

osteoporosi, realizzare un “modello ortogeriatrico integrato” capace di garantire una più facile comunicazione tra l’ortopedico ed il geriatra. Ciò assicurerebbe una facile collaborazione tra specialisti riducendo al minimo i trasferimenti del paziente da un reparto all’altro che sottraggono tempo alla riabilitazione ed hanno effetti negativi sul suo stato di salute. Un simile modello garantirebbe la continuità dell’assistenza associando alle cure mediche una terapia riabilitativa finalizzata al conseguimento di un recupero funzionale indispensabile per restituire al paziente anziano un ruolo attivo nella società.

BIBLIOGRAFIA

- Cooper C. *The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life*. Am J Med 1997;103:12S-9.
- Bliuc D, Nguyen ND, Milch VE, et al. *Mortality risk associated with low-trauma and subsequent fracture in men and women*. JAMA 2009;301:513-21.
- Tarantino U, Iundusi R, Cerocchi I, et al. *Role of the orthopaedic in fragility fracture and in the prevention of a new fracture: SIOT 2009 recommendations*. Aging Clin Exp Res 2011;23(Suppl):25-7.

Mercoledì, 30 novembre 2011

Simposio SIGG-AGE

LA GERIATRIA TERRITORIALE TRA ATTESE E REALTÀ

MODERATORI: SALVATORE PUTIGNANO (NAPOLI), MARCO TRABUCCHI (BRESCIA)

Il management e la governance della cronicità in RSA: verso una medicina delle residenze

P.A. Bonati, A. Fabbo*, G. Gelmini**

*Responsabile UO Geriatria Territoriale, Distretto di Parma, AUSL Parma; *Responsabile UO Fasce Deboli (Anziani, Disabili Adulti e Cure Domiciliari) Distretto di Mirandola, AUSL Modena; **Direttore Dipartimento Cure Primarie, Distretto di Val di Taro e Ceno, USL Parma*

Per Management sanitario si intende la capacità di prendere le decisioni su basi e modalità scientifiche, guidando il sistema secondo criteri di efficacia ed efficienza. Esso ha come scopo quello di stabilire e conseguire gli obiettivi dell’organizzazioni attraverso le abilità comunicative (di consultazione, di negoziazione, di gestione dei conflitti), la capacità di gestione in funzione degli obiettivi predefiniti, la gestione del personale, la gestione dei progetti, la capacità di assicurare la qualità.

Appartengono pertanto alla cultura manageriale in ambito sanitario l’impegno a rendere le persone capaci di lavorare in gruppo, attraverso la condivisione di obiettivi e valori, ad assicurare la continua crescita degli operatori grazie alla loro formazione ed all’attenzione rivolta al conseguimento di risultati¹.

La *clinical governance* viene definita, nel Regno Unito dove il concetto è nato, come “il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisca l’espressione dell’eccellenza clinica”. Non si governa ciò che non si conosce e la più immediata implicazione pratica è la

costruzione delle condizioni clinico-organizzative per sviluppare, in modo sistematico e continuativo, la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali (indicatori).

Tuttavia sarebbe quanto mai riduttivo pensare che il governo clinico sia soltanto l’acquisizione di maggiori informazioni su una pratica clinica, attraverso flussi informativi routinariamente disponibili.

Si tratta anche di creare le condizioni necessarie a far sì che queste informazioni siano effettivamente utilizzate in modo conseguente ai fini del governo e della conduzione dei servizi sanitari.

In questo senso si tratta di operare congiuntamente sul versante organizzativo e su quello culturale².

La probabilità di divenire ospiti di una struttura dipende dall’equilibrio difficile fra numerosi fattori: da un lato l’età aumentata, le deteriorate condizioni di salute fisica (patologie croniche ed acute) e fattori sociali quali la povertà, solitudine, condizioni abitative inadeguate, dall’altro una rete funzionante di supporti familiari e sociali (pubblici e/o privati), conservate condizioni psichiche e funzionali e fattori psicologici (quali la volontà di indipendenza).

