

Case di Riposo: i problemi di salute degli ospiti

Una dimensione della cronicità in cerca di risposte

Autori: Guglielmo Frapporti, Maria Sofia Donatoni, Gabriele di Cesare – Regione Veneto

□ Introduzione

Con il cambiamento del ruolo degli **ospedali, destinati alle patologie acute**, la domiciliarità con l'ADI, gravata da una domanda in aumento, **le case di riposo oggi rappresentano un segmento nuovo e rilevante delle Cure Primarie.**

▪ Che cosa sono le case di riposo oggi?

Pensate in origine come strutture perlopiù «alberghiere» per persone autosufficienti oggi sono diventate «**Centri di Servizi**» (CS) **che erogano assistenza socio sanitaria** a ospiti anziani affetti da comorbidità, non autosufficienti, in condizioni terminali di malattia cronic-degenerativa o neoplastica.

• Chi è l'ospite dei C.S.?

Sono **anziani fragili, a rischio di eventi acuti e subacuti in relazione al declino dello stato di salute, cognitivo e della perdita dell'autonomia motoria, che per l'elevato bisogni di assistenza sanitaria** non possono essere assistiti a casa dalla famiglia e per i quali l'ingresso in C.S. rappresenta una fase perlopiù definitiva e finale della loro esistenza: **l'ultimo domicilio**. In Italia sono **≈ 300.000** e in Veneto **≈ 30.000**. Dal 2016 al 2017 **aumentano del 5%** (da 7.447 a 7.785) a Verona.

• Chi è il medico nei C.S.?

Le cure mediche nei C.S. in Veneto sono garantite dall'Azienda ULSS e coordinate da un medico dell'ulss.

In Veneto il 90% dei 570 medici incaricati sono MMG.

Questa scelta storica è **fondamentale per garantire i LEA** e un controllo sugli standard delle cure, ma non è scontata vista la scelta di altre regioni di delegare profili di cura e scelta del medico alle direzioni dei C.S.

□ Obiettivi

1. **descrivere i problemi di salute degli ospiti delle 82 case di riposo di Verona**
2. **Focalizzare gli aspetti professionali del contesto specifico**

□ Materiali e Metodi

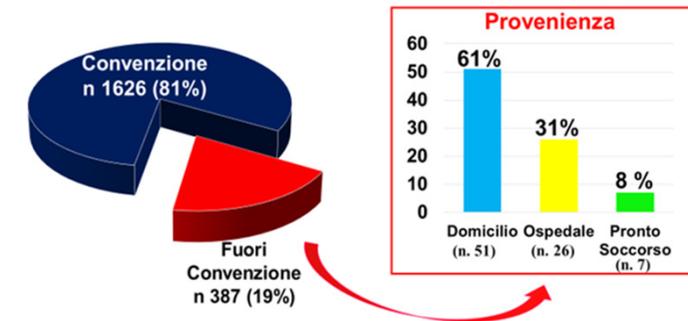
Il lavoro è la sintesi di 8 tesi di diploma. Nello specifico:

- ✓ Questionario rivolto a **89 MMG** che lavorano nei **82 C.S. veronesi** che indaga l'attività svolta in un **giorno indice**.
- ✓ Analisi dati regionali di **5.453 schede SVAMA** d'ingresso nei C.S. e i dati relativi al consumo di farmaci dei C.S. di Verona forniti dal servizio farmaceutico dell'ulss9
- ✓ 6 tesi su argomenti specifici
- ✓ Un **focus group** ha analizzato le tematiche

□ Risultati

→ **Gli ospiti:**

- **Quelli fuori convenzione (senza «impegnativa regionale») 25,2%** sono anziani critici che provengono come **“acuti” da: ospedale o pronto soccorso (≈ 40%)**



- **22,4% dei decessi a 3 mesi dall'ingresso e 27% decessi anno.**
- **81% ha > 5 farmaci e 53% > 5 patologie**
- **9% stomie-PEG-sondini, 4% terminale**
- **Demenza 42%, malattie cardiocircolatorie 29%**
- Solo il **15% cammina autonomamente, 7% allettato permanente, 48% alzato con sollevatore. Sindrome dall'allettamento presente nel 20%**

