



**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**

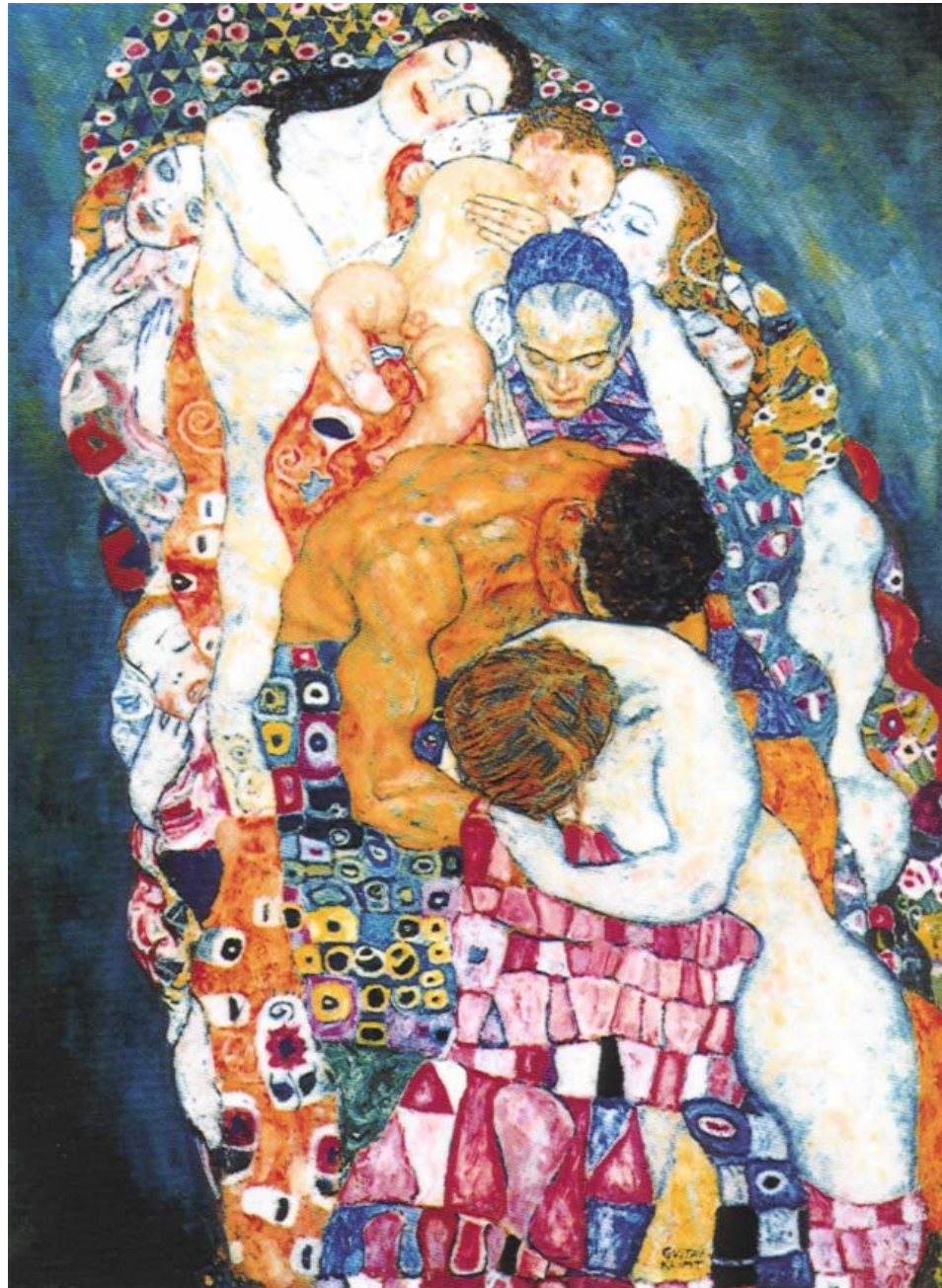
---



**Franco Rengo**

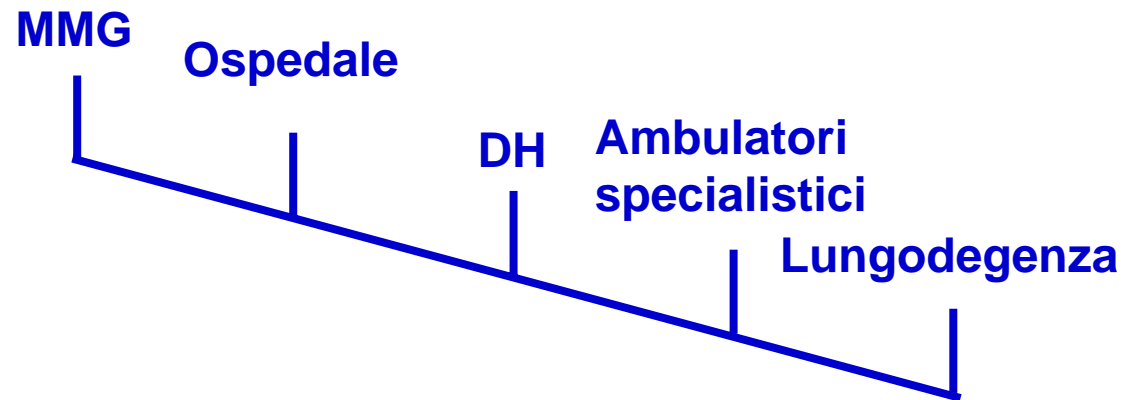
**Ordinario di Geriatria Università degli Studi di Napoli "Federico  
Direttore scientifico Istituto di Telesse-Campoli (IRCCS)**



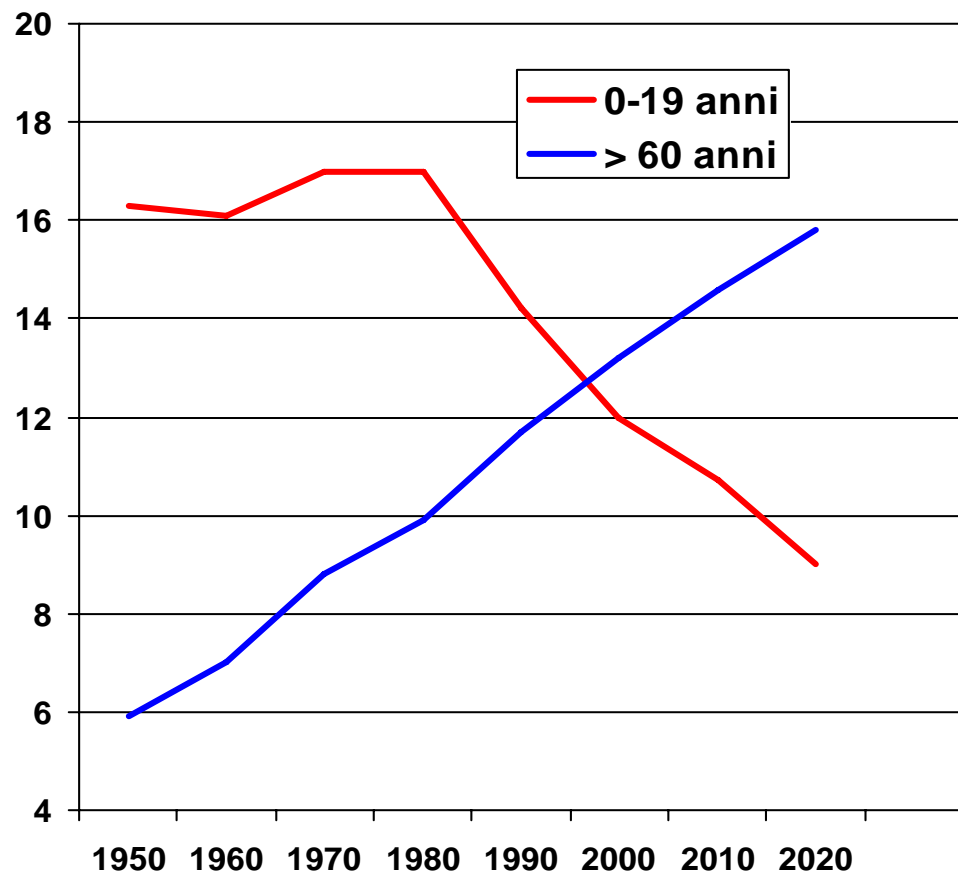


# MODELLO SANITARIO TRADIZIONALE

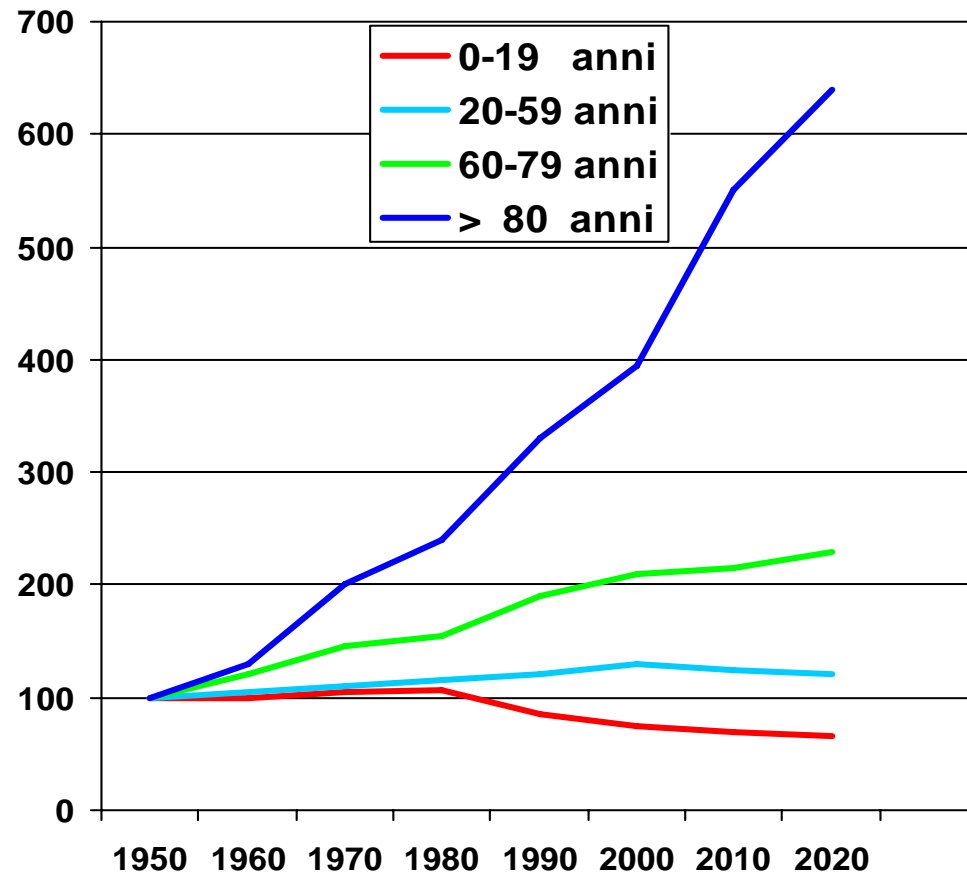
---



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



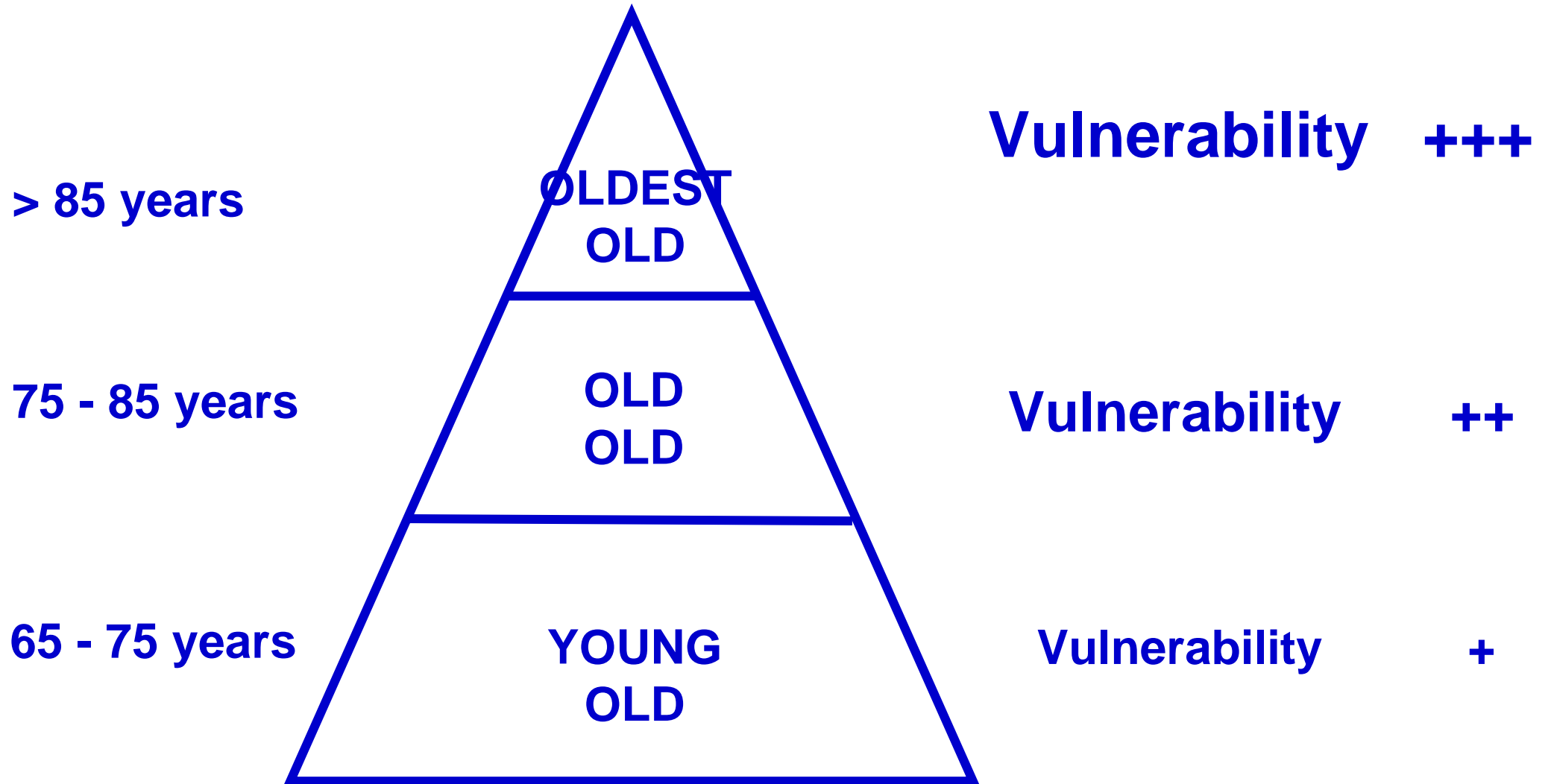
## Evoluzione della popolazione italiana per classi di età 1950=100



