Il modello di assistenza continuativa per l'anziano: l'Unità Geriatrica per Acuti nella rete dei servizi

Premessa

La Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e la Società Italiana Geriatri Ospedalieri (SIGOs) hanno intrapreso, a partire dal Luglio 2002, un percorso comune diretto a definire le caratteristiche della Unità Geriatrica per Acuti (UGA) ed il suo ruolo nella rete integrata dei servizi per l'assistenza all'anziano. Tale percorso ha l'obiettivo di produrre un documento, utile a fini di politica sanitaria a diversi livelli (nazionale, regionale, locale), che esprima una presa di posizione comune di fronte al drastico ridimensionamento in corso della disponibilità di posti-letto delle UGA, che mancano del tutto in molte Aziende Sanitarie e, in casi specifici, in intere Regioni.
Il materiale presentato nel Forum di Firenze sull'UGA (8 Luglio 2002) è stato organizzato in un primo documento, discusso nella riunione tenutasi nella prima giornata del 47° Congresso Nazionale della SIGG (Montecatini Terme, 6 Novembre 2002), cui hanno partecipato membri designati della SIGOs. Nelle giornate 7-9 Novembre 2002, il documento è stato rielaborato sulla base delle indicazioni emerse da quella discussione. E' stato quindi distribuito il 9 Novembre 2002, e ridiscusso in seduta plenaria il 10 Novembre 2002, ed approvato con ulteriori emendamenti che sono stati immediatamente incorporati nella presente versione. Infine, il documento è stato discusso ed ulteriormente affinato ad opera di una commissione paritetica SIGG-SIGOs che si è riunita a Roma il 25 Febbraio 2003.

Specificità della Geriatria: evidenze scientifiche

Fin dalle sue origini, la Geriatria ha promosso un dibattito sulla migliore definizione degli ambiti di specificità, i cui elementi caratterizzanti sono rappresentati dalla tipologia dei pazienti a cui la disciplina si rivolge (prevalentemente l'anziano fragile o a rischio di fragilità), e dalle metodologie di intervento. Nel corso delle ultime due decadi, il ruolo della Geriatria è divenuto ancora più solido. Robuste evidenze scientifiche hanno infatti ampiamente dimostrato che:

1. La cura dell'anziano guidata dalla applicazione esperta della valutazione multidimensionale (VMD) (1) – elemento caratterizzante della Geriatria, come riportato anche nelle linee-guida messe a punto su questo specifico tema, dalla SIGG (http://www.sigg.it/valutazione.html) e dalla SIGOs (http://www.sigos.it) – riduce la mortalità, previene lo sviluppo di disabilità od il suo aggravamento dopo un evento acuto, riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale ed i costi economici e sociali, migliora le condizioni psico-fisiche ed aumenta il grado di soddisfazione dei pazienti e dei loro familiari (2-9).
2. Nel paziente anziano con problematiche acute, questi vantaggi sono soprattutto evidenti quando:
   a. il piano di assistenza individuale è fondato sulla VMD (1,2) e si realizza, senza soluzione di continuità, in una articolata rete di servizi (1);
   b. il geriatra è responsabile in prima persona della definizione, della implementazione e del controllo del piano di assistenza (2,6). Un semplice servizio di consulenza geriatrica su pazienti la cui gestione rimane affidata ad altre specialità (10-14) non produce i favorevoli risultati di cui al punto 1;
   c. vengono selezionati pazienti ad alto rischio di disabilità o di sua progressione (2,4,5,7,13). Questa selezione è anche garanzia di utilizzazione ottimale delle risorse, in termini di rapporto costo-efficacia (5).

Se queste evidenze definiscono gran parte della "mission" della Geriatria, le linee-guida nazionali su come tradurle in modalità operative a livello locale sono state spesso disattese, come testimoniato dalla disparità con cui la rete dei servizi per gli anziani, ed anche la formazione accademica in geriatria, sono state poste in essere nelle diverse regioni italiane.

Le UGA nella rete dei servizi socio-sanitari in Italia: stato attuale

Lo stato di salute dell'anziano dipende da molteplici fattori ed è caratterizzato da fragilità ed elevata instabilità, caratteristiche che rendono obbligatori un approccio multidimensionale e interdisciplinare, e

continuità di cura articolata in un sistema a rete, che spazia dall'UGA a servizi territoriali integrati socio-sanitari.

Questi principi sono stati incorporati nei Piani Sanitari Nazionali a partire dal 1992 e, in alcune realtà, effettivamente tradotti in pratica. Ma, in molte aree del Paese, una completa rete dei servizi per l'anziano è ancora irrealizzata. Talora, anzi, Geriatria "Territoriale" ed "Ospedaliera" hanno seguito percorsi indipendenti e potenzialmente competitivi, anche in conseguenza della aziendalizzazione, dell'implementazione del sistema di finanziamento a DRG, e delle esigenze di bilancio. Inoltre, la carenza di un sistema di monitoraggio di indicatori di efficacia (mortalità, disabilità residua, tasso di istituzionalizzazione) ha poi reso di fatto impossibile in Italia l'apprezzamento del valore dell'UGA, dimostrato invece da studi clinici controllati (6-8).

