



01 AGOSTO 2014

Le Residenze Sanitarie Assistenziali
Lombarde e l'apertura al territorio.
REALTA' O LONTANA IPOTESI.

Corrado Carabellese

Il piano regionale di sviluppo ha individuato la necessità di operare un riordino del sistema sanitario e socio sanitario lombardo che permetta di mantenere e migliorare livelli raggiunti, pur in un contesto nel quale alla crescita della domanda sanitaria e socio sanitaria corrisponde una contrazione delle risorse disponibili. (DGR 1185/13)

Oggi in Lombardia si registrano oltre 3 milioni di pazienti cronici, pari al 30% della popolazione: il trattamento di questi soggetti rappresenta il 70% della spesa sanitaria. (DGR 1185/13)

L'aumento della fragilità e della cronicità pone infatti problemi di sostenibilità economica del sistema ospedale – territorio, derivante anche da un'inappropriatezza nell'accesso ai servizi, (DGR 1185/13)

Definizione di un assetto organizzativo in grado di consolidare lo spostamento dell'asse di cura dall'ospedale al territorio e caratterizzato da prossimità, presa in carico e continuità delle cure. (DGR 1185/13)

Rete territoriale

E' necessario promuovere e sostenere una «cultura» dell'assistenza territoriale che sviluppi un proprio sistema di regole, organizzativo e di pratiche basato sui seguenti principi:

Prossimità: un modello vicino alle persone ed alle famiglie, che orienti e faciliti l'accesso ai servizi territoriali sanitari e socio sanitari.

Presenza in carico: la valutazione multidimensionale del bisogno è lo strumento che garantisce appropriatezza nell'accesso ai servizi territoriali. La valutazione del bisogno deve essere unica per accedere all'assistenza sanitaria e socio sanitaria e, in prospettiva, anche a quella sociale. E' fondamentale in questo senso la collaborazione del MMG, parte attiva rispetto ai processi di valutazione del bisogno e attore chiave per l'integrazione di prestazioni sanitarie (CReG, protesica, etc) e socio sanitarie (ADI, cure intermedie, etc) in un unico Piano di Assistenza Individuale. (DGR 1185/13)

Continuità assistenziale: tale principio deve essere letto come capacità di seguire i pazienti nel loro cammino dal territorio all'ospedale ed ancora al territorio. L'obiettivo è facilitare la ricomposizione dei servizi che vanno a costituire il piano di assistenza individuale, definito in sede di valutazione multidimensionale.

Si osserva d'altra parte che mentre l'assistenza ospedaliera trova nell'ospedale un punto di erogazione ben riconoscibile e tradizionalmente consolidato, l'assistenza territoriale non è ancora riuscita ad individuare un analogo punto di riferimento per i cittadini.
(DGR 1185/13)

L'effettiva necessità non è di incrementare la quantità dell'offerta, quanto quella di “organizzare” la presa in carico dei bisogni del cittadino per gestire la “cronicità”

Sviluppare una nuova modalità di presa in carico integrata tra servizi territoriali e servizi specialistici ospedalieri, mantenendo, fino al massimo possibile, la persona al proprio domicilio e collocando il luogo fisico della gestione prioritaria della persona in un luogo fisico identificabile in un Presidio Territoriale.

(DGR 1185/13)

GLI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

A) LA CABINA DI REGIA

La DGR n. 326/2013 ha identificato nella Cabina di Regia il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi socio sanitari e sociali erogati da ASL e Comuni, singoli o associati nell'ambito delle aree comuni di intervento.

L'integrazione della rete sociale e sociosanitaria è, infatti, condizione imprescindibile per realizzare concretamente una “presa in carico” integrata della persona fragile e della sua famiglia e per fornire l'unitarietà tra le diverse tipologie di prestazioni, la continuità tra le diverse azioni di cura al fine di assicurare una reale definizione di percorsi integrati.

