

Progetto di ricerca finalizzata ex art. 12 del D.Lgs. 502/92: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

*I servizi per gli anziani:
come rispondono nelle varie Regioni alla domanda di assistenza.
Analisi di casi*

Documento di sintesi dei risultati di una simulazione di casi clinici sui percorsi assistenziali per le persone anziane con problemi di salute complessi.

*Documento di lavoro per il seminario:
“L’organizzazione dei servizi per l’anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative”, Roma, 14 luglio 2005*

Progetto di ricerca finalizzata: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

A cura del Gruppo di lavoro della ricerca

Progetto di ricerca finalizzata: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

I servizi per gli anziani: come rispondono nelle varie Regioni alla domanda di assistenza. Analisi di casi

Nella logica del progetto di ricerca finalizzata “*La condizione dell’anziano non autosufficiente- Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive*” si è analizzata la risposta che nelle varie aree del Paese viene realisticamente offerta ad anziani che si trovano in diverse e specifiche condizioni di bisogno sul piano sanitario e sociosanitario.

Lo studio, effettuato tramite l’analisi e la discussione di alcuni casi clinici teorici, si ispira ai più moderni approcci metodologici, che tendono a superare la rilevazione del dato formale, in quanto talvolta irrilevante rispetto alla realtà. Si mira, invece, a valorizzare l’analisi dei comportamenti di cura, che indicano in modo più naturalistico le modalità di messa in atto degli stessi attraverso l’impegno degli operatori, che pure si muovono all’interno di indicazioni programmatiche.

Hanno risposto le Regioni: Lazio, Lombardia, Veneto, Sicilia, Toscana, Marche, Molise, Umbria e la provincia autonoma di Trento.

Le indicazioni di ogni Regione rispetto ai singoli casi proposti sono riportate nella relazione complessiva del progetto di ricerca; di seguito viene strutturata una sintesi, che cerca di cogliere gli aspetti comuni, così come di discutere le criticità emerse dal confronto fra le varie condizioni. Molti punti vengono presentati sotto forma di interrogativi ai quali non sempre è possibile dare risposta, anche se rappresentano nodi che nel prossimo futuro dovranno essere progressivamente affrontati per un miglioramento reale della qualità dell’assistenza. Dal confronto di situazioni concrete è più facile dedurre indicazioni operative, superando eventuali posizioni difensive attorno a modelli spesso prevalentemente teorici, che sembrano prevedere ogni possibile alternativa, ma che nel mondo reale non rappresentano opzioni percorribili.

Non sempre le risposte fornite sono state esaustive e talvolta poco concrete (ciò mette in luce la difficoltà da parte di taluno ad accettare la complessità del reale, sostituendola con l’apparente funzionalità delle programmazioni burocratiche). In particolare la Lombardia non ha ritenuto di doversi attenere al modello, perché l’enfasi politica in regione è posta non sul processo valutativo (e quindi sulla programmazione), ma sull’autonoma gestione da parte del paziente delle proprie scelte, con il supporto economico della regione ed una rete di controlli a posteriori.

Si sottolinea peraltro il significato innovativo di questa analisi e lo spirito collaborativo di chi vi ha partecipato: è un contributo non tradizionale al tentativo di costruire su basi comuni – pur nel rispetto delle diversità locali - il sistema di protezione delle fragilità dell’anziano. Il progetto di ricerca si ripropone di ulteriormente percorrere questa strada, che è complementare sul piano del rapporto con la realtà all’identificazione di indicatori in grado di misurare la quantità e la qualità dei servizi forniti per un determinato evento.

Il doppio binario, cioè l’analisi del singolo caso e l’indagine epidemiologica sulle modalità di intervento su popolazioni, permette di ottenere dati significativi sull’insieme dei servizi offerti all’anziano da due prospettive diverse: la prima più complessiva e quindi più vicina ad indagare il funzionamento di una rete, la seconda a cogliere la qualità delle risposte offerte da singoli segmenti della rete.

I casi teorici sottoposti all’analisi rappresentano 5 diverse situazioni tipiche di persone anziane bisognose di interventi mirati al fine di curare malattie croniche che mettono a forte rischio la vita e l’autosufficienza.

Progetto di ricerca finalizzata: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

Caso n. 1 :

Il Sig. XY di 83 anni, affetto da broncopneumopatia cronica ostruttiva e da scompenso cardiaco da molti anni, vive solo in condizioni di autosufficienza, con una figlia che lo visita quotidianamente.

In presenza di un aggravamento della dispnea e di febbre, viene accompagnato in pronto soccorso e ricoverato con diagnosi di polmonite complicata con insufficienza respiratoria.

