

# Ruolo delle Aziende Sanitarie Locali nell'assistenza all'anziano in Liguria

Paolo Cavagnaro

ASL 4 Chiavarese Regione Liguria

## INTRODUZIONE

La popolazione ligure è la più anziana d'Italia, e la Regione Liguria rappresenta un laboratorio per lo studio delle dinamiche demografiche future e per la sperimentazione di una rete integrata di servizi sanitari e sociosanitari in grado di rispondere alle domande di salute, in termini di prevenzione, attraverso corretti stili di vita che ritardino o prevengano la perdita dell'autonomia, di cura, di riabilitazione e assistenza dell'anziano "fragile", e affetto da malattie croniche, e non autosufficiente.

In Liguria è evidente un cambiamento del tessuto demografico, che influenza in maniera decisiva quella che viene definita "transizione epidemiologica", ovvero una più marcata presenza di patologie cronico degenerative dovute all'aumentata aspettativa di vita; in queste patologie il concetto di "causa" è sostituito da "fattore di rischio", e il concetto di "guarigione con restitutum ad integrum" lascia, soprattutto nella popolazione anziana, il posto alla "guarigione con disabilità residua".

Al 30 giugno 2006 la popolazione residente nei trenta Comuni della ASL 4 Chiavarese ammontava a 147.810

persone, numero che si è mantenuto sostanzialmente stabile dal 2000.

Rispetto alla popolazione italiana totale, quella della ASL 4 Chiavarese è generalmente più vecchia: i giovani al di sotto dei 15 anni sono il 10,8% della popolazione totale contro il 14,1% dell'Italia, e la cosiddetta popolazione attiva, tra i 15 e i 64 anni, è pari al 61,3%, mentre a livello nazionale arriva al 66,5%. Il rapporto anziani-giovani è quasi il doppio di quello nazionale, così come sono più numerosi i lavoratori anziani rispetto a quelli giovani. A prevalere nettamente è la componente anziana: gli over 64 anni sono quasi una volta e mezza rispetto all'Italia, e i "grandi vecchi", oltre gli 84 anni, sono addirittura il doppio dei coetanei nazionali (4% contro il 2%) (Tab. 1).

La popolazione della ASL 4 Chiavarese si conferma quindi come la più anziana della Liguria, che a sua volta è la Regione più longeva del Paese (over 64: 27,8% contro 26,5% a livello regionale; over 84: 4% contro 3,2% a livello regionale).

Sulla base delle proiezioni Istat, la transizione demografica che la nostra popolazione ha vissuto negli ultimi decenni prefigura il cambiamento che quella italiana subirà nei prossimi decenni.

Tabella 1 - Popolazioni a confronto: analisi spazio temporale.

Popolazioni a confronto	% ≤ 14	% 15-39	% 40-64	% ≥ 65	% ≥ 85
ASL4 Chiavarese anno 2006	10,8	26,6	34,7	27,8	4,0
ASL4 Chiavarese anno 1991	10,6			23,5	
Popolazione Italia anno 2005	14,1	33,4	33,1	19,5	2,0
Popolazione Italia anno 1985	17,8	37,7	30,7	13,7	
Popolazione Liguria 2005	10,9	27,8	34,8	26,5	3,2
Popolazione Liguria 1985	12,0	33,2	35,0	19,9	

### LA PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NEL TRIENNIO 2005-2008 NELLA REGIONE LIGURIA

Per rispondere alle esigenze della popolazione anziana il governo regionale ligure ha adottato, in questi ultimi tre anni, alcuni provvedimenti deliberativi e legislativi che definiscono le regole per la programmazione socio-sanitaria rivolta alla popolazione anziana, e definiscono il ruolo delle ASL all'interno della stessa.

I provvedimenti più significativi che riguardano la programmazione socio-sanitaria regionale per la popolazione anziana vanno dalla Legge Regionale n. 12 del 24 maggio 2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari", alle delibere di giunta regionale sul fondo regionale per la non autosufficienza, dall'organizzazione dell'assistenza domiciliare, alla rete di cure palliative e all'organizzazione dei distretti socio-sanitari.

