

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno VIII - N. 2
Giugno 2010
TRIMESTRALE

2/2010

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@gruplocic.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 - 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: Litograf Todi srl - Todi (Perugia)

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 giugno 2010

Tiratura di questo numero: 3.000 copie. In fase di certificazione secondo il Regolamento CSST Certificazione Stampa Specializzata e Tecnica

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 2010



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

La complessità, i LEA, l'ADI

Antonio Guaita, 4

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

L'anziano al Pronto Soccorso: problemi e possibili soluzioni

Mauro Di Bari, Daniela Balzi, Niccolò Marchionni, 6

MATERIALI DI LAVORO

Sensibilità della Cartella geriatrica piemontese nella valutazione del livello di intensità assistenziale socio-sanitaria di anziani non autosufficienti

Franco Cirio, 13

ESPERIENZE

Pazienti - e curanti - che invecchiano insieme.

Cosa rimane agli uni e agli altri del lavoro di cura?

Elvezio Pirfo, Regina Chiecchio, 18

Indicatori di priorità socio-sanitaria

nella presa in carico della persona anziana

Gruppo Triage Sociosanitario, Torino 22

SPUNTI DI DIBATTITO

Complessità e assistenza

Ermellina Zanetti, 27

FAMIGLIA E VOLONTARIATO

Le nuove incertezze del passaggio all'età anziana

Carla Facchini, Marita Rampazi, 29

La complessità, i LEA, l'ADI

Antonio Guaita

Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

In questo numero vi è un tema che ricorre, quello della complessità. La necessità, così "gerontologica", di assumersi la dimensione della complessità come elemento di valore sia nei processi di cura sia nell'analisi della realtà si scontra, a volte, con la inevitabile semplificazione che comporta il dover attuare servizi che operano con mille limiti economici, geografici, culturali. Anzi, la necessità stessa di assicurare dei "livelli essenziali" per l'equità dell'intervento pubblico può apparire una semplificazione indebita. In realtà non è così, e i problemi posti dalla complessità dei bisogni degli anziani e dei compiti di chi li cura non smettono di porci nuovi interrogativi.

Un esempio può essere il servizio di cure domiciliari in Italia, con i molti elementi critici che lo contraddistinguono, messi in evidenza dal rapporto 2009 del "Network non autosufficienza" (Gori e Casanova, 2009):

- Quota di assistiti: sottodimensionata rispetto alle medie europee, con un obiettivo, non lontano da raggiungere, di 3,5% di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (oggi siamo al 3,2%), ma con forti differenze da regione a regione (ad esempio, 6,4% in Veneto e 1% in Sicilia). È, per altro, l'unico servizio per la non autosufficienza che in questi anni è aumentato, a differenza delle residenze: l'ADI era l'1,8% agli inizi del 2000.
- Copertura e intensità: anche in questo caso emergono grandi differenze. Ad esempio, Lazio e Friuli VG assistono più anziani con meno intensità, Campania e Puglia meno anziani con più intensità. Naturalmente, senza poter misurare l'efficienza e l'appropriatezza del servizio, rimane solo un dato su una diversa impostazione di politica dei servizi.
- Definizione degli interventi: le regioni classificano non solo i servizi domiciliari, ma anche le prestazioni fornite in modi differenti, rendendone difficile il confronto.

- Definizione dell'utenza: tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia, hanno una "unità di valutazione" per stabilire i piani di intervento domiciliare, ma gli strumenti e i metodi non sembrano in via di unificazione.

In una realtà di questo tipo è di grande importanza la definizione dei "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA) per le cure domiciliari come strumento per garantire una uguaglianza di diritti minimi per i cittadini italiani, a prescindere dalla regione di residenza. Il documento di riferimento è "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio", approvato dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA nella seduta del 18 ottobre 2006.

Nel documento citato vengono proposti 3 livelli di cure domiciliari, definiti dal numero di giorni necessari per l'intervento (5, o 6, o 7), accompagnati da una valutazione multidimensionale e un piano di assistenza multiprofessionale. A questi tre livelli si aggiungono due altre tipologie: le "prestazioni" semplici, di fatto identificate con la visita medica, e le cure palliative per malati terminali.

Il documento è interessante anche per le criticità concettuali e operative che la definizione stessa di "cure domiciliari" mette in luce: a chi, a che cosa devono servire le cure domiciliari?

Nel testo viene proposta la seguente definizione: "Le cure domiciliari consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. Nell'ambito delle cure domiciliari integrate risulta fondamentale l'integrazione con i servizi sociali dei comuni. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale deve essere valutato attraverso idonei strumenti che con-

sentano la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse”.

La definizione non parte dai bisogni in generale, potenzialmente infiniti, ma dalla operatività del servizio e da chi lo costituisce: in questo, limita il significato degli interventi sanitari a quelli erogabili da medici, infermieri e fisioterapisti (e non, ad esempio, da psicologi), e i soggetti a quelli non autosufficienti, o fragili, o portatori di patologie in atto o con esiti; in seguito, però, individua anche gli obiettivi che consentirebbero di misurare appropriatezza e magari anche efficienza ed efficacia dei servizi domiciliari di cura. Per quanto del tutto condivisibile, la definizione operativa di questi obiettivi appare più difficile di quella concettuale:

- Stabilizzazione clinica: la presenza di instabilità clinica è una delle possibili condizioni di bisogno tutelate dal servizio domiciliare. Oggi, però, non si dispone di strumenti di misura di essa e, per la verità, neppure di una valida definizione operativa e non solo concettuale, se non quella derivata dalle misure usate in acuzie ospedaliere, come i criteri di Halm (Halm et al., 2002). Di fatto, nessun servizio di cure domiciliari misura l'instabilità clinica come invece si è tentato nelle RSA (Lopez et al., 2008).
- Limitare il declino funzionale: una evidente condizione di bisogno è la perdita di autonomia, il peggioramento delle capacità funzionali. Secondo questa definizione il bisogno di un intervento domiciliare di recupero funzionale non discende dalla sola presenza della dipendenza, ma dalla sua dinamica di peggioramento, che l'intervento ha il compito di contrastare. Apparentemente tale definizione risulta più chiara, in armonia con le più recenti analisi sulla riabilitazione geriatrica (Bellelli e Trabucchi, 2009); in realtà, è difficile reperire nei dati regionali la descrizione, anche solo statica e non dinamica, dello stato funzionale di chi usufruisce delle cure domiciliari. Di fatto, l'erogazione dell'intervento del fisioterapista a domicilio è spesso aleatoria e condizionata dalla consistenza dell'offerta, più che dal bisogno, stante anche la mancanza di evidenze, e qualche studio randomizzato controllato con risultati negativi (Sackley et al., 2009).
- Migliorare la qualità della vita: la letteratura ha prodotto molti lavori su questo tema, applicandolo dalla salute orale alle più diverse condizioni patologiche degli anziani, compresa la demenza, con scale specifiche per patologia, o generiche e applicabili a tutte le condizioni e culture. Non risulta, però, che la misura di questa dimensione faccia parte della tradizione né degli stru-

menti usati presso le “unità valutative” o dai servizi domiciliari.

Il testo, infine, indica che la componente sociale non viene sviluppata all'interno del servizio ADI ma attraverso l'integrazione con il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) comunale.

