



22 marzo 2011

Verbale dell'incontro del Comitato Consultivo Misto

Sono presenti: Rosangela Maioli, Leila Lunardini, Corrado Grappi, Daniele Rivi, Giovanni Montessori, Marina Ferrari.

Come da nota di convocazione del 9.03.2011, il Comitato Consultivo Misto incontra oggi la direzione dell'Unità operativa di Geriatria. L'incontro si svolge presso lo Studio del Direttore, Dott. Alberto Ferrari ed inizia come previsto alle ore 15,00. E presente il Coordinatore Infermieristico Sig.ra Orietta Vecchi. Il Comitato Consultivo nell'odierna circostanza riprende il progetto delle visite ai reparti per verificare la sussistenza e la qualità dei principi di rispetto, collaborazione, sicurezza e capacità di innovazione già presenti nella Carta dei Servizi. Attenzione particolare verrà posta anche al problema della "dimissione protetta". Il Presidente del C.C.M. Sig.ra Rosangela Maioli introduce i motivi della riunione evidenziando gli scopi del progetto. Il Direttore di reparto prende quindi la parola premettendo che la Geriatria è disciplina medico-specialistica che in modo del tutto particolare si occupa della persona vista nel complesso delle sue esigenze e tale visione nel curare il paziente anziano esprime le sue funzioni di cura ed assistenza di tipo interdisciplinare e multifunzionale.

Il geriatra non interviene sulle patologie di un solo organo o di un solo distretto corporeo ma da questa parte per formulare una visione diagnostico-assistenziale più complessiva e sistemica nella ricerca non tanto della guarigione tout-court quanto di un equilibrio sistemico del paziente che giunge alla sua osservazione. Sotto tale profilo si può dire che l'obiettivo principale di chi si occupa di assistenza e cura geriatrica è sempre quello di raggiungere per il paziente il più alto livello di autonomia possibile.

In tale direzione le équipes di Geriatria collaborano in modalità molto attiva con i pazienti ma soprattutto con le famiglie degli anziani ricoverati; il reparto è infatti sempre aperto ai familiari che molto spesso vengono attratti in un rapporto di setting molto intenso e ravvicinato.

Il reparto che accoglie per sua vocazione una popolazione di età avanzata, dispone di 43 letti disposti in massima parte in stanze a 2 p.l. Attualmente il problema più sentito dal punto di vista della logistica sono la quantità e la dislocazione dei bagni; tale problema è noto anche alla direzione aziendale e troverà una adeguata risoluzione nel piano di ricollocazione dei reparti del corpo centrale ASMN approvato dalla Direzione Generale.

L'U.O. che attualmente ospita Geriatria, tuttavia, è completamente climatizzata ed ampiamente dotata degli impianti per la mobilitazione dei pazienti. Il paziente anziano ricoverato tende a stare molto – troppo – fermo e tutti i supporti utili alla mobilitazione dei malati risultano della massima efficacia nel ripristino del livello di autonomia. La fascia di età che converge su Geriatria si aggira mediamente sui 75 anni di età ed il 90% circa dei ricoveri avviene tramite il P.S. L'indice medio di occupazione dei p.l. si attesta sulla percentuale del 98% e l'indice medio di occupazione del p.l. si allinea con la media regionale e va dall'11,1% all'11,3% con il limite insito nell'unicità di ogni singolo caso clinico; in taluni casi connotati da particolare complessità clinica o multifattoriale l'indice di occupazione si può dilatare.

Al Direttore è chiesto di relazionare sull'argomento delle dimissioni protette. Il Dott. Alberto Ferrari e il Coordinatore Infermieristico Orietta Vecchi concordano nell'identificare la dimissione protetta nel principio della continuità di cura che consiste nella relazione funzionale ed organizzativa dell'Ospedale con la pluralità di attori – ad esso esterni- per la presa in carico terapeutica e o sociale della persona che superata la fase dell'acuzie viene dimessa.

Non è da sottovalutare l'importanza di tali setting di cura extraospedaliera in quanto la più recente letteratura ha dimostrato come la permanenza del paziente anziano in setting di cura non appropriata sia foriera di effetti non positivi per la migliore ripresa dell'autonomia e come detto, superata la fase patologica acuta ed acquisito un equilibrio sistemico, per il paziente anziano risulta di somma importanza per il raggiungimento di una adeguata autonomia personale, una efficace mobilitazione. In tale ottica la permanenza in un Ospedale per acuti come il Santa Maria Nuova che non ha la capacità di erogare efficaci mobilitazioni personalizzate non può esitare

nell'atteso beneficio. Il problema della continuità di cura nella popolazione in età geriatrica è problema molto sentito a livello politico locale e provinciale in quanto strettamente collegato anche all'entità delle risorse disponibili ed alla loro allocazione.

In Geriatria è garantita un'assistenza infermieristica erogata da personale esperto, dedicato stabilmente ai due settori del reparto, distinti per genere, e costantemente sottoposto a formazione professionale.

Il rispetto della persona è principio fondamentale sul quale si basa il quotidiano lavoro del reparto di Geriatria, specialità non facile che richiede ai Professionisti impegno e disponibilità personale a misurarsi con le malattie e soprattutto con le fragilità tipiche del paziente anziano. E' nuovamente sottolineata la fondamentale importanza della collaborazione con le famiglie dei ricoverati, sia per gestire le attese di guarigione che per delineare i nuovi e diversi livelli di autonomia personale che gli anziani non senza fatica si debbono trovare ad affrontare nel post-ricovero. L'utenza di Geriatria è in massima parte di lingua italiana e per tale motivo la necessità di fare ricorso alla mediazione culturale è evento abbastanza sporadico.

E' chiesto come è il rapporto tra le équipes del reparto e la Medicina di Base; è data informazione che tale rapporto in taluni casi è molto intenso ed approfondito; il Curante frequenta il reparto recando visita e conforto al paziente interessandosi degli aspetti peculiari della degenza. In taluni casi il rapporto è più blando; ma è ribadito che al curante è comunque fornita, alla dimissione dell'assistito, una lettera di dimissione medica ed infermieristica ampiamente riassuntiva dell'attività clinica ed assistenziale erogata in pendenza della sua permanenza in reparto. Avere un dialogo con il curante di MG durante e dopo il ricovero definendo con tale figura il percorso migliore dopo la stabilizzazione della malattia in fase acuta è essenzialmente continuità di cura e tale è obiettivo prioritario della Società Scientifica Italiana di Geriatria.

Il Distretto di Reggio Emilia tra Villa Verde ed Albinea dispone di un numero di posti letto dedicati alla riabilitazione ammonatnte a circa un centinaio, non sempre sufficienti a sopperire alle necessità della popolazione anziana. Per i pazienti extra-regione ovviamente non si può parlare di efficace dimissione protetta anche se il numero dei casi è molto limitato e sporadico. Anche le diverse Case Protette entrano con la disponibilità complessiva dei loro 800 posti nel circuito della continuità di cura e dimissione protetta, che è finalizzata, per i malati geriatrici a finalizzare le risorse disponibili al mantenimento dell'autonomia e per quelli non autonomi al mantenimento di condizioni di umano decoro.

Alle 17.50 la riunione termina.

Il Segretario Verbalizzante

Il Presidente