

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno VII - N. 3
Settembre 2009
TRIMESTRALE

3/2009

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
Sito 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 luglio 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 badanti: un welfare che rispetti la dignità di chi assiste e di chi è assistito

Marco Trabucchi, 5

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

La situazione della geriatria nella Svizzera italiana

Carlo Denti, Alessandro Lavorato, Fabiano Meroni, Guido Onagro, Pierluigi Quadri, 8

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

“Protesizzazione” e cura dell’anziano amputato e fragile: un percorso di cura complesso

Renzo Bagarolo, 13

MATERIALI DI LAVORO

Vigilanza e controllo sono funzionali al miglioramento della qualità in RSA?

Silvano Lopez, Angelamaria Sibilano, 18

ESPERIENZE (ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI)

Un percorso integrato per la gestione delle persone affette da demenza nel distretto di Carpi (AUSL MO)

Vanda Menon, 28

REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

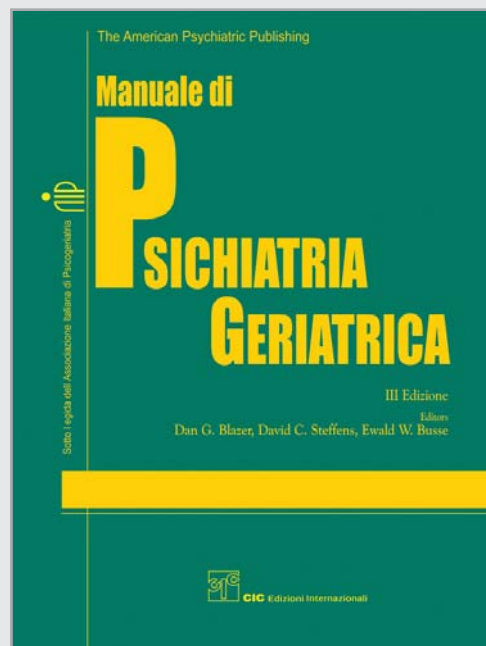
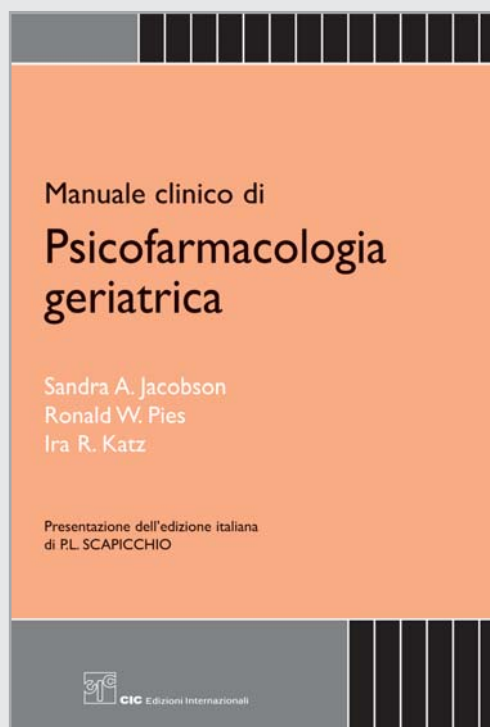
Riabilitare l’anziano: teoria e strumenti di lavoro

A cura di Angelo Bianchetti, 30

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

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Volume broccurato 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 badanti: un welfare che rispetti la dignità di chi assiste e di chi è assistito

Marco Trabucchi

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Una serie di eventi accaduti in questi mesi recenti, e riguardanti il mondo delle badanti, richiedono alcune puntualizzazioni. La geriatria come insieme di operatori che si occupano delle persone anziane non può tacere, perché lascerebbe spazio alle futili osservazioni di chi non conosce questo mondo, nella sua complessità e nella sua originalità. "I luoghi della cura" si è varie volte occupata del tema; sono però opportune ulteriori precisazioni, come conseguenza del mutare delle circostanze. Ovviamente non ci interessa la polemica, ma il contribuire a chiarire, assieme ai lettori, l'organizzazione – nei suoi aspetti chiaroscuri – dell'assistenza alle persone anziane non più autonome e che desiderano rimanere nel proprio domicilio. Procedo per punti in modo da facilitare la lettura.

1. Il fenomeno delle badanti è comparso in modo spontaneo, senza che vi fosse un progetto collettivo. Come spesso accade, la plasticità sociale crea risposte imprevedute a difficoltà che a taluni paiono insormontabili. La comparsa non prevista potrebbe preludere, nel prossimo futuro, ad un fenomeno inverso, cioè alla progressiva scomparsa di queste risorse informali dedite all'assistenza agli anziani. Da un punto di vista umano si tratterebbe peraltro di un evento positivo, perché significherebbe una riduzione del bisogno di tante persone che vengono in Italia spinte da esigenze economiche.

2. Le famiglie e la collettività in generale devono gratitudine alle badanti, persone venute da lontano che si sono spese per migliorare la qualità della vita degli anziani ammalati e bisognosi di assistenza, risolvendo problemi enormi e permettendo una vita normale ai loro familiari. Senza retorica, si potrebbe commenta-

re che una società stanca e priva di ideali ripone in persone che provengono da società più giovani il compito di assistere gli anziani, che nella storia dell'umanità è sempre stato una caratteristica di civiltà. D'altra parte, qualsiasi analisi economica mette in luce come la presenza delle badanti ha permesso un grande risparmio da parte delle regioni per l'istituzione e il funzionamento delle residenze; in molti casi il risparmio è stato anche per le famiglie, il cui contributo per il paziente, nelle residenze, era superiore allo stipendio dato alle badanti. Cosa succederebbe se in pochi anni si dovesse sostituire questo lavoro organizzato in modo informale con le molte strutture residenziali che così si renderebbero necessarie? Se le badanti, secondo stime realistiche, sono 700.000, e se si ritiene che almeno un terzo dei loro assistiti avrebbe bisogno di un'assistenza residenziale, sarebbe necessario un impegno economico di circa 14 miliardi di euro (200.000 posti letto moltiplicati per 70.000 euro, cioè il costo per la costruzione di ciascuno): sarebbe un investimento molto simile a quello previsto dall'art. 20 di Donat Cattin, che dopo 21 anni non è stato ancora interamente trasformato in realizzazioni!

3. Le badanti hanno trovato varie condizioni di lavoro e vari livelli di generosità da parte delle famiglie italiane. Leggendo i testi scritti da alcune di loro, si rileva una forte nostalgia per la casa lontana; l'esigenza di guadagnare per permettere ai figli di studiare, al marito di finanziare una nuova attività o di comprare la casa ha, però, sempre vinto sulle crisi (sono poche, almeno ad ascoltare le loro colleghe, quelle che hanno gettato la spugna...). Spesso vi è al fondo una grande sofferenza, per la fatica fisica, ma soprattutto

per il livello delle relazioni umane (per pochi euro al giorno alcune persone pensano di impadronirsi della vita dell'altro, della sua libertà e dignità). Tuttavia, si creano anche relazioni positive: "Era doloroso per me vederla crollare, a poco a poco, nell'abisso nero della malattia, si immagina cosa provavano il marito e la figlia. È bruttissimo non poter aiutare! Ero testimone impotente del degrado, un'osservatrice dell'affondamento...proprio per questo me ne sono andata via: non resistevo più io, non loro! Ho presentato una mia amica, una bravissima persona, una donna paziente e dolcissima, e lei è diventata una della famiglia. Lo è ancora: quando in pochi mesi la nonna se ne andò la seguì il marito. E la mia amica è rimasta lì, a dare una mano alla loro figlia, come se fosse una sua zia. E la datrice di lavoro è diventata una nipote che condivide le gioie e le tristezze della vita. Ci si aiuta reciprocamente: è questo il senso della vita, no?" Oltre all'aneddotica, l'esperienza insegna che il rapporto badanti-famiglie è stato, per la maggior parte dei casi, corretto; le descrizioni di furti, di atti di scorrettezza verso l'anziano o di appropriazione indebita attraverso donazioni o testamenti sono rare, anche se fanno scalpore, perché sempre la notizia brutta soverchia quella positiva, che narra invece di sacrifici e generosità.

4. La badante è spesso l'unico terminale efficace della comunicazione rispetto ai problemi del paziente, perché ha ricevuto di fatto una delega totale ed è quindi responsabile di tutti i passaggi dell'assistenza (da quelli più umili a quelli più complessi). Spesso queste persone, soprattutto se provenienti dai paesi dell'est, sono dotate di una cultura di livello elevato; il passaggio delle informazioni deve quindi essere adattato dal medico al livello della persona che ha davanti, perché aumenti l'efficacia del messaggio e allo stesso tempo si dimostri rispetto per la personalità e la cultura della badante. In alcuni casi ella si sente "protetta" da un medico attento, soprattutto quando si vede responsabile di competenze superiori alle proprie capacità; in altre circostanze, invece, le badanti hanno acquisito nel tempo una notevole professionalità e quindi il rapporto con il medico è più facile. Sempre, però, è importante un atteggiamento di supervisione, anche per dare a chi assiste l'impressione di muoversi all'interno di un progetto assistenziale e di non essere lasciata a gestire una situazione umanamente pesante senza una guida tec-

nica. Non di rado, inoltre, il medico deve intervenire in appoggio alla badante quando questa, per vari motivi, si viene a trovare in una condizione di pesante pressione psicologica; poi, nel tempo, deve continuare ad esercitare una supervisione, indispensabile per permettere un lavoro minimamente sereno.

5. Le badanti sono prevalentemente precarie sia per quanto riguarda il permesso di soggiorno sia per il rapporto di impiego. Il realismo impone di accettare questa situazione senza estremismi o retoriche sulla tolleranza zero: il sistema pubblico non concederà mai un numero di permessi pari alle persone che svolgono questo lavoro indispensabile nelle nostre case. È quindi umano, ma soprattutto è atto di concretezza, accettare la situazione come sta, evitando di urlare che tutto dovrà rientrare nella legge. Come? Pensiamo, peraltro, che se le persone che dovrebbero essere più responsabili continuano a fare proclami ci sarà qualche povero stupido, incapace di leggere la realtà, che provvederà a denunciare le badanti. Abbiamo già visto la polizia urbana di qualche città fare "retate" (la Polizia di Stato e i Carabinieri sono comandati in modo più severo e sereno e quindi non si lasciano andare ad atti plateali ed inutili). Purtroppo gli scellerati che seguono i cattivi maestri non hanno spesso nemmeno la capacità di analisi della propria condizione, per cui non tengono in conto che potrebbero presto aver bisogno della collaborazione di una badante per continuare a rimanere nella propria casa in condizioni decenti.

6. Cosa facciamo per rendere più dignitosa la vita delle badanti che vivono nelle nostre città e che sono così utili alla serenità collettiva? Abbiamo assistito, in questi anni, a tentativi più o meno riusciti di fornire supporti informativi, per permettere loro di svolgere al meglio il lavoro di tutti i giorni. Vi sono stati successi e fallimenti, dettati talvolta anche da un certo disinteresse da parte delle stesse badanti per migliorare un mestiere che ritengono temporaneo e che quindi non richiederebbe una professionalizzazione. Dove però è mancato l'impegno collettivo è soprattutto nel creare una decente atmosfera di vita per queste persone, incominciando con il permettere loro di trascorrere alcune ore di riposo. Abbiamo davanti agli occhi l'immagine di queste signore, vestite in modo povero, che si trovano a chiacchierare e a mangiare assieme in qualche angolo verde delle nostre città, esposte al freddo e al caldo delle stagioni, perché in pochi hanno pensa-

EDITORIALE

to di offrire loro spazi più organizzati e civili. Basti pensare a quanti luoghi inutilizzati vi sono attorno a noi, in strutture dei comuni o delle diocesi, che potrebbero offrire qualche momento di riposo sereno. Recentemente, un comune ha organizzato una festa per le badanti, come minimo segno della gratitudine collettiva per il loro lavoro. Un atto di dignità civile di alto valore. Ebbene, qualcuno ha ritenuto di esprimere la propria riprovazione per i soldi pubblici spesi in modo improprio. Certo, forse le feste delle salamine o della birra, in presenza di veline, permettono in modo più efficace di farci dimenticare le nostre responsabilità umane e civili...

7. Le badanti sono un rimedio a termine: per questo, oltre a organizzarne oggi il servizio nel modo migliore ed a garantire il rispetto loro dovuto sul piano ci-

vile (ma che dovrebbe anche essere espressione della nostra gratitudine!), abbiamo la responsabilità di pensare al domani. Analizzando con attenzione lo scenario, che è sempre in movimento: è importante, ad esempio, utilizzare il progresso di fatto compiuto dalla nostra società grazie alle badanti (si pensi all'internazionalizzazione della prospettiva umana di molte persone, in passato dimensionata su una strettissima cerchia di parenti e del vicinato). Inoltre, la crisi economica di oggi sta mettendo in luce anche alcuni fenomeni in controtendenza, come il ritorno a casa delle donne licenziate dal proprio impiego fuori dalla famiglia. È necessario quindi un impegno serio di analisi e di progettazione su uno dei problemi più tipici di una società postmoderna, perché attorno vi gravitano aspetti umani, psicologici, economici, organizzativi.

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

La situazione della geriatria nella Svizzera italiana

Carlo Denti*, Alessandro Lavorato**, Fabiano Meroni**, Guido Onagro#, Pierluigi Quadri**

* Sezione del Sostegno a Enti e Attività Sociali, Dipartimento della Sanità e Socialità, CH-Bellinzona

** Servizio Sottocenerino di Geriatria, Ospedali regionali di CH-Mendrisio e CH-Lugano

Servizio Geriatria, Ospedale regionale di CH-Bellinzona e Valli

IL CONTESTO NAZIONALE SVIZZERO

La Svizzera è un piccolo stato federale nel cuore dell'Europa, e il Canton Ticino, sua appendice meridionale incuneata in territorio lombardo, ne rappresenta la parte di lingua italiana (Tab. 1).

