

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE RETE DEI SERVIZI

CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE GERIATRICO

Come è già accennato nel paragrafo “Situazione demografica”, il paziente geriatrico presenta una particolare complessità. In esso possono coesistere:

- 1) più patologie, generalmente a carattere cronico, su cui ovviamente si possono inserire eventi acuti;
- 2) possibile presenza di decadimento cognitivo;
- 3) perdita dell'autosufficienza;
- 4) precarie condizioni socio-economiche.

A ciò si aggiunge la riduzione della riserva funzionale dei vari organi ed apparati, che facilita la comparsa di “scompensi a cascata”, vale a dire di deterioramento di varie componenti funzionali in relazione ad una malattia che interessa primariamente un altro distretto.

Ai fini di una valutazione olistica del soggetto, è necessario pertanto adottare una procedura diagnostica, che va oltre l'esame clinico tradizionale e che viene definita con il termine di Valutazione Multidimensionale.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

La valutazione multidimensionale, oltre alla *indagine clinica* del soggetto, basata sulla anamnesi e sull'esame obiettivo, prevede lo studio dello *stato funzionale*, delle *capacità cognitive* e delle *componenti psico-affettive, sociali, economiche e ambientali*. Essa si avvale di strumenti diagnostici validati, che, oltre alla descrizione, consentono, entro certi limiti, anche la quantificazione dei deficit.

ANAMNESI DEL PAZIENTE GERIATRICO

La raccolta dei dati anamnestici può presentare particolari difficoltà nel paziente geriatrico.

Ciò, in alcuni casi, può verificarsi per il basso livello culturale del soggetto, meno portato alla osservazione della propria sintomatologia e meno capace di riferirla con precisione e dovizia di particolari. In altri casi possono essere presenti disturbi della comunicazione tra medico e paziente, per problemi di udito o per difficoltà espressive. In altri casi infine l'anamnesi risulta scarna e/o poco attendibile in quanto il paziente presenta una compromissione delle funzioni cognitive.

E' pertanto opportuno che la raccolta dell'anamnesi venga eseguita in presenza di un familiare e/o persona che vive con il paziente, per poterne verificare la completezza e la attendibilità.

Oltre alla raccolta anamnestica dei disturbi che maggiormente affliggono il paziente, l'indagine dovrà essere completata, valutando la eventuale presenza di sintomi di organo o di apparato di cui talvolta non viene fatta menzione. Ciò accade spesso per motivi di pudore, perché i sintomi sono ritenuti indicativi di uno stato di fragilità o perché riguardano la sfera sessuale o psichica. In altri casi i sintomi non vengono riferiti perché ritenuti irrilevanti, o non correggibili, in quanto conseguenza inevitabile dell'età.

In soggetti anziani ospedalizzati l'approfondimento della indagine anamnestica nel senso in precedenza indicato, evidenzia la presenza di patologie non denunciate e/o non diagnosticate in percentuale notevolmente superiore a quella delle patologie denunciate e diagnosticate. Ad esempio patologie urinarie, tra cui in particolare l'incontinenza, vengono denunciate solo nell'8% dei casi, così come i deficit cognitivi; problemi di deambulazione vengono riferiti nel 20% dei casi e stati depressivi solo nel 4%. Una indagine anamnestica approfondita evidenzia che queste condizioni morbose sono in realtà di gran lunga più frequenti.

Questo fenomeno viene definito con il termine di “**fenomeno dell'iceberg**”, la cui parte sommersa è maggiore della parte emersa.

ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo del paziente geriatrico offre a considerare numerosi *segni che non hanno significato patologico in quanto espressione del normale invecchiamento*.

