

ISSN 1723 - 7750

# I luoghi della cura

Anno VII - N. 2  
Giugno 2009  
TRIMESTRALE

2/2009

Poste Italiane S.p.A.  
In caso di mancato recapito, rinviare al CPR Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente  
previo addebito pagamento resi



  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



**CIC** Edizioni Internazionali

# I luoghi della cura



ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

*Un periodico scientifico-professionale,  
che affronta gli argomenti più rilevanti riguardanti  
l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita,  
in particolare quando il bisogno rende necessario  
un supporto organizzato.*

#### DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

#### COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo,  
Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia,  
Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi,  
Daniele Villani



## ABBONATEVI

*Abbonamento annuo (4 numeri) € 10,00*

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste 42 - 00198 Roma

Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppocic.it

Nome .....

Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

E-mail .....

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura*

Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00  
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00  
sulla mia Carta di Credito

VISA  AMERICAN EXPRESS  DINERS CLUB  EUROCARD  MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13): saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma .....

## SOMMARIO

### Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

### Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

### Direttore responsabile

Andrea Salvati

### Segreteria di redazione

Iole Di Francesco  
difrancesco@gruppcic.it

### Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile (Roma)  
arcangioli@gruppcic.it

### Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio  
garzonio@gruppcic.it  
Fabio Regini  
regini@gruppcic.it

### CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

#### Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma  
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688  
E-mail: info@gruppcic.it  
Site web: www.gruppcic.com

### Area Nord Italia:

Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)  
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

### Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003

R.O.C.: 6905/128611

### Stampa: Litografica '79 - Roma

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di maggio 2009

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2009



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

**Le donne, l'età della pensione: quali conseguenze per il sistema sociale?**

*Carla Facchini, Antonio Guaita, 5*

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

**Il presente delle strutture residenziali per anziani: il caso di Treviso**

*Giorgio Pavan, 8*

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

**Il ruolo del centro diurno-Alzheimer nel progetto di cura della persona con demenza**

*Daniele Villani, Adelaide Gregori, Simona Gentile, 12*

## Attività fisica adattata

*Francesco Benvenuti, Antonio Taviani, Barbara Nesi, Romana Giachi, Virginia Nucida, Teresa Bertelli, 15*

## MATERIALI DI LAVORO

**Unità di degenza per cure intermedie tra ospedale e territorio: una risposta possibile al problema del "timing" delle cure nel paziente cronico**

*Renzo Bagarolo, 18*

## ESPERIENZE (ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI)

**Studio sulla reale attendibilità della lista di attesa per l'accesso ai servizi residenziali di anziani non autosufficienti**

*Franco Cirio, Cristiana Pugno, 24*

## FAMIGLIA E VOLONTARIATO

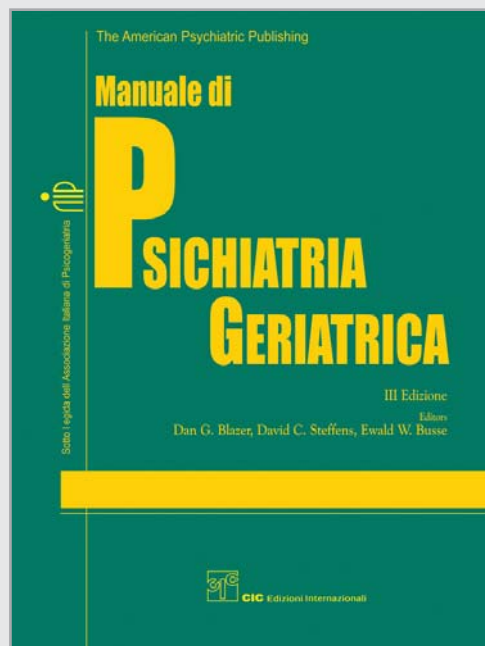
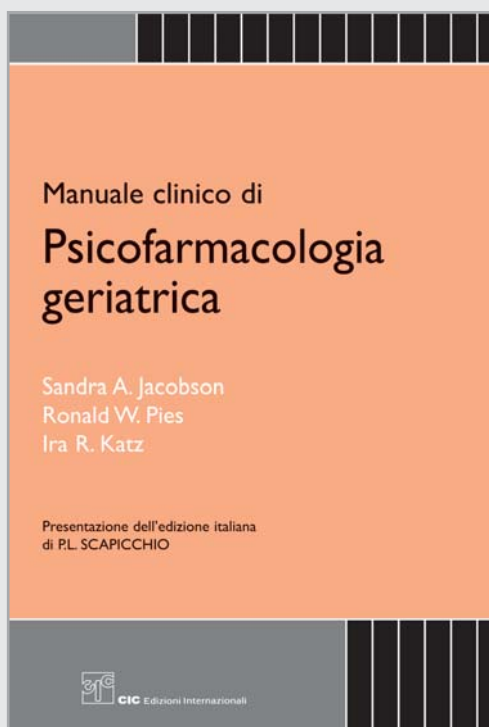
**Psicomotricità: le nuove frontiere della ginnastica per anziani**

*Gianni Ghidini, 29*

S.A. Jacobson, R.W. Pies, I.R. Katz

# Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Volume brossurato di 830 pagine  
f.to cm 16x23  
€ 70,00



D.G. Blazer, D.C. Steffens, E.W. Busse (eds.)

# MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

I edizione italiana della III edizione inglese  
Sotto l'egida dell'Associazione Italiana  
di Psicogeriatrica

Volume cartonato di 624 pagine  
f.to cm 21x28  
€ 120,00



**CIC** Edizioni Internazionali

## Le donne, l'età della pensione: quali conseguenze per il sistema sociale?

Carla Facchini\*, Antonio Guaita°

\* Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Milano - Bicocca

° Direttore Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

**L**a sentenza del 13 novembre 2008 della Corte di giustizia delle Comunità europee ha condannato l'Italia per la normativa che prevede, per i dipendenti pubblici, una differenziazione dell'età al pensionamento a seconda del sesso<sup>1</sup>; poiché tale richiesta di parificazione trova un forte consenso nell'attuale ministro del lavoro, che si è anzi fortemente pronunciato a favore di tale innalzamento, è molto probabile che in un prossimo futuro vi sia un mutamento normativo a riguardo.

Molte voci si sono espresse circa l'opportunità o meno di tale equiparazione, rimarcando soprattutto come il pensionamento anticipato costituisca una sorta di 'compensazione' di una serie di specifici 'svantaggi' delle donne nel mercato del lavoro (ad esempio, minori possibilità di carriera e minori retribuzioni, carriere lavorative discontinue, intreccio tra lavoro professionale e lavoro familiare). A noi, sembra utile focalizzare l'attenzione sul possibile impatto che l'innalzamento dell'età alla pensione delle donne può avere sul sistema di cura e sulla domanda di servizi sociali.

Prima di entrare nel merito, è però opportuno considerare tre elementi: a) il tasso di occupazione femminile per classi di età; b) la distribuzione attuale circa l'età al pensionamento nel settore pubblico; c) la centralità femminile nel lavoro di cura.

Per quanto riguarda il primo punto, nel 2007 il tasso di occupazione femminile è stato pari al 66,6% nella classe di età compresa tra i 35 e i 44 anni, al 58,3% per le 45-54enni, al 9% per quelle di 55-64 anni. Forti, come noto, le differenze territoriali: si passa infatti, rispettivamente, per le tre classi di età sopra delineate, da valori attorno al 50%, al 40% al 7% nelle regioni del Sud, a valori attorno al 75%, 70% e 10% in quelle del Nord (Istat, 2009a).

Occorre inoltre considerare che la presenza femminile è particolarmente consistente nel settore pubblico, vuoi in quanto connotato da orari (settimanali ed annuali) meno gravosi, vuoi in quanto prevede un maggior impiego di diplomati e laureati (ovvero di quei titoli di studio positivamente correlati all'occupazione femminile), vuoi infine in quanto le modalità di assunzione più formalizzate tendono ad essere meno discriminanti per le donne. Si rileva così che, sempre nel 2007, l'incidenza di occupazione nella Pubblica Amministrazione, nell'Istruzione, nella Sanità<sup>2</sup> era pari al 15,8% degli uomini, ma al 34,9% delle donne (Istat, 2009a).

Per quanto concerne il secondo punto, attualmente l'età modale di pensionamento nel settore pubblico è, per le donne, di 57 anni, ovvero di un anno inferiore a quella degli uomini: in particolare, si rileva un picco in corrispondenza dei 60 anni, quando si ha la facoltà di

<sup>1</sup> La procedura di infrazione non riguarda i dipendenti privati, in quanto il regime previdenziale Inps è considerato un regime *legale*, di natura previdenziale in senso tecnico, conforme alla normativa comunitaria. Il regime gestito dall'Inpdap rientra, invece, secondo la Commissione e la Corte di giustizia, tra i regimi *professionali*, nei quali il trattamento pensionistico è pagato al lavoratore direttamente dal datore di lavoro. Poiché l'art. 141 del Trattato CE definisce come retribuzione "il salario o trattamento normale di base o minimo, e tutti gli altri vantaggi pagati direttamente o indirettamente, in contanti o in natura, dal datore di lavoro al lavoratore, in ragione dell'impiego di quest'ultimo", il divieto di ogni discriminazione retributiva in base al sesso va applicato anche alle pensioni dei dipendenti pubblici (Leonello Tronti, [www.lavoce.com](http://www.lavoce.com) consultazione del 10 febbraio 2009). Ricordiamo, inoltre, che per le lavoratrici del settore pubblico il pensionamento a 60 anni è una possibilità non vincolante, introdotta con la riforma del 1995.

<sup>2</sup> Sono stati inseriti anche questi due settori, che in realtà non sono settori esclusivamente pubblici, dato che comunque sono a grande prevalenza pubblici e dato che le statistiche sulla forza lavoro dell'Istat non permettono una differenziazione più precisa.

accedere alla pensione di vecchiaia<sup>3</sup>. Per le donne, l'uscita dal mercato del lavoro avviene prevalentemente in corrispondenza dei requisiti previsti per il pensionamento di anzianità e per quello di vecchiaia; per gli uomini, invece, si distribuisce su di un arco di età più ampio, dato che il vincolo per la vecchiaia è più stringente ma, grazie a carriere lavorative più continuative, più probabile l'uscita per anzianità<sup>4</sup>.

Il terzo punto, infine, concerne la ripartizione, per genere e per generazioni, del lavoro familiare e domestico: tutte le ricerche e le stesse indagini Multiscopo dell'Istat ben evidenziano come tali attività siano di larga misura di pertinenza femminile, non solo nei casi in cui contratti di genere vedono l'uomo occupato nel mercato del lavoro e la donna casalinga, ma anche nei casi in cui entrambi i partner sono occupati. Nello stesso tempo, i dati rilevano anche che la fascia di donne più coinvolta nel lavoro di cura è quella tardo-adulta, costituita dalle 'cinquantenni', mentre molto contenuto è il carico lavorativo non solo degli uomini (a prescindere dalla classe di età), ma anche per le giovani donne che non hanno ancora costituito una propria famiglia (Istat, 2007).

Diversi sono gli elementi alla base di tale specifico appesantimento lavorativo delle cinquantenni: un modello tradizionale di divisione dei ruoli nella coppia, un farsi carico da parte delle madri dell'accudimento dei figli, anche adulti, che vivono ancora 'in famiglia'<sup>5</sup>; il sostegno dato sia ai figli che hanno invece costituito un autonomo nucleo familiare<sup>6</sup>, sia a genitori e suoceri, ormai molto anziani e spesso bisognosi di cura<sup>7</sup>. Da questo punto di vista, è il caso di ricordare che in Italia non solo i contratti 'di genere' sono molto più tradizionali rispetto alla maggior parte dei paesi europei, ma che è più radicato un modello di iper-accudimento dei figli e molto minore la disponibilità non solo di servizi sociali per gli anziani non autosufficienti, ma anche di servizi socio-educativi per i minori.

Fino ad ora, tale centralità familiare delle donne 'tardo-

adulte', specularmente alla ridotta presenza di un valido Welfare, è stata possibile non solo per il più recente ingresso femminile nel mercato del lavoro (al contrario delle quaranta-cinquantenni, le attuali anziane sono state di norma casalinghe), ma anche per la possibilità di pensionamenti in età anticipata.

Consideriamo ora, in base a tali elementi, l'impatto che l'innalzamento dell'età alla pensione può avere sui modelli di cura.

In primo luogo, i dati relativi ai tassi di occupazione femminile per classe di età evidenziano che nei prossimi 5-10 anni, quando ad essere interessate all'innalzamento dell'età alla pensione saranno le attuali 55-64enni, la percentuale di donne interessate ai provvedimenti in questione sarà sostanzialmente molto modesta (attorno al 5-6% senza forti differenze territoriali). Nel decennio successivo, quando entreranno nella classe di età corrispondente alla pensione le attuali 45-54enni, si salirà invece a circa il 20-25% nelle regioni settentrionali, al 12-15% in quelle meridionali.

Vale a dire che, rispetto alla situazione attuale, che vede una forte propensione femminile per il pensionamento 'anticipato', l'impatto sociale della nuova normativa nel medio periodo sarà tutt'altro che modesto e che forti potranno essere le ripercussioni sul carico complessivo di lavoro femminile e sulla disponibilità alla solidarietà parentale.

Consideriamo il primo aspetto. È certo possibile che una posticipazione del pensionamento femminile possa giocare a favore di una più equa ripartizione dei compiti familiari all'interno della coppia e tra genitori e figli. Sembra però difficile ipotizzare che tale posticipazione modifichi, di per sé, equilibri che si sono consolidati negli anni, mentre appare più probabile che si traduca in un appesantimento del carico lavorativo complessivo delle donne, in un'età peraltro soggetta ad un ridimensionamento delle proprie capacità fisiche.

Consideriamo ora il secondo aspetto. Ci sembra assai

<sup>3</sup> Le donne che si pensionano a 65 anni o dopo sono comunque circa il 23% di quelle che si pensionano per vecchiaia.

<sup>4</sup> Fonte: Inpdap, Trattamenti pensionistici dei pubblici dipendenti, anno 2007.

<sup>5</sup> L'aspetto nuovo è che il sostanziale esonero dei lavori domestici e familiari riguarda non solo i maschi, ma anche le femmine (Istat, 2009b).

<sup>6</sup> Tale sostegno è, ovviamente, ancora maggiore nel caso in cui i figli, e ancor più le figlie siano, a loro volta, diventati genitori (Istat, 2008).