Le linee principali di intervento sono:

- Riorganizzazione delle cure domiciliari
- Interventi a favore della grave non autosufficienza per il mantenimento a domicilio dell'anziano (fondo regionale per la non autosufficienza)
- Riorganizzazione della rete di assistenza residenziale e semiresidenziale
- Interventi per la cura e l'assistenza all'anziano affetto da demenza.

Tutti questi interventi vengono programmati ed erogati direttamente a livello del distretto socio-sanitario, che è la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni sociali complesse e le funzioni socio-sanitarie, e che coincide territorialmente con il distretto sanitario.

Al centro dell'attenzione del legislatore regionale c'è l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia, valorizzando l'assistenza nel luogo naturale di vita, che è la sua casa.

Le cure domiciliari sono un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici, di aiuto infermieristico e riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

Il bisogno clinico, funzionale/sociale viene valutato attraverso idonei strumenti che consentano la definizione del programma assistenziale.

Le cure domiciliari prevedono tre livelli:

**CURE DOMICILIARI INTEGRATE (ADI di primo e secondo livello):** che prevedono interventi professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, comprensive di prestazioni farmacologiche, analisi ematochimiche e di diagnostica strumentale, a favore di persone con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I livello) o 6/7 giorni (II livello); sono attivate dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dall'Ospedale e richiedono la "presa in carico" con "valutazione multidimensionale" e "progetto individuale di assistenza" (PIA). Il MMG è coinvolto in tutto il processo assistenziale ed assume la responsabilità clinica dei processi di cura.

**CURE DOMICILIARI INTEGRATE DI TERZO LIVELLO E CURE DOMICILIARI PALLIATIVE A MALATI TERMINALI:** sono richieste dal MMG o dall'Ospedale, richiedono presa in carico, valutazione multidimensionale e progetto assistenziale e sono rivolte a persone con patologie che presentano elevato livello di complessità, instabilità clinica, presenza di sintomi di difficile controllo, necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver; sono rivolte a malati terminali (oncologici e non), a portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (Sclerosi Laterale Amiotrofica, distrofia muscolare), ad anziani in fase avanzata e complicata di malattia cronica; comprendono anche prestazioni complesse come la necessità di nutrizione artificiale parenterale o la necessità di supporto ventilatorio invasivo o in stato vegetativo e di minima coscienza. Gli interventi sono programmati sui 7 giorni settimanali, anche biquotidiani, con pronta disponibilità medica sulle 24 ore.

Nei confronti di malati terminali (oncologici e non) è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe professionale dedicata. A sostegno della domiciliarità, e quindi dell'anziano e della sua famiglia, a livello di ogni distretto socio-sanitario della regione, dal gennaio 2007 è stata erogata la misura economica del **Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA)**, la cui istituzione è prevista dall'articolo 47 della Legge regionale 12 del 2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari".

Dopo un anno di sperimentazione, con la Delibera di

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Giunta Regionale n. 219 del 7 marzo 2008: "Indicazioni per l'avvio della prima fase di messa a regime del fondo regionale della non autosufficienza", la Regione Liguria eroga il FRNA a coloro che presentano un valore ISEE fino ad un massimo di 20.000 euro, e che presentano un profilo di non autosufficienza con la "perdita di almeno 3 ADL, disturbi comportamentali e comorbidità"; in particolare, l'anziano non autosufficiente è definito come "persona che non si alimenta da sola e che ha bisogno di essere imboccata, non è in grado di vestirsi e di lavarsi, ha bisogno di aiuto per muoversi all'interno e all'esterno dell'abitazione, ha gravi disturbi cognitivi e comportamentali che alterano i rapporti relazionali con i familiari e con l'esterno, è portatrice di comorbidità rappresentata da più di due patologie disabilitanti, con trattamenti farmacologici necessari, ripetitivi o urgenti e con prognosi evolutiva". A livello di ciascun Distretto Sociosanitario sono operanti per tutti questi servizi:

- a) lo **Sportello Integrato Sociosanitario**, come unico accesso per i richiedenti la valutazione di non autosufficienza;
- b) l'**Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)**, per l'accesso alla rete dei servizi (domiciliari, residenziali e semiresidenziali), per procedere alla valutazione della non autosufficienza per gli anziani, è composta dal geriatra e dall'assistente sociale del Comune di residenza della persona da valutare; nella fase di sperimentazione del FRNA è stata richiesta anche la valutazione del medico di medicina generale.