Nel paragrafo "Invecchiamento Fisiologico" sono state riportate le modificazioni che si verificano con l'avanzare dell'età a carico dei vari organi ed apparati e da questa esposizione lo studente potrà ricavare indicazioni sui segni più importanti rilevabili nel corso dell'esame obiettivo del paziente anziano. A titolo di esempio ricordiamo che le masse muscolari si riducono (sarcopenia) e che anche l'altezza si riduce, associandosi a cifosi dorsale per riduzione di spessore dei corpi vertebrali, dovuta ad osteopenia. A carico degli organi di senso compaiono riduzione del visus e dell'udito (gerontoxon-presbiopia-presbiacusia). A carico dell'apparato cardiovascolare è possibile apprezzare toni parafonici e un soffio sistolico sul focolaio aortico da sclerosi del vaso, mentre il polso radiale risulta spesso indurito ed irregolare (a "trachea di pollo"). Alla percussione il suono polmonare risulta iperfonetico per enfisema, mentre all'esame neurologico si osserva una riduzione dei riflessi osteo-tendinei ed una tendenza alla bradicinesia.

VANTAGGI DELLA VALUTAZIONE FUNZIONALE

Al tradizionale esame clinico, costituito dall'anamnesi e dall'esame obiettivo, segue la valutazione funzionale, che deve essere eseguita sistematicamente nel paziente geriatrico al fine di determinare le sue condizioni di autosufficienza. Ciò ha grande importanza nella predisposizione del piano assistenziale, in particolare degli interventi riabilitativi e del supporto sociale.

La valutazione funzionale è importante anche da un punto di vista prognostico, in quanto numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che, a parità di patologia, ed anche in assenza di specifiche patologie, la prognosi, in termini di ulteriore declino funzionale e di mortalità, è strettamente correlata con le condizioni fisiche del soggetto.

LA DISABILITA': DEFINIZIONE

Riteniamo pertanto indispensabile premettere alcune informazioni relative alla disabilità, termine con cui si intende, secondo la Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ogni riduzione parziale o totale della capacità di compiere una attività in maniera o nei limiti considerati normali per un essere umano.

Nell'ambito dell'autonomia individuale si distinguono l'autonomia fisica, a livello personale ed a livello domestico, l'autonomia psichica, relativa alle capacità cognitive, emozionali e comportamentali e l'autonomia sociale relativa alle relazioni interpersonali nell'ambito familiare e della collettività.

La prevalenza della disabilità cresce con l'aumentare dell'età: da valori del 10% circa a 65 anni raggiunge valori del 50% ad 85 anni. Le donne presentano percentuali di disabilità superiori rispetto ai maschi, il che è imputabile alla maggiore fragilità biologica del sesso femminile.

Qualora si consideri che la durata media della vita è maggiore nelle donne, si comprende facilmente come il fenomeno "disabilità" interessi principalmente il sesso femminile.

Una indagine epidemiologica svolta in Toscana conferma quanto espresso precedentemente, anche se con valori di prevalenza leggermente inferiori.

Nella popolazione ultrasessantacinquenne il numero delle donne disabili è di gran lunga superiore a quello degli uomini (53.758 vs 27.382) e le percentuali sono rispettivamente dell'11.9% delle donne contro l'8.7% degli uomini.

COMPONENTI PATOGENETICHE DELLA DISABILITA'

La disabilità riconosce molteplici componenti patogenetiche, che spesso coesistono nello stesso soggetto.

Le malattie sono la causa più frequente di disabilità.

Le conseguenze funzionali delle varie patologie appaiono più evidenti se coesistono condizioni di decadimento funzionale genericamente dipendenti dall'invecchiamento e se si sovrappongono fattori iatrogenici, per effetti collaterali dei farmaci o per procedure diagnostiche.

A lato della componente biologica la disabilità riconosce anche fattori di ordine socio-economico: ad esempio il basso livello di istruzione, la povertà e la solitudine possono influire sulla vita di relazione del soggetto, sulle sue condizioni abitative ed alimentari e possono limitare il ricorso ad interventi medici o riabilitativi.