DGR 856/2013

Introduce, fra le misure considerate, la sperimentazione della “Residenzialità Leggera” definendola come “Insieme di interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità e che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria”.

Prevede che le attività di Residenzialità Leggera possano essere attivate presso:

- RSA su posti letto non a contratto
- Case Albergo
- Alloggi Protetti per Anziani

Residenzialità Leggera: una nuova sfida

Consente:

- Possibilità di garantire una miglior qualità di vita all'anziano evitando ricoveri impropri in RSA e consentendo una prolungata permanenza in ambito domiciliare.
- Una miglior distribuzione delle risorse economiche, a seconda della complessità del bisogno dell'utenza.
- Possibilità di collocare gli utenti delle RSA, attualmente in Classe SOSIA 7 e 8, dopo attento esame di ogni singolo caso, in ambiti a minor protezione che garantiscono una migliore qualità di vita.
- A titolo esemplificativo si può notare che, per quanto riguarda le quattro RSA della Fondazione Casa di Dio, su un totale di 445 ospiti, 109 risultano essere in Classe SOSIA 7 e 8 (dato del 2013). Parte di questi ospiti potrebbero o potranno essere dimessi dalla RSA?

MISURA: RSA/RSD APERTA

AZIONE

Dgr X / 856 del 25 ottobre 2013

Preso in carico integrata della persona affetta da demenza / Alzheimer o altre patologie di natura psico-geriatrica da parte delle RSA e RSD in una logica multiservizi.

Sono erogabili sia presso la RSA / RSD che la propria abitazione in un'ottica di mantenimento e miglioramento del benessere.

Si prevedono interventi di natura socio-sanitaria quali, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti:

- prestazioni infermieristiche
 - attività di mantenimento e riattivazione psico-fisica
- consulenze / prestazioni specialistiche (geriatra, psicologo, ecc.)
- consulenza per adattamento dell'ambiente domestico, soluzioni domotiche, ecc.
 - addestramento della famiglia o dell'assistente personale per le attività di accudimento
- facilitazione della famiglia alla partecipazione di gruppi di mutuo aiuto
- periodi di sollievo / assistenza temporanea in struttura o al domicilio garantendo un assistente personale debitamente formato / aggiornato

La Regione Lombardia ha demandato alle ASL la VMD, come prerequisito per l'accesso alle misure individuate, la stesura del Progetto Individuale di assistenza ed il monitoraggio e controllo costante delle prestazioni.

Sulla base del Progetto Individuale di assistenza (PI) predisposto dall'ASL, il soggetto erogatore definisce, in accordo con la persona / famiglia, il Piano di Assistenza Individuale (PAI)

Stato dell'arte?



Regione
Lombardia

ASL Brescia

**PER INFORMAZIONI
SULL'ACCESSO ALLE MISURE
I CITTADINI POSSONO RIVOLGERSI A:**

Unità di Continuità Assistenziale
Multi-dimensionale (UCAM)
del Distretto di riferimento

Equipe Operative Handicap (EOH)
del Distretto di riferimento

Sportello informativo Disabilità
del Distretto di riferimento

Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

Link sito ASL Brescia:
www.aslbrescia.it

Link sito di Regione Lombardia:
www.famiglia.regione.lombardia.it



Regione
Lombardia

ASL Brescia

**NUOVE INIZIATIVE
DI SOSTEGNO ALLA FRAGILITÀ
E ALLE GRAVI E GRAVISSIME
DISABILITÀ**

D.G.R. 740/13 - D.G.R. 856/13

Misure B1 - B2
Contributi Regionali
in condizione di disabilità
gravissima e grave

Misura 2
Residenzialità leggera

Misura 3
Residenzialità per minori
con gravissima disabilità

Misura 4
RSA/RSD aperta





MISURA 4 D.G.R. 856/13
RSA/RSD aperta
rivolta a:

- anziani affetti da Alzheimer o altre forme di demenza certificate, al proprio domicilio, che vivono in contesto familiare che necessita di supporto. L'obiettivo è permettere anche a queste persone fragili di rimanere presso il domicilio e nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile, sostenendo i familiari nel gravoso lavoro di cura.

