



Universita' degli Studi del Molise
XIV SETTIMANA DELLA CULTURA
SCIENTIFICA E TECNOLOGICA

Campobasso, 7 marzo 2008

***Il Servizio Sanitario Nazionale:
30 anni e non li dimostra***

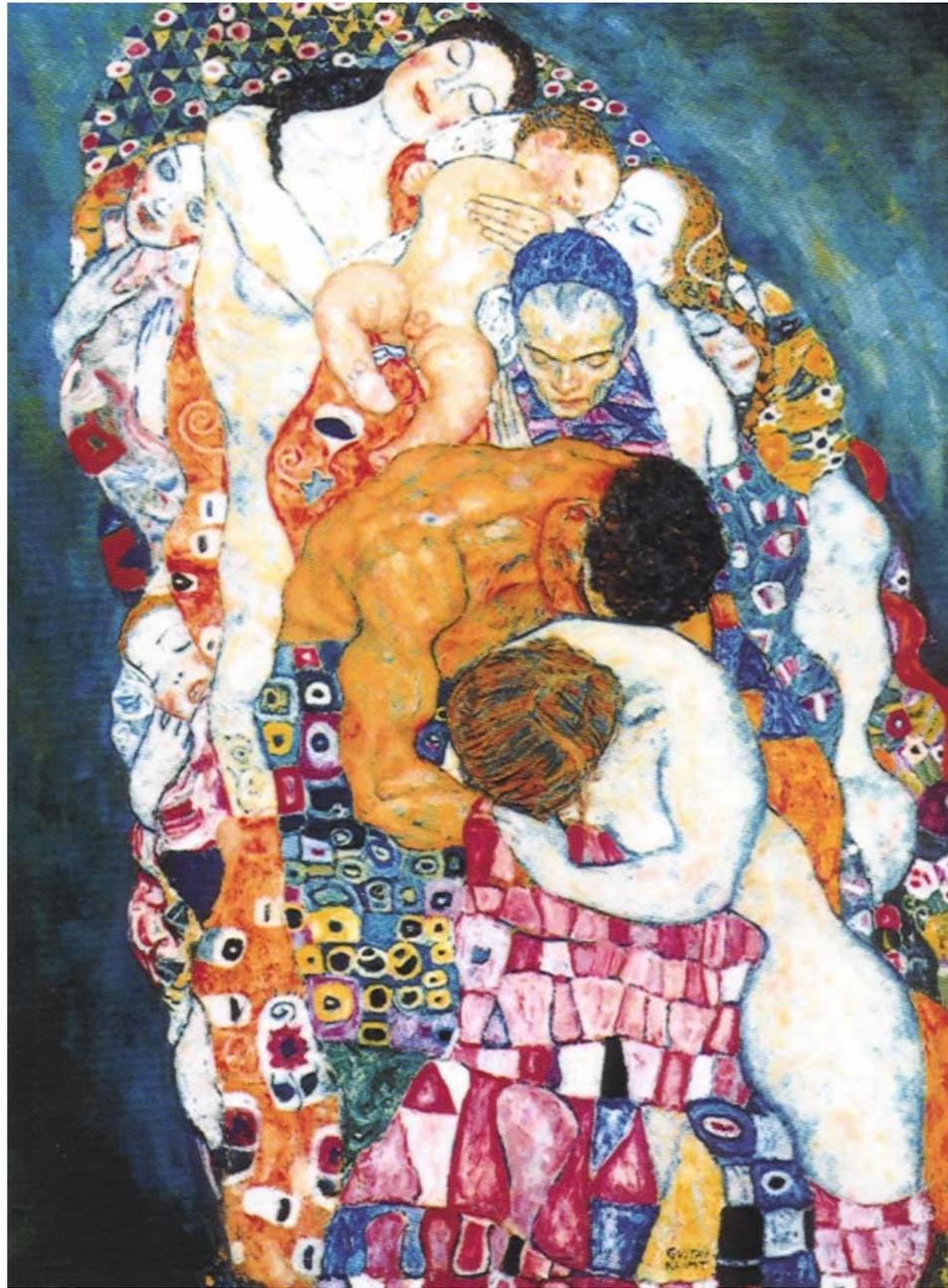
**L'EVOLUZIONE
DELL'ASSISTENZA GERIATRICA
NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**



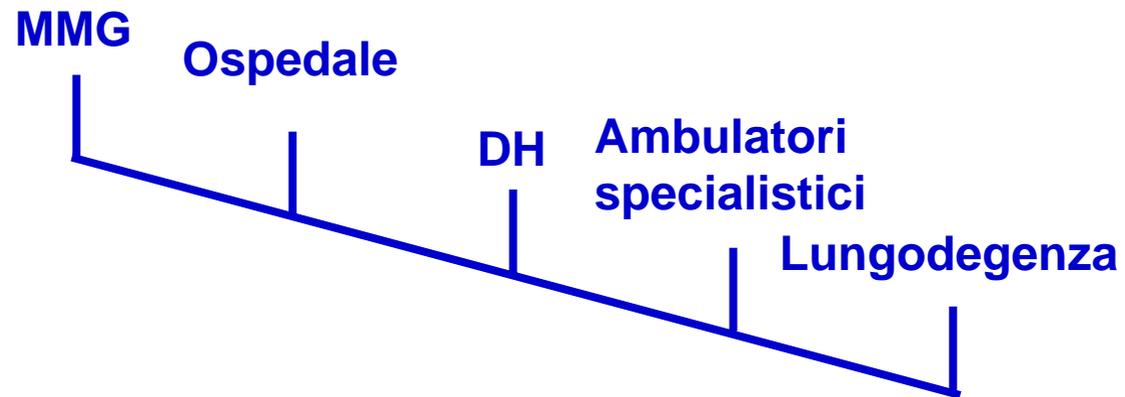
Franco Rengo

**Ordinario di Geriatria Università degli Studi di Napoli "Federico"
Direttore scientifico Istituto di Telesse-Campoli (IRCCS)**