<sup>7</sup> Si consideri, a riguardo, da un lato il fatto che a 85 anni risultano ancora in vita oltre la metà delle donne e circa un terzo degli uomini, e che l'Istat stima attorno al 50% la percentuale di ultraottantenni soggetti ad una qualche forma di invalidità. Il fatto che, negli ultimi anni, il lavoro concreto di cura sia, in non pochi casi, svolto da persone retribuite, non ha però comportato, come diverse ricerche evidenziano, una dismissione del ruolo di care-giver da parte dei familiari (non a caso, del resto, gli anglosassoni distinguono fra "care giver" e "helpers": al primo spetta comunque una serie di compiti, soprattutto decisionali e di disponibilità alla relazione e alla consulenza a chi in quel momento è l'"helper" che, di solito, non si assume compiti decisionali senza appoggio e consulenza di un familiare di riferimento).

probabile che il prolungamento dell'attività lavorativa delle donne comporti una loro minore disponibilità ad essere l'anello 'forte' della solidarietà generazionale: verso i figli giovani sostenendoli nel carico di lavoro che comporta la genitorialità, verso i genitori anziani, supportandoli nel loro bisogno di cura e di assistenza.

Certo, il lavoro di cura può e potrà essere 'acquistato' sul mercato privato, costituito soprattutto da persone immigrate (come avviene attualmente per le 'badanti', che accudiscono circa 700.000 anziani non autosufficienti); è però evidente che, per le famiglie, i costi di tale soluzione sono rilevanti e non da tutti sostenibili. Inoltre, non è scontata la disponibilità di poter ricorrere anche nel futuro ad immigrati disponibili ad abitare con le famiglie che accudiscono, rinunciando, in cambio del reddito, ad una propria vita familiare.

Fra le molte domande che tale situazione suscita, quella su cui si vuole richiamare l'attenzione è se sia stato considerato l'impatto che la posticipazione del pensionamento femminile avrà, molto presumibilmente, sul complessivo sistema di cura. Più correttamente, la questione è quali siano le politiche che si intendono sviluppare per evitare che l'equiparazione dell'età al pensionamento di uomini e donne comporti, oltre ad una indubbia positività per il sistema previdenziale, co-

sti sociali estremamente consistenti, risultando così un esempio paradigmatico dei ben noti 'effetti perversi' dell'azione sociale.

A meno che, ovviamente, non si ritengano economicamente, oltre che socialmente accettabili, conseguenze quali diminuzione della fecondità delle giovani donne occupate, piuttosto che loro minor presenza nel mercato del lavoro da un lato; maggior domanda di istituzionalizzazione per le persone anziane dall'altro. Non vi sono, da parte nostra, questioni di principio in merito ad una equiparazione che è certamente l'applicazione di un principio di uguaglianza fra cittadini e che, come tale, è da accogliere positivamente. Purché, ovviamente, porti con sé l'esigenza di uno sviluppo di politiche pubbliche e di servizi efficienti per gli anziani, per i bambini e, anche per i giovani.

## BIBLIOGRAFIA

Istat, I tempi della vita quotidiana. Un approccio multidisciplinare all'analisi dell'uso del tempo, anni 2002-2003, Istat, Roma 2007.

Istat, Conciliare lavoro e famiglia. Una sfida quotidiana, Istat, Roma 2008.

Istat, Forze di lavoro, Media 2007, Istat, Roma 2009a.

Istat, La vita quotidiana nel 2007. Indagine multiscope annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana, Istat, Roma 2009b.

### NURSING GERIATRICO *Collana diretta da M. Trabucchi*

L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank

## MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI

I edizione italiana dalla II edizione inglese  
a cura di Marco Trabucchi

Volume brossurato di 564 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 50,00



CIC Edizioni Internazionali



## Il presente delle strutture residenziali per anziani: il caso di Treviso

**Giorgio Pavan**

*Direttore socio sanitario ISRAA  
Presidente FREIA, Associazione Italiana Psicologia Gerontologica*

**L**o stimolo per la stesura di questo articolo è venuto dalla lettura dell'interessante editoriale di Zanetti e Trabucchi apparso sul numero 2 del 2008 di questa rivista. Oltre alle importanti riflessioni di merito, ciò che mi ha stimolato è stata la visione disincantata sulle strutture per anziani, approccio che ci consente di superare l'usurato stereotipo che vede nella istituzionalizzazione un male da evitare, aprendo dunque ad una prospettiva di qualità possibile anche all'interno di questi ambienti. Si tratta di un approccio realista e positivista che, non dimenticando che il primo luogo di cura per l'anziano è la sua casa, la sua famiglia, l'ambiente in cui vive, sottolinea come anche le strutture residenziali possano rappresentare una opportunità per vivere bene. A volte, in certe situazioni, addirittura meglio che a casa propria. Dall'altra parte, sempre a proposito di luoghi comuni, riflessioni di questo tipo aiutano le strutture per anziani a non sentirsi più le "Cenerentole" del sistema sociosanitario, ma piuttosto a vivere il proprio ruolo sociale con maggiore dignità, impegno e valore.

Per portare un contributo verso l'auspicato ripensamento dell'offerta dei servizi residenziali, nonché di una maggiore qualificazione all'interno della rete, ho cercato di riassumere l'esperienza maturata dall'Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza Anziani (ISRAA) di Treviso.

### **IL CONTESTO**

L'ISRAA di Treviso è un Istituto di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB) che ospita 872 anziani, di cui 680 non autosufficienti, in quattro diverse sedi della città e in 32 mini appartamenti per anziani autonomi. Da una

decina di anni è stata avviata una profonda riorganizzazione dei servizi che ha riguardato, oltre all'organizzazione stessa, anche la costruzione, ristrutturazione ed adeguamento dei fabbricati.

Dieci anni fa l'ISRAA ospitava 802 anziani, di cui 470 non autosufficienti, suddivisi in reparti che ospitavano mediamente 67 anziani. I servizi erano indifferenziati, la struttura organizzativa non aveva una chiara articolazione della responsabilità e del coordinamento, gli operatori erano pochi e l'attività era prevalentemente orientata all'accudimento.

In questi dieci anni sono intervenuti molti cambiamenti, due di fondamentale importanza:

1. una nuova cultura dell'invecchiamento;
2. le nuove politiche per gli anziani.

Per quanto riguarda il primo punto, gli aspetti salienti riguardano l'attenzione alla globalità, la lettura delle patologie all'interno del quadro funzionale generale, la multidimensionalità della salute, la modificabilità del processo di invecchiamento: concetti che hanno posto come nuovo obiettivo centrale dei servizi residenziali (e non solo) il tema della qualità di vita degli anziani.

Per quanto riguarda il secondo punto, sono state emanate normative che hanno spinto i servizi verso la lettura multidimensionale della salute dell'anziano, la multiprofessionalità, il lavoro d'équipe, l'integrazione dei servizi, l'adozione di nuovi modelli organizzativi e il lavoro in rete.

Queste spinte culturali, politiche ed organizzative hanno aiutato le strutture per anziani del Veneto ad avviare un cambiamento senza precedenti che l'ISRAA ha interpretato sviluppando un progetto di medio termine che ha consentito il raggiungimento di importanti obiettivi.



## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

### ALCUNE UTILI INFORMAZIONI

Considerato che ogni regione italiana ha emanato per gli anziani politiche diverse, può tornare utile a chi legge, soprattutto se di un'altra regione, un sintetico elenco che fornisce il quadro entro il quale operano le strutture residenziali per gli anziani nel Veneto:

- il bisogno degli anziani viene definito attraverso la Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (SVAMA) a cura dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale. Sulla base di questa scheda multidimensionale, viene definito il progetto riguardante l'anziano; tale scheda viene utilizzata, inoltre, attraverso un indicatore di sintesi, per formare le graduatorie per l'accesso ai servizi residenziali. La priorità è data ai punteggi più elevati, che esprimono un maggiore bisogno;
- per accedere ai finanziamenti regionali per la non autosufficienza, le strutture accreditate (o attualmente in via di accreditamento) devono seguire le "regole del gioco" regionali dettate dall'appartenenza alla rete dei servizi: ad esempio, rispettare le graduatorie, consentire il diritto di scelta ai fruitori, utilizzare strumenti informatici e cartacei condivisi, rispettare gli standard assistenziali, strutturali e tecnologici, essere trasparenti nella determinazione delle rette, definire gli standard qualitativi ed i diritti dei fruitori nella carta dei servizi;
- gli anziani non autosufficienti sono divisi, sulla base dei profili SVAMA, in due grandi categorie definite di primo e secondo livello. Per il primo livello, che riguarda circa 22.000 anziani, viene previsto un contributo regionale di 46,87 €/giorno, per i circa 3.000 del secondo livello (di maggiore intensità sanitaria) di 53,56 €/giorno. Per la gestione della struttura, a queste risorse economiche (da impiegare per il reclutamento degli operatori, infermieri, coordinatori, educatori, assistenti sociali e psicologi) si aggiungono quelle derivanti dalle rette a carico degli anziani;
- ci sono poi circa 150 posti nella Sezione Alta Protezione Alzheimer, con un contributo di 103,29 €/giorno, oltre la retta pagata dalla famiglia;
- infine ci sono circa 100 posti in Sezioni per malati in Stato Vegetativo Permanente, con una quota di rimborso giornaliero di 180,75 €/giorno, per i quali non viene prevista la retta.

Oltre a ciò, attraverso una convenzione con le Azien-

de Unitarie Locali Socio Sanitarie (AULSS), basata sullo schema tipo regionale, per gli anziani non autosufficienti in struttura viene prevista la fornitura gratuita di tutti i farmaci compresi nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO), le protesi, gli ausili, le visite specialistiche, nonché un fisioterapista ogni 60 anziani, un logopedista ogni 200 anziani, un medico di medicina generale ogni 60 anziani (per 18 ore alla settimana), l'attività di coordinamento sanitario a garanzia del rispetto della convenzione in essere.

### FILOSOFIA E ORGANIZZAZIONE DELL'ISRAA

La filosofia dell'ISRAA è bene espressa dalla sua missione: *"Mettere a disposizione degli anziani che non possono o non desiderano più abitare nella loro casa, un luogo ove vivere serenamente, aiutandoli a mantenere il più possibile l'autonomia delle loro azioni e delle loro scelte"*. Obiettivo è la loro qualità di vita soggettiva intesa come il soddisfacimento dei bisogni e dei desideri, da raggiungere nel modo più autonomo possibile (chiaramente in modo compatibile con le condizioni di vita, di salute, di risorse disponibili).

I principali strumenti utilizzati a tale fine sono un chiaro ed articolato modello organizzativo che individua ruoli, funzioni e responsabilità, il lavoro d'equipe, la competenza professionale ed emotiva degli operatori (formazione continua), la motivazione e la partecipazione del personale ai processi di lavoro e di relazione, l'alleanza terapeutica con le famiglie.

Lavorano oggi all'ISRAA oltre 500 persone, tra cui 300 operatori, 50 operatori capoturno, 70 infermieri, 14 coordinatori, 12 medici di medicina generale, 11 fisioterapisti, 11 psicologi, 11 educatori, 7 logopediste, 6 assistenti sociali, oltre al personale di portineria, di cucina, ai manutentori, al personale dei servizi amministrativi e ad altri servizi di supporto (ad esempio pulizie, lavaggio biancheria ospiti).

### LE SCELTE DI FONDO E LA DIVERSIFICAZIONE DEI SERVIZI

Convinti che sia necessario superare un approccio indifferenziato, i 24 nuclei residenziali dell'ISRAA per la non autosufficienza, emersi dalla riorganizzazione, sono stati predisposti per rispondere a tre livelli tendenziali di bisogno:

- il livello delle persone cognitivamente integre con problemi funzionali;
- il livello delle persone con grave compromissione sanitaria;
- il livello delle persone con problemi cognitivi.

In questo modo, in ingresso gli anziani sono accolti nei nuclei non solo sulla base del punteggio in graduatoria (la sintesi di un numero, magari utile per le procedure amministrative, non rappresenta mai la complessità di una persona), ma anche tenendo conto degli effettivi bisogni espressi (profilo SVAMA e valutazione UVMD) e della disponibilità della rete di fornire la risposta mirata al bisogno. In questo modo, ai tre diversi livelli di assistenza dei nuclei si collegano tre aggregazioni diverse dei profili SVAMA, mentre poi all'interno dei nuclei ci sono ulteriori specializzazioni per rispondere, in modo ancor più mirato, al problema prevalente della persona ricoverata (ovviamente, per tutti i livelli, senza dimenticare l'approccio globale alla persona).

Nello specifico i nuclei sono così suddivisi:

- 7 nuclei dedicati alle demenze, per un totale di 172 posti letto (mediamente 24 posti letto per nucleo), oltre a due Centri Diurni Alzheimer per una capienza di 22 posti. Tali nuclei sono a loro volta differenziati su tre livelli, due per i disturbi del comportamento, tre per le demenze iniziali e intermedie, senza disturbi del comportamento, due per la fase finale della demenza, quando diventa prevalente il problema sanitario. All'interno di questi nuclei, i servizi disponibili sono il ricovero definitivo, il ricovero temporaneo riabilitativo o di sollievo nella sezione alta protezione Alzheimer, il Centro Diurno e la residenzialità notturna.
- 8 nuclei per anziani con gravi compromissioni sanitarie per un totale di 216 posti letto per una media di anziani per nucleo pari a 27. Per dare il senso della tipologia del bisogno presente, allo stato attuale in questi nuclei sono ricoverate 62 persone con nutrizione entrale tramite PEG, 13 persone con nutrizione entrale tramite sondino naso gastrico (SNG), circa 25 persone con lesioni da decubito di terzo grado (da dimissione ospedaliera o in entrata!), mentre il 70% è in condizione di totale dipendenza. All'interno di questi nuclei i servizi disponibili sono il ricovero definitivo, il ricovero temporaneo riabilitativo, di sollievo o di emergenza, la sezione per persone in stato vegetativo permanente, un polo di disponibilità ospedaliera per le dimissioni ospedaliere protette e la continuità assistenziale.
- 9 nuclei per anziani con problemi funzionali, per un totale di 270 anziani per una media di anziani per nucleo di circa 30 persone. In questi nuclei le principali attività sono orientate alla riabilitazione funzionale, alla riattivazione sociale, al mantenimento della massima autonomia possibile. All'interno di questi nuclei i servizi disponibili sono il ricovero definitivo, il ricovero temporaneo riabilitativo, di sollievo o di emergenza.