Il documento del 2006 è stato la base per una nuova proposta di decreto, che dovrebbe contenere alcune novità, quali:

- Si parla di “percorsi assistenziali”, e non solo di erogazione di prestazioni, perorando la causa della integrazione socio-sanitaria e della partecipazione della famiglia.
 - Si ribadisce la necessità di strumenti di valutazione idonei per la formulazione di un Piano di Assistenza Individuale (o integrato?).
 - Si riconosce il ruolo centrale del Medico di Medicina Generale, che assume la responsabilità clinica dei processi di cura in tutti e tre i livelli ADI.
 - Si introduce la possibilità di distribuzione diretta dei farmaci e degli strumenti di medicazione.
 - Si afferma la non necessità della dichiarazione di invalidità per usufruire di ausili per chi è assistito ADI.
- Resta da vedere quali vincoli normativi verranno messi in atto per rendere efficaci questi indirizzi. Intanto, il compito di chi opera nei “luoghi della cura” è quello di contribuire alla produzione e condivisione di strumenti e indicatori che aiutino a rendere le cure domiciliari più capaci di rispondere ai bisogni, e di farlo nel modo migliore.

BIBLIOGRAFIA

Bellelli G, Trabucchi M. Riabilitare l'anziano: teoria e strumenti di lavoro. Carocci Faber; Roma 2009.

Gori C, Casanova G. I servizi domiciliari. In: Network non autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: rapporto 2009. Maggioli Editore, RSM 2009.

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.

Lopez S, Sibillano A, Castelli M, Colombo R, Anselmi E, Guaita A. La complessità e l'instabilità clinica in RSA. G Gerontol 2008;61:490-1.

Sackley CM, van den Berg ME, Lett K, Patel S, Hollands K, Wright CC, Hoppitt TJ. Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial. BMJ 2009;339:b3123.

L'anziano al Pronto Soccorso: problemi e possibili soluzioni

Mauro Di Bari¹, Daniela Balzi², Niccolò Marchionni¹

¹ Unità Funzionale di Gerontologia e Geriatria, Dipartimento di Area Critica Medico-Chirurgica, Università degli Studi di Firenze e Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi – Firenze

² Unità Operativa di Epidemiologia, ASL 10 Firenze

L'anziano è tradizionalmente visto come un paziente che, per la cronicità della sua patologia, riveste scarsa importanza per la Medicina d'Urgenza. Tuttavia, la letteratura dimostra che gli anziani rappresentano una percentuale rilevante degli utenti del Pronto Soccorso (PS) (McCaig e Burt, 2004; Shah et al., 2001) e che sono caratterizzati da un elevato grado di complessità ed urgenza medica (Nawar et al., 2007), una più lunga permanenza in PS, un cospicuo consumo di risorse per l'elevato impiego di esami diagnostici radiologici e laboratoristici (Beland et al., 1991), e frequenti visite di ritorno (McCusker et al., 2001). Una revisione di 14 studi prospettici ha mostrato che, dopo una visita al PS, circa il 10% degli anziani muore e il 24% fa nuovamente ricorso all'ospedale entro tre mesi, mentre la dipendenza funzionale aumenta nel 10-44% dei pazienti (Aminzadeh e Dalziel, 2002). L'accesso al PS è, dunque, un marcatore, ma probabilmente anche una concausa, di una grave destabilizzazione clinica del paziente anziano.

Se alla base del sempre più frequente ricorso al PS da parte degli anziani sta, in tutte le popolazioni occidentali, la progressiva espansione della popolazione anziana, con il suo carico di comorbidità ed il rischio di scompenso acuto (Richardson, 2003), il ricorso all'ospedale è tanto maggiore in quei Paesi, come gli USA, nei quali non esiste un sistema universale di cure primarie, paragonabile a quello che contraddistingue gran parte dei Paesi europei. Lì dove viene a mancare il filtro delle cure primarie, lo scompenso diventa facilmente emergenza e impone il ricorso alle cure ospedaliere.

Sebbene gli anziani vi stiano esercitando una pressione crescente, il PS non è costruito sulla base delle loro esigenze, né ha modalità operative ad esse adeguate. Non deve sfuggire che aspetti logistici, e la stessa architettura

di questo servizio, sono potenzialmente inadatti all'anziano:

- Il PS è invariabilmente al piano terra ed è spesso privo di finestre, così che l'illuminazione è prevalentemente artificiale, cosa che favorisce il disorientamento spazio-temporale.
- Gli spazi sono organizzati per accelerare valutazione e turnover dei pazienti, a discapito della privacy.
- Talvolta i pazienti passano molte ore sdraiati su barelle strette e rigide con materassini sottili, con evidente rischio di insorgenza di ulcere da pressione.
- I pavimenti in linoleum sono facili da pulire, ma anche scivolosi, e rappresentano così un pericolo per l'anziano con andatura instabile.
- Infine, il rumore pressoché costante, provocato da allarmi dei monitor, annunci vari, voci del personale, di altri pazienti e degli accompagnatori, è un ulteriore elemento che contribuisce al disorientamento spazio-temporale (Hwang e Morrison, 2007).

Il PS non è un ambiente favorevole agli anziani anche dal punto di vista degli operatori: gli stessi medici che vi lavorano ammettono di sentirsi frequentemente inadeguati nei confronti di tale tipologia di pazienti. Un campione di oltre 400 medici di PS del New England, ai quali era stato sottoposto un questionario sulla loro attività ed attitudine nei confronti dei pazienti, sovrastimava nettamente la percentuale degli ultrasessantacinquenni tra i propri pazienti (39.4% dichiarato, rispetto a valori effettivi compresi tra l'11.6 e il 23%). Il grado di sicurezza percepita nel trattare pazienti in diverse fasce di età, espresso in una scala da 1 (per niente sicuri) a 10 (nessun problema), era inferiore di fronte a pazienti anziani (valore medio 7.5) che per gli adulti (8.5). Infine, quasi l'80% dei medici riteneva utile una maggiore forma-

zione in senso geriatrico durante la specializzazione in Medicina d'Urgenza. I fattori che, secondo gli intervistati, rendono gravosa la cura dell'anziano sono i maggiori tempi richiesti, la presenza di problemi non medici non coperti dall'assicurazione e le difficoltà comunicative (Schumacher et al., 2006).

Molti studi indicano che un atteggiamento discriminatorio, se non addirittura pregiudizialmente ostile, nei confronti dell'anziano, definito *ageism*, orienta comportamenti clinici e scelte terapeutiche in ospedale e anche al PS, a prescindere da considerazioni di efficacia, sicurezza ed eticità. In uno studio retrospettivo statunitense su oltre 2000 pazienti con infarto miocardico in fase acuta, al crescere dell'età (da <50 fino a 90+ anni) si riduceva la percentuale di pazienti che ricevevano farmaci di assoluta efficacia (aspirina e β -bloccanti); addirittura, i pazienti ultranovantenni venivano sottoposti a riperfusione coronarica quattro volte meno spesso di quelli di età <50 anni (Magid et al., 2005).

Risultati molto simili sono stati osservati nello studio AMI-Florence, registro dell'infarto miocardico acuto nell'area fiorentina, che ha identificato nella comorbidità associata all'età avanzata un importante fattore di discriminazione per l'applicazione della riperfusione coronarica (Balzi et al., 2006a). Questo risultato appare paradossale quando si consideri che, nello stesso studio, erano proprio i pazienti con un maggior livello di comorbidità a giovare maggiormente, in termini di sopravvivenza ad un anno, dell'applicazione dell'angioplastica primaria (Balzi et al., 2006b). La discriminazione sembrava incominciare già in fase pre-ospedaliera, in quanto meno spesso gli anziani venivano indirizzati ad ospedali dotati di tecnologie e competenze per procedure interventistiche coronariche, ma - come già detto - proseguiva in PS, dove il ricorso all'angioplastica diminuiva progressivamente al crescere dell'età (Balzi et al., 2008).

LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE ANZIANO

Se ci chiediamo quali siano i fattori che rendono così problematico, per il personale del PS, gestire in modo adeguato i pazienti anziani, non sarà difficile individuarli nelle caratteristiche tipiche dell'anziano, che possono provocare ansia e incertezza in professionisti senza specifiche esperienze e competenze geriatriche: fragilità, comorbidità, presentazioni cliniche spesso atipiche, deficit cognitivi e, più in genere, difficoltà a riferire i propri sintomi.

• Presentazioni cliniche atipiche

Le malattie si presentano spesso nell'anziano con quadri clinici meno caratteristici che nel giovane. A titolo esemplificativo, consideriamo l'infarto miocardico in fase acuta. In uno studio italiano, svoltosi tra il 1999 e il 2003 tra gli ultrasessantacinquenni con infarto, fino al 50% non presentava il sintomo classico di dolore toracico, mentre erano frequenti la dispnea (30%) e sintomi neurologici (25%); probabilmente a causa di tale atipia, l'intervallo tra esordio dei sintomi e arrivo in PS era più lungo rispetto al giovane adulto (9,0 vs. 4,5 ore) (Corsini et al., 2006).

• Comorbidità

La comorbidità, cioè "l'esistenza o la **comparsa di ogni distinta entità clinica aggiuntiva durante il decorso di una specifica malattia (malattia indice) per la quale il paziente sia seguito**", è **particolarmente frequente nell'anziano** (Yates, 2001). Inquadramento diagnostico e successive decisioni terapeutiche sono comprensibilmente più complessi in anziani con un grado elevato di comorbidità, al punto che la causa determinante il ricorso a cure ospedaliere può essere difficilmente identificata.

Uno studio su 116 molto anziani (età media 86 anni) che, al termine di un ricovero ospedaliero, venivano dimessi con diagnosi finale di scompenso cardiaco, ha descritto come le manifestazioni cliniche iniziali fossero state quelle tipiche dello scompenso in una minoranza di casi, con prevalenza di quelle di patologie associate (ad esempio, respiratorie), di sintomi neurologici (confusione mentale) o, più spesso, di un aspecifico peggioramento dello stato funzionale (Lien et al., 2002).

Un altro esempio è fornito da uno studio condotto a Barcellona durante l'epidemia influenzale del 1999-2000, nel quale sono stati arruolati 136 pazienti che si presentavano al PS per sintomi tipici di sindrome influenzale, o esacerbazione di una precedente malattia cronica (respiratoria o di altra natura), o brusca insorgenza di sintomi come dispnea, delirium, sincope, vomito o incontinenza urinaria. In tutti i casi, veniva ricercato il virus influenzale nelle vie aeree. Dei 99 pazienti che albergavano il virus, quelli più anziani e con comorbidità più grave non presentavano i sintomi caratteristici della sindrome influenzale, spesso non erano vaccinati e sviluppavano complicanze che richiedevano il ricovero (Monmany et al., 2004).

• Polifarmacoterapia

I pazienti anziani assumono più farmaci contempora-

neamente della popolazione generale (Hohl et al., 2001), condizione denominata polifarmacoterapia. La letteratura documenta che la polifarmacoterapia è gravata da alcune conseguenze importanti durante un accesso al PS:

- Gli anziani frequentemente non sono in grado di riferire correttamente tutti i farmaci che assumono, il dosaggio e le rispettive indicazioni (Chung e Bartfield, 2002);
- Al PS, farmaci vengono aggiunti al regime esistente in più del 40% dei casi e, secondo alcuni autori, con scarsa attenzione a interazioni potenzialmente avverse (Beers et al., 1990). Secondo uno studio del 2006, dal 6 al 10% dei pazienti anziani al PS riceve una prescrizione di farmaci che, secondo criteri comunemente accettati (Terrell et al., 2006), sono inappropriati;
- Gli anziani sono a maggior rischio di reazioni avverse da farmaci, che si stima, addirittura, costituiscano il motivo di circa il 10% delle visite al PS, e di interazioni farmacologiche (Hohl et al., 2001). Al PS sono diagnosticate soprattutto le reazioni avverse di maggiore entità, mentre quelle più lievi spesso non vengono riconosciute (Hohl et al., 2005).

• *Decadimento cognitivo*

Se la prevalenza di demenza negli ultrasessantacinquenni è del 6-8%, maggiore nel sesso femminile e progressivamente più elevata con l'età (*The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group, 1997*), quasi il 10% degli anziani al PS presenta uno stato confusionale acuto (delirium), condizione spesso determinata da motivi internistici e, per sua definizione, potenzialmente reversibile (Meagher et al., 2008). Nel PS la distinzione tra delirium e demenza può risultare particolarmente difficile: il delirium viene diagnosticato al PS solo nel 35% dei casi e la mancata diagnosi rende impossibile l'identificazione, e l'eventuale rimozione, della causa scatenante (Elie et al., 2000). La presenza di delirium è un fattore predittivo indipendente di morte durante l'ospedalizzazione successiva alla visita al PS (Drame et al., 2008).

• *Difficoltà comunicazionali*

L'anziano può avere difficoltà a comunicare con il personale sanitario, per motivi di ordine sensoriale (ipoacusia o afasia) o cognitivo (demenza o delirium). Gli effetti di queste limitazioni si fanno maggiormente sentire quando manca un accompagnatore, situazione particolarmente frequente per i pazienti provenienti da Residenze Sanitarie Assistenziali. Paradossalmente, anche

l'eccesso di informazioni - il paziente che arriva al PS con una gran mole di documentazione clinica, in genere ancora una volta per la presenza di grave comorbidità - può creare difficoltà e imbarazzo ai medici.

PRONTO SOCCORSO (E OSPEDALE) A MISURA DI ANZIANO

Un PS concepito per risolvere nel minor tempo possibile l'urgenza o emergenza medica in atto può non soddisfare le molteplici esigenze del paziente anziano. È stata da più parti proposta la creazione di centri di PS geriatrici, analogamente ai modelli pediatrici e traumatologici già esistenti, ed alcuni esperimenti sono stati realizzati (ad esempio la *Geriatric Emergency Room* a Nassau, Long Island, USA), ma l'effettiva utilità di questi servizi è dubbia. Inoltre, questo modello difficilmente può essere applicato in ospedali piccoli e periferici.

Una proposta più realistica è quella di una maggiore collaborazione tra personale del PS e geriatri per creare o riadattare nuovi modelli gestionali, grazie ai quali la permanenza dei pazienti anziani al PS ed i possibili rischi connessi ad un'attesa troppo lunga siano minimizzati, vengano messi in atto interventi diagnostici e terapeutici realmente appropriati, sia favorita la precoce dimissione dei pazienti che non richiedono il ricovero e siano rapidamente individuati quelli che devono essere affidati alle Unità Geriatriche per Acuti, rispetto a coloro che possono invece essere ricoverati in tradizionali Unità di Medicina Interna.

Le Unità Geriatriche per Acuti sono dirette da un geriatra e si ispirano ad un principio di collaborazione interdisciplinare tra figure professionali diverse (medici, infermieri e fisioterapisti). Mettono in atto una Valutazione Geriatrica Multidimensionale (VMD) di tutti i disturbi del paziente, la prevenzione delle complicanze e delle patologie iatrogene, la mobilitazione e riabilitazione precoce e l'elaborazione di un piano di dimissione in collaborazione con i *caregiver*. Studi randomizzati di confronto con Unità di Medicina Interna dimostrano che anziani selezionati per caratteristiche di maggiore fragilità, ricoverati in Unità Geriatrica per Acuti hanno una mortalità più bassa a tre, sei e dodici mesi (Saltvedt et al., 2002), tempi di degenza più brevi, meno ricoveri di ritorno a un anno e spese sanitarie più contenute (Jayadevappa et al., 2006).

