

NURSING HOME O CARE HOME IN ITALIA. DI QUALI SERVIZI MEDICI ED INFERMIERISTICI USUFRUISCONO GLI ANZIANI OSPITI?

In Italia sarebbero 270000 circa i letti per gli anziani nelle strutture residenziali con diverse tipologie. Delle procedure curativo-assistenziali che si utilizzano all'interno delle strutture non raramente con attività di tipo "postacuzie" si sa molto poco. Il personale infermieristico è in questo setting fondamentale per la qualità delle cure e per la qualità della vita degli ospiti assistiti.

In Olanda c'è una Cattedra di medicina delle residenze: Si dovrebbe insistere, fare lobby, affinché siano disponibili RSA (residenze sanitarie assistenziali) di insegnamento, una sorta di laboratorio didattico formativo; la facoltà di Medicina insiste a non considerare queste problematiche tanto importanti in un mondo che invecchia rapidamente.

In Olanda esiste nel corso di laurea di medicina e Chirurgia anche la cattedra Nursing Home Medicine e sono attivati dottorati di ricerca con questa tematica.

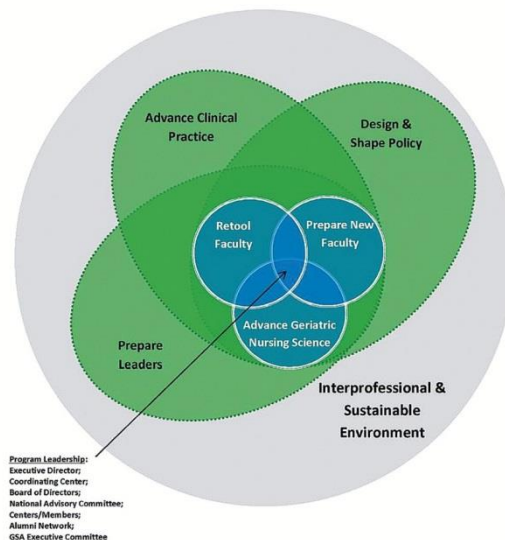
 National Hartford Center of Gerontological Nursing Excellence

CONCEPTUAL MODEL

The conceptual model links all of the components of National Hartford Center of Gerontological Nursing Excellence.

The concentric and overlapping circles at the center of the model represent the core of our mission and programmatic goals.

At the center of the model is the core of management including the leadership of the coordinating center, the Hartford Alumni Network, and the executive committee that operates within the inter-professional environment of The Gerontological Society of America.



Miel Ribbe ha ottenuto una posizione accademica in questo settore (vedi [qui](#)) che ha i presupposti per essere considerato come qualificato dal punto di vista della ricerca e della formazione geriatrica; si veda il recente Congresso sul tema (vedi [qui](#)) al quale hanno partecipato attivamente alcuni Geriatri italiani.

A Ferrara al VI anno del corso di laurea di Medicina si insegna la medicina interna III e medicina del territorio con 9 CFU (crediti formativi universitari); il prof S. Volpato in questo modulo insegna la medicina del territorio; nell'insegnamento sono comprese anche la Genetica, la ginecologia e la pediatria generale e specialistica (vedi [qui](#)). Facendo riferimento ai codici [UGOV](#) – sistema per la governance degli atenei compresa la didattica - la Geriatria e la Gerontologia sono quasi inesistenti; stessa considerazione per la Psicogeriatrics. Per i pazienti anziani sarebbe fondamentale disporre di personale di cura e di assistenza (medici e infermieri, ma anche fisioterapisti e terapisti occupazionali) che conosce (competenze) i loro più frequenti problemi che sono il delirium, le cadute, i disturbi del comportamento, la depressione, l'inattività, la solitudine, l'ansia, la malnutrizione e la solitudine.

In Italia a livello accademico non si fa abbastanza per i problemi medici e i bisogni degli anziani che notoriamente si trovano nei setting domiciliare e residenziale dove domina la Medicina territoriale nettamente lontana dalla medicina accademica. Il problema degli UGOV esiste anche perché nessun

docente ha “osato” in passato proporre UGOV specifici per la Geriatria e Gerontologia: avrebbe potuto interessare anche altre discipline come la fisiologia, biochimica, psichiatria, scienze motorie, ecc. Vedi [qui](#). È auspicabile che alcuni docenti MED/09 propongano almeno online uno specifico U_GOV: si può tentare la fortuna! In questi giorni (2018) un quotidiano segnala che dal prossimo anno i Corsi di laurea di Medicina e Chirurgia avranno un tirocinio (obbligatorio?) per le cure palliative e del dolore: meglio tardi che mai!