Considerato che nelle graduatorie per l'accesso alle strutture residenziali del territorio nel quale l'ISRAA lavora ci sono oltre 500 persone in attesa, all'interno dei numeri espressi sono compresi 28 posti letto dedicati ai ricoveri temporanei per anziani non autosufficienti, presenti nelle graduatorie dell'AULSS, ma che non hanno ancora acquisito l'impegnativa di residenzialità (contributo economico regionale per la non autosufficienza).

Un dato di grande rilievo rispetto al passato riguarda i ricoveri temporanei (da due a tre mesi): nel primo semestre del 2008, a fronte di 63 ricoveri definitivi ci sono stati 135 ricoveri temporanei, confermando il dato di tendenza del 2007. Questi numeri sembrano testimoniare che il servizio temporaneo svolge una funzione importante per le famiglie e gli anziani, a supporto della domiciliarità.

Altri dati di sintesi che possono dare ulteriori informazioni, sono i seguenti:

- 0,85% è il tasso di ospedalizzazione 2007 (giornate ospedale/giornate in residenza);
- 18,3 % è la mortalità complessiva 2007;
- 293 sono state le Unità Operative Interne (équipe formali);
- 281 gli incontri formali di coordinamento a vario titolo (con operatori, professionisti).

### Lo SBocco NEL TERRITORIO

Lavorare in rete significa, tra le altre cose, mettere la propria esperienza al servizio del territorio. In questa prospettiva, da quattro anni a questa parte l'ISRAA è il soggetto gestore della Rete Alzheimer dell'AULSS 9 di Treviso. Il progetto, previsto e finanziato dal Piano di Zona, ha all'attivo i seguenti servizi:

- LineAlzheimer: numero telefonico attivo 365 giorni all'anno, per dar informazioni alle famiglie.
- SAPAD: la sezione alta protezione Alzheimer domiciliare realizza, ogni anno, circa 100 progetti di sup-

## QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

porto al malato di demenza ed alle famiglie che lo assistono. Si tratta di progetti di supporto psicologico, ma anche di formazione e training operativo per la corretta assistenza a domicilio (ambiente, vestizione, alimentazione, bagno, comunicazione, gestione delle crisi). Ogni progetto prevede 14 interventi a domicilio di 60/90'.

- Tre Caffè Alzheimer distrettuali: sono luoghi dove le famiglie e i malati si incontrano mensilmente, in ambienti non istituzionali, per stare assieme, formarsi, informarsi, aiutarsi, con l'aiuto di esperti dei servizi e del volontariato.
- Attività di sensibilizzazione e informazione: nei diversi distretti socio sanitari dell'AULSS 9: si tratta di iniziative culturali come eventi, convegni, conferenze che hanno come obiettivo la sensibilizzazione della cittadinanza al tema delle demenze.
- Erogazione di un assegno di cura (circa € 500 al mese) alle famiglie che accudiscono a casa anziani affetti da demenza, con disturbi del comportamento. Attraverso questa modalità, ogni anno l'ISRAA raggiunge oltre 500 famiglie del territorio dell'AULSS 9.

Infine, a settembre 2008 aprirà i battenti un laboratorio di riabilitazione e stimolazione cognitiva aperto al territorio.

Questa iniziativa ha permesso di abbattere alcuni muri che separavano la struttura del territorio e, agli operatori dell'ISRAA, di respirare un'aria diversa, di lasciarsi contagiare dalle altre culture dei servizi, di interessare rapporti con gli altri soggetti della rete dei servizi. L'esperienza ci ha insegnato che una maggiore conoscenza personale, professionale ed operativa tra soggetti di diversi enti e servizi, ma tutti appartenenti alla stessa

rete, costituisce una forte spinta ad una fattiva integrazione per il grande obiettivo comune della qualità della vita dei nostri anziani.

## CONCLUSIONI

L'obiettivo dell'ISRAA di Treviso era la trasformazione di una grande struttura pubblica, un po' affaticata dagli anni, dai numeri e dalle vecchie abitudini custodialistiche, in un moderno centro di servizi per anziani in grado di rispondere, in modo mirato e personalizzato (specializzato), all'evoluzione dei loro diversificati bisogni.

Pure nella sintesi dell'esposizione, con questo articolo si voleva dunque testimoniare che gli indirizzi auspicati da Zanetti e Trabucchi per il futuro fanno già parte, con tutti i problemi e le difficoltà del caso, del nostro presente. Si tratta ora di lavorare per il consolidamento di queste idee e per consentire che non si tratti solo di esperienze circoscritte, ma di una realtà in continua espansione ed evoluzione.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

AAVV. Le strutture residenziali per anziani e il responsabile di nucleo, Maggioli Editore, 2006.

Gori C. (a cura di) Le politiche per gli anziani non autosufficienti, Franco Angeli, 2001.

Scortegagna R. Progetto Anziani, NIS, 1996.

Tognetti Bordogna M. I grandi anziani tra definizione sociale e salute, Franco Angeli, 2007.

Trabucchi M. I vecchi, la città e la medicina, Il Mulino, 2005.

# Il ruolo del centro diurno-Alzheimer nel progetto di cura della persona con demenza

Daniele Villani, Adelaide Gregori, Simona Gentile

Fondazione "Istituto Ospedaliero di Sospiro", Sospiro (CR)

La storia della cura delle persone affette da malattia di Alzheimer, anche in questi ultimi due decenni di rinnovato interesse per la malattia, è troppo spesso gravata da importanti limiti: la scarsa conoscenza della malattia, il ritardo nella diagnosi, l'insufficiente *counseling* alla famiglia, la frammentazione della cura, lo scarso collegamento tra i diversi *setting* di cura, l'incapacità di vedere il malato come protagonista della cura e, per converso, la tendenza a considerarlo oggetto passivo dei nostri interventi, la gestione pressapochista delle ultime fasi di vita. L'elenco dei limiti e delle carenze potrebbe essere anche più lungo, ma suonerebbe come una ingiusta generalizzazione nei confronti di chi professionalmente si è speso per questi malati e le loro famiglie. È innegabile, tuttavia, che anche oggi, a distanza di 102 anni dalla prima descrizione della malattia, dopo un quarto di secolo dalla definizione dei criteri diagnostici della malattia di Alzheimer, dopo 11 anni dalla commercializzazione in Italia del primo inibitore delle colinesterasi e più di venti dalla comparsa di taurine, ci troviamo quasi quotidianamente di fronte a situazioni che non ci soddisfano. Non ci soddisfano per il ritardo diagnostico, per un'istituzionalizzazione troppo precoce, per l'assenza di una tempestiva ed efficace assistenza domiciliare, per l'abbandono in un ambiente familiare troppo logorato o inadeguato, per dirompenti ricoveri ospedalieri fatti sull'onda dell'emergenza e portatori di danni piuttosto che di benefici. Ciò che manca più di ogni altra cosa, l'elemento di cui più sentiamo la mancanza, è il *progetto di cura*. La malattia di Alzheimer, così come la maggior parte delle altre demenze, si caratterizza per: lunga durata (Jing et al., 2008), mutevolezza dei biso-

gni, necessità di risposte sanitarie/assistenziali di volta in volta diverse, forte dipendenza dal contesto sociale e familiare. Se è chiaro che di fronte ad una condizione di questo tipo la diagnosi costituisce il momento primo e fondamentale, è altrettanto chiaro che, dopo la diagnosi, l'assenza di un intervento coordinato, competente, capace di indirizzare il malato e la famiglia verso i giusti farmaci, i giusti servizi, gli opportuni provvedimenti legislativi, l'assenza cioè di un progetto di cura, rischia di trasformare una diagnosi ben fatta in uno sterile esercizio di clinica medica. Senza un progetto di cura il malato diventa davvero una navicella abbandonata nello spazio siderale dei servizi, delle sigle, degli sportelli, dei bonus, voucher... (non affronteremo le profonde differenze che esistono tra regione e regione, tra provincia e provincia: il compito sarebbe al di fuori delle nostre competenze; ci limiteremo solo ad osservare che se spesso manca il progetto di cura del singolo malato, certamente manca un progetto di cura di respiro nazionale).

Il decorso della malattia di Alzheimer potrebbe essere schematicamente descritto in tre fasi. Quella diagnostica, iniziale; quella severa, terminale; quella intermedia, la più lunga, durante la quale la sintomatologia è florida, il disagio della famiglia è forte, le difficoltà di individuare percorsi di cura e luoghi di cura sono particolarmente vive. Se la prima fase si svolge a casa, nell'ambito familiare, e l'ultima fase si svolge quasi sempre in RSA, la fase intermedia si snoda tra ospedali, ambulatori, centri diurni, assistenza domiciliare, badanti: e questo percorso è sovente tormentato e doloroso, privo di una coerenza e di un reale *case management*. Tre sono gli attori principali: la famiglia, il medico di

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

medicina generale, il malato. Intorno ad essi ruota una rete di servizi che – questa è la nostra esperienza – sono raramente coordinati.

Tra questi servizi il Centro Diurno-Alzheimer (CDA) occupa un posto molto significativo.

La letteratura scientifica relativa ai centri diurni (*day care*) per i malati di Alzheimer (CDA) non è molto abbondante, e talvolta in disaccordo su alcuni temi. È probabile che due fattori concorrano a questo fatto: il basso numero di persone che frequentano ciascun centro diurno, che rende difficile la produzione di studi su grandi numeri di malati; le diversità di gestione e di metodologie di intervento, che limitano le osservazioni su campioni omogenei di popolazione. Inoltre gli strumenti di misurazione utilizzati sono spesso inadeguati a cogliere i piccoli ma significativi cambiamenti ecologici dei malati di Alzheimer, e risulta quindi difficile esprimere in termini *evidence based* i miglioramenti ottenuti. La revisione della produzione scientifica registrata da *Medline* negli ultimi tre anni fornisce alcuni spunti di riflessione.

La frequenza di un centro diurno sembra rallentare il declino cognitivo che inevitabilmente si verifica nel caso di una successiva istituzionalizzazione (Wilson et al., 2007), mentre un recente studio prospettico conclude che la frequenza di un *day-care service* aumenta il rischio di istituzionalizzazione (McCann et al., 2005). In un centro diurno gli interventi di socializzazione sono determinanti nel ritardare il momento del ricovero definitivo (Cohen-Mansfield e Wirtz, 2007), così come certi tipi di attività fisica di gruppo sembrano migliorare la funzionalità dei pazienti (Netz et al., 2007) e ridurre alcuni disturbi comportamentali (Woodhead et al., 2005). Quanto ai *caregivers*, un interessante studio esplorativo svedese suggerisce che il centro diurno è probabilmente una forma di sostegno più efficace per familiari che assistono persone in fase lieve di malattia, e che non sono ancora troppo provati dal peso dell'assistenza (Måvall e Thorslund, 2007). Infine, poiché la flessibilità del servizio sembra essere una delle caratteristiche più importanti per fornire sollievo ai *caregivers* (Shanley, 2006), il CDA si propone come uno dei luoghi migliori per alleggerire i familiari dalla fatica dell'assistenza. Alcuni aspetti dell'attività svolta in un centro diurno sono dunque riconosciuti come utili e positivi, sia per la famiglia, sia per i *caregiver*, con il sollievo che deriva a questi ultimi; è riconosciuto il vantaggio prodotto dalle attività socializzanti e dalle attività fisiche; più incerto è l'effetto ritardante l'istituzionalizza-

zione, mentre sembra positivo, anche alla luce della nostra personale esperienza, l'effetto sulla rapidità di progressione della malattia, soprattutto se si confrontano i pazienti che frequentano un centro diurno con quelli che vengono ricoverati in un nucleo Alzheimer. Ma torniamo al ruolo che il CDA riveste nel progetto di cura. Il CDA, a differenza di altri servizi e strutture che si occupano di malati di Alzheimer, presenta alcune peculiarità:

1. È un ambito privilegiato di osservazione del malato. Durante le ore di permanenza al CDA il personale specializzato osserva i comportamenti del malato, rileva il suo livello di autonomia, verifica, in un setting di tipo domestico, le competenze del malato nelle attività di base e in quelle strumentali.
2. È un ambito privilegiato di intervento. Dopo un'osservazione attenta e competente, il personale può mettere in atto le strategie comportamentali più adeguate per contrastare o anticipare eventuali disturbi del comportamento; attua inoltre gli interventi educativi e riabilitativi possibili per mantenere le competenze e l'autonomia, anche in questo caso operando in un setting molto vicino a quello familiare e lontano da situazioni "da laboratorio" che risulterebbero stranianti per questi malati.
3. Consente di costruire un rapporto con la famiglia di tipo non autoritario e paternalistico. A differenza delle relazioni che si sviluppano in ambiti residenziali, il CDA stringe con la famiglia un rapporto più paritario, in equilibrio tra il professionale e l'amicale. I momenti della presa in carico del paziente al mattino, il momento della restituzione a casa nel pomeriggio, lo scambio di consegne e informazioni famiglia/operatori che avviene in questi due momenti e anche attraverso l'utilizzo di quaderni di dialogo: tutto ciò porta alla costruzione di un rapporto con la famiglia che, se ben gestito, produce risultati positivi sul malato e sulla famiglia.
4. Favorisce l'avvicinamento del medico di medicina generale (MMG). In molti casi il MMG è solo superficialmente coinvolto nel progetto di cura del malato. Il CDA offre la possibilità di comunicare con il MMG, che rimane il gestore del paziente, per diversi motivi: ad esempio per condividere una terapia farmacologica o un sospetto diagnostico, per segnalare un effetto collaterale.
5. È un luogo di informazione ed educazione del familiare. Il rapporto che si stabilisce tra operatori e famiglia, regolare, frequente, permette il passaggio

continuo di consigli gestionali e suggerimenti comportamentali. Questo tipo di formazione è spesso bidirezionale in quanto il familiare può a sua volta dare preziose indicazioni agli operatori del CDA.