*modificata da fonte ONU, 1993*

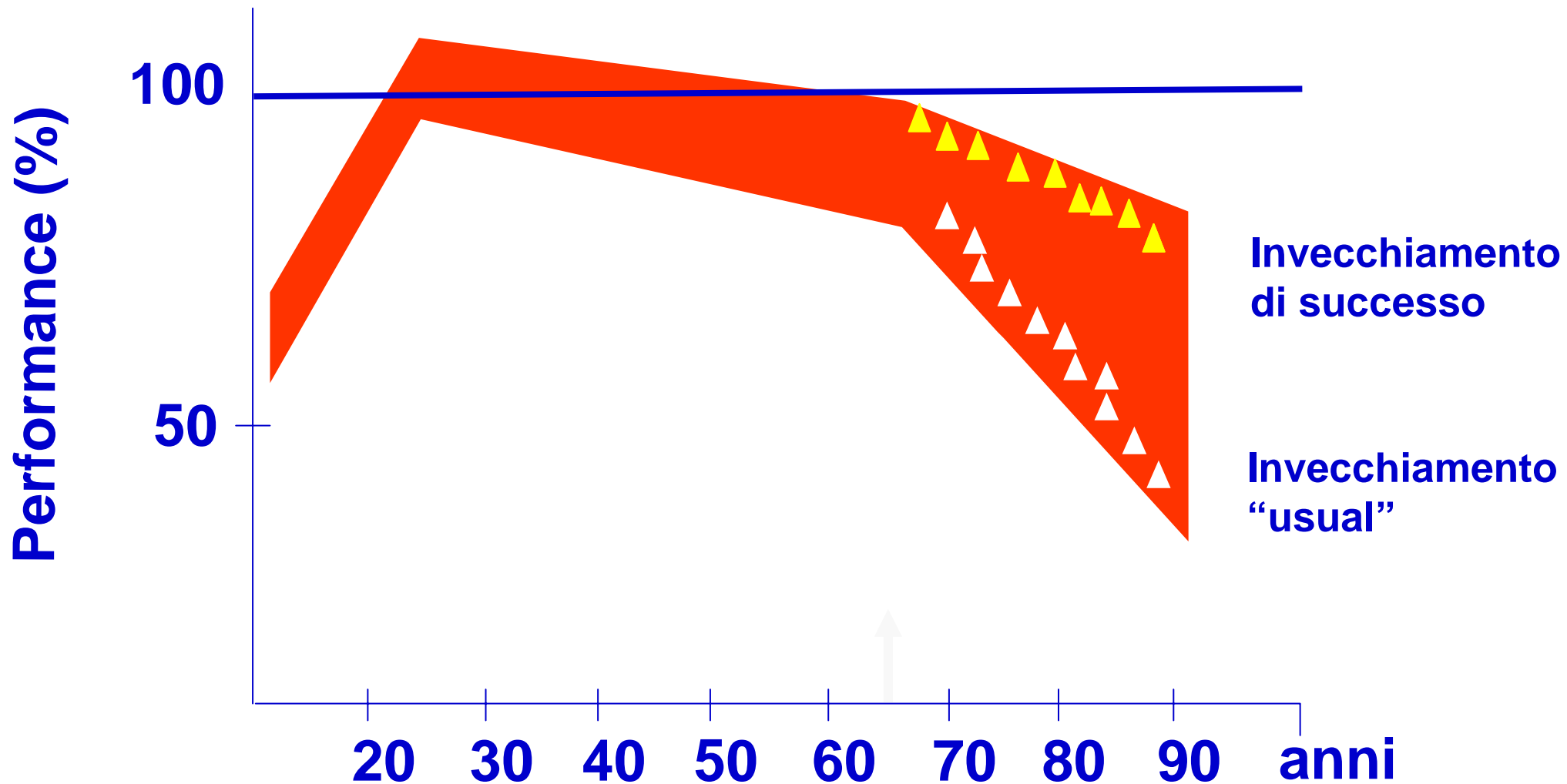
# Le età geriatriche

---

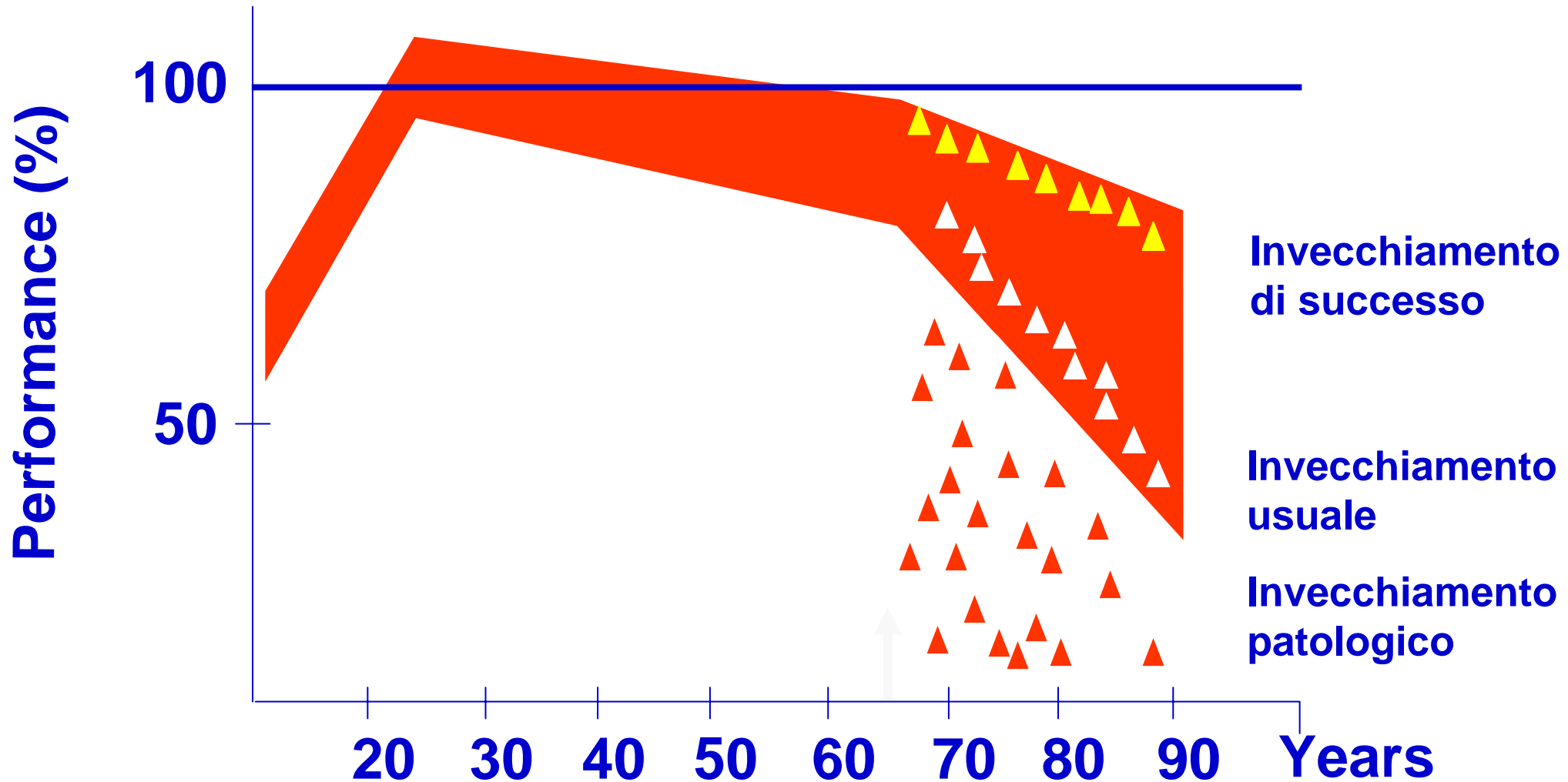


# Modelli di invecchiamento normale

## “Vulnerabilità”



# Modelli di invecchiamento “dalla vulnerabilità alla fragilità”



# Ministero della Sanità

**PIANO  
SANITARIO  
NAZIONALE  
1994 - 1996**

**1<sup>^</sup> 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**



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'adeguata 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.**

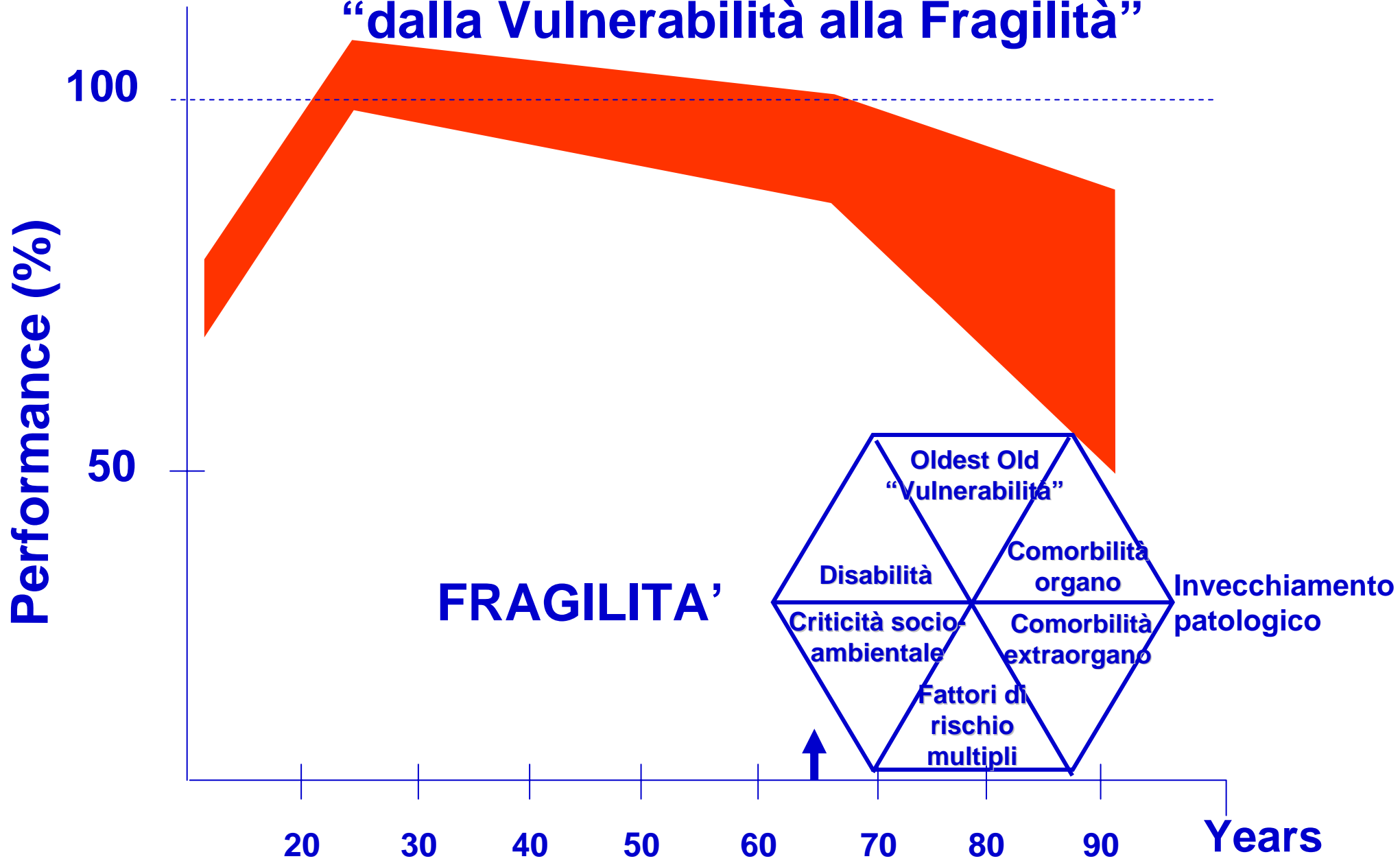
# Ministero della Sanità

**PIANO  
SANITARIO  
NAZIONALE  
2006 - 2008**

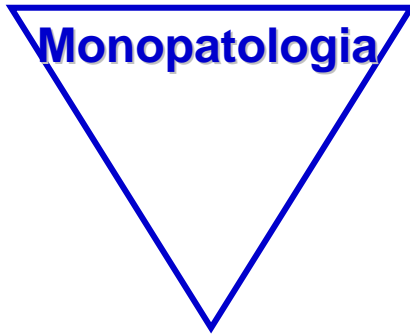
**l'ultimo piano sanitario nazionale**

# Anziano Fragile

“dalla Vulnerabilità alla Fragilità”

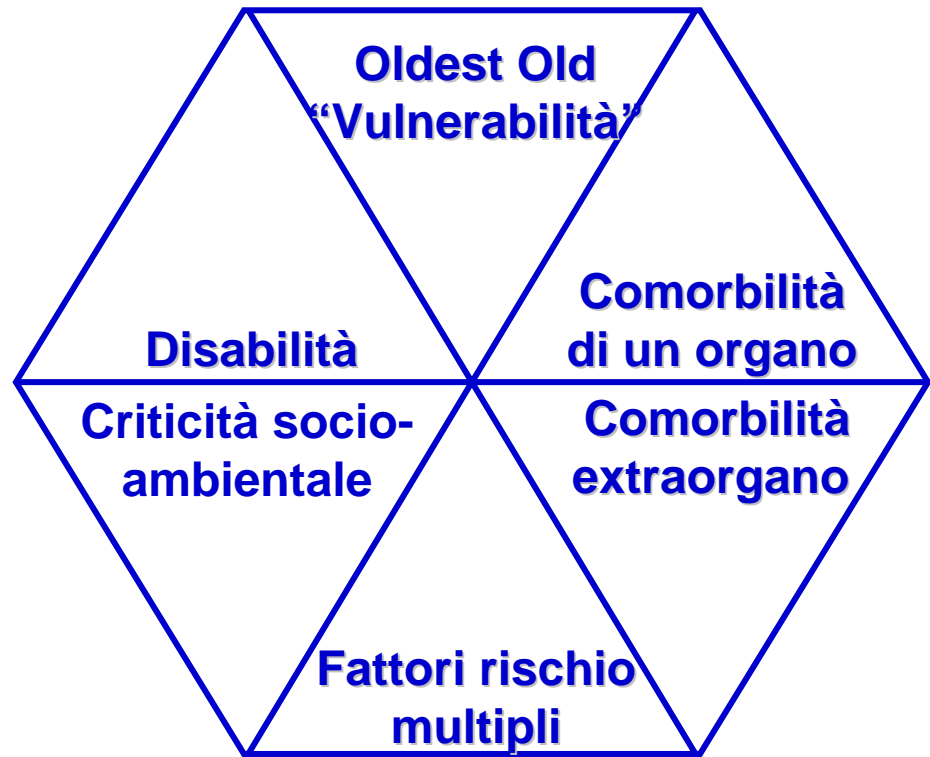




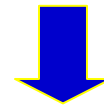


**YOUNG OLD**  
**OLD OLD**  
**OLDEST OLD**

**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



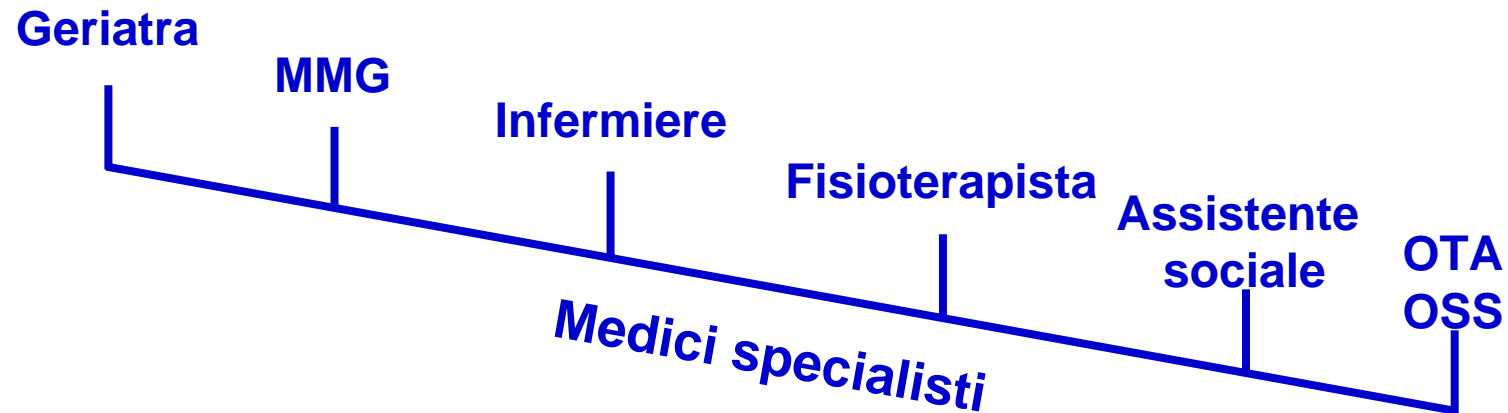
### Fase Estensiva

- 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*

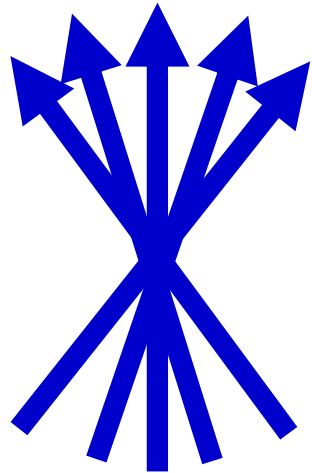


- *Permettere l'entrata del singolo caso clinico nella "rete dei servizi geriatri", assegnandolo ai diversi livelli di assistenza*
- *Valutare il risultato*

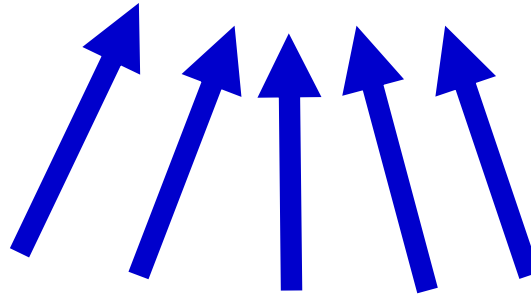
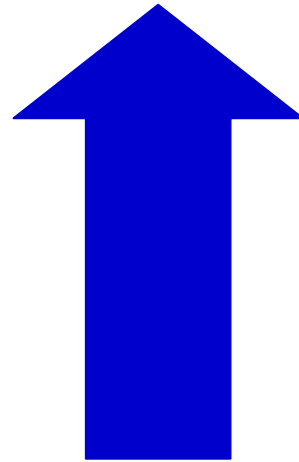
# Unità di Valutazione Geriatrica