In ambito demografico, la Svizzera si situa seconda solo all'Islanda nel confronto internazionale per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita.

L'età di pensionamento è di 65 anni per gli uomini e di 63 per le donne. Il 15% degli uomini tra i 65 e 70 anni, ed il 9% delle donne fra i 63 ed i 70, continua a lavorare dopo il pensionamento. Secondo uno studio europeo del 2003, la percentuale di persone professionalmente attive nella fascia d'età fra i 55 e i 59 anni è, con l'86,7% per gli uomini, ed il 54,7% per le donne, la più alta d'Europa (in Italia, ad esempio, solo il 46,2% di uomini è ancora attivo in questa fascia d'età). Lo stato garantisce ad ogni pensionato, indipendentemente dal reddito e dalla sostanza, una rendita (Assicurazione Vecchiaia e Superstiti, AVS), finanziata dalla popolazione in età attiva. L'obbligatorietà, dal 1985, di un secondo pilastro assicurativo, finanziato per metà dai salariati e per metà dai datori di lavoro, permette ad una fascia sempre più ampia di persone di godere, dopo la cessazione dell'attività lavorativa, di una pensione professionale. Per coloro che non hanno usufruito del sistema del secondo pilastro, e con entrate inferiori ad una soglia minima, lo Stato assicura il minimo vitale attraverso il versamento di una prestazione complementare. Le persone non autosufficienti a causa di una malattia o di un infortunio possono ricevere, indipendentemente dalla loro situazione economica, un assegno per grandi invalidi che contribuisce, almeno in parte, alle spese dovute alle cure sanitarie.

Accanto ai dati demografici è senz'altro interessante considerare l'evoluzione della disabilità. Un recente studio di F. Höpflinger (2003) che analizza, sulla base di

Tabella 1 - Caratteristiche dello stato di salute e del sistema sanitario in Svizzera e nel Canton Ticino (2007).

Caratteristiche	Svizzera	Ticino
Popolazione totale (x 10³), n¹	75.93,5	327,6
Uomini	3.727	170,4
Donne	3.866,5	157,2
Età %		
≥ 65	16%	21%
≥ 80	4,50%	5,90%
Aspettativa di vita, anni (*)		
<i>Alla nascita</i>		
uomini	77,9	
donne	83	
<i>All'età di 65 anni</i>		
uomini	17,6	
donne	21	
<i>All'età di 80 anni</i>		
uomini	7,8	
donne	9,4	
Medici per 100.000 abitanti		
totale	489	487
medici generalisti	113	113
medici geriatri	5,4	2,4
Posti letto per 1.000 abitanti		
cure per acuti	3,98	4,65
cure geriatriche per acuti	0,46	0,61
case di riposo	10,7	12,2
* Dati 2003.		

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

un confronto della speranza di vita senza handicap a 65 anni nei periodi 1981-82 e 1997-99, l'andamento dei dati di dipendenza e del bisogno di cure, mostra come il marcato incremento demografico della popolazione anziana si accompagni ad una compressione della disabilità (11,5 vs. 13 anni per gli uomini e 12 vs. 16 anni per le donne). Non solo dunque si vive più a lungo, ma anche in migliori condizioni di salute e di autonomia funzionale.

I dati demografici cantonali ben si inseriscono nel contesto nazionale: il Canton Ticino conta, lungo tutto il XX secolo, una popolazione di anziani più numerosa di quasi due punti percentuali rispetto a quella svizzera. L'80% degli ultra-65enni abita nei centri urbani, mentre i piccoli comuni delle zone di campagna e montane, pur contando pochi anziani, hanno tassi di anzianità molto elevati, rendendo quindi una vera sfida l'assicurare la parità di accesso ai servizi sociosanitari.

IL QUADRO LEGISLATIVO: ALCUNE PARTICOLARITÀ DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO SVIZZERO

Il sistema sanitario vigente in Svizzera è retto dalla Legge federale sull'Assicurazione Malattia (LAMal): essa ribadisce l'obbligo per ogni residente di assicurarsi presso una "cassa malattia", società di diritto privato che garantisce, sulla base di premi versati in un sistema di solidarietà sociale, l'accesso alle cure a tutti gli affiliati (il 96% della popolazione). I Cantoni, tramite un sistema di sussidi diretti ai meno abbienti, favoriscono ulteriormente l'equa redistribuzione della ricchezza, minimizzando l'impatto sul salario reale del pagamento dei premi assicurativi. Finanziato in questo modo, il sistema sanitario permette ad ognuno l'accesso alle cure sanitarie sia in degenza che ambulatoriali.

I costi derivanti dall'ospedalizzazione sono, nella misura del 10%, a carico dell'assicurato. La LAMal prevede che la parte restante sia presa in carico per il 50% dalle casse malattia, per l'altro 50% direttamente dallo Stato che, a partire dal 2012, equiparerà strutture pubbliche e private.

I costi delle cure ambulatoriali sono, nella misura del 90%, a carico delle casse malattia, mentre il 10% rimanente a carico dell'assicurato.

Infine, nel quadro delle cure di lungo-degenza la LAMal prevede un finanziamento che va, almeno in Ticino, in parte a carico dell'ospite (in base alla dichiarazione fiscale), in parte a carico delle casse malattia (se-

condo una tariffa forfettaria che tiene conto prevalentemente del carico assistenziale) con un'integrazione effettuata dall'ente pubblico (cantone/comuni). Per gli anziani di reddito modesto il Cantone assicura il pagamento di una retta minima.

L'ASSISTENZA ALL'ANZIANO IN CANTON TICINO: NEL SETTORE DELLE CURE PER ACUTI...

Ogni Cantone gode di ampia autonomia in materia di politica sanitaria ed è obbligato nel contempo a pianificare, coordinare, vigilare e finanziare strutture socio-sanitarie e servizi. In questo quadro di decentramento, il Canton Ticino affronta la presa in carico della persona anziana con strutture sanitarie per acuti e post acuti (di degenza e non), attraverso pianificazioni settoriali il cui quadro di riferimento politico-amministrativo appare, sia sul piano formale che reale, meno articolato e organico rispetto alla situazione italiana. Vengono comunque definiti due campi d'intervento: la presa in carico per pazienti acuti, negli ospedali e nelle cliniche, e quella post acuta, assicurata da strutture e servizi ambulatoriali (servizi di assistenza e cura a domicilio, centri diurni, servizi di appoggio e di volontariato) e da strutture di degenza (case per anziani, cliniche).

Le cure per acuti sono garantite, per il settore pubblico, da quattro ospedali regionali affiliati a un unico Ente Ospedaliero Cantonale, e distribuiti sul territorio, e nel settore privato da sette cliniche prevalentemente concentrate nelle regioni di Locarno e Lugano; vi si aggiungono il Cardiocentro Ticino, il Centro Sociopsichiatrico Cantonale e due cliniche psichiatriche private. Fino ad oggi la pianificazione ospedaliera non ha affrontato la questione dell'attribuzione di mandati di servizio, per cui l'offerta sanitaria è cresciuta su iniziativa locale, senza una pianificazione complessiva. Così è stato anche per la geriatria ospedaliera: tra il 1992 e il 2005 sono sorti, in successione di tempo, nel settore pubblico, Unità di Geriatria per Acuti in tutti e quattro gli ospedali regionali, per un totale di 50 letti. La risposta del settore privato ai bisogni di cure per acuti espressi dall'anziano è rappresentata dai 40 posti letto in due diverse cliniche. Queste strutture, che accolgono anziani fragili in condizioni di instabilità clinica provenienti elettivamente dal domicilio, dal pronto soccorso o da altri reparti, si caratterizzano per l'approccio multidimensionale e interdisciplinare e per lo sforzo di assicurare un intervento diagnostico, terapeutico

e riabilitativo e la continuità delle cure in un sistema di rete. Globalmente, vengono ricoverati pazienti per lo più di sesso femminile (60-65%) e la durata di degenza media si situa tra i 13 e i 17 giorni. Il finanziamento è regolamentato tramite gli All Patient Diagnosis Related Groups (AP-DRG). Tutte le unità geriatriche per acuti del Canton Ticino sono state riconosciute da parte della Federazione dei Medici Svizzeri quali istituti di formazione per la geriatria (disciplina riconosciuta come specialità solo dal 2000, con un titolo acquisibile in aggiunta alla formazione in medicina interna o medicina generale).

I limiti principali di tale situazione sono l'insufficiente copertura dei bisogni clinico-assistenziali di alcune regioni del Cantone e la mancanza di criteri di ammissione condivisi. Quest'ultimo punto impedisce l'attivazione di un sistema di monitoraggio di indicatori di efficacia (mortalità, disabilità residua, tasso di istituzionalizzazione) nonostante le iniziative già intraprese in questo senso dalla Società Ticinese di Medicina Geriatrica per porvi rimedio. Inoltre, le unità più piccole mostrano evidenti difficoltà nell'organizzare quella globalità dell'intervento infermieristico (che, da sola, garantisce l'efficacia dell'intervento geriatrico) e nell'assicurare un'adeguata presa in carico dei disturbi psico-comportamentali associati a demenza che interessano fino al 30% dei casi.

...E DELLE PRESTAZIONI A DOMICILIO E AMBULATORIALI

Lo spirito che guida l'intervento dello Stato del Canton Ticino a favore della popolazione anziana è riassunto nel *Rapporto sulle linee direttive e piano finanziario 2004/2007*: "...Per prevenire la perdita di autonomia e far fronte alle necessità di assistenza e cura, il Cantone valorizza la rete della solidarietà familiare (tramite gli aiuti diretti al mantenimento a domicilio) e promuove lo sviluppo ed il coordinamento dei servizi di assistenza, cura e riabilitazione...". L'attuale assetto organizzativo dell'intervento nel settore dell'assistenza a domicilio raggruppa i servizi in tre pilastri: gli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio, i servizi di assistenza e cura a domicilio e i servizi di appoggio (i centri diurni, la distribuzione dei pasti caldi a domicilio, i servizi di trasporto, l'offerta di cure palliative, la consulenza ai parenti) e il volontariato.

Una serie di aiuti finanziari diretti, erogati direttamente a persone beneficiarie di un assegno per grandi in-

validi e commisurati alla loro situazione finanziaria, permettono di attivare privatamente delle soluzioni per poter continuare a vivere a domicilio. Permettono inoltre l'erogazione di sussidi per la creazione di soluzioni individuali d'abitazione, allo scopo di ridurre le barriere architettoniche.

I Servizi di Aiuto e Cura Domiciliari, SACD, preposti all'erogazione di prestazioni infermieristiche, cure di base alla persona dipendente e sostegno nel disbrigo di attività domestiche, sono organizzati in sette consorzi regionali. Le loro prestazioni, codificate secondo un tariffario valido in tutta la Svizzera, vengono erogate su prescrizione del medico. Tuttavia, la valutazione dei bisogni effettivi non si basa su criteri oggettivi, rilevati da una valutazione strutturata. Mancano infatti unità geriatriche territoriali di valutazione che modulino l'accesso ai nodi della rete assistenziale e ne coordinino l'intervento. Nello spazio d'azione lasciato libero da questa carenza, i nove geriatri ticinesi praticano anche un'attività ambulatoriale in studi privati o in ambulatori ospedalieri volta all'accertamento e alla cura delle grandi sindromi geriatriche e alla presa in carico della fragilità. Ad ogni modo i SACD stessi stanno ovviando a tale situazione con l'introduzione del RAI-homecare quale strumento di valutazione infermieristica.

Dal 2001, il numero di persone assistite è costantemente aumentato, non solo per l'incremento del numero di anziani residenti in Ticino, ma per l'estensione delle prestazioni, che riguardano ormai il 10% della popolazione anziana. L'assistenza è assicurata sette giorni su sette, con frequenza anche bigiornaliera, e le prestazioni arrivano a comprendere atti complessi come la nutrizione artificiale parenterale. Le lacune statistiche che caratterizzano il rilevamento federale impediscono, purtroppo, un confronto intercantonale dei dati: una recente inchiesta ha comunque potuto confermare il grado di fragilità sia sociosanitaria sia economica dell'utenza assistita e verificarne l'alto grado di soddisfazione: oltre l'80% degli utenti ritiene che le prestazioni offerte promuovano l'autonomia e migliorino la qualità di vita e il grado di sicurezza.

Fra i servizi di appoggio, ci limitiamo qui a citare la presenza di cinque Centri Terapeutici Diurni che, distribuiti sul territorio cantonale, garantiscono l'accoglienza diurna di persone affette da demenza, offrendo sia una presa in carico terapeutica supportata da una valutazione specifica, sia counselling, sostegno e accompagnamento ai famigliari. I Centri Diurni sono gestiti da Pro Senectute, PS, un'organizzazione no-profit parzial-

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

mente sussidiata dallo Stato. Dallo Stato PS ha anche ricevuto mandati per la consulenza attraverso una rete di assistenti sociali, per la gestione di un servizio di pasti a domicilio, nonché per l'organizzazione di diverse offerte socio-sanitarie: atelier-équilibre, gruppi di Tai-Chi, gruppi di risveglio della memoria. Dallo scorso anno PS ha promosso un Centro Diurno Intergenerazionale per favorire l'approccio e lo scambio di esperienze tra giovani e persone anziane.