Si può pertanto auspicare una più rapida ed efficace selezione dei pazienti anziani che, dopo un accesso al PS,

necessitano di ricovero in Unità Geriatriche per Acuti. I tradizionali sistemi di triage non consentono di rispondere a questa esigenza. Tra i più aggiornati algoritmi di triage, l'*Emergency Severity Index* è stato validato in un campione di oltre mille pazienti ultrasessantacinquenni (Baumann e Strout, 2007). Ciononostante, esso non tiene conto delle specifiche caratteristiche del paziente anziano per avviarlo ad un percorso differenziato: il suo scopo, infatti, è quello di permettere ad un infermiere specializzato di attribuire a ciascun paziente un codice di priorità, indipendentemente dall'età (Gilboy et al., 2005).

Dato che il paziente anziano spesso presenta più patologie, e di solito richiede tempi di accertamento più lunghi, un modello organizzativo molto utile potrebbe essere quello delle Unità di Osservazione, reparti a degenza breve (fino a 24 ore) all'interno del PS, che permettono sia l'osservazione dell'evoluzione clinica che l'attuazione di esami laboratoristici e strumentali e trattamenti urgenti, evitando così degenze più prolungate. Nel corso della degenza nell'Unità di Osservazione è, inoltre, possibile applicare procedure di VMD. Vari studi dimostrano che un approccio basato sulla VMD permette una riduzione della mortalità, dell'istituzionalizzazione e del declino delle capacità funzionali e cognitive dell'anziano e, secondo alcuni autori, anche il PS potrebbe essere un luogo idoneo alla sua applicazione (Rubenstein, 1996).

Al fine di consentire un'applicazione rapida della VMD al PS, sono stati messi a punto diversi strumenti, alcuni dei quali validati anche in studi randomizzati: l'*Identification of Seniors at Risk* (ISAR) (McCusker et al., 1997) e il *Triage Risk Screening Tool* (TRST) (Meldon et al., 2003), riportati rispettivamente in Tabella 1 e Tabella 2.

L'ISAR è stato ideato in Quebec nel 1999 e validato anche in una versione italiana (Salvi et al., 2009). Due o più risposte positive implicano:

- un aumentato rischio di mortalità, di ricovero in istituto e di declino delle capacità funzionali (McCusker et al., 1997; Salvi et al., 2009);
- un'aumentata probabilità di nuova visita al PS od ospedalizzazione nei sei mesi successivi (McCusker et al., 2000a; Salvi et al., 2009; McCusker et al., 2000b);
- un'associazione con una significativa compromissione funzionale e/o uno stato depressivo grave al momento della visita indice al PS, a cui segue un rischio elevato di sindrome depressiva nei quattro mesi successivi ed un eccessivo utilizzo dei servizi sanitari nei cinque mesi successivi (Dendukuri et al., 2004).

Il TRST, sviluppato negli Stati Uniti, si considera positivo quando il paziente presenta deficit cognitivi o due o più dei rimanenti fattori di rischio. Predice il rischio di nuova visita al PS, ospedalizzazione e ricovero in casa di cura a uno e quattro mesi (Meldon et al., 2003; Mion et al., 2008).

Per quanto questi strumenti si siano dimostrati validi, di semplice utilizzo, non hanno trovato una loro ampia applicazione in ambito di PS perché comunque richiedono una certa disponibilità di tempo, difficile da trovare nella frenetica attività di quel servizio. È interessante osservare che, di recente, è stata dimostrata la possibilità di un'iniziale stratificazione prognostica degli anziani che afferiscono al PS per motivi medici, basata su soli dati amministrativi, che si traduce nell'assegnazione di un punteggio di rischio, denominato "Codice Argento". Mediante questo approccio, le informazioni contenute in archivi informatizzati che ospedali e Aziende Sanitarie Locali utilizzano per loro attività gestionali e amministrative possono essere utilizzate per identificare, sin dal loro affacciarsi al PS, i soggetti anziani bisognosi di percorsi diagnostico-terapeutici differenziati. Mediante il Codice Argento, è stato inoltre confermato che in anziani definiti ad alto rischio, l'assegnazione ad una Unità di Geriatria per Acuti comporta una migliore sopravvivenza a distanza, rispetto ai pazienti ricoverati in Medicina Interna (Di Bari et al., 2010).

STRATIFICAZIONE PROGNOSTICA MEDIANTE DATABASE AMMINISTRATIVI: IL "CODICE ARGENTO"

I dati utilizzati per produrre il Codice Argento sono stati ricavati mediante *record linkage* in un unico database di quattro archivi amministrativi mantenuti dall'ASL 10 di Firenze. Tali archivi contengono, rispettivamente:

- 1) l'anagrafica dell'ASL,
- 2) i dati della scheda di dimissione ospedaliera (SDO),
- 3) i dati del servizio farmaceutico territoriale, relativi alle prescrizioni terapeutiche al di fuori dell'ospedale,
- 4) i dati provenienti dal certificato di morte ISTAT, che riporta data e causa di morte.

Il *linkage* si basava sul numero di codice sanitario, rilasciato dalla ASL, o sul codice fiscale, secondo un approccio ampiamente validato.

È stato condotto uno studio di coorte retrospettivo con un anno di follow-up, selezionando tutti i soggetti ul-

trasettantacinquenni che nell'anno 2005 accedevano per motivi medici a presidi ospedalieri dell'ASL 10 tramite PS.

La casistica così selezionata è stata suddivisa in modo casuale in un sottogruppo "sviluppo" ed in uno "validazione", nei quali i modelli predittivi sono stati sviluppati e, rispettivamente, testati, rispetto all'esito mortalità generale ad un anno (chiusura dello studio nel dicembre 2006).

Le variabili utilizzate per predire la sopravvivenza erano l'età, il sesso, lo stato civile (coniugato rispetto a non coniugato/vedovo/divorziato), il numero di farmaci assunti nei 3 mesi precedenti (nelle categorie 0-2, 3-4, 5-7, 8+ farmaci), la presenza di ricoveri ordinari e, separatamente, in Day Hospital nei sei mesi precedenti, e la categoria diagnostica principale dell'eventuale ricovero ordinario precedente (neoplasie, malattie dell'apparato cardiocircolatorio, respiratorio e altre). Nel sottogruppo di sviluppo è stato condotto uno screening, mediante confronti bivariati, delle variabili predittive della mortalità nei 12 mesi successivi al ricovero indice, seguito da analisi multivariata mediante regressione di Cox. A ciascuno dei predittori multivariati di mortalità è stato assegnato un punteggio, espresso dal rapporto arrotondato tra il coefficiente di regressione *b*, spettante a quella variabile nella regressione di Cox, e il più piccolo dei coefficienti *b* significativi, che è risultato essere quello relativo alla variabile "stato civile". È stato così possibile calcolare, per ogni partecipante, un punteggio cumulativo, dato dalla somma dei punti attribuiti a ciascuno dei fattori di rischio presenti.

Il valore predittivo del modello è stato analizzato rispetto alla mortalità ad un anno, separatamente nel sottogruppo sviluppo ed in quello di validazione, attraverso il calcolo dell'area sottesa dalla curva *Receiver Operator Characteristics* (ROC) e, dopo categorizzazione in quattro livelli, in modelli di regressione di Cox. Analogamente, è stato condotto il confronto della sopravvivenza in funzione dell'Unità di assegnazione (Medicina Interna o Geriatria), controllando per il punteggio di rischio ovvero dopo stratificazione in quattro livelli di punteggio di rischio.