La insorgenza di disabilità è facilitata dalla presenza di uno stato depressivo che riduce considerevolmente le motivazioni del paziente.

Elenchiamo alcune patologie responsabili, con frequenza molto elevata, di disabilità: l'ictus, la frattura dell'anca, le neoplasie, lo scompenso cardiaco, la cardiopatia ischemica e le flogosi polmonari.

Parliamo di un nuovo concetto, e cioè quello di disabilità catastrofica e di disabilità progressiva.

Con il termine di *disabilità catastrofica* si intende quella forma di disabilità che si verifica molto rapidamente, quando, in seguito ad un evento patologico (in particolare ictus cerebri o frattura) il paziente perde la capacità di deambulare. Catastrofica può essere definita anche la disabilità conseguente ad una situazione patologica che in sé non implica una perdita motoria, ma costringendo il paziente a letto (ad esempio una malattia infettiva od un infarto miocardico), innesca una "sindrome da allettamento", da cui il paziente non è più in grado di riprendersi.

La *disabilità progressiva*, invece, è quella che si viene ad instaurare con gradualità. La perdita della autosufficienza progredisce insensibilmente, con velocità diversa da caso a caso.

E' ovvio che, in queste circostanze, una complicanza anche banale può d'improvviso comportare una perdita totale della autosufficienza.

I dati epidemiologici raccolti in vari paesi dimostrano, anche se con alcune differenze, due aspetti importanti: il primo è rappresentato dalla maggiore aspettativa di vita delle donne, il secondo dalla documentazione che un numero considerevole di anni viene trascorso in condizioni di disabilità soprattutto dai soggetti di sesso femminile.

COME SI ESEGUE LA VALUTAZIONE FUNZIONALE

In ambito clinico, ai fini della valutazione funzionale, vengono somministrate la *Scala di Katz* per la valutazione delle attività di base della vita quotidiana (*BADL*) e la *Scala di Lawton e Brody* per la valutazione delle attività strumentali della vita quotidiana (*IADL*).

Devono essere inoltre studiati sistematicamente, con apposite prove, l'*equilibrio* ed il *cammino*.

BADL-IADL

Le attività di base della vita quotidiana comprendono lavarsi, vestirsi, uso del bagno, camminare, mantenere la continenza sfinterica ed alimentarsi.

Le attività strumentali della vita quotidiana comprendono usare il telefono, fare acquisti, cucinare, prendersi cura della casa, fare il bucato, spostarsi con i mezzi pubblici, assumere farmaci e maneggiare denaro.

BASIC ACTIVITIES DAILY LIVING (BADL) - 1

FARE IL BAGNO (vasca, doccia, spugnature)	
Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca senza aiuto)	1
Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es:dorso)	1
Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo	0
VESTITIRSI (prendere i vestiti dall'armadio, compreso l'intimo, scarpe, ecc.)	
Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza	1
Prende i vestiti, si veste autonomamente, necessità di aiuto per allacciare le scarpe	1
Ha bisogno di aiuto, oppure rimane parzialmente o completamente svestito	0
TOILETTE (andare in bagno per la minzione o l'evacuazione, pulirsi e rivestirsi)	
Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di aiuto (può utilizzare supporti quali bastone, deambulatore, sedia a rotelle, ecc.)	1
Ha bisogno di assistenza per andare in bagno, pulirsi e rivestirsi	0
Non si reca in bagno	0

SPOSTARSI	
Si sposta dentro e fuori dal letto ed in poltrona senza assistenza	1
Compie questi trasferimenti se aiutato	0
Allettato, non esce dal letto	0
CONTINENZA DI FECI ED URINE	
Controlla completamente feci ed urine	1
"Incidenti" occasionali	0
Necessita di supervisione per controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente	0
ALIMENTAZIONE	
Senza assistenza	1
Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane	1
Assistenza per portare il cibo alla bocca, nutrizione parenterale parziale o totale	0
PUNTEGGIO TOTALE	

