



Percorso di aggiornamento e confronto  
per Responsabili Sanitari delle Strutture  
Socio-Sanitarie della Lombardia

Anno 2013-2014



*1° giornata*

## **I Servizi Socio-Sanitari: cenni storici ed evoluzione della normativa**

**Brescia, 11 ottobre 2013**

# **Le risposte ai nuovi bisogni della popolazione anziana**

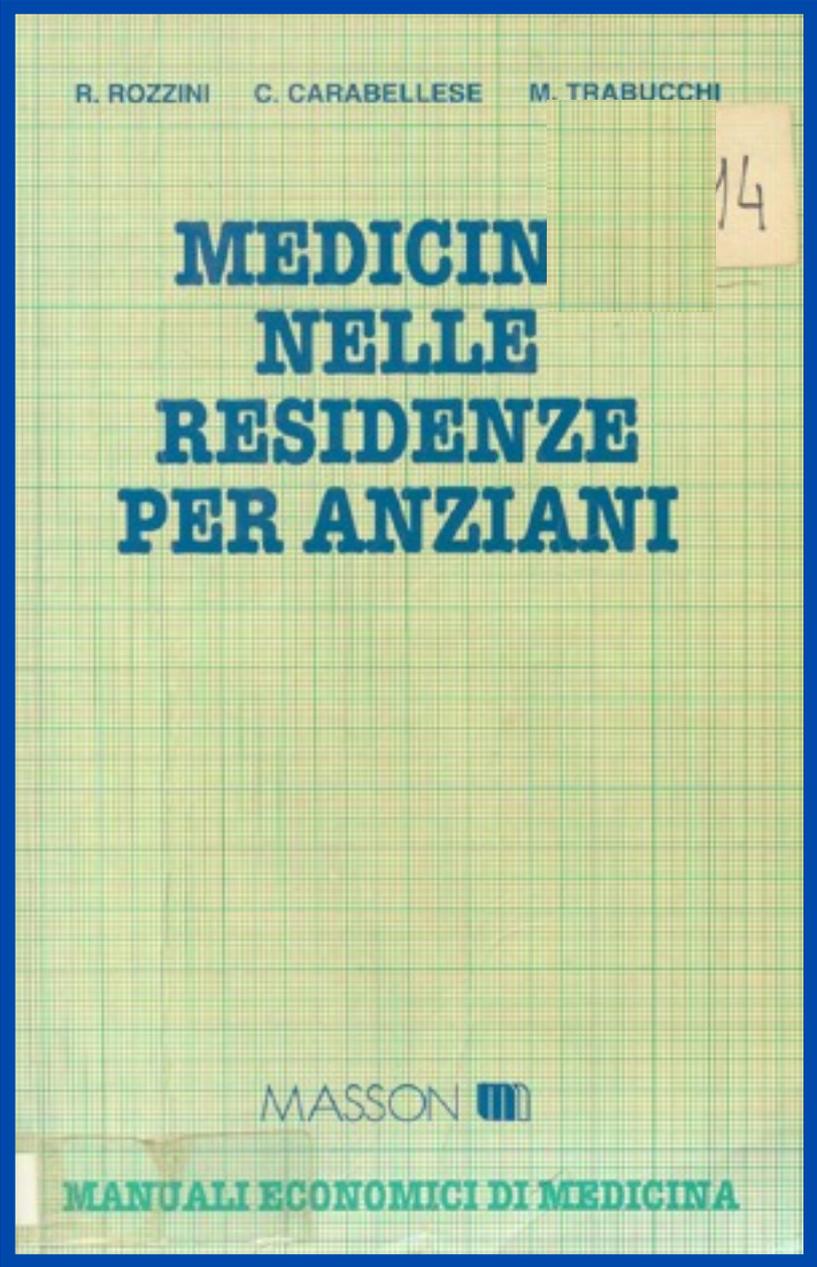
**Marco Trabucchi**

Università di Roma "Tor Vergata"  
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia  
Associazione Italiana Psicogeriatra

**“Non siamo medici da pasticceria”  
Il compito nobile dei medici nelle  
istituzioni per anziani tra funzioni  
cliniche, economiche e organizzative.**

**Uno sguardo introduttivo generale.  
Una lunga storia, ben lungi dall'essere  
conclusa.**

1992





Fondazione Smith Kline

# Residenze sanitarie per anziani

a cura di

Marco Trabucchi  
Enrico Brizioli  
e Franco Pesaresi

il Mulino

2002

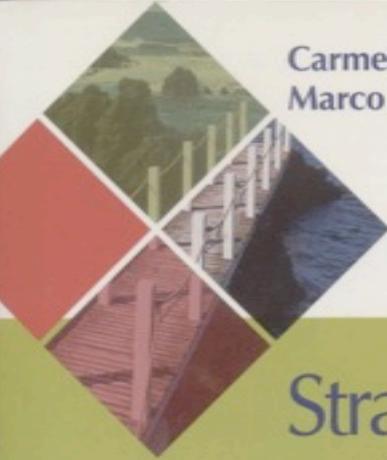
---

# Il dolore nelle residenze sanitarie assistenziali

---

A cura di Marco Trabucchi  
Simone Franzoni  
Floriana Luisa Giraudò

**Carocci Faber** 2009



Carmelo Scarcella, Fausta Podavitte  
Marco Trabucchi

# Strategie per la fragilità

Un modello di rete

2010

  
MAGGIOLI  
EDITORE

*Vega* 

Assessorato alle Politiche Sociali e Sanitarie



## La documentazione sanitaria e sociale in RSA

in collaborazione con

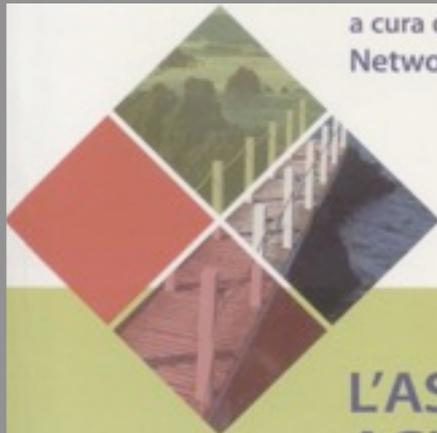


2010

Materiali dell'Osservatorio Sociale

QUADERNO 5

a cura di N.N.A.  
Network Non Autosufficienza



# L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA

3° Rapporto  
Il monitoraggio degli interventi  
e il punto sulla residenzialità

Rapporto promosso  
dall'IRCCS - INRCA per il Network  
nazionale per l'invecchiamento



 Vega

2011

  
MAGGIOLI  
EDITORE



REGIONE VENETO  
Azienda ULSS 20 Verona

# ASSISTENZA RICERCA e CURA per l'ANZIANO

Progetto ARCA  
EST VERONESE

*L'assistenza  
all'anziano fragile:  
esperienze di un anno  
e sviluppi futuri*