LE STRUTTURE DI LUNGO-DEGENZA

L'istituzionalizzazione in lungo-degenza dovrebbe essere la tappa finale di un iter, più o meno lungo, che ha visto prima attivare il sostegno alla famiglia, al volontariato ed ai servizi di assistenza e cura a domicilio. Oggi il Cantone dispone di circa 220 posti letto ogni 1.000 anziani ultraottantenni, distribuiti in 64 istituti. Si tratta di case di riposo "medicalizzate", deputate, cioè, ad erogare prestazioni di cure ed assistenza a persone anziane rese fragili dalla polipatologia e dall'handicap funzionale, analogamente alle RSA italiane. L'età media dell'utenza è di oltre 87 anni e un'alta percentuale (68-80%) di ospiti è affetta da deficit cognitivi; situazione che ha portato il 67% degli istituti a mettere in atto o a sperimentare specifici approcci di cura, e il 21% ad adottare particolari soluzioni architettoniche. L'Ufficio del medico cantonale esercita la vigilanza sull'attività di queste strutture verificando l'osservanza delle direttive che stabiliscono i requisiti di qualità richiesti. Il quadro normativo definisce, tra l'altro, gli strumenti e le risorse messi a disposizione delle case di riposo: segnaliamo, fra i primi, l'adozione di uno strumento di valutazione e di elaborazione di un piano individuale di assistenza (versione italiana del *Resident Assessment Instrument*, RAI) che assicura la specificità geriatrica dell'intervento e la cui generalizzazione facilita l'uso di un linguaggio comune tra operatori che lavorano all'interno di una realtà condivisa. Altri strumenti sono rivolti al settore amministrativo-gestionale. Quanto alle risorse in termini di personale sanitario e di cura, la loro consistenza è stabilita sul grado di dipendenza degli ospiti dell'istituto. È in corso di perfezionamento il sistema per calcolare la necessità di personale sulla base dei bisogni rilevati con la valutazione multidimensionale del RAI.

L'emergenza di nuovi bisogni legati all'invecchiamento demografico richiede una diversificazione dell'offerta.

Per questa ragione, oltre che come fase ponte per il collocamento in lungo-degenza, sono stati messi a disposizione posti-letto per soggiorni temporanei e per l'accoglienza durante la fase post-acuta (unità ad alto contenuto sanitario). Infine, a questi posti letto, definiti come di degenza, vanno aggiunti 135 posti in appartamenti protetti, adiacenti a istituti di lungo-degenza o in stabili a sé stanti. Questo tipo di collocazione abitativa è attualmente al centro di un dibattito che si pone nell'ambito delle ricerche sul tema della città e dell'abitare in un'epoca di invecchiamento democratico, cioè non più riservato a categorie selezionate.

ATTEGGIAMENTI DI FRONTE ALLA VITA E ALLA MORTE

In tutta la Svizzera negli ultimi decenni è maturata un'attenzione crescente nei confronti dei diritti del paziente e della sua autonomia. In Ticino, nei luoghi di cura dell'anziano viene fatto riferimento da un lato al quadro legislativo (Legge sanitaria del 1989 e successive modifiche), dall'altro alle direttive bio-etiche dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), nonché alle linee guida della Società Svizzera di Gerontologia e Geriatria (SSGG) e della Società Professionale Svizzera di Geriatria (SPSG). Partendo da queste basi, si possono trovare aiuti per decidere come affrontare situazioni cliniche particolarmente complesse per gli interrogativi etici che sollevano.

I processi decisionali devono tener conto del diritto di autodeterminazione del paziente, pertanto qualsiasi misura diagnostica e/o terapeutica deve essere presa con il consenso autonomo e informato dell'anziano. In caso di incapacità di discernimento, deve essere fatto riferimento alla sua volontà presunta e all'interesse oggettivo del paziente (*Diritto di autodeterminazione delle pazienti e dei pazienti - Principi medico-etici dell'ASSM*, Basilea 2005).

L'anziano ha diritto sino alla fine della vita a trattamento e assistenza adeguati. L'età e la situazione di dipendenza e di perdita di autonomia non devono condurre alla mancata applicazione di misure terapeutiche necessarie (*Trattamento e assistenza delle persone anziane in situazione di dipendenza - Direttive medico-etiche e raccomandazioni dell'ASSM*, Basilea 2004).

Le misure di contenimento, o di privazione della libertà della persona pericolosa per sé o per altri, devono conservare un carattere eccezionale ed essere applicate solo in condizioni strettamente definite (*Freiheit und Sicher-*

heit - Richtlinien zur Anwendung Freiheitsbeschränkender Massnahmen bei der Behandlung und Pflege betagter Personen, in tedesco e francese, Società svizzera di gerontologia, Berna 1999; Articolo 397 segg. del Codice penale).

La persona, giunta alla fase finale della sua vita, ha spesso bisogno di aiuto e di protezione particolari, ed i processi decisionali connessi con tali momenti rappresentano una grande sfida per il paziente stesso, i suoi familiari, i medici e il personale curante (*Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali - Direttive medico-etiche dell'ASSM*, Basilea 2004). Ciò si è tradotto, in Svizzera ed in Ticino, in una crescente attenzione formativa, sia per le tecniche delle cure palliative, sia per i criteri che devono guidare i percorsi decisionali etico-clinici.

In Svizzera l'assistenza al suicidio non è punibile quando avviene in assenza di motivi egoistici (articolo 115 del Codice penale), mentre invece lo è l'omicidio su richiesta, anche se questa è seria e insistente (Articolo 114 del Codice penale).

In Ticino il Comitato Etico Cantonale è il referente per le sperimentazioni e le ricerche cliniche, e può essere interpellato anche quale ente consultivo in questioni cliniche che sollevano un dilemma etico. È attualmente in corso di creazione un comitato etico per i problemi della geriatria.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE E PROSPETTIVE FUTURE

Con una spesa che rappresenta l'11,5% del PIL, la Svizzera è il secondo paese al mondo per i costi del sistema sanitario. Una loro incontrollata evoluzione rischia di compromettere il consenso attorno al principio di solidarietà intergenerazionale che, alla base del finanziamento del nostro sistema assicurativo sanitario, chiama un numero sempre minore di giovani a partecipare ai costi determinati da un numero sempre maggiore di anziani. Sorgono, inoltre, proposte di razionalizzazione delle prestazioni sulla base del criterio di età.

L'estensione del finanziamento statale agli ospedali privati dovrà dunque essere accompagnata da uno sforzo per pianificare l'ottimale integrazione degli interventi pubblico e privato.

La qualità delle cure, a domicilio, in ospedale e in lungo-degenza, continuerà ad essere garantita da medici generalisti e internisti con un'ottima formazione clinica. I geriatri potranno contribuire a migliorare la qualità e l'efficienza del sistema sanitario con la formazione di medici e personale paramedico sulla presa in carico delle grandi sindromi geriatriche, aumentando l'impatto della loro attività ambulatoriale nella prevenzione del declino funzionale e collaborando alla definizione dei criteri di accesso ai presidi di cura per un utilizzo più razionale delle risorse.

La ricerca geriatrica clinica resta indispensabile per la verifica degli outcome, e dovrà essere attivata in collaborazione con altri centri svizzeri, ma considerata la collocazione geografica del Ticino, anche italiani.

BIBLIOGRAFIA

Höpflinger F. Gesundheitliche Situation und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen in der Schweiz. Berna, 2003.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Eurostat: epp.eurostat.ec.europa.eu.

Federazione dei Medici Svizzeri: www.fmh.ch/ww/fr/pub/fmh/statistique/medicale 2007.

Gianocca C, Cantoni R. Attività degli istituti ospedalieri e consumo di cure: un confronto tra Ticino e Svizzera dal 1998 al 2006. Ustat, Bellinzona, 2008.

Schoenenberger AW, Stuck AE. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. *J Am Geriatr Soc* 54:986-990, 2006.

Ufficio federale di Statistica, Sezione Sanitaria: www.bfs.admin.ch, tema Salute.

Ufficio di Statistica del Cantone Ticino: www.ti.ch/ustat.

“Protesizzazione” e cura dell’anziano amputato e fragile: un percorso di cura complesso

Renzo Bagarolo

Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano

Con il prezioso contributo del Gruppo di Lavoro sul “Paziente Amputato”: Spada P, Boncinelli S, Campanati P, Pagani M, Bianchi C, Ziccardi A, Popovich A - Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI); Zancan A - Fondazione Maugeri, Pavia; Scaffino L - ASL Milano 2; Fabbrini S - Istituto Geriatrico P Redaelli, Milano; Angeletti M, Linati M - ASL Milano; Rossi P, Del Massi M - Pio albergo Trivulzio, Milano; Scalisi P, Barlassina S, Premoli L - Istituto Geriatrico P Redaelli, Vimodrone; Pirrotta A - Polo Geriatrico, Cinisello (MI); Bagarolo R - Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano; Felicetti G - Fondazione Maugeri Montescano; Scialpi D - Rizzoli Ortopedia.

PREMESSA

Un recente studio finlandese condotto su anziani amputati agli arti inferiori (età media 76.6 ± 10.7) riporta dati di incidenza comparabili a quelli italiani, ma in particolare colpisce che la mortalità di questi pazienti ad un anno sia di circa il 50%, e segnala come la comorbidità sia il fattore maggiormente predittivo per la mortalità (Remes et al., 2008). Alcune esperienze di cura di pazienti anziani fragili mono o bi-amputati agli arti inferiori, e l’invito a partecipare ad un gruppo di lavoro sulla protesizzazione del paziente amputato, sono stati per me lo stimolo ad approfondire questo specifico ambito, poco conosciuto e generalmente presidiato da “addetti ai lavori”, che nei prossimi anni chiamerà sempre più in causa gli operatori dei servizi di cura per anziani “dedicati” alla cronicità e sub-acuzie.

Obiettivo di questo articolo non è affrontare l’argomento del paziente amputato in termini di tecnica chirurgica o riabilitativa, che lascio trattare in modo più specifico e competente ad altri operatori e gruppi di studio; mi interessa invece riflettere ed evidenziare alcune criticità che si presentano nella cura dei pazienti anziani fragili sottoposti ad amputazione degli arti inferiori. In particolare, ritengo utile fare alcune riflessioni sulle modalità di “gestione” del paziente amputato non protesizzabile, che spesso può presen-

tarsi in condizioni di “terminalità” a causa della presenza di numerose patologie concomitanti, seppur non neoplastiche.

EPIDEMIOLOGIA

L’analisi di alcuni dati epidemiologici aiuta a definire l’entità del problema che in questi anni sta assumendo una certa rilevanza numerica. I dati SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera, 2003), disponibili a livello nazionale (www.ministerosalute.it), stimano l’incidenza di amputazioni nella popolazione generale, definita come “domanda soddisfatta”, nel valore medio di 0.24 casi per 1000 abitanti (circa 15.000 casi trattati); nella regione Lombardia, dove è presente un sistema in grado di soddisfare la domanda sanitaria con buona efficienza, nel 2003 l’incidenza di amputazioni era di 0.30 casi per 1.000 abitanti, che si è ridotta nel 2007 a 0.26 casi per 1000 abitanti con un numero di 2.343 amputazioni (in tabella I i dati dei DRG 113-114-213-285, derivati dalle SDO dei ricoveri ospedalieri in Lombardia nel 2007) (www.sanita.regione.lombardia.it).

I numeri riportati non sono sicuramente eclatanti in termini epidemiologici, ma se si moltiplicano per i costi del lungo percorso di trattamento chirurgico-riabilitativo, delle protesi prescritte (e spesso non utilizzate), e delle risorse impegnate dal servizio sanitario per

Tabella I - DRG (ver. 24) per metodica chirurgica di amputazione in Lombardia – ricoveri anno 2007.

DRG	MDC	Tipo	Descrizione	Peso	Soglia	Casi
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede	3,1389	57	1.308
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	1,8488	45	554
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	2,2148	63	157
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	2,5557	59	324

questo tipo di esito di patologia, non lievitano in maniera consistente.

Infine, non abbiamo dati soddisfacenti del profilo dei pazienti sottoposti ad amputazione, ma se consideriamo il quadro epidemiologico in rapido cambiamento in relazione alla diffusione delle patologie croniche (diabete mellito, patologia vascolare, ecc.), se è vero che in Italia il diabete mellito è considerato la prima causa di amputazione degli arti inferiori nella popolazione, arrivando al 60 per cento di tutte le cause di amputazione nel maschio, e se si confermano le prevalenze di amputazione nel 1% dei maschi e 0.4% delle femmine nelle coorti di pazienti diabetici (www.ministerosalute.it), possiamo stimare che nei prossimi anni almeno l'80% dei pazienti amputati lo saranno agli arti inferiori da complicità di patologia metabolica/vascolare, e che questi saranno in buona parte anziani fragili e clinicamente instabili a causa della co-morbosità.

CRITICITÀ DELLA PROTESIZZAZIONE NELL'ANZIANO FRAGILE

L'eterogeneità dell'eziopatogenesi dell'amputazione (vascolare, traumatica, settica, oncologica, congenita) e la multidisciplinarietà dei professionisti coinvolti nella cura (chirurgo, internista, fisiatra, terapista della riabilitazione, ad esempio tecnico ortopedico, infermiere, psicologo) hanno contribuito a frammentare e disperdere gran parte delle esperienze condotte e dei dati raccolti. L'assenza di un registro dell'amputato non permette di ricondurre la complessità dell'intervento di cura dell'amputato ad una esauriente visione d'insieme del problema.

L'amputazione è un esito di patologia che trova nel progetto/programma riabilitativo il momento decisivo per la restituzione del paziente al suo ambiente sociale e/o lavorativo. I fattori prognostici di esito sono generalmente correlati a: eziopatogenesi, età, livello (trans-tibiale, trans-femorale) e bilateralità dell'amputazione, presenza di malattie concomitanti e tempo di attesa alla protesizzazione. L'età è un fattore indipendente che in buona parte spiega l'eziopatogenesi, la scelta dell'obiettivo e del percorso dell'intervento di cura, l'esito in ragione dell'elevata comorbosità e complicità associate all'età.

Una prospettiva "ageistica" può influenzare il "riabilitatore" nella scelta del percorso di cura e nella definizione del progetto/programma riabilitativo del paziente anziano con grandi margini di errore e di variabilità fra prognosi ed efficacia. Occorre quindi considerare nuovi fattori e indicatori, indipendenti dall'età, nel definire appropriatezza, efficacia dell'intervento e prognosi.