6. È un luogo di verifica dei trattamenti. L'efficacia di trattamenti farmacologici e non farmacologici, o gli eventuali effetti negativi degli uni e degli altri, sono oggetto di facile valutazione nelle molte ore che il paziente trascorre al CDA in un contesto ambientale, vogliamo ancora sottolineare, simile a quello domestico: si riproduce nel CDA qualcosa di molto simile al *real world*, e differente dal clima asettico dei *clinical trials*.
7. Fornisce sollievo ai *caregivers*. Il CDA, per le sue caratteristiche di flessibilità e per l'assistenza qualificata che viene data al paziente, può sollevare il familiare che cura dalla fatica del suo compito.
8. Infine, il CDA è un setting ideale per definire il progetto di cura. La lunga osservazione del malato, la forte interazione con la famiglia, il dialogo con il MMG sono tutti elementi ideali per delineare, senza la pressione dell'emergenza, un progetto di cura per gli anni a venire, ipotizzando le possibili soluzioni future e i possibili interventi: dall'istituzionalizzazione, al rientro al domicilio con opportuna assistenza, al ricorso periodico al centro diurno, fino a suggerimenti su come modificare l'ambiente domestico e alla pianificazione anticipata delle cure.

Nel CDA la persona affetta da demenza sembra rimanere, a differenza di altri luoghi di cura, protagonista della propria vita e della propria malattia. La dignità di

persona è conservata e la vita prosegue, pur nella malattia, su percorsi molto vicini a quelli di una vita normale.

## BIBLIOGRAFIA

- Cohen-Mansfield J, Wirtz PW. Characteristics of adult day care participants who enter a nursing home. *Psychol Aging* 2007;22(2):354-60.
- Jing Xie et al. Survival times in people with dementia: analysis from population based cohort study with 14 year follow-up. *BMJ* 2008;336:258-62.
- Måvall L, Thorslund M. Does day care also provide care for the caregiver? *Arch Gerontol Geriatr* 2007;45(2):137-50.
- McCann JJ et al. The effect of adult day care services on time to nursing home placement in older adults with Alzheimer's disease. *Gerontologist* 2005;45(6):754-63.
- Netz Y, Axelrad S, Argov E. Group physical activity for demented older adults feasibility and effectiveness. *Clin Rehabil* 2007;21(11):977-86.
- Shanley C. Developing more flexible approaches to respite for people living with dementia and their carers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2006;21(4):234-41.
- Wilson RS et al. Nursing home placement, day care use, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):910-5.
- Woodhead EL, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia: the effects of physical activity at adult day service centers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2005;20(3):171-9.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Ferri CP et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005;366: 2112-17.

## Attività fisica adattata

**Francesco Benvenuti, Antonio Taviani, Barbara Nesi, Romana Giachi, Virginia Nucida, Teresa Bertelli**

*Dipartimento della Riabilitazione e delle Fragilità, AUSL I, Empoli*

### **ATTIVITÀ FISICA ADATTATA**

Per Attività Fisica Adattata (AFA) si intendono programmi di esercizio non sanitari, svolti in gruppo, appositamente disegnati per cittadini con malattie croniche, finalizzati alla modificazione dello stile di vita per la prevenzione terziaria della disabilità (Macchi et al., 2008). È stato dimostrato che in molte malattie croniche il processo disabilitante è aggravato dall'effetto additivo della sedentarietà, che è causa di nuove menomazioni, limitazioni funzionali e ulteriore disabilità (Biolo et al., 2005; Castaneda, 2003; Cartee, 1994; Guralnik, 1994). Sebbene in letteratura scientifica ci sia una sufficiente quantità di dati che porta a concludere che in molte malattie croniche questo circolo vizioso può essere corretto con adeguati programmi di attività fisica regolare e continuata nel tempo (Katzman et al., 2007; Ivey et al., 2006; Eng et al., 2004; Killewich et al., 2004; Buchner, 2003; Castaneda, 2003; Dobrovolny et al., 2003; Eng et al., 2003; Butler et al., 1998a; Butler et al., 1998b; King, 1998; Buchner, 1997a; Buchner et al., 1997b; Cartee, 1994; Buchner e Wagner, 1992) mancano evidenze conclusive sulla trasferibilità di queste esperienze al territorio.

L'evidenza pubblicata nella letteratura internazionale ha ispirato gli ultimi Piani Sanitari Nazionali e Regionali Toscani che hanno posto l'obiettivo prioritario di promuovere comportamenti e stili di vita per la salute in quanto numerose condizioni di morbosità, disabilità e mortalità prematura possono essere prevenute attraverso l'adozione di modelli comportamentali e stili di vita positivi, socialmente condivisi. In questo ambito è stato identificato l'aumento della attività fisica regolare come obiettivo specifico, in particolare nella popolazione anziana.

La Regione Toscana ha promosso con la DGR 595/05 e successive modificazioni (DGR 1081/05 e 367/06) percorsi AFA sperimentali della durata di 2 anni per le sindromi algiche da ipomobilità, prevenzione delle fratture da fragilità ossea ed osteoporosi e per le sindromi croniche stabilizzate negli esiti con limitazione della capacità motoria. Detti percorsi sono basati su programmi di AFA per specifiche problematiche derivanti dalle differenti condizioni croniche e svolti in palestre non sanitarie o in spazi adatti presenti sul territorio. I percorsi di AFA non sono compresi nei livelli essenziali di assistenza assicurati dal Servizio Sanitario. Pertanto il cittadino, con una quota modesta, contribuisce ai costi del programma di prevenzione per la propria salute.

I programmi AFA hanno avuto un rapido sviluppo in tutte le Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) della Regione Toscana utilizzando sinergie con le professioni ed associazioni vocate alla promozione della salute ed alla attività sportiva presenti nel territorio. Un primo bilancio, ad un anno dalla entrata in vigore della DGR 595/05, ha evidenziato l'efficacia e sicurezza dei programmi AFA. C'è necessità, tuttavia, di ulteriore ricerca per omogeneizzare i programmi di intervento sul territorio regionale, valutare gli effetti a medio e lungo termine dell'AFA sulla salute della popolazione e quindi definire un percorso ottimale standardizzato.

### **L'ESPERIENZA DELLA AUSL11 DI EMPOLI**

Il programma AFA è iniziato nella AUSL I di Empoli nel dicembre 2003. Nel marzo 2009 erano in funzione, in tutti i 15 comuni dell'Empolese Valdelsa e del Valdarno Inferiore (popolazione 230.000, 22% >65 anni), 187 corsi AFA per persone con mal di schiena e po-

stura flessa, 11 per i malati di malattia di Parkinson, 31 per quelli con esiti di ictus cerebrale, 42 corsi in piscina per le persone con gravi problemi ad anche e ginocchia. Le persone valutate dal centro di coordinamento sono state oltre 10.000 (di cui circa il 12% della popolazione ultrasessantacinquenne dalla AUSL I). I partecipanti regolari sono oltre 4.500. Delle persone che hanno preso parte all'iniziativa il 70% ha età superiore o uguale a 65 anni. Molto importante è stato il ruolo entusiastico che hanno avuto le Società della Salute ed i medici di famiglia nella promozione di questa attività. Per far conoscere l'iniziativa alla popolazione è stata svolta una campagna a mezzo stampa e sono state promosse iniziative pubbliche nello stadio di Empoli (AFA day).

I programmi AFA sono promossi e coordinati dalla AUSL I di Empoli, che ha esplicitato i criteri di inclusione/esclusione, modalità di accesso e verifica di qualità. Sono esclusi da tutti i programmi AFA i cittadini con instabilità clinica per i quali la risposta è esclusivamente sanitaria.

Gli erogatori sono enti profit e no-profit. La molteplicità degli erogatori è fondamentale per garantire una capillare distribuzione delle palestre sul territorio e, quindi, per contenere la distanza casa-palestra (attualmente distanza mediana casa-palestra 1,3 km).

Le sedi di erogazione sono preferibilmente palestre. Per una maggiore distribuzione sul territorio sono utilizzati ambienti primariamente dedicati ad altre finalità, purché di adeguata superficie e conformi alla normativa vigente in materia di sicurezza.

Gli istruttori sono soggetti competenti e/o adeguatamente formati all'erogazione dell'AFA (DGR 1081/05). I costi sono a completo carico dei partecipanti (non superiore a € 2 per seduta di esercizio ai sensi della DGR 595/05). La quota di partecipazione è decisa a livello delle singole realtà territoriali ed è uguale per tutte le sedi di erogazione. È inoltre obbligatorio che l'erogatore stipuli un'assicurazione contro eventuali infortuni il cui premio annuale rimarrà a carico del partecipante.

Il programma di esercizio è continuo nell'anno, proposto dalla AUSL I sulla base di evidenze scientifiche pubblicate, condiviso con gli erogatori e applicato omogeneamente in tutte le palestre territoriali (Macchi, 2008). Per ciascuna condizione cronica, il programma di esercizio ha caratteristiche ed intensità adeguate alle condizioni cliniche del partecipante. Le sedute di esercizio sono svolte in gruppo la cui numerosità di-

pende dalla gravità della disabilità motoria e dalle dimensioni della palestra.

È compito della AUSL I diffondere la conoscenza dei programmi AFA nelle professioni sanitarie (medici di medicina generale e specialisti) e tra i cittadini. L'AUSL I ha anche promosso l'aggiornamento degli istruttori sui problemi relativi ai programmi AFA. Gli erogatori hanno ricevuto una formazione sulle procedure di manovre rianimatorie di base (*Basic Life Support* – BLS).

I programmi AFA hanno richiesto una attenta e costante valutazione da parte della AUSL I con particolare riguardo alla tipologia di reclutamento dei soggetti, agli effetti degli eventi clinici avversi durante il programma di esercizio e agli effetti del programma di esercizio su menomazioni, funzione, disabilità, qualità della vita e qualità percepita dagli utenti.

In collaborazione con la Facoltà di Scienze Motorie dell'Università di Firenze sono stati condotti 2 studi prospettici di coorte che hanno coinvolto circa 650 persone delle 5.400 reclutate nel programma AFA per il dorso curvo ed il mal di schiena. Lo scopo era valutare l'aderenza al programma, la sua efficacia e la presenza di eventi clinici avversi. I soggetti sono stati valutati prima (valutazione funzionale) e dopo (intervista telefonica) un anno dall'inizio del programma. I risultati mostrano che dopo un anno circa il 50% dei cittadini continua a frequentare i corsi AFA mentre il 35% interrompe. Il 15% dopo la valutazione basale non inizia il programma. Le cause principali di abbandono sono risultate la necessità di essere accompagnati (grave disabilità), la distanza casa-palestra, gli orari dei corsi, malattie intercorrenti. Si è osservata soddisfazione da parte degli utenti sugli outcome dolore, salute e qualità percepita. Dall'inizio del corso, nel dicembre 2003, si sono avuti in palestra 5 eventi traumatici per caduta senza esiti funzionali permanenti (Hicks, 2008). La Regione Toscana ha deciso di estendere questa valutazione con la DGR 265/07 nelle AUSL di Pisa, Prato e Siena con il coordinamento della AUSL I di Empoli. Lo studio, che si è concluso nel febbraio 2009, sostanzialmente conferma quanto precedentemente osservato.

Insieme alla AUSL5 di Pisa e alla Casa di Cura Glicini e Ulivella di Firenze, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, *National Institutes of Health*, *University of Maryland Baltimore County* e *Administration for Veteran Affairs*, nell'ambito del *memorandum of understanding* Italia-Usa sulla ricerca biomedica del 2003, è stato condotto uno studio controllato (non randomizza-



to) sull'efficacia (*effectiveness*) di un programma AFA in soggetti con esiti cronici di ictus cerebrale. Lo studio ha mostrato nel gruppo di esercizio un miglioramento delle menomazioni, delle limitazioni funzionali, della disabilità, della depressione e della qualità di vita (Macko et al., 2008; Stuart et al., 2008a). Il progetto è stato finanziato nuovamente per il biennio 2007-2008 per valutare gli effetti a più lungo termine. Ispirandosi al modello Toscano sono partite esperienze AFA in Umbria, Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Piemonte, Lombardia, Lazio, Basilicata, Puglia, Liguria. È iniziata nella contea di Howard (Maryland, USA) un programma AFA per i soggetti con esiti cronici di ictus cerebrale promosso dai *National Institutes of Health* e dalla Università del Maryland Baltimore County (Stuart et al., 2008b).

## BIBLIOGRAFIA

- Biolo G, Ciochi B, Stulle M, Piccoli A, Lorenzon S, et al. Metabolic consequences of physical inactivity. *J Ren Nutr* 2005;15:49-53.
- Buchner DM, Wagner EH. Preventing frail health. *Clin Geriatr Med* 1992; 8:1-17.
- Buchner DM. Physical activity and quality of life in older adults. *Jama* 1997a; 277:64-6.
- Buchner DM, Nicola RM, Martin ML, Patrick DL. Physical activity and health promotion for older adults in public housing. *Am J Prev Med* 1997b;13:57-62.
- Buchner DM. Physical activity to prevent or reverse disability in sedentary older adults. *Am J Prev Med* 2003;25:214-5.
- Butler RN, Davis R, Lewis CB, Nelson ME, Strauss E. Physical fitness: benefits of exercise for the older patient. 2. *Geriatrics* 1998a;53:9-52.
- Butler RN, Davis R, Lewis CB, Nelson ME, Strauss E. Physical fitness: exercise prescription for older adults. 3. *Geriatrics* 1998b;53:9-50.
- Cartee GD. Aging skeletal muscle: response to exercise. *Exerc Sport Sci Rev* 1994;22:91-120.
- Castaneda C. Diabetes control with physical activity and exercise. *Nutr Clin Care* 2003;6:89-96.
- Dobrovolsky CL, Ivey FM, Rogers MA, Sorkin JD, Macko RF. Reliability of treadmill exercise testing in older patients with chronic hemiparetic stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;84:1308-12.
- Eng JJ, Chu KS, Kim CM, Dawson AS, Carswell A, Hepburn KE. A community-based group exercise program for persons with chronic stroke. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1271-8.
- Eng JJ, Dawson AS, Chu KS. Submaximal exercise in persons with stroke: test-retest reliability and concurrent validity with maximal oxygen consumption. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:113-8.
- Guralnik JM. Understanding the relationship between disease and disability. *JAGS* 1994;42:1128-9.
- Hicks GE, Benvenuti F, Stuart M, Balzini L, Vannucchi L, et al. Pilot test of a site-specific exercise program to improve vertebral bone mineral density in post-menopausal women. *J Am Geriatr Soc* 2008; Submitted.
- Ivey FM, Hafer-Macko CE, Macko RF. Exercise rehabilitation after stroke. *NeuroRx* 2006;3:439-50.
- Katzman WB, Sellmeyer DE, Stewart AL, Wanek L, Hamel KA. Changes in flexed posture, musculoskeletal impairments, and physical performance after group exercise in community-dwelling older women. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:192-9.
- Killewich LA, Macko RF, Montgomery PS, Wiley LA, Gardner AW. Exercise training enhances endogenous fibrinolysis in peripheral arterial disease. *J Vasc Surg* 2004;40:741-5.
- King AC, Rejeski WJ, Buchner DM. Physical activity interventions targeting older adults. A critical review and recommendations. *Am J Prev Med* 1998;15:316-33.
- Macchi C, Benvenuti F, Nucida V, Taviani A, Cecchi F. *Attività fisica adattata*. Firenze, Master Libri, 2008.
- Macko RF, Benvenuti F, Stanhope S, Macellari V, Taviani A, et al. Adaptive physical activity improves mobility function and quality of life in chronic hemiparesis. *J Rehabil Res Dev* 2008;45:323-8.
- Stuart M, Benvenuti F, Macko R, Taviani A, Segenni L, et al. Community-based adaptive physical activity program for chronic stroke: feasibility, safety, and efficacy of the Empoli model. *Neurorehabil Neural Repair*; 2008a; In stampa.
- Stuart M, Chard S, Roettger S. Exercise for chronic stroke survivors: A policy perspective. *J Rehabil Res Dev* 2008b;45:329-36.