2012

PROGETTO MARA

Giuseppe Bellelli  
Marco Trabucchi

G. Bellelli - M. Trabucchi

# Il Miglioramento dell'Assistenza nelle Residenze per Anziani



**MARA**

2012

**La residenzialità dell'anziano e la rete dei servizi: un ambito di grande instabilità culturale, epidemiologica, organizzativa.  
Alla ricerca di alcuni equilibri.**

**La crisi delle finanze pubbliche e private sta inducendo una progressiva crisi nella vita delle residenze. Non si vedono segnali di un cambiamento ...**

**Il medico deve poter esprimere al meglio la propria cultura e la propria scelta di lavorare in una residenza per anziani. I semplificatori e i pessimisti non possono curare i pazienti anziani istituzionalizzati; i primi perchè non colgono le dinamiche complesse di un ambiente del tutto particolare, i secondi perchè non si pongono l'obiettivo – seppur difficile - di continuare a garantire il massimo di autonomia e la migliore qualità della vita possibile anche nelle residenze.**

Bellelli & Trabucchi. Il Miglioramento dell'Assistenza nelle Residenze per Anziani (MARA), Edimes 2012.

# **Alcune problematiche generali**

1.

**La prescrizione farmacologica è un atto – visibile e concreto da parte del medico - di protezione verso l'ospite della residenza.** Infatti, nonostante si usi talvolta il termine di “residenza protetta”, la condizione soggettiva dei pazienti è spesso quella dell’abbandono, di un livello di attenzione e cura molto inferiore a quello ricevuto in famiglia, dell’impossibilità di esercitare il controllo sulla propria vita. Il medico e l’equipe curante hanno prima di tutto il compito di costruire una condizione di fiducia nel paziente e nella sua famiglia, fondata sulla sensazione che scopo della struttura è proteggere i suoi ospiti dalle avversità della vita (quelle che hanno condotto all’istituzionalizzazione e quelle che possono insorgere durante la permanenza); così non solo si instaura un clima di serenità, ma anche di fattiva collaborazione, importante in particolare per evitare le tensioni che talvolta si creano tra operatori e parenti degli ospiti.

2.

**Complessità e frammentazione sono due parole chiave per leggere il tempo presente in ogni ambito; di fronte ad un mondo globalizzato, nel quale uomini e donne vivono una continua esperienza di difficoltà individuali e collettive, le risposte più diffuse ai bisogni delle persone - anche quando sono operanti - sono caratterizzate dall'assenza di attenzione all'insieme. Il primo compito di chi si accinge a indicare percorsi per le persone fragili è invece quello di ricomporre la realtà sociale (e anche del singolo individuo), per offrire risposte che accompagnino nel tempo chi ha bisogno di protezione. Le residenze per anziani si collocano in questa logica perchè hanno l'obiettivo di fornire un'assistenza completa, attenta a tutti gli aspetti della vita e che dura nel tempo. Anche il farmaco quindi non può svolgere una funzione parcellare, ma deve collocarsi nella prospettiva di un intervento in equilibrio con i molti altri messi in atto nelle RA, per costruire un progetto armonico di cure.**

(I parte)

3.

**I prossimi anni saranno dominati da difficoltà economiche in tutti i settori del nostro sistema di welfare, anche perchè le subentranti manovre di riduzione della spesa saranno accompagnate dal continuo aumento dell'invecchiamento della popolazione, con la relativa crescita della domanda di servizi. E' difficile prevedere quando il sistema ritroverà un equilibrio come quello che ha caratterizzato il recente passato, nel quale il sistema pubblico ha seguito in molte regioni la domanda attraverso un costante aumento dei finanziamenti. La crisi del settore ha già iniziato a mostrare alcuni segni pesanti e il futuro è pieno di incognite. In questa prospettiva, un ruolo importante rivestiranno gli operatori delle RA, non solo per gli atti di cura che dovranno continuare nonostante le molte difficoltà, ma anche perchè saranno gli unici veri difensori degli interessi delle persone più fragili. Difesa degli interessi che richiede grande conoscenza e capacità tecniche - nonchè prestigio sociale – prima ancora che sensibilità umana e civile.**

(Il parte)

3.

**Fortunatamente il livello medio degli operatori delle residenze rappresenta oggi una garanzia per gli ospiti; a loro si devono affiancare tutti quelli che con vari ruoli hanno responsabilità nel mondo dei servizi per gli anziani. E' necessario che nessun atto contrario al benessere delle persone più fragili passi inosservato e che vengano adottati i possibili provvedimenti per contrastarlo (questo è un ovvio invito rivolto a coloro che nella società hanno a cuore la condizione delle persone più vulnerabili, che diventa estremamente concreto quando applicato alla realtà delle RA). Le difficoltà sopraindicate dovrebbero essere bilanciate da una cultura geriatrica forte, in grado di indicare strade percorribili per l'assistenza dell'anziano ammalato nella casa, negli ospedali, nelle strutture intermedie, nelle RA. Invece si deve constatare che spesso manca una visione complessiva, e l'indicazione sia di quali sono gli anziani che si gioverebbero dei singoli segmenti delle rete sia di quali sono gli interventi più appropriati.**

3.

(III parte)

**In particolare per le residenze non sono disponibili linee guida e protocolli che indichino il livello al quale collocare l'equilibrio tra l'intervento clinico rispetto a quello assistenziale e psicologico. Questa mancanza si riflette sulla pratica; si incontrano quindi modelli assolutamente diversi tra di loro per l'intensità di un intervento o dell'altro, con diversa qualità-quantità degli operatori. Il fenomeno è di per se grave, perchè di fronte allo stesso bisogno vitale (i vecchi ammalati della Lombardia non sono diversi da quelli della Campania) si mettono in atto interventi completamente difformi tra loro, con evidenti disparità nei risultati raggiunti. Di fronte a queste realtà la cultura geriatrica dovrebbe continuare l'autocritica, già ampiamente compiuta dagli autori americani, sulla propria difficoltà ad offrire indicazioni valide al potere politico e amministrativo ed anche sull'eccessiva prudenza nell'opporsi a soluzioni chiaramente inadeguate.**

3. (IV° e ultima parte)  
Ma il nucleo della crisi non è tanto (o non solo) nella mancata proposta di soluzioni concrete, quanto nell'incapacità di identificare i modi più adeguati per una cura delle cronicità (a partire dalle problematiche diagnostiche, per arrivare a quelle terapeutiche, riabilitative e assistenziali). La medicina non ha ancora incorporato nella propria cultura il senso della vita dell'anziano e quindi il livello di intervento necessario perchè le dinamiche vitali possano esprimersi al massimo delle loro potenzialità (ovviamente molto differenziate per i diversi livelli di compromissione). Gli atti di cura discendono da una definizione degli obiettivi; se questi non sono chiari (o addirittura la loro definizione non viene contemplata) manca una guida all'azione giornaliera, come troppo spesso avviene negli ambienti istituzionali.