Infine, vi è la necessità di chiarire la condizione di "terminalità" in cui si può trovare il paziente anziano fragile amputato non protesizzato, pur in assenza di malattia neoplastica.

RICERCA DI NUOVI CRITERI PER LA PROTESIZZAZIONE

Gli indicatori di insufficienza d'organo, di riserva funzionale, di spesa energetica, ormai diffusi in ambito geriatrico e fisiatrico, possono servire a definire un "albero decisionale" di riferimento attraverso linee guida e protocolli di intervento per la cura e "protesizzazione" dell'anziano amputato.

Alcuni criteri utilizzati nella valutazione cognitiva (MMSE), funzionale (indicatori di riserva d'organo: fra-

zione di eiezione, classe NYHA, Albumina, FEV1 e sat. O2) ed energetica (VO2) del paziente premorboso e/o clinicamente stabilizzato, "controllati" per l'esito misurato come livello di attività (criteri ISO K0-K4, tab. 2), potrebbero costituire un "albero decisionale" di riferimento per le diverse équipe per la scelta della protesi/ausilio e percorso di cura adeguato al profilo di ciascun paziente.

Tabella 2 - Criteri ISO K0-K4.

Livello di attività	
K0	L'amputato non ha l'abilità di muoversi indipendentemente (ausiliazione con carrozzina) ed usa una protesi solo a fini estetici
K1	L'amputato può camminare in ambienti domestici su superfici piane, per brevi spostamenti lentamente
K2	L'amputato in ambienti esterni riesce ad accelerare la deambulazione e percorrere superfici leggermente disstate
K3	L'amputato affronta giornalmente percorsi di varia natura con deambulazione alternata per superare vari ostacoli sul terreno
K4	L'amputato va oltre le classiche attività di vita quotidiana associando attività sportive e attività ricreative

È auspicabile la costituzione di gruppi di lavoro multidisciplinari in grado di affrontare le criticità sopra esposte e altre di tipo culturale, tecnico, legislativo e di comunicazione, così che dalla condivisione di competenze e difficoltà si possa giungere a definire criteri di scelta quanti-qualitativi per classi omogenee di pazienti, utilizzo di protesi e prognosi.

Tabella 3 - Definizione di fase terminale di malattia in alcune patologie organo-specifiche, non neoplastiche.

Malattia di cuore	Intrattabile o frequente scompenso cardiaco o intrattabile angina con scompenso cardiaco. Paziente deve già essere in terapia medica ottimale (diuretico e vasodilatatori, beta bloccante, spironlattone come indicato e tollerato). Altri fattori che contribuiscono alla prognosi negativa sono: aritmia sintomatica, anamnesi di arresto cardiaco, rianimazione o sincope; embolia cerebrale cardiogena; o HIV concomitante.
Malattia polmonare	Grave e cronica COPD documentata da dispnea a riposo, stanchezza, diminuzione delle capacità funzionali, o frequenti ricadute. Cor polmonare o scompenso cardiaco destro. Ipercapnia (pCO2 > 50 mmHg). Altri fattori prognostici negativi: non intenzionale progressiva perdita di peso > 10% nei 6 mesi precedenti, tachicardia (> 100 a riposo).

(continua)

IL PAZIENTE ANZIANO AMPUTATO E NON PROTESIZZATO IN CONDIZIONI DI "TERMINALITÀ"

Vi è un numero ad oggi imprecisato di pazienti anziani, generalmente definito in classe "K0", che oltre a non soddisfare i requisiti prognostici per un buon esito della protesizzazione, presenta condizioni di "fragilità" per gravi insufficienze d'organo da poter essere considerato in condizioni di "terminalità"; questi pazienti generalmente escono precocemente dai percorsi di cura "dedicati" all'amputato e fanno ritorno al domicilio, o sono avviati ai servizi di lungo-assistenza, spesso senza adeguate indicazioni per la gestione della "nuova" disabilità o di cura dell'instabilità clinica e/o cure palliative (nell'anno la mortalità è del 50%, e più del 30% richiede l'amputazione dell'arto controlaterale).

Medici e operatori sanitari orientati principalmente alla cura della malattia, piuttosto che del malato, corrono il rischio di non sapersi ben orientare fra atteggiamenti antitetici come accanimento/futilità terapeutica, prolungamento della sopravvivenza e/o della sofferenza, cura/palliazione.

Occorre ribadire anche per questi pazienti l'importanza e utilità di una prognosi sia funzionale che clinica (previsione di decorso ed esito clinico-funzionale di uno stato patologico) per predisporre un adeguato intervento clinico-assistenziale.

Il concetto di fase terminale di malattia non riguarda esclusivamente la malattia neoplastica. Il *National Hospice and Palliative Care Organization* (Murtagh, 2004) ha proposto delle linee guida generali per determinare la prognosi e per la definizione di fase terminale di malattia in alcune patologie organo-specifiche, non neoplastiche (Tab. 3). Questi criteri potrebbero essere utili per

Tabella 3 - (continuazione) Definizione di fase terminale di malattia in alcune patologie organo-specifiche, non neoplastiche.

Demenza	Grave demenza, incapacità a camminare senza assistenza ed incapacità a comunicare significativamente. Presenza di complicazioni mediche come polmonite da aspirazione, sepsi, decubito ulcera intrattabile.
Malattia epatica	Albumina serica < 25 g/l e INR > 1.5 in assenza di TAO e tempo di protrombina > 5 sec Almeno 1 delle seguenti: ascite intrattabile, encefalopatia epatica, peritonite batterica spontanea, sindrome epatorenale, recidivante sanguinamento da varici. Altri fattori prognostici negativi: malnutrizione progressiva, sarcopenia, continuo alcolismo, carcinoma epato-cellulare, HbsAg positivo.
Malattia renale	Clearance della creatinina < 10 ml/min e Creatinina serica > 8 mg/dl. Malattia renale terminale, sospensione dialisi o rifiuto della dialisi, e quindi conseguente uremia, oliguria, iperkaliemia intrattabile, pericardite uremica, sindrome epatorenale, sovraccarico di fluidi difficilmente controllabile. Altri fattori prognostici negativi: Ventilazione meccanica, neoplasia in altri organi, malattia polmonare cronica, malattia cardiaca, malattia epatica in stadio avanzato, sepsi, HIV infezione, albumina < 35 g/dl; cachessia, piastrinopenia (< 25.000) età > 75 aa, DIC, sanguinamento gastrointestinale.
Stroke acuto e coma	Coma o persistente stato vegetativo di durata superiore a 3 giorni. In stato postanossico, coma o grave ottundimento, accompagnato da mioclono, che persiste per più di tre giorni dopo l'evento anossico. Paziente comatoso a tre giorni dall'esordio con uno dei seguenti: anomala risposta del tronco cerebrale; assenza di risposta verbale; assenza di risposta di evitamento allo stimolo doloroso; creatinina serica 1.5 mg/dl; età > 70 anni. Disfagia sufficientemente grave per impedire al paziente di ricevere cibi e liquidi in maniera sufficiente per sopravvivere.
Stroke cronico	Scarso stato funzionale come evidenziato da un indice di Karnofsky < 50% con evidenza di recente declino. Complicazioni mediche dipendenti dalla disabilità e dal recente declino funzionale come polmonite da aspirazione, infezione delle vie urinarie, sepsi, ulcera dal pressione refrattarie o febbre ricorrente dopo terapia antibiotica. Fattori prognostici negativi: demenza grave post stroke, età > 70 anni, scarso stato nutrizionale.

l'inquadramento della "terminalità" nel paziente anziano amputato "fragile".

Inoltre, i concetti della medicina palliativa possono essere di aiuto nella cura dei pazienti anziani amputati in

condizione di "terminalità" nel definire percorsi clinico assistenziali orientati al sostegno del paziente fino alla "gestione" di una morte dignitosa e senza dolore (Tab. 4).

Tabella 4 - Definizione di Cure Palliative – Organizzazione Mondiale di Sanità – 2002.

Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti e dei loro familiari affrontando i problemi associati con la malattia che minaccia la vita, attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza per mezzo della precoce individuazione e attenta valutazione e trattamento del dolore o altri problemi, fisici, psicologici e spirituali.

Le Cure Palliative:

- forniscono sollievo dal dolore e altri sintomi che procurano sofferenza
- affermano la vita e guardano al morire come ad un normale processo
- non intendono accelerare né posticipare la morte
- integrano aspetti psicologici e spirituali della cura del paziente
- offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere il più autonomo possibile fino alla morte
- offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia a far fronte alla malattia del paziente e alla sua perdita
- utilizzano un approccio multidisciplinare per rispondere ai bisogni del paziente e dei suoi familiari, inclusa la consulenza per affrontare il lutto, se indicata
- migliorano la qualità di vita, e possono anche influenzare positivamente il corso della malattia
- sono applicabili precocemente nel corso della malattia, in associazione con altre terapie che hanno lo scopo di prolungare la vita, come la chemioterapia e/o radioterapia, e includono le indagini utili a comprendere e gestire meglio le complicanze cliniche che procurano sofferenza

Occorre però evidenziare che nel paziente "fragile" non neoplastico, nelle fasi terminali di malattia da insufficienza di organo non c'è una traiettoria della malattia che ci permette di identificare chiaramente il momento critico di "inizio" di fine vita, il declino funzionale è continuo e prolungato, il decorso è punteggiato da crisi e da riprese.

Per concludere possiamo accogliere alcuni elementi suggeriti da Weissman (Weissman, 2004) nel prendere decisioni in questo tipo di pazienti:

- *Controllare la comorbilità associata*
- *Fare un continuo bilancio rischio /beneficio del trattamento e del non trattamento*
- *Valutare il carico dei sintomi*
- *Valutare il carico del trattamento sui caregiver*
- *Considerare la risposta a precedenti trattamenti*
- *Considerare la fase della vita e l'età del paziente (aspettativa di vita)*

- *Considerare personalità e aspetti psicologici: speranza, negazione, depressione, lutto anticipatorio*
- *Tenere in considerazione cultura personale e familiare.*

BIBLIOGRAFIA

Murtagh F. Pattern of dying: palliative care for non-malignant disease. Clin Med 2004;4(1):39-44.

Remes L, Isoaho R, Vahlberg T, Hiekkanen H, Korhonen K, Viitanen M, Rautava P. Major lower extremity amputation in elderly patients with peripheral arterial disease: incidence and survival rates. Aging Clin Exp Res 2008; 0 (5):385-93.

Weissman DE. Decision making at a time of crisis near the end of life. JAMA 2004;292(14):1738-43.

www.ministerosalute.it Programmazione sanitaria > SDO.

www.sanita.regione.lombardia.it Ricoveri in Lombardia. Federico P, Zucchi C, Zocchetti C. (a cura di) Osservatorio Epidemiologico e Sistemi di Remunerazione, 2007.

Vigilanza e controllo sono funzionali al miglioramento della qualità in RSA?

Silvano Lopez, Angelamaria Sibilano

UOC Vigilanza e Controllo, ASL della Provincia di Milano I

INTRODUZIONE

La Regione Lombardia ha sancito, nel 1997, la separazione tra gli erogatori di prestazioni e le aziende sanitarie deputate all'acquisto e controllo dei servizi al cittadino (LR n. 31, 11 luglio 1997). La netta demarcazione, nel sistema, dei due sottoinsiemi, è stata ripresa nei piani di programmazione regionale emanati in seguito (Dcr n.VII/462, 13 marzo 2002), (Dcr n.VIII/257, 26 ottobre 2006). Altro elemento che ha caratterizzato il sistema lombardo, unico nel panorama italiano, è l'attribuzione agli Enti Gestori, accreditati nell'area socio sanitaria, della funzione di valutazione, multidimensionale o geriatrica, del paziente, finalizzata all'accesso ai servizi residenziali (Scardigli, 2008), mentre la verifica dell'appropriatezza della prestazione offerta è affidata alle Aziende Sanitarie Locali (ASL): in applicazione del principio di libera scelta del cittadino, da un sistema di valutazione ex ante si è passati alla valutazione ex post.

Le ASL lombarde hanno quindi modificato, con diversa gradualità, la propria *mission*: dall'erogazione diretta di servizi al controllo delle prestazioni rese da soggetti terzi accreditati, pubblici e privati. L'organizzazione delle ASL lombarde ha quindi implementato nuovi modelli, con l'istituzione di articolazioni organizzative deputate, in modo più o meno esclusivo, all'esercizio dell'attività di controllo.

Oggi il panorama lombardo dei Servizi Vigilanza è, comunque, caratterizzato da importanti disomogeneità, sia in termini di risorse umane dedicate che di approccio al tema. Il recente Report di Regione Lombardia (D.G. Famiglia, 2008), sulle risorse umane ASL dedicate alla vigilanza, rende evidente un numero medio regionale di operatori dedicati pari a 1,88 per 100.000 residenti, in un range compreso tra lo 0,34 dell'ASL di

Como e il 4,95 dell'ASL di Cremona; per l'ASL Milano I l'indice è pari a 0,98/100.000 residenti. Anche il modo in cui è svolta la funzione differisce tra le varie ASL, sia in termini procedurali sia di contenuti. La Regione ha cercato di ricondurre il sistema ad alcuni criteri omogenei di riferimento (Dgr VIII/8496, 26 novembre 2008). In questo articolo si presenta il modello organizzativo adottato dal servizio vigilanza dell'ASL Milano I e l'interpretazione data al proprio ruolo, attraverso la presentazione di alcuni esiti delle rilevazioni effettuate, con particolare attenzione alla rete delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) presenti nel territorio di competenza.