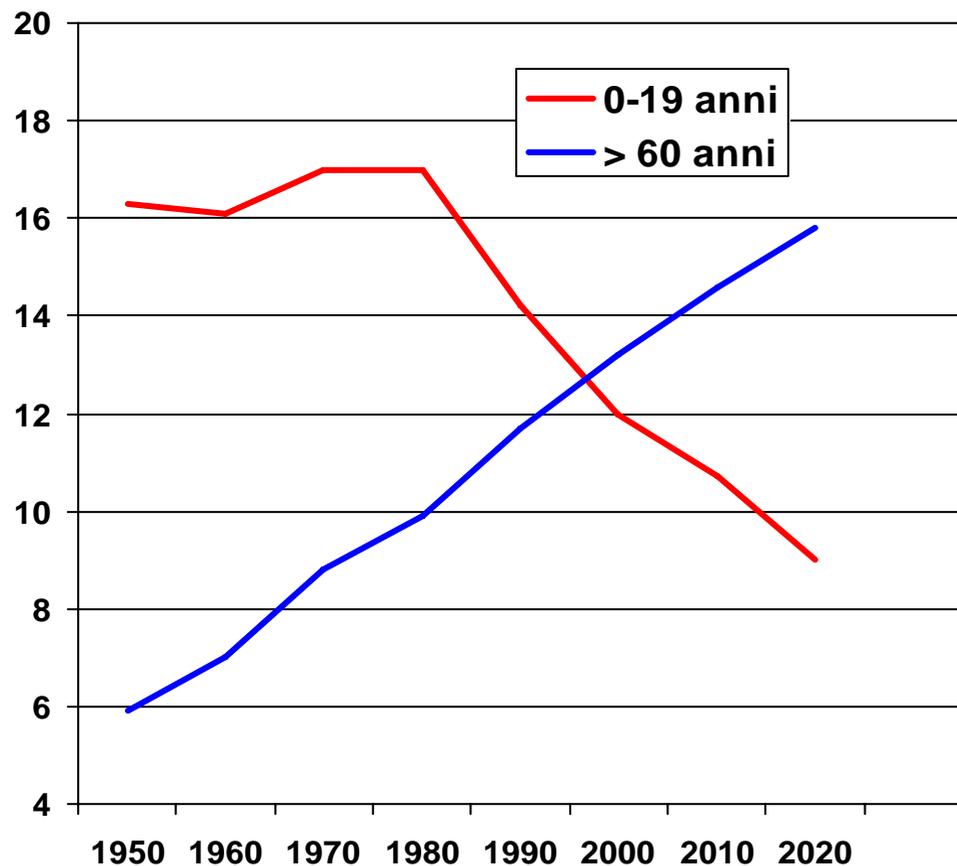




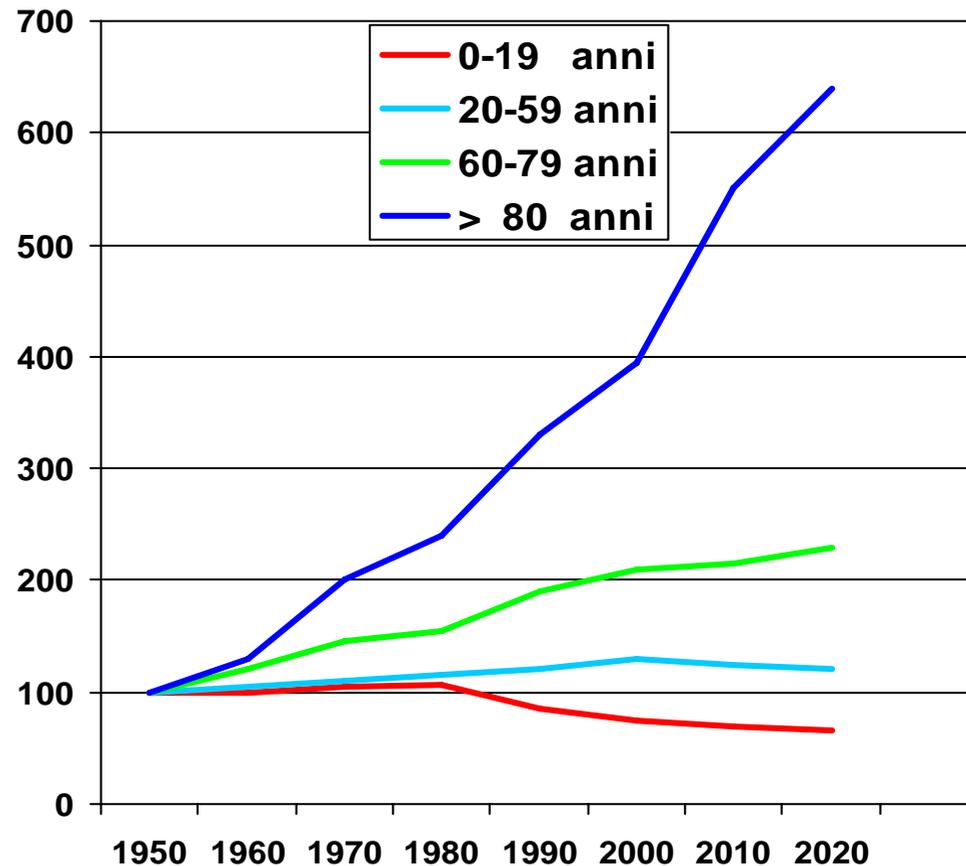
MODELLO SANITARIO TRADIZIONALE



Popolazione giovane ed anziana in Italia (milioni) 1950-2020

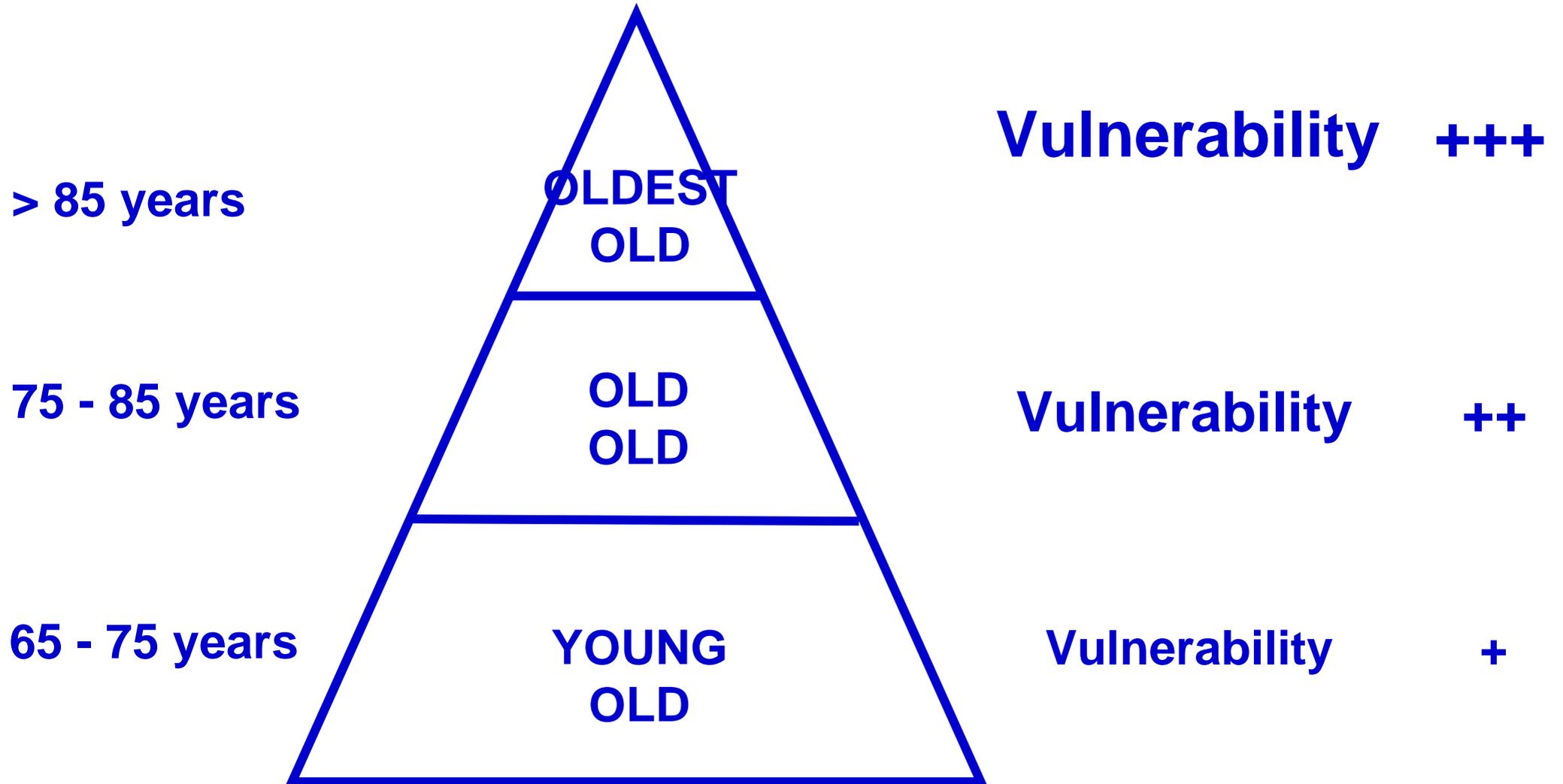


Evoluzione della popolazione italiana per classi di età 1950=100



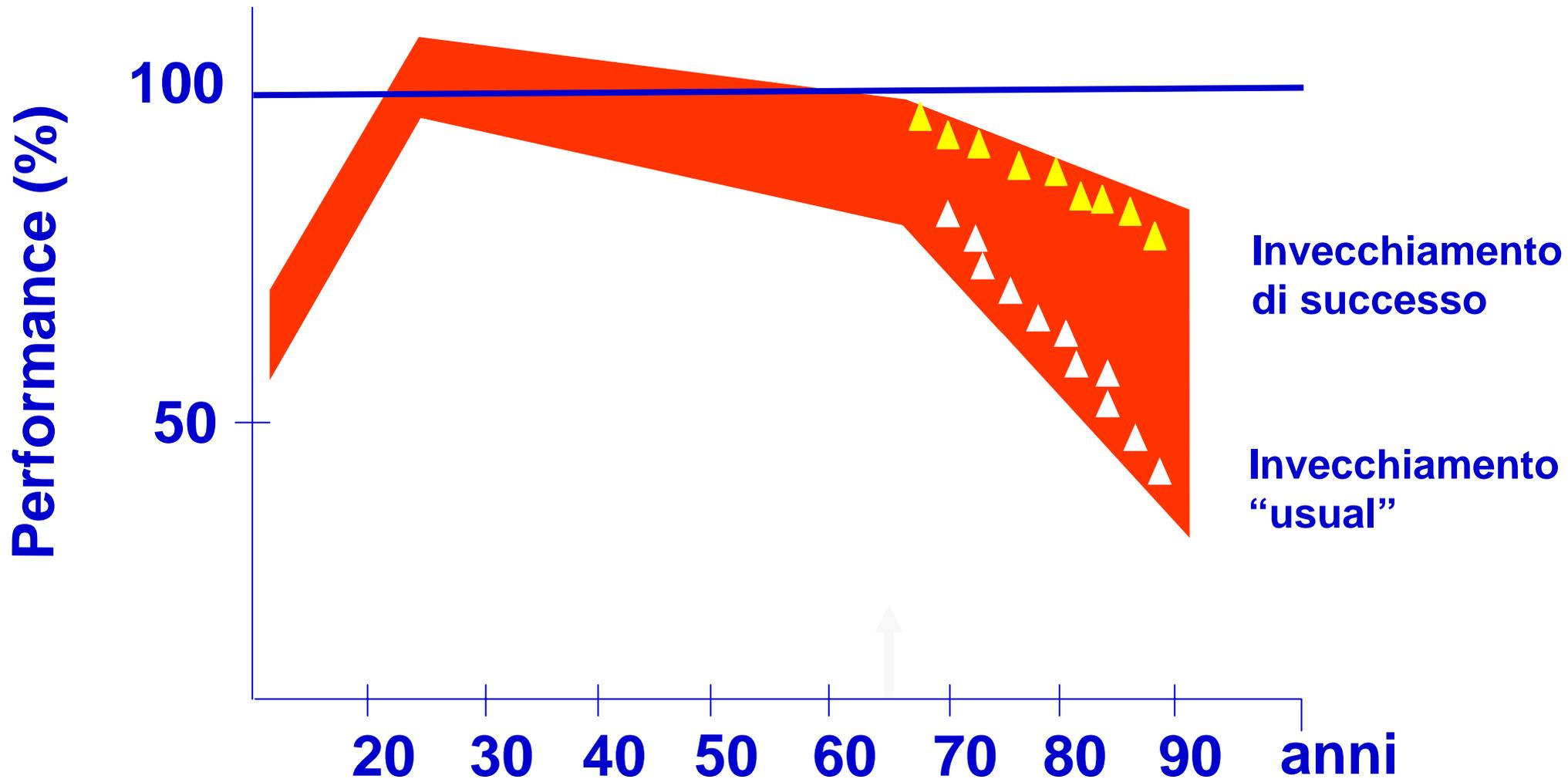
modificata da fonte ONU, 1993

Le età geriatriche

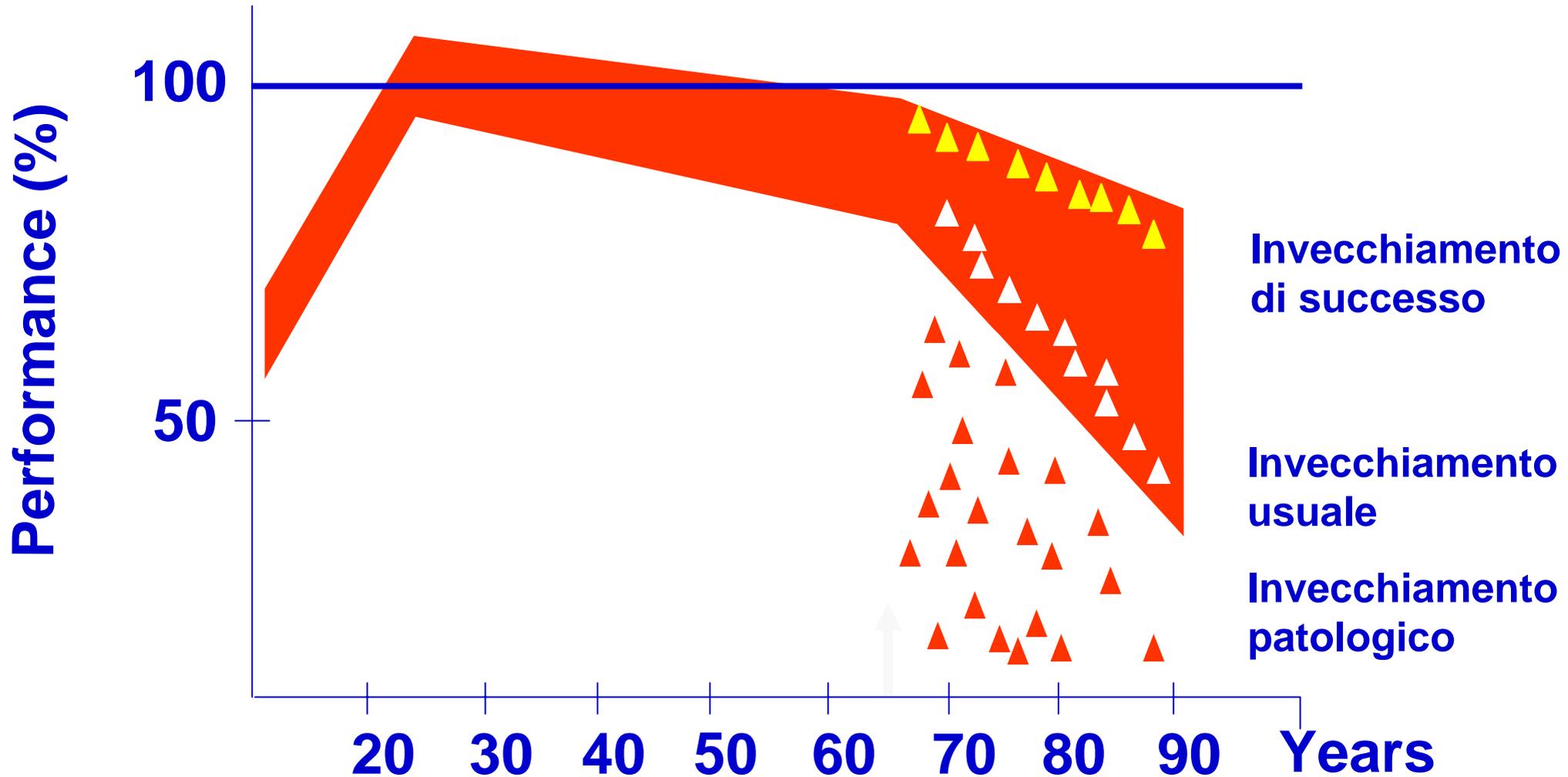


Modelli di invecchiamento normale

“Vulnerabilità”



Modelli di invecchiamento “dalla vulnerabilità alla fragilità”



Ministero della Sanità

**PIANO
SANITARIO
NAZIONALE
1994 - 1996**

1[^] piano sanitario nazionale

Oggetto dell'assistenza geriatrica

Assistenza agli anziani non-autosufficienti parzialmente autosufficienti ed a quelli con pluripatologia ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo ai pazienti ultra-settantacinquenni.

L'obiettivo dell'assistenza geriatrica

Per la Geriatria non è tanto rilevante la guarigione della malattia quanto il recupero funzionale nell'intento di migliorare la qualità della vita e prevenire la non-autosufficienza.

L'organizzazione dell'assistenza geriatrica

L'assistenza socio-sanitaria geriatrica richiede l'integrazione delle competenze (UVG) e la realizzazione della rete dei servizi a forte impronta riabilitativa, capace di garantire la continuità della cura. Oltre l'ospedale occorre realizzare a livello distrettuale l' ADI e la RSA.

Ministero della Sanità

**PIANO
SANITARIO
NAZIONALE
1998 - 2000**

un patto di solidarietà per la salute

OBIETTIVO IV

Rafforzare la Tutela dei Soggetti Deboli

ANZIANI

- GLI OBIETTIVI -

- **Promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano.**
- **Adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio.**
- **Promuovere l'assistenza continuativa integrata.**
- **Favorire l'integrazione interna al Servizio Sanitario e fra questo e l'Assistenza sociale.**

OBIETTIVO IV

Rafforzare la Tutela dei Soggetti Deboli

ANZIANI

- LE AZIONI -

- **Adeguare il numero di posti letto di lungodegenza riabilitativa a 1 p.l. / 1.000 abitanti.**
- **Garantire nel distretto la UVG.**
- **Sviluppare forme alternative di ricovero (ADI, semiresidenziale, ospedalizzazione a domicilio) favorendone l'integrazione.**
- **Realizzare le RSA.**



**PIANO
SANITARIO
NAZIONALE
2003 - 2005**

**il nuovo scenario ed i fondamenti
del servizio sanitario nazionale**

Home > [Piano Sanitario Nazionale](#) > [Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005](#)



Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Gli altri argomenti

- Il quadro di riferimento
- **Parte Prima**
- Parte Seconda

Parte Prima

I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento:

- [2.1 Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa](#)
- [2.2 Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili](#)
 - 2.2.1 La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie
 - 2.2.2 Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale
- [2.3 Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche](#)
- [2.4 Potenziare i fattori di sviluppo \(o "capitali"\) della sanità](#)
- [2.5 Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità](#)
- [2.6 Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere](#)
- [2.7 Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari](#)
- [2.7bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza](#)
- [2.8 Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari](#)
- [2.9 Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute](#)
- [2.10 Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza](#)



2.2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.

2.2.1. *La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie*

Il mondo della cronicità e quello dell'anziano hanno delle peculiarità che in parte li rendono assimilabili:

- **sono aree in progressiva crescita;**
- **richiedono una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali;**
- **necessita di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro paese;**
- **hanno una copertura finanziaria insufficiente.**



2.2. Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.

2.2.2. *Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale*

Gli obiettivi strategici:

- la realizzazione di una sorgente di finanziamento per il rischio di non-autosufficienza;
- realizzazione di rete dei servizi di assistenza integrata;
- corretto dimensionamento dei nodi della rete;
- riduzione del numero di ricoveri impropri negli ospedali per acuti;
- il miglioramento dell'autonomia funzionale delle persone disabili;
- l'introduzione di misure che possono ritardare la disabilità e la non autosufficienza.



Gli altri argomenti

- Il quadro di riferimento
- **Parte Prima**
- Parte Seconda

Parte Prima

I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento:

- **2.1 Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa**
- **2.2 Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili**
 - 2.2.1 La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie
 - 2.2.2 Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale
- **2.3 Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche**
- **2.4 Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità**
- **2.5 Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità**
- **2.6 Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere**
- **2.7 Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari**
- **2.7bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza**
- **2.8 Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari**
- **2.9 Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute**
- **2.10 Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza**



2.7. Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio-sanitari

Obiettivo di questo riordino sono:

- la garanzia di un'appropriate erogazione dei servizi a partire dai LEA;
- il mantenimento nel territorio di tutte le attività ambulatoriali;
- un'efficace continuità assistenziale;
- la fornitura di attività specialistiche;
- l'abbattimento delle liste d'attesa;
- la riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri;
- l'attivazione dei percorsi assistenziali.



Gli altri argomenti

- Il quadro di riferimento
- **Parte Prima**
- Parte Seconda

Parte Prima

I dieci progetti per la strategia del cambiamento

2. I dieci progetti per la strategia del cambiamento:

- **2.1 Attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali ed appropriati di assistenza e ridurre le liste di attesa**
- **2.2 Promuovere una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili**
 - 2.2.1 La cronicità, la vecchiaia, la disabilità: una realtà della società italiana che va affrontata con nuovi mezzi e strategie
 - 2.2.2 Le sfide per il Servizio Sanitario Nazionale
- **2.3 Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche**
- **2.4 Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità**
- **2.5 Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità**
- **2.6 Promuovere l'eccellenza e riqualificare le strutture ospedaliere**
- **2.7 Promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi Sanitari e Socio-Sanitari**
- **2.7bis Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza**
- **2.8 Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari**
- **2.9 Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute**
- **2.10 Promuovere un corretto impiego dei farmaci e la farmacovigilanza**

2.9. Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica della salute.

Le conoscenze scientifiche attuali dimostrano che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita:

- **alimentazione non corretta;**
- **attività fisica;**
- **tabagismo;**
- **abuso di alcool.**

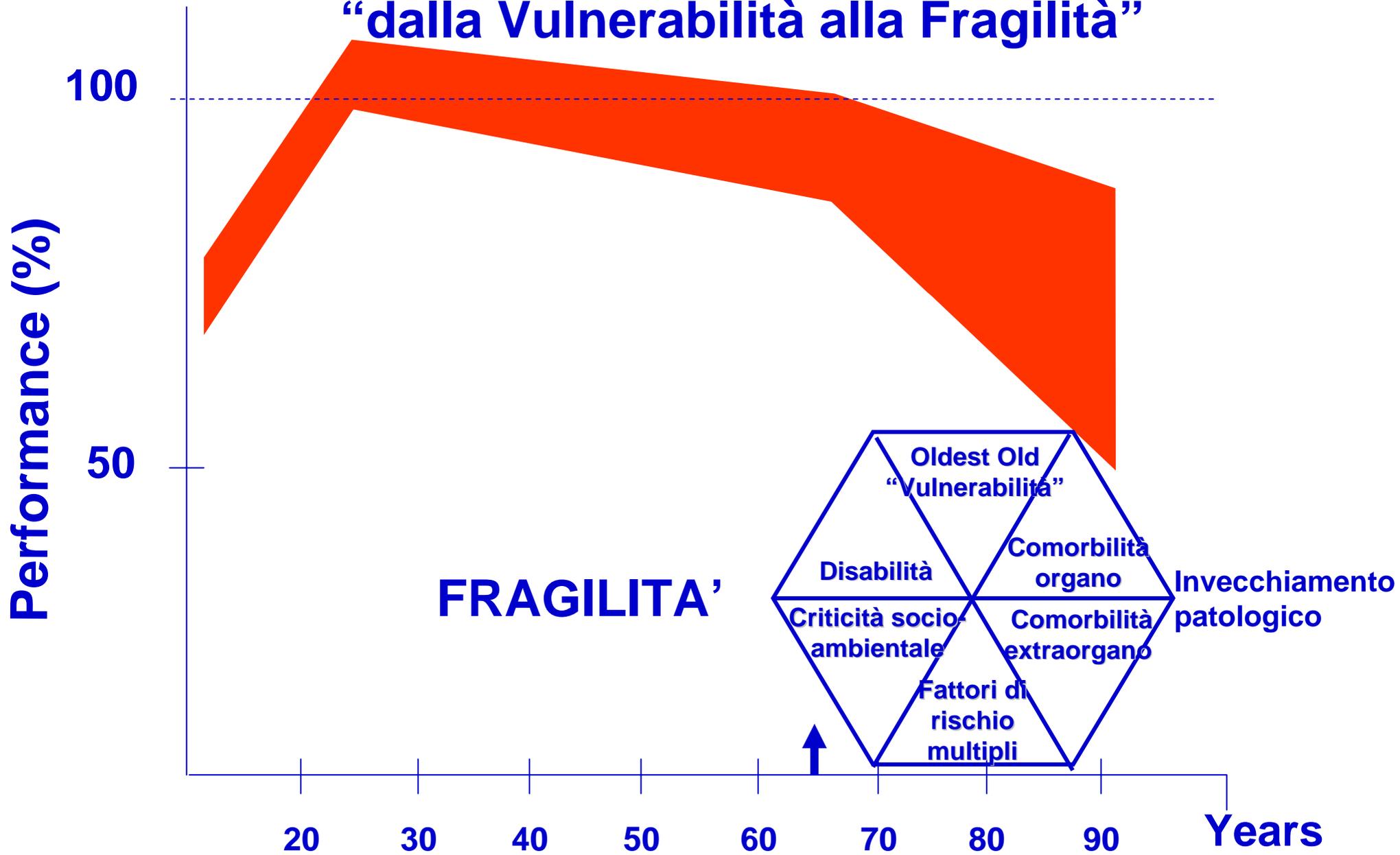
Ministero della Sanità

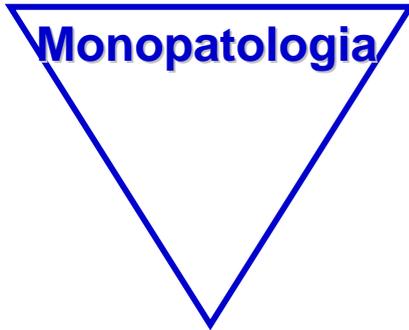
**PIANO
SANITARIO
NAZIONALE
2006 - 2008**

l'ultimo piano sanitario nazionale

Anziano Fragile

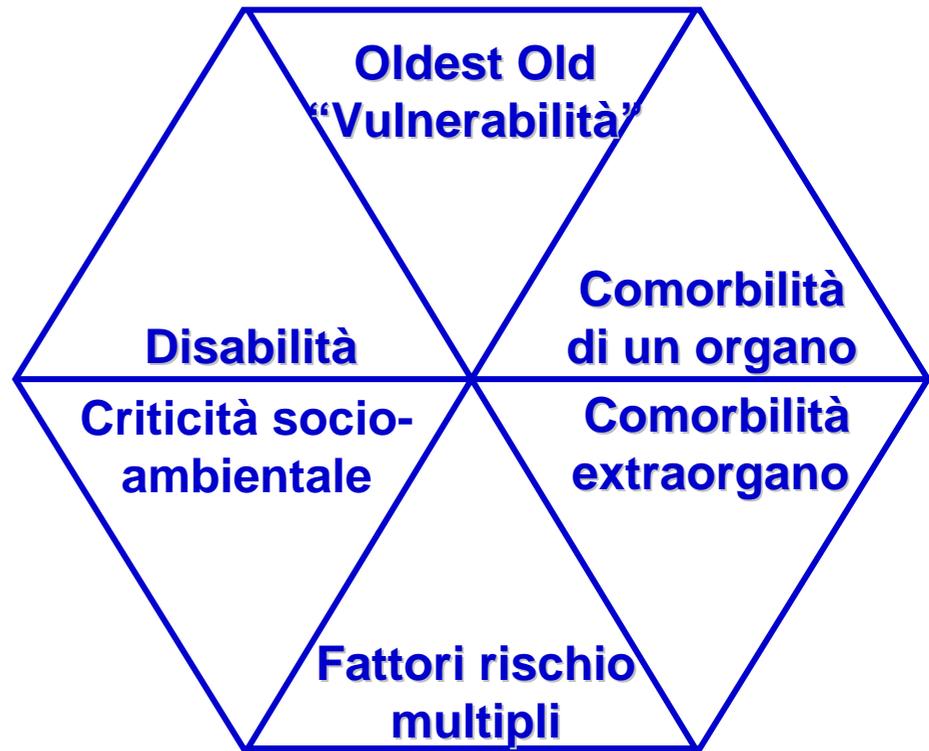
“dalla Vulnerabilità alla Fragilità”





YOUNG OLD
OLD OLD
OLDEST OLD

Anziano



OLDEST – OLD
OLD – OLD
YOUNG - OLD



Anziano Fragile

10-20% ultra-65enni
50-60% ultra-80enni

Rete dei servizi geriatrici

“Cura continua”



Rete dei Servizi Riabilitativi

“Cura riabilitativa continua”

Fase acuta

Riabilitazione Ospedale
per acuti



Fase Intensiva ed Alta Specialità

- Riabilitazione cod. 56
(RO DH)
- Riabilitazione cod. 75 e 28

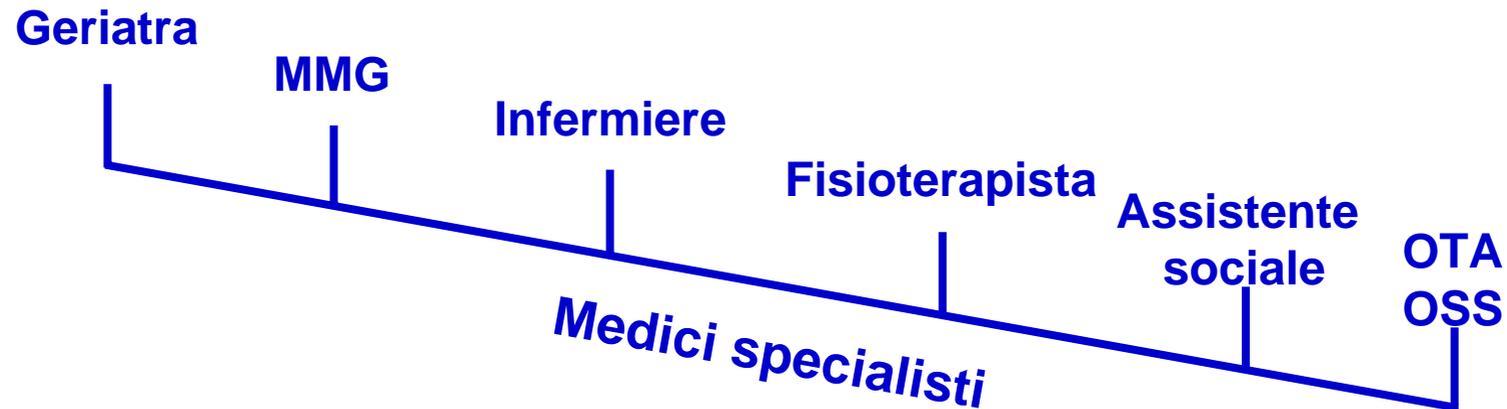


Fase Estensiva

- Lungodegenza riabilitativa
- RSA riabilitativa
- Strutture riabilitative socio-residenziali e semiresidenziali
- Riabilitazione ambulatoriale
- Riabilitazione domiciliare
- ADI