**4.**  
**La prescrizione farmacologica nelle residenze è impresa non facile, così come l'insieme delle cure prestate in un ambiente non predisposto per interventi clinici complessi. Di conseguenza il medico deve far conto soprattutto sulla sua cultura e sulla sua conoscenza della medicina scientifica, in modo da impostare atti di cura qualificati anche in assenza di strutture diagnostiche. Peraltro, i criteri di Beerse su un uso potenzialmente inappropriato dei farmaci nell'anziano (attualmente in revisione da parte dell'American Geriatric Society) costituiscono un valido punto di riferimento generale. Il medico deve comprendere l'importanza del proprio ruolo e avere l'orgoglio di rappresentare una funzione insostituibile e centrale per il benessere (e spesso anche la sopravvivenza) degli ospiti. Quindi le difficoltà non devono mai rappresentare motivo per atteggiamenti rinunciatari e fatalisti.**

5.

Prima di iniziare una cura è necessario raggiungere l'approfondita conoscenza del paziente attraverso ripetuti assessment multidimensionali (è strano constatare come nelle residenze - dove apparentemente vi è un contatto giornaliero tra l'equipe di cura e l'ospite - si possano nascondere le più gravi trascuratezze) e una raccolta accurata della storia, anche del periodo precedente all'istituzionalizzazione. L'ospite deve uscire dall'“anonimato clinico” di una condizione di sofferenza simile a quella di molti altri; solo un forte allenamento culturale ed umano permette al medico di raggiungere questa consapevolezza. Peraltro tutta l'equipe viene positivamente influenzata da un atteggiamento di attenzione specifica da parte del medico; è quindi utile anche l'assunzione di atteggiamenti pratici che rendano visibili gli atti a favore degli ospiti. Ovviamente il ruolo di leader nelle equipe deve essere conquistato ogni giorno attraverso la presenza fisica, l'attenzione, la capacità di decisione e quella di coinvolgere e motivare gli altri operatori rispetto ai provvedimenti da attuare. Atteggiamenti falsamente egualitari indeboliscono l'insieme delle funzioni di cura.

6.

La decisione di iniziare una terapia – soprattutto al momento dell’ingresso in struttura - va presa dopo aver analizzato le problematiche cliniche che potrebbero indurre ad un trattamento. Il medico deve decidere in base alla propria cultura ed esperienza, guidato dalla regola di fondo della parsimonia, per cui seleziona sintomi e sindromi che è necessario trattare, evitando di inseguire con il farmaco ogni condizione anomala (patologica) e quindi di caricare l’anziano di politrattamenti, che sono sempre fonte di interazioni, di effetti collaterali, di eventi avversi (basti pensare alla correlazione tra numero di farmaci e incidenza di delirium). La scelta della parsimonia non deve però essere interpretata in maniera rigida, perchè la comparsa di nuove condizioni di malattia può costringere all’uso di molti farmaci contemporaneamente. Su questi temi il medico non deve essere condizionato da pregiudizi sull’uso (e sul valore) dei farmaci, ma, al contrario, mostrare sicurezza dopo ogni decisione, sapendo bene quanto è ambivalente la posizione dei cittadini rispetto alle terapie, amate ed odiate con la stessa facilità e la stessa irrazionalità. Ciò vale sia per i familiari sia talvolta anche per gli operatori. Nelle RA assume inoltre un significato del tutto particolare l’attenzione alle scelte del paziente; infatti molti sono affetti da problematiche cognitive che limitano le capacità decisionali. Ciò però non deve dare al medico la sensazione di essere un “decisore assoluto”, perchè diverse sono le variabili da tenere in conto (stili di vita precedenti, capacità residue, richieste della famiglia, condizioni dell’ambiente, ecc.) e da valorizzare al fine di aumentare le potenzialità di cura di un farmaco.

7.

**Non esistono linee guida o protocolli specifici per le terapie nelle RA. Il compito principale del medico è quindi adattare le conoscenze generali su una malattia alle specificità dell'ambiente, oltre – ovviamente - alla condizione dell'ospite. Gli argomenti affrontati in questo volume coprono alcune delle situazioni più frequenti di bisogno di cure; vi sono però molti altri problemi terapeutici (si pensi ad esempio - a terapie per le demenze, per la depressione, per il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, per l'osteoporosi) per i quali non vi sono indicazioni di comportamento prescrittivo nelle residenze. Inoltre spesso i farmaci sono tra loro interagenti ed è ben noto che non esistono protocolli che prevedano l'enorme quantità di variabili che si incontrano – ad esempio - in presenza di 10-12 malattie contemporaneamente e dei relativi trattamenti (evento non infrequente nelle persone molto vecchie e molto malate, come sono gli ospiti delle RA).**

25

8.

**Nelle RA vanno messe in atto terapie che mirano a garantire la migliore qualità della vita. Questo obiettivo impone la scelta di fondo di integrare l'intervento farmacologico con quello riabilitativo, di supporto psicologico e ambientale. In questa prospettiva è doverosa una precisa e puntuale terapia antidolorifica, senza inutili timori. Infatti il dolore riduce l'interazione dell'ospite con l'ambiente e con gli altri; il trattamento -anche con oppiacei, quando necessario- non priva l'anziano della propria autonomia, ma permette che questi possa recuperare un minimo di capacità di relazione. Anche l'attenzione alla dispnea, alla nausea, alla stipsi sono indispensabili, perchè la presenza di sintomi disturbanti distoglie l'anziano da qualsiasi attività collettiva e trasforma le giornate in un tempo senza fine di fatica e di sofferenza.**

9.

(I parte)

**Un aspetto delicato della clinica nelle RA è rappresentato dalla qualità e quantità di presenza del medico. Pur non volendo discutere in questa sede le diverse tipologie organizzative (da quelle che prevedono l'intervento del medico di famiglia a quelle che invece si fondano su un medico dedicato o ad altre ancora), è largamente dimostrato che la conoscenza nel tempo degli ospiti e l'assunzione diretta e preventiva di responsabilità verso la loro condizione di salute sono indispensabili per raggiungere buoni risultati. Inoltre rispetto ad un obiettivo di salute sono importanti le procedure interne delle residenze, che prevedano in primo luogo un ruolo centrale per l'equipe come responsabile della loro messa in atto. La qualità dell'assistenza clinica diviene critica in particolare quando il paziente si trova in gravi condizioni, per eventi intercorrenti o la riacutizzazione di malattie croniche.**

9. (II° e ultima parte)