## Dinamica del Team

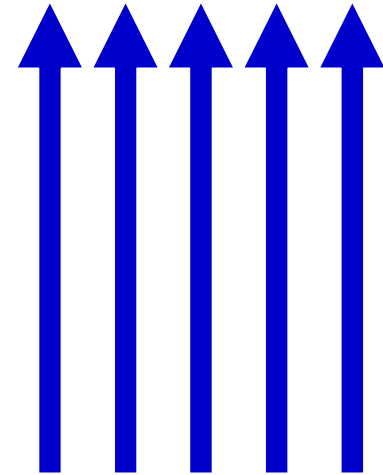
---



**non corretta**



**corretta**



**non corretta**

# VMD: obiettivi

---

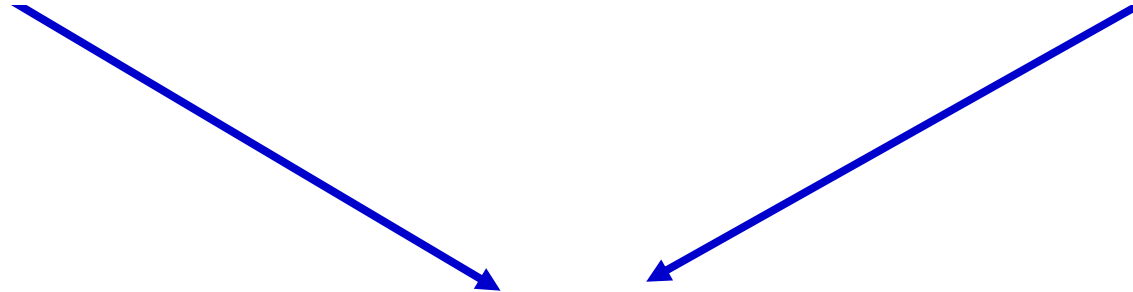
- ❖ Identificazione dei bisogni e delle problematiche assistenziali.
- ❖ Guida all'identificazione degli obiettivi assistenziali (“problem solving process”).
- ❖ Programmazione dell'intervento assistenziale (prevenzione, cura, riabilitazione).
- ❖ Miglioramento dello stato funzionale e della qualità 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**

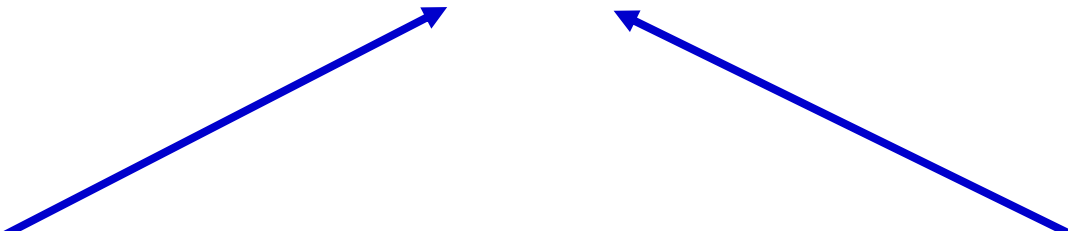
**SALUTE  
MENTALE**



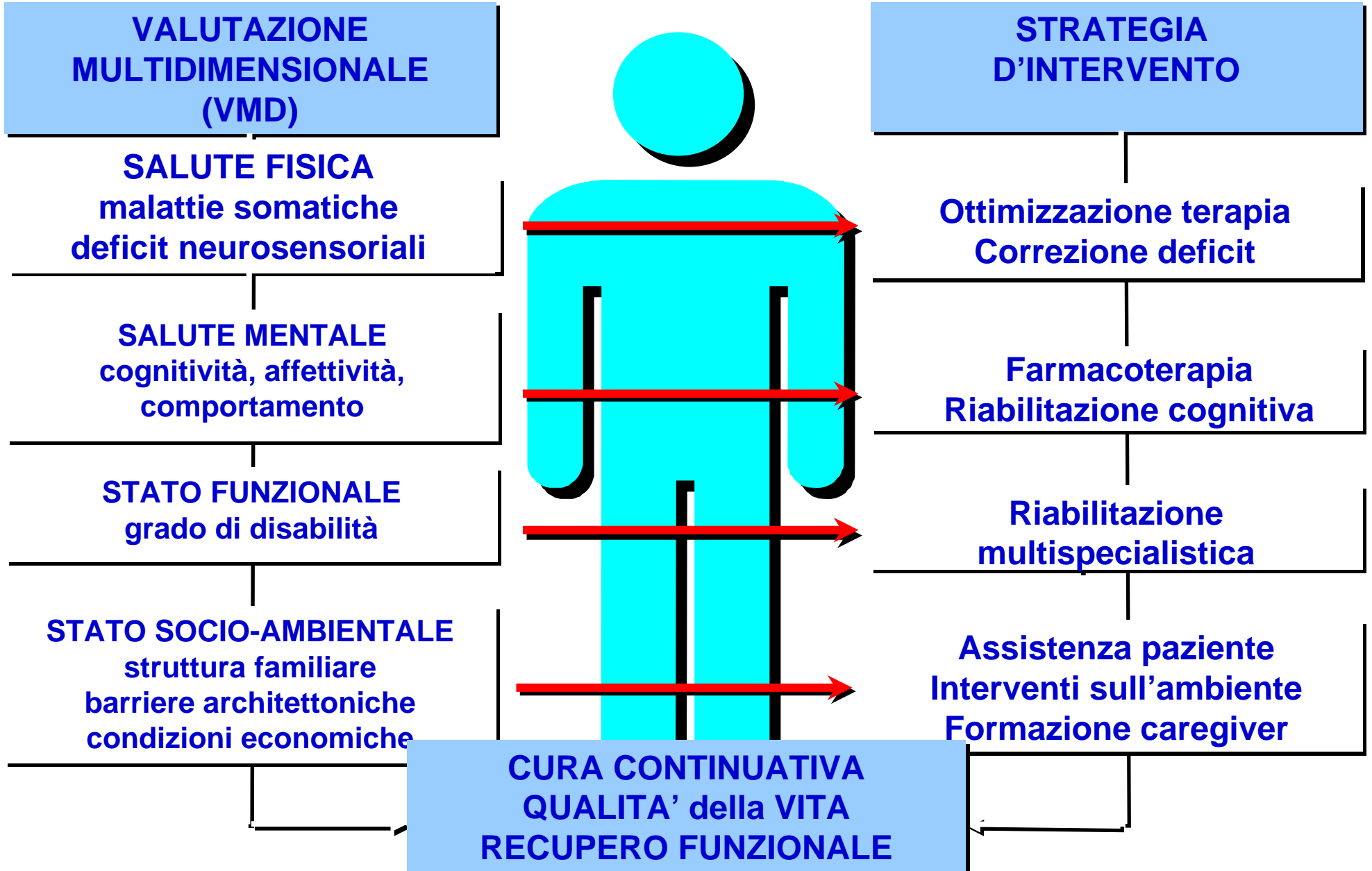
**PROGRAMMA  
TERAPEUTICO-RIABILITATIVO  
INDIVIDUALE**

**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

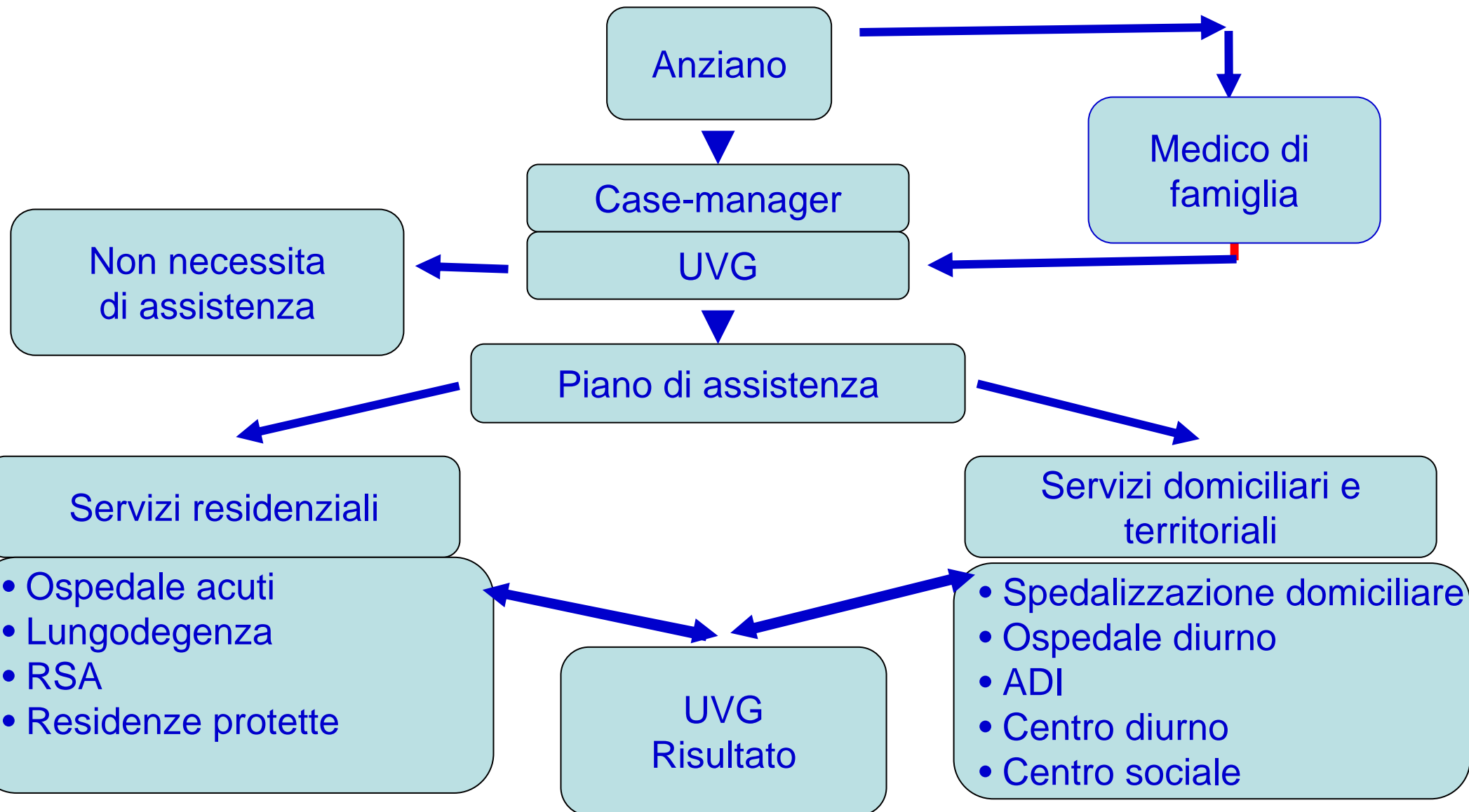
# **Il nuovo modello di assistenza socio-sanitaria geriatrica:**

- 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

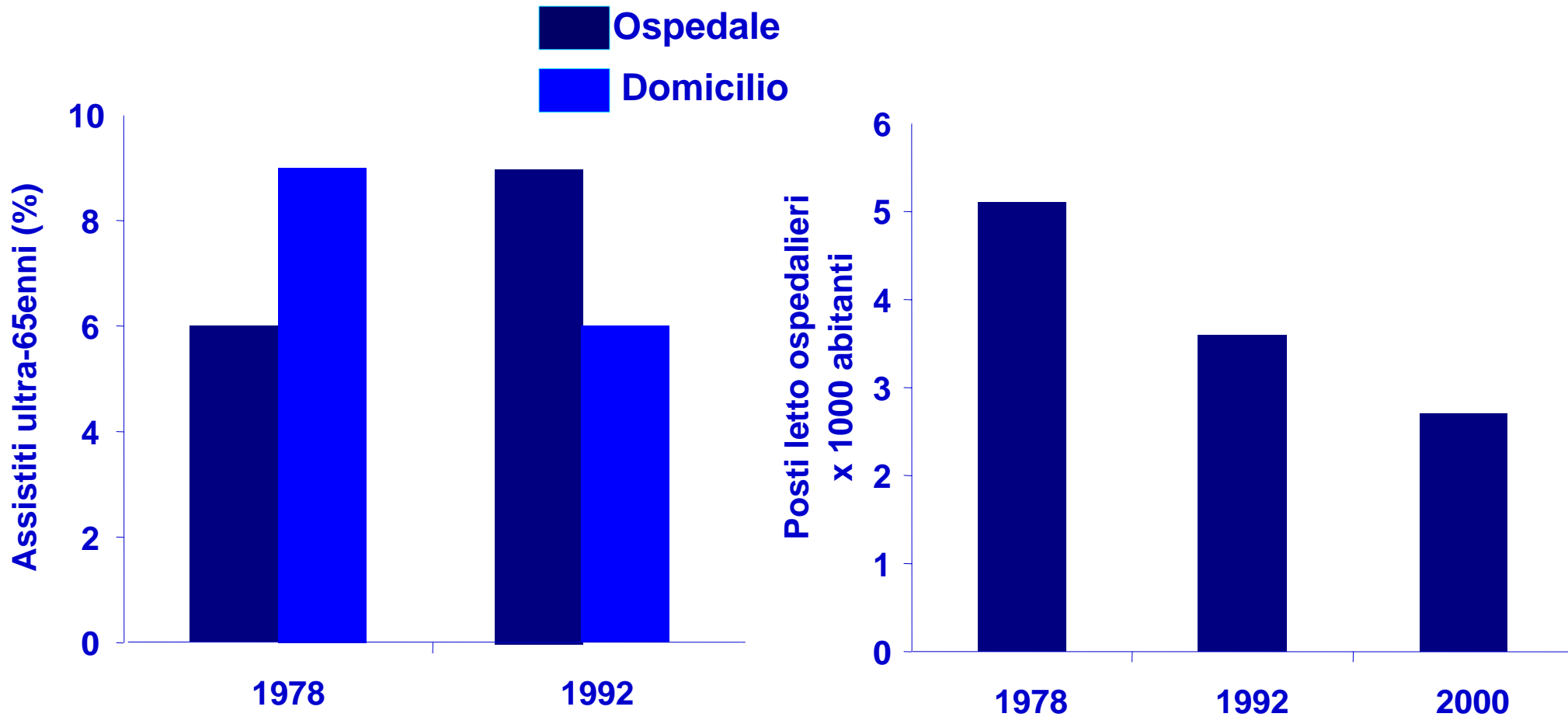
## “Cura continuativa”