Unità di Valutazione Geriatrica

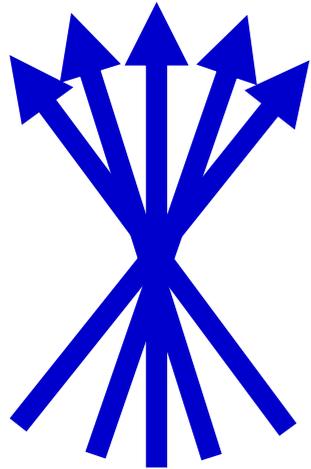
- *Valutare il singolo caso clinico al fine di definire il programma individuale terapeutico-riabilitativo*



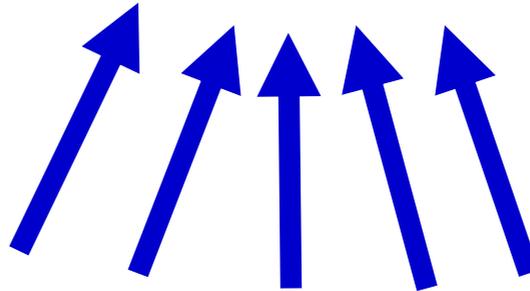
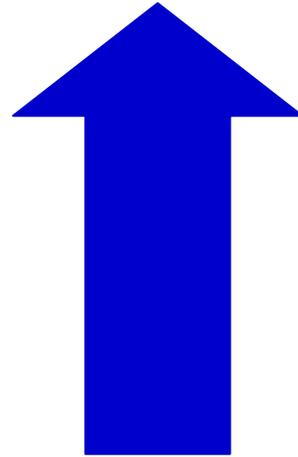
- *Permettere l'entrata del singolo caso clinico nella "rete dei servizi geriatri", assegnandolo ai diversi livelli di assistenza*
- *Valutare il risultato*

Unità di Valutazione Geriatrica

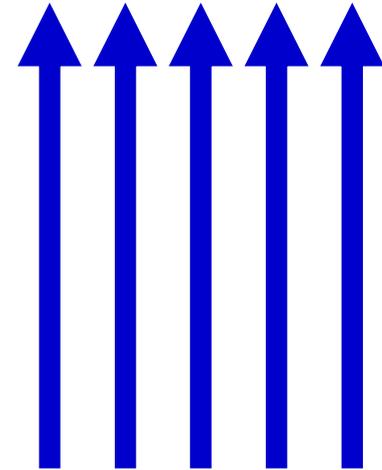
Dinamica del Team



non corretta



corretta



non corretta

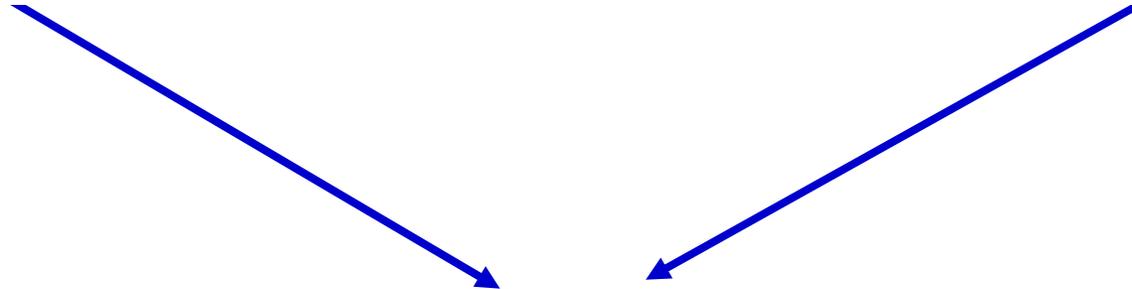
VMD: obiettivi

- ❖ Identificazione dei bisogni e delle problematiche assistenziali.
- ❖ Guida all'identificazione degli obiettivi assistenziali (“problem solving process”).
- ❖ Programmazione dell'intervento assistenziale (prevenzione, cura, riabilitazione).
- ❖ Miglioramento dello stato funzionale e della qualità di vita.
- ❖ Ottimizzazione dell'allocazione delle risorse.
- ❖ Riduzione dell'utilizzo dei servizi non necessari.
- ❖ Long-term case management.
- ❖ Controllo qualità (realizzazione banca dati).

Valutazione Multidimensionale

**SALUTE
FISICA**

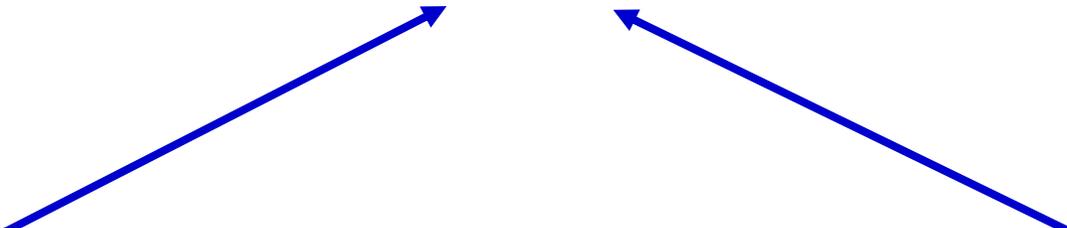
**SALUTE
MENTALE**



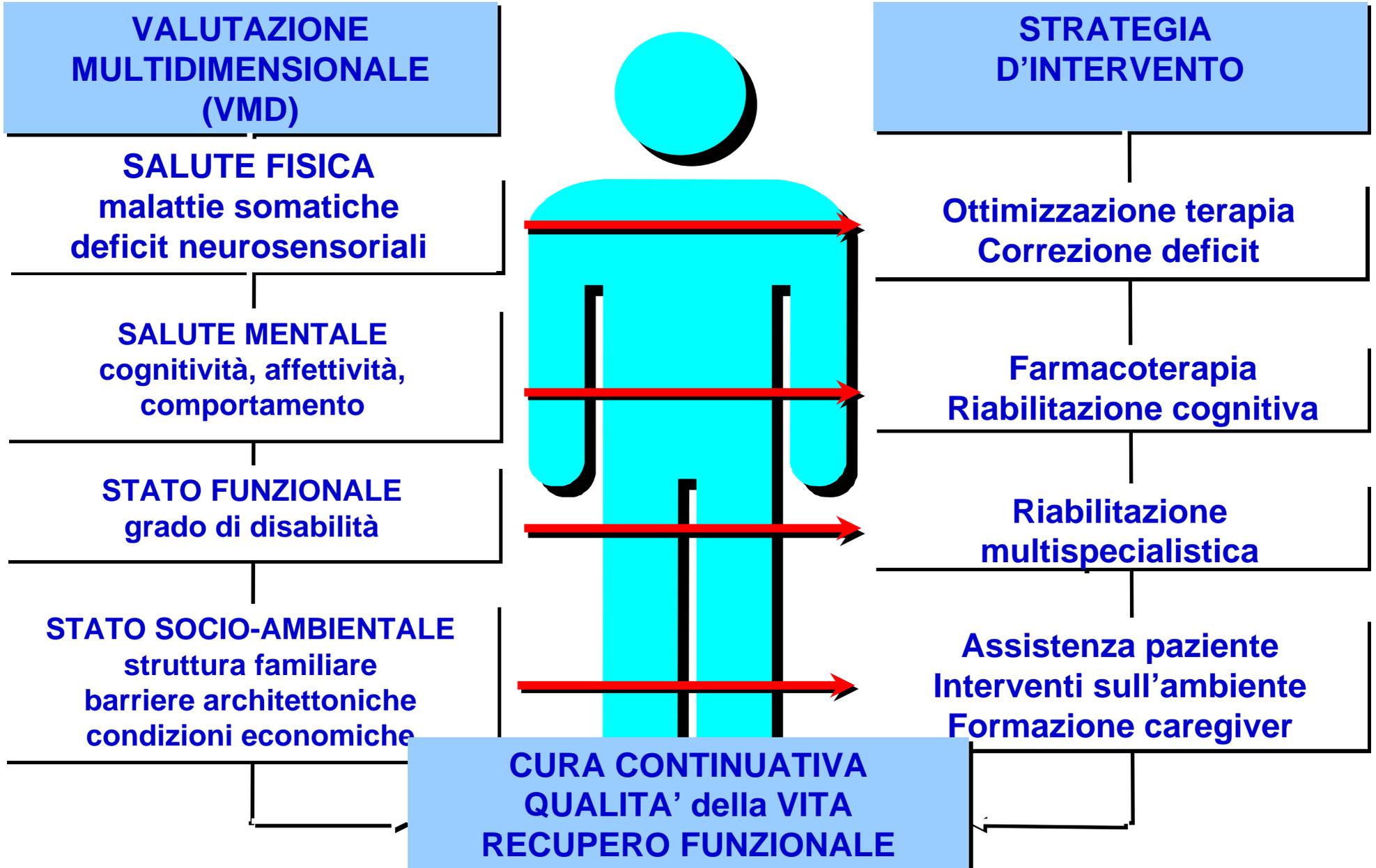
**PROGRAMMA
TERAPEUTICO-RIABILITATIVO
INDIVIDUALE**

**SITUAZIONE
AMBIENTALE**

**CONDIZIONE
SOCIO-ECONOMICA**



ANZIANOFRAGILE



VMD: strumenti

TRADIZIONALI

- ❖ valutano in maniera descrittiva le singole aree problematiche dell'anziano (stato di salute fisica, stato funzionale, stato cognitivo, umore e comportamento, condizione economica, situazione socio-ambientale).
- ❖ I principali strumenti per singoli domini sono:
 - ADL
 - IADL
 - GDS
 - CIRS
 - TINETTI
 - MMSE
 - SF-12

STRUMENTI DI VMD

SECONDA GENERAZIONE

- ❖ sono strumenti omnicomprensivi;
- ❖ guidano verso una corretta diagnosi eziologica dei problemi;
- ❖ conducono ad un migliore piano di assistenza individualizzato;
- ❖ garantiscono il monitoraggio dello stato di salute;
- ❖ consentono la realizzazione di un database.

I principali strumenti di seconda generazione – polivalenti – sono stati costruiti partendo dalle caratteristiche principali dei soggetti anziani seguiti in uno specifico setting assistenziale:

- ❖ VAOR-RSA
- ❖ VAOR-ADI
- ❖ VAOR-Ospedale
- ❖ VAOR-Post-Acuti
- ❖ FIM

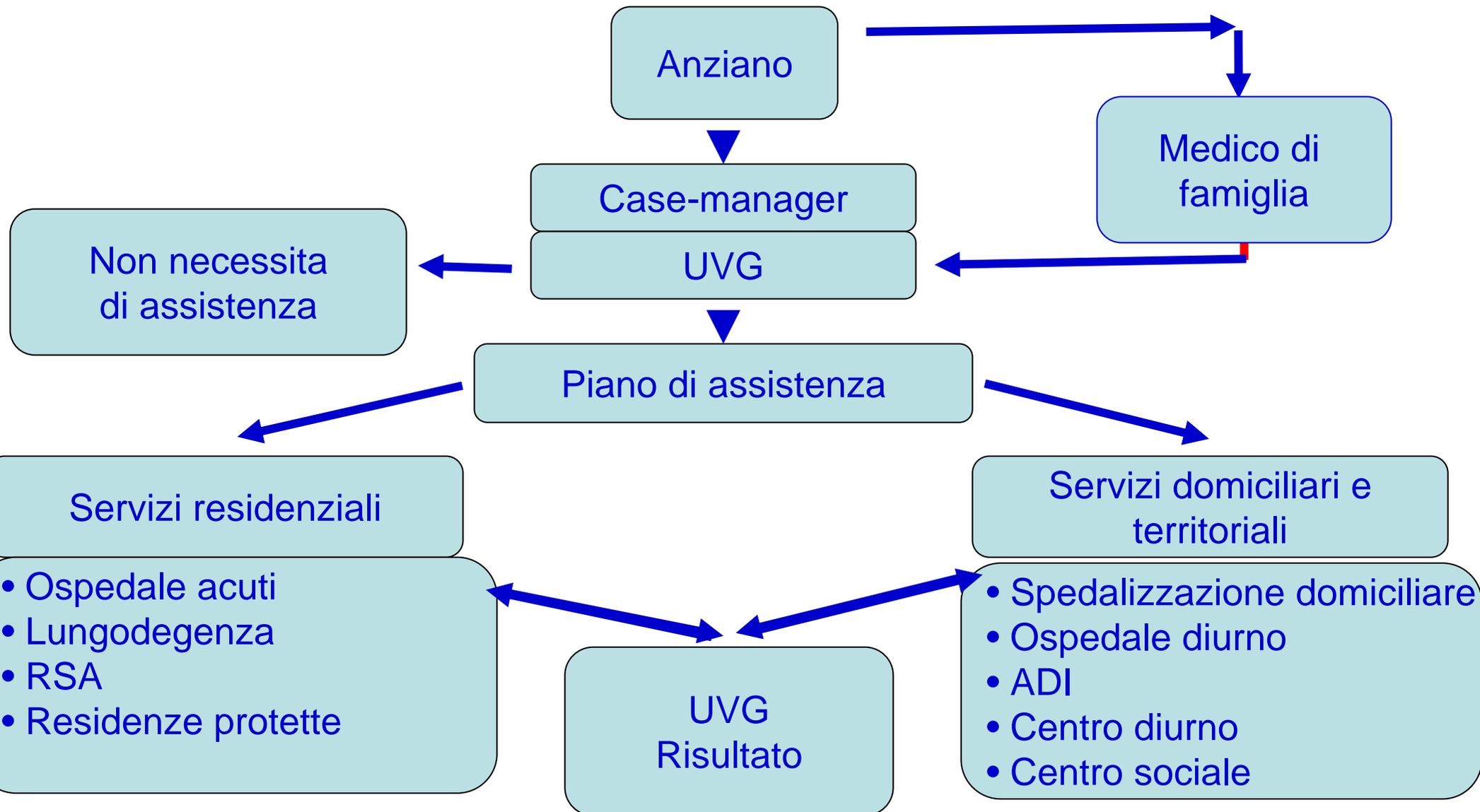
Il nuovo modello di assistenza socio-sanitaria geriatrica:

- è l' opera della lobby dei geriatri ?**
- è il frutto dalla fervida fantasia della politica ?**
- fonda sui risultati della ricerca scientifica ?**

Rete di servizi dell'assistenza geriatrica

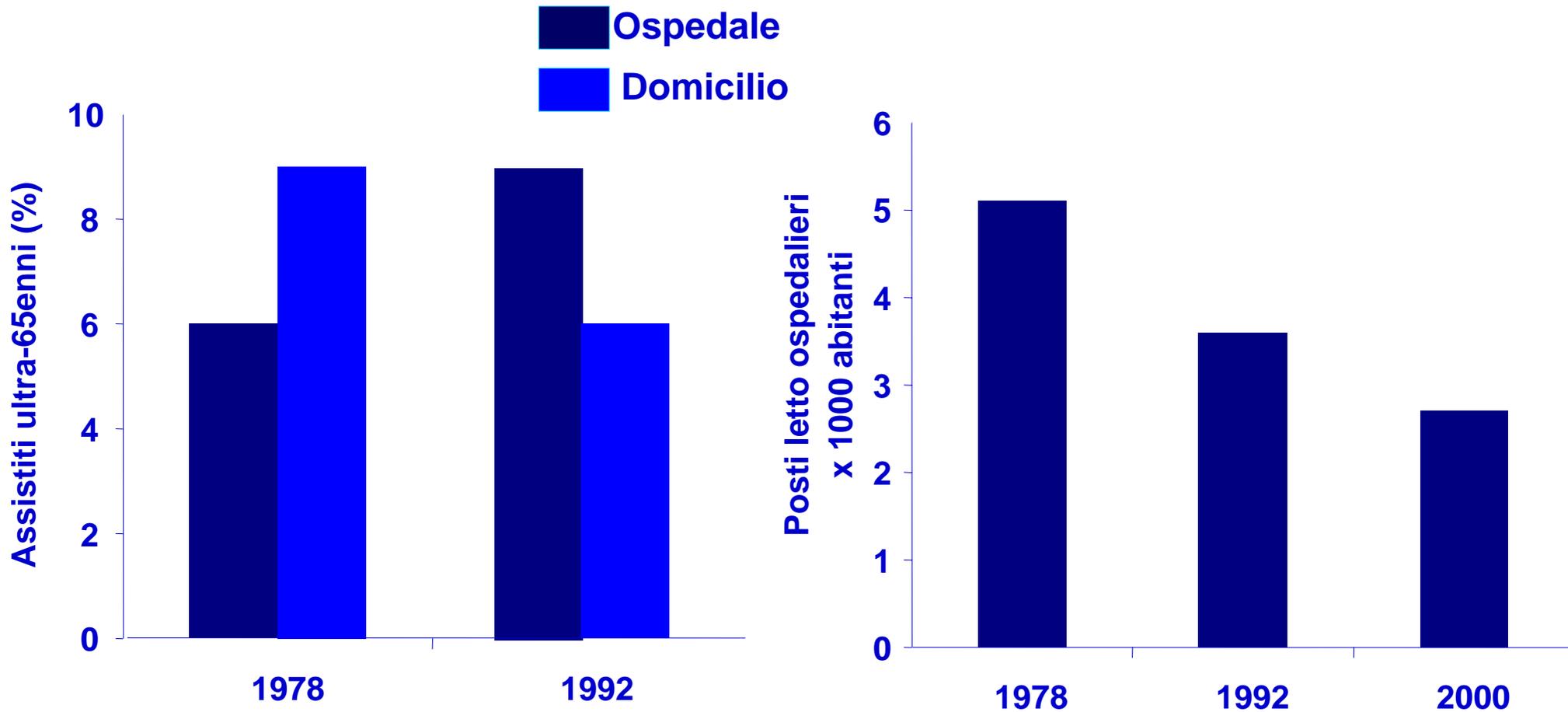
“Cura continuativa”