ASL Milano I, nel recente passato, aveva sviluppato una organizzazione della vigilanza che poggiava su sopralluoghi ispettivi effettuati da un gran numero di operatori, circa sessanta, afferenti a più servizi aziendali. Il grosso limite di questo modello era rappresentato dall'inesperienza e dalla scarsa formazione sull'area tematica, che ha determinato ridotta omogeneità degli interventi praticati. Nel 2006 ASL Milano I ha optato, a seguito delle criticità riscontrate, per la riconduzione alla centralità organizzativa al fine di ottimizzare le risorse, dare sviluppo ad una professionalità specifica e ricercare una migliore omogeneità dell'attività, limitando il fattore soggettivo.

L'APPROCCIO METODOLOGICO

I vocaboli vigilanza e controllo, abitualmente, evocano immediatamente significati correlati a "prescrizioni" e "sanzioni". Non celando che questi due elementi sono presenti nello svolgimento dell'attività, costituendo vincoli e strumenti istituzionali, si ipotizza che è possibile declinare la funzione in un'opportunità di supporto al-

lo sviluppo qualitativo della rete/organizzazione vigilata. Gli autori ritengono che il ruolo dell'ASL debba essere esercitato a garanzia e tutela interna ed esterna alle strutture, sviluppandosi in azioni di sostegno e integrazione degli erogatori su percorsi di continuità assistenziale, di qualità e di appropriatezza delle prestazioni rispetto ai bisogni espressi, o potenziali, dei cittadini. L'ASL, quindi, può e deve accrescere la sua capacità di *governance* territoriale sul versante dell'innovazione, della qualità e della competitività che è chiamata a promuovere. L'ASL è tenuta, eticamente, alla ricerca e verifica della qualità degli erogatori mediante l'individuazione di standard/indicatori "sostanziali" per l'utenza assistita.

Come in precedenza affermato, a cavallo degli anni 2006-2007, ASL Milano I ha definito nella propria organizzazione l'istituzione della Unità Organizzativa Complessa Vigilanza e Controllo (di seguito denominata UOC), collocandola all'interno del Dipartimento PAC aziendale, sottolineando la netta separazione con l'apparato ASL dedicato alla produzione diretta di servizi all'utenza. L'organico assegnato alla UOC è pari a dieci operatori: due dedicati ai servizi sociali, sette ai servizi socio sanitari e un tecnico informatico.

L'impostazione data al nuovo servizio è riconducibile al modello organizzativo proposto da Seiler (Seiler, 1967), modificato da Ruggiadini, ad approccio sistemico

e integrazione orizzontale (Ruggiadini, 1979), ove l'organizzazione è vista come un sistema complesso in cui "tutto dipende da tutto". Alla base vi è un'idea di equilibrio dinamico del sistema: si opera in un ambiente che con i suoi mutamenti sollecita l'organizzazione a ricercare nuovi equilibri con meccanismi di feed back. Il modello teorico è presentato in Figura 1.

Le principali "variabili ambientali" possono, nel nostro caso, ricondursi al quadro normativo vigente, alle conoscenze scientifiche, ai sistemi di rilevazione delle informazioni, ma anche alla tipologia degli erogatori territoriali intesa come inquadramento giuridico, tipo d'unità d'offerta, grado di disponibilità alla collaborazione con ASL, sia del livello amministrativo sia tecnico-professionale. L'ambiente può indurre, quindi, sia l'interpretazione della funzione di vigilanza e controllo come esercizio sanzionatorio, che come possibile leva per concorrere alla crescita del sistema dei servizi offerti al cittadino.

Le "variabili interne" all'UOC possono ricondursi a:

1. *variabile istituzionale*, determinata principalmente dal grado di autonomia e responsabilità che l'organizzazione ASL permette alla struttura di vigilanza;
2. *variabile tecnica*, determinata dalla capacità del personale di elaborare strumenti di controllo e monitoraggio, che colgano la rappresentazione della qualità offerta dalla struttura in osservazione. Si distinguono strumenti di sistema, vigilanza su standard dei

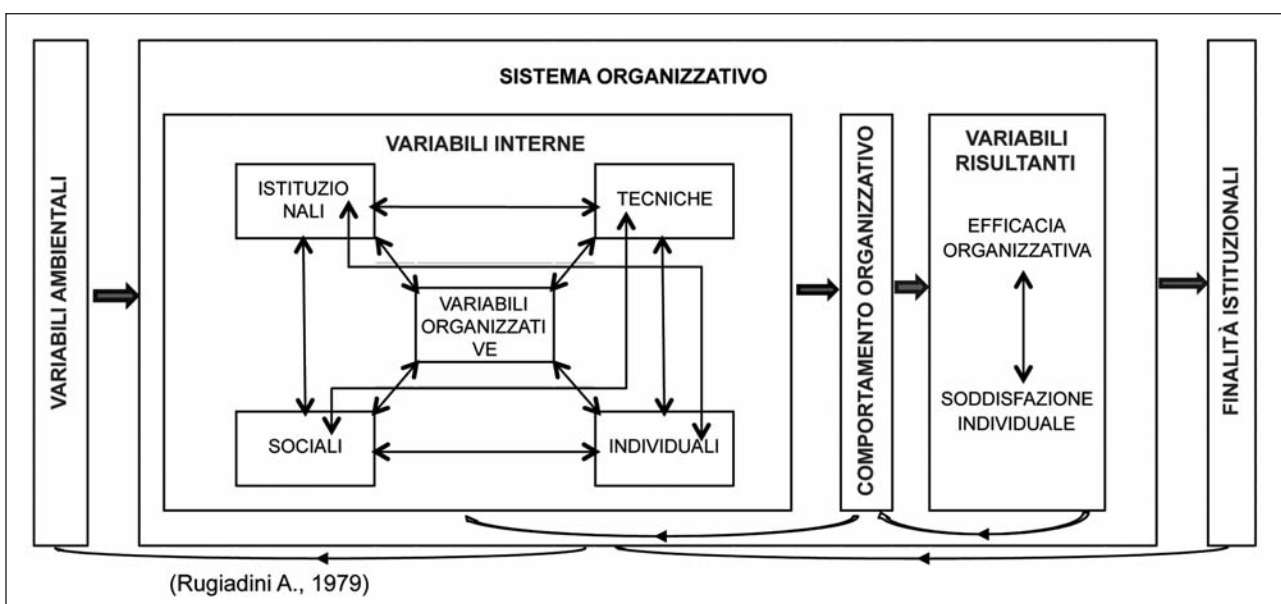


Figura 1 - Il Modello Organizzativo.

requisiti organizzativi/gestionali, strumenti di appropriatezza che puntano sulla prestazione offerta al singolo cittadino, nonché strumenti informatici atti a gestire i flussi informativi dovuti dagli enti gestori ed i dati aggiuntivi raccolti in sede di controllo;

3. *variabili individuali*, determinate dalle qualifiche professionali degli operatori assegnati, dall'esperienza dei componenti il team; in particolare, è di rilevanza assoluta aver operato in precedenza in servizi di erogazione affini per tematica all'unità d'offerta controllate. Tuttavia, la variabile individuale di maggior peso è il significato etico che ogni operatore attribuisce alla funzione di vigilanza;
4. *variabile sociale*, determinata dalla capacità delle persone ad agire non come individui isolati, sensibili soltanto alle proprie motivazioni, ma come soggetti influenzati dalle relazioni che si stabiliscono nel gruppo di lavoro. L'influenza dei fattori individuali e sociali è rilevante e rappresenta una delle ragioni per cui ogni assetto organizzativo è unico.

L'insieme delle variabili interne determina il comportamento organizzativo, ciò che una persona "fa", ma anche i modi in cui essa "è" in relazione agli altri e a se stessa nel sistema. Le "variabili risultanti" determinano il livello di efficienza e di soddisfazione/efficacia del servizio: ciò garantisce, in maggior o minor misura, il raggiungimento degli obiettivi istituzionali dati. I risultati effettivamente prodotti diventano a loro volta input del sistema grazie all'applicazione continua, su tutte le variabili, di meccanismi di feedback. Altresì è necessaria la presenza di una leadership efficace, caratterizzata dalla capacità d'offrire una visione d'insieme e di motivare i collaboratori.

RISULTATI

Il ruolo dell'UOC, condiviso dai membri del gruppo di lavoro, è principalmente rappresentato dalla tutela del cittadino. Cittadino come utente, come gestore e come lavoratore dei servizi. Il servizio, altresì, interpreta la funzione di vigilanza come possibile strumento di conoscenza: gli esiti dell'attività devono essere portati al decisore politico, al programmatore, alle organizzazioni sindacali, ai titolari d'impresе e alla comunità scientifica.

Di seguito si presentano alcuni esempi di ciò che gli Autori intendono come applicazione operativa di queste affermazioni.

TUTELA UTENTE: MONITORAGGIO DELLE LISTE D'ATTESA PER L'INGRESSO IN RSA

Per gli addetti ai lavori e per le rappresentanze sindacali dei pensionati il tema del monitoraggio della lista d'attesa per RSA è di notevole interesse. Nel recente passato, in Lombardia, a fronte di una buona offerta di servizi, la lista di attesa era di dimensioni cospicue, ma non preoccupanti; inoltre le condizioni fisiche e cliniche erano i fattori potenzialmente più importanti, associati alla dipendenza, nel determinare la richiesta di ricovero in RSA (Guaita e Pucci, 2001). Nel 2007 si è registrato un calo degli anziani in strutture residenziali, analizzando dati Istat riferiti al 2004, in anni in cui sempre più forti sono i richiami ad incrementare l'offerta di assistenza continuativa (Gori e Guaita, 2007). I dati Istat 2008 riferiti al 2005 mostrano un lieve incremento percentuale degli accessi di anziani in residenze (Istat, 2008). Occorre evidenziare che il dato nazionale accomuna tutte le tipologie di strutture per anziani: ricovero notturno e centri di prima accoglienza, comunità familiari e comunità alloggio, residenze socio-assistenziali e sanitarie assistenziali (Gori e Guaita, 2007). In Lombardia il 90% dell'accoglienza residenziale, costituito dagli ingressi in Residenze Sanitarie Assistenziali, ha raggiunto, nel 2005, il 56,47% (44.733 vs 79.204) degli accessi nazionali in questa particolare tipologia. Nel 2007 gli anziani della Lombardia accolti in RSA sono stati 74.688, pari al 3,97% della popolazione ultra 65enne e, all'8,8% degli ultra 75enni. Valori ben distanti dalla media nazionale degli ultra 65enni che hanno utilizzato servizi residenziali nell'anno 1999: 2,14%; nel 2003: 2,04%; nel 2004: 1,96%; nel 2005: 1,98%.

Per definire il proprio contesto, dall'anno 2006, anticipando lo stimolo in merito ad una più attenta valutazione di questa modalità assistenziale (Salvioli, 2007), l'UOC ha proposto ai gestori una particolare modalità di monitoraggio delle liste d'attesa. Con cadenza settimanale si è richiesto alle RSA di inviare il dato numerico di soggetti in lista d'attesa per alimentare il sistema di comunicazione all'utenza, sito web aziendale dedicato alle RSA, che, successivamente, alimenta il sito web regionale dedicato (www.famiglia.regione.lombardia.it). A cadenza semestrale le RSA trasmettono la lista d'attesa nominativa con i dati essenziali necessari al monitoraggio del bisogno residenziale espresso. Gli elenchi forniti vengono, dalla UOC, depurati dalle mul-

tiple istanze di inserimento da parte di un medesimo soggetto in diverse RSA, dai decessi intercorsi tramite incrocio con banca dati assistiti, si evidenziano le rinunce temporanee alle chiamate per ingresso in RSA, sono ricercati gli eventuali ricoveri in altre RSA dell'ASL o fuori ASL, attuati in attesa che il posto nella RSA desiderata si renda disponibile, sono evidenziate le richieste per RSA del territorio di cittadini non residenti in ASL Milano I. Le liste d'attesa corrette negli elementi identificativi errati o mancanti, e depurate dai decessi, vengono inviate ai singoli gestori, nel rispetto delle richieste originali degli utenti. Quest'attività è indispensabile per rendere i dati qualitativamente validi, correttamente utilizzabili ed interpretabili.

L'analisi effettuata ha consentito alcune riflessioni sulle caratteristiche dell'utenza, ma soprattutto ha definito il reale fabbisogno di residenzialità rilevato sulla domanda espressa. In Tabella I si dà evidenza dei passaggi procedurali e dei risultati ottenuti.

Dai dati emerge come, in un arco di tempo relativamente breve, ci sia stato un aumento significativo (+96%) e costante della domanda espressa dai cittadini residenti in comuni afferenti alla ASL Milano I, a fronte di un incremento pari al 5% dei posti accreditati in RSA nel triennio. Tuttavia, l'aumento della domanda in ASL Milano I non determina la necessità di rivedere l'indice di fabbisogno programmato da Regione Lombardia. Infatti, se si calcola per ASL Milano I l'indice di copertura posti RSA, si ottiene un valore pari a 5,8%; l'indice di fabbisogno posti letto, determinato sul 7% della popolazione ultra 75enne del territorio, così come stabilito da PSSR 2002-2004, si raggiungerebbe qualora fossero realizzati 800 nuovi posti accreditati RSA. Cifra perfettamente sovrapponibile alla domanda di residenti inevasa (Tab. I). Questo, comunque, rende evidente come la programmazione, esercitata da re-

gione/istituzioni territoriali/imprese, deve ricercare nuove forme d'interazione tra gli attori, per non creare fenomeni di migrazione di una popolazione già in difficoltà.

L'età degli anziani al momento della richiesta d'ingresso si è modificata nel corso del periodo di osservazione: per gli ultra 90enni si è ridotta dal 28,88% al 19,81%, mentre per le classi ricomprese tra gli 85 e 89 anni si è registrato un incremento di oltre 6 punti percentuali (22,72% vs 28,78%). Invariate le restanti classi di età.

