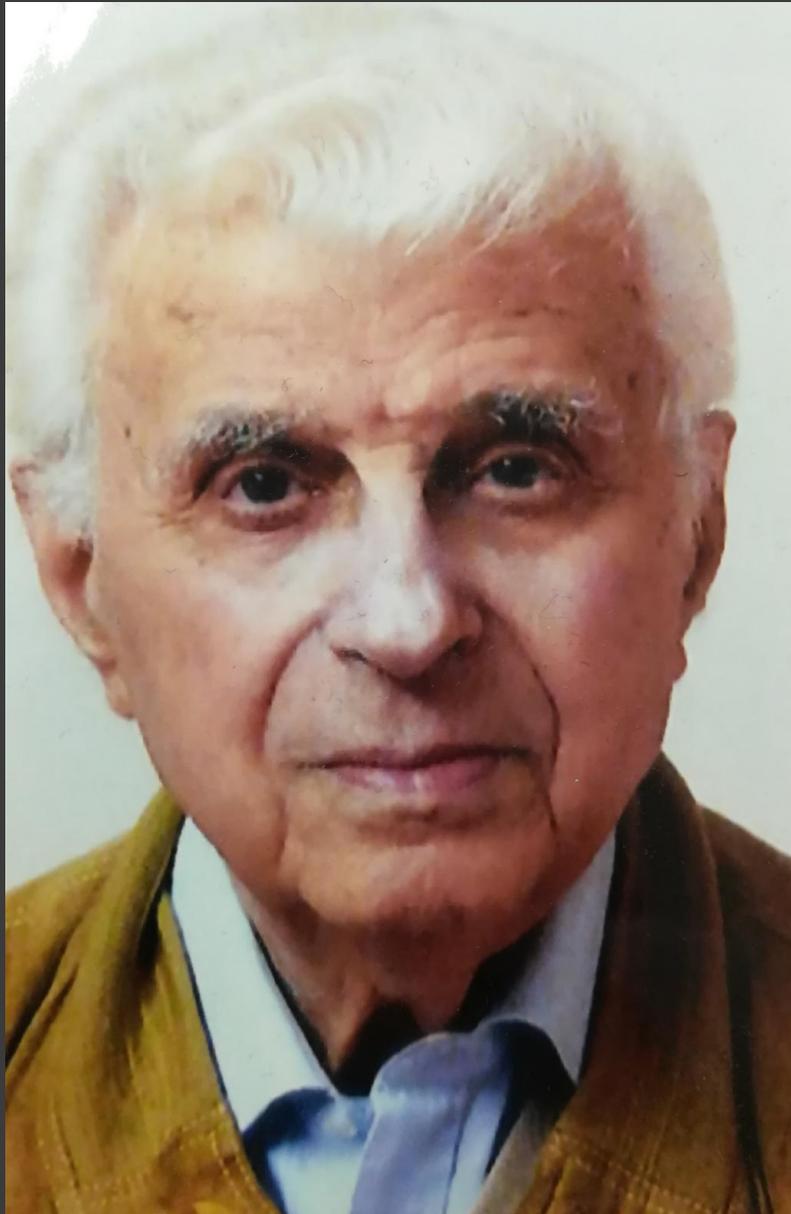


IL GERIATRA DI FAMIGLIA

G.Paolo Tei

Medico di medicina generale e geriatra



Dr. Pietro Valdina

Il Geriatra di famiglia

- Il perché di questo titolo
- E' la definizione che do di me stesso
- Per il target di pazienti della M.G.

Il Geriatra di famiglia

- Il 30% della popolazione italiana ha più di 65 anni (*Sole 24 ore 2017*)
- Gli ultra75enni costituiscono circa il 50% delle visite del MMG, sia domiciliari che ambulatoriali (*dati Medicina di Gruppo Studio 9 Terni*)

Il Geriatra di famiglia

Il perché di questo titolo

- E' la definizione che do di me stesso
- Per il target di pazienti della M.G.
- Per l'approccio che ha la M.G. verso il paziente anziano

Il Geriatra di famiglia

- ⦿ La Geriatria non è:
 - La cardiopatia nel vecchio
 - Il diabete nel vecchio
 - La BPCO nel vecchio
- ⦿ E il medico MG non diventa geriatra perché sa come comportarsi in tali casi, come non diventa pediatra quando sa come trattare una mononucleosi o una scarlattina

Ma il MMG svolge attività di geriatra in quanto applica, come è per il geriatra, un'assistenza olistica



- Il termine olistico deriva dal greco “olos”, che indica la totalità, la globalità di qualcosa, in questo caso dell'essere umano
- L'assistenza all'anziano non è solo clinica, ma anche gestione appropriata e consapevole del quotidiano.
- Indipendentemente dalla specializzazione, il MMG applica la geriatria sul campo

- Il geriatra è uno specialista e come tale ha un suo preciso posizionamento di consulente in situazioni difficili, come nei casi di gestione dell'anziano con pluripatologie e terapie complesse

- La Geriatria e la M.G. hanno la peculiarità di dover affrontare alla stessa maniera i problemi di assistenza, vale a dire di vedere e valutare il paziente nella sua globalità, non solo quella clinica.