# Unità di degenza per cure intermedie tra ospedale e territorio: una risposta possibile al problema del “timing” delle cure nel paziente cronico

**Renzo Bagarolo**

*Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano*

## PREMESSA

Quando, circa otto anni or sono, ho assistito ad una lezione magistrale del prof. Robert Kane su qualità di cura e di vita nei servizi di cura e assistenza per anziani e disabili “cronici”, rimasi particolarmente colpito da come trattò l’argomento del processo decisionale nei percorsi di cura. Sintetizzo a memoria i punti trattati:

### *Criticità*

- Troppo spesso decisioni importanti vengono prese in momenti critici
- Troppo spesso non c’è tempo per considerare obiettivi e risultati desiderabili
- Troppo spesso le persone non vengono consultate
- Poco tempo per risolvere i conflitti all’interno delle famiglie
- La pressione del tempo nel processo decisionale determina che non sempre la soluzione praticabile è la migliore.

### *Tappe del processo decisionale*

- Definizione degli obiettivi e risultati desiderati (esempio: fra sicurezza e riabilitazione qual è l’obiettivo primario)
- Possesso delle informazioni adeguate (efficacia dell’intervento e del servizio)
- Scelta fra diverse opzioni/opportunità (luoghi e/o servizi idonei e appropriati)

- Controllo e verifica dei risultati (follow-up: utile per avere dati di efficacia).

### *Criteri facilitanti... le buone decisioni*

- Tempo
- Informazioni
- Struttura organizzativa
- Guida
- Supporto e sostegno.

Mi è sembrato utile fare questa premessa prima di proporre alcune riflessioni sulla opportunità di pensare, progettare e definire Unità di Cure Intermedie all’interno del sistema di cure sanitarie e socio-sanitarie per le persone fragili e affette da patologie croniche. Il quesito che ci si può porre è il seguente: possono essere le Unità di Degenza di Cure Intermedie una proposta di servizio che “facilita” il percorso di cura più appropriato nel paziente “fragile”, sia esso anziano o disabile (la “cosa” giusta, al “paziente” giusto, nel “momento” giusto), e quali potrebbero essere le caratteristiche essenziali di questo servizio sia in ambito sanitario che socio-sanitario?

## MATERIALI E METODI

Lo spunto di questo articolo viene da uno studio condotto all’interno di due istituzioni/aziende della Azienda Sanitaria Locale (ASL) di Milano, una sanitaria ospedaliera e l’altra socio-sanitaria extra-ospedaliera, per defi-

## MATERIALI DI LAVORO

nire e progettare UNITÀ DI CURE INTERMEDIE tra Ospedale e Territorio per la continuità e l'appropriatezza delle cure a pazienti "fragili" o in condizioni di subacuzie.

Nel progetto, dopo una fase di definizione del percorso di cura appropriato per pazienti fragili, si è pensato di proporre la realizzazione di Unità di Degenza di Cure Intermedie, esito di trasformazione di servizi già esistenti e operativi all'interno delle rispettive strutture, quindi sia in ambito Ospedaliero che Extra-ospedaliero, individuando gli elementi comuni e quelli specifici propri di ciascun ambito, con l'obiettivo finale di collegare e integrare fra loro queste unità, come nodi di una rete all'interno di un sistema di cure intermedie più complesso. Nello studio citato è stato utilizzato lo strumento "manageriale" della Pianificazione Strategica per definire con chiarezza le fasi del progetto e i passaggi necessari alla realizzazione, dall'analisi del contesto alla definizione di finalità, obiettivi, livelli di responsabilità, risorse e strumenti da attivare, per individuare scelte e percorsi adeguati da proporre all'interno delle rispettive istituzioni. È stata svolta e condivisa soprattutto l'analisi dell'ambiente esterno (minacce e opportunità per la realizzazione del progetto) mentre la sostanziale differenza di servizio e di organizzazione tra le due istituzioni ha richiesto un'analisi separata per l'ambiente interno (elementi di forza e debolezza per la realizzazione del progetto) e l'ipotesi di sviluppo strategico per le rispettive realtà istituzionali e/o aziendali, che non verranno trattate in questo articolo.

Quindi, a conclusione della prima fase, individuati obiettivi e strategie da perseguire, è stato formulato un piano di realizzazione di Unità di Cura specifico per ciascun ambito.

Nel progetto, una volta definite e sviluppate queste Unità di Cure Intermedie da servizi già operativi all'interno delle rispettive strutture, quindi sia in ambito Ospedaliero che Extra-ospedaliero, individuando gli elementi comuni e quelli specifici propri di ciascun ambito, si prevede di favorire un collegamento e l'integrazione operativa fra queste Unità, come nodi di una rete all'interno di un sistema di cure intermedie più complesso.

## ANALISI DELL'AMBIENTE ESTERNO

Il cambiamento epidemiologico in atto sta modificando in modo radicale la domanda di salute della popolazione italiana. L'impatto che le patologie cronico-degenera-

tive, l'invecchiamento della popolazione e l'evoluzione tecnologica stanno determinando sulla domanda di salute, mette a rischio anche la sostenibilità economica di tutto il sistema salute. La spesa sanitaria, in Italia, oggi assorbe l'8,3% (6,8% spesa pubblica + 1,5% spesa privata) del Prodotto Interno Lordo (PIL), il 70% di queste risorse viene utilizzato da pazienti cronici che rappresentano il 25% della popolazione (Ministero del Welfare, 2007).

Questo cambiamento di scenario ha ricadute importanti sul sistema delle cure che, rispettando i criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza, deve rispondere ai nuovi bisogni di salute con logiche di servizio innovative in grado di integrare ospedale e territorio, area sociale e sanitaria.

Sempre di più si individuano in una maggiore integrazione dei servizi sanitari e sociali, e nella migliore gestione delle informazioni, le strategie adeguate per poter razionalizzare l'uso di risorse, ridurre gli sprechi, eliminare le inefficienze, continuando a garantire "doverosa solidarietà... e pari opportunità nell'erogazione dei servizi essenziali".

La Regione Lombardia è impegnata da alcuni anni nella riorganizzazione del complesso sistema socio-sanitario, definendo una rete di cure che dall'acuzie gestita in ospedale, attraverso la riabilitazione, ed infine l'assistenza domiciliare, cerca di garantire continuità, sostenibilità e qualità delle cure.

Nella nostra regione l'offerta di servizi sanitari e socio-sanitari si può considerare ricca per quantità e tipologia; fra tecnici e operatori spesso ci si chiede se questa offerta sia sufficiente alla domanda di cure sanitarie e socio-sanitarie, mettendo in evidenza anche percorsi asincroni fra "governance" e "disease management"; queste riflessioni si concludono, il più delle volte, con una richiesta di aumento dei servizi, più che in un miglior coordinamento e revisione organizzativa di quelli già esistenti.

Queste criticità del sistema sono oggi particolarmente evidenti nel passaggio dalla fase acuta a quella subacuta e/o cronica delle malattie, e nello scarso governo clinico-assistenziale delle fasi di integrazione dei servizi fra ospedale e territorio comunemente definito delle "cure intermedie"; questo ambito di cure, se adeguatamente definito, organizzato e gestito, permetterebbe di rispondere meglio non solo ai bisogni di cura del paziente, ma di ridurre i costi ospedalieri (ricoveri ripetuti, impropri e/o prolungati) e, più in generale, evitare sprechi di risorse altrimenti utilizzabili.

I pazienti “fragili”, non autosufficienti, non stabilizzati o in condizioni di sub-acuzie, sono pazienti di difficile e complessa gestione per i reparti ospedalieri orientati per patologia; spesso ricevono risposte inadeguate, la dimissione è problematica, e impegnano impropriamente risorse umane e tecnologiche altrimenti destinate a pazienti con necessità di maggior intensità e specificità di intervento.

Nel progetto per “Cure Intermedie” ci si riferisce a quelle fornite a pazienti in esito di acuzie o in stato di sub-acuzie, medicalmente stabilizzati tanto da non richiedere più necessariamente cure in ospedale, ma ancora instabili per essere trattati al domicilio, ambulatorio, o avviati al percorso di lungo-assistenza.

In considerazione del cambiamento della struttura demografica e dell’impoverimento delle reti sociali in Lombardia, ed in particolare a Milano, molti di questi pazienti complessi e fragili non possono usufruire di cure intermedie al domicilio.

All’interno di questa area eterogenea di cure sono state quindi definite e progettate le Unità di Cura Intermedia come servizi di degenza in grado di fornire prestazioni sanitarie ad alta integrazione sociale, in continuità di azione tra cura e riabilitazione, e capaci di attivare percorsi assistenziali integrati.

A seguire, nelle tabelle sinottiche viene rappresentato il risultato sintetico dell’analisi di contesto come minaccia e opportunità per la realizzazione del progetto nei diversi livelli di lettura, nazionale, regionale, territoriale, e gli “stakeholders” (portatori di interesse) da coinvolgere.

## STAKEOLDERS ANALYSIS (Fig. 1)

**Pazienti e famiglie.** Richiedono da tempo personalizzazione e continuità nei percorsi di cura per ricondurre ad unicità la persona malata dopo la “frammentazione” degli interventi e prestazioni specifiche erogate nei diversi ambiti di cura.

**Regione Lombardia.** In attuazione delle indicazioni di politica sanitaria e socio sanitaria regionale (legge 31/97 e successive modifiche) possono essere definiti percorsi di cura appropriati a partire dalle persone e dai loro bisogni riconosciuti; gli erogatori Pubblici e Privati partecipano con pari dignità e uguali regole di accesso e accreditamento alla rete sistema di offerta di cure.

### Contesto nazionale

Unità di Cura Intermedia – Contesto nazionale	
Opportunità	Minacce
Cambiamento epidemiologico (aumento di necessità di cura per pazienti disabili, fragili e/o cronici)	Scarsa chiarezza normativa con frammentazione e sovrapposizione di compiti, ruoli e responsabilità
Impoverimento della rete sociale ed aumentato bisogno sociale di continuità di cura	Assenza di una chiara definizione di finalità, standard e requisiti di servizio, con rischio elevato di frammentazione e variabilità delle esperienze
Graduale spostamento di risorse economiche dal settore dell’acuzie a quello della cronicità	Assenza di un sistema validato di misura o di un modello di riferimento per la valutazione delle risorse impegnate in relazione agli obiettivi definiti
Richiesta del sistema di cura ospedaliera di risposte efficaci ed efficienti al problema delle dimissioni protette e continuità di cura	Paradigma culturale sanitario che privilegia la specializzazione rispetto alla cultura della presa in carico globale
Disponibilità del sistema sanitario alla progettazione integrata e rinnovo dei percorsi di cura	Scarsa cultura dell’integrazione fra ospedale e territorio e fra servizi sanitari e sociali
Disponibilità, accesso e utilizzo degli strumenti di tecnologia informatica nel sistema sanitario e socio-sanitario	Eccessiva variabilità territoriale dei sistemi e delle organizzazioni con ridotta riproducibilità delle esperienze

## Contesto regionale

Unità di Cura Intermedia – Contesto regionale	
Opportunità	Minacce
Presenza di un sistema di cure definito e strutturato per l'acuzie, la riabilitazione ed il domicilio	Complessità del sistema e presenza di pluralità di attori da coinvolgere
Sistema di accreditamento con requisiti e standard definiti per i diversi servizi del sistema delle cure	Cultura del bisogno poco condivisa e diffusa tra ambito sanitario e sociale
Incremento di risorse economiche dedicate alla risposta di bisogni di cura dei pazienti fragili, cronici o in stato di sub-acuzie	Ridotta "governance" del sistema di cure socio-sanitario, assenza di regole definite di integrazione nei percorsi di cura tra ospedale e territorio
Razionalizzazione dei servizi in senso organizzativo e assenza di elevato investimento tecnologico	Difficoltà di "governo clinico" del paziente nel passaggio fra i diversi "setting" di cura
Scarsa presenza competitiva	Recente definizione dei criteri di ripartizione delle risorse economiche fra ambito sanitario e sociale
Recente riordino del sistema di cure riabilitative e individuazione di fasce di bisogno di cura non soddisfatte da questo tipo di servizio	Autoreferenzialità dei diversi servizi che rispondono a interessi e logiche diverse e maggiore probabilità di inefficacia e inefficienza
Possesso di competenza e cultura nella gestione del paziente complesso e fragile	Conflittualità tra i diversi attori coinvolti
Disponibilità di uno strumento di valutazione per l'appropriatezza e per l'accesso alle cure riabilitative (Sistema Esperto) i cui criteri sono utilizzabili anche per individuare il bisogno di cure intermedie	Richiesta di elevata interazione e flessibilità fra le diverse professionalità coinvolte nei differenti ambiti di cura
Interesse da parte dei diversi attori del sistema di cure alla costruzione di reti, disponibilità a collaborazioni o sperimentazione di percorsi di cura condivisi	Differente diffusione della cultura del lavoro per obiettivi e budget definiti e formalizzati tra l'ambito sanitario e sociale
Scarsa diffusione del servizio di cure domiciliari	Difficoltà di percezione dei contenuti del servizio da parte dei potenziali fruitori

**Assessorato Sanità e Assessorato Famiglia e Solidarietà Sociale.** L'interesse risiede nel ruolo che queste Unità possono avere nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario e socio-sanitario e di buon funzionamento della rete di cure e assistenza regionale.