Attraverso *record linkage* dei quattro archivi, sono stati identificati 10.913 ricoveri in area medica di altrettanti soggetti ultrasettantacinquenni, di cui 6.034 (55%) erano donne. Circa il 29% aveva un'età compresa tra 75 e 79 anni, mentre i rimanenti si distribuivano equamente nelle due classi di età 80-84 e 85+ anni. Il 18% del campione aveva avuto un ricovero ordinario, nei sei mesi pre-

cedenti, che, nella maggior parte dei casi, era dovuto a malattie cardiocircolatorie. La metà dei soggetti era in trattamento, nei 3 mesi precedenti il ricovero indice, con almeno 5 farmaci (Tab. 3). La gran parte dei ricoveri (93%) era indirizzata verso unità di Medicina Interna, mentre solo 750 soggetti (6.9%) erano stati ammessi in Geriatria.

Nel periodo compreso tra il giorno di ammissione ospedaliera per il ricovero indice e i 12 mesi successivi, la mortalità osservata nell'intera casistica era del 34%. In un modello di regressione di Cox relativo al sottogruppo di sviluppo dell'equazione, erano predittori multivariati di morte l'età avanzata, il sesso maschile, lo stato civile, la presenza di un precedente ricovero con la rispettiva categoria diagnostica, il numero di farmaci assunti e i precedenti accessi in Day-Hospital. La Tabella 4 riporta i coefficienti *b* attribuiti a tali variabili e i rispettivi punteggi, calcolati come multipli del più basso coefficiente significativo, che risultava essere quello assegnato allo "stato civile vedovo/non coniugato/divorziato", rispetto a "coniugato".

Nel sottogruppo sviluppo, il punteggio di rischio individuale di morte, calcolato sulla base dei punti così assegnati a ciascuna variabile, aveva una performance prognostica globale accettabile, come risultava da un'area sottesa dalla curva ROC pari a 0.66 e da un progressivo e significativo aumento della mortalità ad un anno (20, 28, 42 e 51%) in strati definiti sulla base di valori soglia del punteggio di rischio (0-3, 4-6, 7-10, 11+).

Tali risultati erano pienamente confermati nei 5.456 soggetti del sottogruppo validazione, in termini di curva ROC (Fig. 1) e di analisi di sopravvivenza: in particolare, il modello di Cox mostrava un progressivo incremento del rischio di morte al crescere del punteggio Codice Argento, indicato da valori di HR (95% CI) pari a 1,5 (1,3-1,7), 2,2 (1,9-2,6) e 3,0 (2,6-3,4) negli strati di punteggio 0-3, 4-6, 7-10 e 11+, rispettivamente ($p < 0,001$) (Fig. 2).

Infine, la mortalità a lungo termine dei soggetti ricoverati in Geriatria era del 17% inferiore a quella dei ricoverati in Medicina Interna (HR 0,83, 95% CI 0,72-0,94; $p = 0,004$). Il ricovero in Geriatria si associava ad un vantaggio prognostico lieve e non significativo nei primi 3 strati, mentre nello strato di rischio più elevato tale vantaggio era molto evidente, pari ad una riduzione del 33% del rischio di morte (HR 0,67, 95% CI 0,53-0,84; $p = 0,001$) (Fig. 3).

CONCLUSIONI

Di fronte alla crescente richiesta di cure da parte di anziani complessi, con grave comorbidità, disabilità e deficit cognitivo, i servizi di PS sono spesso in difficoltà e talvolta si dimostrano inadeguati. L'esigenza di un approccio specifico, che applichi alla realtà del PS i principi della VMD, rimane il più delle volte insoddisfatta per motivi di tempo ma, probabilmente, anche di scarsa attitudine culturale. D'altra parte, esistono prove che sia possibile prevedere la prognosi a lungo termine di anziani che giungono al PS per motivi medici utilizzando semplici dati di tipo amministrativo, in parte meramente anagrafici (sesso, età, stato civile), in parte di tipo sanitario (precedenti ricoveri e numero di farmaci assunti). L'indicatore prognostico Codice Argento si è dimostrato in grado di individuare precocemente quei soggetti anziani che, nel momento in cui varcano la soglia dell'ospedale per motivi medici, necessitano, durante la loro permanenza al PS, di attenzioni particolari e, nella successiva degenza, delle competenze e della cultura professionale del Geriatra.

Su impulso del Ministero della Salute, è in corso uno studio di validazione nazionale del Codice Argento, che verificherà la sua possibilità di applicazione in realtà diverse da quella dove esso è stato inizialmente sviluppato.

NB: Le Tabelle 1, 2, 3, 4 e le figure 1, 2, 3 saranno pubblicate online sul sito www.grg-bs.it alla voce "letteratura" - "riviste" - "I Luoghi della Cura".

BIBLIOGRAFIA

Aminzadeh F, Dalziel W. Older adults in the Emergency Department: a systematic review of pattern of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39(3):238-47.

Balzi D, Barchielli A, Buiatti E, Franceschini C, Lavecchia R, Monami M, et al. Effect of comorbidity on coronary reperfusion strategy and long-term mortality after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2006b;151(5):1094-100.

Balzi D, Barchielli A, Buiatti E, Franceschini C, Mangani I, Del Bianco L, et al. Age and comorbidity in acute myocardial infarction: a report from the AMI-Florence Italian registry. *Am J Geriatr Cardiol* 2006a;15(1):35-41.

Balzi D, Barchielli A, Santoro GM, Carrabba N, Buiatti E, Giglioli C, et al. Management of acute myocardial infarction in the real world: a summary report from The Ami-Florence Italian Registry. *Intern Emerg Med* 2008;3(2):109-15.

Baumann MR, Strout TD. Triage of geriatric patients in the emergency department: validity and survival with the Emergency Severity Index. *Ann Emerg Med* 2007;49(2):234-40.

Beers MH, Storrer M, Lee G. Potential adverse drug interactions in the emer-

gency room. An issue in the quality of care. *Ann Intern Med* 1990;112(1):61-4.

Beland F, Lemay A, Philibert L, Maheux B, Gravel G. Elderly patients' use of hospital-based emergency services. *Med Care* 1991;29(5):408-18.

Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2002;39(6):605-8.

Corsini F, Scaglione A, Iacomino M, Mascia G, Melorio S, Riccio C, et al. Acute myocardial infarction in the elderly. A case-control study with a younger population and review of literature. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006;66(1):13-9.

Dendukuri N, McCusker J, Belzile E. The identification of seniors at risk screening tool: further evidence of concurrent and predictive validity. *J Am Geriatr Soc* 2004;52(2):290-6.

Di Bari M, Balzi D, Roberts AT, Barchielli A, Fumagalli S, Ungar A, et al. Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the "Silver Code," to be used in emergency department triage. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010;65(2):159-64.

Drame M, Jovenin N, Novella JL, Lang PO, Somme D, Laniece I, et al. Predicting early mortality among elderly patients hospitalised in medical wards via emergency department: the SAFES cohort study. *J Nutr Health Aging* 2008;12(8):599-604.

Elie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *CMAJ* 2000;163(8):977-81.

Gilboy N, Tanabe P, Travers D. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. 2005. Agency for Healthcare Research and Quality.

Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med* 2001;38(6):666-71.

Hohl CM, Robitaille C, Lord V, Dankoff J, Colacone A, Pham L, et al. Emergency physician recognition of adverse drug-related events in elder patients presenting to an emergency department. *Acad Emerg Med* 2005;12(3):197-205.

Hwang U, Morrison RS. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(11):1873-6.

Jayadevappa R, Chhatre S, Weiner M, Raziano DB. Health resource utilization and medical care cost of acute care elderly unit patients. *Value Health* 2006;9(3):186-92.

Lien CT, Gillespie ND, Struthers AD, McMurdo ME. Heart failure in frail elderly patients: diagnostic difficulties, co-morbidities, polypharmacy and treatment dilemmas. *Eur J Heart Fail* 2002;4(1):91-8.