Bibliografia 1) AUSER, Le Case di Riposo in Italia: prima ricerca nazionale Auser sulle Case di Riposo, a cura di F. Montemuro et Al 2) Vetrano D.L., La continuità assistenziale nella long term care in Italia: buone pratiche a confronto, 2019, Italia Longeva 3) G.B. Guerrini, Le RSA - Prima parte: il personale, I luoghi della cura, 2018 4) G. Frapporti, MS Donatoni, G. Di Cesare. L'ultimo domicilio. I bisogni degli ospiti delle case di riposo in un mondo che rischia di dimenticarli. 2019

□ Risultati

Il medico di famiglia:

- Età media 61 anni
- In media 1449 assistiti e 17 anni nei C.S.
- **Visita ogni giorno** 10 ospiti pari al **il 21% del totale**

Considerazioni dei medici:

- Per il 77% il **numero di ore adeguato al carico assistenziale (variabilità da 3 a 22 ore/settimana)**
- Per il 74% l'impegno professionale è sostenibile considerando anche il lavoro di medici di famiglia

Le criticità rilevate	% medici
Carenza di risorse assistenziali per curare ospiti con elevati bisogni assistenziali	63
Conflittualità con direzione /con altre figure professionali	28
Conflittualità con parenti	70
Competenze professionali	16
Necessità di maggior consulenza interna di specialisti	47
Adeguatezza del prontuario terapeutico	49

A cui si aggiunge anche la carenza di strumentazione diagnostica, quale l'ecografo usato solo dal 5% dei medici.

La maggior parte dei medici ritiene necessaria la propria **formazione** che dovrebbe essere:

- **specifico (54%)** per le competenze necessarie in uno specifico e particolare setting di cura dei CS
- **continua (49%)**

- **condivisa** con gli altri operatori (**47%**)

Lo stato d'animo dei MMG

- 35% ritiene gratificante questa attività di cura,
- 37% si sente in condizione di notevole stress, e ritiene di poterlo gestire
- 25% dichiara che lascerebbe questo incarico se ne avesse la possibilità.

□ Discussione nel focus group e conclusioni

- ✓ Il nostro lavoro evidenzia un paradosso: il **19% di anziani ad elevato bisogno di cure in acuto** non hanno l'impegnativa di assistenza sanitaria regionale e devono **sostenere il costo** della «quota sanitaria» che si aggiunge al costo della «quota alberghiera» (3000-5000 euro/mese) .
- ✓ Il **ruolo pagante dei famigliari** è motivo di atteggiamenti di critica e recriminazione sostenuti da sensi di colpa, generando **conflittualità** con il medico curante, segnalata dal **70%** dei medici.
- ✓ L'ospedale ha un'organizzazione gerarchica delle figure professionali viceversa la particolare collocazione professionale del **medico curante** come **libero professionista**, dentro una struttura dove gli altri operatori sono dipendenti, rende difficoltosa l'integrazione con gli altri professionisti.

Le cure mediche nei Centri di Servizi: un compito del medico di famiglia?

Si, per due ragioni:

1. **Collocazione** dell'assistenza medica dei Centri di Servizi nelle **Cure Primarie**, in relazione dinamica con l'assistenza territoriale e domiciliare.
2. Il profilo delle cure basate sui **metodi della medicina generale/di famiglia**:

- presa in carico continuativa nel tempo
- carattere delle cure proporzionale allo stato complessivo di salute
- approccio olistico al paziente
- relazione con la famiglia

Considerazioni e proposte

È indispensabile:

- lavoro in un team multiprofessionale e formazione condivisa
- formazione specifica / segmento formativo dedicato nella scuola di formazione di medicina generale
- una consulenza diretta tra medico curante e specialista con ausili della telemedicina
- Percorsi di accesso facilitati in Pronto Soccorso percorsi condivisi in uscita dall'ospedale (dimissioni protette)
- Implementare la formazione del medico e operatori per la gestione delle cure palliative nei CS
- Migliorare la capacità diagnostica con strumentazione diagnostica: ecofast, ecg etc
- **Nuovo ruolo del medico coordinatore**, coadiuvato da un "nucleo di monitoraggio e promozione della qualità delle cure", composto da referenti delle direzioni dei Centri di Servizi, dagli infermieri e dai medici per formazione attività su protocolli condivisi e ricerca in stretta collaborazione con gli specialisti e gli ospedali di riferimento.