Pallan, 1992



Assistenza continuativa – British Columbia, Canada

Riduzione dei ricoveri e dei posti letto ospedalieri

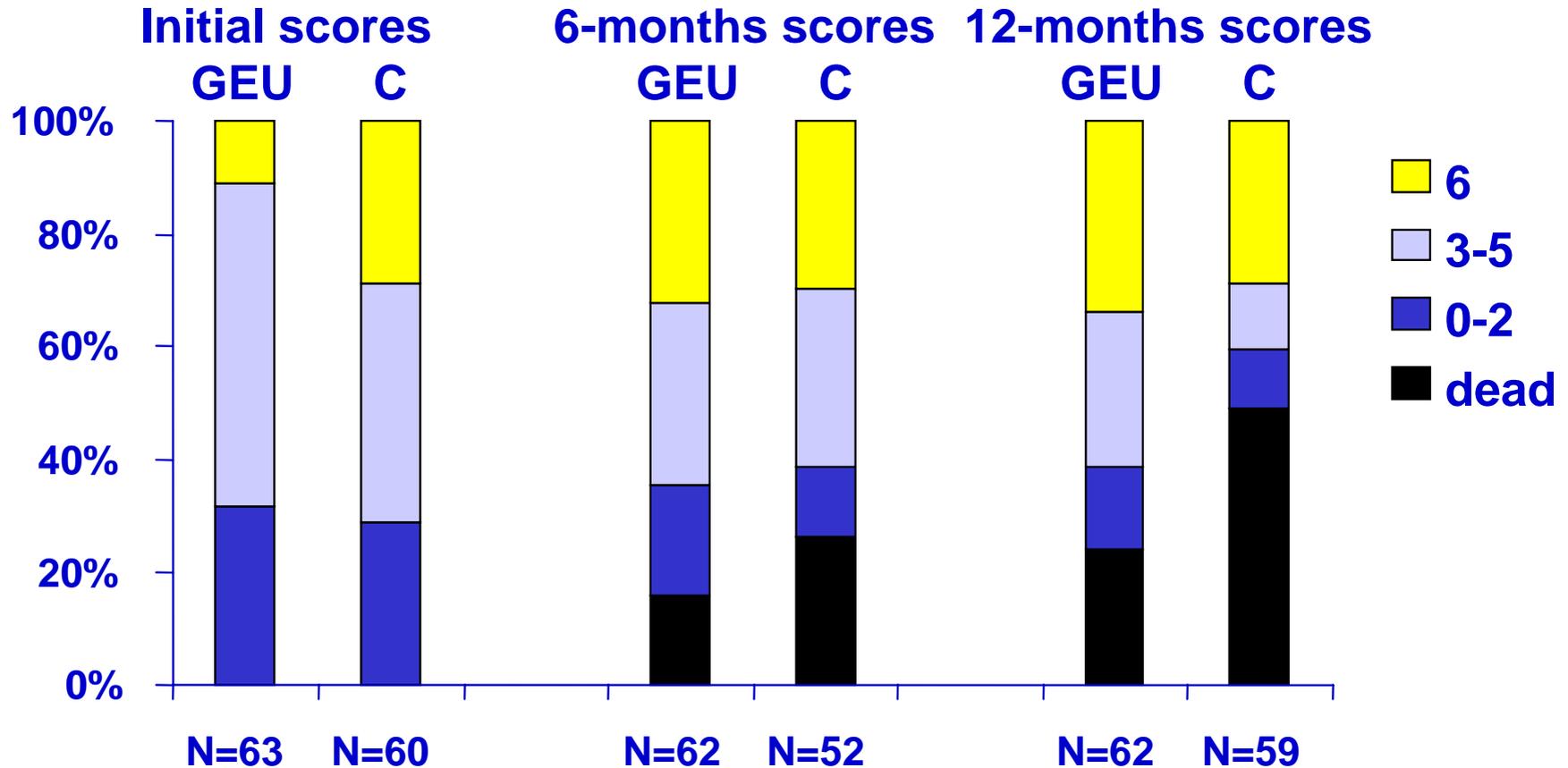


Pallan, 1992

GEMU Sepulveda

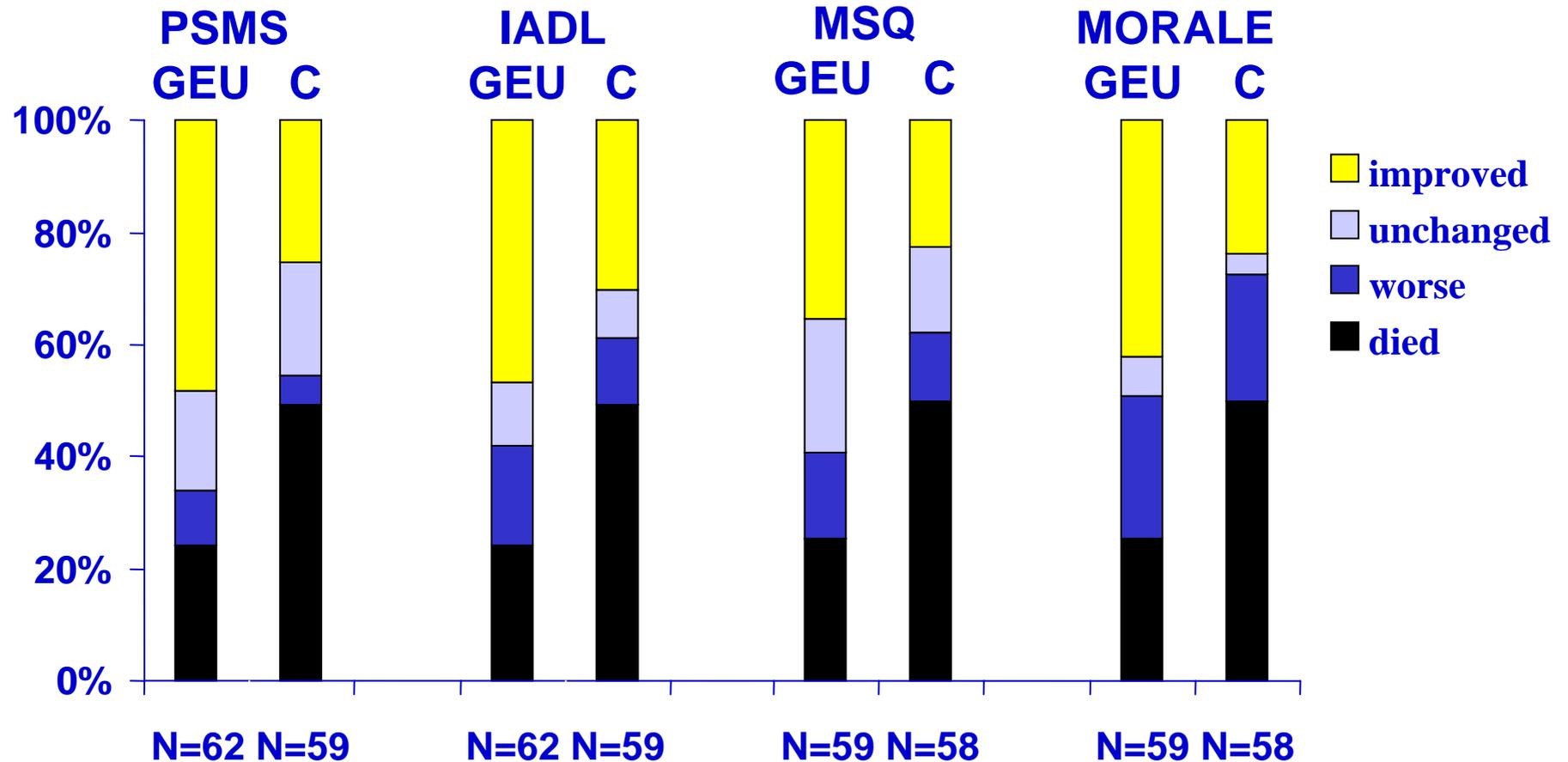
	GEMU	Control	p
Dimissione			
Casa/assistenza domiciliare	73%	53.3%	<0.05
RSA	12.7%	30%	<0.05
Riospedalizzazione	34.9%	50%	n.s.
Morti	23.8%	48.3%	<0.005
Costi	22.597	27.823	

Modificazioni dello stato funzionale di base e dello stato mentale dell' UVG rispetto al controllo

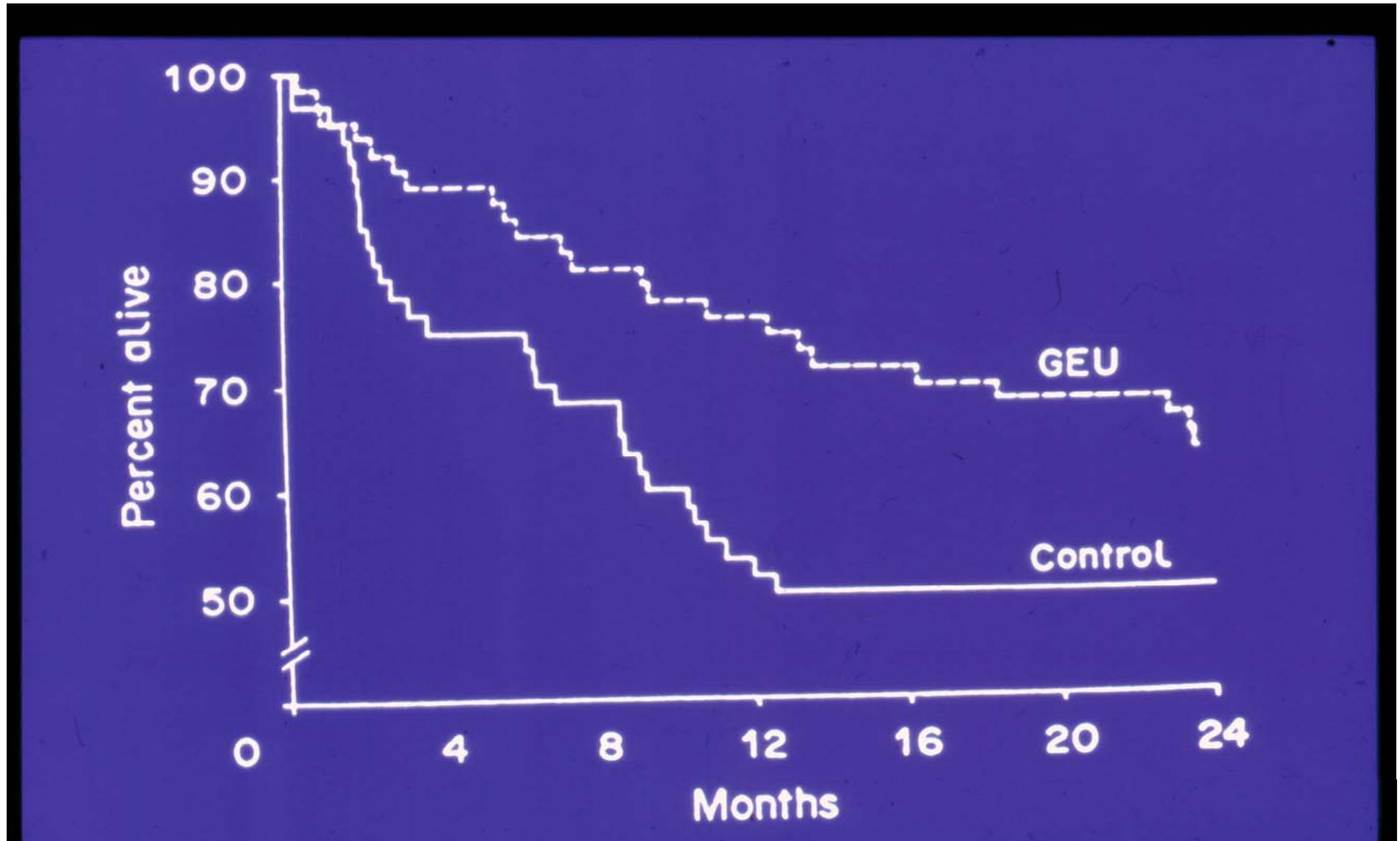


*Personal Self-maintenance Scale was used to determine the functional status; a score of 6 indicates complete independence in the six activity of daily living

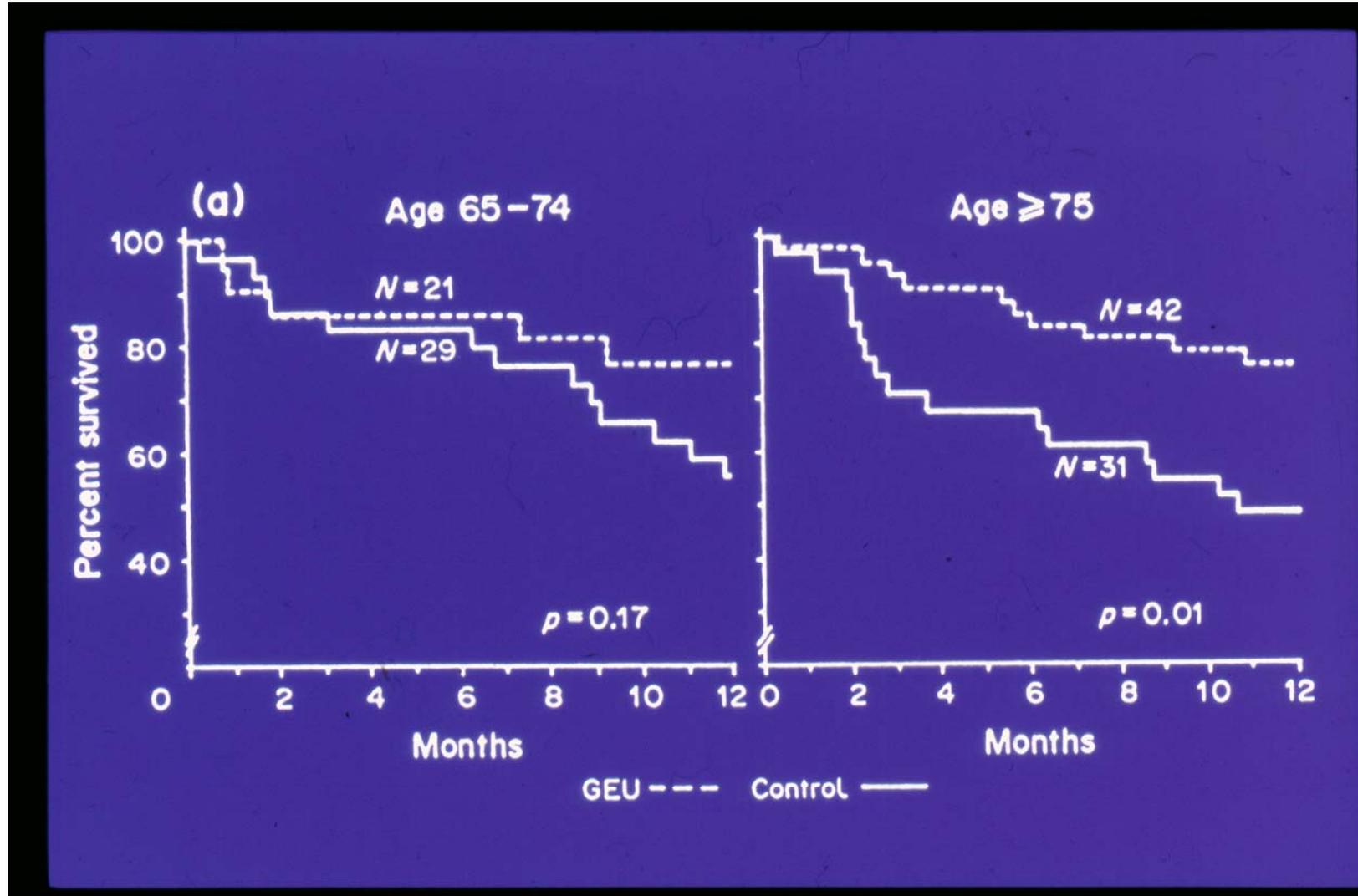
Modificazione degli outcomes dell' UVG rispetto al controllo



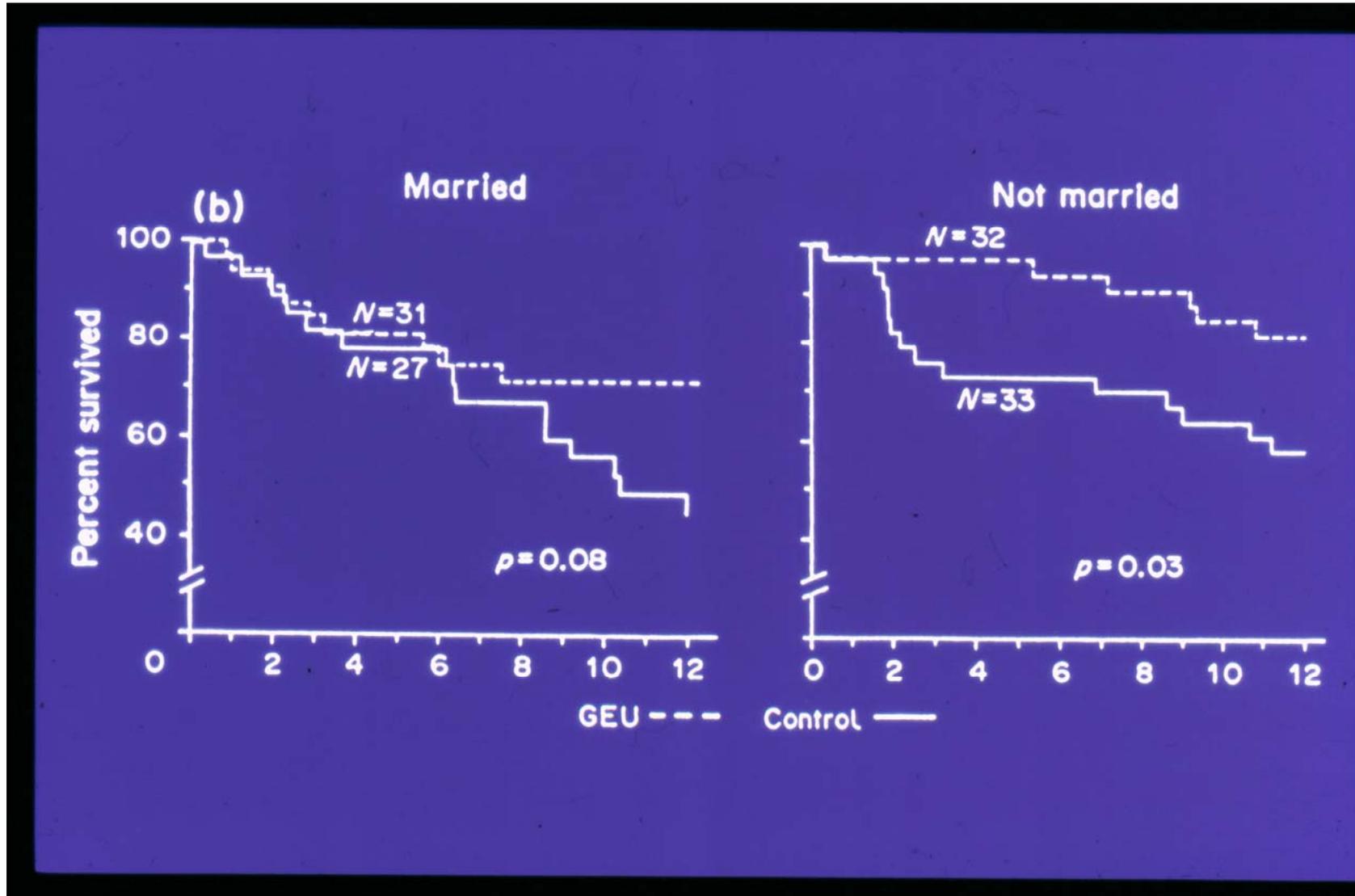
Mortalità a 2 anni dell' UVG rispetto al controllo