*Pallan, 1992*



# Assistenza continuativa – British Columbia, Canada

## *Riduzione dei ricoveri e dei posti letto ospedalieri*



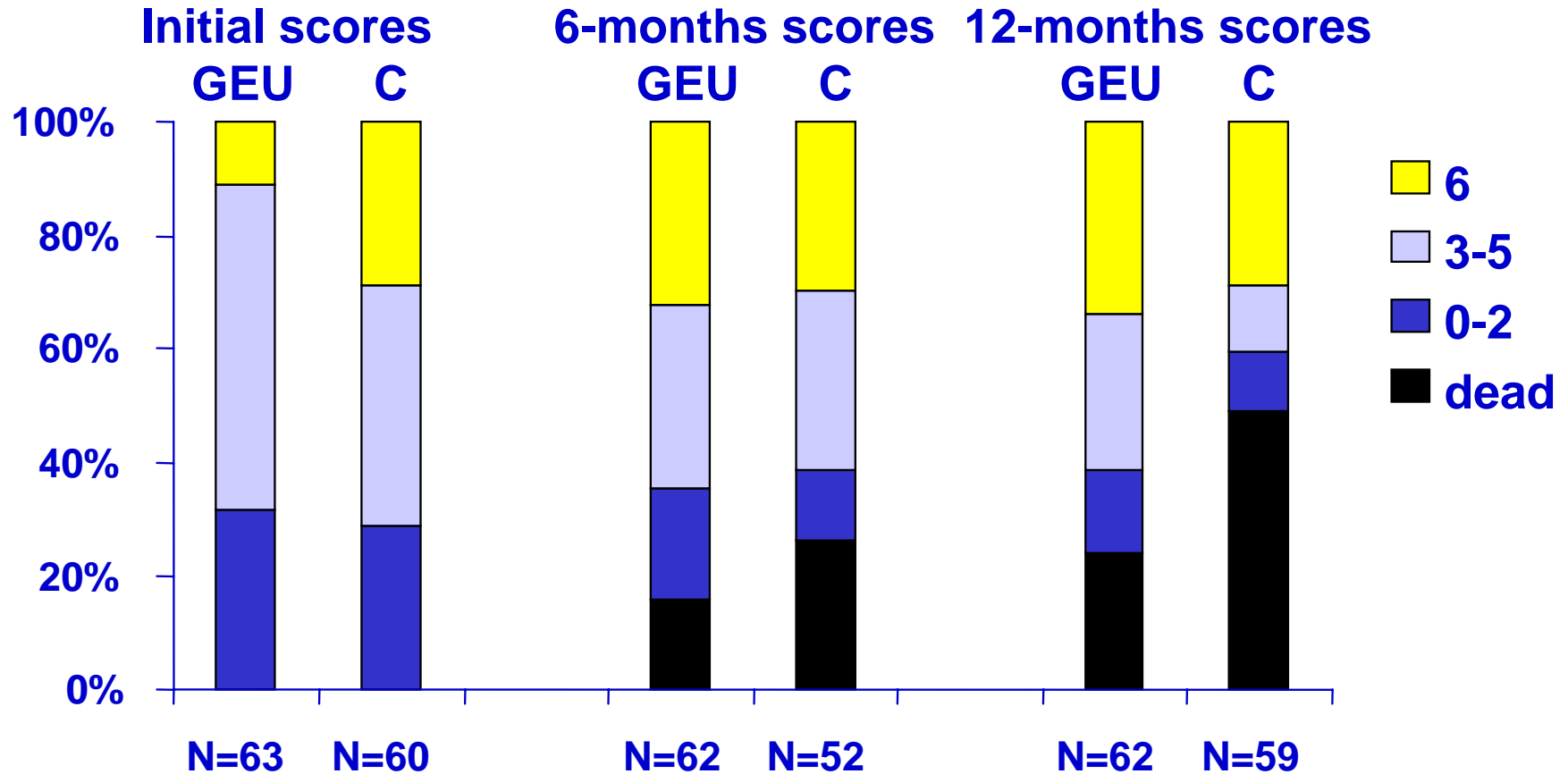
*Pallan, 1992*

# GEMU Sepulveda

---

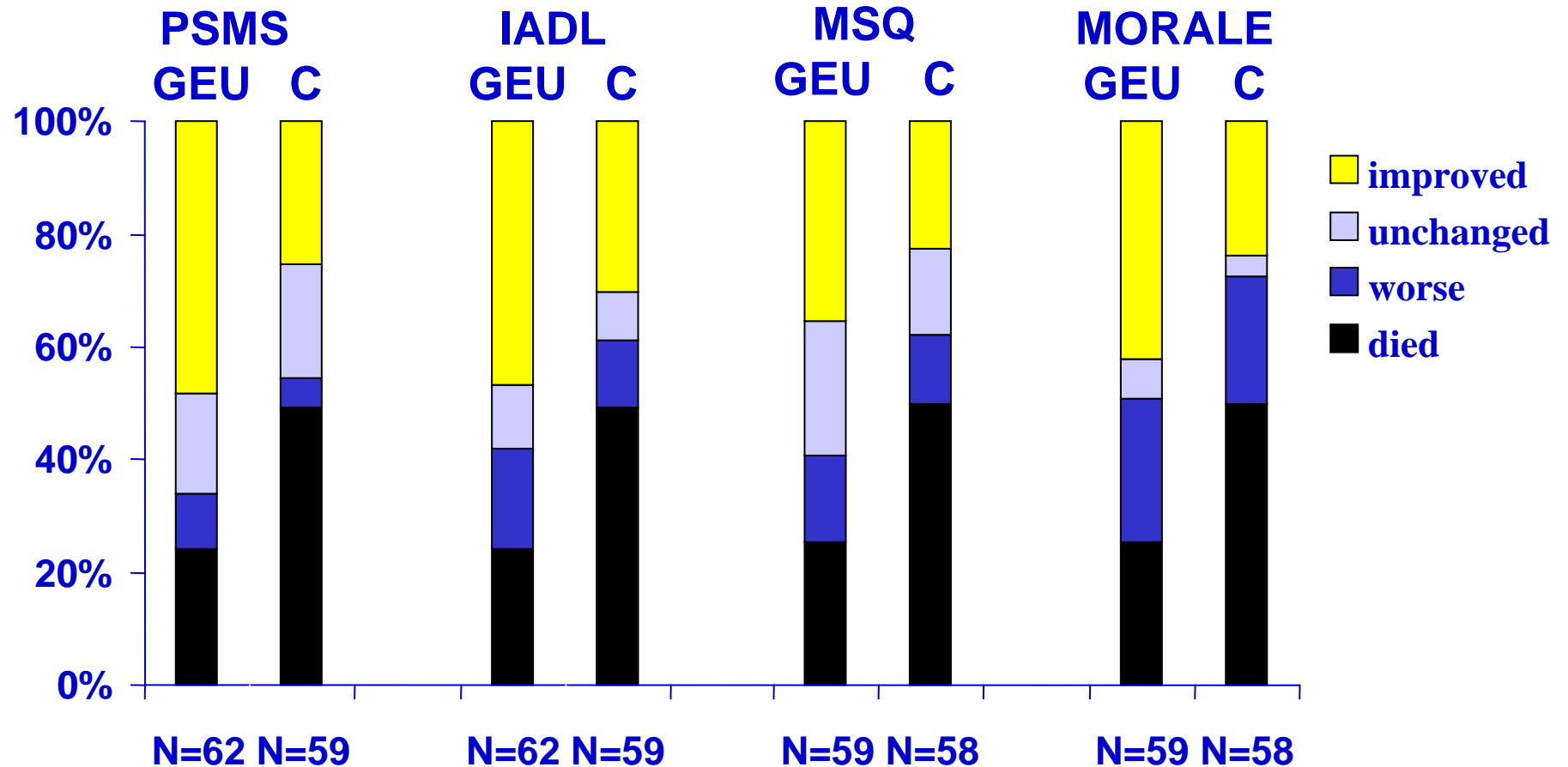
	GEMU	Control	p
<b>Dimissione</b>			
Casa/assistenza domiciliare	73%	53.3%	<0.05
RSA	12.7%	30%	<0.05
<b>Riospedalizzazione</b>	34.9%	50%	n.s.
<b>Morti</b>	23.8%	48.3%	<0.005
<b>Costi</b>	22.597	27.823	

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



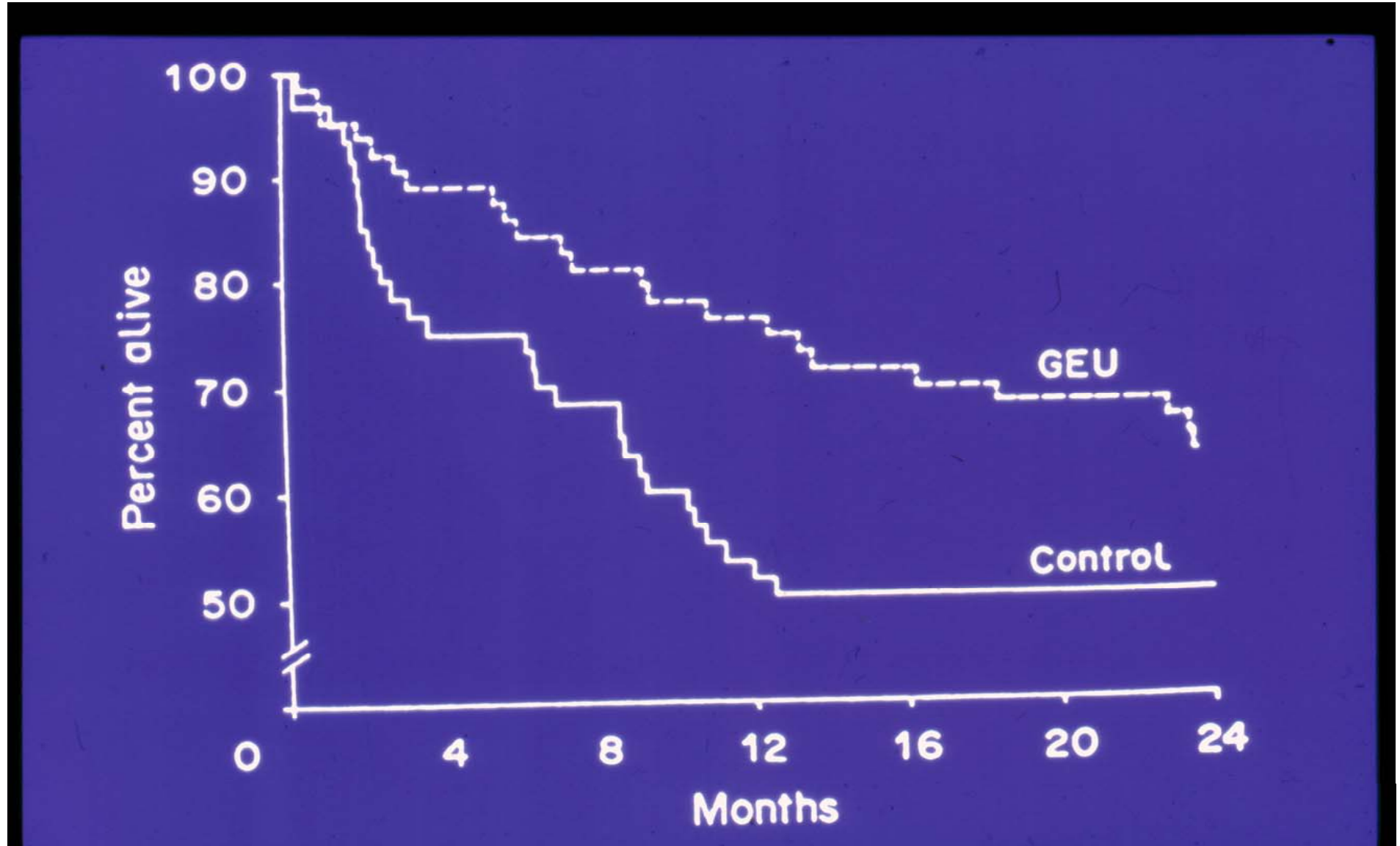
\*Personal Self-maintenance Scale was used to determine the functional status; a score of 6 indicates complete independence in the six activity of daily living

# Modificazione degli outcomes dell' UVG rispetto al controllo

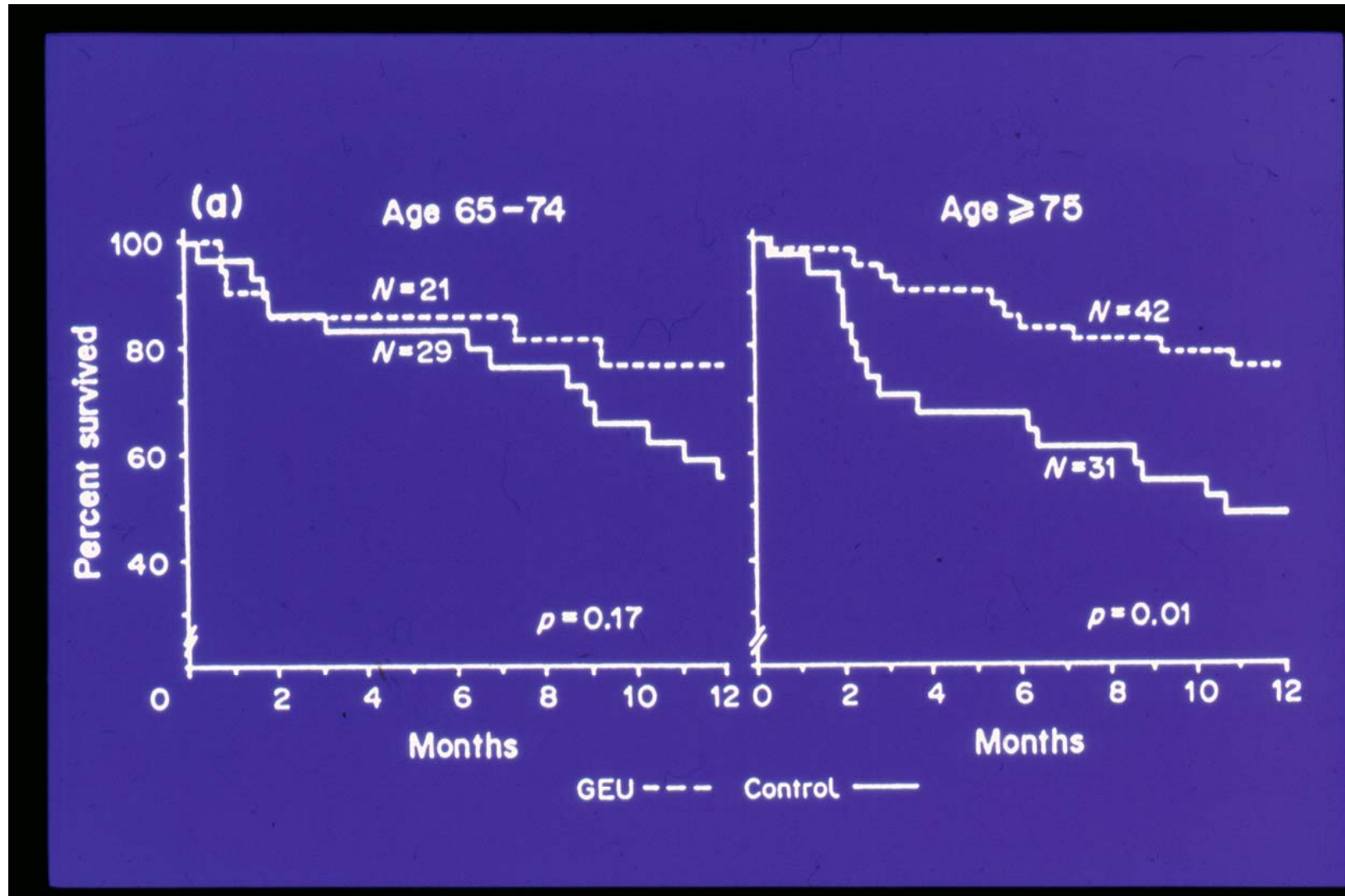




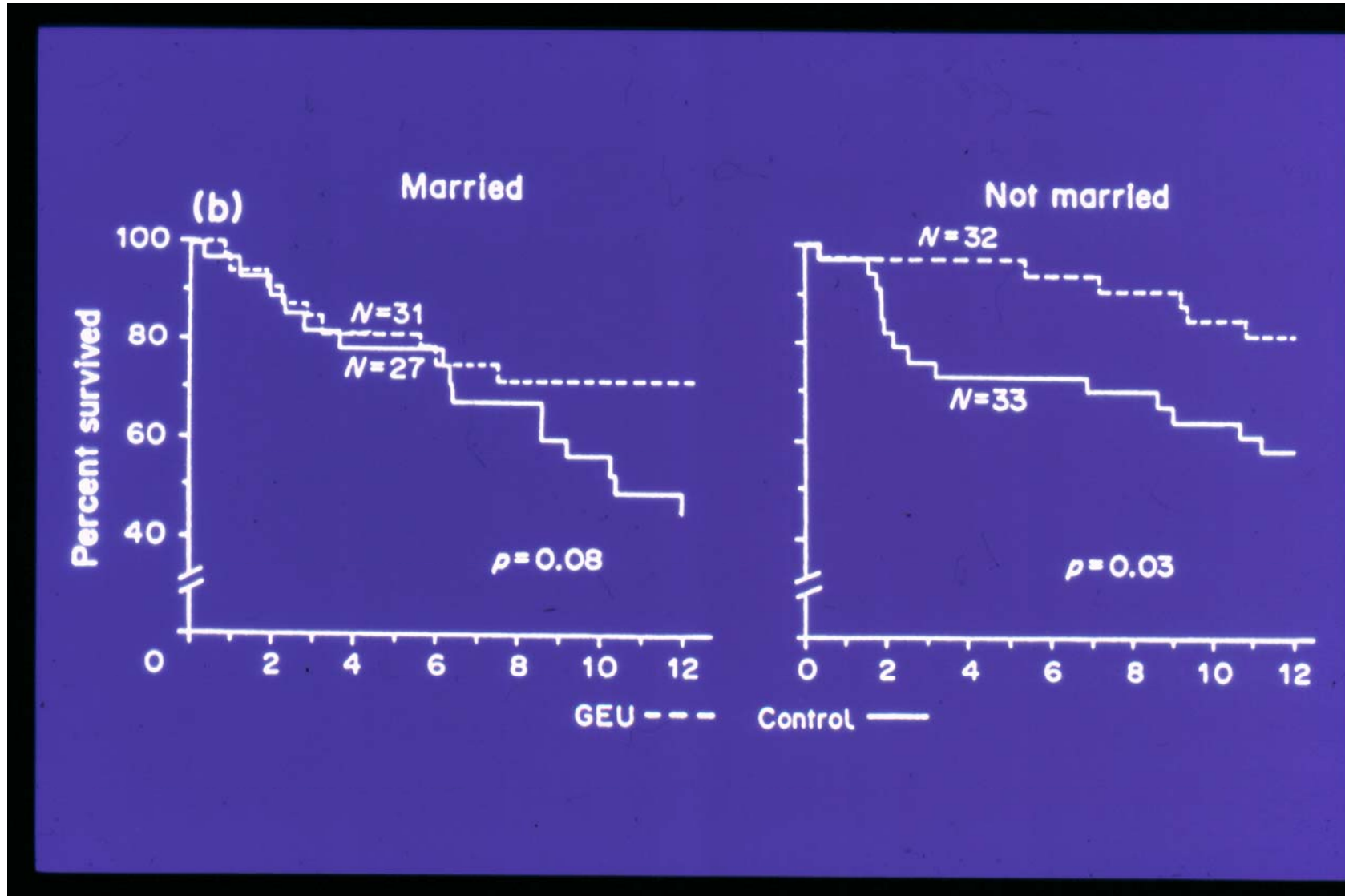
# Mortalità a 2 anni dell' UVG rispetto al controllo