prevede l'erogazione di prestazioni volte a migliorare ed a mantenere il benessere dell'utente e della sua famiglia;

si realizza mediante l'assegnazione di un voucher mensile che garantisce l'erogazione di prestazioni fino a 500€, per una durata massima di 6 mesi;

non possono accedere alla misura le persone con patologia psichiatrica, quelle che usufruiscono dei buoni previsti dalla delibera 740/2013, e quelle che usufruiscono di altri servizi sociosanitari, ad eccezione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Contributi Regionali in condizione di disabilità gravissima e grave

D.G.R. 740/13 - D.G.R. 856/13

La Regione Lombardia prevede una serie di interventi a favore delle persone portatrici di disabilità gravissime e gravi, e degli anziani non autosufficienti.



MISURA B1 D.G.R. 740/13

ATTUATA DALL'ASL,

rivolta a

- persone con disabilità gravissime, di qualsiasi età, affette da malattie del motoneurone con deficit grave o completo (livelli 3 e 4), compresa la Sclerosi Laterale Amiotrofica,
- persone in Stato vegetativo ,
- persone di età inferiore ai 65 anni con patologie croniche, quali ad es. Corea di Huntington, gravi forme di distrofie e miopatie, sclerosi multipla ecc. e che comportano la condizione di Dipendenza Vitale.

MISURA B2 D.G.R. 740/13

ATTUATA DAI COMUNI,

rivolta a

- persone con disabilità gravi e anziani non autosufficienti (escluse le persone affette da demenze compresa l'Alzheimer).

MISURA 2 D.G.R. 856/13

Residenzialità leggera

rivolta a:

- persone anziane, disabili o in condizioni di parziale autosufficienza e fragilità, che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria;

prevede l'erogazione in ambiente controllato e protetto, di prestazioni mirate a garantire la possibilità di rimanere nel proprio contesto di vita;

si realizza mediante l'assegnazione di un voucher mensile di 12€ al giorno per una durata massima di 6 mesi;

non possono accedere alla misura le persone già ospiti di RSA/RSD o di strutture non regolarmente inserite nella rete, nonché le persone in condizioni di totale non autosufficienza.



Regione Lombardia

Libro Bianco

**SULLO SVILUPPO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO
IN LOMBARDIA**

Un impegno comune per la Salute

MILANO, 30 GIUGNO 2014

Libro Bianco: sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute.

Punto 2.3 Cosa resta da fare: dalla cura al prendersi cura. Paradossalmente, al crescere della capacità di risolvere il male acuto, aumentano il numero e il peso delle cronicità.

I malati cronici spesso si ritrovano a dover ricomporre da sole percorsi terapeutici o di assistenza, nel migliore dei casi potendo contare solo sul supporto della famiglia.

Occorre superare la frammentazione dei servizi.

Tornare a casa o presso i centri riabilitativi deve significare entrare in un sistema di relazione, tra famiglie e team multiprofessionali, che garantisce la presa in carico della persona nel rispetto della “prossimità”.

Libro Bianco: sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute.

Punto 3.3 La frammentazione dell'attuale offerta socio-sanitaria e sociale sul territorio.

... un universo di produttori e di attori, presenta alcune criticità, in particolare:

- non è sempre tracciabile una chiara azione di regia complessiva.
- non risponde in modo integrato ai bisogni complessivi dell'utenza.

I **CSST** (Centro Socio Sanitario Territoriale): sono organizzazioni di riferimento territoriale per cure primarie, ambulatoriali, socio-sanitarie (ADI, consultori, ecc) e sociali;

I **POT** (Presidi Ospedalieri Territoriali): integrano le funzioni del CSST con ricoveri medici a bassa intensità, per subacuti, hospice, cure intermedie, chirurgia ambulatoriale, MAC e Day Surgery. Possono derivare dalla trasformazione di piccoli ospedali, ma anche collocati all'interno dei presidi ospedalieri di base o di riferimento.