INSTRUMENTAL ACTIVITIES DAILY LIVING (IADL) -

ABILITA' AD USARE IL TELEFONO	
Usa il telefono di propria iniziativa; cerca il numero telefonico e lo compone	1
Compone solo pochi numeri ben conosciuti	1
Risponde al telefono, ma non compone i numeri	1
E' incapace di usare il telefono	0
FARE LA SPESA	
Si prende cura della spesa e la fa in maniera autonoma	1
E' capace di effettuare solo piccoli acquisti	0
Ha bisogno di essere accompagnato per qualunque tipo di acquisto	0
E' completamente incapace di fare la spesa	0
PREPARARE I PASTI	
Pianifica i pasti, li prepara adeguatamente e li serve in maniera autonoma	1
Prepara i pasti solo se gli forniscono tutti gli ingredienti	0
E' in grado solo di riscaldare cibi pronti o di prepararli in modo non costante	0
Ha bisogno di cibi già preparati e di essere servito	0

CURA DELLA CASA	
Riesce ad occuparsi della casa autonomamente e con aiuto occasionale	1
Riesce ad effettuare lavori domestici leggeri (lavare i piatti, rifare i letti, ecc.)	1
Riesce ad effettuare lavori leggeri, ma non mantiene adeguati livelli di pulizia	1
Ha bisogno di aiuto per tutte le pulizie della casa	0
E' completamente disinteressato a qualsiasi faccenda domestica	0
FARE IL BUCATO	
Lava tutta la propria biancheria	1
Lava solo i piccoli indumenti	1
Tutto il bucato deve essere fatto da altri	0
SPOSTAMENTI FUORI CASA	
Viaggia autonomamente con mezzi pubblici o automobile propria	1
Fa uso di taxi, ma non è capace di prendere mezzi pubblici	1
Viaggia su mezzi pubblici solo se assistito o accompagnato	1
Viaggia in auto o taxi quanto è assistito o accompagnato da altri	0
Non può viaggiare affatto	0
ASSUNZIONE DEI PROPRI FARMACI	
E' capace di assumere correttamente le medicine	1
E' capace di assumere le medicine solo se in precedenza preparate e separate	0
E' incapace di assumere da solo le medicine	0
USO DEL PROPRIO DENARO	
Provvede in modo autonomo alle proprie finanze (conti, fare assegni, pagare l'affitto e altre spese, andare in banca), controlla le proprie entrate	1
Provvede alle spese ed ai conti quotidiani, ma ha bisogno di aiuto per le operazioni maggiori (andare in banca, fare assegni, fare grosse spese, ecc.)	1
E' incapace di maneggiare il denaro in modo proprio	0
PUNTEGGIO TOTALE	

A seconda della entità della menomazione, a ciascuno degli items va assegnato un punteggio di 0 o di 1.

STANDING AND WALKING

Per la valutazione del cammino una prova frequentemente utilizzata è quella definita con il termine "Standing and Walking" cioè alzarsi e camminare.

Il paziente si accomoda su una sedia sprovvista di braccioli e viene invitato ad alzarsi senza far uso delle mani e delle braccia.

Assunta la posizione eretta il paziente viene invitato a camminare ad andatura abituale.

L'osservatore terrà conto della capacità o incapacità a passare dalla posizione seduta a quella in piedi, degli eventuali disturbi dell'equilibrio in posizione eretta, delle caratteristiche della marcia, quali ampiezza del passo, esitazioni, oscillazioni, ecc..

PROVE DI EQUILIBRIO

Per quanto riguarda la valutazione dell'equilibrio esso viene indagato, in posizione eretta, invitando il soggetto a tenere i piedi vicini l'uno all'altro e le braccia aderenti al tronco. In tal modo la base d'appoggio risulta molto ristretta.