**Nel caso di problematiche ortopediche e chirurgiche il ricovero ospedaliero è la risposta appropriata, mentre nel caso di patologie mediche è opportuno mantenere l'anziano nella residenza, provvedendo a costruire attorno a lui gli interventi necessari. E' una tematica largamente dibattuta nella letteratura scientifica internazionale, che anche nel nostro paese vede sperimentazioni significative, principalmente fondate sulla possibilità di garantire una copertura medica continua e di disporre in caso di necessità delle consulenze richieste. Però in mancanza di procedure codificate, che – ad esempio - permettano il rapido accesso per via telematica a informazioni diagnostiche, il ricorso al pronto soccorso ospedaliero è l'unica alternativa possibile. Il dibattito su questa tematica è particolarmente delicato, e al centro dell'attenzione di chi in tutto il mondo lavora per migliorare l'assistenza nelle residenze. Si devono soprattutto evitare atteggiamenti che possano interferire con le capacità decisionali nel momento della crisi, quando il medico è assente e le scelte sono compiute dal personale spesso quantitativamente ridotto presente in struttura.**

**10.**

**La spesa farmaceutica per l'anziano è elevata, anche se nelle RA non raggiunge mai cifre realmente preoccupanti (in molto ambienti non supera il 2-4% del totale). Ugualmente è importante chiarire - di fronte alle pressioni per il risparmio che vengono fatte da più parti - se i costi sono adeguati (sia rispetto al singolo sia all'insieme degli ospiti), e quindi se la collettività deve essere disposta anche a sacrifici per il loro finanziamento, o se sono la conseguenza di sprechi o inapproprietezze e quindi vanno ridotti. Ma la problematica è solo clinica e non deve essere "inquinata" da motivazioni diverse. In alcuni casi di farmaci ad alto costo, come gli antitumorali, è necessario prevedere un contatto diretto con i responsabili di distretto per definire una linea condivisa; mai però si deve dare l'impressione ad ospiti e familiari che ci si astiene da trattamenti potenzialmente utili solo per ragioni di bilancio; porta infatti alla rottura del rapporto fiduciario che avrebbe conseguenze sull'intera struttura.**

11.

La formazione degli operatori a tutti i livelli diviene l'aspetto centrale per la vita delle RA. Solo così è possibile affrontare serenamente le dinamiche complesse che caratterizzano l'assistenza all'anziano e trovare gli spunti per sempre nuovi progetti di studio e ricerca, miranti a rendere compatibili i bisogni che si aggravano degli anziani con le condizioni oggettive che caratterizzano le RA da punto di vista umano, organizzativo, tecnico, economico. Sono sfide di portata drammatica, ma che non possono essere evitate da chi vuole assicurare un futuro equilibrato per le persone anziane fragili all'interno della rete dei servizi loro dedicata. Purtroppo si deve invece constatare che la formazione in questi ambiti è spesso considerata marginale; nelle università non si tiene in conto la possibilità concreta di modificare una condizione difficile attraverso la formazione di personale a diversi livelli. Di conseguenza si diffonde una scarsa sensibilità per le conoscenze e le conseguenti possibili innovazioni. Troppe volte dietro le restrizioni sui tempi dedicati alla formazione vi è da parte di alcuni amministratori la credenza che si tratti di "tempo perso", privo di ricadute sul funzionamento della struttura. E' ovviamente una prospettiva miope, ma purtroppo diffusa, conseguenza dell'empirismo che ha caratterizzato dalla loro nascita le RA per anziani; immettere oggi un criterio di razionalità, derivante dalla presenza di operatori con un alto livello di formazione, potrebbe costituire una "rivoluzione" difficilmente inquadrabile in schemi del passato.

12.

(I parte)

L'insieme degli impegni sopradescritti per migliorare la qualità dell'assistenza nelle residenze si devono collocare all'interno di uno scenario che preveda una forte inclusione delle RA stesse in un sistema di controlli e di incentivi. Nel nostro paese un malinteso senso dell'autonomia (ma talvolta anche la coscienza della propria inadeguatezza) ha per troppo tempo indotto a diffidare di qualsiasi tentativo di costruire sistemi di valutazione efficaci, in grado di rilevare e valutare i risultati ottenuti in una specifica RA. Per anni l'importante e pregevole lavoro dei NAS ha rappresentato l'unico momento di controllo esterno rispetto alla vita delle strutture residenziali, mentre è noto che la continua attenzione da parte di autorità terze rappresenta una forte spinta al miglioramento. In alcuni stati degli USA i costi dei controlli raggiunge l'1% del totale, cifra apparentemente elevata, che però è risultata sempre ripagata dai processi di miglioramento messi in atto.

12. (II e ultima parte)

L'insistenza sulle valutazioni che conseguono alle misurazioni hanno portato ad affermare che ciò che non si misura non porta reali vantaggi alle persone ospiti delle RA; inoltre la misurazione e la valutazione esterne rappresentano una valorizzazione dei bisogni degli ospiti, non più secondari rispetto alle procedure messe in atto dagli operatori, ma centro degli interessi e degli interventi. Sebbene ridotte rispetto al passato, le resistenze ai controlli continuano, dimenticando che ogni discussione seria sulle modalità di miglioramento del lavoro di cura rappresenta un contributo importante per la qualità dell'assistenza. Il futuro del Progetto MARA prevede un'evoluzione in questo senso, con particolare riferimento alle terapie farmacologiche, collegando la formazione con la possibilità di misurarne le ricadute sulla concretezza degli atti di cura nel mondo reale. Gli effetti positivi si esplicheranno sugli ospiti, ma anche sui medici, sottratti in questo modo al rischio di isolamento e quindi di limitazioni soggettivamente disturbanti rispetto alla possibilità di ottenere risultati significativi nella cura degli anziani fragili.

**Alcuni aspetti particolari del compito  
di cura nelle residenze:  
l'esempio dei ricoveri in ospedale.**

## Strutturazione della cartella di accompagnamento ARCA (Assistenza, Ricerca e Cura per l'Anziano)

TIPOLOGIA	CONTENUTI	COMPETENZA
Documentazione generale	Copia tessera sanitaria Copia esenzione ticket Lista oggetti personali (protesi acustiche, dentali, occhiali, ...)	Infermieristica
Copia dei principali referti	Ultimi esami ematochimici o strumentali praticati	Infermieristica
Copia lettera di dimissione	Ultimo ricovero ospedaliero significativo	Infermieristica
Scheda della terapia	Terapia in atto	Infermieristica
Scheda infermieristica	Descrizione delle condizioni psicofisiche del paziente prima dell'evento acuto	Infermieristica
Impegnativa di richiesta di ricovero ospedaliero	Motivazione dell'invio in PS	Medica
Scheda di accesso in ospedale	Descrizione delle principali patologie, eventuali allergie, intolleranze ed eventi avversi farmacologici	Medica
Scheda di accompagnamento	Descrizione dei segni e dei sintomi che richiama l'invio in PS, parametri vitali e altre notizie ritenute utili	Medica o infermieristica

## Completezza della documentazione di accompagnamento ARCA con cui il paziente delle RA accede in PS

	<b>PRESENT</b>	<b>INCOMPLE</b>	<b>ASSENT</b>
Scheda infermieristica compilata	48%	31%	19%
Copia dei referti (esami significativi e documentazione clinica)	79%	3%	18%
Scheda terapia in corso	72%		28%
Scheda dei segni e sintomi che motivano l'invio in PS	47%	3%	50%
Scheda di accesso del Medico del Centro Servizi	9%		91%

Bellamoli C, Borin R, Serchisu L, Trabucchi M. *Giornale di Gerontologia*, in stampa.