**ASL Città di Milano.** Ha da tempo individuato nella continuità e integrazione delle cure tra ospedale e territorio l'ambito strategico di intervento per migliorare il sistema di offerta di cure cittadino.

**Operatori e Associazioni Professionali.** Molti operatori sanitari (medici, infermieri, terapisti, educatori) e sociali (assistenti sociali, operatori assistenziali, animatori, altri) sia dell'ospedale sia del territorio avvertono

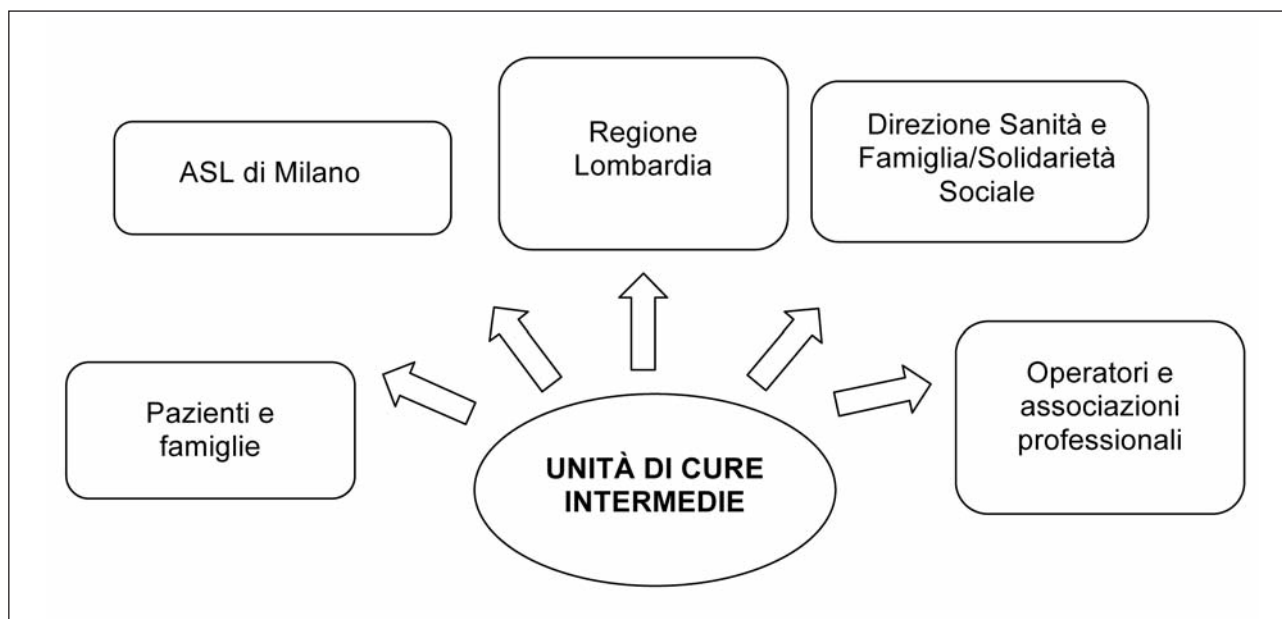
fortemente la necessità di azioni e ambiti specifici di "governo" dei percorsi di cura dei pazienti complessi e fragili.

## CONCLUSIONI

In conclusione, ritengo che il punto di partenza di qualunque "modellizzazione" per analizzare necessità e opportunità di nuove o diverse tipologie di servizio sia, prima di tutto, di avviare una riflessione sulla efficacia teorica (efficacy), e quindi tramite sperimentazione, di una verifica dell'efficacia pratica (effectiveness), per proseguire quindi con l'analisi di efficienza e sostenibilità di un servizio.

**Contesto territoriale**

<b>Unità di Cura Intermedia – Contesto territoriale (ASL Milano)</b>	
<b>Opportunità</b>	<b>Minacce</b>
Offerta diffusa e differenziata di servizi di cura sia in ambito ospedaliero che territoriale	Pluralità di attori presenti sul territorio che fanno medesime cose con nomi diversi o definiscono con lo stesso nome servizi diversi
Richiesta di un utilizzo delle risorse di sistema in maniera più efficace ed efficiente	Ritardo nell'azione di "governace" da parte dell'Ente territoriale competente
Presenza di un Progetto sperimentale con possibilità di valutazione e correzione delle criticità emerse	Difficile transizione nel passaggio di competenze socio-sanitarie storicamente detenute dall'istituzione comunale alla ASL
Sviluppo e Valorizzazione delle sinergie di rete	Difficoltà a definire in maniera specifica l'ambito di intervento delle cure intermedie
Richiesta di miglioramento del "governo clinico-assistenziale" del paziente attraverso la definizione di percorsi di cura appropriati	Difficoltà ad individuare il ruolo e la collocazione corretta di questi servizi all'interno della rete
Presenza sul territorio di servizi accreditati e professionalità in grado di lavorare in rete	Gestione del servizio di cure intermedie da parte di professionalità con competenze e cultura inadeguate al compito e agli obiettivi assegnati
Sviluppo delle professionalità e delle culture capaci di farsi carico del paziente in senso globale (Valutazione Multi Dimensionale)	Rischio di confondere e farsi carico di aree di bisogno sanitario o sociale non attinenti al servizio
Unità di cura come luogo di incontro e di integrazione del bisogno sanitario e sociale	Scarso governo clinico-assistenziale con squilibrio economico-finanziario e sbilanciamento fra costi e ricavi



**Figura 1** - "Stakeholders analysis".

## MATERIALI DI LAVORO

Il fondamento di questa efficacia teorica risiede, a mio avviso, paradossalmente proprio nel concetto di "timing" (tempo giusto e necessario) del percorso di cura dedicato al paziente cronico, al fine di una corretta individuazione, "interpretazione" e gestione della complessità clinica della cronicità in concomitanza con la condizione di acuzie e sub-acuzie.

La metodologia della pianificazione strategica ha permesso di evidenziare elementi a sostegno, criticità e strategie utili alla definizione del progetto di Unità di cure intermedie nelle nostre rispettive strutture, quindi sia in ambito ospedaliero che extra-ospedaliero, sia in una logica più generale di sistema, che ha portato alle seguenti conclusioni:

1. Le unità di cure intermedie potrebbero diventare i nodi di una rete di cure tra ospedale e territorio nella gestione della transizione tra l'acuzie e la cronicità.
2. L'attivazione di queste unità di cure intermedie può avvenire senza risorse aggiuntive del sistema a partire da ridefinizione e innovazione di servizi già presenti in ambito ospedaliero ed extraospedaliero.
3. La rete di cure intermedie, per poter essere efficace ed efficiente, deve essere messa a sistema.
4. Nella definizione organizzativa e operativa di queste unità di cure abbiamo individuato elementi comuni condivisibili ed elementi specifici distintivi:
  - posti letto o unità di degenza situati in continuità e/o contiguità strutturale e funzionale con i servizi riabilitativi specialistici intensivi in ospedale ed estensivi in ambito extraospedaliero;
  - devono esistere cultura e strumenti condivisi di valutazione di appropriatezza (inclusione/esclusione) dei casi in modo da definire percorsi di cura, modalità di presa in carico e permettere il necessario "governo" dell'accesso al servizio senza conflitti;
  - deve essere condiviso uno strumento comune di "governo" della complessità clinica e di valutazione dell'appropriatezza riabilitativa (nel nostro caso il Sistema Esperto sperimentato dalla regione Lombardia e sviluppato in collaborazione con le società scientifiche), dove livello di disabilità, comorbidità e fragilità sono considerati elementi essenziali nel definire il bisogno del paziente ed il setting di cura adeguato;
  - le Unità di cura intermedie ospedaliere possono

svolgere la loro attività in stretto contatto/contiguità con la riabilitazione specialistica ed avere come elemento distintivo specifico quello di occuparsi di pazienti non ancora sufficientemente stabilizzati per essere avviati alle cure estensive, che potrebbero ancora necessitare di interventi o servizi specifici di tipo ospedaliero;

- le Unità di cure intermedie extra-ospedaliere possono svolgere la loro attività in stretto contatto/contiguità con la riabilitazione generale/geriatrica e avere come elementi distintivi specifici l'estensività temporale delle cure ed il maggior collegamento con i servizi territoriali.
5. Il collegamento fra unità ospedaliere ed extra-ospedaliere, tramite percorsi o protocolli di cura definiti sulla base di cultura e pratiche condivise, sono il passaggio fondamentale per garantire efficienza ed efficacia di questa rete di cure.
  6. Infine, una volta definiti nodi e percorsi all'interno della rete, un valido sostegno può essere fornito dalla tecnologia informatica (ICT).

Si ringrazia per il contributo la D<sup>ssa</sup> Liliana Sgarbi, Aiuto Fisiatra dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Bagarolo R, Sgarbi L. Progetto per unità di cure intermedie tra Ospedale e Territorio. Tesi finale Corso di Formazione Manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa - Area Ospedaliera SDS - IReF Regione Lombardia, 2008.

Cifalinò A. Il governo dei servizi sanitari territoriali, logiche, strumenti e processi. Edizioni Franco Angeli, 2007.

Il Distretto e le "Cure Intermedie". Atti del 2° Congresso Nazionale Card-2003. Quaderni CARD 2. Ed. Iniziative sanitarie, 2003.

Blangiardo GC L'invecchiamento demografico nei comuni lombardi, Edizioni Guerini e Associati, 1999.

Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo:

2007 RICOVERI IN LOMBARDIA. A cura di Federico P, Zucchi C, Zocchetti C. Osservatorio Epidemiologico e Sistemi di Remunerazione, [www.sanita.regione.lombardia.it](http://www.sanita.regione.lombardia.it).

LEA - Livelli Essenziali di Assistenza, e Mattoni SSN, [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

Libro Verde Ministero Welfare 2008, [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

# Studio sulla reale attendibilità della lista di attesa per l'accesso ai servizi residenziali di anziani non autosufficienti

Franco Cirio\*, Cristiana Pregno\*\*

\* Università Cattolica del Sacro Cuore, Torino

\*\* Università degli Studi di Torino

## CONTESTO

Tra il 1° settembre 2007 e il 15 gennaio 2008, la Segreteria dell'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) 4 di Torino ha contattato anziani in lista di attesa per l'inserimento in Residenze ad alta, media e bassa intensità assistenziale, proponendo loro l'ingresso in Struttura<sup>1,2</sup>, ma ottenendo prevalentemente un rifiuto e una dichiarazione generica di preferenza a rimanere al domicilio. Tali anziani, al momento della presentazione della domanda di aiuto all'Unità di Valutazione Geriatrica, avevano espresso il desiderio di entrare in residenza, ma, in considerazione dei tempi della lista di attesa, agli stessi anziani era stato predisposto un progetto di Lungassistenza domiciliare attivabile in tempi molto più brevi. La municipalità di Torino, con le allora quattro Aziende sanitarie locali nelle quali era suddivisa la città, in data 26 settembre 2005 ha deliberato il nuovo modello di Lungassistenza domiciliare socio-sanitario<sup>3</sup>. Tale modello, avviato il 15 maggio 2006, dopo la predisposizione di accordi operativi e procedurali tra Comune e Aziende sanitarie, ha "assorbito" e sostituito precedenti modalità di sostegno domiciliare.

Il modello di welfare torinese prevede, sia per la lungassistenza domiciliare sia per l'inserimento residenzia-

le, la contribuzione economica del Servizio Sanitario Nazionale per metà del costo del progetto e la restante parte a carico del cittadino con eventuale integrazione del Comune per anziani con redditi bassi.

## IPOTESI DI RICERCA

In considerazione dell'elevato numero di rifiuti espressi all'inserimento in Residenza, si sono poste le seguenti ipotesi di ricerca:

- La Lungassistenza domiciliare costituisce una valida alternativa all'inserimento in Residenze per anziani non autosufficienti, motivando il rifiuto all'offerta di inserimento in Residenza.
- I rifiuti all'inserimento in Residenze riguardano prevalentemente anziani con basso bisogno assistenziale, facilmente soddisfabile dalla rete familiare o vicinale.

## MODALITÀ E STRUMENTI DI RICERCA

Lo studio di tipo osservazionale retrospettivo, oltre a quantificare quanti anziani hanno accettato o rifiutato l'inserimento in Residenza, ha incrociato i dati della Segreteria UVG relativi alla lista di attesa per la Residenza con i dati dei Servizi Sociali delle Circoscrizioni

<sup>1</sup> Regione Piemonte, DGR n. 17 del 2005, Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, Torino 2005.

<sup>2</sup> Regione Piemonte, DGR n. 41 del 2002, Linee guida regionali per il nuovo modello integrato del servizio di cure domiciliari, Regione Piemonte, Torino 2002.

<sup>3</sup> Città di Torino, ASL 1-2-3-4, Domiciliarità: il nuovo modello dei servizi sociali e socio-sanitari, Centro Stampa Città di Torino, Torino 2005.



## ESPERIENZE

6° e 7° di Torino sull'attivazione di interventi di Lungassistenza domiciliare.

La correlazione ha evidenziato: quanti degli anziani in lista di attesa per residenze avevano attivi aiuti di lungassistenza domiciliare, caratteristiche diversificate per sesso, età anagrafica, intensità assistenziale necessaria per compensare le disabilità, durata della lista d'attesa. Inoltre, il colloquio con l'anziano e i suoi familiari, durante la presentazione del progetto assistenziale, ha evidenziato le motivazioni dei rifiuti.

## RISULTATI

Al 1° settembre 2007, gli anziani in lista di attesa per l'inserimento in Residenza, con domanda presentata in UVG tra l'agosto 2005 e l'agosto 2006, erano 276.

Contattati telefonicamente nei mesi successivi, fino al 15 gennaio 2008, dei 276 anziani, 9 sono risultati emigrati in altra ASL e 92 deceduti. La lista di attesa si era quindi ridotta a 175 persone.

Di questi 175 anziani, solo 43 (25%) hanno accettato l'inserimento, mentre 132 (75%) lo hanno rifiutato preferendo rimanere a casa, come riportato nella Tabella 1.

La ripartizione per sesso delle persone che hanno rifiutato l'offerta residenziale vede una prevalenza femminile (90 anziane) a fronte di 42 uomini. La loro età media era di 83 anni.