Si osserveranno eventuali oscillazioni del tronco in questa posizione, annotando se esse si verificano in tutte le direzioni dello spazio, ovvero se hanno qualche predilezione di lato.

La prova va eseguita inizialmente ad occhi aperti e successivamente ad occhi chiusi.

Il malato cerebellare presenterà disordini dell'equilibrio ad occhi aperti con un peggioramento di modesta entità ad occhi chiusi; il paziente con atassia spinale, cioè con disturbi della propriocezione, mostrerà un evidente peggioramento ad occhi chiusi, mentre ad occhi aperti, con l'aiuto della vista, sarà in grado di correggere la sua postura.

Questo segno è quello che specificamente deve essere indicato come segno di Romberg (differenziazione tra atassia cerebellare ed atassia spinale).

La prova può essere sensibilizzata con alcune manovre, ad esempio imprimendo al soggetto una lieve spinta da dietro in avanti e viceversa oppure lateralmente nelle due direzioni.

Una modalità complementare è rappresentata dalla assunzione delle posizioni semitandem e tandem, che restringono ulteriormente la base d'appoggio.

E' buona norma che un operatore stia accanto al paziente per sorreggerlo nel caso in cui ci sia il rischio di cadute.

MMSE

Le funzioni cognitive sono esplorabili attraverso un test di semplice esecuzione e di breve durata.

Si tratta del MMSE (Mini Mental State Examination), che consiste di vari items che indagano le diverse aree della cognitiv .

Il primo item si riferisce all'orientamento temporo-spaziale, mentre il secondo   un semplice test di memoria, che serve a valutare la cosiddetta memoria di fissazione.

ORIENTAMENTO

- In che anno, stagione, mese, data, giorno della settimana, siamo? (massimo 5 punti)
- In che nazione, regione, citt , luogo (ospedale o casa), piano ci troviamo? (massimo 5 punti)

REGISTRAZIONE (MASSIMO 3 PUNTI)

Annunciare al paziente che si far  un test di memoria. Dire al paziente: "Adesso le dir  il nome di tre oggetti. Lei dovr  ripeterli dopo che io li avr  detti tutti e tre". Dire " **casa, pane, gatto** ", nominandoli uno al secondo. Chiedere poi al paziente di ripetere il nome dei tre oggetti. Assegnare 1 punto per ogni risposta esatta al primo tentativo. Nel caso in cui il paziente non sia in grado di rievocarli tutti e tre al primo tentativo, ripeterli, fino ad un massimo di 6 volte, finch  il soggetto non li abbia appresi tutti e tre. Registrare qui di seguito il numero dei tentativi: _____

Il paziente viene quindi sottoposto ad una prova di calcolo, consistente nel sottrarre dal numero 100 il numero 7 fino al quinto tentativo.

Dopo la esecuzione di questa prova si chiede al paziente di ripetere le tre parole in precedenza apprese per verificare la ritenzione della traccia mnemonica.

Seguono altre prove in cui vengono esplorate le funzioni linguistiche, e cio  la capacit  di comprendere e di esprimersi correttamente, nonch  la capacit  di leggere e di scrivere.

Vengono inoltre effettuate prove di gnosi  e di prassi .

ATTENZIONE E CALCOLO (MASSIMO 3 PUNTI)

Fare entrambe le seguenti prove ed assegnare il punteggio migliore ottenuto in una delle due:
- Serie di "sette". Si chiede al paziente di sottrarre da 100 (che non viene contato nel punteggio) la cifra "7" per cinque volte. Si assegna un punto per ogni risposta corretta (93, 86, 79, 72, 65)
- Scandire "C - A - R - N - E" al contrario (E - N - R - A - C). Il punteggio   dato dal numero di risposte corrette (per esempio: E - N - A - R - C = 3).