# Numero di accessi ripetuti in PS da parte dei residenti in RA

<b>Num.Accessi</b>	<b>Num. Pazienti</b>	<b>Percentuale</b>	<b>Tot. Accessi</b>
1	355	63.1%	355
2	123	21.8%	246
3	54	9.6%	162
4	15	2.7%	60
5	10	1.8%	50
>5	6	1%	38
<b>Tot.</b>	<b>563</b>	<b>100%</b>	<b>911</b>

(accessi per anno su una popolazione di 954 ospiti)

Bellamoli C, Borin R, Serchisu L, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia, in stampa.

## Esito dell'accesso in PS

<b>ESITO ACCESSO IN PS</b>	<b>Num. Accessi</b>	<b>Prevalenza</b>
Dimesso	475	52.1%
Ricoverato	417	45.8%
Deceduto in PS	8	0.9%
Deceduto prima dell'arrivo in PS	3	0.3%
Trasferito in altro istituto	2	0.2%
Dimesso (invio per competenza specialistica)	6	0.7%
<b>TOTALE</b>	<b>911</b>	<b>100%</b>

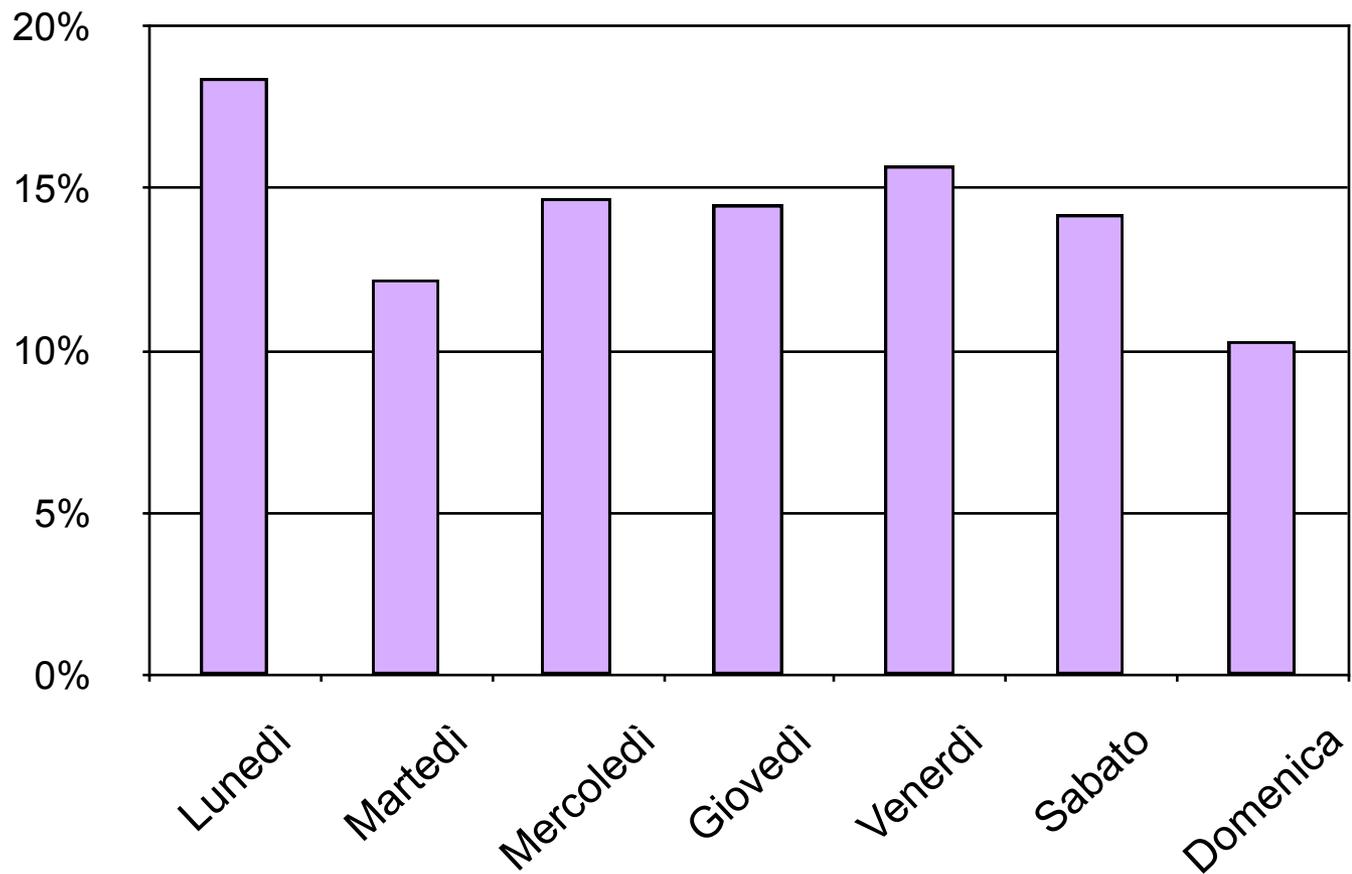
Bellamoli C, Borin R, Serchisu L, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia, in stampa.

## Prevalenza dei sintomi principali dei pazienti dimessi

SINTOMO PRINCIPALE	Num. Accessi	Prevalenza
Cardiopalmo	8	1.7%
Disturbi neurologici	6	1.3%
Dispnea	36	7.6%
Disturbi psichici	3	0.6%
Dolore addominale	4	0.8%
Dolore toracico	6	1.3%
Emorragie non traumatiche	11	2.3%
Parametri vitali alterati	5	1.1%
Perdita di coscienza	5	1.1%
Persona indisposta - diagnosi non specificata	302	63.6%
Trauma minore	100	21.1%
<b>TOTALE</b>	<b>475</b>	<b>100%</b>