Dopo un ricovero di 15 giorni, il quadro respiratorio è soddisfacente, persistono modesti segni di scompenso cardiaco, e viene programmata la dimissione.

Qual è il percorso clinico - assistenziale praticabile, a favore del Sig. XY?

Si mette in luce una notevole e diffusa difficoltà ad attuare progetti di continuità assistenziale, accompagnati in alcune realtà da una rilevante disomogeneità nella tipologia degli interventi anche all’interno della stessa regione.

Le alternative proposte sono: attivazione dell’unità di valutazione multidimensionale e intervento dell’assistenza domiciliare (con le più varie dizioni: programmata, protetta, integrata, ecc.).

A Roma la dimissione protetta è effettuata d’intesa con il Municipio. Vi è inoltre la possibilità di accedere all’Ospedale di comunità (anche Lazio e Toscana indicano questa alternativa, che tuttavia non sembra appropriata per il caso presentato).

Nell’insieme si percepisce un disegno assistenziale ritenuto indispensabile in tutte le varie realtà, anche se mancano precise indicazioni sul percorso, in particolare per quanto riguarda il ruolo del medico di famiglia, la scelta della tipologia (e quindi dei contenuti) dell’assistenza domiciliare, su tempi e modi dell’allocazione nei servizi residenziali (ospedali di comunità, riabilitazioni, RSA, ecc.).

Anche l’integrazione tra servizi sanitari e assistenziali resta un punto da chiarire, tra modelli che non possono essere ritenuti tra loro omogenei, perché caratterizzati da metodologie di lavoro, responsabilità e metodi di pagamento delle prestazioni profondamente diversi.

Caso n. 2 :

La Sig.ra MN di anni 88, affetta da ipertensione, diabete mellito e poliartriosi da circa 20 anni, vive al proprio domicilio, assieme al marito di 83 anni, in condizioni di completa autosufficienza. Per la comparsa di emiplegia dx e afasia, viene riferita dal medico di famiglia al pronto soccorso dell’ospedale ed ivi ricoverata. Dopo 10 giorni l’emiplegia è parzialmente regredita, persiste un lieve deficit motorio degli arti di dx.

Qual è il percorso clinico - assistenziale praticabile, a favore della Sig.ra MN?

Vengono indicate diverse tipologie di intervento riabilitativo: RSA riabilitative, strutture private accreditate di riabilitazione (ospedaliere?), riabilitazione domiciliare.

Si nota la mancanza di un modello unitario per interventi riabilitativi; in particolare, in un momento di trasformazione dei posti letto ospedalieri sarebbe particolarmente importante poter contare su un modello chiaro, organizzato su livelli di diversa intensità in risposta a diverse condizioni di gravità clinica e di probabilità di successo dell’intervento riabilitativo.

Progetto di ricerca finalizzata: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

Infatti i ricoveri ospedalieri dovrebbero essere riservati ai casi più gravi, le RSA riabilitative a condizioni nelle quali prevale l’esigenza di stabilizzare il quadro clinico, mentre la riabilitazione domiciliare risponde ad esigenze di mantenimento.

Chi decide l’allocazione della paziente dopo il ricovero ospedaliero? L’eventuale piano di assistenza individuale o personalizzato viene steso durante la permanenza in ospedale?

Si suggerisce l’implementazione di telesoccorso e di servizi domiciliari per gli aspetti di cura della casa (eventualmente anche in assenza della paziente per l’assistenza al marito), nonché la fornitura di ausili da parte dell’ASL (si sottolinea l’importanza di una veloce attivazione dei diversi servizi di supporto).

Caso n. 3 :

La Sig.ra ZZ di 92 anni, affetta da demenza di Alzheimer da 7 anni, vive al proprio domicilio in condizioni di completa dipendenza, assistita da una figlia convivente e da una badante. Viene riscontrata una grave anemia.

Qual è percorso clinico - assistenziale praticabile, a favore della Sig.ra ZZ?

Viene suggerito dalle varie realtà il ricovero ospedaliero (degenza o day hospital); non è chiaro però quale sia l’iter adottato per arrivare alla decisione.

Interrogativi: il MMG stabilisce da solo il ricovero ospedaliero? Sarebbe appropriato il ricovero in ospedale di comunità ove questo fosse presente? Sarebbe adeguato il ricovero in day hospital, come da qualcuno indicato, nel caso di una paziente totalmente dipendente? Esistono sistemi di trasporto protetti? Come si organizza l’assistenza ospedaliera di una persona affetta da demenza per evitare che la degenza induca la comparsa di grave disorientamento e quindi la probabile insorgenza di disturbi comportamentali, a loro volta obiettivo di trattamenti farmacologici che possono aggravare la condizione clinica? La badante e la figlia possono avere accesso continuo nelle corsie ospedaliere? E’ proponibile l’assistenza domiciliare per un intervento terapeutico (la trasfusione) di media complessità? Si devono escludere atti di tipo diagnostico –vista l’età e la condizione clinica della paziente- privilegiando solo interventi palliativi?