RIEVOCAZIONE (MASSIMO 3 PUNTI)

Chiedere i tre nomi appresi precedentemente (casa, pane, gatto)

LINGUAGGIO

- Mostrare al paziente un orologio da polso e chiedere cos' . Fare lo stesso con una matita (massimo 2 punti)
- Chiedere al paziente di ripetere la seguente frase dopo di voi: "non c'  n  se n  ma che tenga". Solo un tentativo (1 punto)
- Fare eseguire un comando a tre stadi: "prenda un foglio con la mano destra, lo pieghi a met  e me lo restituisca" (massimo 3 punti)
- "Legga quello che   scritto qui (mostrare il cartoncino) e lo faccia" (il cartoncino contiene il comando "chiuda gli occhi") (1 punto)
- "Scriva una frase qualsiasi che le viene in mente" (il punto viene assegnato se la frase contiene un soggetto, un verbo ed ha un senso, non considerare gli errori di ortografia) (1 punto)

Il test si conclude con una prova di **prassia costruttiva**, chiedendo al paziente di riprodurre una figura geometrica, consistente in due pentagoni affrontati al vertice. Il punto viene assegnato solo se sono presenti 10 angoli e due di essi si intersecano. Tremore e rotazione vanno ignorati.

A ciascuna prova, se correttamente eseguita, viene assegnato un punteggio per un totale massimo di 30 punti.

Un punteggio compreso tra 30 e 24 viene considerato normale, da 24 a 20 borderline, al di sotto di 20 indicativo di deterioramento cognitivo, al di sotto di 14 molto suggestivo per demenza senile.

Il test non può essere effettuato in soggetti con gravi disturbi della vista e dell'udito e devono essere applicati dei correttivi in caso di analfabetismo o di bassa scolarità.

GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Per la rilevazione dei sintomi depressivi viene utilizzata una checklist, la *Geriatric Depression Scale* di Yesavage (GDS).

Questa scala è costituita da 30 items che prevedono una risposta alternativa (si-no): si assegna 1 punto per ogni risposta in direzione "patologica".

Il punteggio massimo è pari a 30.

Pur non essendo stati stabiliti limiti precisi, in linea generale si considerano normali valori fino a 5, mentre valori da 5 a 15 vengono ritenuti indicativi di depressione lieve, e superiori a 15 di depressione conclamata.

Mi risponda in base a come si è sentito la settimana scorsa		
E' fondamentale soddisfatto della sua vita?	(0) SI	NO (1)
Ha interrotto molto delle cose che faceva prima e le piaceva fare?	(1) SI	NO (0)
Sente vuota la sua vita?	(1) SI	NO (0)
Si annoia spesso	(1) SI	NO (0)
E' di buon umore la maggior parte del tempo?	(0) SI	NO (1)
Ha paura che le possa accadere qualcosa di male?	(1) SI	NO (0)
Si sente in genere felice?	(0) SI	NO (1)
Si sente spesso abbandonato?	(1) SI	NO (0)
Preferisce stare a casa anziché uscire a fare cose nuove?	(1) SI	NO (0)
Sente di avere più problemi di memoria rispetto ad altri?	(1) SI	NO (0)
Pensa che sia bello essere vivi oggi?	(0) SI	NO (1)
Si sente un po' inutile così com'è oggi?	(1) SI	NO (0)
Si sente pieno di energia?	(0) SI	NO (1)
Ha perso ogni speranza che le cose possano migliorare?	(1) SI	NO (0)
Pensa che gli altri stimo per lo più meglio di lei?	(1) SI	NO (0)
Punteggio: 0-5 normale; > 5 presenza di sintomatologia depressiva		

LA RETE DEI SERVIZI

Il modello di organizzazione sanitaria, presente in tutte le nazioni occidentali nel secolo appena trascorso, prevedeva che il cittadino dovesse rivolgersi, per tutti i suoi problemi di salute, ai vari servizi offerti dal sistema sanitario nazionale (MMG, ambulatori, ospedale, centri diurni, residenze). Negli ultimi decenni del secolo XX, dapprima nei paesi anglosassoni e successivamente anche nel nostro paese, tale modello ha subito una profonda diversificazione, legata sia al numero sempre crescente di anziani bisognosi di cure, sia alla limitazione delle risorse finanziarie.