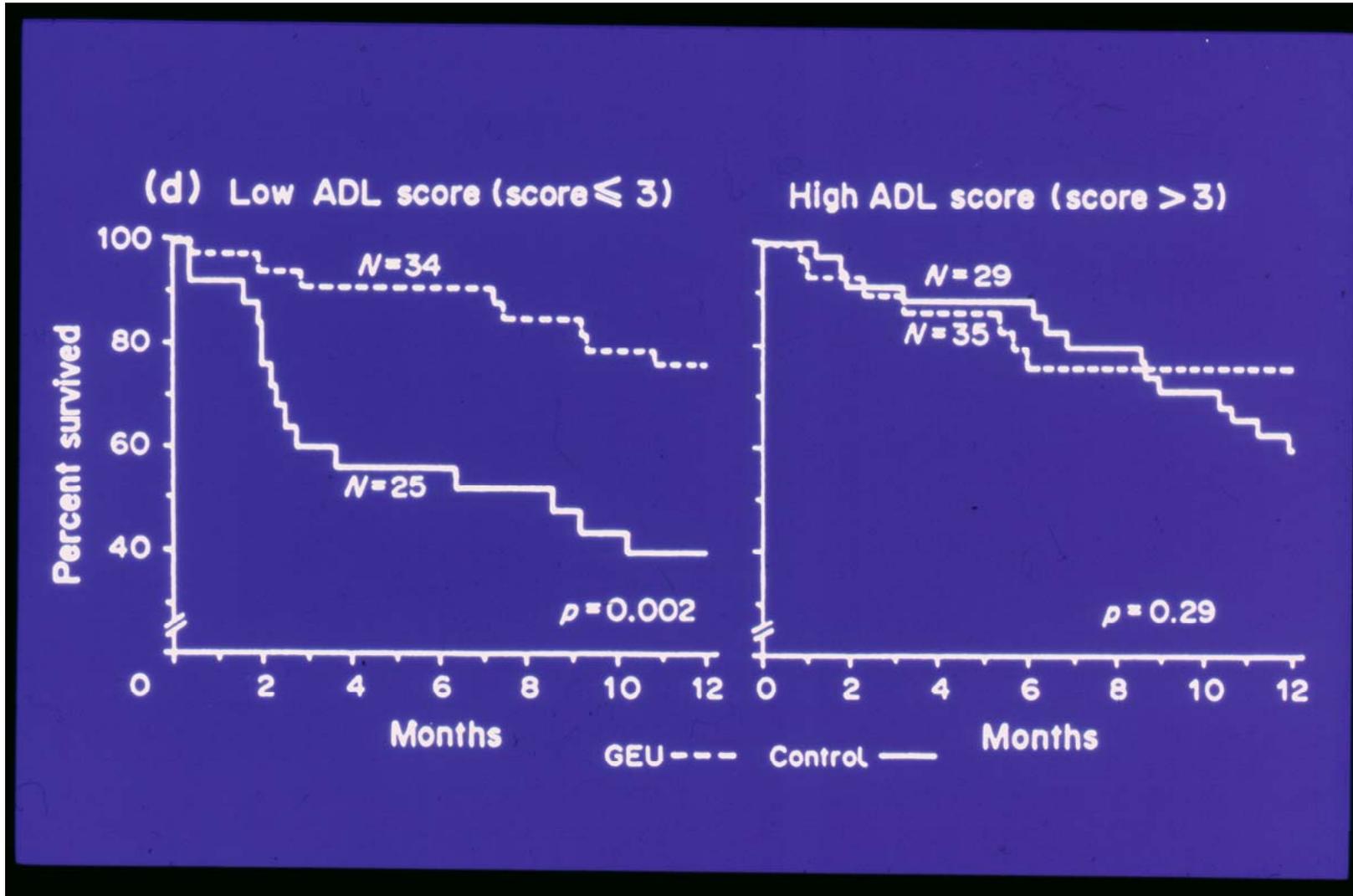
Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli



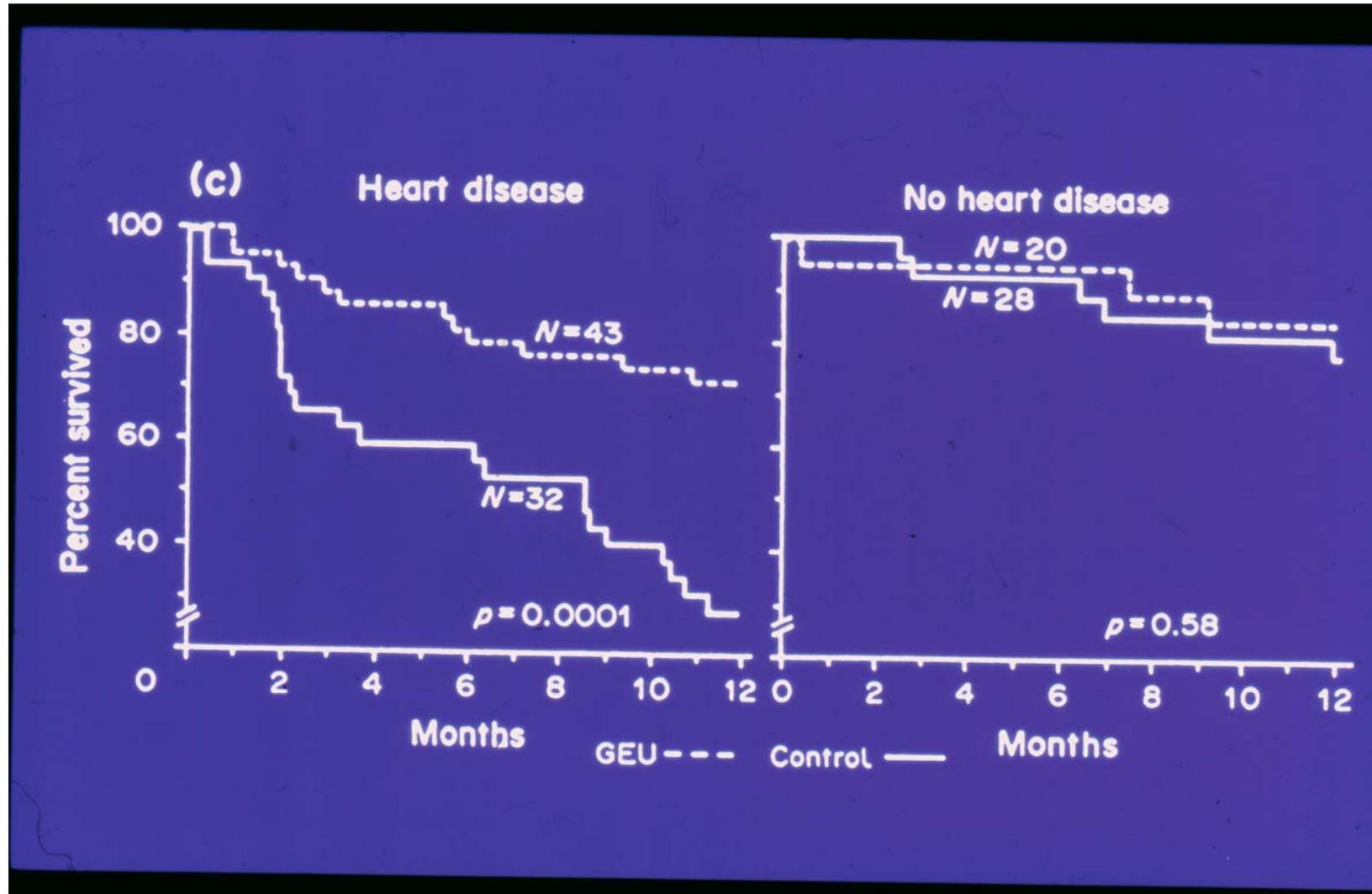
Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli



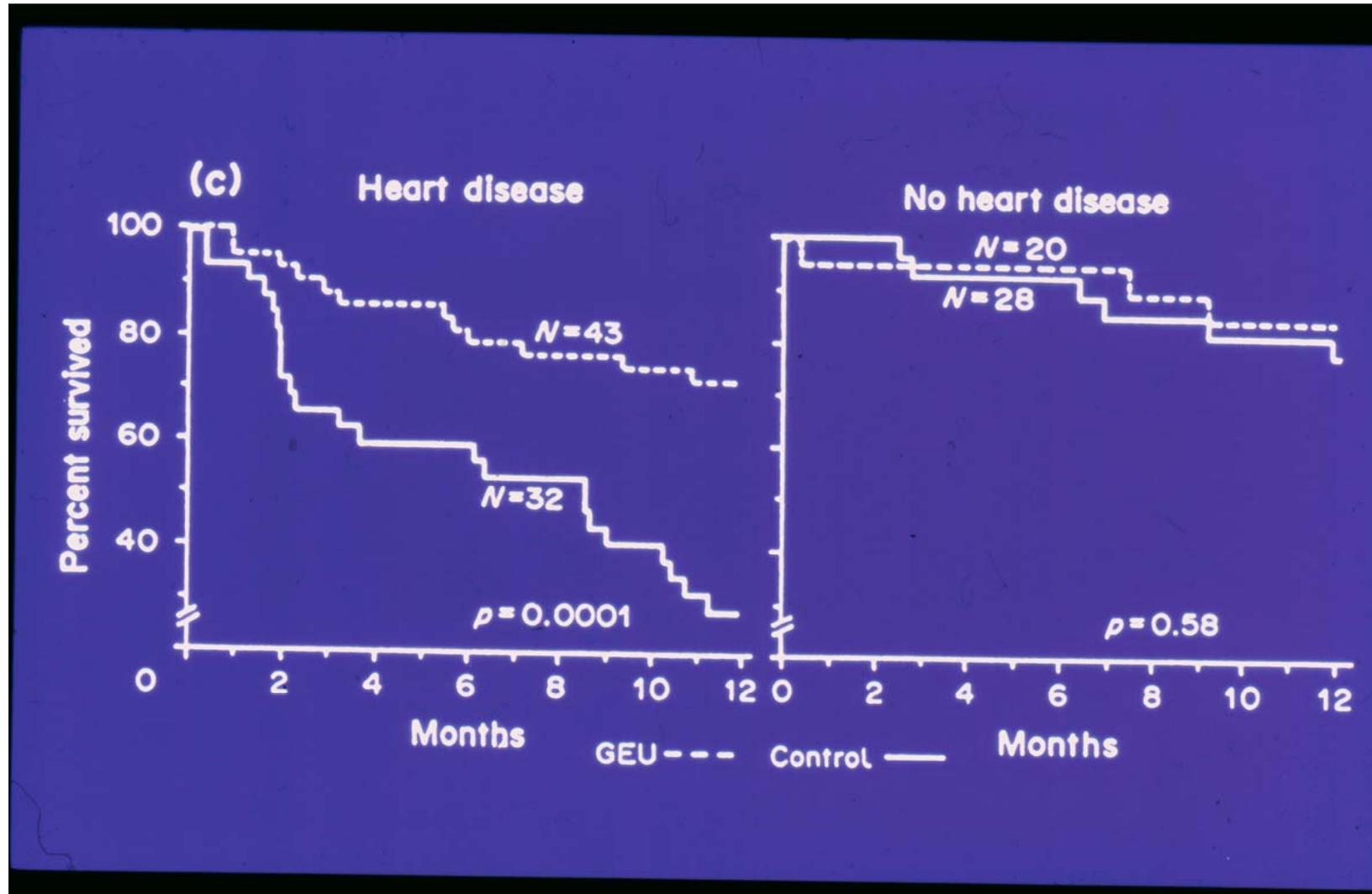
Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli



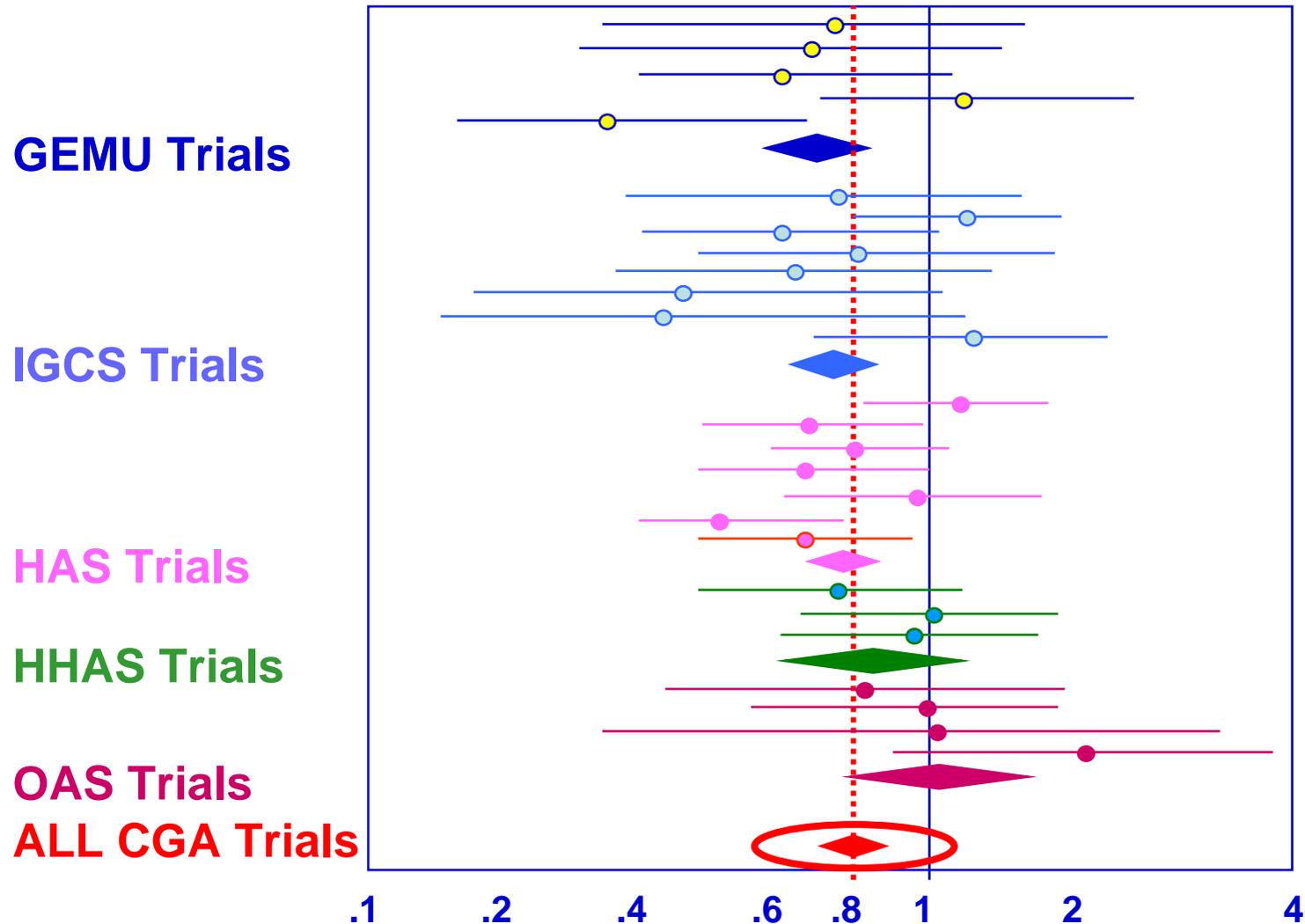
Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli



Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli



End-of-study mortality odds ratio of individuals and combined Comprehensive Geriatric Assessment



Rubenstein LZ e Coll.,

N Engl J Med, 1984

“A careful patients selection allows impaired elderly patients to respond **dramatically** to treatment”

**Completa
Autonomia**

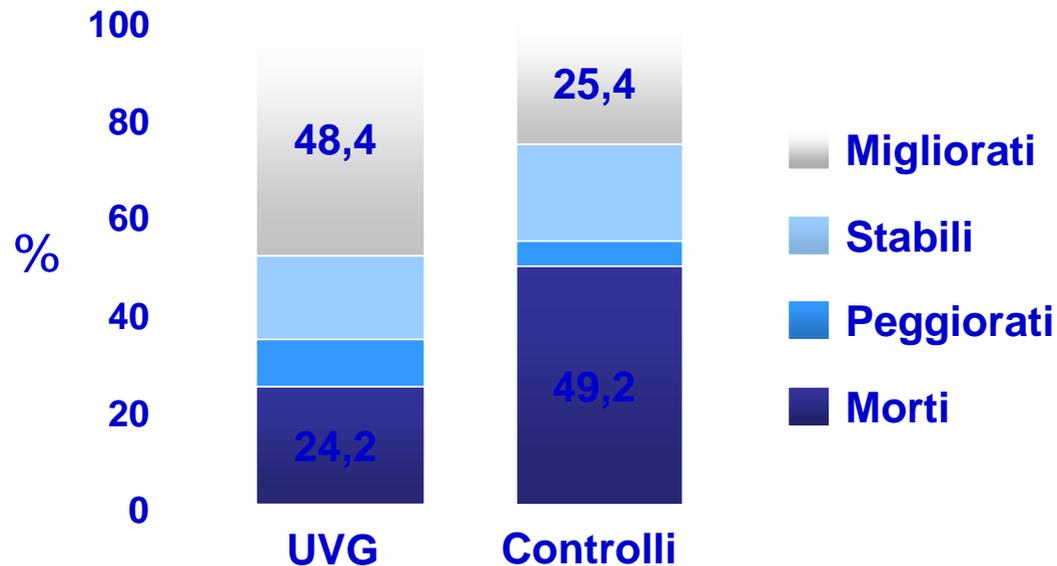
47,5 %



Esclusi

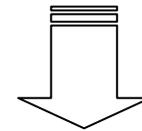
**Disabilità intermedia
e/o problemi che pregiudicano la
dimissione a domicilio**