ESITI DELLA FASE MIGLIORATIVA – AREA DELLA FRAGILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA ASSISTENZA POST ACUTA

Alla fase migliorativa hanno partecipato **37 progetti** dislocati in **12 ASL**

Target e bisogni intercettati	Principali problematiche
<ul style="list-style-type: none">• Generalmente persone anziane (circa il 70% dell'utenza in carico) e fragili• Necessità di un ulteriore periodo di continuità delle cure, precedente il rientro al domicilio o l'accoglienza in riabilitazione• Necessità di accompagnare la persona, alla fine del periodo post acuto, o verso il ricovero in RSA, o al rientro a casa	<p>Criticità di carattere assistenziale (necessità di formazione dei caregiver e di accompagnamento nelle rete dei servizi sociali)</p> <p>Gli utenti che accedono provengono prevalentemente dall'ospedale e dal domicilio</p> <p>Destinazione post dimissione: 52% va al domicilio</p>
Tipologia di interventi	Le figure professionali
<p>Accanto agli interventi assistenziali, educativi ed abilitativi alla persona, sono stati offerti i seguenti servizi alle famiglie:</p> <ul style="list-style-type: none">• Supporto psicologico e di sostegno alla famiglia• Informazione e orientamento nella rete dei servizi• Formazione del caregiver• Definizione di un progetto di dimissione <p>Degenza media: 38,8 giorni</p>	<p>Le figure professionali maggiormente coinvolte sono il medico, l'infermiere, il fisioterapista e l'OSS.</p> <p>Il minutaggio medio settimanale del personale dedicato all'assistenza è di circa 1.300 minuti.</p> <p>L'OSS è anche l'operatore che dedica più tempo per l'assistenza. Altre figure professionali presenti sono l'assistente sociale, l'educatore e lo psicologo.</p>

ESITI DELLA FASE MIGLIORATIVA – PROGETTI SOSTENUTI DAL FONDO FAMIGLIA - ESITI DELLA FASE MIGLIORATIVA – AREA DELLA RESIDENZIALITA' LEGGERA

Alla fase migliorativa hanno partecipato **10 progetti** dislocati in **9 ASL**

Target e bisogni intercettati

Persone anziane, la cui età media è di quasi 81 anni, che necessitano di protezione

- Necessità di un **periodo di sollievo** alla famiglia/caregiver, offrendo l'opportunità
- Periodi di vacanze insieme alla persona fragile, garantendo la necessaria «protezione».

Tipologie di alloggi: alloggi protetti, mini alloggi, RSA, appartamenti, strutture residenziali con caratteristiche alberghiera.

Tipologia di interventi

Distribuzione della percentuale utenti per attività svolta:



Principali problematiche

Più della metà delle persone accolte nelle strutture presentano una o più **problematiche legate alla solitudine/depressione**, alla **parziale autonomia** nelle attività quotidiane e hanno problemi di accesso nelle rete dei servizi del territorio. Per una percentuale minore di utenti si registra l'assenza di una rete di supporto informale

Le figure professionali

- L'**ASA/OSS** e l'**educatore** sono presenti nella quasi totalità dei progetti. Altre figure professionali che prestano assistenza sono l'**assistente sociale**, lo **psicologo**, il **fisioterapista**.
- Il **minutaggio medio settimanale** è di circa **560 minuti**.
- La figura che maggiormente si dedica all'assistenza è l'**ASA/OSS**, con circa **300 minuti medi per ospite a settimana**



Determinazioni in ordine all'evoluzione delle attività innovative ai sensi delle DD.G.R. 3239/2012 e 499/2013. Fase Transitoria.

Ritenuto nelle more dei provvedimenti di stabilizzazione delle unità d'offerta, delle misure e degli interventi, di garantire la continuità delle attività intraprese con le azioni progettuali fino al 31.3.2015.

