# LE R.S.A.

## Evoluzione, attualità e prospettive

*Dal 1999 ad oggi, alcuni elementi di qualità e di criticità attuali, il cambiamento nei prossimi anni*

*Mercoledì 7 settembre 2011 - Sala Mosaico Borsa Merci*
*Bergamo Via Petrarca 10*

*dott. R. Latella direttore sanitario R.S.A. di Brembate di Sopra*

Le strutture residenziali per anziani sono servizi che si sono trasformati nel corso degli ultimi decenni e sono tuttora al centro di ulteriori continui cambiamenti.

Queste trasformazioni sono solo parzialmente richieste da Regione, ASL (adeguamenti strutturali e organizzativi finalizzati al possesso dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento) e neppure completamente nella programmazione degli amministratori delle singole R.S.A.

Esiste una disponibilità a farsi carico, una "generosità" delle R.S.A., di chi nelle R.S.A. lavora, che va al cuore dei bisogni della popolazione per coglierne le esigenze e costruire le risposte.

Di fronte a richieste difficili, che riguardano pazienti complessi, si getta il cuore oltre la siepe con coraggio per poi recuperare le competenze, gli strumenti, le capacità operative

Sono i bisogni delle persone, delle famiglie, del territorio a richiedere i servizi che le R.S.A. pianificano.

Il baricentro si è spostato dall'offerta alla domanda.

## Da casa di riposo a struttura protetta a residenza sanitaria assistenziale

Vi è stato a partire dagli anni 80 un continuo ed importante mutamento nella struttura organizzativa delle residenze, che si sono trasformate da residenze a prevalente componente sociale (per "autosufficienti") a luoghi di cura per anziani disabili gravi ("non autosufficienti").
Questo cambiamento ha portato le strutture ad apportare modifiche ambientali (gli standard strutturali) e ad incrementare le proprie capacità assistenziali promuovendo la presenza di personale e di attività più qualificate per questo tipo di bisogno (standard assistenziali).

Negli ultimi anni stiamo assistendo ad un ulteriore cambiamento, per cui le persone che necessitano di una struttura residenziale sono non solo più anziane e più dipendenti, ma sono anche **accompagnate da problemi clinici multipli, simultanei e interattivi**.

## E' cambiata la medicina delle R.S.A.

Gli ospiti di età di sempre più avanzata che caratterizzano le RSA sono sempre di più disabili non per fatti improvvisi e catastrofici, come malattie acute o traumi, ma per un insieme di cedimenti, ciascuno dei quali da solo non sarebbe in grado di togliere l'autonomia, ma che, insieme, determinano l'incapacità e la dipendenza (disabilità progressiva).
Per gli anziani ricoverati la malattia non è un avvenimento successo "prima" della disabilità, ma più spesso è uno dei più importanti segni e sintomi di una malattia che persiste, che accompagna nel tempo la disabilità.

L'instabilità clinica e i problemi sanitari caratterizzano sempre di più la domanda di ingresso in R.S.A. sia per gli anziani che provengono dal domicilio sia per quelli che provengono dall'ospedale.

Nel primo caso perché gli anziani rimangono al domicilio più a lungo perché la famiglia che è la prima risorsa dell'assistenza agli anziani si fa carico (anche per problemi economici) e ricorre al ricovero solo quando la complessità dei bisogni travalica le sue possibilità di cura

Nel secondo caso perché gli ospedali per acuti dimettono gli anziani "sicker and quicker"

## La rete dei servizi della R.S.A. di Brembate di Sopra

- RESIDENZIALITA'
  - R.S.A. per ricoveri definitivi e temporanei
  - Nucleo specializzato per malati di Alzheimer
- SEMIRESIDENZIALITA'
  - C.D.I.
- SERVIZIO AMBULATORIALE
  - Fisiochinesiterapia
  - Ambulatorio per la cura delle lesioni difficili
- SERVIZIO DOMICILIARE
  - A.D.I. e A.D.I. Alzheimer
  - recapito pasti a domicilio

⇨ Consultorio geriatrico (dal 1996)

⇨ Alzheimer café (dal 2008)

⇨ Servizio prelievi per la popolazione

## Ospiti della R.S.A. di Brembate di Sopra

- Età media degli ospiti 84 anni

- Classi di età

| | |
|---|---|
| 61-70 | 7% |
| 71-80 | 27% |
| 81-90 | 53% |
| + di 90 | 13% |

## Ospiti della R.S.A. di Brembate di Sopra

| | |
|---|---|
| MMSE =<10 | 38% |
| MMSE =11-20 | 35% |
| MMSE =21-30 | 27% |

Vi è sempre più spesso l'associazione della disabilità fisica e psichica per la **epidemia esplosiva delle demenze senili**.

Nelle residenze se consideriamo tutta la patologia psichica la prevalenza arriva al 90%.