L'UVM effettua la valutazione attraverso la scheda multidimensionale (AGED PLUS), che comprende l'esame dei parametri di autonomia, la comorbidità e i disturbi comportamentali; alla valutazione dell'autosufficienza è collegata la valutazione sociale che, integrata con la valutazione sanitaria, determina la valutazione sociosanitaria per il registro regionale per la non autosufficienza, disponibile in tutta la regione in ambiente WEB.

Accedono prioritariamente alla misura economica le persone con valore ISEE fino a 20.000 euro, secondo la condizione di maggiore gravità, compatibilmente con le risorse disponibili; con ISEE fino a 10.000 euro la misura riconosciuta è di entità massima di 350 euro mensili e con ISEE maggiore di 10.000 euro è riconosciuta per un importo pari a 280 euro mensili.

L'UVM elabora insieme alla famiglia il **Piano Individualizzato di Assistenza (PIA)** in cui si individua il respon-

sabile del caso (case manager), che procede alle verifiche indicate nel PIA stesso sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie e sull'utilizzo coerente della misura economica.

È prevista, inoltre, a livello regionale, da parte dell'Agenzia Sanitaria Regionale, la formazione congiunta per gli operatori distrettuali che partecipano alle Unità di Valutazione Multidisciplinare al fine di pervenire ad una omogeneità nella valutazione della non autosufficienza in ambito regionale.

Le cure domiciliari, integrate in alcuni casi dalla misura economica del FRNA, sono in rete con la residenzialità e la semiresidenzialità extraospedaliera, normata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 308 del 2005 "Indicazioni per il riordino della residenzialità extraospedaliera e revisione delle tariffe dal primo gennaio 2005", delibera che prevede livelli diversi di assistenza:

### RESIDENZIALITÀ

**Unità di Cure Intermedie:** per anziani con esiti invalidanti da episodio morboso acuto o anziani con fragilità clinica che richiede di essere stabilizzata; vengono erogate prestazioni diagnostiche, terapeutiche di cura e recupero funzionale a carattere residenziale, malati oncologici o altre polipatologie; è previsto il ricovero, quindi, di malati in fase post-acuta finalizzato al recupero dell'autonomia personale e alla stabilizzazione clinica.

**Residenza Sanitaria Assistenziale per postacuti:** per trattamenti di recupero per la fase postacuzie sono previste prestazioni terapeutiche di cura, riabilitazione e mantenimento funzionale delle abilità, con interventi di recupero a termine per anziani non autosufficienti con riduzione della funzione fisica, deficit cognitivi e/o comportamentali, polipatologie e patologie oncologiche non richiedenti cure di tipo ospedaliero o cure erogate dall'hospice.

**Residenza Sanitaria Assistenziale per mantenimento e Residenze Protette:** per anziani con esiti cronicizzati da polipatologie e da deficit cognitivi; sono previste prestazioni terapeutiche di mantenimento funzionale delle abilità, a carattere residenziale per non autosufficienti e/o cronicizzati e persone con demenza; assistenza medica, infermieristica, tutelare, attività rieducative e di animazione. Gli anziani con *non autosufficienza totale* vengono ricoverati in RSA di mantenimento; quelli con *autosufficienza parziale* in residenza protetta; la differenza tra le due tipologie di strutture è data

esclusivamente da un tempo maggiore di assistenza per ogni ricoverato prevista nella RSA di mantenimento rispetto alla residenza protetta. Sono compresi in questa tipologia anche i ricoveri di sollievo.