TUTELA UTENTE E LAVORATORI: VALUTAZIONE DELL'INSTABILITÀ E COMPLESSITÀ CLINICA

L'utenza che accede ai servizi per anziani appare caratterizzata da situazioni d'instabilità e complessità clinica. Tuttavia, la letteratura è copiosa per quanto concerne il settore riabilitativo, mentre è più contenuta per il mondo delle RSA. L'instabilità è un elemento "poco misurato o poco misurabile" (Guaita, 2008); ad oggi l'instabilità clinica per lo più viene identificata con la gravità e la frequenza dei disturbi clinici, in pratica con la comorbidità o con altri criteri mutuati dalla malattia acuta (Halm et al., 2002), oppure a posteriori con gli Eventi Clinici Avversi (ACEs) (Bernardini et al., 1993), mancando una definizione operativa effettivamente soddisfacente (Guaita, 2008). Avere riscontri su quest'argomento significa, a giudizio degli autori, dimensionare le percezioni che da più parti ricorrono, indicando al programmatore ciò che caratterizza la domanda di accesso ed i necessari interventi per ridefinire il sistema d'offerta; altresì significa orientare i gestori RSA verso nuove modulazioni organizzative ed assistenziali per far fronte adeguatamente alla richiesta di intervento. L'UOC ha analizza-

Tabella I - Monitoraggio liste d'attesa RSA, fabbisogno di posti letto.

Tempi riferimento	N. domande	Anziani in attesa	Rinunce temporanee	Deceduti	Inseriti provv. in RSA MI I	Domanda inevasa	Fabbisogno p.l. MI I	Residenti fuori MI I
31-01-06	1.344	1.154	233	141	171	609	405	204
31-07-06	1.872	1.443	299	95	174	875	596	279
31-01-07	1.838	1.512	306	126	170	910	648	262
31-07-07	2.201	1.685	169	103	225	1.185	855	330
31-01-08	2.262	1.773	438	111	223	1.001	747	254
31-07-08	2.616	1.738	321	153	330	934	794	140

to i flussi da debito informativo di 44 RSA del territorio negli anni 2005-2009 onde verificare la consistenza numerica dei pazienti definiti clinicamente complessi, definendo la presenza di comorbidità con il riscontro di almeno 3 patologie presenti nella CIRS con staging ≥ 3 , con esclusione della quattordicesima voce. La Tabella 2 mostra l'incidenza nei nuovi ingressi clinicamente complessi negli anni considerati.

I nostri dati confermano la preoccupazione dei medici sul mutato quadro clinico degli anziani in RSA, alla luce delle situazioni di contesto in cui il personale sanitario si trova, spesso, ad agire.

L'UOC ha voluto indagare, in occasione dei controlli di appropriatezza in RSA, oltre alla complessità clinica associata ad alcuni indicatori di fragilità, anche la consistenza numerica dei pazienti con instabilità clinica, il monitoraggio medico-infermieristico attuato dalle RSA e gli ACEs intercorsi negli ultimi dodici mesi dal momento della rilevazione (Lopez et al., 2009). Per definire un soggetto instabile clinicamente si sono applicati i criteri di Halm rivisti in ambienti geriatrici riabilitativi. L'esito dei controlli ha portato ad evidenziare che su un campione di 450 anziani, estratto con criterio casuale tra i soggetti definiti complessi dai medici di struttura, ben 234 (52%) hanno avuto periodi di instabilità clinica, di cui 165 (36,7%) al momento dell'ingresso e 69 (15,3%) nel corso della degenza. Il monitoraggio degli interventi medico-infermieristici attuati dai colleghi delle RSA, valutati con la Scala di Instabilità Clinica (SIC), ha rilevato un'alta correlazione con i criteri di Halm riscontrati ($p < 0,001$). Gli ACEs gestiti in RSA sono stati 932 in 195 soggetti dei 234 instabili. Lo studio mette in evidenza come l'azione dell'UOC può concorrere ad incrementare le basi di conoscenze dirette sia delle condizioni degli anziani in RSA che degli interventi di assistenza adottati.

TUTELA GESTORE: LA CORRETTA COMPETIZIONE

In relazione a quanto affermato a proposito degli interventi attuati in RSA è parso utile presentare il lavoro di analisi effettuato da Regione Lombardia (Rocca, 2009) sugli standard offerti dalle RSA lombarde, riferiti all'anno 2007, certificati dai gestori in Scheda Struttura Anno 2008 (D.G. Famiglia, 2005), (Tab. 3).

In Regione Lombardia si osserva nelle RSA, nell'anno 2007, un incremento medio percentuale, sullo standard dovuto di 901 minuti, pari al 23,29%. Tuttavia, le oscillazioni delle medie ASL vanno da +10,82% per l'ASL di Cremona al +34,71% dell'ASL di Milano Città. Opportuno sottolineare che la differenza tra queste ultime due ASL citate è per lo più riferibile all'offerta di ASA/OSS.

L'UOC ha ritenuto utile la rilevazione diretta dei medesimi parametri, nelle verifiche effettuate presso le RSA del territorio.

Per la lettura dei dati si è assunto, come parametro di riferimento per le diverse professionalità, il dettato del Dcr 871/87 (Dcr n. IV/871, 23 dicembre 1987), ove lo standard dovuto di assistenza di 901 minuti/settimana/ospite è indicato unitamente alla ripartizione per qualifica professionale, e si sono confrontati i dati raccolti nel corso di sopralluoghi intercorsi dal 2005 al 2008. Necessario menzionare che in Regione Lombardia è stato confermato lo standard di assistenza dovuto di 901 minuti, lasciando ai gestori l'autodeterminazione del mix professionale necessario ad assolvere i bisogni assistenziali dell'utenza accolta (Dgr VII/7435, 14 dicembre 2001).

L'esito è illustrato in Tabella 4. Fonte dei dati sono state le registrazioni elettroniche/meccaniche/manuali, autorizzate dal gestore, dell'effettivo lavorato dal per-

Tabella 2 - Complessità clinica nei nuovi accolti in RSA (2005-2009).

Anno di riferimento	Nuovi ingressi	Anziani che all'ingresso in RSA presentavano alla CIRS 3 patologie con staging ≥ 3	%
2005	1.961	1.669	85,11%
2006	1.608	1.367	85,01%
2007	1.469	1.282	87,27%
2008	1.608	1.387	86,25%
2009 (1° trim.)	369	325	88,07%
Totale	7.015	6.030	85,96%

MATERIALI DI LAVORO
Tabella 3 - Standard assistenziali offerti nelle RSA lombarde, analisi di Scheda Struttura 2007.

ASL	Animatori	ASA/OSS	Infermieri	Medici	Altro da Standard	Riabilitatori	Totale
Milano Città	26,41	882,70	206,28	47,34	8,83	42,17	1.213,74
Como	38,26	846,19	219,15	37,66	4,35	44,98	1.190,60
Milano 3	29,38	853,89	205,58	44,47	6,25	42,50	1.182,37
Milano 2	26,00	865,53	184,41	45,21	11,19	37,20	1.169,55
Varese	37,67	847,55	182,86	36,33	6,20	42,34	1.152,95
Milano I	32,75	831,06	188,13	40,76	5,53	41,31	1.139,55
ValleCamonica	28,00	828,25	205,39	31,42	1,19	42,49	1.136,75
Brescia	29,59	790,00	223,47	32,90	2,09	45,09	1.123,15
Lecco	26,22	766,96	219,31	39,15	4,81	42,39	1.098,85
Sondrio	32,53	781,26	205,74	25,01	0,00	41,85	1.086,40
Lodi	31,11	768,45	204,69	34,93	2,30	38,49	1.079,97
Bergamo	26,67	758,56	180,63	27,50	1,83	41,57	1.036,76
Pavia	28,63	756,21	169,41	37,90	2,49	39,59	1.034,24
Mantova	30,58	753,76	169,77	31,56	4,63	38,04	1.028,34
Cremona	26,04	705,87	185,64	41,51	2,70	36,77	998,54
LOMBARDIA	30,34	801,84	196,01	36,86	4,18	41,68	1.110,91

(Rocca S., 2008)

Tabella 4 - Mix assistenziale rilevato in sede di Vigilanza, confronto con Regione e Dcr 871/87.

Standard Assistenziale e % mix qualifiche su standard anno	Media 2008 in 45 RSA su 45 esistenti	Media 2007 in 43 RSA su 44 esistenti	2007 Media Regione Lombardia (626 RSA)	Media 2006 in 38 RSA su 44 esistenti	Media 2005 in 22 RSA su 43 esistenti	NAT ex Dcr 871/87
Standard Offerto e % aggiuntiva su 901	1.126,49 (+ 25,03%)	1.163,95 (+ 29,18%)	1.110,91 (+ 23,30%)	1.156,97 (+ 28,40%)	1.172,2 (+ 30%)	901 (100%)
Min. Medico (% mix)	37,91 (3,37%)	42,71 (3,67%)	36,86 (3,32%)	43,9 (3,79%)	41,67 (3,55%)	28 (3,1%)
Min. I.P. (% mix)	195,13 (17,32%)	205,4 (17,65%)	196 (17,64%)	204,6 (17,68%)	186,4 (15,9%)	140 (15,5%)
Min. FKT (% mix)	39,52 (3,51%)	46,42 (3,99%)	41,68 (3,75%)	44,2 (3,82%)	47,59 (4,06%)	42 (4,7%)
Min. ASA/OSS (% mix)	820,13 (72,80%)	830,65 (71,36%)	801,84 (72,18%)	820,9 (70,95%)	841,9 (71,82%)	674 (74,8%)
Min. Anim. (% mix)	27,91 (2,48%)	40,06 (3,44%)	30,34 (2,73%)	37,07 (3,2%)	37,63 (3,21%)	17 (1,9%)

sonale delle RSA, rapportate agli ospiti presenti in struttura.

Lo standard di 901 minuti/settimana/ospite nelle RSA ASL Milano I, nel quadriennio, è stato stabilmente superato, con offerta media di assistenza aggiuntiva pari al 28,1%.

L'analisi dell'articolazione professionale dell'assistenza

mostra prevalentemente, ed in linea con Dcr 871/87, il soddisfacimento del bisogno di accudimento. Gli ASA/OSS hanno costante rilevanza, molte RSA hanno implementato, per meglio personalizzare il rapporto con l'anziano e la sua famiglia, la figura del tutor-ASA. Inoltre, all'interno dell'équipe di assistenza, ASA/OSS hanno visto crescere la propria attiva partecipazione

alla definizione/monitoraggio del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), nella stesura del quale, in precedenza, erano tenute ai margini.

L'andamento percentuale del tempo dedicato all'assistenza da parte delle figure infermieristiche e delle figure sociali (animatori) è in rapporto tendenzialmente inverso. Il dato potrebbe essere messo in relazione al mutato quadro epidemiologico della popolazione assistita, ma anche alla difficoltà di individuare percorsi di socializzazione o attività peculiari per anziani con gravi deficit cognitivo/motori o disturbi del comportamento.

Da ultimo si osserva il decremento dell'investimento sulle figure dedicate alla fisiochinesiterapia. Potrebbero essere evocate motivazioni correlate alla difficoltà di reperire tali professionalità ed al loro costo. Piace, invece, interpretare il dato come la nascita della consapevolezza in merito alla bontà di un modello di approccio geriatrico "nuovo"; in altre parole, gli autori auspicano nelle RSA, almeno per gli ospiti con grave compromissione cognitiva, la crisi del modello allenante, centrato sul recupero e sul miglioramento della prestazione dell'anziano. Si propone piuttosto l'approccio protesico, che supporti più che cimenti, con l'obiettivo di benessere inteso come miglior livello funzionale in assenza di segni di stress (Vitali, 2004). Ne deriva la necessità di implementare nelle équipes altre qualifiche professionali, adeguate al nuovo orientamento assistenziale.

TUTELA UTENTE E GESTORE: I CONTRATTI D'INGRESSO

La Regione Lombardia ha riproposto, con Dgr 8496/08, l'importanza che assume il contratto d'ingresso, al fine di dare certezza ai rapporti tra ospite e gestore (LR n. 3, 12 marzo 2008). Altresì, ha chiarito i contenuti principali dei contratti stessi: l'individuazione del soggetto abilitato a firmarlo, le prestazioni a carico dell'ente gestore, gli obblighi dell'utente, le ipotesi di recesso e di risoluzione del contratto nonché di dimissioni, clausole in materia di rispetto della privacy e di contenzioso. L'UOC, anticipando i dettati del legislatore regionale, nel 2007 ha avviato attività di controllo sui contratti d'ingresso in RSA, la cui prima fase è stata completata nel 2008.

Oggetto del controllo è stato non solo la verifica della parte strettamente contrattuale, ma anche di tutta la documentazione che chiarisce e disciplina i rappor-

ti tra gli enti gestori e i fruitori del servizio. Si è controllata la corrispondenza tra quanto enunciato nella carta dei servizi e quanto pubblicato sul sito web dedicato dell'ASL, nonché la coerenza con le prestazioni rese agli ospiti, ed i relativi oneri economici. Si è verificata l'esistenza o meno di contratti successivi a quello iniziale che, al variare delle condizioni assistenziali dell'ospite, modificassero l'onere a carico dell'anziano o dei suoi familiari senza che fosse preventivamente concordato tra le parti e, da ultimo, ma non per questo meno cruciale come problematica, se fosse acquisito formale assenso all'inserimento in RSA da parte di anziani con cognitività conservata.

In sede d'ispezione sono state visionate le fatture emesse per il pagamento delle competenze economiche al fine di verificare la loro coerenza con quanto pattuito nel contratto.

Il controllo ha coinvolto tutte le 45 RSA del territorio, sono state portate a termine n. 477 verifiche a campione.

