

Percorsi protetti per gli anziani: esperienza dell'U.O. di Geriatria presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

E. Maltagliati, M. Ferretti, A. Rossetti

Direzione Sanitaria, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Fondazione IRCCS, Milano
U.O. di Geriatria, Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena - Fondazione IRCCS, Milano

L'invecchiamento della popolazione comporta il mutamento del quadro nosografico e richiede un adeguamento del Sistema socio-sanitario (WHO, 2005; Hazzard, 2000). In questo contesto l'ospedale si trova spesso ad essere al crocevia della richiesta assistenziale espressa dall'anziano.

L'ordinamento legislativo italiano sancisce l'accessibilità e l'adeguatezza dei servizi socio-sanitari per tutti i cittadini, specie per i soggetti non autosufficienti e per gli anziani. Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (PSN, 2003) pone in evidenza proprio l'assistenza agli anziani e ai disabili, la promozione della salute tramite l'integrazione socio-sanitaria e il potenziamento della medicina del territorio. Viene in tal modo incentivata la continuità della cura anche dopo la dimissione dall'ospedale, quando la fase acuta della malattia è stata superata (Documento congiunto SIGG-SIGOs, 2003). La "dimissione protetta" risponde a queste nuove esigenze ed è rivolta agli anziani affetti da condizioni cliniche precarie o disabilitanti o senza un adeguato supporto familiare. Per conseguire questo obiettivo vengono previsti piani di azione che permettano di raccordare l'intervento ospedaliero con i servizi di assistenza sul territorio, ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semi-residenziali, attraverso il coinvolgimento delle diverse figure professionali e la valorizzazione dell'assistenza distrettuale.

All'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, presso l'U.O. di Geriatria, diretta dal Prof. C. Vergani, per l'anziano ricoverato in degenza ordinaria viene attivata, da una équipe multiprofessionale composta dal geriatra, dall'assistente sociale e dall'infermiere, una procedura

che mira a definire un piano assistenziale personalizzato che assicuri la prosecuzione del percorso di salute sotto l'aspetto terapeutico, riabilitativo e socio-assistenziale. Infatti qualora le condizioni per il rientro al domicilio non sussistano per inadeguato supporto della famiglia si prendono in considerazione soluzioni alternative quali il ricovero, anche temporaneo, in RSA o in luoghi di cura come l'hospice per pazienti in stadio terminale. A questo proposito è da segnalare la convenzione con l'Istituto Pio Albergo Trivulzio per il trasferimento dei pazienti degenti presso il nostro ospedale.

Il coinvolgimento del medico di famiglia è un fattore importante nella definizione del programma assistenziale.

Per il successo della "dimissione protetta" l'U.O. di Geriatria si interfaccia anche con l'U.O. di Medicina d'Urgenza, per il trasferimento dei pazienti stabilizzati, non più bisognosi di terapia intensiva. In questo caso la struttura di riferimento è il "reparto di struttura intermedia" di una RSA con cui la Fondazione ha in essere una convenzione. In tal modo viene a realizzarsi la *intermediate care* (Melis et al., 2004) che consente il recupero completo del paziente e la programmazione di una dimissione protetta. Il trasferimento evita inoltre che l'U.O. di Medicina d'Urgenza, spesso gravata da degenti anziani, si trasformi "in un settore ove i pazienti accettati dal Pronto Soccorso (PS) per patologia acuta sostino per l'indisponibilità di letti nel resto dell'ospedale" (Ministero della Salute: www.fadoi.org/news/news.html?ID=116).