Si è ritenuto più opportuno sul piano economico e più valido sul piano assistenziale favorire la persistenza dell'anziano malato al proprio domicilio, istituendo nuovi servizi, quali l'assistenza domiciliare integrata e la ospedalizzazione domiciliare.

UNITA' DI VALUTAZIONE ED INTERVENTO MULTIDIMENSIONALE

Come abbiamo già visto in paragrafi precedenti le esigenze di cura dei soggetti anziani sono molteplici, in rapporto alla gravità delle patologie, al loro decorso frequentemente cronico, alle ripercussioni sulla autosufficienza ed alla coesistenza di problemi cognitivi, comportamentali, economici e sociali.

E' necessario pertanto dare risposte diversificate ad esigenze differenti, il che si può attuare esclusivamente attraverso una rete integrata di servizi.

E' fondamentale che l'anziano venga sottoposto a valutazione multidimensionale da parte della Unità di Valutazione Geriatrica, costituita da varie figure professionali ed in particolare dal Medico di Medicina Generale (MMG), dall'Infermiere Professionale (IP), dal Terapista della Riabilitazione (TR), dall'Assistente Sociale (AS) e dallo Specialista in Geriatria (G).

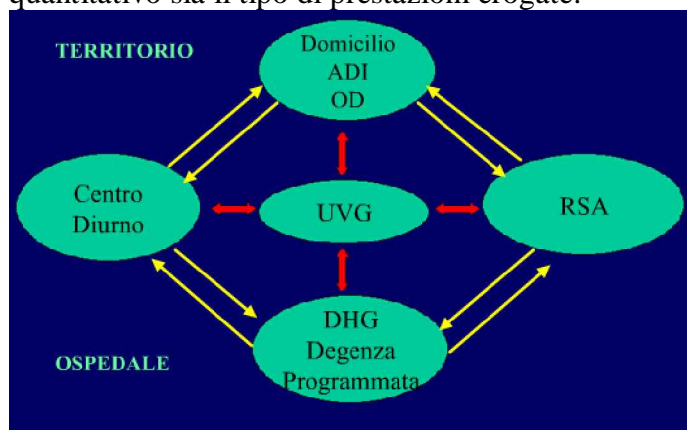
RETE INTEGRATA DEI SERVIZI

Sulla base della valutazione multidimensionale vengono individuate le esigenze di cura del paziente geriatrico, che viene quindi indirizzato al servizio che meglio risponde a tali esigenze.

Ci si avvale delle strutture ospedaliere nel caso di patologie acute importanti o per la attuazione di interventi diagnostici di una certa complessità tecnologica o per terapie particolarmente impegnative.

I servizi territoriali comprendono la assistenza domiciliare integrata, la ospedalizzazione domiciliare, i centri diurni e le residenze sanitarie assistenziali.

Tali servizi possono essere strutturati specificamente per l'assistenza del paziente con demenza senile: in questo caso potranno variare sia la dotazione di personale in senso qualitativo e quantitativo sia il tipo di prestazioni erogate.



VANTAGGI DELLA RETE DEI SERVIZI

Studi controllati condotti in paesi in cui la rete dei servizi è perfettamente efficiente, come ad esempio la Gran Bretagna, hanno dimostrato che essa offre molteplici vantaggi rispetto ai modelli di assistenza medica tradizionale. Per quanto riguarda gli anziani sono stati dimostrati una riduzione della mortalità e della disabilità, un miglioramento delle condizioni di salute e della qualità della vita. Il modello è vantaggioso sotto il profilo economico in quanto le spese necessarie vengono compensate da una riduzione del numero dei ricoveri in ospedale ed in RSA.