**Residenza Sanitaria Assistenziale per trattamenti sociosanitari per anziani con gravi patologie involutive** (demenze con disturbi comportamentali).

### SEMIRESIDENZIALITÀ

Sono previste due tipologie di centri diurni con diverse caratteristiche strutturali-organizzative:

**Centro Diurno di I livello:** tipologia di ospiti con vario grado di non autosufficienza senza prevalente disturbo cognitivo;

**Centro Diurno di II livello:** tipologia di ospiti con vario grado di non autosufficienza che accoglie anziani affetti principalmente da patologie psicoevolutive severe, il cui grado di non autonomia sia determinato dal deficit cognitivo; sono inclusi anche i pazienti con disturbi comportamentali.

### La rete integrata sociosanitaria per l'assistenza alla popolazione anziana nella Regione Liguria

La normativa regionale prevede quindi una rete di servizi sanitari e sociosanitari in "rete" che può essere così schematizzata (Fig. 1).

Nella riorganizzazione della rete integrata sociosanita-

ria il Consiglio regionale della Regione Liguria ha determinato alcuni obiettivi per il prossimo triennio con la delibera "Piano sociale integrato regionale 2007/2010 - legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) articoli 25 e 62" che prevede degli indicatori di livelli assistenziali da raggiungere per la popolazione anziana:

- incremento nel triennio dell'**assistenza domiciliare integrata** (ADI: attività sanitarie e aiuto domestico familiare), dall'attuale 3% su popolazione ultrasessantacinquenne al 6% al 31/12/2009 e comunque entro il 31/12/2010.
- incremento, nel triennio, della **residenzialità e semiresidenzialità** dall'attuale percentuale del 2,7% su popolazione ultrasessantacinquenne al 4% al 31/12/2009 e comunque entro il 31/12/2010.

### Punti di forza e punti di debolezza nell'assistenza all'anziano nella Regione Liguria

Le Aziende Sanitarie Locali possono governare in modo efficace l'assistenza all'anziano in quanto hanno come riferimento una legislazione regionale che, se realizzata nella sua completezza, permette una reale integrazione tra sociale e sanitario in una rete diversificata di servizi ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

È da evidenziare, inoltre, l'impegno della Regione e delle ASL nella promozione di corretti stili di vita, in