La rete dei servizi socio-sanitari Territoriali: Posti di sollievo in Rsa.

Dal 1.6.2014 è attivo un nuovo Servizio definito “Posti di sollievo” per un totale di 8 posti letto presso la Rsa “A. Luzzago”. Il ricovero temporaneo garantisce una permanenza massima di 3 mesi.

Al 31.7.14 (due mesi) gli ammessi su 8 posti letto sono stati 12.

Provenienza:

Unità per acuti 5 (42%, 2 ospiti da UO Ortopedia)

Domicilio 6 (50%)

Rsa 1 (8%)

Dimissione:

Rsa 3 (75%)

Domicilio 1 (25%)

La rete dei servizi socio-sanitari Territoriali:

Posti di sollievo in Rsa.

Caratteristiche funzionali

Tinetti

$> 14 = 3$ (25%)

$< 13 = 9$ (75%)

Barthel

$100 - 75 = 2$ (17%)

$74 - 25 = 2$ (17%)

$24 - 0 = 8$ (66%)

MMSE

$MMSE > 20 = 3$ (25%)

$MMSE 14 - 19 = 1$ (9%)

$MMSE < 13 = 8$ (66%)

Classe Sosia

$1 - 3 = 8$ (66%)

$5 = 1$ (9%)

$7 = 3$ (25%)

La rete dei servizi socio-sanitari Territoriali:

Posti di sollievo in Rsa.

Considerazioni:

- La definizione di posto di sollievo accoglie temporaneamente anziani del domicilio con diverso grado di disabilità per il del respite della famiglia.

I risultati dei soli primi due mesi di attività mostrano:

- solo 1 anziano corrisponde a tale caratteristiche.

Il motivo dell'ingresso per i 12 ospiti sono:

- Variazione dell'autonomia dopo evento traumatico in attesa di intervento riabilitativo 2.
- grave disabilità in attesa di ricovero in RSA (2 già dimessi, e 6 in attesa)
- stabilizzazione delle condizioni cliniche dopo ricovero e successivo rientro al domicilio (2 ospiti).

Caso Clinico: la rete dei servizi socio-sanitari Territoriali.

M.T. di anni 89 di Sesso Femminile, vive a domicilio con il fratello che l'assiste unitamente a badante. La rete familiare presenta 5 fratelli.

Affetta da: Decadimento cognitivo terminale (CDR 5). Diabete Mellito 2.
Encefalopatia multifartuale. Dipendente in tutte le ADL.

Il 22.1.2014 giunge al DE di Ospedale Cittadino il cui referto riporta:

“Paziente verosimilmente trovata soporosa da fratello al domicilio”.

“Il fratello riferisce che da tre giorni febbrile, allettata, afasia, non muove le braccia da anni, mobilità arti inferiori minima”. La valutazione anestesiologicala esclude la necessità di trattamento rianimatorio.

Dal 22.1 al 10.2.14 viene ricoverata in Unità per Acuti. Diagnosi di dimissione:
**Addensamenti polmonari bilaterali multipli (verosimile aspirazione di cibo).
Gastrostomia percutanea endoscopica e nutrizione enterale. Infezione vie urinarie.**

Il paziente rientra al domicilio, i familiari rifiutano trasferimento in unità per sub-acuti, viene attivata ADI, si definisce terapia alla dimissione, si rappresenta il costo del ricovero per il SSNR.

Caso Clinico: la rete dei servizi socio-sanitari Territoriali.

La Signora MT, l'11.3.14 e sino al 27.3.14 viene ricoverata in unità per acuti: motivo del ricovero: "peggioramento delle condizioni cliniche e dispnea".

Diagnosi alla dimissione "Recidiva di polmonite ab ingestis in pz in NET",
dimissione al domicilio.

La Signora MT, il 31.3.14 e sino al 9.4.14 viene ricoverata in unità per acuti: motivo del ricovero: "comparsa di diarrea profusa da alcuni giorni durante il trattamento con claritromicina".