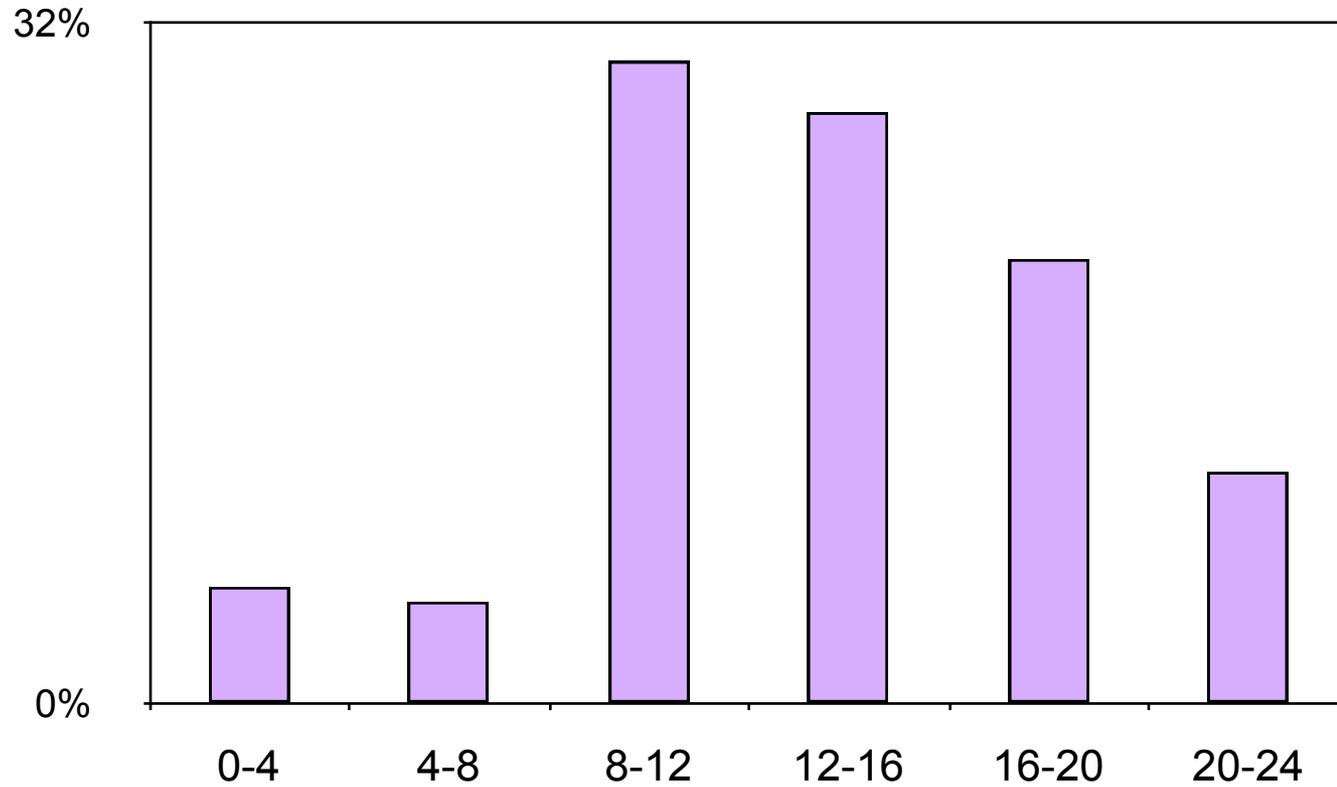
38

# Giorno della settimana di accesso al PS dei pazienti provenienti da RA



Bellamoli C, Borin R, Serchisu L, Trabucchi M. Giornale di Gerontologia, in stampa. <sup>39</sup>

# Fascia oraria di accesso al PS dei pazienti provenienti da RA



Bellamoli C, Borin R, Serchisu L, Trabucchi M. *Giornale di Gerontologia*, in stampa.

## **Alcune domande sul rapporto residenze per anziani-ospedale**

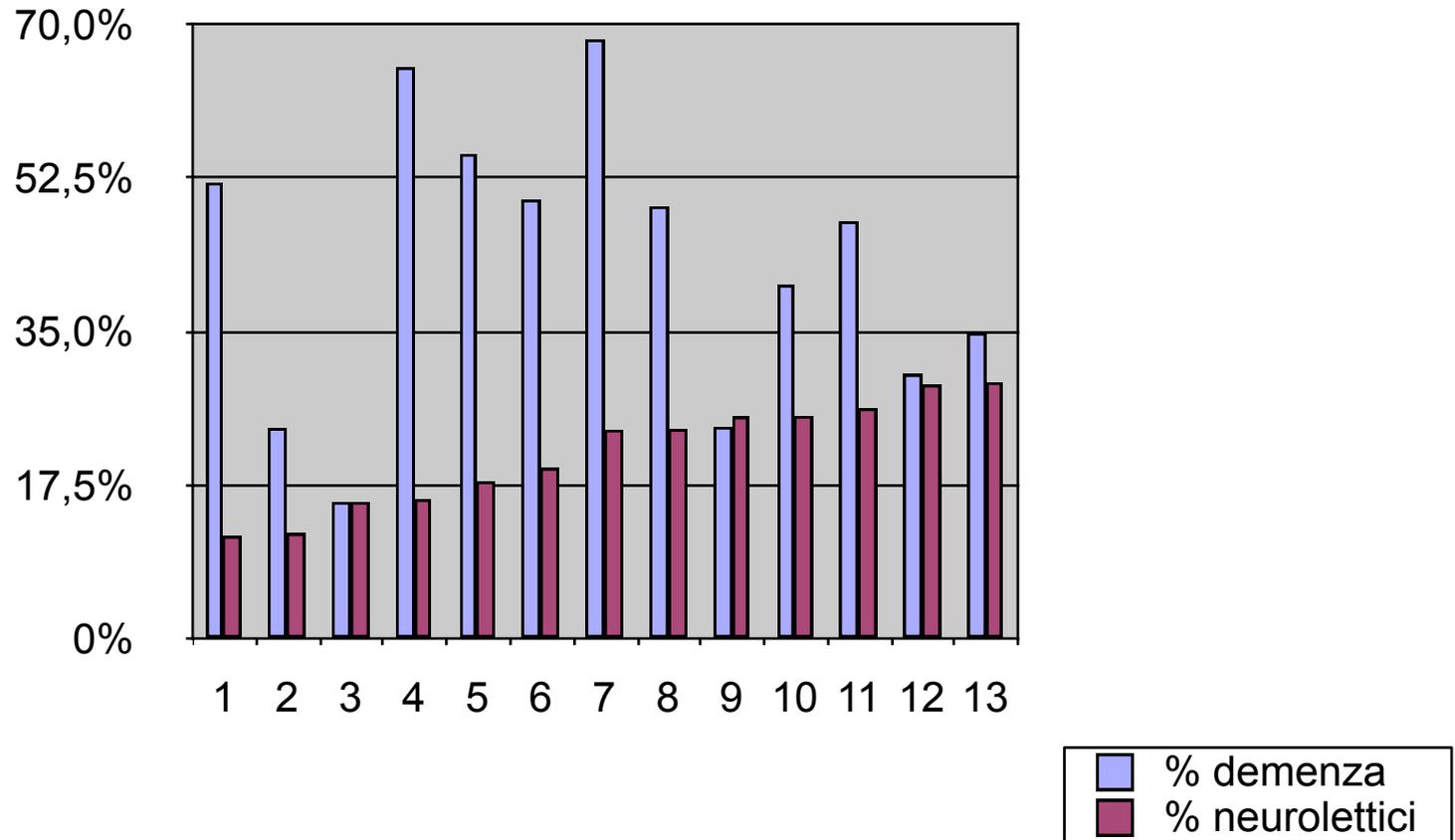
- Ruolo del personale sanitario nelle residenze
- Ruolo di una possibile informatizzazione
- Concentrare l'attenzione sui ricoveri ripetuti
- Riserva di letti ad hoc nell'ospedale? In geriatria?
- Formare il personale delle residenze per ridurre gli accessi inappropriati.

