti non solo di quello

che si può fare,

ma anche di quello che si dovrebbe poter fare

per il singolo paziente geriatrico –

potremmo raggiungere il “golden standard”, a costo zero semplicemente utilizzando le competenze già esistenti.

G.De Martino, E. Piermatteo – “I Settings assistenziali. Premessa Culturale - Geriatria nel territorio Un metodo per i vecchi, per i medici, per il futuro..." – 2012 – pg 47-67 – Editore: Critical Medicine Publishing s.r.l.

Come e cosa fare?

- **La Geriatria è in grado di rispondere alle sfide di una società che invecchia!**

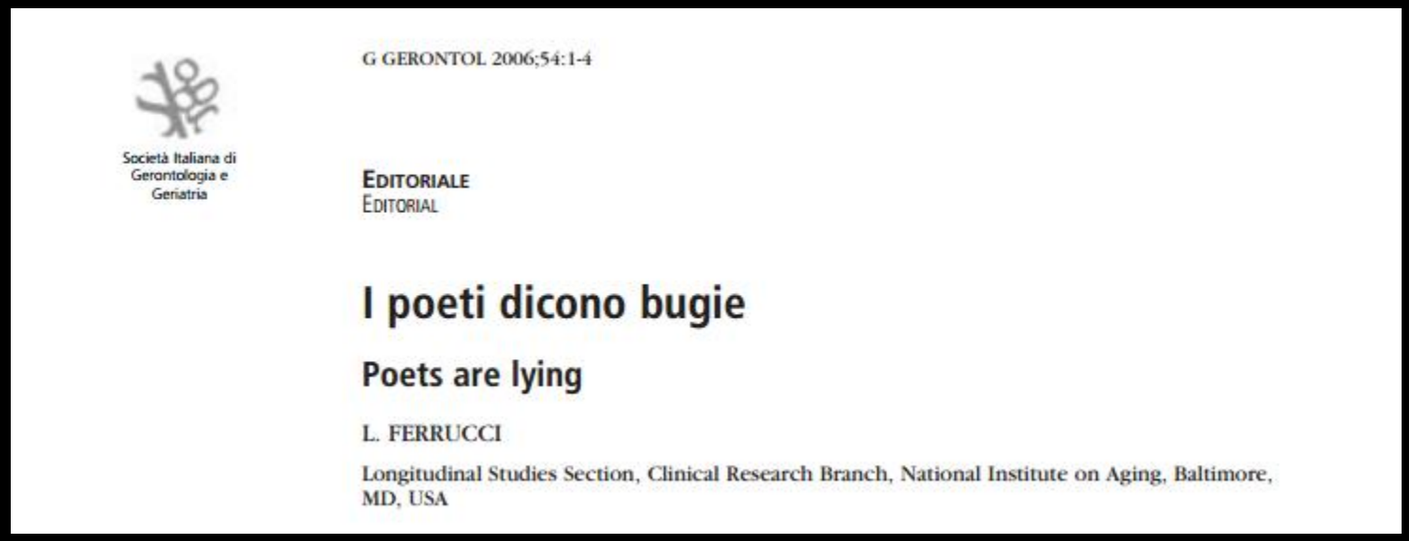
Probabilmente occorre una strategia che sia soprattutto di

partecipazione,

promozione culturale,

oltre che di

diffusione e applicazione delle conoscenze.



Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

G GERONTOL 2006;54:1-4

EDITORIALE
EDITORIAL

I poeti dicono bugie

Poets are lying

L. FERRUCCI

Longitudinal Studies Section, Clinical Research Branch, National Institute on Aging, Baltimore, MD, USA

"..credo che i geriatri debbano fare la Geriatria, occuparsi degli anziani fragili con comorbilità e disabilità……

..credo che la Geriatria debba essere insegnata da docenti che credono realmente nella specificità del curare gli anziani.....

- **E’ necessaria un’opera di profonda razionalizzazione**
- **E’ necessaria la presenza di servizi specialistici geriatrici sul territorio inseriti in una organizzazione dipartimentale**

S.I.G.G. Societa' Italiana di Gerontologia e Geriatria

Le cure a lungo termine (long term care) meriterebbero anche in Italia una maggior considerazione.
A quando ?
Le badanti potrebbero non essere più disponibili

The Question of Long-Term Care: How Do You Eat An Elephant? | Health AGEnda

One of my biggest surprises in the passage of the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) was the inclusion of title VIII, the CLASS ACT, which created the possibility of a national, voluntary, premium-financed,...

JHARTFOUND.ORG

How do you eat an elephant?

Un morso alla volta .

Il cambiamento può essere lento e il processo esasperante , ma se siamo fermi e utilizziamo gli strumenti che abbiamo , abbiamo tutte le possibilità di successo.