Magid DJ, Masoudi FA, Vinson DR, van der Vlugt TM, Padgett TG, Tricomi AJ, et al. Older emergency department patients with acute myocardial infarction receive lower quality of care than younger patients. *Ann Emerg Med* 2005;46(1):14-21.

McCaig LF, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 emergency department summary. *Adv Data* 2004;(340):1-34.

McCusker J, Bellavance F, Cardin S. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(10):1229-37.

McCusker J, Cardin S, Bellavance F, Belzile E. Return to the emergency department among elders: patterns and predictors. *Academic Emergency Me-*

dicine 2000a;7(3):249-59.

McCusker J, Bellavance F, Cardin S. Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit. *Annals of emergency medicine* 2000b;36(5):438-45.

Meagher DJ, MacLulich AM, Laurila JV. Defining delirium for the International Classification of Diseases, 11th Revision. *J Psychosom Res* 2008;65(3):207-14.

Meldon S, Mion L, Palmer R. A brief risk stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003;10(3):224-32.

Mion L, Palmer R, Meldon S. Case finding and referral model for Emergency department elders: a randomized clinical trial. *Ann Emerg Med* 2008;41(1):57-68.

Monmany J, Rabella N, Margall N, Domingo P, Gich I, Vazquez G. Unmasking influenza virus infection in patients attended to in the emergency department. *Infection* 2004;32(2):89-97.

Nawar EW, Niska RW, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 emergency department summary. *Adv Data* 2007;(386):1-32.

The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of chronic diseases in older Italians: comparing self-reported and clinical diagnoses. *Int J Epidemiol* 1997;26(5):995-1002.

Richardson BK. Overview of geriatric emergencies. *Mt Sinai J Med* 2003;70(2):75-84.

Rubenstein LZ. The emergency department: a useful site for CGA? *J Am Geriatr Soc* 1996;44(5):601-2.

Saltvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(5):792-8.

Salvi F, Morichi V, Grilli A, Spazzafumo L, Giorgi R, Polonara S, et al. Predictive validity of the Identification of Seniors At Risk (ISAR) screening tool in elderly patients presenting to two Italian Emergency Departments. *Aging Clin Exp Res* 2009;21(1):69-75.

Schumacher JG, Deimling GT, Meldon S, Woolard B. Older adults in the emergency department: Predicting physicians' burden levels. *Journal of Emergency Medicine* 2006;30(4):455-60.

Shah MN, Rathouz PJ, Chin MH. Emergency department utilization by non-institutionalized elders. *Acad Emerg Med* 2001;8(3):267-73.

Terrell KM, Heard K, Miller DK. Prescribing to older ED patients. *Am J Emerg Med* 2006;24(4):468-78.

Yates JW. Comorbidity considerations in geriatric oncology research. *CA Cancer J Clin* 2001;51(6):329-36.

Sensibilità della Cartella geriatrica piemontese nella valutazione del livello di intensità assistenziale socio-sanitaria di anziani non autosufficienti

Franco Cirio

ASL To 2 e Università Cattolica del Sacro Cuore/Cottolengo, Torino

La Deliberazione della Giunta Regionale (D.G.R.) n. 42-8390 del 10 marzo 2008 della Regione Piemonte ha introdotto un'unica Cartella geriatrica regionale per la valutazione, da parte delle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) delle ASL piemontesi, del livello di non autosufficienza dell'anziano e del livello di intensità dell'assistenza domiciliare o residenziale necessario per compensarlo.

La Cartella utilizza, in modo integrato, alcuni Strumenti di valutazione multidimensionale quali: A.D.L (Katz et al., 1970), I.A.D.L (Lawton e Brody, 1969), S.P.M.S.Q (Pfeiffer, 1975), D.I.S.C.O (Morgagni et al., 1979), D.M.I (Fabris et al., 1989), omogeneizzando i criteri di valutazione utilizzati precedentemente dalle diverse U.V.G. Il gruppo di lavoro che, su mandato regionale, ha predisposto la Cartella geriatrica era consapevole dei limiti valutativi insiti nell'utilizzo degli strumenti adottati ma, più in generale, nell'affidare la valutazione unicamente a quanto codificato da questi strumenti. Infatti, la stessa D.G.R. 42-8390/2008 evidenzia il ruolo insostituibile delle professionalità costituenti la Commissione U.V.G. (medico possibilmente geriatra, infermiere, assistente sociale): *"...La Cartella Geriatrica contiene strumenti di sostegno alla valutazione clinico-diagnostica e sociale della non autosufficienza, i quali devono essere supportati dalla professionalità sanitaria e sociale di coloro che li utilizzano. I componenti dell'U.V.G. devono essere consapevoli della complessità che ogni persona reca con la sua storia, il suo bagaglio affettivo e culturale. Pertanto l'U.V.G. non deve solamente attribuire punteggi, bensì "comprendere", attraverso un approccio globale, non solo le patologie e il contesto socio-familiare dell'anziano, ma anche e soprattutto la sua*

volontà di come vivere e affrontare la sua non autosufficienza".

Attraverso gli strumenti di valutazione adottati si possono attribuire fino a 24 punti, dei quali un massimo di 8 per la condizione sociale, 4 per la valutazione economica dell'anziano, ed ulteriori 12 punti per la valutazione sanitaria. La valutazione sociale è ottenuta attraverso strumenti di misurazione della condizione abitativa, della rete familiare e della condizione assistenziale dell'anziano, introdotti dalla D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 precedentemente citata. La valutazione economica è accertata attraverso la Dichiarazione di Situazione Economica (D.S.E.), una sorta di I.S.E.E. modificata, adottata dal Comune di Torino per valutare il livello di partecipazione ai costi da parte dell'Amministrazione comunale.

In merito alla valutazione sanitaria, la Regione Piemonte ha correlato i punteggi dei singoli strumenti di valutazione multidimensionale adottati con punteggi di sintesi che concorrono a determinare il livello di non autosufficienza, come specificato nella Tabella 1.

Alla valutazione sociale, economica e sanitaria, si affiancano le schede di Definizione dell'intensità assistenziale e di Progetto. In particolare, le Schede di Definizione dell'intensità correlano i punteggi ottenuti con gli strumenti di valutazione sanitaria e sociale con tre livelli di intensità assistenziale: bassa, media e alta per servizi residenziali e bassa, media e medio/alta per servizi di lungassistenza domiciliare (Tab. 2).

Questa correlazione tra punteggi di disabilità rilevati e intensità assistenziale programmabile è stata spesso evidenziata come "non corrispondente ai bisogni dell'an-

Tabella 1 - Strumenti di valutazione correlazione punteggi.

Strumenti di valutazione adottati	Punteggi previsti	Punteggi di correlazione
ADL	A, B, C, D, E, F, G	A=0, B=1, C=2, D=3, E=4, F=5, G=6
IADL	0 - 4, 5 - 9, 10 - 14	0 - 4=2, 5 - 9=1, 10 - 14=0
SPMSQ	0 - 4, 5 - 7, 8 - 10	0 - 4=0, 5 - 7=1, 8 - 10=2
DISCO	A, B, C	A=0, B=1, C=2

Tabella 2 - Definizione dell'intensità assistenziale.