**L'esigenza di standardizzazione  
delle cure nelle residenze per  
anziani:  
un obiettivo irrinunciabile.**

# I dati del progetto GRG-UPIPA

- Rilevazione su 13 strutture
- Totale residenti: 1035
  - Con demenza: 414 (40,0%)
- Trattati con neurolettici
  - Sul totale dei residenti: 224 (21,6%)
  - Sui residenti con demenza: 157 (37,9%)

# Distribuzione prevalenza di uso di neurolettici e di residenti con demenza nelle 13 RSA



Correlazione fra proporzione di dementi e uso di neurolettici: -0.06 (ns)

# Antipsicotici prescritti ai residenti

Farmaco	Numero di residenti	Percentuale sui residenti trattati	Percentuale sulla prescrizione totale
aloperidolo	88	37,1%	28,8%
clotiapina	4	1,7%	1,3%
clopentixolo	8	3,4%	2,6%
clorpromazina	3	1,3%	1,0%
promazina	69	29,1%	22,5%
quetiapina	69	29,1%	22,5%
olanzapina	18	7,6%	5,9%
risperidone	29	12,2%	9,5%
clozapina	12	5,1%	3,9%
zuclopentixolo	6	2,5%	2,0%
benzodiazepine	148	62,4%	
antidepressivi	66	27,8%	
stabilizzanti di membrana	22	9,3%	

# Conclusioni

- La prescrizione di neurolettici nelle RSA esaminate è elevata, probabilmente in aumento rispetto agli anni scorsi
- Il dato è in linea con quanto riportato in letteratura, anche se appare maggiore il consumo di neurolettici tipici rispetto ad altre realtà internazionali
- Lo sforzo per ridurre l'uso di antipsicotici nei residenti nelle RSA è in linea con quanto indicato dalla letteratura scientifica più recente e dalle raccomandazioni delle società scientifiche.

**Uno sguardo al futuro:  
lo sviluppo della rete e la ricerca di servizi low  
cost**

## Posti letto ordinari in Italia 2002-2008

Anno di riferimento	Ricoveri Ordinari	Ricoveri Ordinari	Totale
	<i>P.I pubblici</i>	<i>P.I privati</i>	
2002	208.034	49.876	257.910
2003	199.869	50.060	249.929
2004	191.083	49.002	240.085
2005	187.357	48.140	235.497
2008	175.458	45.718	221.176
Diff. 2008-2002	- 32.576	- 4.158	- 36.734
Diff. % su 2002	-15,66	-8,34	-24

Banchero A, Brizioli E, Trabucchi M. Le risposte alle crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità. In: NNA – Network non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° Rapporto. Maggioli Editore, 2013, in pubblicazione, pag. 165-188

**Una svolta nei livelli di servizio della residenzialità e dei servizi domiciliari potrebbe essere raggiunta con un maggior costo di circa 1,8 mln di euro, pari ai risparmi ottenuti con la riduzione dei posti letto ospedalieri che potrebbero essere investiti in:**

- a) Incremento dell'offerta nelle regioni carenti (30.000 posti letto in cinque anni) = 700 mln;**
- b) Copertura dei livelli assistenziali e adeguamento degli standard di servizio in tutte le regioni, comprese quelle con dotazione di offerta già adeguata = 500 mln;**
- c) Sviluppo servizi domiciliari specialistici e di alto livello = 500 mln;**
- d) Telemedicina, informatizzazione, formazione e verifica = 100 mln.**

**In una seconda fase sarà necessario un ulteriore investimento sulle cure domiciliari, per le quali la vera sfida è costituita dal passaggio a standard di servizi qualificanti (su 7 giorni, pronta disponibilità notturna, erogazioni di prestazioni complesse, etc.).**

Banchero A, Brizioli E, Trabucchi M. Le risposte alle crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità. In: NNA – Network non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° Rapporto. Maggioli Editore, 2013, in pubblicazione, pag. 165-183. <sup>49</sup>

**Pag. 20-25**

## Comunità Residenziali per anziani: un anno di lavoro

*Fausta Podavitte\**, *Carmelo Scarcella\*\**, *Marco Trabucchi\*\*\**

\* Direttore Dipartimento delle Attività Socio-Sanitarie Integrate ASL di Brescia

\*\* Direttore Generale ASL Brescia

\*\*\* Presidente Associazione Italiana di Psicogeriatría e responsabile scientifico Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

## Quadro sintetico indicatori di verifica funzionalità Comunità Residenziale

Podavitte F, Scarcella C, Trabucchi M. I Luoghi della Cura, (2): 20-25, 2013

<b>Dati anagrafici</b>	nome e cognome
	codice fiscale
	luogo di nascita
	residenza
	età
	sexo
	contatto familiare
	data ingresso
	motivazione ingresso
<b>Valutazione funzionale e clinica</b>	abilità funzionali: BARTHEL, ADL, IADL
	comorbidità: <i>Cumulative Illness Rating Scale</i> (Indice di Comorbidità) a cura del MMG
	cognitività: MMSE
	affettività e tono dell'umore: <i>Geriatric Depression Scale (GDS)</i>
<b>Utilizzo di altri servizi sanitari e socio-sanitari</b>	numero di ricoveri ospedalieri
	numero e tipologia degli interventi di cure domiciliari attivati e livello di intensità
	numero chiamate MMG
	attivazione del servizio di emergenza-urgenza (118) e motivazione delle chiamate
	numero chiamate Medico di Continuità Assistenziale
	attivazione SAD (ASA/OSS)
<b>Impiego di caregiver non professionali</b>	utilizzo volontari (numero ore e tipologia attività)
	assistenza erogata da familiari (numero ore e tipologia attività)
	presenza di assistente familiare/badante (numero ore e tipologia di attività)
<b>Dati della dimissione</b>	data dimissione
	motivazione dimissione

Uno degli aspetti nodali per tutelare l'identità stessa della Comunità Residenziale è la dimensione contenuta, mediazione fra la tutela degli aspetti relazionali e la sostenibilità economica, oggi altrettanto importante per l'anziano ed i suoi familiari. La dimensione ideale della Comunità Residenziale è pertanto di 20 posti letto, organizzati in due nuclei, per raggiungere un buon equilibrio fra costi gestionali e qualità di vita dell'ospite. Le due Comunità Residenziali avviate hanno una capacità ricettiva di poco superiore ai 20 posti letto: Borgosatollo 22 – Gottolengo 24. Le rette a carico dell'ospite sono rispettivamente di 1.330,00 e di 1.225,00 euro mensili, rette inferiori a quella minima in RSA. Il livello di intensità assistenziale richiesto a questa unità è di molto inferiore a quello in RSA; non sono previste figure sanitarie, bensì solo di tutela ed assistenza, oltre ad un importante ruolo di coordinamento. Il mantenimento delle abilità funzionali e dello stile di vita del singolo ospite sono il "focus" della Comunità Residenziale, ricorrendo a servizi di altra tipologia solo quando necessari per il singolo anziano, attivando la rete locale con tempestività. Con la Comunità Residenziale si sono volute evitare copie inopportune delle RSA e contestualmente ideare un modello diverso dalle comunità per anziani sperimentate in alcune realtà regionali e risultate fallimentari.