Diagnosi alla dimissione: "diarrea durante trattamento con claritromicina.
Vaginite micotica da candida glabrata."

La relazione segnala: "le condizioni del paziente alla dimissione sono scadenti.

Per quanto riguarda il decorso clinico, la causa del disturbo di cui al motivo del ricovero è apparsa subito chiara; la sospensione del farmaco ha permesso la scomparsa della diarrea".

Dimissione al domicilio.

Caso Clinico: la rete dei servizi socio-sanitari Territoriali.

La Signora MT, Il 27.4.14 e sino al 6.5.14 viene ricoverata in unità per acuti:

Motivo del ricovero: “Peggioramento dello stato cognitivo in paziente con demenza avanzata”.

Diagnosi alla dimissione: “Polmonite basale dx (recidiva) e broncopolmonite sx in iposodiemia cronica da verosimile e inappropriata secrezione di ADH.”.

La relazione clinica segnala: “I familiari affermano che avevano già da tempo inoltrata domanda presso RSA e più volte rifiutato il ricovero. Al momento riferiscono di essersi resi conto dell'impossibilità di continuare a domicilio la gestione della paziente per cui è stata inoltrata nuova domanda in RSA per ricovero definitivo. Nel frattempo si invia la paziente presso reparto per “Post-acuti” per prosecuzione della terapia antibiotica”.

Caso Clinico: la rete dei servizi socio-sanitari Territoriali.

Il 29.4.14 il Servizio Sociale dell'Ospedale invia segnalazione urgente presso Fondazione "Casa di Dio" per valutata difficile gestione domiciliare.

Caso Clinico: la rete dei servizi socio-sanitari Territoriali.

La Signora M.T. è trasferita dal 6.5 al 16.6.14 in unità per sub-
acuti.

Motivo del ricovero: “Proseguimento cure e mantenimento di
stabilità clinica”.

Diagnosi alla dimissione “CIC scompensata. Portatrice di PEG in
episodi recidivanti di polmonite ab ingestis.

Viene trasferita in RSA.

La paziente dal 16.6.14 è ospite della Rsa inserita su posto non
accreditato per la modica cifra di 100 €/die.

Caso Clinico: la rete dei servizi socio-sanitari Territoriali.

La Signora M.T. il 16.6. entra in nucleo RSA "A. Luzzago".

130//70 FC 80 batt/min, Sat 97% con Ossigeno 2 l/min.

Nel pomeriggio giunge FAX degli esami di laboratorio per prelievo del mattino dall'unità sub-acuti: GB 16.800 uL. Hb 9.6 g/dl. PCR 24.9 Na 141 mmol/L. K 4.0 mmol/L.

Si impostata terapia per scompenso (diuretico ev) e terapia antibiotica ev con terapia antimicotica.

Il 20.6.14 gli esami di laboratorio: GB 10.550 uL. Hb 10. g/dl. PCR 0.93 Na 139 K 4.1.

Il 22.7.14 esami di laboratorio: GB 10.025 uL. Hb 10.5 g/dl. PCR 4.88 Na 137 mmol/L. K 4.2 mmol/L. Emoglobina glicata 6.4 %Hb totale.

Ad oggi la paziente è stabile, risponde agli stimoli dolorosi, orienta la vista in rapporto agli stimoli verbali. Buon compenso cardio-circolatorio. Avviati nuovi esami. Valutazione con FKT per eventuale mobilitazione dal letto.

Caso Clinico: la rete dei servizi socio-sanitari Territoriali.

Le Normative Regionali confrontate con il Caso Clinico e la medicina Territoriale:

- Paziente terminale, elevata morbidità, instabilità clinica con ripetuti episodi di riacutizzazione e ricoveri ospedalieri.
 - La rete assistenziale al domicilio e la terminalità.
 - La Rete Familiare.
 - Rete dei servizi Socio-sanitaria: La Residenza Sanitaria Assistenziale e la gestione della terminalità.
 - Comunicazione rete sanitaria e socio-sanitaria.
 - Ruolo del MMG e Rete Territoriale.