La scelta del campione selezionato ha seguito il criterio di massima eterogeneità all'interno della singola RSA, al fine di offrire la lettura dell'esistente basandosi su variabili delle seguenti categorie: temporalità (data di ingresso, periodo di permanenza), condizione di fragilità (cognitività e mobilità rappresentata in classe SOSIA), presenza di condizioni patologiche particolari oggetto di specifici accordi fra ASL e Enti Gestori. Le strutture, nella quasi totalità, hanno cercato di dotarsi di strumenti informativi ed amministrativi per definire con chiarezza il rapporto con l'anziano e i suoi familiari: il processo non è concluso, ma in rapida evoluzione. Sono sedici le RSA con Contratto strutturato, anche se non sempre sono riportati in modo preciso i reciproci diritti e doveri tra le parti. Nelle restanti RSA è sottoscritta dai familiari dell'anziano un'impegnativa con le condizioni di pagamento, gli obblighi derivanti dall'accettazione del regolamento della struttura e talvolta la presa visione della carta dei servizi.

Gli anziani con discrete capacità cognitive (308 sul campione scelto nei due anni), hanno espresso il loro assenso formale all'ingresso in RSA solo in 79 casi, prevalentemente firmando la domanda di ammissione, ma non il contratto.

Solo 4 RSA hanno adottato la prassi di acquisire sempre il consenso formale da parte dell'ospite se consapevole. In 3 strutture i contratti sono stati modificati in relazione al cambio del profilo di fragilità. Delle strutture sottoposte a controllo 24 applicano la retta solo

MATERIALI DI LAVORO

per i giorni di effettivo ricovero; in 6 RSA si è verificato che viene chiesto agli ospiti il pagamento della retta anche per i giorni che precedono l'inserimento; in 5 strutture viene chiesto, invece, il pagamento della retta per alcuni giorni dopo il decesso dell'ospite, assumendo come riferimento la fine o la metà del mese; in 10 RSA è richiesto il pagamento di una quota variabile a fondo perso per spese d'ingresso e/o visite mediche.

L'attività di controllo ha permesso di rilevare che i dati pubblicati sul sito aziendale ASL non erano congrui con le informazioni riportate nella carta dei servizi per 39 RSA, si è provveduto quindi alla loro correzione. Durante le visite ispettive si è posto l'accento sull'importanza dell'aggiornamento costante di tali dati, poiché il sito ASL rappresenta per le strutture uno dei mezzi di maggiore visibilità per la promozione del proprio servizio e per i cittadini il diritto ad avere informazioni corrette che garantiscano loro la possibilità di scelte appropriate.

L'analisi degli elementi raccolti ha permesso di compiere alcune considerazioni. Sempre più è tangibile il tentativo delle RSA di orientarsi, nei confronti degli utilizzatori e loro familiari, verso rapporti più trasparenti e condivisi. Da un punto di vista del rispetto della normativa fiscale, prevista per i gestori nei rapporti con l'utenza, si riscontra una piena conformità. Rimane ancora molto incerto e variegato il dato riscontrato a proposito della problematica sul titolo e diritto della persona firmataria degli accordi con RSA. Ogni struttura ha cercato di trovare una propria soluzione, forse non sempre corretta da un punto di vista giuridico.

Quest'ultimo punto ha permesso, nel 2009, di avviare con i gestori un confronto sulle criticità emerse, sviluppando una riflessione comune su aspetti giuridico-amministrativi e implementando modelli condivisi per regolare i rapporti fra enti gestori e fruitori dei servizi residenziali, in particolare favorendo la penetrazione nel mondo RSA della figura dell'amministratore di sostegno, anche come indicazione forte della L.R. 3/2008.

TUTELA UTENTE, LAVORATORE E GESTORE: VERIFICA DEGLI INDICATORI DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

L'UOC, nel corso del 2008, ha individuato, sulla scorta delle evidenze dei controlli effettuati nel 2006 e 2007, la necessità di avviare una progettazione triennale (2008-2010) sul tema dell'individuazione degli indica-

tori della qualità offerta in RSA. L'attenzione a questo tema è determinata dal ruolo dell'ASL di garante nei confronti dell'utenza per l'acquisto di prestazioni con un buon rapporto quali-quantitativo e in relazione ai prezzi esposti. La valutazione degli indicatori di qualità potrebbe essere d'interesse anche per i competitori del settore, se associata a un'approfondita analisi di benchmark che correli i risultati degli indicatori di qualità agli standard gestionali/organizzativi, strutturali ed alle caratteristiche dell'utenza (Sirchia et al., 2005). Parrebbe, altresì, utile una codifica valoriale e la proposizione di questa, con trasparenza, sia all'utenza sia all'ambiente assicurativo, possibile scelta futura per il contenimento dei costi.

La misura della qualità dei servizi erogati agli ospiti delle RSA del territorio dell'ASL Milano I con indicatori di esito, consente il raggiungimento dei seguenti obiettivi di servizio:

- 1) individuare sia le aree di forza, sia le aree critiche di ciascuna RSA, al fine di consentire ai Gestori l'implementazione di strategie organizzative di miglioramento dei servizi offerti;
- 2) stimolare un ulteriore incremento della qualità delle prestazioni offerte agli ospiti, attraverso la competizione, documentata oggettivamente, tra le strutture;
- 3) tutelare sia gli attuali, sia i futuri cittadini fruitori dei servizi delle RSA, affinché possano conoscere ed operare scelte consapevoli in termini di qualità/prezzo;
- 4) rispondere ai crescenti bisogni degli anziani fragili promuovendo, in tali setting assistenziali, il continuo sviluppo della cultura geriatrica.

Nel primo anno di attuazione del progetto sono stati sottoposti a valutazione i fascicoli socio sanitari di 657 ospiti, estratti con criterio casuale fra i residenti rendicontati dai Gestori nelle otto classi SOSIA. Sono definite sedici aree d'indagine: contenzione fisica e farmacologica, cadute, lesioni cutanee da pressione, dolore fisico, controllo sfinteri, malnutrizione, ACEs, Adverse Drug Reaction (ADR), consenso informato, percezione soggettiva dell'assistenza, andamento clinico, andamento funzionale, vaccinazioni, disturbi del sonno, riabilitazione, animazione. Per ciascun'area sono individuati uno o più indicatori, considerati dagli autori tra i principali marker dell'assistenza erogata nelle RSA.

In attesa del termine del progetto di studio e dell'analisi completa, con le dovute correlazioni, si illustra una selezione dei primi dati ottenuti (Tab. 5).

Tabella 5 - Dati preliminari dei Controlli di Appropriatelyzza sugli indicatori della qualità assistenziale (2008).

Selezione di Aree di indagine	Selezione di Indicatori valutati per Area	Dati preliminari	
1. Contenzione fisica e farmacologica	Tipologia strumenti di protezione e tutela fisica (SPTF)	51,44% solo uso di doppie sponde	38,74% uso di doppie sponde e altri SPTF
	Somministrazione farmaci antipsicotici	21,92%	
2. Cadute	Fratture	Nel 6,73% dei 158 caduti	
4. Dolore fisico	Presenza di strumenti di valutazione	8,98%	
5. Controllo sfinteri	Presenza di strategie per la rieducazione allo stimolo	5,63%	
6. Malnutrizione	Rilevazione almeno mensile del peso	53,58%	
11. Andamento clinico	Indice di comorbidità e severità all'ingresso ed al controllo	I. Comorbidità 4,43-4,82	I. Severità 1,837-1,907
12. Andamento funzionale	Indice di Barthel all'ingresso e ripetuto prima del controllo	90,26%-51,22%	
	Dipendenza totale/grave all'ingresso e valutato con Indice di Barthel prima del controllo	57,84% - 66,17%	
15. Riabilitazione	Trattamenti di gruppo e/o individualizzati	61,80%	

CONCLUSIONI

L'orientamento operativo con il quale l'UOC declina il mandato regionale ed aziendale punta, con determinazione, al miglioramento della qualità delle prestazioni rese al cittadino. Qualità e appropriatezza sono strettamente correlate tra loro, essendo la seconda una dimensione e un attributo della prima, intendendo per appropriatezza, come afferma Donabedian, l'erogazione d'interventi di dimostrata efficacia, con la giusta indicazione, al momento opportuno e nella giusta quantità (Donabedian, 1997). L'attuazione d'interventi appropriati induce, nel macro sistema, anche un razionale impiego delle, ormai scarse, risorse e conseguentemente, almeno in linea teorica, anche della spesa di compartecipazione del cittadino per i servizi socio-sanitari usufruiti.

Una visione "allargata" della funzione di vigilanza e controllo, così come esemplificata in narrativa, e non meramente sanzionatoria, può rappresentare un esempio, tra gli altri, di partecipazione attiva alla governance dei servizi attuata dalla Pubblica Amministrazione. L'azione dei servizi di vigilanza ASL deve prendere avvio da una base professionale costituita da competenze tecniche, sia normative sia di stampo clinico. Necessaria quindi la costituzione di team che ricompre-

dano personale formato, o con esperienza, nelle principali aree d'intervento delle strutture socio sanitarie: famiglia, anziani, disabilità e dipendenze. Ciò è necessario per garantire il monitoraggio e la valutazione sia degli standard organizzativi della gestione, sia i percorsi d'assistenza attuati.

In ambito di servizi residenziali per anziani, ASL Milano I è impegnata nella costante ricerca di una modalità di attuazione dei controlli vicina al cittadino fruitore di servizi, quale persona fragile da tutelare, in particolare, nel rispetto della sua dignità. Altresì ASL Milano I è attiva nel ricercare un'efficace relazione con i gestori e gli operatori delle RSA, anche di supporto agli stessi, mediante il continuo confronto sia in sede di vigilanza/controllo, sia durante incontri di lavoro su tematiche emergenti o di particolare criticità (analisi bilancio, gestione farmaci, consenso informato, amministrazione di sostegno, problemi nutrizionali, piani di intervento per pandemie, progettualità per continuità assistenziale, ecc.).

Per quanto esplicitato si colgono due aspetti critici, che si trasformano, se letti in positivo, in auspicabili opportunità di sviluppo: la non esaustiva presenza di competenze cliniche specifiche nei Servizi Vigilanza e il limitato coordinamento degli stessi su base regionale.

La prima criticità potrebbe trovare soluzione nell'isti-

MATERIALI DI LAVORO

tuzione di un Tavolo Tecnico regionale di raccordo funzionale con le rappresentanze locali delle Società Scientifiche e dei Servizi Vigilanza. Sia Regione Lombardia, sia le ASL, detengono un patrimonio d'informazioni che, se elaborate congiuntamente con esperti della materia, possono dare linee d'indirizzo su come orientare indagini e controlli in situazione; importante porre l'accento, ancora una volta, sul *data base* a disposizione che, per esempio, per anziani in RSA è costituito da oltre 70.000 casi/anno. ASL Milano I ha già sperimentato, con soddisfazione, la collaborazione con soci della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. La seconda criticità, che ha trovato parziale soluzione con Dgr 8496/08, potrebbe trovare risposta nel favorire ufficialmente più stretti raccordi intra-regionali, o almeno per aree territoriali omogenee, tra i servizi vigilanza, rapporti fondati in questo momento, nella maggior parte dei casi, sulla base di relazioni personali e non istituzionali. Gli auspicati coordinamenti tra ASL potrebbero porsi come obiettivi, minimali, il limitare i comportamenti difformi nei confronti dei gestori che operano in più ambiti regionali e l'uniformità, per alcune sezioni, degli strumenti di rilevazione adottati, onde poter, con efficacia, comparare i dati complessivi.

BIBLIOGRAFIA

- Bernardini E, Meinecke C, Zaccarini C, Bongiorno N, Fabbrini S, Gilardi C et al. Adverse clinical events in dependent long-term nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:105-11.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed. *Arch Pathol Lab Med* 1997;121:45-50.
- Gori C, Guaita A. Perché diminuiscono gli anziani in strutture residenziali? *I luoghi della cura* 2007;3:5-7.
- Guaita A, Pucci D. Le motivazioni alla richiesta di ricovero presso una struttura residenziale sanitaria: dimensione quantitativa e qualitativa. *Tendenze nuove* 2001;2-3:243-50.
- Guaita A. Cosa c'è di geriatrico nella riabilitazione geriatrica? *I luoghi della cura* 2008;4:21-3.
- Halm EA, Fine MJ, Kapoor WN, Singer DE, Marrie TJ, Siu AL. Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Arch Intern Med*. 2002;162:1278-84.
- Istat "L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia", diffuso 28.10.2008 (http://www.istat.it/dati/dataset/20081028_00/)
- Lopez S, Sibilano A, Stefanoni MG, Gazzardi G, Balconi R, Guaita A. La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato. *G Gerontol* 2009; 57:23-32.
- Rocca S. Analisi dei dati 2007 sulle RSA lombarde. Report, Regione Lombardia, 2009.
- Rugiadini A. Organizzazione d'impresa. Milano, Giuffrè, 1979.
- Salvioli G. Gli anziani nelle strutture residenziali: quanti sono? *G. Gerontol* 2007; 55:693:5.
- Scardigli V. Le politiche nel settore socio-sanitarie. In: Zangrandi A. I cittadini e i servizi sanitari. Milano: Guerini e Associati, 2008, 185-216.
- Seiler J.A. Systems analysis in organizational behaviour. Homewood: Irwin-Dorsey, 1967.
- Sirchia G, Trabucchi M, Zanetti E, Campari M, Bertolini A. La qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali. In: Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. Residenze Sanitarie per Anziani. Bologna, Il Mulino, 2005, 261-97.
- Vitali S.F. La metodologia Gentle Care. *G. Gerontol* 2004; 52:412-7.
- www.famiglia.regione.lombardia.it /anz/rsa_post.asp. Regione Lombardia, 2009, accesso 19.06.2009

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- D.c.r. n. IV/871 del 23.12.1987 "Piano regionale socio assistenziale per il triennio 1988/1990". BURL 1° Supp. Straordinario al n. 11, Regione Lombardia, 1988.
- D.c.r. n. VIII/462 del 13.03.2002 "Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004. Libertà e innovazione al servizio della salute". BURL 2° Supp. Straordinario al n. 13, Regione Lombardia, 2002.
- D.c.r. n. VIII/257 del 26.10.2006 "Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009". BURL 2° Supp. Straordinario al n. 47, Regione Lombardia, 2006.
- D.g.r. n. VIII/8496 del 26.11.2008 "Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità d'offerta sociosanitarie". BURL Serie Ordinaria n. 50, Regione Lombardia, 2008.
- D.g.r. n. VII/7435 del 14.12.2001 "Attuazione dell'art. 12, commi 3 e 4 della L.R. 11.07.1997, n. 31. Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (R.S.A)". BURL Serie Ordinaria n. 1, Regione Lombardia, 2002.
- D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale "Circolare n. 26 del 16.6.2005". <http://www.famiglia.regione.lombardia.it/deb/12618c26.asp>. Regione Lombardia, 2005, accesso 19.06.2009
- D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale "Rilevazione operatori ASL impegnati nelle funzioni di Vigilanza e Controllo del sistema socio-sanitario. Report agosto 2008". Regione Lombardia, 2008.
- L.R. n. 3 del 12.03.2008 "Governare della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario". BURL 1° Supp. Ordinario al n. 12, Regione Lombardia, 2008.
- L.R. n. 31 dell'11.07.1997 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali". BURL 2° Supp. Ordinario al n. 28, Regione Lombardia, 1997.