8,5 %



**Demenza avanzata
o malattia terminale**

44,0 %



Esclusi

Criteri di identificazione dell'anziano fragile da indirizzare all'UGA

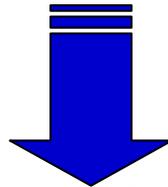
(Winograd e Coll, J Am Geriatr Soc 1991)

Autonomo

- autonomo in tutte le BADL



Nessun vantaggio dimostrato della VMD



“Fragile”

Gravemente compromesso

- demenza grave con disabilità nelle BADL
- malattia terminale



Nessun vantaggio dimostrato della VMD

Presenza di uno dei seguenti:

- accidente cerebrovascolare
- malattie croniche disabilitanti
- stato confusionale
- dipendenza nelle BADL
- depressione
- cadute
- incontinenza
- malnutrizione
- polifarmacoterapia
- piaghe da decubito
- sindrome da immobilizzazione
- problemi socio-economici

Dimostrato significativo vantaggio della VMD nel miglioramento degli outcomes



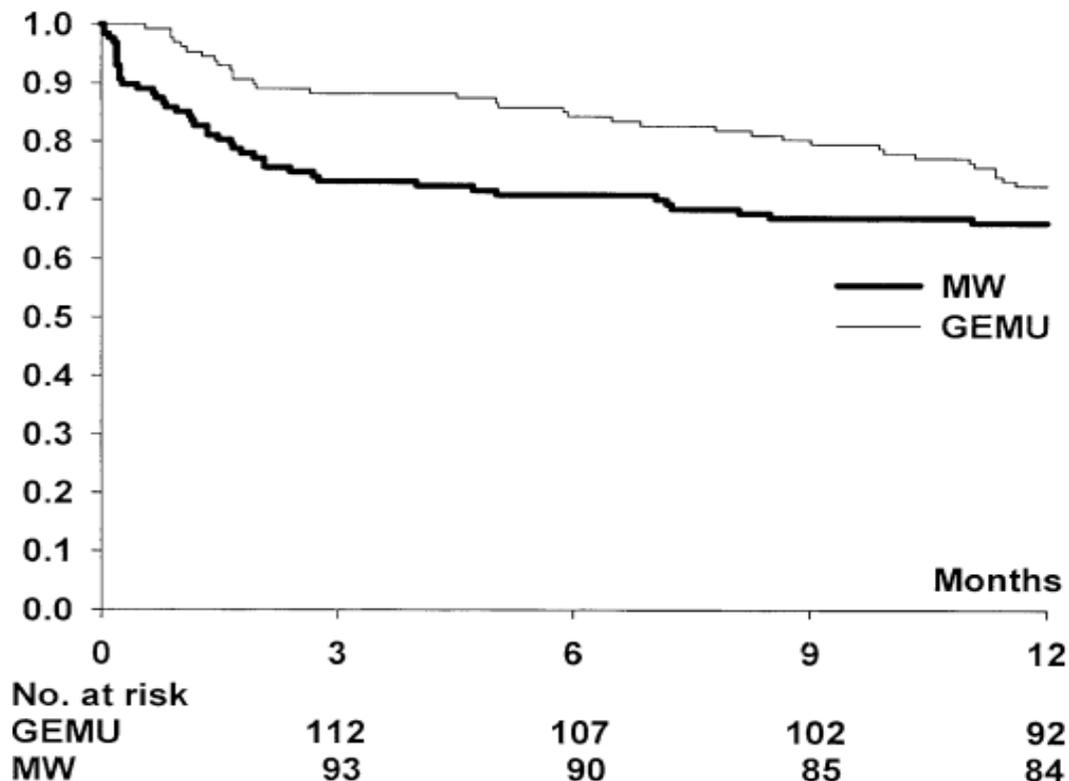
J Am Geriatr Soc 2002; 50; 792-798

Reduced Mortality in Treating Acutely Sick, Frail Older Patients in a Geriatric Evaluation and Management Unit. A Prospective Randomized Trial

Ingvild Saltvedt, MD, Ellen-Sofie Opdahl Mo, RN, Peter Fayers, PhD, Stein Kaasa, MD, PhD, and Olav Sletvold, MD, PhD

PARTICIPANTS: Acutely sick frail patients aged ≥ 75 , admitted to the Department of Internal Medicine, were randomly assigned to treatment in the GEMU (n = 127) or to the general medical wards (n = 127). The following **inclusion criteria** were used to target frail patients: chronic disability, acute impairment of single activity of daily living, mild/moderate dementia, confusion, depression, imbalance/ dizziness, falls, impaired mobility, urinary incontinence, malnutrition, polypharmacy, vision or hearing impairment, social problems, or prolonged bedrest.

CONCLUSION: Treatment of acutely sick, frail, older patients in a GEMU substantially reduced mortality.



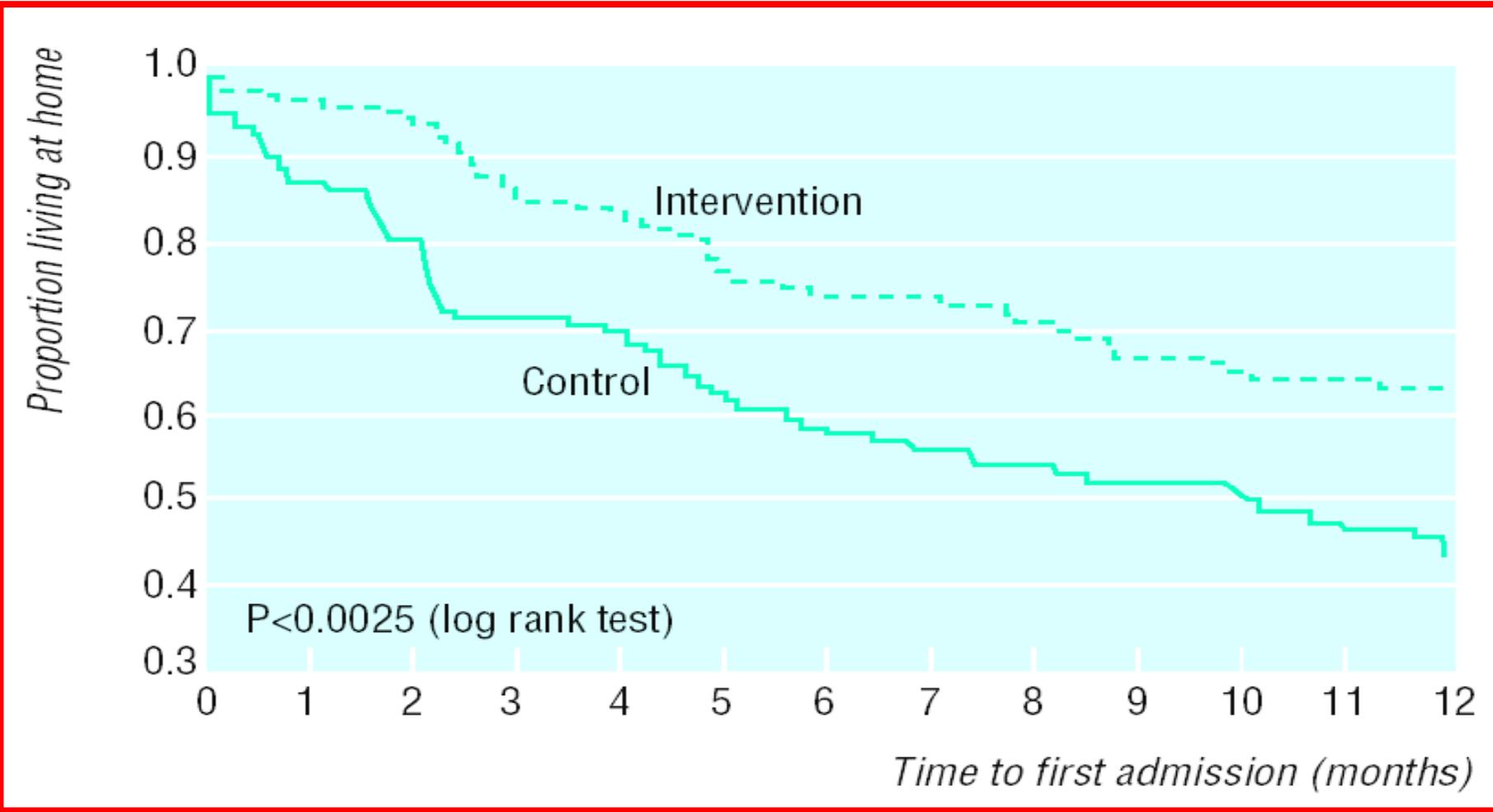
AMMISSIONE IN OSPEDALE E RSA

Place of admission	Intervention (n=99)	Control (n=100)	Hazard ratio (95% CI)	P value
Nursing home	10	15	0.81 (0.57 to 1.16)	0.3
Acute hospital	36	51	0.74 (0.56 to 0.97)	<0.05
Nursing home or hospital	38	58	0.69 (0.53 to 0.91)	<0.01
Emergency room	6	17	0.64 (0.48 to 0.85)	<0.025

The cumulative number of days/year spent in either nursing home (1087 vs. 2121) or acute hospital (894 vs. 1376) was reduced almost halved in the intervention group.

The benefit obtained in the intervention group was achieved without increases in use of health services. Indeed, home support (154 hours/patient/year in control group vs. 120 in intervention group), nursing care (12 hours/patient/year vs. 13) and meals on wheels (39 meals/patient/year vs. 54) services did not differ.

ANALISI DI SOPRAVVIVENZA BASATA SULL'AMMISSIONE IN OSPEDALE E/O RSA



BMJ 1998;316:1348-51

IG accounted for 23% less total per capital health care costs than CG.

Rete dei servizi geriatrici

“Cura continua”



State of the art in geriatric rehabilitation:

review of frailty and comprehensive geriatric assessment

Review of literature: Medline-Cinahl-Cochrane database

Geriatric rehabilitation

336 relevant papers

108 Level 1: evidence from Randomized Controlled Trials

39 Level 2: evidence from a well designed controlled trials without randomization or from well designed cohort or case control studies

189 Level 3: evidence from descriptives studies or reports of experts

Tipologia d'intervento geriatrico in Ospedale per acuti

**Team Consultivo
Geriatrico**

TCG

**Team Infermieristico
Geriatrico**

TIG

**Unità Geriatrica
per Acuti**

UGA

Tipologia d'intervento geriatrico in Ospedale per Acuti

Team Consultivo
Geriatrico

— TCG

Team Infermieristico
Geriatrico

— TIG

**Unità Geriatrica
per Acuti**

UGA

Unità Geriatrica per acuti

La divisione di Geriatria non deve essere un duplicato della divisione di Medicina. Essa si differenzia per:

- **Tipologia dei pazienti**
- **Preparazione professionale ad indirizzo gerontologico e geriatrico del personale**
- **Diversa tipologia edilizia**
- **Terapia subintensiva**
- **Presenza di strutture di riabilitazione**
- **Coordinamento dell'UVG con i servizi territoriali extra-ospedalieri**

Unità geriatrica per acuti

Nuova Organizzazione Strutturale e Funzionale del Reparto di Geriatria

Assistenza Subintensiva ed Intermedia



Ricovero in ospedale dell'anziano

Socializzazione



Terapia occupazionale



Ludoterapia

Riattivazione e Riabilitazione



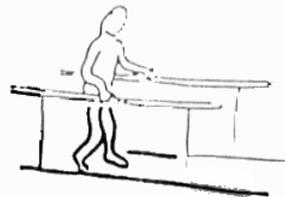
Alzata dal letto



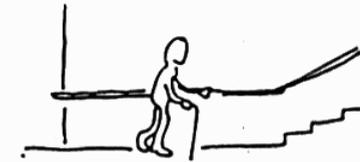
Inizio riattivazione



Rieducazione o riattivazione intensive



Dimissione Programmata



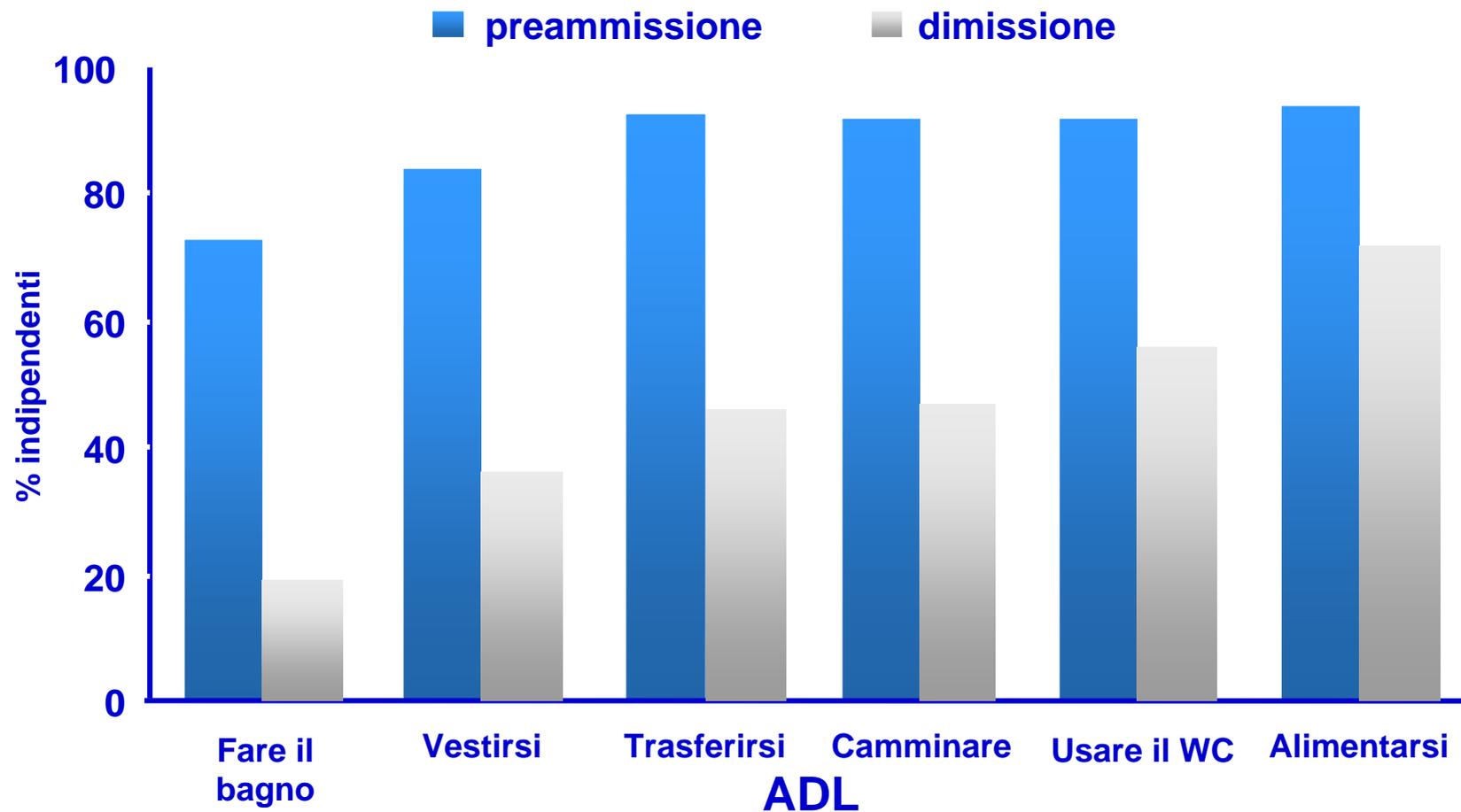
Autosufficienza



Dimissione

Prognosi funzionale nell'anziano ospedalizzato per patologia acuta (n=1279)

Peggioramento delle ADL nel 31% dei pazienti



Prognosi funzionale nell'anziano ospedalizzato per patologia acuta, follow-up a tre mesi

Variazione nelle ADL durante l'ospedalizzazione, n (%)

	Peggiorate (n=320)	Invariate (n=656)	Migliorate (n=96)	Totale (n=1072)
ADL a 3 mesi				
- peggiorate	130 (41)	56 (9)	22 (23)	208 (19)
- invariate	157 (49)	573 (87)	15 (16)	745 (70)
- migliorate	33 (10)	27 (4)	59 (61)	119 (11)
IADL a 3 mesi				
- peggiorate	169 (53)	224 (34)	33 (34)	426 (40)
- invariate	92 (29)	281 (43)	31 (33)	404 (38)
- migliorate	59 (18)	151 (23)	32 (33)	242 (22)

UGA vs. Medicina Interna

(Landefeld e Coll, N Engl J Med 1995)