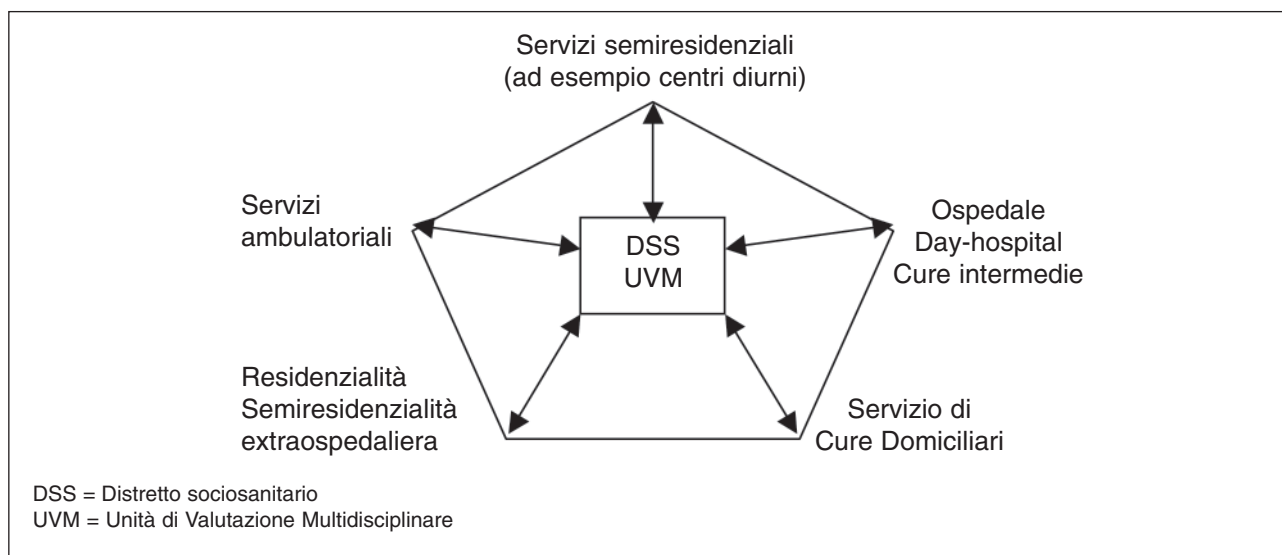


Figura 1

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

particolare l'attività motoria e l'alimentazione, per favorire il ben-essere dell'anziano e per prevenire o ritardare la comparsa della non autosufficienza.

Nonostante questo, rimangono alcuni punti di debolezza che non permettono ancora di sviluppare completamente la "specificità dell'approccio geriatrico" all'anziano "fragile" e "non autosufficiente"; in particolare va evidenziato che:

- a) sono insufficienti i geriatri (4-5 ogni anno!) che si specializzano presso l'Università di Genova;
- b) non è ancora stato attivato il master in geriatria per i laureati in scienze infermieristiche;
- c) in Liguria è carente la dotazione di posti letto per acuti di geriatria;
- d) non è ancora chiaro l'inserimento delle Unità di Cure Intermedie nella rete dei servizi, ed in particolare non viene riconosciuta l'importanza dell'approccio geriatrico all'assistenza in queste strutture;
- e) deve essere valorizzato maggiormente il ruolo delle strutture operative territoriali di geriatria all'interno del Distretto sociosanitario per non perdere la specificità propria della geriatria sul territorio;
- f) è inderogabile una revisione della D.G.R. 308/2005, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza residenziale, per adeguare i livelli di assistenza a quanto previsto dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza residenziale e semiresidenziale, e soprattutto per rispondere ad alcune tipologie di bisogni come gli anziani in stato vegetativo persistente.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Delibera Giunta Regionale n. 308 del 15 febbraio 2005: "Indicazioni per il riordino della residenzialità extraospedaliera e revisione delle tariffe dal primo gennaio 2005).

Legge Regionale n. 12 del 24 maggio 2006 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari".

Delibera Giunta Regionale n. 537 del 26 maggio 2006: "Rete per la non autosufficienza e le emergenze climatiche".

Delibera Giunta Regionale n. 1106 del 20 ottobre 2006: "Indirizzi per il fondo regionale della non autosufficienza".

Delibera Giunta Regionale n. 1164 del 27 ottobre 2006: "Indirizzi alle Aziende Sanitarie e ai Comuni per l'avvio dei Distretti sociosanitari, ai sensi della L.R. n. 12/2006".

Legge Regionale n. 41 del 7 dicembre 2006 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale".

Delibera Giunta Regionale n. 262 del 16 marzo 2007: "Indirizzi alle Aziende Sanitarie per l'assistenza alle persone affette da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza".

Delibera Giunta Regionale n. 337 del 30 marzo 2007: "Definizione dei livelli di assistenza sanitaria domiciliare".

Deliberazione del Consiglio Regionale – Assemblea Legislativa della Liguria – N. 35 del 1° agosto 2007: "Piano Sociale Integrato Regionale 2007/2010 – Legge Regionale 24 maggio 2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) articoli 25 e 62.

Delibera Giunta Regionale n. 219 del 7 marzo 2008: "Indicazioni per l'avvio della prima fase di messa a regime del fondo regionale della non autosufficienza".

Brizioli E. Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani. I luoghi della cura; anno V, n. 4, 2007, 7-10.

Manti A, Ferrari Bravo M. Stato di salute Popolazione ASL 4 Chiavarese – Seconda edizione anno 2007 – Patologie evitabili e fattori di rischio.

[www.demostat.it](http://www.demostat.it)