Definizione dell'intensità assistenziale Residenziale attraverso: ADL, SPMSQ, DISCO, DMI		
Punteggio 5 - 6 Bassa intensità	Punteggio 7 - 8 Media intensità	Punteggio 9 - 12 Alta intensità
Definizione dell'intensità assistenziale Domiciliare attraverso: Condizione abitativa, Condizione familiare, Condizione assistenziale, ADL, SPMSQ, DISCO, DMI		
Punteggio 4 - 9 Bassa intensità	Punteggio 10 - 15 Media intensità	Oltre 15 Media/Alta intensità

ziano non autosufficiente" dai componenti delle U.V.G. piemontesi, motivando questo studio. Nello specifico, sembra che aspetti ritenuti dai sanitari importanti per la definizione del livello di non autosufficienza dell'anziano non siano adeguatamente rilevati dagli strumenti adottati.

IPOTESI DI RICERCA

Perseguendo l'obiettivo di evidenziare quali aspetti della non autosufficienza dell'anziano non siano rilevati o siano sottostimati dagli strumenti di valutazione adottati dalla Cartella geriatrica prevista dalla D.G.R. 42-8390/2008, sono state predisposte le seguenti ipotesi "nulle":

- Gli strumenti di valutazione A.D.L, I.A.D.L, S.P.M.S.Q, D.I.S.C.O. e D.M.I. impiegati nella Cartella geriatrica, e i relativi punteggi attribuiti da ciascuna di esse, sono appropriati per valutare il livello di intensità assistenziale domiciliare e residenziale necessario per compensare la non autosufficienza.
- Le correlazioni tra punteggi rilevati dagli strumenti di

valutazione della non autosufficienza e livelli di Intensità assistenziale previsti delle Schede di definizione dell'intensità sono adeguati a stimare la necessità di assistenza.

METODOLOGIA

È stato condotto uno studio prospettico su 285 anziani della Circostrizione 6° e 7° dell'ASL TO 2 della Regione Piemonte, confrontando la valutazione del livello di intensità assistenziale misurato dai sanitari (medici o infermieri) durante le visite domiciliari o ambulatoriali, attraverso gli strumenti della Cartella geriatrica, con la successiva valutazione complessiva della Commissione U.V.G. (medico geriatra e infermiere dell'ASL e assistente sociale dei Servizi sociali del Comune di Torino), di fronte all'assistito.

Dei 285 assistiti sono state analizzate le variabili cliniche e sociali che vengono sottostimate dalle scale, misurando la sensibilità della Cartella geriatrica attraverso la formula:

$$Se = (b1 - a1) / b1$$

a1 = numero di valutazioni con condizioni cliniche sot-

MATERIALI DI LAVORO

tostimate dalle Scale della Cartella geriatrica
 bI = numero totale delle valutazioni
 $(bI - aI)$ = numero valutazioni adeguatamente valutate dalle Scale della Cartella geriatrica.

RISULTATI

Sono stati analizzati 285 progetti elaborati dall'U.V.G. nei mesi di aprile e maggio 2008, dei quali 243 (85%) di Lungassistenza domiciliare e 42 (15%) di Lungassistenza residenziale.

Per la Lungassistenza domiciliare la sensibilità della Cartella geriatrica è risultata del 79%, con 52 (21%) progetti che hanno presentato una discrepanza tra l'intensità assistenziale valutata dalla Commissione U.V.G. attraverso l'analisi complessiva dei bisogni assistenziali e l'intensità derivante automaticamente dalla somma dei punteggi degli strumenti di valutazione utilizzati.

La sottostima si è riscontrata prevalentemente nei casi di assistenza Media/Alta, con ben 50 casi (96%) su 52. Elevati i punteggi rilevati dalle scale con valore "15", di confine tra le intensità Media e Media/Alta, come evidenziato dalla Tabella 3.

Per la Lungassistenza residenziale la sensibilità della Cartella geriatrica è risultata del 45% con 23 (55%) casi sottostimati su 42.

Il livello più sottostimato è risultata l'intensità Media con 17 casi su 23 (74%), seguita dall'intensità Alta con 6 casi (26%).

Tra le condizioni cliniche e assistenziali che sono risultate sottostimate dalle scale, sia nella lungassistenza domiciliare che residenziale, prevalgono: deficit cognitivi dell'assistito che richiedono sorveglianza continua e l'acriticità rispetto alle proprie limitazioni fisiche, che sono presenti, ciascuna, in quasi un terzo dei casi, e le difficoltà di deambulazione correlate a pregresse ripetute cadute in un quarto dei casi (Tab. 4).

A distanza di 12 mesi dalla progettazione, l'analisi dei

Tabella 3 - Confronto tra valutazione Commissione U.V.G. e punteggi derivanti dagli strumenti di valutazione utilizzati.

	Progetti di Lungassistenza domiciliare	Progetti di Lungassistenza residenziale
Intensità assistenziale valutata correttamente dagli strumenti di valutazione	191 (79%)	19 (45%)
Intensità assistenziale sottostimata dagli strumenti di valutazione	52 (21%)	23 (55%)
Intensità assistenziale Media/Alta	50 (96%)	
	(di cui 16 con punteggio 15)	6 (26%)
Intensità assistenziale Media	2 (4%)	17 (74%)
Intensità assistenziale Bassa	0 (0%)	0 (0%)
Totale Progetti	243 (85%)	42 (15%)

Tabella 4 - Condizioni cliniche sottostimate dalle scale.

Condizione	Numero casi	
	Progetti domiciliare Lungassistenza	Progetti residenziale Lungassistenza
Non consapevolezza delle proprie limitazioni funzionali	14	5
Deficit cognitivi che richiedono sorveglianza continua	15	7
Difficoltà di deambulazione con ripetute cadute	9	4
Difficoltà a indossare busto ortopedico	4	0
Presenza di deliri e allucinazioni	3	4
Ipovisione	4	1
Necessità di Ossigeno terapia pressoché continua	3	2
Totale progetti con intensità assistenziale sottostimata dalle scale	52	23

Tabella 5 - Correlazione punteggi e intensità assistenziale domiciliare e assistenziale residenziale.

Assistenziale domiciliare	Intensità Bassa	Intensità Media	Intensità Media/Alta
Attuali punteggi	4-9	10-15	> 15 (16-...)
Punteggi proposti	4-9	10-14	> 14 (15-...)
			Ne deriva un aumento della sensibilità a dal 79 al 83%
Assistenziale residenziale	Intensità Bassa	Intensità Media	Intensità Alta
Attuali punteggi	5-6	7-8	9-12
Punteggi proposti	Punteggi aggiuntivi attribuibili da scale di valutazione più approfondita del deterioramento cognitivo e della percezione dei propri limiti fisici e del rischio cadute		

285 casi da parte di una successiva Commissione di rivalutazione, composta da differenti medici ed infermieri e dalla stessa assistente sociale della prima valutazione, non ha evidenziato una sovrastima da parte della precedente Commissione U.V.G., salvo riscontrare, nel frattempo, un avvenuto decesso e due aggravamenti dell'autonomia per l'insorgenza di episodi cerebrovascolari acuti.

CONCLUSIONI

Lo studio non ha confermato le ipotesi nulle adottate nella ricerca, evidenziando una sensibilità della Cartella geriatrica del 79% nella stima dell'intensità assistenziale per la Lungassistenza domiciliare e del 45% per la Lungassistenza residenziale. Suddetta sottostima è presente prevalentemente nei casi di elevato bisogno assistenziale in presenza di condizioni cliniche caratterizzate da deficit cognitivo dell'assistito che richiedono sorveglianza continua, acriticità rispetto alle proprie limitazioni fisiche e pregresse ripetute cadute correlate a difficoltà di deambulazione.

Si evidenzia, quindi, la necessità di incrementare la capacità d'analisi dell'attuale Cartella geriatrica adottata dalla Regione Piemonte, con ulteriori punteggi derivabili da strumenti di valutazione che indagano lo stato cognitivo dell'anziano e soprattutto la non consapevolezza dei propri limiti fisici e il rischio di cadute, ad esempio adottando i seguenti strumenti di valutazione: Scala di Conley (Conley et al., 1999), Stratify Instrument (Oliver et al., 1997), Scala Tinetti (Tinetti, 1986), Scala Morse (Morse et al., 1989).