Uno studio in corso di svolgimento, sul territorio del distretto di Parma, all’interno delle strutture protette ci ha rivelato che l’anziano ospite di RSA è una donna che si colloca in più del 50% nella fascia di età > 85 anni, con una rete familiare presente e con una patologia invalidante prevalentemente neurologica cui si associa nel 60% dei casi un deterioramento cognitivo con disturbi del comportamento nel 20%, che nel 63% ha necessità di prestazioni sanitarie continuative ed è incontinente nel 97%. Solo nel 9% risulta autonomo nella deambulazione e nel 22% nell’alimentazione.

La RSA è una struttura molto più articolata e difficile sul piano organizzativo e gestionale di un ospedale per acuti, poiché è suo specifico compito/dovere salvaguardare sia la qualità della cura che la qualità della vita delle persone di cui si prende l’impegno di sostenere il benessere³. Risulta infatti 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, e 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. All’interno delle RSA pertanto si deve gestire un’attività estremamente complessa in cui delicatezza di mansioni, relazioni e dinamiche psico-affettive svolgono un ruolo altrettanto importante quanto professionalità, competenza e capacità operativa. Un’attività in cui la multiprofessionalità operativa deve trasformarsi in interprofessionalità se si vuole che il sistema organizzativo sia efficace, efficiente e di qualità.

Da quanto detto emerge, quindi, che il ruolo del geriatra od in generale del medico di struttura che assuma il modello organizzativo della comunità terapeutica, data la complessità in cui si dovrà rispecchiare, non potrà essere quello di fornire soluzioni a “casi” studiati isolatamente a tavolino, quanto di attivare le capacità di analisi e di decisione dei vari membri dell’équipe⁴.

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

Conclusioni

Come indicato nel documento della Commissione Nazionale Lea sulle prestazioni residenziali, è opportuno, su tutto il territorio nazionale, un ripensamento dell'offerta dei servizi residenziali in termini di una maggiore qualificazione all'interno della rete, attraverso la specializzazione per intensità di cura ed assistenza ed una condivisa ed univoca definizione dei criteri di accesso. Inoltre si ritiene ormai necessario, alla luce della complessità assistenziale presente all'interno delle strutture per anziani non autosufficienti, si chiamino esse RSA o Case Residenze, la definizione di uno standard adeguato di personale che opera a "tempo pieno" anche e soprattutto in rapporto ai servizi infermieristico, riabilitativo e medico, con presenza per quest'ultimo di un geriatra (o medico di struttura) dedicato. Solo così si potranno creare le condizioni ottimali per:

- porre un'attenzione particolare nei confronti della fragilità ed delle caratteristiche indicative di perdita dell'autosufficienza;
- creare un ambiente di supporto al paziente cronico e non autosufficiente nonché di conforto al paziente terminale;
- definire un ruolo determinante della riabilitazione e della riattivazione orientate al recupero ed al mantenimento del massimo livello possibile di autosufficienza, e comunque tendenti a ritardare il degrado psico-fisico;
- creare un'organizzazione della giornata assistenziale tesa a preservare e massimizzare l'autonomia individuale, il benessere soggettivo, la soddisfazione personale, la dignità della persona;
- creare un sistema preventivo nonché di supporto e cura della patologia acuta (compresa quella iatrogena) in grado di evitare o comunque ritardare il più possibile l'ospedalizzazione e in tal modo i disagi e le complicanze ad essa dovuta;
- creare un sistema organizzativo i cui processi operativi si sviluppino nell'ottica dell'efficacia e dell'efficienza, non tralasciando l'importanza dell'economicità gestionale, per il raggiungimento dell'obiettivo finale ovvero lo scopo della mission delle strutture per anziani.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Federici A. *Le parole della nuova sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico 2002
- ² Casolari L, Grilli R, *Il governo clinico del sistema sanitario*. In: Cinotti R, ed. *La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie*. Roma: il Pensiero Scientifico 2006.
- ³ Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. *Residenze Sanitarie per Anziani*. Bologna: Il Mulino 2002.
- ⁴ Censi A. *La vita possibile. Il lavoro sociale nelle residenze sanitarie per anziani*. Milano: FrancoAngeli 2001.