GERONTOLOGIA

- La **gerontologia** è lo studio degli aspetti sociali, psicologici, ambientali, cognitivi e biologici dell'invecchiamento
- Si distingue dalla geriatria, che è la branca della medicina indirizzata al **trattamento** di una determinata malattia degli anziani.

• *(Wikipedia)*

Le criticità dell'assistenza all'anziano sul territorio

- Scarsità di risorse
- Mancanza di Specialisti e strumentalità a domicilio
- Liste di attesa
- Riabilitazione domiciliare
- Badanti

Frasi fatte

- o lo spostamento dall'ospedale al territorio, con la possibilità di una presa in carico territoriale e domiciliare del paziente, diventa il modo per mantenere un Servizio Sanitario Nazionale che guardi alla persona

Frasi fatte

o La centralità dell'ospedale, che è stata negli anni '70 la filosofia su cui si è sviluppato il SSN, ora viene meno rispetto alla centralità fortissima del territorio.

Frasi fatte

o La sfida della longevità
ci indica il territorio
come strada necessaria per
una sostenibilità
economica, con molto
terreno da recuperare nei
confronti di altre realtà
europee

La realtà

- **Ci sono situazioni di resistenza a questa modalità di spostamento di risorse, di personale, di servizi.**

La realtà

- Negli ultimi 20 anni, nella realtà ternana, i posti letto ospedalieri si sono ridotti della metà, passando dai 950 della fine anni 90 ai circa 450 di oggi
- Il rapporto tra le risorse economiche dedicate all'Ospedale e quelle indirizzate al territorio si è ancor più squilibrato in favore del primo
- Ma i 500 individui che ogni giorno non trovano allocazione in Ospedale, non sono improvvisamente guariti.

L'offerta

- ⦿ E' necessario fornire tipi di servizi sul territorio diversificati, in maniera che si possa tagliare sulla misura di ciascuno, come un abito di sartoria, il tipo di assistenza più idoneo alle sue necessità

Il domicilio

- Medico M.G.
 - ADP
- Centro di salute
 - ADI
 - INFERMIERE
 - OSS
 - SPECIALISTA
 - TERAPISTA della RIABILITAZIONE



©Le A.F.T.



◎ CENTRO DIURNO

- TERAPIA OCCUPAZIONALE
- RIABILITAZIONE



◎ CENTRO NOTTURNO



RESIDENZE PROTETTE



◉ STRUTTURE INTERMEDIE DI ASSISTENZA



Struttura Intermedia

◎ STRUTTURE DI RIABILITAZIONE



◎ OSPEDALE



⦿ L'Hospice



Considerazioni finali

- **Controllo e razionalizzazione delle terapie** (ricordando che togliere è spesso più utile ed efficace che aggiungere)
- **No al ricovero facile**

No al ricovero facile

- ⦿ I rischi del ricovero per l'anziano
 - Infezioni
 - Disorientamento
 - Agitazione
 - Costi sociali e familiari

Considerazioni finali

- Controllo e razionalizzazione delle terapie
(ricordando che togliere è spesso più utile ed efficace che aggiungere)
- No al ricovero facile
- Il Care Giver è normalmente sempre lo stesso e l'insegnamento è più diretto e coinvolgente
- C'è un rapporto numerico ottimale tra assistente ed assistito
- Meno privacy a domicilio durante la visita

Criticità

Snellire la burocrazia

- Visita nutrizionale bis ...
- Uso del web

● Utilizzare al meglio le risorse esistenti

Prof. Francesco Antonini
fondatore della prima scuola
di Geriatria al mondo (FI)



- ◎ Come mi ha insegnato il prof. Antonini, non si deve correre dietro ai bisogni: ce ne è sempre uno in più di quanto abbiamo
- ◎ Ma razionalizzare le risorse e sfruttare al meglio ciò che già possediamo

Non ce potemo alzà ogni mattina
felici e contenti, ma potemo però
ogni mattina esse felici e contenti
che ce semo alzati

(Piero)