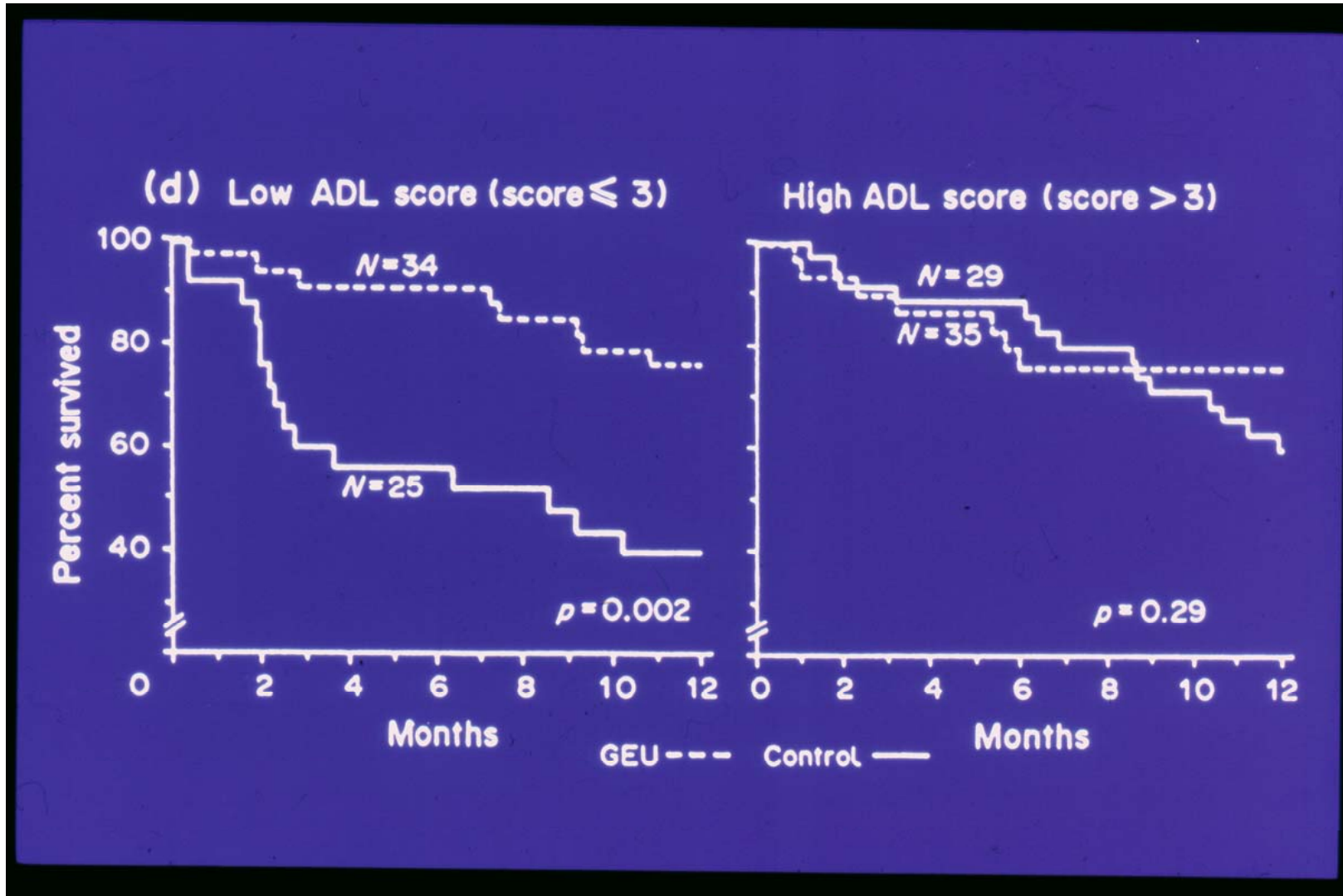
# Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli



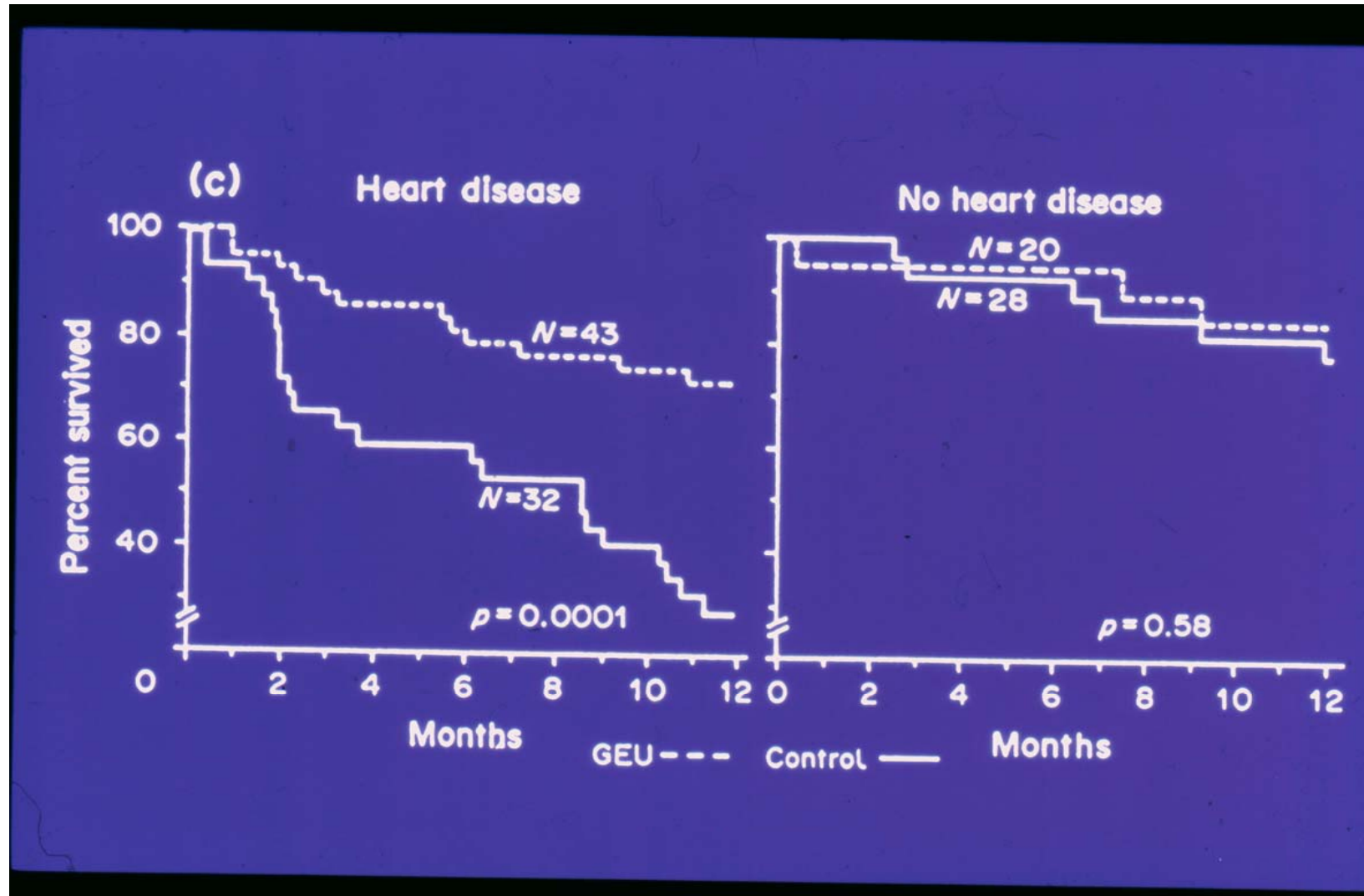
# Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli



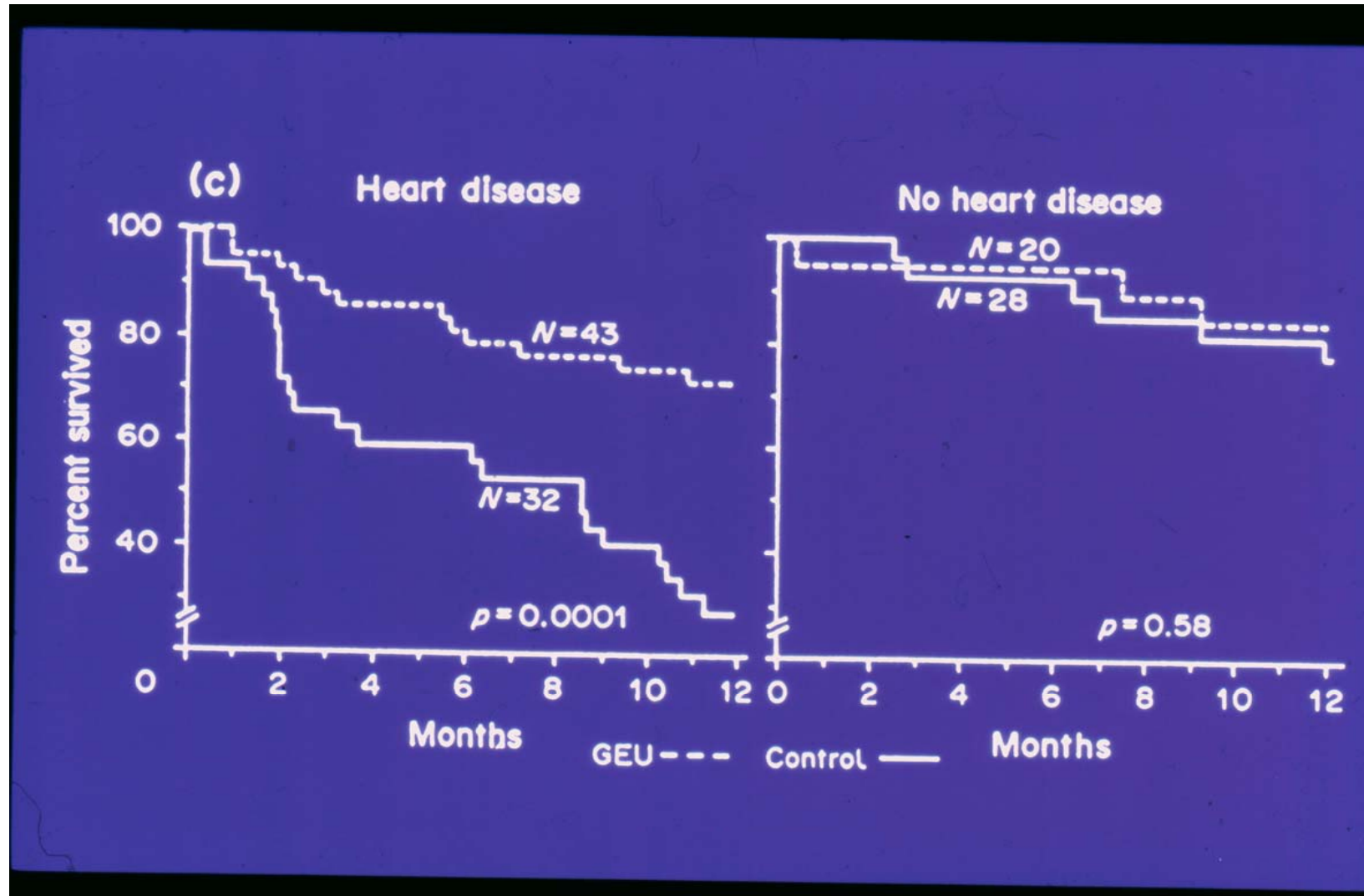
# Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli



# Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli

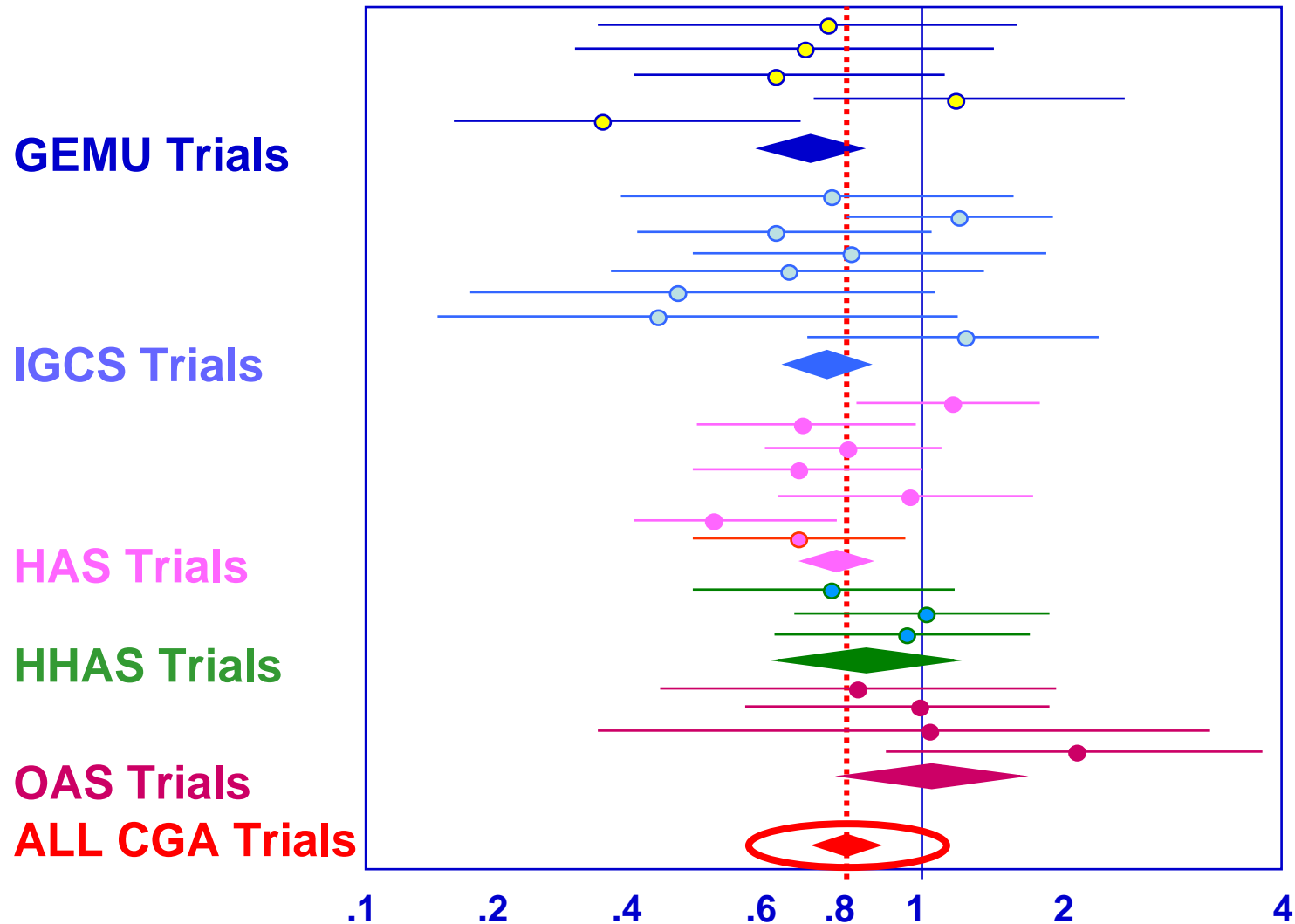


# Mortalità ad 1 anno dell' UVG rispetto ai controlli





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



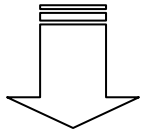
# Rubenstein LZ e Coll.,

*N Engl J Med, 1984*

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

**Completa  
Autonomia**

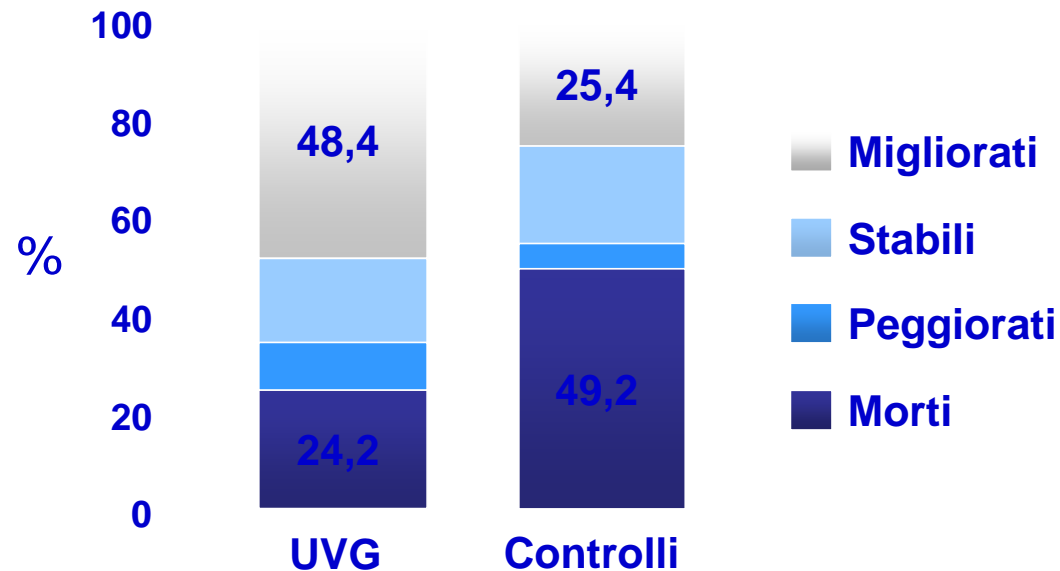
**47,5 %**



**Esclusi**

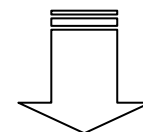
**Disabilità intermedia  
e/o problemi che pregiudicano la  
dimissione a domicilio**