Alcune nazioni hanno **strutture per anziani** capaci di qualificate cure ed assistenza agli ospiti. In Inghilterra si tenta di valutare anche i risultati ottenuti. Da noi la tradizione è ben diversa e povera; manca un punto di riferimento (non burocratico) per cercare di realizzare un miglioramento continuo nel tempo delle prestazioni socio-sanitarie compresa la sicurezza, la dignità e la qualità della vita degli ospiti. Si prevede anche in Italia un aumento delle spese per la long-term care; speriamo che risorse siano utilizzate anche da noi per realizzare finalmente *teaching/research-based care homes* da inserire nel curriculum formativo dei corsi di laurea di medicina e chirurgia ed infermieristica oltre che per terapeuti occupazionali (tanto rilevanti). L'obiettivo è anche quello di ridurre la crescente ospedalizzazione e riospedalizzazione degli anziani ospiti di struttura; serve proprio un mutamento della visione delle cure intermedie anche nella formazione dei medici e degli infermieri. La RSA di insegnamento è sicuramente esigibile dal Corso di laurea di Medicina che dovrebbe manifestare qualificato interesse per questo crescente numero di malati cronici e disabili. L'interesse per la qualità delle cure prestate agli ospiti delle strutture per anziani (in gran parte grandi vecchi e con declino cognitivo e grave disabilità) è modesta e persistente con evidenti spunti ageistici; i posti letto sono circa 3 volte quelli ospedalieri; il personale addetto ha in genere una preparazione indefinibile con un basso numero di Infermieri. I problemi della qualità delle cure di queste strutture intermedie e dei risultati ottenuti rimangono immutati nel tempo: l'impressione è che prevalga il “fai da te”; anche la documentazione sanitaria a disposizione è di solito deludente e non idonea ad inserirsi in un network di cure e assistenza continue. Sempre più spesso l'ingresso in struttura è successivo ad un ricovero ospedaliero.

Dovrebbe essere aumentata l'attrattività e la qualità delle strutture per anziani di varia tipologia sempre più richieste anche se il domicilio rimane il setting ottimale per l'anziano anche quando ha problemi; servono leaderships per innovare le procedure assistenziali e curative anche per ridurre il ricovero degli ospiti in ospedale; in Inghilterra c'è il **Care Home Innovation Centre (CHIC)** per training e ricerca nel settore (si veda [qui](#)). In Italia manca attenzione appropriata a questo problema anche se la parte sanitaria dell'assistenza residenziale è gestita dal sistema sanitario regionale; si ricordi che le RSA forniscono prestazioni di riabilitazione e di riattivazione anche cognitiva e sono in grado di gestire le cure palliative quando prescritte. Serve sicuramente che la struttura per anziani faccia parte dell'ambiente formativo del Medico e dell'infermiere istituendo come si è detto la RSA di insegnamento e di ricerca: l'obiettivo è conferire adeguate competenze ai medici e agli Infermieri per affrontare i problemi della complessità e dei bisogni degli anziani ospiti di struttura. In Inghilterra si prevedono cambiamenti (nel 2019) nel servizio sanitario nazionale (NHS) con potenziamento dei servizi territoriali e in particolare la long-term care (LTC) – si veda [qui](#)- I costi delle degenze nelle strutture sono di solito elevati e variano con l'intensità assistenziale richiesta: è una delle ragioni per le quali le famiglie preferiscono la soluzione badante domiciliare, più economica; a Milano le badanti sono il 91% degli abitanti over75 anni non autosufficienti. Per quanto riguarda il problema dei costi si ricorda che i familiari degli ammalati di Alzheimer sono obbligati alla compartecipazione per retta secondo le loro possibilità economiche; la sentenza della Cassazione del 2012 prevedeva che le rette di ricovero in case per anziani per pazienti non autosufficienti con demenza di Alzheimer fossero completamente a carico del servizio sanitario basandosi sul presupposto che nel caso di questi pazienti si eroghi sempre e soltanto assistenza sanitaria e non sociale; servirebbe una forte attività di *advocacy* su questo punto, ma non solo.

Si segnala i tanti corsi Master di I e II livello su argomenti geriatrici: dovrebbero concorrere al miglioramento delle cure e dell'assistenza agli anziani; i risultati per ora non sono dimostrati.