UNITA' OPERATIVA DI GERIATRIA

La Unità Ospedaliera di Geriatria, a differenza di una comune Divisione di Medicina Generale, deve essere orientata non solo verso la diagnosi ed il trattamento delle malattie acute, ma anche verso il recupero funzionale della non-autosufficienza.

Deve pertanto presentare specifiche caratteristiche quali strutturazione edilizia con abbattimento delle barriere architettoniche, palestra riabilitativa, spazi per terapia occupazionale, servizi diagnostici specificamente mirati alle patologie senili, personale quantitativamente e qualitativamente adeguato ed infine una stretta connessione con gli altri nodi della rete dei servizi.

LA CASA PER L'ANZIANO

L'obiettivo principale dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è quello di favorire la permanenza dell'anziano nella sua abitazione, in quanto è evidente che l'ambiente familiare assicura una migliore qualità della vita ed evita l'esperienza negativa dell'emarginazione e dell'isolamento affettivo.

Infatti la casa è il luogo dei ricordi, degli affetti, delle abitudini, della privacy, protegge, dà sicurezza, accresce l'autostima ed è il luogo dove è più facile guarire e meno doloroso morire.

L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'assistenza domiciliare integrata è basata su un complesso di prestazioni spettanti in parte al comparto sanitario ed in parte a quello sociale.

Le prestazioni sanitarie consistono in interventi medici, infermieristici, riabilitativi e di riattivazione funzionale.

Gli interventi di ordine sociale consistono nell'aiuto per il governo della casa, per la preparazione dei pasti, per il disbrigo di pratiche, per servizi di lavanderia ed analoghe incombenze.

La prevalenza delle prestazioni sanitarie su quelle sociali e viceversa dipende dalla differente tipologia dell'anziano da assistere. Nel caso di anziano ad alta intensività assistenziale e limitata autosufficienza, ma che goda di un supporto familiare ottimale, l'ADI avrà una valenza prevalentemente sanitaria.

Al contrario, nell'anziano a bassa intensività assistenziale e discreta autosufficienza, ma con modesto supporto familiare, l'ADI avrà una valenza prevalentemente sociale.

Esistono ampie dimostrazioni, come abbiamo già detto, che questo tipo di servizio comporta una marcata riduzione dei cosiddetti ricoveri ospedalieri impropri, ricoveri cioè non suggeriti da concrete indicazioni cliniche, ma semplicemente dalla impossibilità di fornire una adeguata assistenza a domicilio.

Questi obiettivi possono ovviamente essere conseguiti solo se la valutazione multidimensionale viene eseguita correttamente, con una adeguata formulazione del piano assistenziale.

Indispensabili inoltre sono altri requisiti quali professionalità, integrità morale, capacità relazionali degli operatori ed un supporto economico sufficiente.

STRUTTURE RESIDENZIALI INTERMEDIE

Le strutture residenziali intermedie rappresentano una soluzione assistenziale alternativa per gli anziani non autosufficienti od a rischio di non autosufficienza, che, per motivi diversi, non sono curabili a domicilio.

Esistono diverse tipologie di struttura intermedia.

Le *residenze protette* hanno una valenza prevalentemente sociale e sono destinate agli anziani ad alto rischio di non autosufficienza per carenze socio-assistenziali, ma ancora autonomi dal punto di vista psico-fisico. Prevedono pertanto un servizio di tipo soprattutto alberghiero.

Le *Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)* sono strutture destinate ad anziani non autosufficienti, soprattutto per problemi sanitari, quali ad esempio i soggetti con ictus in fase sub-acuta o quelli operati per frattura di femore, bisognosi pertanto di assistenza infermieristico-riabilitativa e di terapie di mantenimento a medio e lungo termine. Dovranno pertanto essere caratterizzate dalla presenza di operatori qualificati (infermieri e fisioterapisti) e dotate di attrezzature adeguate.