Di conseguenza, in alcune realtà è stato operato un drastico ridimensionamento della disponibilità di posti-letto delle UGA, che mancano del tutto in molte Aziende Sanitarie e, in casi specifici, in intere Regioni.

Il ruolo dell'UGA nella rete dei servizi socio-sanitari

L'invecchiamento della popolazione implica un aumento sostanziale della percentuale di anziani sul totale dei ricoveri ospedalieri per patologia acuta che, in molte realtà, supera il 50% dei casi. Buona parte di questa utenza trova risposta ai propri bisogni sanitari nei Dipartimenti di Emergenza-Accettazione/Pronto Soccorso (DEA/PS) e nei Reparti di Medicina Interna. Stime conservative, peraltro, suggeriscono che una parte consistente dei pazienti di età $\geq$65 anni è costituita da anziani con caratteristiche di problematicità che, secondo quanto dimostrato da solide evidenze scientifiche, più si avvantaggiano del ricovero in UGA (2,6,7).

Con alcune felici eccezioni, nel nostro Paese la attuale disponibilità di posti-letto in UGA è pari a meno del 5% del totale di quelli internistici, del tutto inadeguata per soddisfare la richiesta. In linea di principio, l'aumento di tale disponibilità impone una ridistribuzione di risorse, non agevole in un clima di ristrettezze economiche. Tuttavia, è opportuno ricordare che studi controllati hanno dimostrato che solo il modello assistenziale precedentemente descritto, con VMD effettuata al momento del ricovero e gestione del piano individuale di assistenza nella rete dei servizi, consente il contenimento della spesa socio-sanitaria globale, insieme ad un netto miglioramento prognostico e funzionale.

Per tradurre in pratica questo modello assistenziale, è necessario definire preliminarmente per l'UGA:
1. la "mission";
2. i requisiti organizzativi;
3. le caratteristiche architettoniche;
4. le caratteristiche e le modalità di accesso dell'utente;
5. i rapporti con le altre unità operative ospedaliere e con le componenti territoriali della rete dei servizi.

1. La "mission"

- Realizzare un intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo su anziani con patologia acuta e caratteristiche di complessità e problematicità, diretto a ripristinare, per quanto possibile e quanto più rapidamente, la stabilità clinica e l'autonomia funzionale. Tale intervento è guidato da un processo di VMD, dal quale scaturisce un piano individuale di assistenza.
- L'UGA è coinvolta nella programmazione e gestione della rete integrata dei servizi, e partecipa all'attività della Unità di Valutazione ed Intervento Geriatrica (UVIG) territoriale nel monitoraggio della progressione del piano di assistenza attraverso i vari nodi della rete (RSA; ADI; ecc.).
- Fa parte integrante della "mission" dell'UGA partecipare al processo di formazione ed aggiornamento di tutte le figure professionali coinvolte nella cura dell'anziano (ivi compresi i Medici di Medicina Generale) e, nelle sedi accademiche, di studenti e specializzandi. Tale processo formativo si realizza nella sua interezza attraverso tutti i nodi della rete integrata dei servizi.

2. I requisiti organizzativi

- Sulla base delle evidenze disponibili nella letteratura internazionale, SIGG e SIGOs raccomandano che almeno una UGA venga costituita in ogni Azienda Unità Sanitaria Locale o Azienda Ospedaliera sede di DEA/PS e di Unità Operative di Medicina Interna.
- L'UGA deve essere diretta da un Geriatra e fondata su una attività tipicamente di team interdisciplinare, che vede la partecipazione di differenti figure professionali. A tale proposito, è raccomandabile che tutto il personale sanitario che opera nell'UGA abbia già, o possa ricevere, un'adeguata formazione geriatrica teorica e pratica, ed in modo particolare sulle tecniche di VMD.
- Oltre ad una adeguata dotazione di personale infermieristico e di Operatori Socio-Sanitari (OSS) - commisurata al grado di criticità ed alla prevalenza di disabilità tra i ricoverati -, è necessaria la costante disponibilità di personale riabilitativo in grado di fornire in modo continuativo assistenza e trattamento intensivi.
- Ai fini di una completa definizione del piano individuale di assistenza e di un efficace collegamento con la UVIG territoriale, è indispensabile la disponibilità di un Assistente Sociale.
- In linea con i principi della VMD, devono essere previsti protocolli per l'attivazione, al bisogno, di consulenze specialistiche.
- Le UGA devono essere dotate di strumentazioni tecnologiche adeguate alla complessità e problematicità dei pazienti o all'improvviso aggravamento delle loro condizioni cliniche, più probabile in anziani fragili che in pazienti di età giovane-matura.