**8,5 %**



**Demenza avanzata  
o malattia terminale**

**44,0 %**



**Esclusi**



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

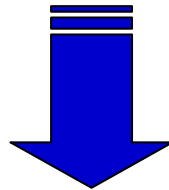
(Winograd e Coll, J Am Geriatr Soc 1991)

## 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**



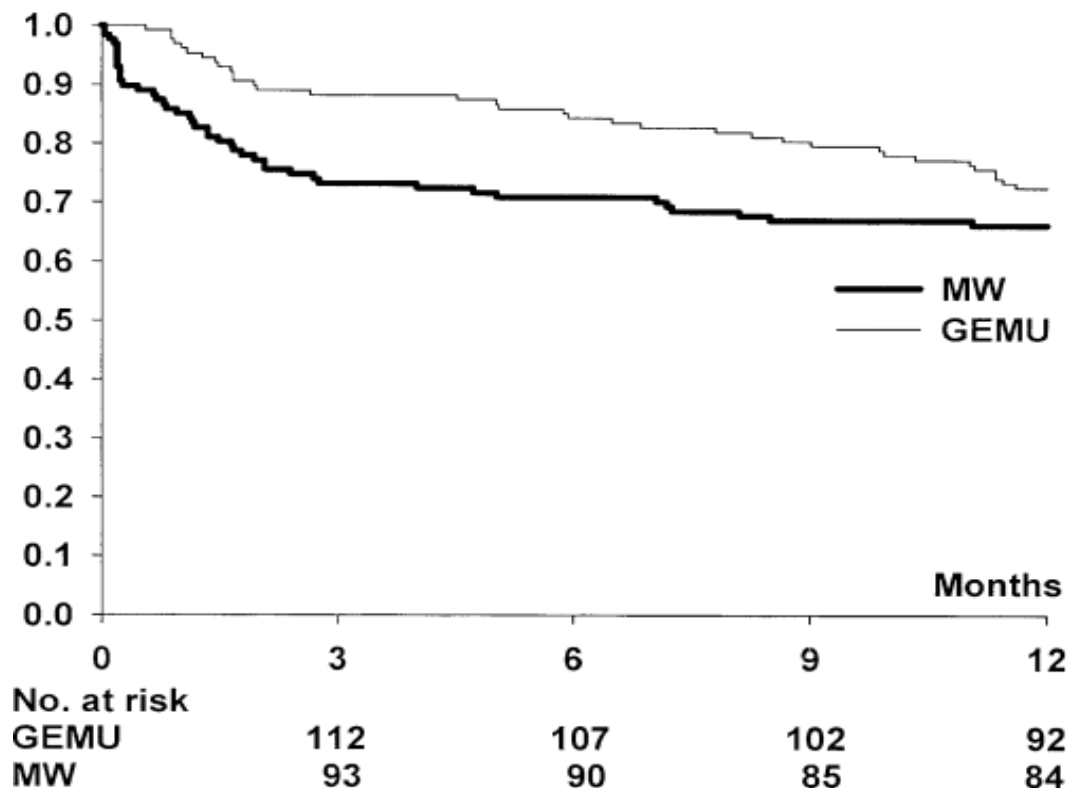
J Am Geriatr Soc 2002; 50; 792-798

# 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  $\geq 75$ , 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.



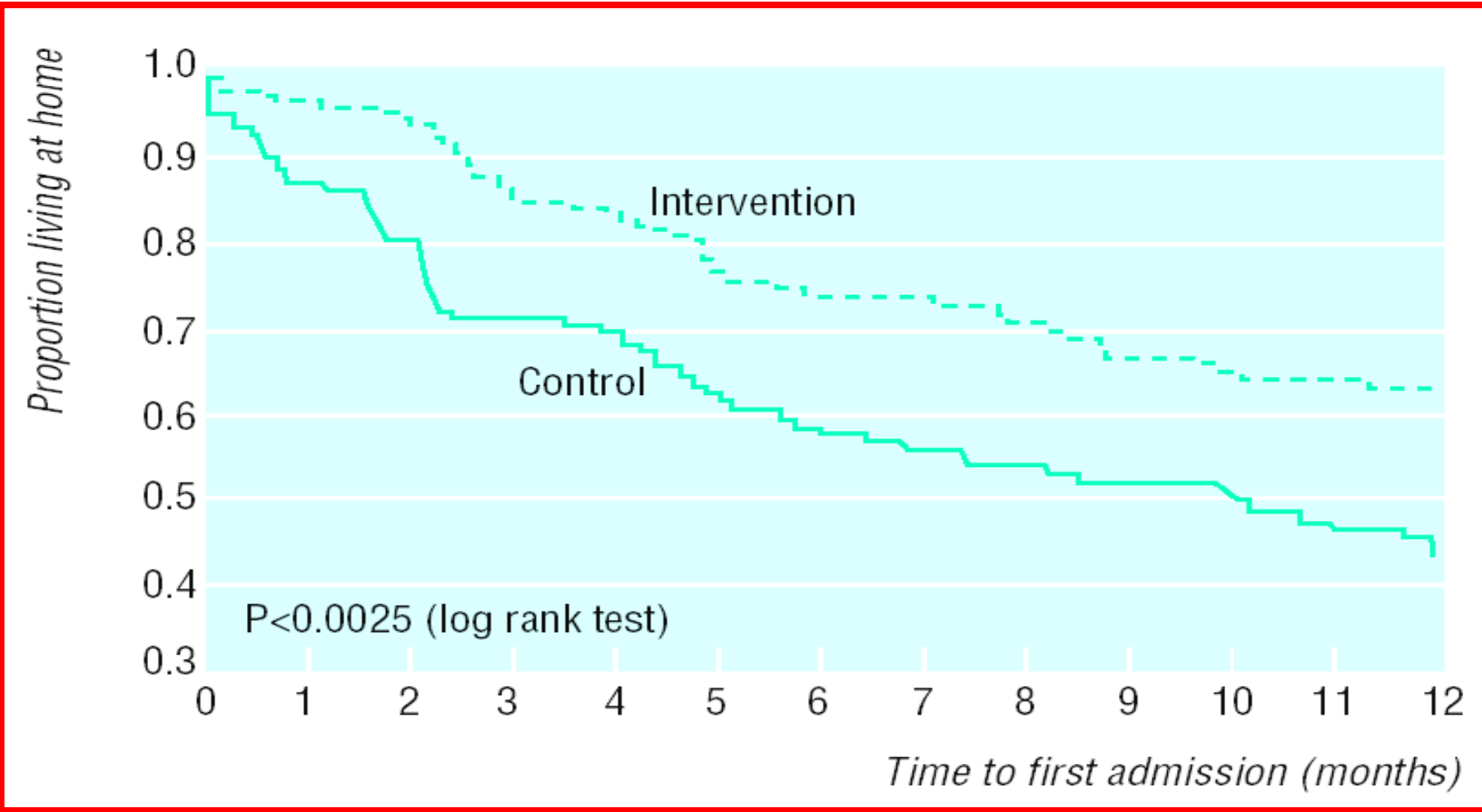
## AMMISSIONE IN OSPEDALE E RSA

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

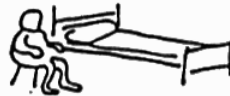


Terapia occupazionale



Ludoterapia

### Riattivazione e Riabilitazione



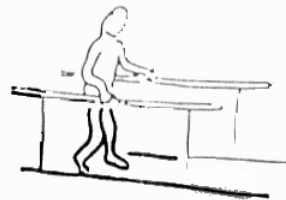
Alzata dal letto



Inizio riattivazione



Rieducazione o riattivazione intensive



### Dimissione Programmata



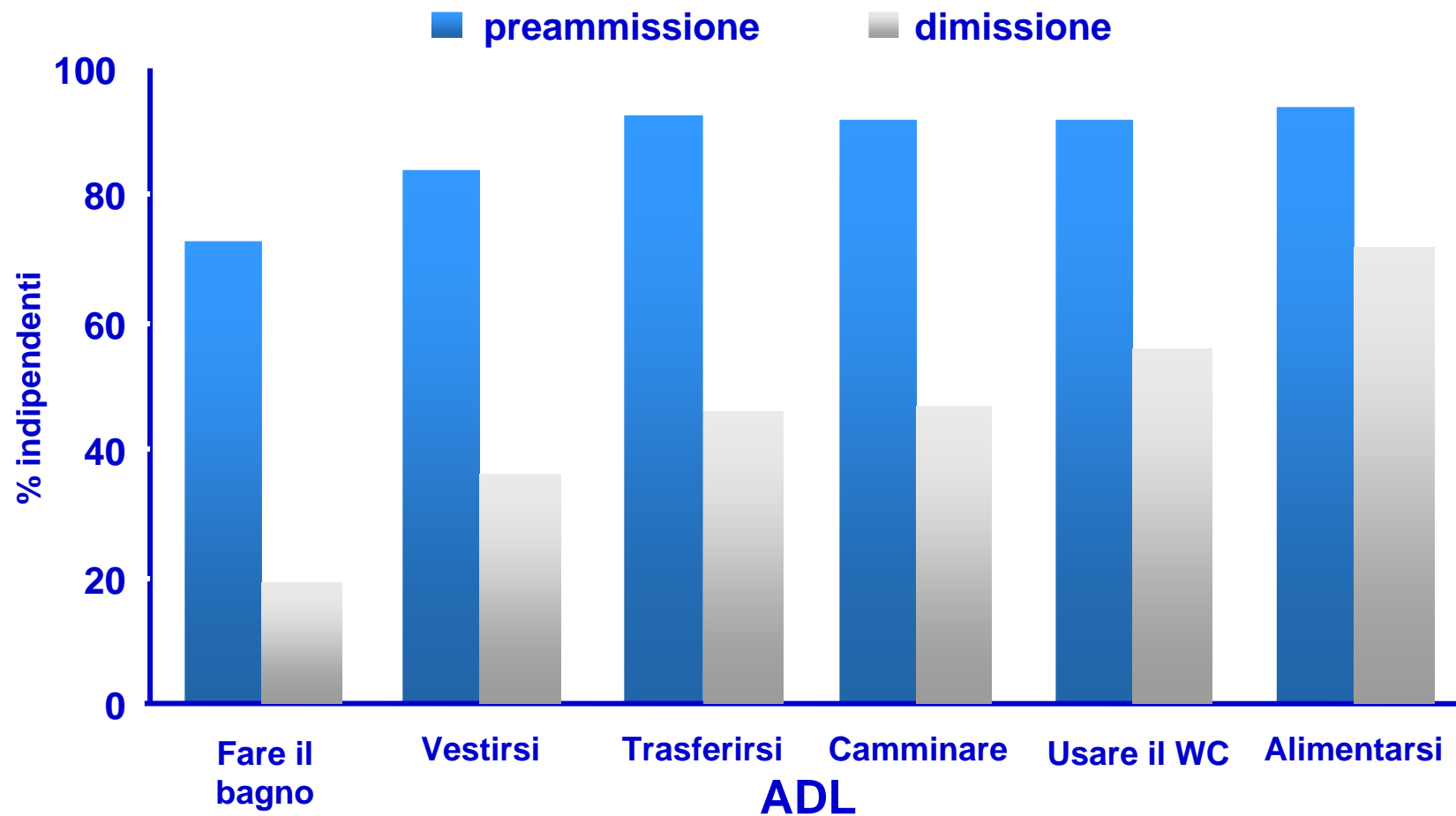
Autosufficienza



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)
<b>ADL a 3 mesi</b>				
- peggiorate	130 (41)	56 (9)	22 (23)	<b>208 (19)</b>
- invariate	157 (49)	573 (87)	15 (16)	<b>745 (70)</b>
- migliorate	33 (10)	27 (4)	59 (61)	<b>119 (11)</b>
<b>IADL a 3 mesi</b>				
- peggiorate	169 (53)	224 (34)	33 (34)	<b>426 (40)</b>
- invariate	92 (29)	281 (43)	31 (33)	<b>404 (38)</b>
- migliorate	59 (18)	151 (23)	32 (33)	<b>242 (22)</b>

# UGA vs. Medicina Interna

(Landefeld e Coll, N Engl J Med 1995)

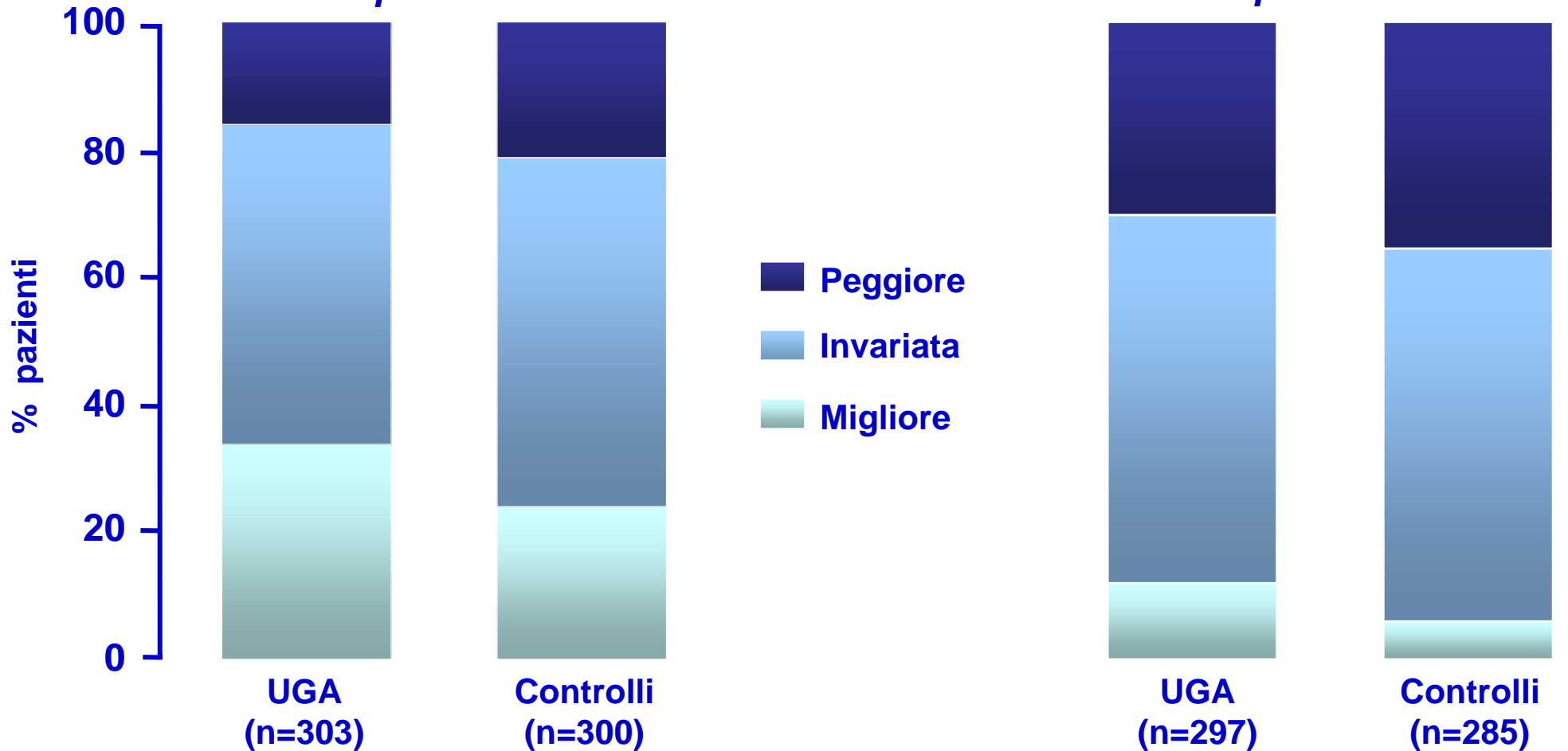
## Modificazioni della capacità funzionale (BADL)