Tra le 132 persone che hanno rifiutato l'inserimento,

solo 34 (26%, dei quali 25 donne e 9 uomini), usufruivano di aiuti di Lungassistenza domiciliare. La percentuale degli anziani che usufruivano degli aiuti di Lungassistenza domiciliare è risultata indifferenziata tra il gruppo che ha accettato l'inserimento in residenza e il gruppo che lo ha rifiutato. La loro età media è risultata di 83 anni, non differenziata rispetto all'età di coloro che non usufruivano di aiuti. Altrettanto poco differenziata la suddivisione per genere tra anziani inseriti in residenza e coloro che non hanno accettato l'inserimento (rispettivamente 63% e 68% tra gli uomini, e 37% e 32% tra le donne). L'analisi comparata dell'intensità assistenziale riportata nella Tabella 2, tra il gruppo di anziani che ha accettato l'inserimento in Residenza e quello che lo ha rifiutato, non mostra significative differenze. I livelli medio-alti di bisogno assistenziale sono prevalenti sia tra i rifiuti (93%) che tra gli inserimenti (89%).

Altrettanto poco differenziato il tempo di attesa per l'inserimento in Residenza (durata lista d'attesa), pari a 698 giorni per coloro che hanno accettato l'inserimento e 627 giorni per coloro che l'hanno rifiutato.

La Tabella 3 evidenzia che il 70% degli anziani che hanno accettato l'inserimento in Residenza ha un reddito inferiore a € 10.000; percentuale che si alza al 76% per il gruppo che ha rifiutato l'inserimento. Si consideri inoltre che le motivazioni di rifiuto della Lungassistenza domiciliare sono quasi totalmente riconducibili (98%) alla richiesta all'anziano di contribuire economicamente al progetto.

**Tabella 1** - Anziani in lista di attesa per inserimento in residenza (domande presentate tra agosto 2005 e agosto 2006).

<b>Anziani contattati per inserimento in Residenza</b>	<b>276</b>
– Emigrati in altra ASL	9
– Deceduti	92
<b>Anziani in lista di attesa per inserimento in Residenza</b>	<b>175</b>
<b>Anziani che hanno accettato l'inserimento in Residenza</b>	<b>43 (25%)</b> , di cui 27 donne (63%) e 16 uomini (37%): – usufruivano di Lungassistenza domiciliare: <b>6 (14%)</b> di cui 4 donne e 2 uomini – avevano rifiutato la Lungassistenza domiciliare: <b>37 (86%)</b> di cui 24 donne e 13 uomini
<b>Anziani che hanno rifiutato l'inserimento in Residenza</b>	<b>132 (75%)</b> , di cui 90 donne (68%) e 42 uomini (32%): – usufruivano di Lungassistenza domiciliare: <b>34 (26%)</b> di cui 25 donne e 9 uomini – avevano rifiutato la Lungassistenza domiciliare: <b>98 (74%)</b> di cui 65 donne e 33 uomini

**Tabella 2** - Intensità assistenziale.

Accettato inserimento in Residenza (Tot. 43)		Rifiutato l'inserimento in Residenza (Tot. 132)	
Alta intensità	20 (47%)	Alta intensità	67 (51%)
Media intensità	18 (42%)	Media intensità	55 (42%)
Bassa intensità	5 (11%)	Bassa intensità	10 (7%)

**Tabella 3** - Scelta assistenziale e reddito anziani.

Reddito €	Rifiuto Assistenza Residenziale			Inserimento Residenziale		
	N°	%	% cum.	N°	%	% cum.
< 1.000	56	42	42	22	51	51
1.001-5.000	16	12	55	6	14	65
5.001-10.000	28	21	76	2	5	70
10.001-15.000	18	14	89	6	14	84
15.001-20.000	4	3	92	4	9	93
20.001-25.000	5	4	96	0	0	93
25.001-30.000	2	2	98	1	2	95
30.001-35.000	0	0	98	0	0	95
> 35.001	3	2	100	2	5	100
<b>Totale</b>	<b>132</b>	<b>100%</b>		<b>43</b>	<b>100%</b>	

## CONCLUSIONI

Sia l'ipotesi (a) che (b) non sembrano trovare conferme dai dati analizzati. La prevalenza di bisogni medio-alti, anche tra i rifiuti alla Residenzialità, fa presupporre che coloro che hanno rifiutato la Lungassistenza domiciliare, e l'inserimento in Residenza, permangano al proprio domicilio con l'aiuto di assistenti familiari pagate privatamente, o con aiuti significativi di familiari che si dedicano al lavoro di cura, ma non vogliono o non percepiscono come vantaggioso inserire tali aiuti domiciliari in un progetto pubblico di assistenza. Una indagine delle ACLI - Iref del 2007, su popolazione fornita dall'Osservatorio sul lavoro domestico dell'INPS<sup>4</sup>, ha censito 7.586 assistenti familiari con contratto di lavoro che si occupano, nella Città di Torino, di anziani non autosufficienti, dei quali verosimilmente circa 1.800 sul territorio delle Circoscrizioni 6° e 7°, oggetto di questa ricerca. Le Lungassistenze domiciliari erogate

nella Circoscrizione 6° e 7° sono state in tutto 694, coinvolgendo quindi poco più di un terzo (38%) delle assistenti familiari censite. Dai colloqui con gli anziani e i familiari che hanno rifiutato gli interventi domiciliari e residenziali, realizzati durante la proposta del progetto assistenziale, sono emerse le seguenti considerazioni:

- per la lungassistenza domiciliare la contribuzione economica dell'anziano risulterebbe comunque vantaggiosa, se si esclude l'ipotesi molto attrattiva di usufruire di aiuti di assistenti familiari non regolarmente assunte e pagate totalmente o parzialmente "in nero";
- il calcolo, da parte del Comune di Torino, del livello di contribuzione economica dell'anziano agli aiuti domiciliari e residenziali considera anche l'eventuale patrimonio immobiliare, che dall'assistito, ma soprattutto dai suoi familiari, è percepito come "ricchezza" da destinare agli eredi e, pertanto, da non intaccare, neanche in caso di bisogno assistenziale.

<sup>4</sup> ACLI - Iref, Osservatorio sul lavoro domestico dell'INPS, 2007.

## ESPERIENZE

In conclusione, la Lungassistenza domiciliare, così come è stata prevista dal Comune e dalle ASL torinesi, non sembra costituire una alternativa alla residenzialità, ma entrambe, per motivazioni economiche, non sembrano essere percepite come adeguate risposte assistenziali alla non autosufficienza degli anziani. Il "fai da te" assistenziale sembra essere di gran lunga preferito.

A queste considerazioni legate al dato economico – la rinuncia all'intervento perché l'onere di contribuzione è troppo alto, e quindi la partecipazione ai costi della lungassistenza pubblica rappresenta un fattore di impoverimento del nucleo familiare – si possono aggiungere altre considerazioni, in parte di tipo economico, in parte di tipo culturale.

Il processo di lungassistenza prevede una procedura d'accesso che è complessa, nonostante i tentativi di semplificazione messi in atto dalle unità organizzative delle ASL e del Comune: l'anziano, per essere sottoposto ad una valutazione multidimensionale, viene sottoposto ad un'istruttoria sanitaria e ad un'istruttoria socio-economica: lui, o i suoi parenti, narrano la propria situazione ad uffici diversi, con interlocutori diversi. Il percorso d'ingresso ed il successivo percorso di erogazione delle cure domiciliari sono percepiti dai cittadini che ne fanno esperienza come impegnativi, in termini di tempo ed energie: è un costo in più che si aggiunge al quotidiano impegno organizzativo ed emotivo per l'accudimento della persona non autosufficiente.

Il "fai da te" assistenziale, in cui le regole vengono definite direttamente dal cittadino interessato, presenta anche il vantaggio non secondario di poter essere autogestito in tutte le sue fasi, senza ulteriori aggravati di raccordo con regole istituzionali spesso frammentate e di non facile comprensione.

Inoltre, l'assistenza domiciliare autonoma s'inserisce a pieno titolo in un contesto sociale e culturale in cui la cura familiare è stata, storicamente, l'unica forma di sostegno esistente – per i bambini, gli invalidi, gli ammalati – ed è stata rappresentata come un dovere specifico dei familiari verso i loro congiunti. Inseriti in questa tradizione, i sistemi di welfare, nazionali e locali, non sono riusciti a proporre forme d'aiuto omogenee ed adeguate ai bisogni, su tutto il territorio nazionale, tant'è che, tra gli anziani ultrasessantacinquenni, soltanto una percentuale inferiore al 4% riceve dei servizi (Naldini, 2006); nonostante ciò, come riportato dal Terzo rapporto sulla non autosufficienza dell'ISTAT, nel 2006,

tra le persone di 65 anni o più, la quota di popolazione con disabilità è del 19,3%, e raggiunge il 47,7% (38,7% per gli uomini e 52% per le donne) tra gli ultra 80enni.

Le cure familiari sono un obbligo e una necessità nella maggior parte del territorio italiano e sono, spesso, l'unica forma di aiuto possibile verso i non autosufficienti: su questo sfondo maturano diffidenza e sfiducia anche verso quelle istituzioni che hanno cercato di strutturare un'organizzazione che invece contempla una connessione tra aiuti di tipo privato familiare e aiuti erogati da enti pubblici.

Un'ultima considerazione attiene alla concezione della cura, o meglio, al tema dello "stile di cura".

Il "fai da te" assistenziale potrebbe essere una dichiarazione di competenza nelle proprie capacità di cura, in antitesi ed in opposizione ad un modello di cura che ha al suo centro non il malato ed i suoi familiari, ma il tecnico addetto all'erogazione delle cure (è il modello che deriva da una concezione organicistica della malattia, in cui si privilegiano le terapie specialistiche, di natura prevalentemente riparativa: in questo modello, basato su una divisione del lavoro fortemente tecnicizzata e rigidamente gerarchica, non vi è spazio per la famiglia, il suo stile di cura, le sue idee su ciò che può essere utile).

La famiglia, assumendosi l'onere dell'assistenza nel suo complesso, si assume anche la libertà di decidere, di agire, di organizzarsi, senza nessun obbligo di confronto con chi potrebbe dichiarare una competenza tecnica e specializzata tale da costringere a rivedere l'impianto delle prassi di vita quotidiana.

La famiglia non può più essere considerata soltanto una risorsa aggiuntiva nel percorso di cura, ma un membro attivo dell'équipe, composta da professionisti, con varie specializzazioni, e da non professionisti, che operano insieme per un fine comune, la miglior qualità di vita possibile per l'anziano non autosufficiente.

Un mutamento di prospettiva in questa direzione è già evidente nella programmazione regionale e nel comportamento dei singoli tecnici sanitari e sociali impegnati nelle attività socio-sanitarie. L'interesse verso la negoziazione con la famiglia sul progetto utile ed appropriato ne è una dimostrazione.

L'integrazione socio-sanitaria è anche questo: coniugare modelli e visioni diverse in una continuità che consenta alle persone di orientarsi, di scegliere, di progettare, e che riduca la distanza tra le istituzioni ed i cittadini.

## BIBLIOGRAFIA

---

Naldini M. Le politiche sociali in Europa, Carocci, Roma 2006.

Regione Piemonte, DGR n. 17 del 2005, Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, Torino.

Regione Piemonte, DGR n. 41 del 2002, Linee guida regionali per il nuovo modello integrato del servizio di cure domiciliari, Regione Piemonte, Torino, 2002, 2005.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

---

Brizzi L, Cava F. L'integrazione socio sanitaria, Carocci, Roma 2003.

Censi A. Il ruolo della famiglia nelle residenze per anziani, Animazione Sociale, novembre 1995.

Di Natale R. L'attività domiciliare e residenziale per gli anziani fragili da par-

te dei Comuni, Indagine svolta dalla Federsanità-ANCI, Atti convegno del Ministero della Salute "L'organizzazione dei Servizi per l'anziano fragile tra omogeneità culturale, livelli essenziali di assistenza e molteplicità organizzative", Roma 14/7/2005.

Farchi G, Scafato E. La identificazione di indicatori e la creazione di banche dati per lo sviluppo ed il monitoraggio di nuove strategie di prevenzione per gli anziani, in sito web dell'Istituto Superiore di Sanità 2006 [www.iss.it](http://www.iss.it).

Foglietta F. L'assistenza domiciliare nei livelli essenziali socio-sanitari e sociali, Studi Zancan – Politiche e servizi alle persone 2004;1.

Istituto di ricerche educative e formative, Il welfare fatto in casa, Roma, giugno 2007.

Pesaresi F, Gori C. Servizi domiciliari e residenziali per anziani non autosufficienti in Europa, Guida Centro Maderna, Stresa 2005.

Pasquinelli S. Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie, Carocci Faber, Roma 2007.

Pesaresi F. La spesa per il long-term care, Tendenze Nuove 2005;1, Il Mulino, Milano.

## Psicomotricità: le nuove frontiere della ginnastica per anziani

Gianni Ghidini

Psicomotricista, referente formativo Milanospa Spa

Con il termine psicomotricità si intende una attività che utilizza prevalentemente il movimento del corpo per favorire l'evoluzione di processi psicologici positivi nelle persone di ogni età.

Questa trattazione sarà riferita all'applicazione a soggetti anziani, autosufficienti, che abitano nelle proprie case e che per due volte alla settimana si incontrano in una palestra per svolgere un'attività psicofisica di qualità.

L'esperienza da cui trarrò alcune considerazioni si riferisce a quasi trent'anni di attività diretta che ho svolto come psicomotricista nella città di Milano, e che ha coinvolto direttamente circa 1000 anziani, ed indirettamente, per la mia attività di formatore e di divulgatore, diverse migliaia di persone.

Il mio cammino incominciò come semplice istruttore di ginnastica per anziani, ma si convertì quasi subito, attraverso l'iscrizione ad una scuola di psicomotricità, in una proposta più articolata: intuivo che la risposta corretta, da fornire ai differenti e complessi bisogni che gli anziani mi ponevano ogni giorno, poteva essere solo contenuta in un metodo che non separasse la sfera psicologica da quella fisiologica, la psicomotricità appunto.

A distanza di tanti anni, i risultati di questa scelta di campo mi sembrano confortanti.

Nel 2005 è stato distribuito un questionario tra gli anziani che frequentavano i corsi di ginnastica per anziani a Milano, coordinati da me per conto della società partecipata dal comune, Milanospa. Di seguito vengono forniti alcuni dati allo scopo di evidenziare, in modo oggettivo, la straordinaria importanza ed utilità che questa attività ha rivestito e riveste per le persone anziane che l'hanno frequentata. Hanno risposto al questionario 249 uomini (14,9%) e 1428 donne (85,1%), la cui età media era di 69 anni e 10 mesi.