Per soddisfare appieno l'esercizio di questo ruolo strategico si chiede alle ASL di:

realizzare, d'intesa con i Comuni, singoli o associati, e con il coinvolgimento del Terzo settore e **della rete delle Unità d'Offerta**, tutto quanto necessario in termini di professionalità coinvolte e di diffusione territoriale, per assicurare la funzione di valutazione multidimensionale e l'elaborazione dei conseguenti Progetti personalizzati;

strutturare un sistema amministrativo capace di assicurare una erogazione degli **interventi** a sostegno della persona fragile e della sua famiglia, che sia **tempestiva ed affidabile** e che consenta da una parte di verificare l'andamento di sistema e la coerenza con la dotazione di risorse assegnata e dall'altra la completa tracciabilità del singolo intervento sulla singola persona bisognosa;

strutturare il sistema per assicurare il controllo in ordine all'uso delle risorse, nonché il monitoraggio dei risultati raggiunti in termini di **appropriatezza, flessibilità ed integrazione** delle risposte in ragione dei bisogni osservati, evidenziando il livello di innovazione raggiunto rispetto ai precedenti interventi;

La geriatria Territoriale:

Questo scenario ha imposto, ed impone sempre con maggior forza, la necessità di ripensare l'impianto organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del sistema delle cure primarie, non più focalizzato sull'ambito ospedaliero, a cui rimane ascritta la sola mission di fronteggiare le acuzie, ma piuttosto sbilanciato sulla centralità dell'assistenza territoriale.

Il **geriatra territoriale**:

- Utilizzo degli strumenti di valutazione multidimensionale
- capacità di lavorare con altri professionisti, non sempre e non solamente afferenti all'universo sanitario propriamente detto.

Il contesto assistenziale (fragilità) in cui si muove il geriatra territoriale è sospeso tra bisogni sanitari e sociali. Un contesto, quindi, dove non è possibile frazionare l'unicità della persona scomponendola in sottocategorie di bisogni da fronteggiare separatamente.

Acove???? My Day!!!!

[Ann Intern Med.](#) 2001 Oct 16;135(8 Pt 2):642-6.

Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview.

[Wenger NS¹](#), [Shekelle PG](#).

[J Am Geriatr Soc.](#) 2003 Dec;51(12):1787-93.

Restructuring primary care practices to manage geriatric syndromes: the ACOVE-2 intervention.

[Reuben DB¹](#), [Roth C](#), [Kamberg C](#), [Wenger NS](#).

[J Am Geriatr Soc.](#) 2007 Oct;55 Suppl 2:S247-52.

Introduction to the assessing care of vulnerable elders-3 quality indicator measurement set.

[Wenger NS¹](#), [Roth CP](#), [Shekelle P](#); [ACOVE Investigators](#).

Conclusioni

- La riorganizzazione della rete Territoriale è fondamentale per i cittadini affetti da patologie croniche in particolare per gli anziani fragili e terminali (CDR 4 e 5).

- La rete Territoriale, per gli anziani fragili e terminali, deve prevedere la presenza di una equipe multidisciplinare (UVG) coordinata dal geriatra Territoriale che oltre alla lettura dei bisogni, pianifica e realizza le azioni di cura in condivisione con la rete familiare.

- Il Medico di Medicina Generale è inserito nella equipe multidisciplinare avvalendosi nella cura degli anziani fragili e terminali dell'equipe territoriale.
 - L'Unità di Valutazione Geriatrica opera:
 - 1) in un ben definito territorio (40.000 abitanti),
 - 2) è fornita dalla Rsa secondo le indicazioni del Progetto Rsa aperte della Regione Lombardia,
 - 3) è in stretta collaborazione con un ospedale
 - 4) supporta il medico di Medicina Generale nella gestione degli anziani fragili e terminali.