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*

---

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

---

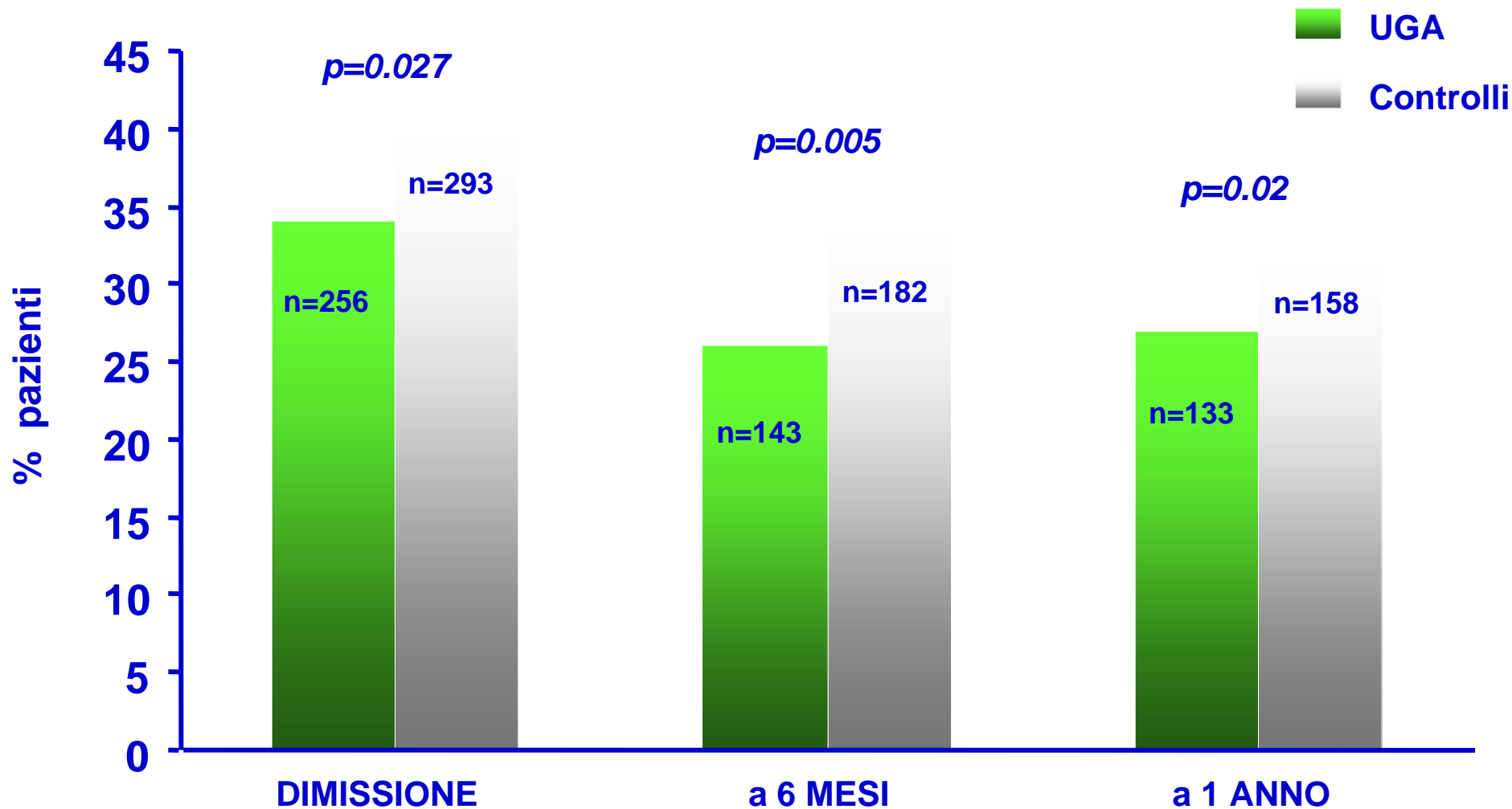
### ***Istituzionalizzazione***

- 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*)

---

---

	<b>UGA</b>	<b>Controlli</b>	<b>p</b>
<b>Paziente</b>	<b>75 <math>\pm</math> 16</b>	<b>72 <math>\pm</math> 17</b>	<b>0.012</b>
<b>Caregiver</b>	<b>62 <math>\pm</math> 9</b>	<b>59 <math>\pm</math> 10</b>	<b>0.03</b>
<b>Medico</b>	<b>77 <math>\pm</math> 14</b>	<b>66 <math>\pm</math> 18</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Infermiere</b>	<b>66 <math>\pm</math> 15</b>	<b>51 <math>\pm</math> 17</b>	<b>&lt;0.001</b>

---

---



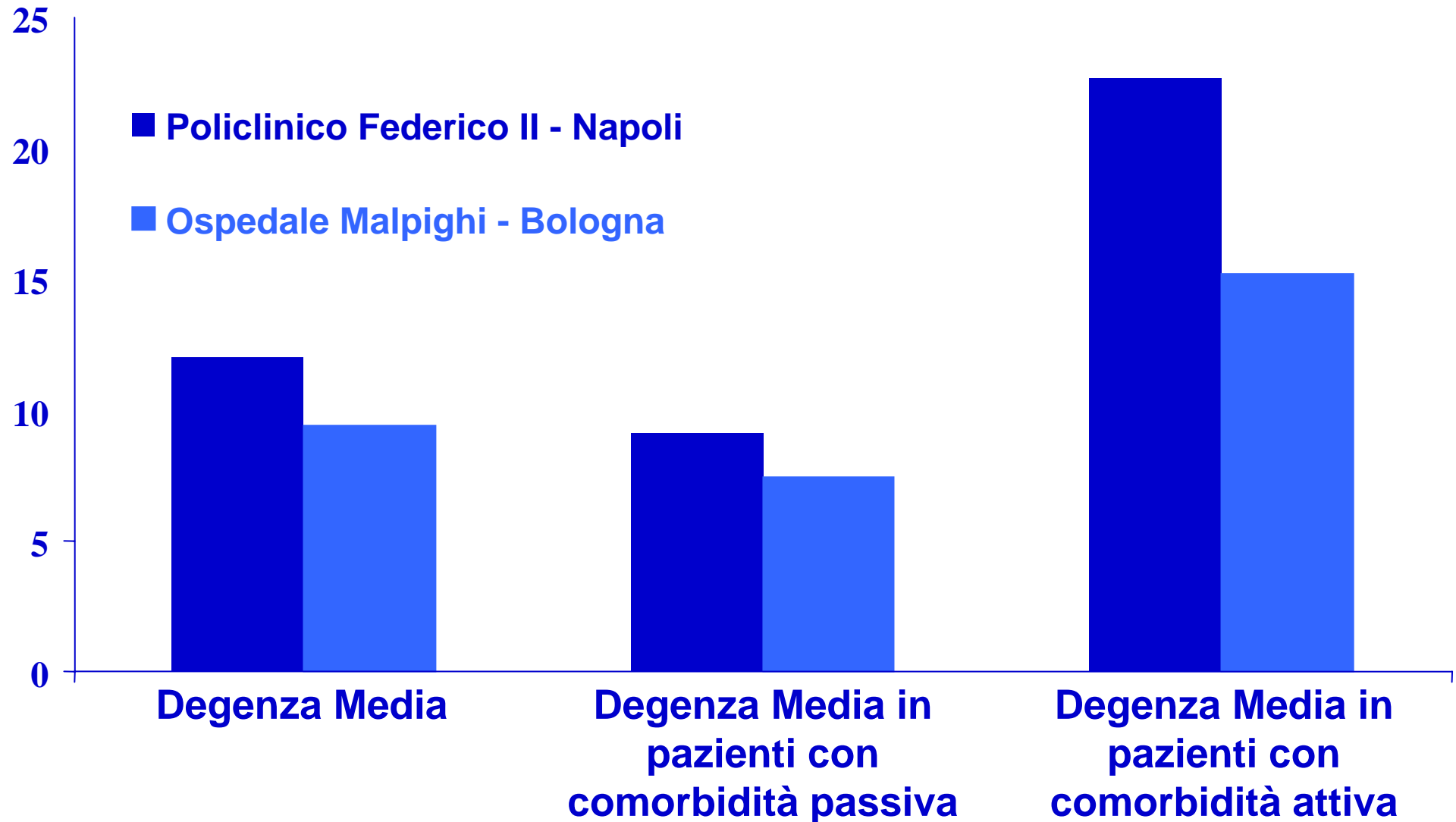
# **UGA vs. Medicina Interna**

*(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

---



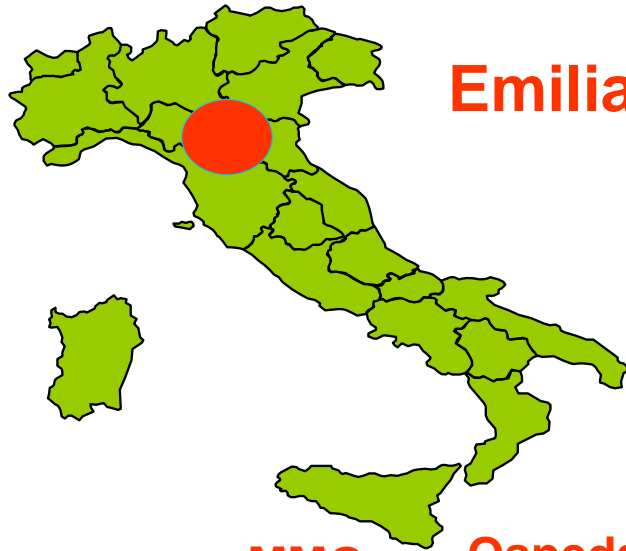
# Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”



# Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”



# Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”



**Emilia Romagna**



# Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”