3. Le caratteristiche architettoniche

L'UGA è, a tutti gli effetti, un reparto ospedaliero per acuti che deve rispondere alle vigenti disposizioni di legge in materia di strutture di ricovero per portatori di handicap. Caratteristiche architettoniche peculiari, da ritenersi indispensabili, sono (6):

- l'assenza di barriere architettoniche e la presenza di tutti gli ausili diretti alla garanzia di sicurezza (es.: prevenzione delle cadute) ed alla promozione della maggiore indipendenza possibile della persona anziana (15);
- accorgimenti architettonici (luminosità ambientale, percorsi e colori diversificati, ecc.) e di arredo (calendari, orologi, cartelli segnaletici, ecc.) che favoriscano l'orientamento spazio-temporale (15);
- la disponibilità di spazi dedicati ad attività di socializzazione tra degenti e familiari - dei quali va incentivata al massimo la presenza attiva anche ai fini della partecipazione al piano di cura -, ed alla consumazione di pasti in luoghi differenziati da quelli dove si svolge l'assistenza;
- la disponibilità di spazi dedicati ad attività riabilitative.

4. L'utente dell'UGA

- L'utente di elezione dell'UGA è l'anziano con patologia acuta o cronica riacutizzata, soprattutto se affetto da polipatologia, caratterizzato da complessità o fragilità, ad elevato rischio di disabilità (16).
- L'accesso del paziente all'UGA avviene attraverso il DEA/PS dell'Ospedale, per trasferimento da altre Unità Operative ospedaliere, o su proposta dell'UVIG territoriale. I criteri di selezione si potranno tradurre in modalità operative diverse a seconda delle realtà locali, con la istituzionalizzazione, preferibilmente, della partecipazione di personale dell'UGA alle attività del DEA/PS o, in alternativa, la formulazione di protocolli – da parte dell'UGA stessa – per la realizzazione di uno screening sistematico, da condurre nell'ambito del DEA/PS, dell'anziano con complessità o problematicità, ad elevato rischio di fragilità.

5. Relazioni dell'UGA con altre strutture ospedaliere ed extraospedaliere

- Si ribadisce che l'UGA deve avere completa autonomia funzionale rispetto ad altre Unità Operative ospedaliere ed assumersi in pieno la gestione della persona anziana ammalata. L'attività di consulenza del personale dell'UGA è finalizzata principalmente alla identificazione di anziani caratterizzati da complessità, problematicità o fragilità, sfuggiti allo screening iniziale presso il DEA/PS, o che siano divenuti tali durante il ricovero, allo scopo di assicurarne la presa in carico da parte dell'UGA.

- L'UGA si colloca nella rete integrata dei servizi e partecipa alle attività dell'UVIG territoriale. Questa ha lo specifico compito di gestire dopo la dimissione il piano individuale di assistenza formulato durante il ricovero ospedaliero, o può proporre il ricovero diretto in UGA di pazienti da altri nodi della rete.
- Le regole per il funzionamento ottimale della rete dei servizi della quale l'UGA fa parte devono essere definite da specifici protocolli aziendali, anche ai fini di una corretta compensazione economica.

Il Presidente della SIGOs
Prof. Stefano Maria Zuccaro

Il Presidente della SIGG
Prof. Giulio Masotti

Bibliografia essenziale

1) Fretwell M. The Consensus Conference on Comprehensive Geriatric Assessment: a dialogue is the beginning of consensus. J Am Geriatr Soc 1988; 36:377-9.
2) Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J Med 1984; 311:1664-70.
3) Rubenstein LZ, Siu AL, Wieland D. Comprehensive geriatric assessment: toward understanding its efficacy. Aging (Milano) 1989; 1:87-98.
4) Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D . Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. J Am Geriatr Soc 1991; 39:8S-16S.
5) Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet 1993; 342:1032-6.
6) Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. N Engl J Med 1995; 332:1338-44.
7) Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc 2002; 50:792-8.
8) Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic DM, Quinn LM, Allen KR, Covinsky KE, Landefeld CS. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. J Am Geriatr Soc 2000; 48:1572-81.
9) Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, Phibbs C, Courtney D, Lyles KW, May C, McMurtry C, Pennypacker L, Smith DM, Ainslie N, Hornick T, Brodkin K, Lavori P. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. N Engl J Med 2002; 346:905-12.
10) Gayton D, Wood D, de L, Tousignant P, Hanley J. Trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital. J Am Geriatr Soc 1987; 35:726-36.
11) Hogan DB, Fox RA, Badley BW, Mann OE. Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital. CMAJ 1987; 136:713-7.
12) Hogan DB, Fox RA. A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. Age Ageing 1990; 19:107-13.
13) Winograd CH, Gerety MB, Lai NA. A negative trial of inpatient geriatric consultation. Lessons learned and recommendations for future research. Arch Intern Med 1993; 153:2017-23.

14) Reuben DB, Borok GM, Wolde T, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, Liu Y, Rubenstein LZ, Beck JC. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. N Engl J Med 1995; 332:1345-50.
15) Hospital care in older adults. http://www pfizer com/download/health/pubs_acove_new_hospital pdf; 2003.
16) Winograd CH, Gerety MB, Chung M, Goldstein MK, Dominguez F, Vallone R. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. J Am Geriatr Soc 1991; 39 :778-84.