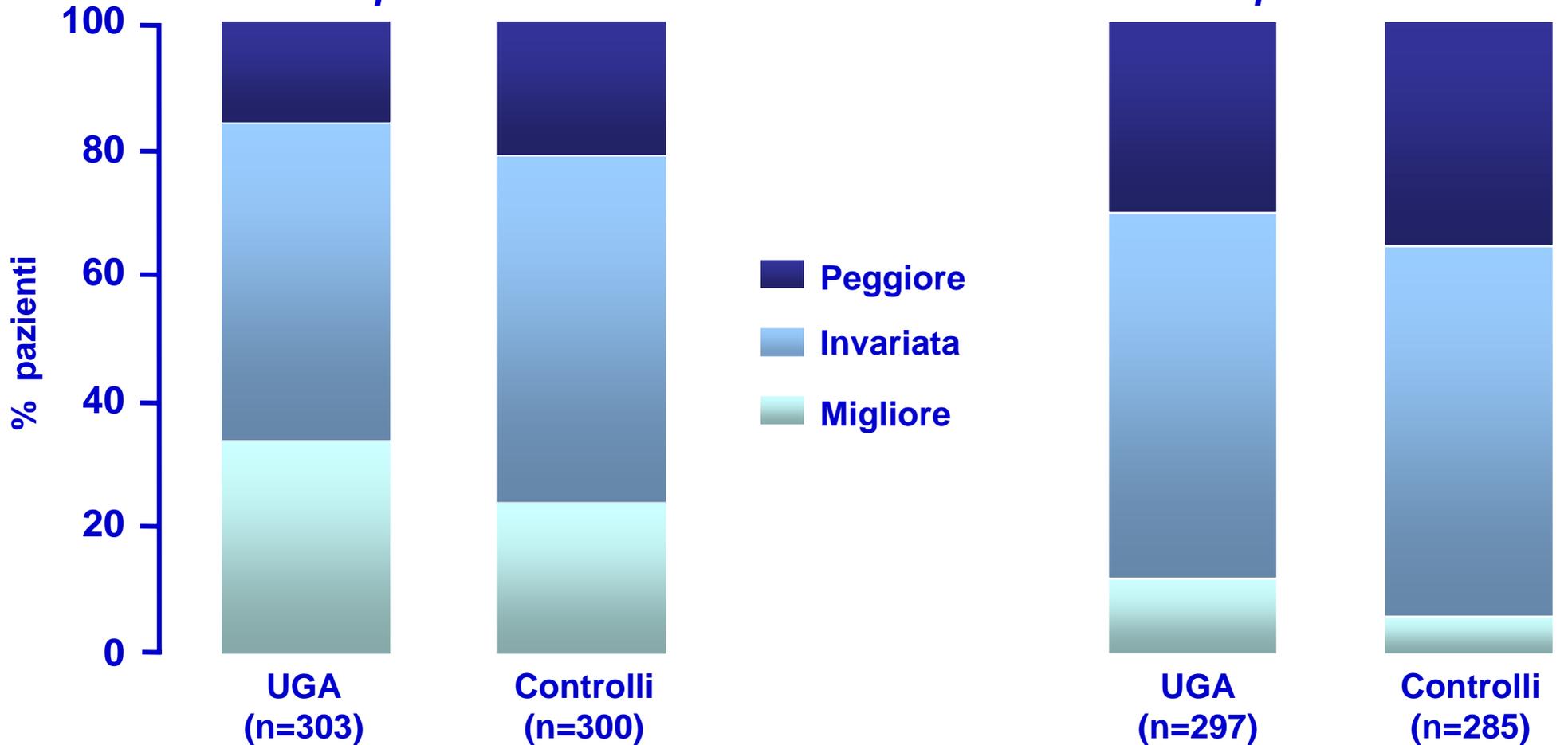
Modificazioni della capacità funzionale (BADL)

Ammissione vs dimissione

2 settimane prima dell'ammissione
vs dimissione

$p = 0.009$

$p = 0.05$



UGA vs. Medicina Interna

(Landefeld e Coll, N Engl J Med 1995)

Istituzionalizzazione dopo la dimissione

	Gruppo Controlli	Gruppo Intervento	
	n=300	n=303	
	<i>n</i>	<i>n</i> ($\Delta\%$)	<i>p</i>

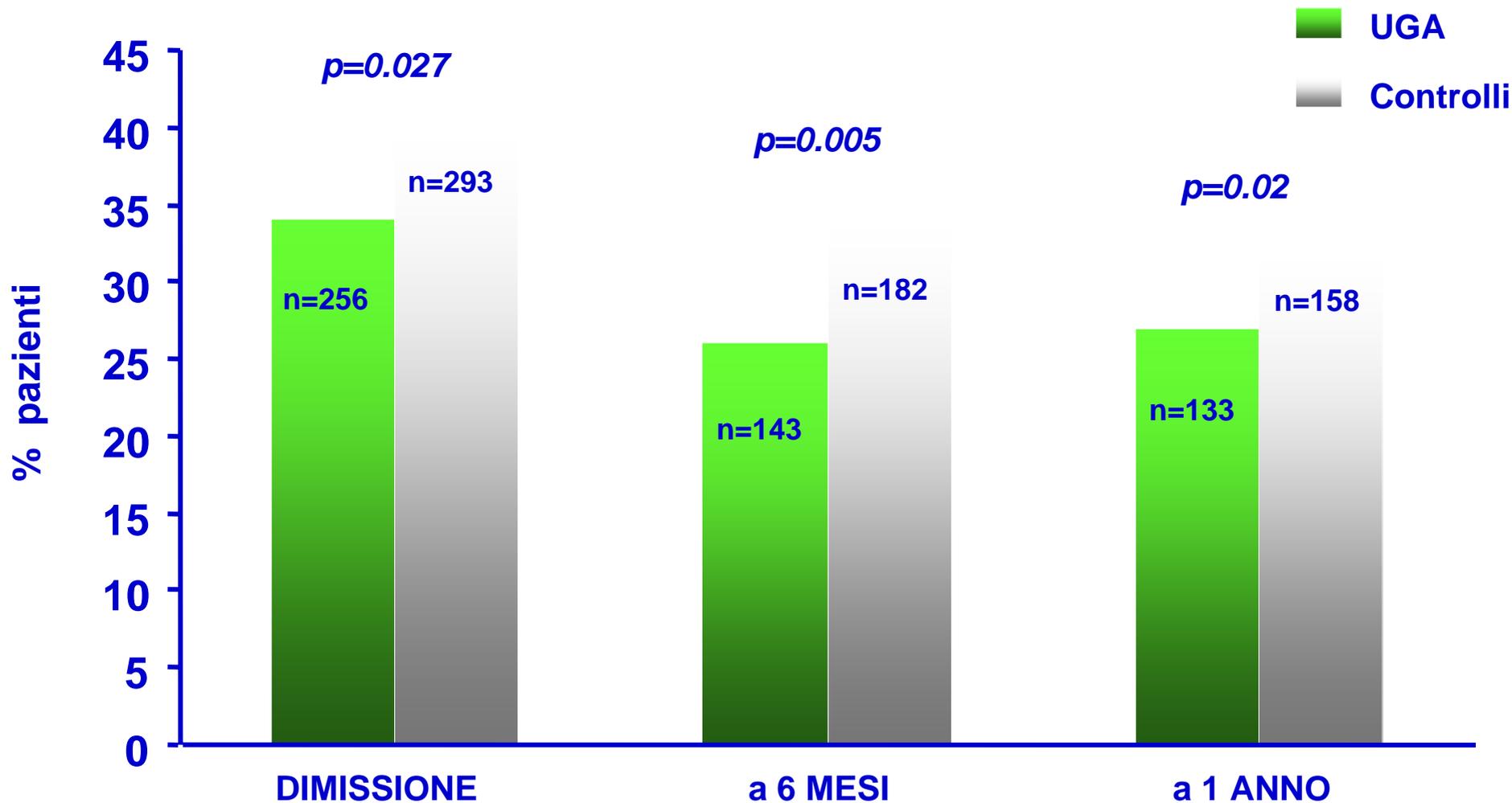
Istituzionalizzazione

- alla dimissione	67	43 (- 36)	0.01
- nei tre mesi successivi	90	67 (- 26)	0.01

UGA vs. Medicina Interna

(Counsell e Coll, J Am Geriatr Soc 2000)

Effetti su BADL+Istituzionalizzazione



UGA vs. Medicina Interna
(*Counsell e Coll, J Am Geriatr Soc 2000*)

Misura della soddisfazione
(*Scala di Likert, media \pm DS - da 0 a 100*)

	UGA	Controlli	p
Paziente	75 \pm 16	72 \pm 17	0.012
Caregiver	62 \pm 9	59 \pm 10	0.03
Medico	77 \pm 14	66 \pm 18	<0.001
Infermiere	66 \pm 15	51 \pm 17	<0.001

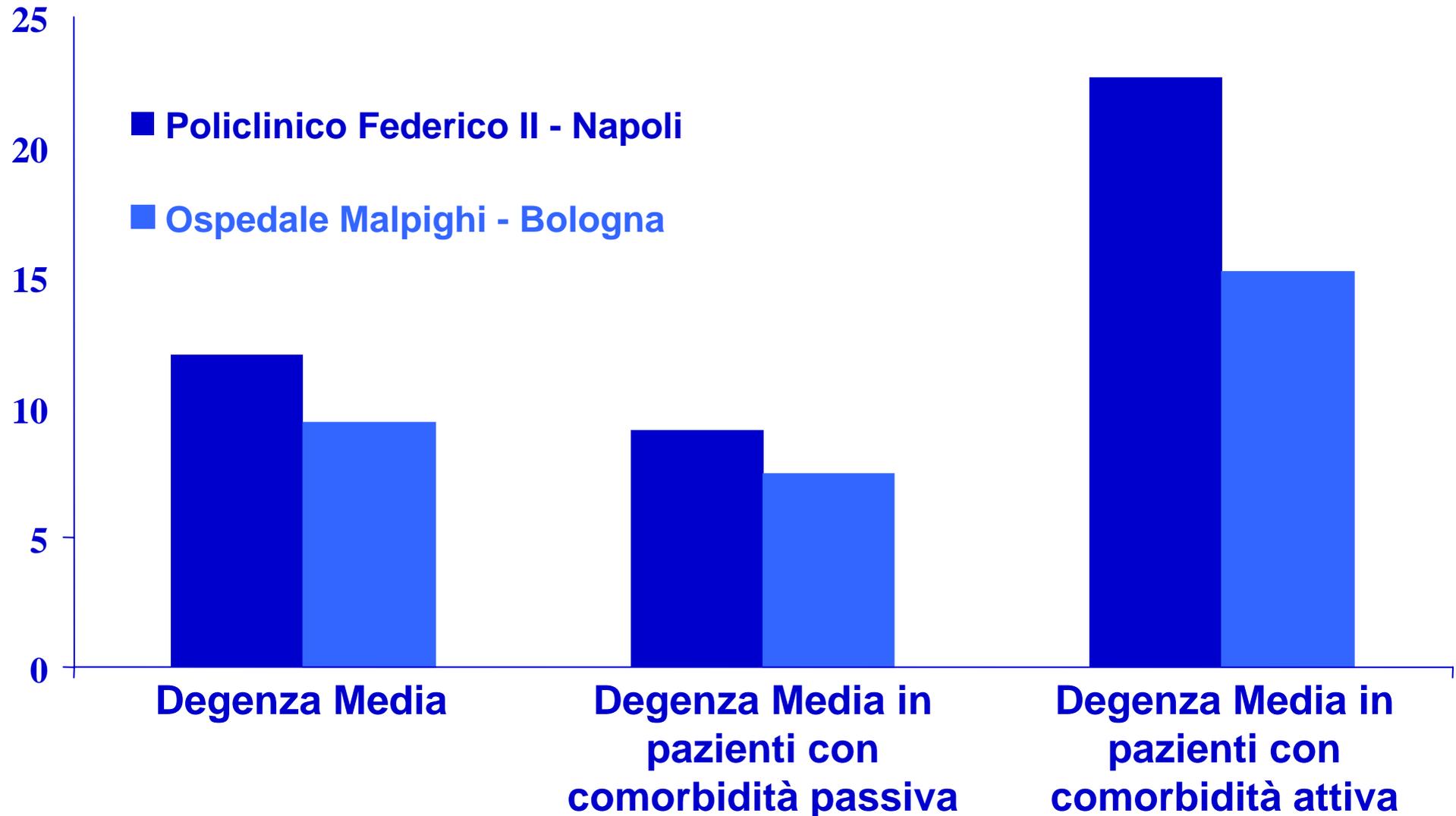
UGA vs. Medicina Interna

(Landefeld e Coll, N Engl J Med 1995)

(Counsell e Coll, J Am Geriatr Soc 2000)

- **Miglioramento della capacità funzionale**
- **Riduzione dell'istituzionalizzazione alla dimissione e a distanza**
- **Maggiore soddisfazione**
- **Nessun beneficio sulla mortalita'**

Degenza media stratificata per età



L'assistenza geriatrica in Italia



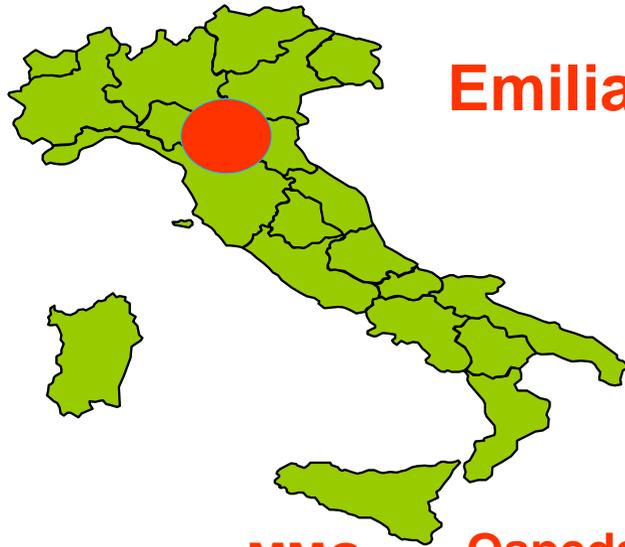
Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”



Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”



Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”



Emilia Romagna



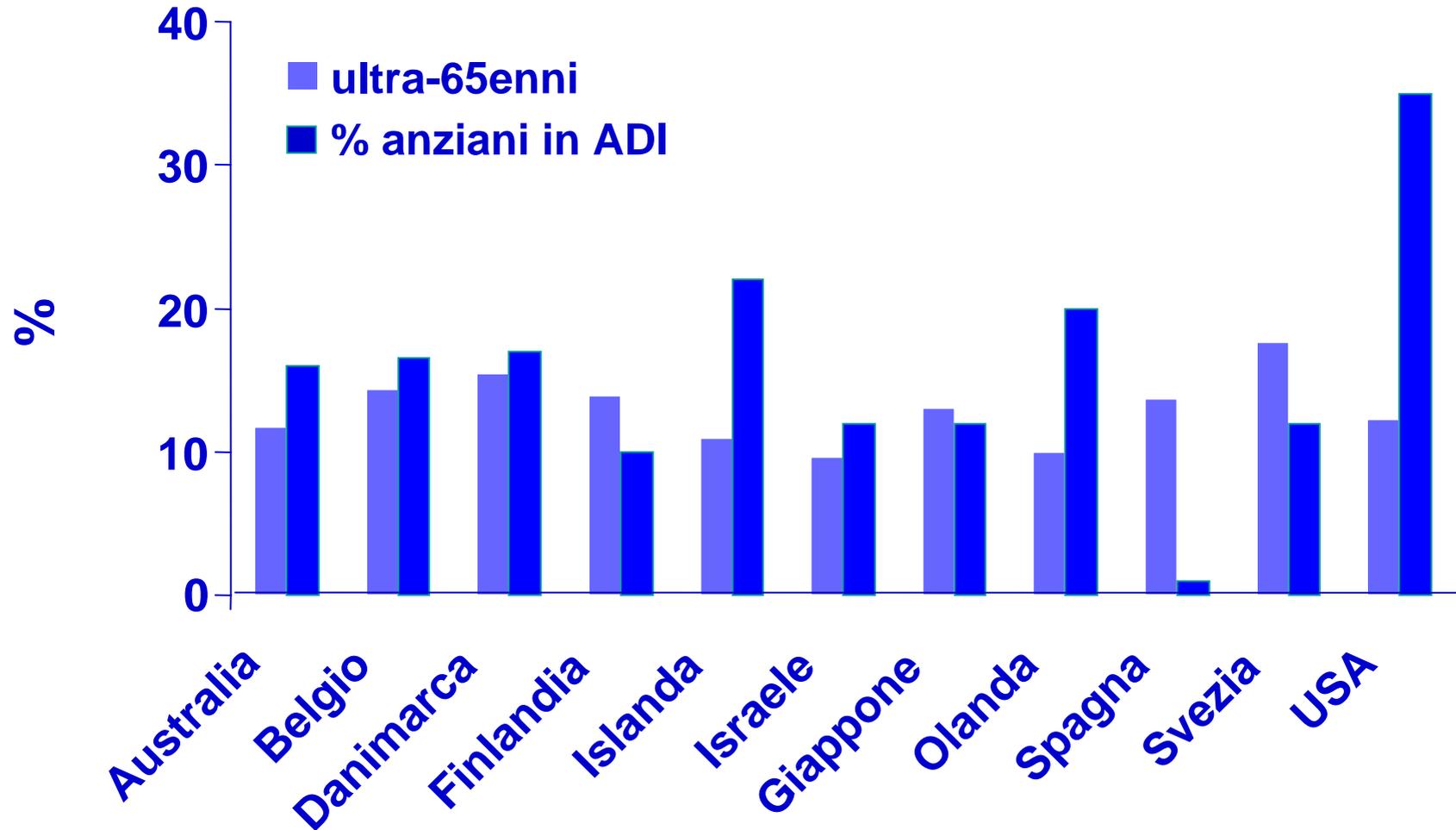
Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”



Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”