(ASL Brescia, 2013) 52

**Low cost e non low care:  
adattare l'organizzazione alla specificità del  
bisogno**

**Sullo sfondo resta la problematica dei servizi low cost e sul come garantire che non si trasformino in servizi low care (purtroppo la storia recente ci ha insegnato che in alcune regioni si sono nascoste drastiche scelte di risparmio dietro motivazioni apparentemente “nobili”, come quella di ripristinare la centralità della famiglia, quando di fatto quest'ultima non è in grado di assumere ulteriori oneri, pesantissimi già quando viene adeguatamente assistita da servizi). Dietro a tutte queste situazioni vi è il nodo delle valutazioni, cioè come rilevare il bisogno complessivo della persona per costruire una risposta adeguata, i cui risultati poi vanno analiticamente rilevati, sia per un criterio di giustizia, sia per esigenze di bilancio. Se -ad esempio- si sostiene che una degenza ospedaliera che costa circa 600 euro (o più) può essere sostituita da quella in un ospedale di comunità a 125 euro al giorno, è necessario con onestà affrontare l'alternativa: prima si era in presenza di sprechi senza giustificazione oppure il progetto fornisce servizi inadeguati. Sarebbe invece corretto ammettere che si tratta di due analisi separate del fabbisogno e che, se si registra un surplus di letti per l'acuzie, con i risparmi ottenuti si possono finanziare servizi residenziali per la post-acuzie. Ma si tratta di due comparti che rispondono a bisogni tra loro profondamente diversi!**

Banchero A, Brizioli E, Trabucchi M. Le risposte alle crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità. In: NNA – Network non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° Rapporto. Maggioli Editore, 2013, in pubblicazione, pag. 165-183. 54

**I centri servizi integrati:  
un modello da perseguire, chiarendone gli  
aspetti organizzativi, economici e di qualità  
delle cure.**

# Un decalogo sui servizi

1. **il servizio deve sempre disporre di operatori preparati sul piano tecnico-professionale e adeguati sul piano delle capacità relazionali ai difficili compiti di un'assistenza che spesso non presenta compensi proporzionati all'impegno profuso**
2. **il servizio deve essere valutato per la sua qualità e i risultati raggiunti, allentando almeno in parte la morsa burocratica che oggi appesantisce operatori e amministratori**
3. **il servizio deve dichiarare i risultati che si prefigge, indicando le modalità per rilevarli. Questi devono essere legati alla vita dei fruitori; sono quindi spesso anche di valore soggettivo, indipendentemente dalla loro dimensione oggettiva**
4. **il servizio deve garantire una cura delle malattie attraverso la presenza di operatori che sappiano agire con atteggiamento proattivo e quindi -in particolare- attenti alla prevenzione di ulteriori perdite di autonomia funzionale**
5. **il servizio deve essere impostato in modo da non provocare danni alla salute del cittadino (l'ambito è molto ampio e va dall'evitare atti quali i maltrattamenti, le contenzioni, la formazioni di piaghe, fino all'attenzione al tono dell'umore, all'alimentazione, ecc.)**
6. **il servizio deve evitare al massimo le transizioni incontrollate tra servizi diversi; attenzione particolare deve essere riservata al ricovero ospedaliero di persone a carico dell'ADI o ospiti di una residenza; troppo spesso il trasferimento è la spia di un'inadeguata capacità di cura nel luogo di residenza e induce una pesante condizione di stress nell'assistito, oltre che oggettivi danni alla sua salute (nonché un lavoro “non gradito” da parte degli operatori del pronto soccorso)**

Banchero A, Brizioli E, Trabucchi M. Le risposte alle crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità. In: NNA – Network non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° Rapporto. Maggioli Editore, 2013, in pubblicazione, pag. 165-183.

7. il servizio deve essere calibrato sulle condizioni del fruitore e quindi offrire modelli assistenziali adeguati, dalle fasi iniziali di perdita dell'autosufficienza fino alle fasi più avanzate, prestando -se opportuno- assistenza palliativa nelle fasi terminali di malattia
8. il servizio deve essere organizzato in modo elastico, così da potersi adattare alle richieste, senza una continua revisione di comportamenti e procedure
9. il servizio deve porre al centro dei suoi atteggiamenti operativi il rispetto della volontà del cittadino che chiede una risposta adeguata sul piano tecnico, la quale a sua volta deve tener conto di attese, speranze, timori
10. il servizio non può essere neutrale rispetto all'uso del tempo da parte di chi ne fruisce. La solitudine e l'abbandono peggiorano gravemente la qualità della vita e costituiscono ostacoli pesanti all'espletamento di cure adeguate, sia sul piano dell'organizzazione della giornata, sia psicologico. Si prospetta l'esigenza di un'organizzazione che si faccia carico del bisogno di accompagnamento del cittadino nel tempo lungo delle sofferenza e del disagio; è quindi ovvio che la presa in carico è irrinunciabile e con essa la scelta strategica di offrire servizi al posto di supporti economici.

Banchero A, Brizioli E, Trabucchi M. Le risposte alle crisi: come meglio utilizzare le risorse per rispondere ai bisogni delle fragilità. In: NNA – Network non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 4° Rapporto. Maggioli Editore, 2013, in pubblicazione, pag. 165-183.

**Il lavoro dei medici nei servizi per gli anziani (ed in particolare nelle residenze) è oggi certamente tra i più difficili, ma è tra quelli dove la capacità professionale del singolo è maggiormente valorizzata.**

**L'orgoglio di un ruolo insostituibile, la cui ricaduta sulle dinamiche di salute è immediatamente rilevabile.**

**Alla ricerca di soluzioni possibili per la vita dei vecchi che hanno perso per condizioni di salute o supporti sociali la possibilità di rimanere a casa ...**

**Un compito centrale, anche se dimenticato, della medicina.**

**Come immettere l'innovazione nei servizi per gli anziani fragili?  
Dove possono ricevere cure adeguate al confine tra acuzie e riacutizzazioni, in quel limbo dove gli ospedali tendono a non entrare più?**