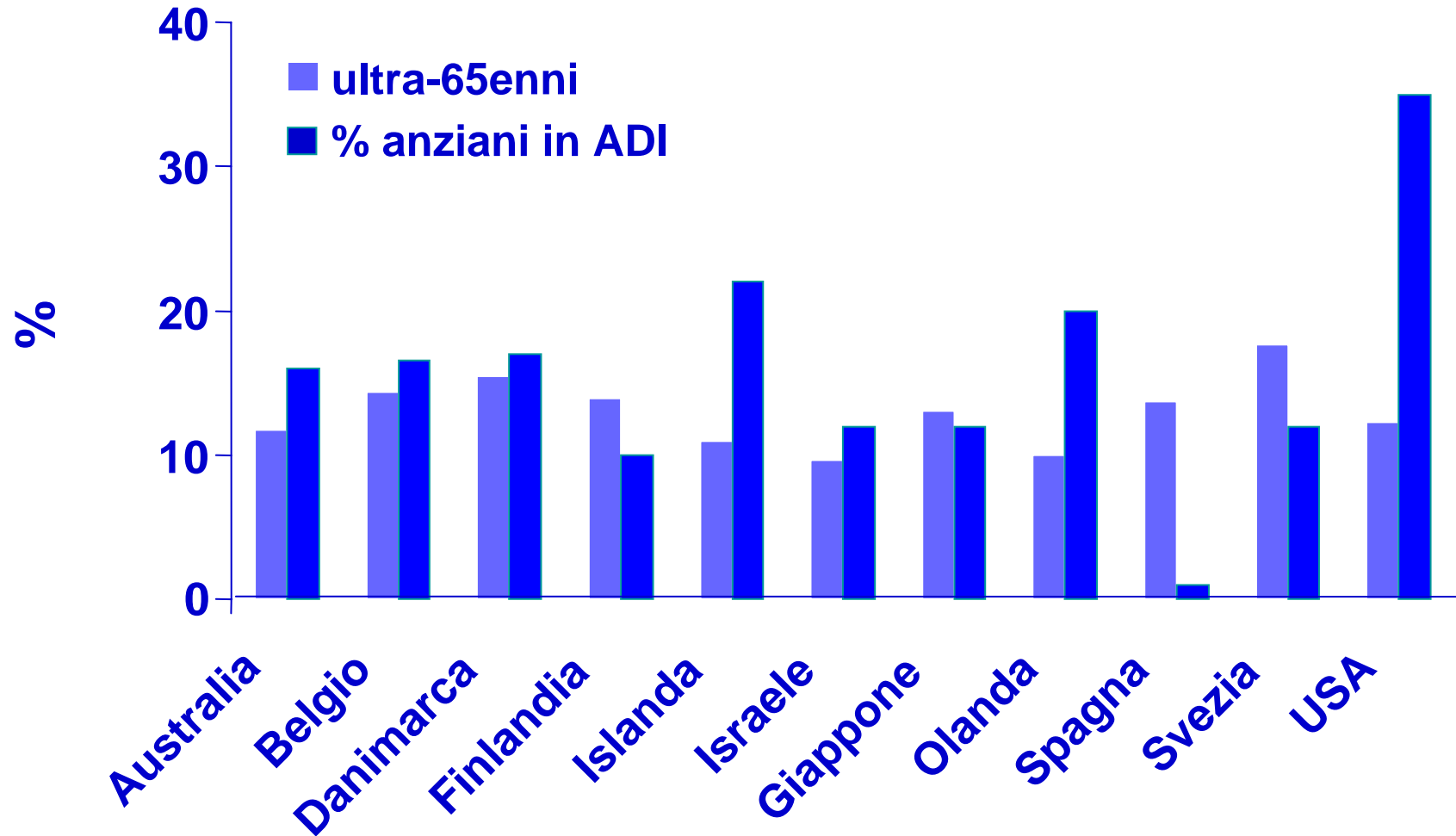


# Rete dei servizi geriatrici “Cura continua”



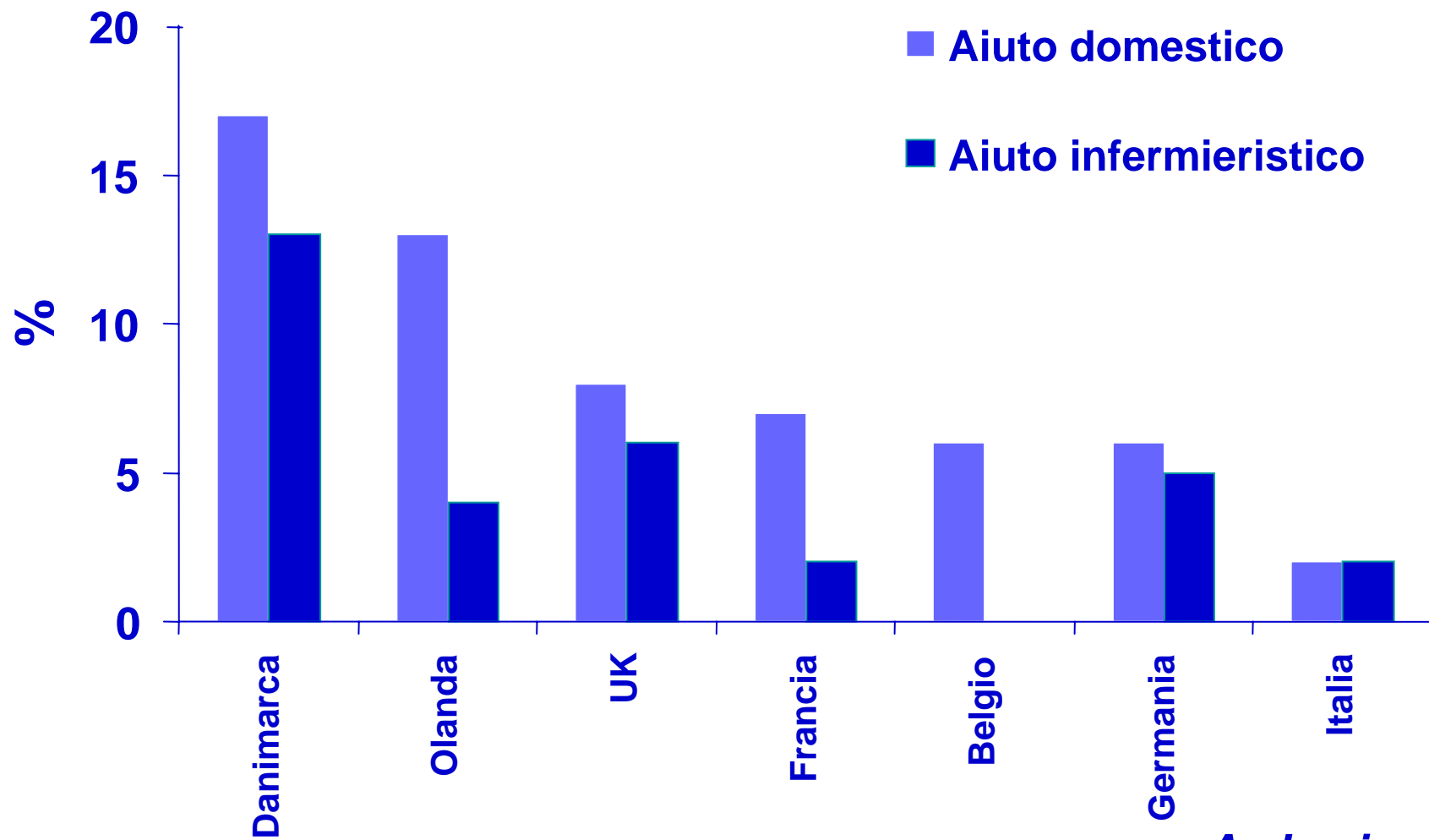


# Comparazione internazionale dell'organizzazione dell'ADI

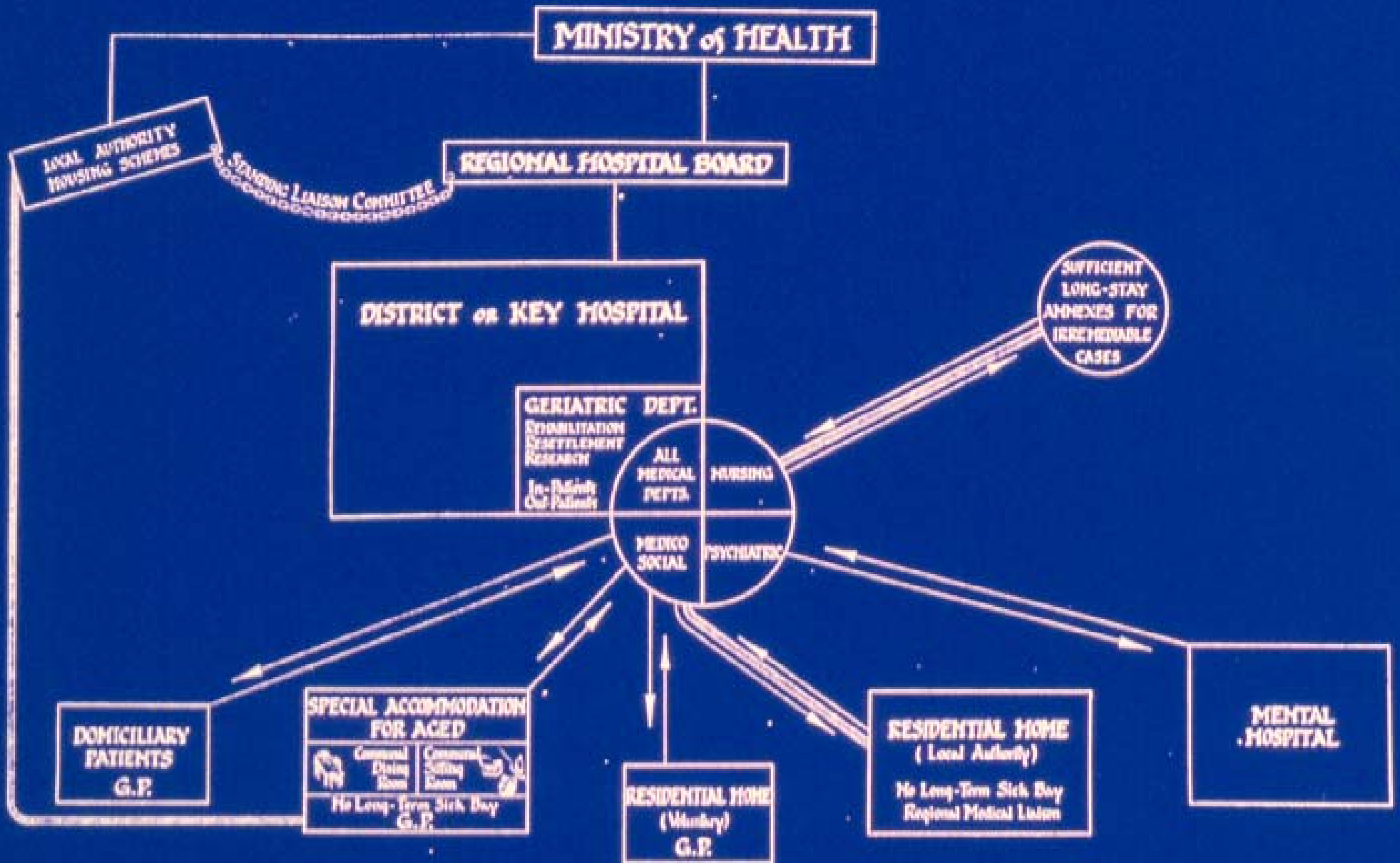


*dati OCSE, 2005*

# Assistiti a domicilio rispetto al totale degli ultra-65 enni



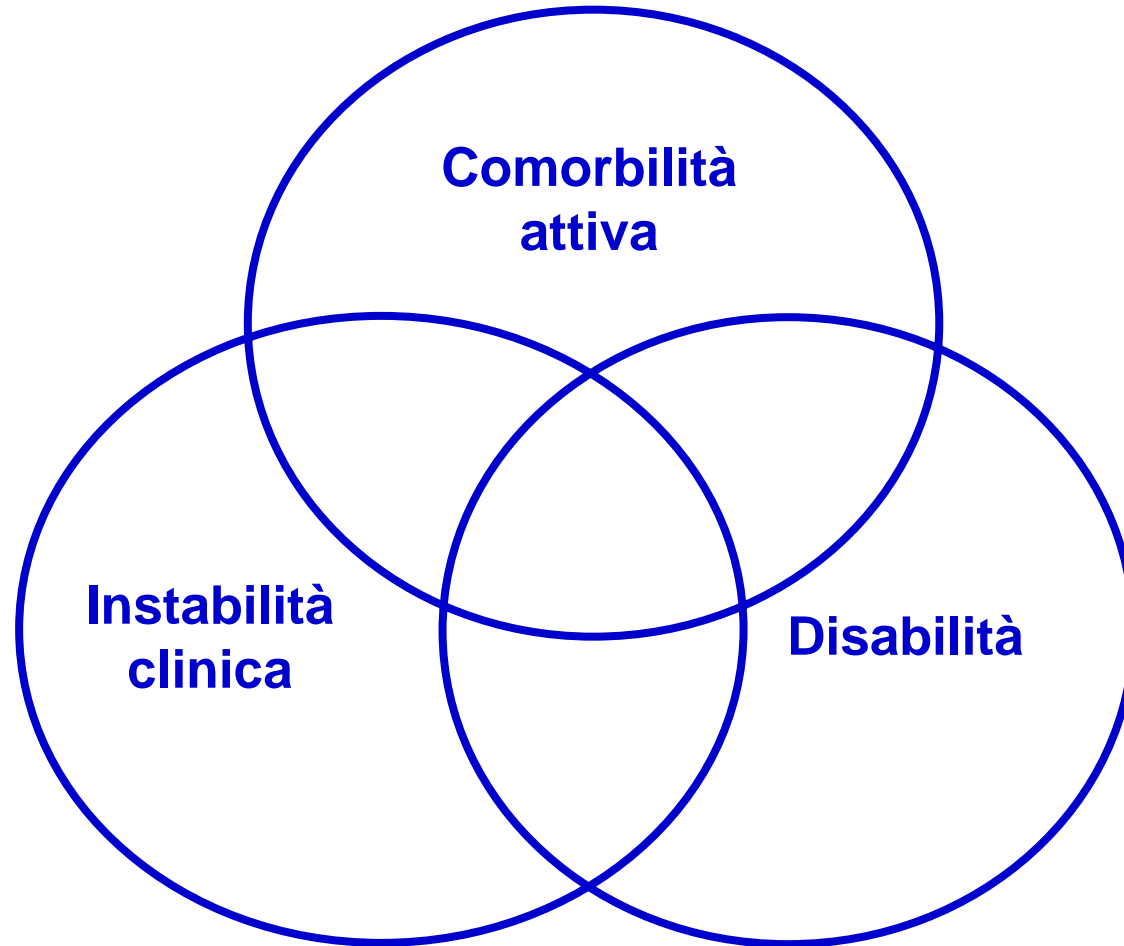
*A. Jamieson, 2005*



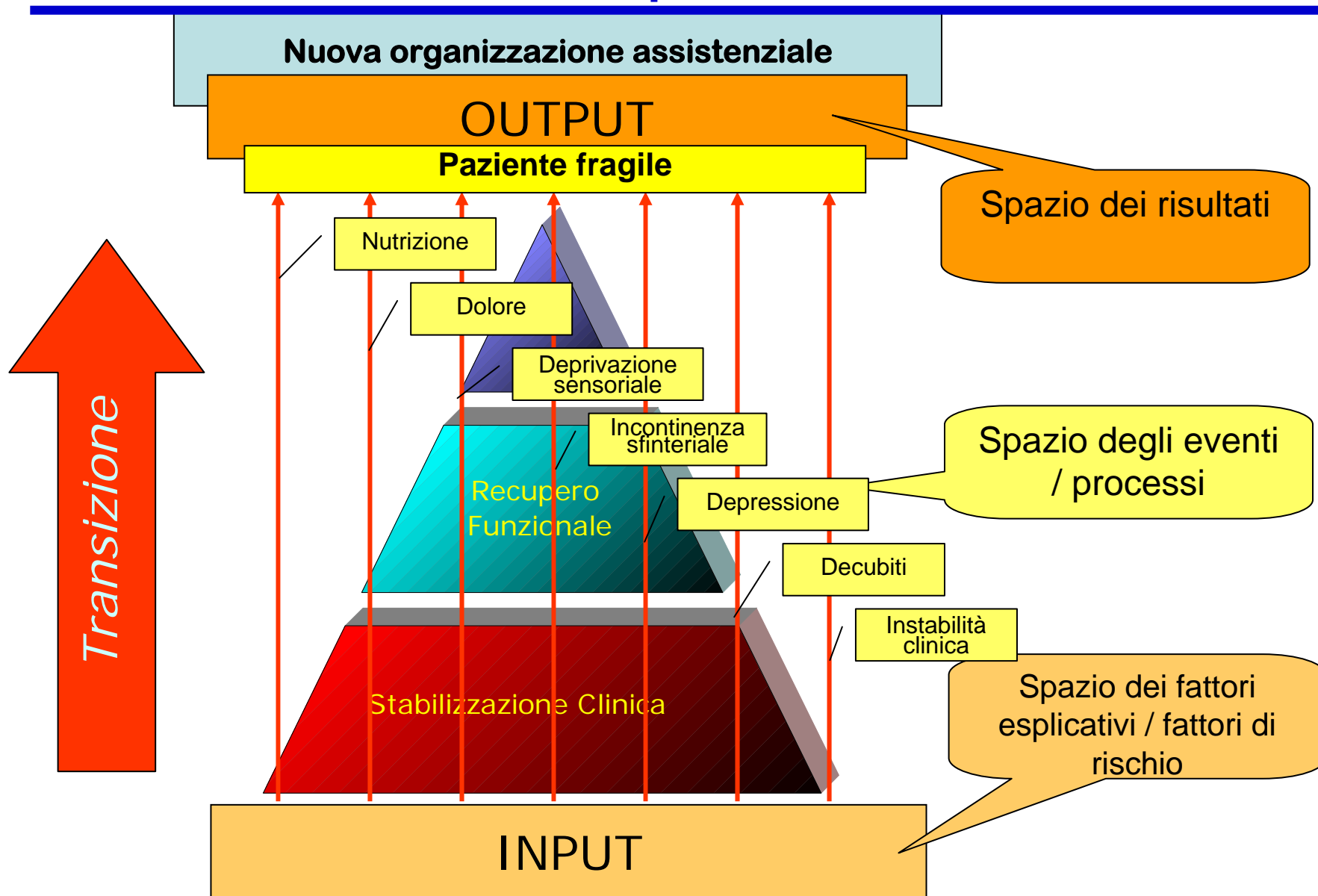


# Anziano fragile

---



# 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







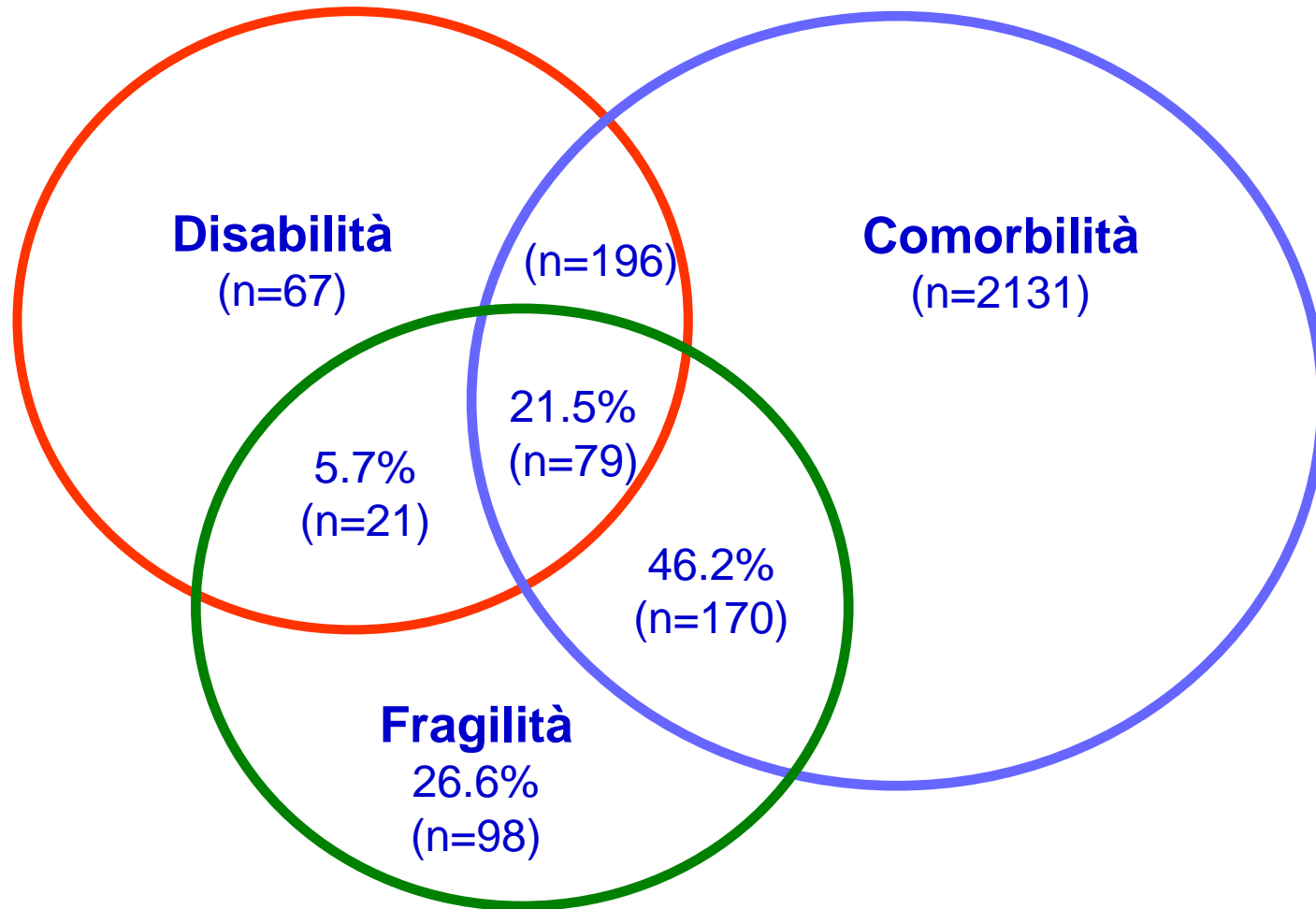
Nature 428: 116-8, 2004

# 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.