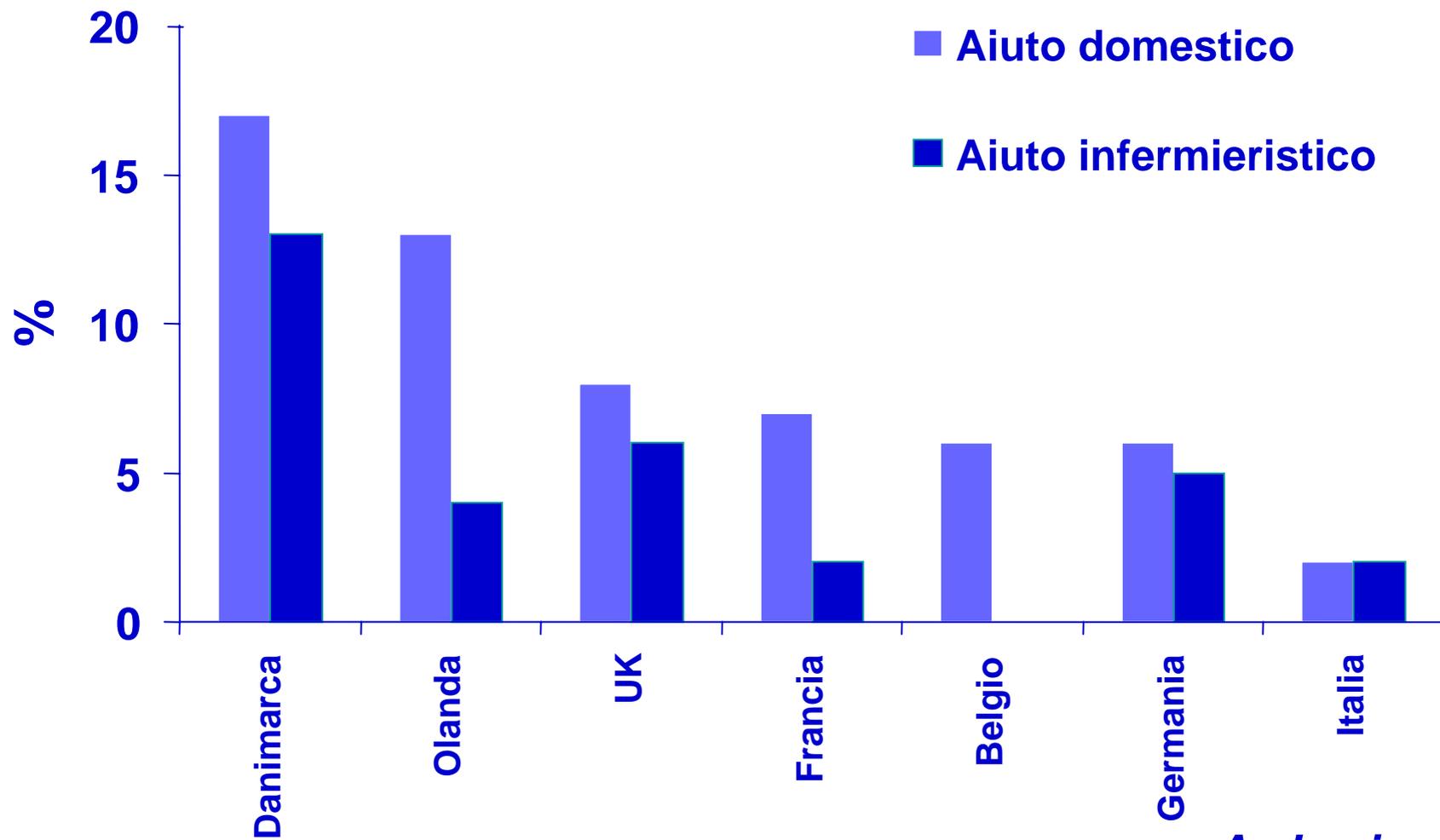


Comparazione internazionale dell'organizzazione dell'ADI

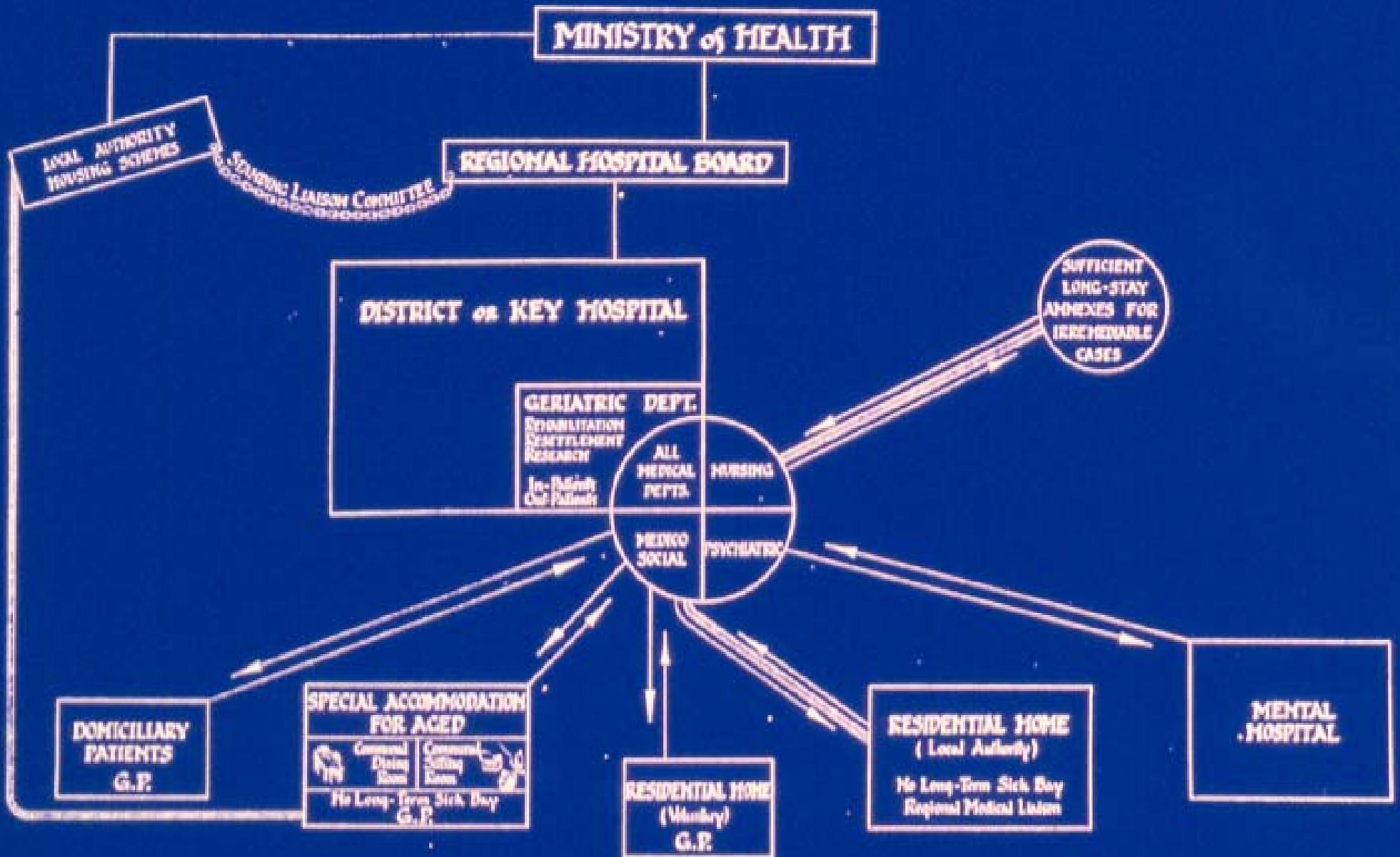


dati OCSE, 2005

Assistiti a domicilio rispetto al totale degli ultra-65 enni

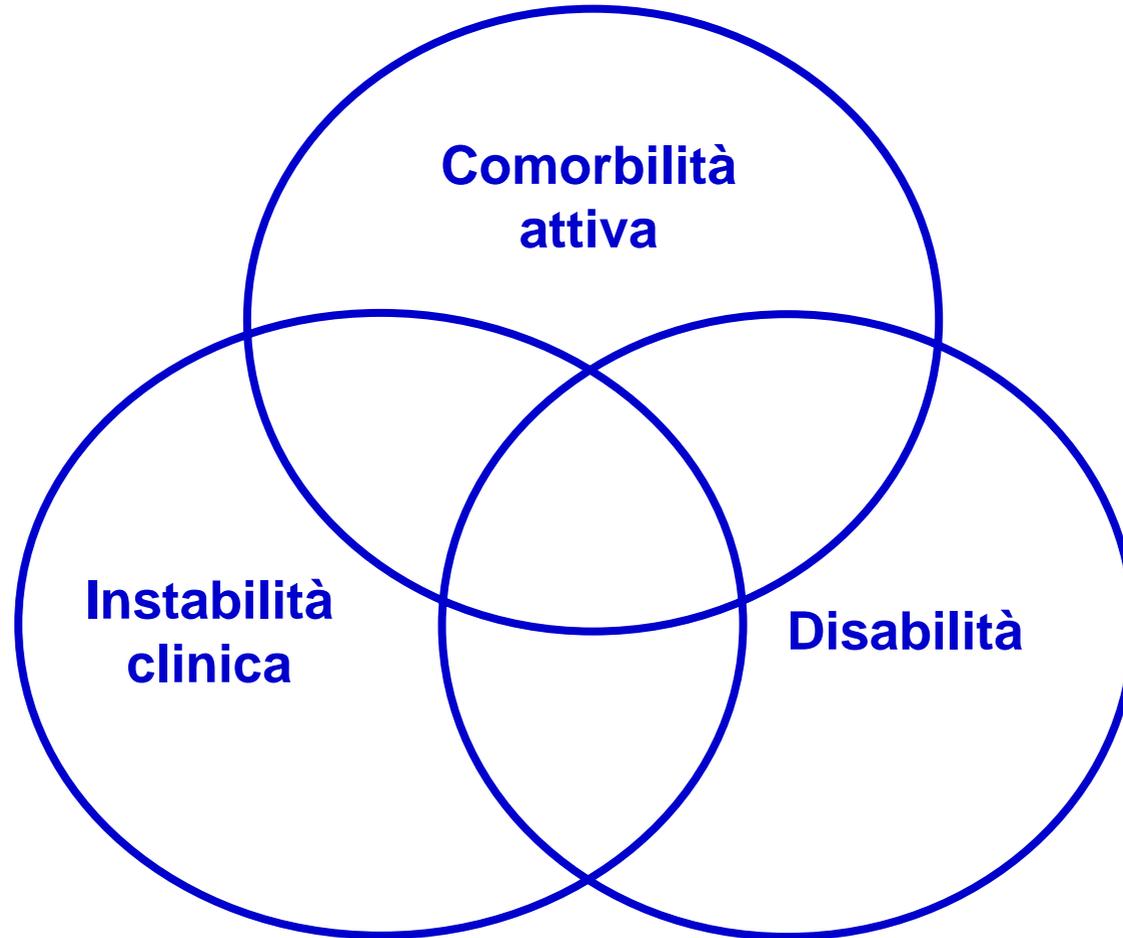


A. Jamieson, 2005

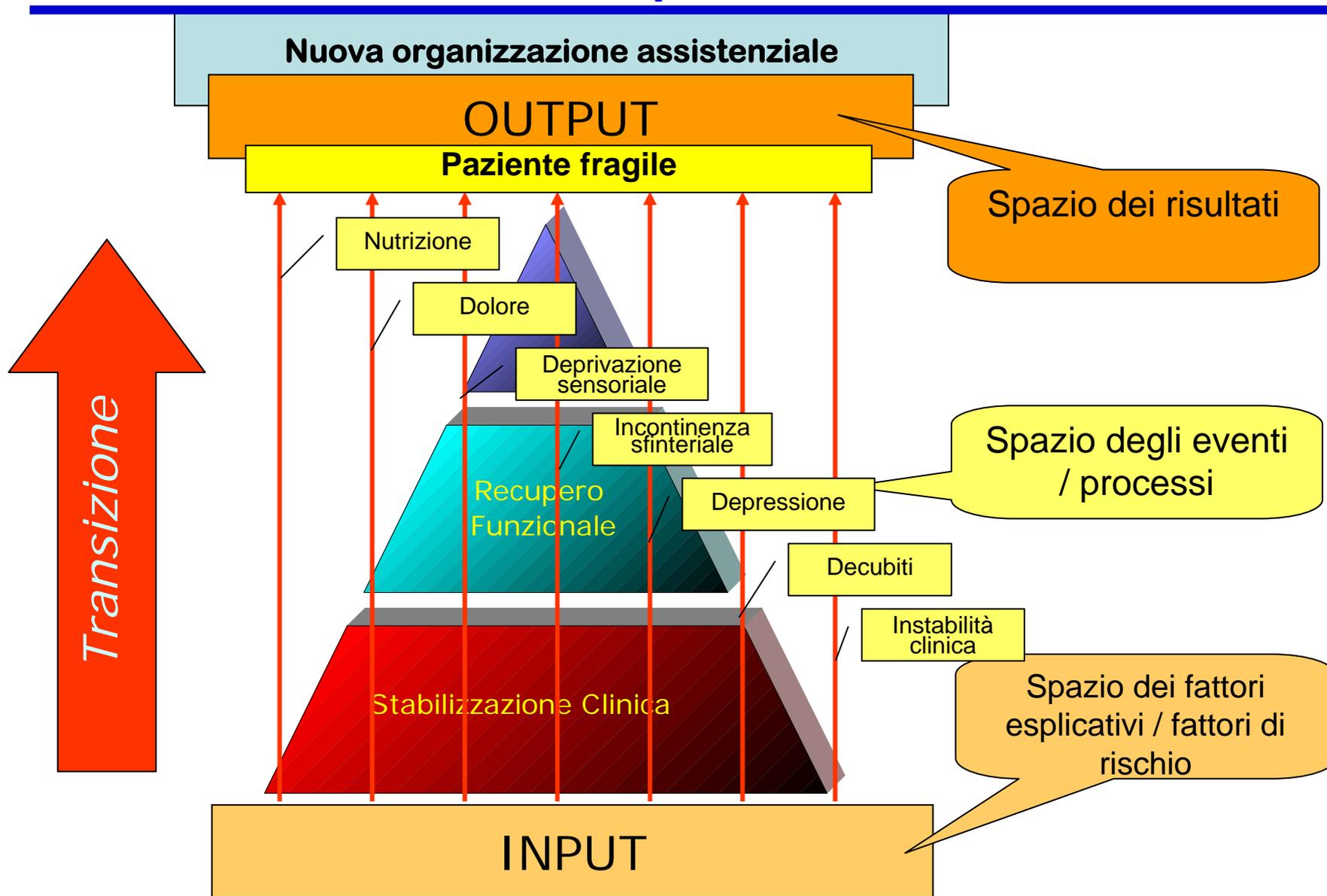




Anziano fragile



Modello per la costruzione del core-set di indici di processo-esito



OSPEDALE



**elevato rischio
complicanze**

**elevata instabilità
clinica**

**stabilizzazione
ritardata**

**recupero
incompleto**

**ripetute
ospedalizzazioni**

**alta
mortalità**

La complessità clinica nell'anziano ospedalizzato

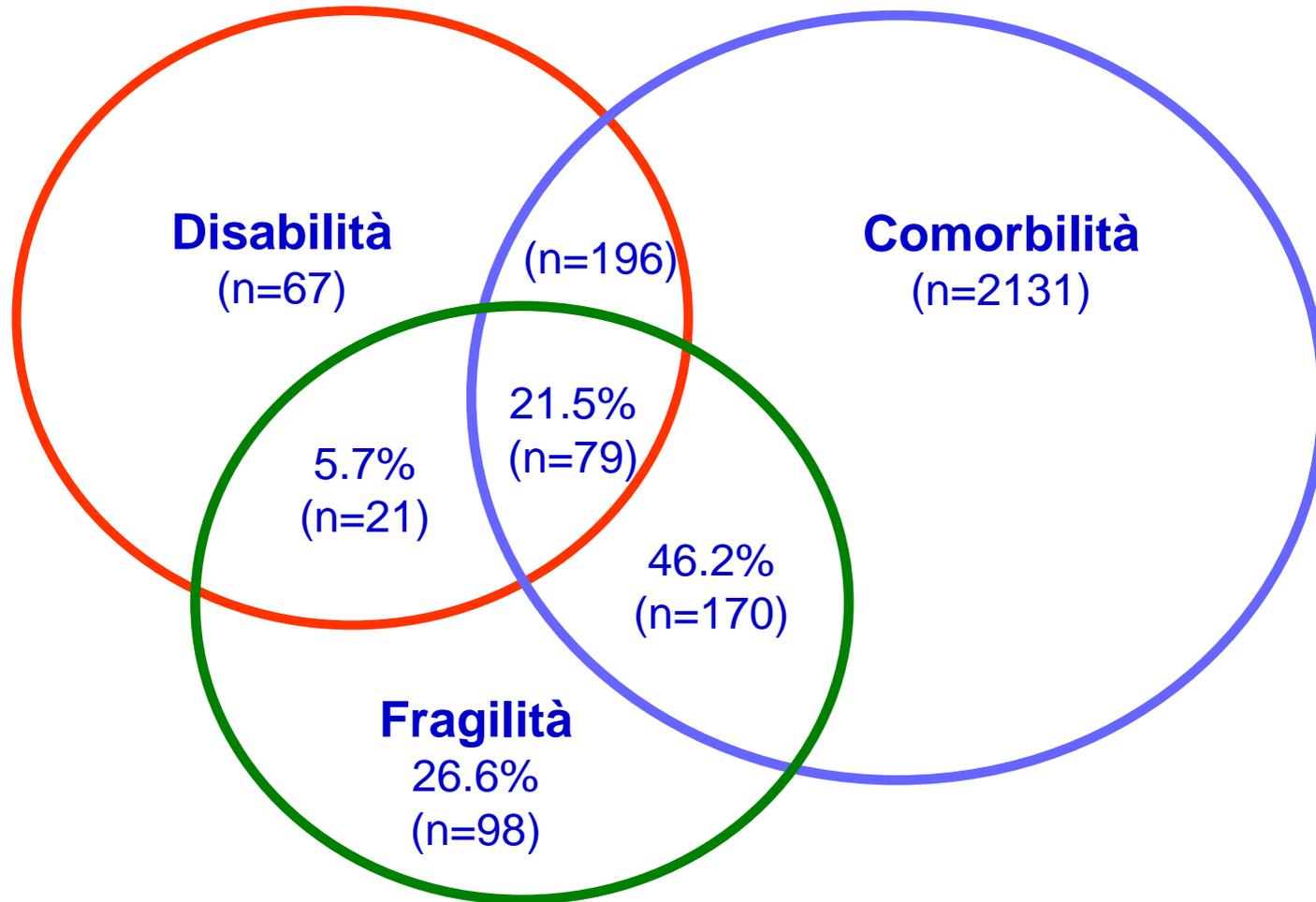




Nature 428: 116-8, 2004

Growing old gracefully

Medicina della complessità: il ruolo della comorbidità, disabilità e fragilità



PROGETTI OBIETTIVO

- Progetto 1 "Attuare l'Accordo sui Livelli Essenziali ed Appropriati di Assistenza"
- **Progetto 2 "Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili"**
- Progetto 3 "Garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche"
- Progetto 4 "Potenziare i fattori di sviluppo (o "capitali") della sanità"
- Progetto 5 "Realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità"
- Progetto 6 "Ridisegnare la rete ospedaliera ed i nuovi ruoli per i Centri di Eccellenza e per gli altri Ospedali"
- Progetto 7 "Potenziare i Servizi di Urgenza ed Emergenza"
- Progetto 8 "Promuovere la ricerca biomedica e biotecnologica e quella sui servizi sanitari"
- Progetto 9 "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute"
- Progetto 10 "Promuovere un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza"

Progetto 2

"Creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili"

- Il secondo importante obiettivo è quello di creare una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.
- L'anziano e il disabile chiedono di poter essere assistiti al loro domicilio, evitando il ricovero improprio in strutture ospedaliere o in residenze sanitarie assistenziali, con il ricorso a *Centri di degenza riabilitativa post-acuta e di sollievo, Centri diurni* nei quali gli anziani possono essere assistiti;

Gli obiettivi per i prossimi tre anni

- avviare lo studio per l'identificazione di una adeguata sorgente di risorse per la copertura dei rischi di non-autosufficienza;
- la sperimentazione di forme di "governo della rete" che integrino le competenze degli Ospedali, delle ASL e dei Comuni, con ricorso anche all'utilizzo di gestori di servizio privato nelle aree di sperimentazione.