Tutto il Gruppo di lavoro condivide la necessità di programmare una dimissione di questa paziente dall’ospedale il più possibile protetta.

Al fondo vi è un interrogativo etico pesante: vi sono dei limiti agli interventi terapeutici in una persona molto vecchia, affetta da demenza? Quale iter deve seguire l’eventuale processo decisionale, coinvolgendo la figlia ed il MMG? Il confine tra astensione immotivata e aggressività è talvolta molto sottile; solo all’interno di una rete di servizi geriatrici che condivide le stesse motivazioni di cura è possibile prendere decisioni delicate senza stress per gli operatori e per i pazienti ed i loro familiari.

A margine: sono previsti a livello locale sistemi di formazione delle badanti e la loro eventuale integrazione con il sistema di ADI (che nel caso in questione dovrà essere attivata subito dopo il breve periodo di degenza ospedaliera)?

Progetto di ricerca finalizzata: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

Caso n. 4:

Il Sig. MT di anni 76, affetto da bronchite cronica, con insufficienza respiratoria in ossigenoterapia domiciliare, vive con la moglie in condizioni di autosufficienza parziale (si reca in bagno da solo). Negli ultimi 12 mesi è stato ricoverato 5 volte in un reparto medico per riacutizzazioni o superinfezione della bronchite cronica e ha avuto 2 ricoveri in riabilitazione. Qual è il percorso clinico - assistenziale praticabile, a favore del Sig. MT?

Nelle varie realtà si indica soprattutto l’opportunità di attivare sistemi efficaci di assistenza domiciliare; non viene però generalmente colta l’esigenza di interrompere la sequenza dei ricoveri, affidando ad una gestione unitaria e forte il follow up del paziente. Gli accessi programmati del MMG sono adeguati, oltre che per intereventi preventivi (vaccinazioni, assistenza generica, ecc.) anche per controllare la storia naturale di una malattia evolutiva? Il modello tradizionale di assistenza domiciliare offre servizi di intensità sufficiente per prevenire le riacutizzazioni della patologia respiratoria cronica?

In qualche regione sono previsti interventi adeguati (piano assistenziale individualizzato, con accessi del MMG, dello specialista, dell’infermiere, con un minimo di dotazione tecnologica, assieme ad programmi di fisioterapia domiciliare).

In un’ottica di interventi unitari, anche il ricovero ospedaliero assume un ruolo importante, soprattutto al fine di conservare un equilibrio della situazione clinica che permette di allontanare il momento dell’istituzionalizzazione.

L’eventuale ricovero in RSA (chi decide il momento di rottura dell’equilibrio tra la possibilità di rimanere a casa adeguatamente protetto ed il momento del ricovero in una istituzione: quale spazio per le scelte del paziente?) avviene in tempi sufficientemente rapidi, in base al bisogno clinico, o è stabilito prevalentemente su base burocratica? In alcune realtà è prevista l’attivazione del telesoccorso, nonché l’accesso a contributi economici.

Caso n. 5 :

Il Sig. RR di 88 anni, affetto da scompenso cardiaco (classe NYHA III), vive solo al domicilio, in casa di proprietà con barriere architettoniche, non ha parenti prossimi, con pensione di poco superiore a quella sociale. Viene dimesso dall’ospedale dopo un intervento di gastroectomia per neoplasia dello stomaco; in conseguenza della degenza ospedaliera il paziente perde parte della propria autonomia (Barthel Index = 70). Qual è il percorso clinico - assistenziale praticabile a favore del Sig. RR?

Il ricovero in una struttura protetta, con competenze cliniche e riabilitative, è indicato dalla maggioranza delle regioni. Viene anche indicata l’opportunità di prevedere il ricorso ad un hospice quando la condizione clinica richiedesse interventi palliativi per il dolore e per conservare una buona qualità della vita.