## Ospiti della R.S.A. di Brembate di Sopra

### Deambulazione

| | | |
|---|---|---|
| Autonoma | 49 | 22% |
| Parz. autonoma | 37 | 17% |
| Funzione Persa | 136 | 61% |

### Alimentazione

| | | |
|---|---|---|
| Autonoma | 95 | 43% |
| Parz. autonoma | 65 | 29% |
| Funzione Persa | 62 | 28% |

### Continenta urin.

| | | |
|---|---|---|
| Autonoma | 12 | 6% |
| Parz. autonoma | 13 | 5% |
| Funzione Persa | 197 | 89% |

### Igiene

| | | |
|---|---|---|
| Autonoma | 10 | 5% |
| Parz. autonoma | 30 | 14% |
| Funzione Persa | 182 | 81% |

### Abbigliamento

| | | |
|---|---|---|
| Autonoma | 27 | 12% |
| Parz. autonoma | 34 | 15% |
| Funzione Persa | 161 | 73% |

Indice di severità 2,7-3

Indice di comorbosità 4-5

SOSIA 1 53,6%
SOSIA 3 21,62%

SOSIA 7 16,67%

**Ospiti della R.S.A. di Brembate di Sopra**

Dei nuovi ingressi in R.S.A.

nei primi 3 mesi muore il 20-21 %
nel primo anno muore il 35-36%

la permanenza media si è abbassata a 2,7 anni contro i 4-5 anni degli anni 2005-06

## PROBLEMI INFERMIERISTICI

- Disfagia
- Lesioni da pressione
- Incontinenza
- Cadute

## PROBLEMI MEDICI IN R.S.A.

- L'instabilità clinica (gli eventi clinici acuti)
- Deficit della vigilanza, il coma
- Delirium  e problemi del comportamento
- Infezioni (delle vie urinarie)
- Depressione
- Dolore e cure palliative
- Malnutrizione
- Contenzione
- Le cure al termine di vita (terminalità non solo oncologica)
- Le decisioni eticamente difficili

La qualità della vita ed il benessere della persona ricoverata rappresentano l'obiettivo primario delle R.S.A.

Qualità della cura

# Qualità della vita

l'involucro

il contenuto

Output (prestazioni)

Outcome (risultati)

# (low) tech

# (High) touch

"Scrivere una ricetta
è facile,
parlare
con un sofferente
è più difficile"

*F.Kafka*

# Medicina delle evidenze (EBM)

# Medicina narrativa
# La medicina della persona

L'EBM è in difficoltà quando le variabili sono multiple, quando sono da valutare i servizi, quando siamo di fronte alla complessità.

La medicina dell'EBM vuole spiegare, ma la medicina non può solo spiegare deve anche comprendere… senza tuttavia venir meno al dovere di dimostrare il proprio livello di efficienza ed efficacia

"Ad una vecchiaia autentica non servono farmaci: il vero sollievo è fatto di ascolto, di parole, di sguardo affettuoso".

Ceronetti, 2009

Il medico non interviene ad "aggiustare il guasto", ma è corresponsabile della qualità di vita e di cura del residente nella struttura.

La R.S.A. è la sede tipica della

medicina dei vecchi
medicina della cronicità
**medicina della relazione**

la medicina della complessità

## *PIU' R.S.A E PIU' POSTI LETTO?*

- Aumento dell'aspettativa di vita
- Aumento del periodo di disabilità terminale
- Baby boomers
- Modificazione delle famiglie
- Le badanti

La risposta non può essere solo:

più anziani con più bisogni = più RSA,

quanto:

più anziani con più bisogni =
RSA migliori

R.S.A. con unità residenziali dedicate, non necessariamente legate all'età, in grado di fornire ad ogni anziano la risposta specifica di cui ha bisogno, passando da modelli d'intervento indifferenziati, a modelli d'intervento progettati appositamente per specifiche situazioni

Organizzazione delle R.S.A.:

*per specializzazione:*
- ospiti con problemi comportamentali
- ospiti clinicamente instabili o "complessi"
- ospiti in stato vegetativo
- ospiti terminali

*per durata della degenza*
- breve degenza
- lungodegenza

Non ci può essere benessere del ricoverato senza che ci si occupi di chi assiste e della qualità della sua vita.

Integrazione delle famiglie nelle funzioni di cura (responsabilità condivise)

Reperire e valorizzazione il volontariato organizzato

L'introduzione delle unità di valutazione geriatrica per decifrare il bisogno e accompagnare nelle scelta del servizio al di fuori delle logiche collocative e delle modalità operative da "pronto soccorso" proprie dell'emergenza sanitaria, soprattutto in relazione al sistema sempre più diffuso della voucherizzazione.




Continuità assistenziale

Se il grado di progresso e di civiltà di una nazione o di una società non si misura sul PIL o sul numero dei telefonini, ma sulla qualità di vita che riesce a garantire agli ultimi, a coloro che non hanno voce, credo che le politiche per l'anziano, per la non autosufficienza, per i disabili debbano avere più attenzione e più risorse.

… ma in tempo di crisi, nel "tempo delle passioni tristi", è ancora vero?