Per quanto riguarda il grado di istruzione, il 16,4% aveva conseguito la licenza elementare, il 32,8% la licenza media inferiore, il 39,5% la licenza media superiore, il 11,3% la laurea. In merito alla situazione abitativa, il 37,1% viveva da solo, il 55,5% con il coniuge e il 7,4% con i figli.

Frequentavano i corsi mediamente da 8,3 anni, con numerose punte di fedeltà che superavano i 20 anni. L'85% di loro riteneva che fosse molto importante frequentare un corso di ginnastica, il 14,8% che fosse abbastanza importante, lo 0,2% non molto.

Il 97% affermava che il fatto di fare ginnastica lo faceva sentire fisicamente meglio, e l'87,8% psicologicamente meglio.

Il 27,4% riferiva che "fare ginnastica" aveva ridotto il ricorso al Servizio Sanitario Nazionale.

Il 73,4% dichiarava che, attraverso il corso, aveva stretto significative nuove amicizie.

Chi frequentava i corsi definiva il proprio stato psico fisico di salute per il 46% soddisfacente, mentre il 51,2% lo trovava buono. L'1,9% lo definiva precario.

Il 97% dichiarava di voler continuare a frequentare il corso; il 3% era indeciso; nessuno aveva deciso di non continuare.

Credo che, per una città come Milano, i processi positivi che una così semplice attività ha generato su ogni versante siano assolutamente evidenti.

### IL METODO PSICOMOTORIO

Quello che appare è, esteriormente, solo una bella lezione di ginnastica. L'operatore sa bene, in realtà, la direzione nella quale vuole condurre il gruppo, ma utilizza atteggiamenti e proposte che confidano la loro efficacia alla comunicazione non verbale, al linguaggio

simbolico, alla costruzione di particolari momenti significativi, ad un particolare stile con cui si conduce il lavoro corporeo.

La componente di attività motoria, il nastro trasportatore di tutti i contenuti relazionali, tende a dare risposte scientificamente adeguate, si prefigge di prevenire e contrastare gli effetti meno desiderabili dell'invecchiamento ma, nel frattempo, lo stile di conduzione del gruppo lavora anche sul piano psicologico: un metodo in equilibrio tra motricità e psicologia, che solo un lavoro con il corpo può consentire. Un corso di ginnastica, quindi; null'altro viene esplicitato nell'accordo iniziale con l'allievo, e forse i grandi numeri di questa iniziativa derivano proprio da questa "genericità".

Qualche elemento caratterizzante del metodo:

1. La lezione (sono circa 65 all'anno) inizia con una chiamata degli allievi in cerchio. Il conduttore (non riesco a trovare un modo migliore di chiamare colui che tiene la lezione), parte integrante del cerchio, dopo i saluti chiede notizia degli eventuali assenti. Questo semplice rito, ripetuto con costanza nel tempo, crea nel gruppo la percezione di un'attenzione mirata alla singola persona, alle sue vicende, al perché e al come mai una persona non c'è. Quest'attenzione dà una solidità umana all'esperienza. Si chiede quindi al gruppo un interessamento. Se non ci sono notizie, dopo due o tre assenze consecutive si chiede che qualcuno compia un gesto, una telefonata, uno squillo al citofono, un biglietto. Non è difficile immaginare, in una città come Milano, ciò che provoca questa "cultura dell'attenzione" e di come sia così semplice ed efficace annodare i fili di una rete di relazioni, purtroppo spesso perduta.

2. La seconda mossa dello psicomotricista è quella di enunciare il programma di lavoro che verrà svolto in quella giornata, dentro una programmazione più ampia. Si sottolinea così la presenza di un pensiero sul gruppo che delinea un cammino. L'anziano avverte che il suo corpo è all'interno di una dinamica attiva dentro la quale è previsto un futuro ed una promessa. Il suo corpo è protagonista di un progetto che ha come obiettivo lo stare meglio, o almeno il mantenimento nel corso del tempo. Proviamo ad immaginare l'effetto che potrebbe fare il sentire una frase di questo tipo "nella scorsa lezione abbiamo sciolto le articolazioni degli arti inferiori, oggi invece lavoreremo sul rinforzo delle gambe di modo che, continuando ad impe-

gnarci, avremo delle gambe che non ci negheranno il piacere di fare le cose che più ci piacciono..." questo è il treno sul quale fare accomodare i propri allievi.

3. È fondamentale che la proposta "costringa" i partecipanti ad una certa fatica fisicamente percepita. Gli anziani non sono vasi crepati. Con la dovuta intelligenza e competenza nel conoscere i limiti invalicabili di un lavoro fisico in tarda età, e commisurando lo sforzo alle problematiche degli allievi, il conduttore del gruppo deve consegnare una sensazione di aver lavorato duramente. Il capitolo che si apre è quello dell'immagine di sé. Il tema è quello del dialogo e dell'interdipendenza tra il "sé psicologico", il "sé corporeo" ed il "sé sociale". Queste, che sono parti inestricabili di un tutto, che è riconducibile alla sensazione che ogni individuo ha di sé medesimo, trovano terreno di comunicazione positiva e di integrazione se almeno da uno di questi comunicatori giungono segnali positivi in merito all'auto stima. Noi partiamo quindi da un corpo che immette, proprio per aver lavorato intensamente, sensazioni di vitalità che si espandono all'intero sé dell'individuo. Il miglioramento delle "prestazioni" nella vita quotidiana, l'alleviamento di alcuni fastidi e sofferenze legati alla sedentarietà, generano positività.

4. Qui avviene un passaggio fondamentale, proprio dell'esperienza psicomotoria. Ad alcuni particolari esercizi viene conferito un nome. Un nome non scelto a caso, ma appartenete ad un lavoro di ricerca che vuole, attraverso l'utilizzo dei simboli, rinforzare ulteriormente la capacità di penetrazione dell'attività svolta. Il simbolo cerca di legare la mente al corpo. Prendiamo in considerazione, per esemplificare il collocamento di questa modalità, due grandi categorie del lavoro in palestra: il perseguimento della forza e della flessibilità. Proviamo adesso a pensare a queste due categorie, non come appartenenti al lavoro fisico, ma a delle caratteristiche psicologiche. Essere forti, come capacità di affrontare le difficili prove della vita, ed essere flessibili come capacità di adattamento di fronte all'inevitabile incedere del tempo. Ecco allora che sono nate delle figure come il salice piangente, il giunco, l'aquila, il cavaliere, che sottendono esercizi di forza o di flessibilità, ma che per il loro nome e per la posizione del corpo intrecciano l'immaginazione con la sensazione fisica. Mi soffermo solo sul salice piangente. Il corpo è rilassato, abbandonato in avanti, le ginocchia appena piegate a protezione della colonna

vertebrale. È il simbolo dell'uomo che, pur accettando una parabola discendente, mantiene sempre la sua bellezza ed il suo fascino proprio perché sorge accanto ad un fiume che scorre. Ed ecco allora una chiave per poter entrare in modo discreto nella storia individuale delle persone. Il simbolo, quindi, come collegamento tra la mente ed il corpo, come possibilità di mettere delle parole a commento dell'esperienza, come elemento di descrizione autobiografica. Vedere, a fine lezione, un gruppo di persone anziane che si siedono in cerchio e aprono la loro storia personale, trascinati alla verbalizzazione dallo stimolo della simbologia delle figure interpretate, è un'esperienza di una ricchezza formidabile. La domanda che fa partire la discussione è sempre legata ad un simbolo vissuto, e cerca di mettere le persone di fronte ad un fatto che possa liberare un racconto. Qualche esempio: in riferimento all'aquila, simbolo legato alla forza, "quando vi è capitato di dover essere forti?"; in riferimento al citato salice, "quando avete capito che, pur non essendo ancora giovani, la vita vi riservava qualcosa di molto bello?"; oppure in riferimento all'anfora, simbolo legato alla custodia femminile di cose preziose, "cosa pensate sia importante che non vada perduto nelle generazioni future?".

La psicologia e l'ascolto incontrano il corpo all'interno di uno spazio di mantenimento e di cura del proprio fisico, questa è la grande innovazione sperimentata.

5. Il finale della lezione è caratterizzato da una serie di esercizi che costruiscono un significato. Il senso viene esplicitato sul finire dell'anno con uno scritto, che accompagna l'esecuzione. Mentre viene letta una semplice poesia, gli allievi si muovono animandola. Il corpo lascia una dimensione meccanica per accedere ad una potenzialità artistica ed espressiva. Alcune volte tutto ciò è stato molto intenso.

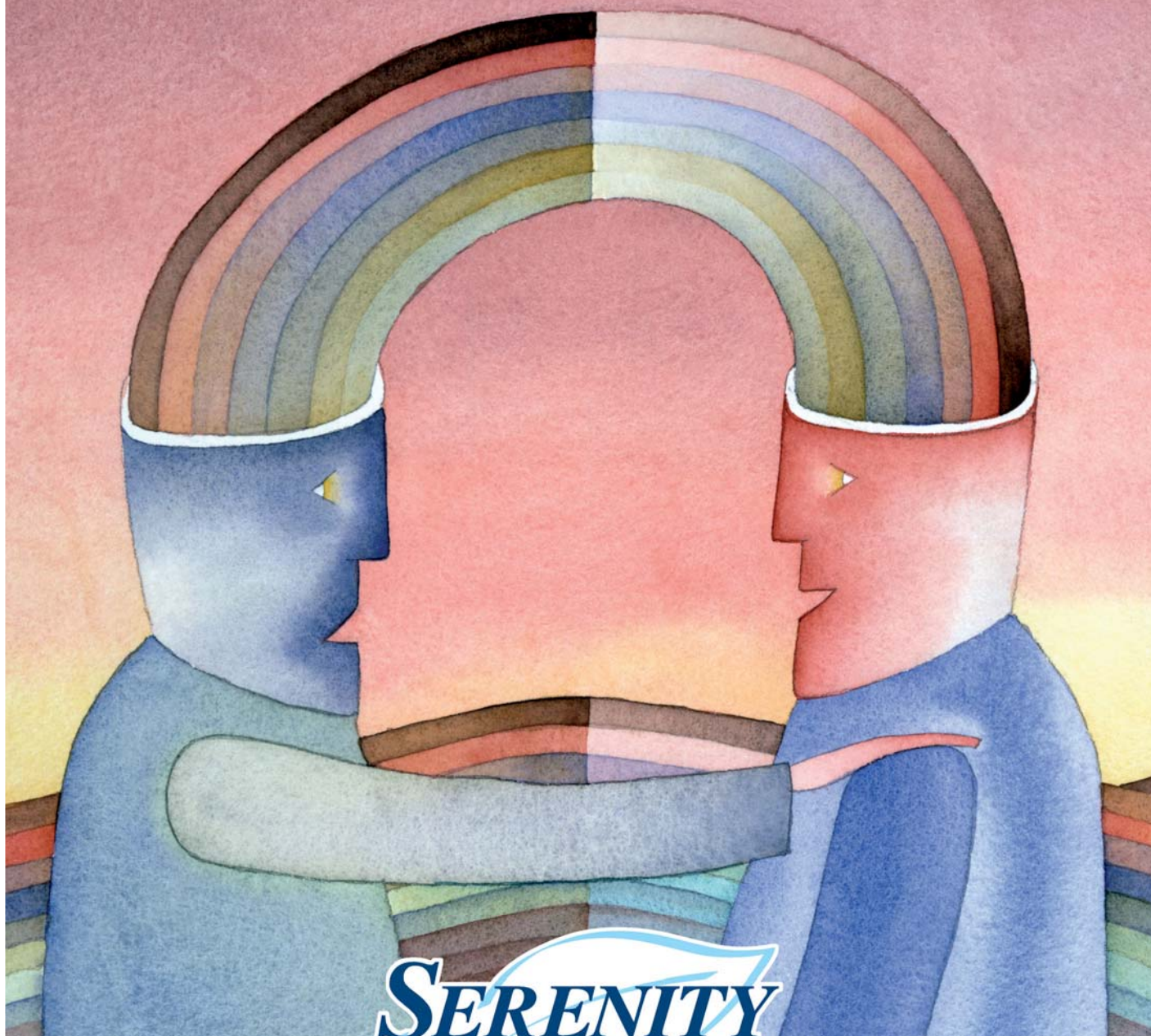
Nel 2005 questo fu il prodotto del gruppo:

### **Presente**

*... sono presente,  
nonostante il tempo che non si ferma,  
anche oggi è sorto il sole sul mondo.  
... Ed è per questo sole che  
voglio esserci,  
per continuare a desiderare cose semplici,  
come coprirsi dal freddo  
o sentire il vento tiepido sul volto.  
Speranze ...  
E paura del vuoto  
... l'onda non si ferma,  
sposto il capo e vedo un altro fiore,  
mi inclino e vedo un altro albero,  
... mi ritiro timoroso,  
ma non rinuncio,  
voglio esistere,  
ora so che la terra ed il cielo sono più vicini.  
L'onda non si ferma,  
sento il fascino di un salice piangente  
sulla riva del fiume che scorre.  
L'onda non si ferma,  
sono forza e tenerezza,  
sono presenza ed assenza,  
sono onda tra le onde.*

Imparando questa poesia, ed abbinando i movimenti relativi, è nato un nuovo stimolo, forse un nuovo metodo che abbiamo chiamato la ginnastica della mente. Delle esercitazioni che utilizzassero il corpo per favorire la conservazione dei principali meccanismi di funzionamento della mente, la memoria, la capacità di concentrazione, eseguire operazioni logiche, reversibili, classificare, seriare. Ma di questo, se a qualcuno interesserà, parleremo in un successivo articolo.

# Sentirsi serenity.



## SERENITY

### Sentirsi meglio.

Serenity è il leader italiano degli ausili per l'incontinenza, anche grazie all'intensa attività di ricerca e sviluppo del suo Centro Studi. Serenity fornisce consulenza, formazione e assistenza post-vendita, coordina servizi e risorse proponendo soluzioni su misura alle vostre esigenze. La sua missione è promuovere una nuova cultura del benessere quotidiano condividendola con chi dà il meglio nell'assistenza.



Ricerca scientifica,  
tecnologica e metodologica:  
gli strumenti indispensabili  
per offrire prodotti e servizi  
innovativi, programmando  
attività ed interventi collegati  
al mondo dell'incontinenza.

 ARTSANA

Per maggiori  
informazioni  
vai sul sito  
[www.serenity-care.com](http://www.serenity-care.com)  
[www.artsana.it](http://www.artsana.it)