Vi è il problema dei tempi di attesa per le strutture protette, nonché della loro capacità (clinica, organizzativa, psicologica) di gestire l’evoluzione del paziente (problemi nutrizionali ingravescenti), che porta necessariamente alla terminalità. Hanno senso gli hospice (più o meno

Progetto di ricerca finalizzata: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

formalizzati) nelle strutture residenziali per anziani? Nel caso in oggetto non si può prendere in considerazione la possibilità di cure palliative domiciliari. Il passaggio attraverso strutture valutative avviene abbastanza rapidamente, al fine di evitare l’inutile e costoso allungamento della degenza ospedaliera? La prevalente esigenza di assistenza sanitaria pone il problema dei costi (quale percentuale deve gravare sull’ospite?). L’alternativa di mantenere il paziente a casa, con un altissimo livello di copertura sanitaria, infermieristica e assistenziale, è ritenuta irrealizzabile? Per quali ragioni: economiche, organizzative o di efficacia?

Trattandosi di un paziente che viveva da solo a domicilio, evidentemente dispone di capacità cognitive adeguate ad una vita autonoma, in grado di comprendere anche la gravità della propria condizione di salute. Sono previsti servizi di supporto psicologico formale o di collaborazione con una potenziale rete informale da attivare per accompagnare il paziente nelle varie fasi di malattia? Il caso più di altri mette in luce l’esigenza di una gestione unitaria (ad esempio qualora fosse necessario decidere circa l’opportunità di un ulteriore ricovero ospedaliero con scopi terapeutici).

Indicazioni conclusive

1. Un tentativo di organizzazione dell’assistenza geriatrica è presente in tutte le regioni; rispetto a pochi anni fa sono stati compiuti rilevanti progressi, anche se la mancanza di comuni fondamenti culturali permette ancora differenze a livello locale. Si riafferma quindi l’esigenza forte di una formazione condivisa sulle basi “umane” di un sistema di assistenza all’anziano fragile. Si riafferma inoltre l’esigenza imprescindibile di prevedere servizi adeguati a livello locale, senza lasciare l’anziano ammalato a portare da solo la responsabilità di scelte che quasi mai riesce a controllare con le proprie forze psicologiche e organizzative (o quelle di una famiglia spesso anch’essa debole).
2. In alcune regioni non è attivo un sistema di governo clinico che sappia adattarsi alle diverse condizioni e che sappia accompagnare l’anziano attraverso i servizi: le tradizionali unità di valutazione sembrano troppo gravate da logiche burocratiche. Si riafferma a questo proposito l’importanza del ruolo del medico di medicina generale, che in modo informale (con modalità di “accompagnamento”) e in modo formale (in particolare all’interno di sistemi di governo clinico) rappresenta nel nostro sistema di welfare una pedina irrinunciabile. Le prospettive offerte dal nuovo contratto, attraverso l’attivazione delle unità di cure primarie, potrebbero costituire un significativo punto di partenza per costituire un governo clinico dell’anziano fragile senza interruzioni temporali, né incapacità culturali o inadeguatezze psicologiche.
3. Esigenza di un sistema di valutazione multidimensionale, in grado di rilevare la condizione clinica e psicosociale, utilizzabile nei diversi servizi. Le varie metodologie adottate hanno ciascuna pregi e difetti; irrinunciabile è però la misura standardizzata e riproducibile dei vari domini che concorrono alla definizione del bisogno della persona anziana; è lo strumento base della continuità terapeutico-assistenziale, che permette la transizione nel tempo tra i vari servizi senza incertezze.
4. Esigenza di organizzare i vari segmenti della rete (ospedale, assistenza postacuta, riabilitazione, residenzialità, servizi domiciliari, ecc.) in modo flessibile al loro interno, mantenendo però l’unità organizzativa (evitando così l’eccesso di frammentazione, che diviene ingovernabile sul piano gestionale e troppo costoso economicamente). E’ opportuno

Progetto di ricerca finalizzata: “La condizione dell’anziano non autosufficiente – Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive”.

prevedere un maggiore sfruttamento -rispetto a quanto indicato dalle regioni- della telematica e dei sistemi computerizzati di raccolta dati, che sempre più costituiscono la base per la valutazione della qualità dei servizi prestati e dei risultati ottenuti.

5. Esigenza di organizzare studi di outcome per analizzare quali servizi dispongono di un migliore rapporto tra costi e benefici, al fine di operare selezioni a livello dei servizi stessi e dell’allocazione del paziente. In questo modo l’enfasi non sarà più necessariamente sulla rigida organizzazione delle prestazioni ma sui risultati ottenuti, permettendo di governare il sistema senza irrigidirlo all’interno di regole che tolgono autonomia agli operatori e alla loro capacità di organizzare le cure in modo originale. Soprattutto nel caso di servizi di nuova istituzione, per i quali non vi è una esperienza definitiva (vedi l’ospedale di comunità), è ancor più necessaria la misura dei risultati, per definirne il ruolo nell’ambito di una specifica rete di servizi.