Un percorso integrato per la gestione delle persone affette da demenza nel distretto di Carpi (AUSL MO)

Vanda Menon

*Referente UVA e Consultorio Psicogeriatrico per il Gruppo demenze interdisciplinare**

** Il Gruppo demenze interdisciplinare è composto da: Giuseppe d'Arienzo, Responsabile settore anziani; Vanda Menon e Davide Zuccherini, Geriatri; Maurizio Bacchelli, Giovanni Feltri, Anna Ragazzoni, Medici di Medicina Generale; Barbara Cucchi, Roberta Maccarone, Silvia Prandini e Ornella Valzano, Assistenti Sociali; Stefano Amidi, Neurologo; Anna Ragazzoni, Volontaria*

La complessa gestione della malattia dementigena è una priorità di cui il distretto di Carpi AUSL Modena si è fatto carico da tempo.

Recuperando le direttive nazionali inserite nell'ambito del Progetto Cronos, già dalla fine del 1999 ha istituito una Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) geriatrica territoriale (in città è presente una seconda UVA, ospedaliera, presso l'Unità Operativa di Neurologia).

Il nostro distretto ha inoltre fatto propria la direttiva regionale sulle demenze, denominata "Progetto Demenze", del 30/12/99, con la creazione di un consultorio multiprofessionale (Consultorio Psicogeriatrico) in cui, oltre alla figura medica specialistica del geriatra, si affiancano quelle dello psicologo e dell'infermiere.

Fin dall'inizio, la maggior attività si è estrinsecata nell'ambito delle consulenze ambulatoriali in senso stretto.

È emersa progressivamente la necessità di affiancare a tale attività anche una modalità di lavoro specialistico extra-ambulatoriale.

Abbiamo operato in ambiti quali: reparti ospedalieri, centri diurni, case protette e domicilio.

Ulteriore ambito operativo del nostro servizio è il Centro Diurno Specialistico "De Amicis", ove trovano ospitalità unicamente persone affette da demenza con disturbi del comportamento, e viene assicurata la consulenza preventiva presso il Consultorio Psicogeriatrico, oltre alla presenza periodica del Geriatra all'interno della struttura per la formazione, sostegno e supervisione degli operatori coinvolti, e per il monitoraggio dei progetti assistenziali degli utenti inseriti nel Centro Diurno in supporto alle famiglie.

Sulla base di un accordo aziendale siglato nel 2003 con i Medici di Medicina Generale (MMG), e che sanciva una

effettiva collaborazione tra i MMG e il Consultorio Psicogeriatrico per la gestione domiciliare del malato di demenza, il Distretto di Carpi ha istituito un tavolo operativo costituito dal Consultorio Psicogeriatrico, il Dirigente del Distretto, i MMG, le Assistenti Sociali, la Neurologia, la Psichiatria e il Volontariato con lo scopo principale di coordinare in modo strutturato il lavoro di ogni singolo attore.

Nell'ambito di questo percorso, dopo alcuni incontri preliminari, si è ritenuto di proporre una strategia d'intervento che venisse affinata e, per così dire, validata con il coinvolgimento attivo di tutti i MMG all'interno di uno specifico corso di aggiornamento, teso sia ad approfondire gli aspetti più propriamente clinici e consentire una conoscenza diretta tra gli operatori dei vari servizi, sia a realizzare il tanto auspicato "Protocollo condiviso di intervento sul paziente demente".

In data 14/04/06, il Direttore di Distretto formalizzava, con propria decisione, la piena operatività del "Gruppo demenze interdisciplinare e del protocollo della gestione delle persone affette da demenza nel distretto di Carpi".

Sulla base delle singole competenze si è costituito un percorso socio-sanitario per la gestione del malato sia nella presa in carico ordinaria (dal sospetto diagnostico fino all'assistenza nelle fasi terminali della malattia), sia nelle situazioni di urgenza clinica e/o sociale.

In particolare, l'intervento della Psichiatria e di un nucleo ospedaliero dedicato (presso l'ospedale accreditato Villa Igea di Modena) nell'urgenza sanitaria del nostro progetto prevede un intervento tempestivo di tipo consulenziale da parte del Consultorio Psicogeriatrico al MMG, e un successivo eventuale collocamento provvi-

ESPERIENZE

sorio in struttura ospedaliera al fine di garantire un *continuum* assistenziale (dal domicilio al Nucleo speciale per pazienti con demenza e scompenso comportamentale di Villa Igea).

Nelle urgenze di tipo sociale (esaurimento della figura del caregiver primario) si è concordata una pronta e sollecita risposta dei servizi sociali e del Volontariato, per il maggior bagaglio di competenze e conoscenze dei servizi alla persona, delle strutture e delle opportunità economiche che enti pubblici e non possono offrire. In particolare, è auspicabile che i Servizi Sociali conoscano il prima possibile i casi per avere conoscenza delle dimensioni del problema, per meglio ripartire le risorse a disposizione e per sviluppare con il caregiver un indispensabile rapporto di fiducia. La risposta potrà essere infatti sia di tipo domiciliare, per favorire il più possibile la stabilità del malato all'interno della sua famiglia, sia di tipo residenziale, laddove le condizioni familiari siano mutate a tal punto da non permettere più altra soluzione.

Nel settembre 2008 il Gruppo demenze interdisciplinare ha organizzato un convegno di una giornata sulla demenza dal titolo "La demenza: risorse per una miglior gestione quotidiana" in cui i vari relatori (geriatri, neurologo, medici di Medicina Generale, assistente sociale, membri dell'attiva associazione locale Gruppo Assistenza Familiari Alzheimer e familiari) hanno presentato i dati di attività del Consultorio Psicogeriatrico e dei vari attori coinvolti nella gestione della patologia, e hanno promosso anche un'opera di divulgazione del tema trattato alla popolazione generale.

Tra i dati di maggior rilievo sono stati riportati quelli relativi al triennio 2005-2007 (Figg. 1 e 2), in cui emergono alcune considerazioni:

- Una parte non trascurabile del nostro lavoro viene esercitata al di fuori dell'ambulatorio; in particolare viene richiesta la nostra consulenza sia in casa protetta che direttamente al domicilio dei pazienti;
- Si è evidenziato come, a fronte di un incremento di prime visite ambulatoriali dal 2005 al 2007, non si sono avuti incrementi significativi nelle consulenze ai reparti, né nei centri diurni né al domicilio;
- Abbiamo invece assistito ad un aumento delle visite in casa protetta tra il 2006 ed il 2007.

L'esperienza risulta interessante per almeno quattro aspetti che vanno sottolineati, anche per suscitare altri interventi sui modelli di intervento per le persone affette da demenza:

- 1) l'UVA opera in diversi aspetti del territorio ed ha affiancato alla attività ambulatoriale in senso stretto una attività consulenziale che è arrivata a rappresentare il 13% della attività svolta, con un incremento presso la

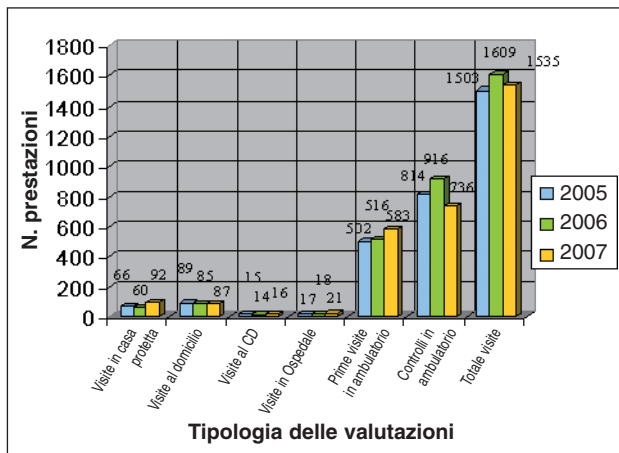


Figura 1 - Valutazioni anni 2005-2006-2007.

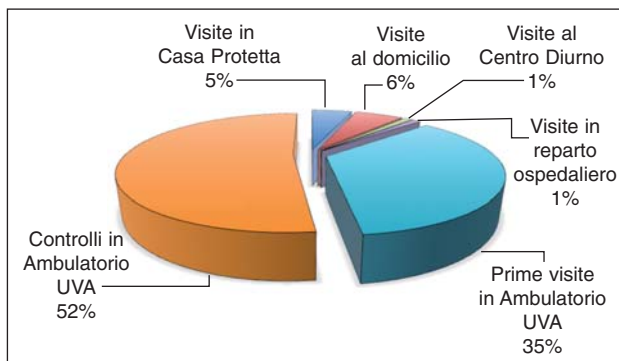


Figura 2 - Prestazioni complessive triennio 2005-2007.

casa protetta, che sappiamo essere un luogo critico per la corretta gestione dei malati di demenza, e presso l'ospedale, altro setting particolarmente a rischio per questi malati;

- 2) vi è stata una trasformazione "consulenziale" della attività di valutazione, che ha assunto su di sé gli aspetti più ampi della prevenzione, ma anche quelli della consulenza ad altri colleghi, allontanando quindi il pericolo di una trasformazione solo "prescrittiva" della unità valutativa per le demenze;
- 3) è stato costruito un percorso condiviso che ha coinvolto anche la medicina generale fino a realizzare un "protocollo condiviso di intervento sul paziente demente";
- 4) si parla di segnalazione di "urgenze" sociali legate al caregiving, a cui si cerca di trovare soluzione, mettendo in evidenza un problema assai importante che è quello della non stabilità delle situazioni e della necessità di far fronte ad improvvisi aggravamenti o cambi della situazione di supporto.

Riabilitare l'anziano: teoria e strumenti di lavoro

Riabilitare l'anziano: teoria e strumenti di lavoro
(dal libro di G. Bellelli, M. Trabucchi, Carocci Faber Editore, Roma 2009)

Il volume si propone di offrire un contributo scientificamente appropriato al tema della riabilitazione dell'anziano, e vuole fornire modelli operativi efficaci nella pratica clinica quotidiana. Esso raccoglie l'esperienza e gli studi nel campo da parte degli autori, ed è arricchito dai contributi di valenti colleghi esperti prevalentemente in area neurologica e fisiatrica, di operatori sanitari (infermieri, terapisti della riabilitazione, terapisti occupazionali) e dirigenti amministrativi di strutture riabilitative.

Il volume parte dalla considerazione che, nel corso degli ultimi anni, l'epidemiologia dei bisogni è profondamente cambiata in ambito riabilitativo, in funzione di vari fattori tra cui la crescita esponenziale dell'età media della popolazione, una crescente compressione della disabilità verso le fasce di età più elevate, la maggiore instabilità clinica dei ricoverati. Oggi la precoce dimissione dagli ospedali, per la pressione esercitata dai sistemi di remunerazione delle degenze con i DRG, favorisce la presenza nei reparti di riabilitazione di pazienti anziani fragili, per la cura dei quali sono richieste grandi competenze e sensibilità rispetto alle malattie croniche e alla disabilità, una forte integrazione tra le professionalità ed una comune competenza multidimensionale.

Dopo una prima parte in cui è delineato il fondamento teorico della riabilitazione dell'anziano, il volume fa il punto sul materiale necessario per la costruzione della documentazione sanitaria, degli strumenti di comunicazione interdisciplinare ed interprofessionale e dell'*assessment* geriatrico. Vengono poi affrontate con un taglio prettamente clinico e pragmatico le problematiche che il riabilitatore geriatra incontra nella sua pratica quotidiana, con particolare riferimento alle sindromi geriatriche, ai deficit cognitivi (delirium e demenza), ai disturbi del tono dell'umore ed alle comorbidità somatiche. Nella terza parte del volume si delineano i possibili spazi di interesse per la psicologia e la neuropsicologia in ambito riabilitativo e si suggerisce l'uso di tecniche specifiche (quali la stimolazione dei neuroni mirror). Nell'ultima parte del volume vengono affrontati i temi della terapia occupazionale e quello della riabilitazione nelle residenze sanitarie assistenziali. I capitoli finali illustrano, l'uno lo stato dell'arte sulla rete dei servizi di assistenza dell'anziano, e l'altro il tema della ricerca in riabilitazione.

Questo volume è l'espressione di un percorso di cura e di attenzione verso i bisogni di riabilitazione delle persone disabili anziane. I lettori potranno cogliere all'interno di ogni singolo contributo uno spirito di vicinanza al malato (ed ai suoi familiari) che si esprime anche attraverso la ricerca di nuove proposte di intervento, sempre partendo da una base scientifica forte.

Recensione a cura di Angelo Bianchetti

Plactidil 300 mg

***picotamide
monoidrata***



TEOFARMA s.r.l.