L'U.O. di Geriatria ha attivato un altro tipo di percorso protetto rivolto agli anziani che si presentano al PS

dell'ospedale a causa di bisogni socio-sanitari complessi, ma in assenza di una attuale patologia acuta suscettibile di ricovero ospedaliero (Ballabio et al., 2004). Accade, infatti, che su tre anziani che si presentano in PS due non vengano ricoverati ma rinviiati a domicilio dopo la visita. Ne consegue spesso un ricircolo "domicilio-ospedale-domicilio" che comporta uno scadimento della qualità della vita dell'anziano il quale esprime in una sede impropria come il PS un bisogno che non trova soddisfacimento altrove. Il disagio espresso dall'anziano in PS non può essere disatteso dall'ospedale. L'U.O. di Geriatria ha, pertanto, attivato una procedura per la gestione e il follow-up di questi pazienti. Presso il PS sono distaccati due medici geriatri, vere e proprie sentinelle a diretto contatto con i bisogni multiformi espressi dagli anziani e dai loro familiari. Essi individuano, d'accordo con il medico di PS, i casi che necessitano di una valutazione multidimensionale e li avviano ad una visita ambulatoriale presso la U.O. di Geriatria. La visita, prenotata al momento della dimissione dal PS, avviene nell'arco di due-tre giorni perché l'ambulatorio di Geriatria mantiene posti disponibili per gli anziani provenienti dal PS.

I bisogni socio-sanitari dell'anziano, sia nel caso del ricovero ospedaliero sia nel caso del passaggio dal PS all'ambulatorio di Geriatria, vengono identificati attraverso la valutazione multidimensionale e interpretati tramite lo "Schema polare" (Vergani et al., 2003; Vergani et al., http://www.ageronline.it/diager/dload_diager.htm).

Questo strumento consente di visualizzare simultaneamente i risultati ottenuti utilizzando scale di valutazione nei settori cognitivo-comportamentale, funzionale-organico e socio-ambientale-relazionale. L'utilità dello "Schema polare" consiste nell'offrire una visione d'insieme della valutazione multidimensionale cui il paziente è stato sottoposto, nel permettere di confrontare le valutazioni seriate che si effettuano durante il follow-up e nel consentire il monitoraggio degli outcome.

In definitiva, la cura dell'anziano richiede non solo la

soluzione delle problematiche cliniche e dell'assistenza continuativa, ma anche la gestione del disagio sociale. L'esperienza finora maturata segnala che al disagio dell'anziano corrisponde spesso il disagio della famiglia sulla quale grava il carico assistenziale. Per questo motivo l'U.O. di Geriatria deve inserirsi in una rete che metta in collegamento l'ospedale, il medico di famiglia e i servizi sociali. La complessità dei bisogni espressi da una popolazione che invecchia deve essere quindi motivo di ripensamento dell'organizzazione socio-sanitaria: una sanità esclusivamente "ospedalocentrica" che mira a risolvere il singolo evento clinico non è certamente in grado di garantire salute e benessere ai segmenti fragili della popolazione.

BIBLIOGRAFIA

Ballabio C, Ferretti M, Vergani C. Valutazione di soggetti anziani di età >75 anni afferenti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. *Geriatria* 2004; Suppl. Vol. XVI (2): 116.

Documento congiunto SIGG-SIGOs. Il modello di assistenza continuativa per l'anziano: l'Unità Geriatrica per acuti nella rete dei servizi. *G Gerontol* 2003; 51: 47-50.

Hazzard WR. The Department of Internal Medicine: hub of the Academic Health Center Response to the aging imperative. *Ann Intern Med* 2000; 133: 293-296.

Melis RJF, Olde Rikkert MGM, Parker SG, van Eijken MIJ. What is intermediate care? *BMJ* 2004; 329: 360-361.

Ministero della Salute: Documento Commissione Urgenza-Emergenza.

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. DPR 23 maggio 2003. *Gazzetta Ufficiale* 18 giugno 2003 Suppl. Ord. 95, n. 139.

Vergani C, Corsi M, Bezze M, Bavazzano A, Vecchiato T. La valutazione multidimensionale dell'anziano. Lo schema polare. *G Gerontol* 2003; 5: 42-46.

Vergani C, Corsi M, Vecchiato T. Diager: La valutazione multidimensionale dell'anziano. Il diagramma polare. http://www.ageronline.it/diager/dload_diager.htm.

World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century: The challenge of chronic conditions. Geneva: WHO, 2005. <http://www.fadoi.org/news/news.html?ID=116>.