Inoltre, dallo studio si deduce che si apporterebbe già un significativo miglioramento della sensibilità della Cartella geriatrica nella stima del fabbisogno assistenziale domiciliare, attribuendo la "media/alta intensità" dal valore "15" e non "16" come attualmente previsto (Tabella 5): la sensibilità aumenterebbe dal 79 all'83%.

BIBLIOGRAFIA

- Conley D, Schultz AA, Selvin R. The challenge of predicting patients at risk for falling: development of the Conley Scale. *Medsurg Nurs* 1999;8:348-54.
- Fabris F et al. D.M.I.: Indice Medico di Non Autosufficienza. *Min Med* 1989;80(suppl.1).
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12.
- Katz S, Down TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970;20.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmaintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9.
- Morgagni S et al. Disturbi cognitivi e del comportamento (DISCO). Sanitas Domi 1999.
- Morse JM, Black C, Oberle K, Donahue P. A prospective study to identify the fall-prone patient. *Soc Sci Med* 1989; 28 (1): 81-6
- Oliver D, Britton M, Seed P, Martin FC, Hopper AH. Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ* 1997; 315:1049-53.
- Pfeiffer E. S.P.M.S.Q: Short Portable Mental Status Questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41.
- Regione Piemonte, Deliberazione della Giunta Regionale, n. 42-8390 del 10

MATERIALI DI LAVORO

marzo 2008.

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1986;34(2):119-26.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

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

Ferrucci L, Marchionni N e il Gruppo di lavoro sulla Valutazione Multidimensionale. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *Gerontol* 2001;49.

Ministero della Salute, Mattoni SSN, Mattone 12, Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali, Relazione finale, 21/2/2007.

Ministero della Salute, Mattoni SSN, Mattone 13, Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari, Relazione finale, 16/5/2007.

Parmelee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP. Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population, *J Am Geriatr Soc* 1995;43.

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

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

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



CIC Edizioni Internazionali

Pazienti - e curanti - che invecchiano insieme.

Cosa rimane agli uni e agli altri del lavoro di cura?

Elvezio Pirfo, Regina Chiecchio

Dipartimento di Salute Mentale (DSM) G. Maccacaro ASL Torino 2 Nord

DIALOGO TRA DUE PSICHIATRI

«È tutto così cambiato! Forse stiamo invecchiando? I nostri colleghi lo pensano. E, in un certo senso, anche i nostri pazienti. La scorsa settimana, durante il suo solito appuntamento, Rina, che ricorderai, la conosciamo dal 1985, mi ha detto: "Eh, dottoressa, quanti anni sono passati da quando ci conosciamo! Invecchiamo insieme. Ma la mia malattia cambia se divento vecchia? Starò meglio o peggio? Se lei si stufa... divento più cronica. Spero di no, e poi preferirei che mi curasse sempre lei. Mi sono così abituata. Non vorrà andarsene, vero? Lo so che ci sono tanti altri operatori che si occupano di me, ma un pezzo grande della mia vita, che poi è anche un pezzo grande della mia malattia, l'ho trascorso con lei e con il suo collega. Per me è come un'identità, anche se ora ci sono tante più opportunità: il Centro Diurno, il Day Hospital, l'inserimento al lavoro, e poi più agenzie esterne che si occupano di noi. Nei tempi delle mie prime crisi c'era solo l'ambulatorio, ma con voi sono cresciuta. Ricordo quando venivate a casa, lei, la psicologa, le infermiere; io non mi alzavo dal letto e voi tutti i giorni da me, anche più volte al giorno! Sembrava che non guarissi, che non servisse. Eppure la vostra presenza mi è entrata dentro e ancora adesso, se sto male, riesco a ripensarci e mi aggrappo, mi ci rifletto come in uno specchio e mi dà un po' di fiducia. Non è che non stia male nelle crisi, però almeno mi affido più facilmente". Sai, mi hanno fatto pensare queste parole. E mi sono commossa».

«Quello che mi chiedo è: cosa rimane, oggi, di tutto quello che per noi era così importante? Quella nostra storia così specifica è diventata un valore per i pazien-

ti, ha dato senso alla loro vita e alla nostra, e non solo a quella professionale. Ma i nostri colleghi più giovani, che possibilità hanno avuto di fare e amare queste esperienze? Allora era un impegno il *non ricovero*, stare accanto al paziente psicotico in crisi con l'idea che, se non stabilisci un incontro con lui, lo privi della possibilità di trovare un aggancio con te, un'alleanza terapeutica. Non si parlava certo di una immediata sedazione. Ora, ad alcuni colleghi pare così strano che io dica che non ha senso stroncare una crisi togliendo lo stato di veglia e coscienza. Eppure dovrebbe essere chiaro: un conto è una regressione accompagnata, un contenimento fermo; un altro togliere ogni possibilità vigile a una persona. Sento che non riesco a farmi capire, e talora ho addirittura l'impressione di parlare un linguaggio arcaico».

«Certo oggi la realtà psichiatrica è estremamente articolata e complessa, ben più di allora. Sono state create, fortunatamente, opportunità nuove, ci sono le agenzie esterne al Servizio, è vero. Ma allora c'erano molti più operatori, e con una disponibilità ben maggiore di tempo da dedicare a ogni paziente. E, comunque, nelle parole di Rina era chiara la percezione che c'era in noi una volontà di accompagnare la sua malattia con la nostra presenza, nella certezza che se c'era una crisi, essa aveva un senso che si doveva raccogliere. A cosa sarebbe servito ridurla in uno stato di totale sedazione? Certo le abbiamo chiesto molto, moltissimo, come lo chiedevamo a noi stessi! Forse allora c'era una carica ideale troppo alta. Ma per noi la relazione era anche scoperta del significato dell'esperienza umana e, più in generale, della fenomenologia, della storia della psichiatria e della psicodinamica, e poi lotta all'Istituzione!».

COME SI PUÒ PARLARE DEI PAZIENTI CHE INVECCHIANO?

Il semplice pensiero che tutti invecchiamo è certo un'ovvietà inutile. Non però per chi si è trovato in una situazione in cui la malattia - la malattia psichica - ha coinvolto tutta la vita, ha segnato ogni relazione, ogni progetto pensato, ogni programma intrapreso; e ha creato una rete di rapporti profondi e significativi con quegli operatori che, negli anni, hanno dato un contorno, un senso, un'identità.

Un'identità che è stata ed è anche la nostra, e che si costruisce storicamente su due fattori principali: da una parte ciò che si fa e si apprende quotidianamente e che diventa competenza, e dall'altra la rappresentazione sociale che entra a far parte della rappresentazione interna personale. «Vi sono settori nei quali i due elementi sono molto vicini, e altri nei quali la forbice è ampia. Nei settori ad alta procedura, come per esempio nell'attività medico-chirurgica, ruolo, competenza, e rappresentazione sono più vicini, e il lavoro risulta maggiormente definibile in termini di risultato. In settori con componente relazionale elevata (come le professioni di aiuto) la stagnazione e l'oscillazione dei processi di trasformazione terapeutica determinano una prevalenza dell'area della rappresentazione e, nel frattempo, una pressione elevata sull'autostima» (Galli, 2009).

Si tratta di un fatto particolarmente rilevante che crea un rapporto di scambio fra psichiatra, psicoterapeuta e paziente, in cui il procedere insieme si riverbera in una costruzione di identità reciprocamente avvalorate. Certo, lo studio dei manuali, gli strumenti diagnostici, le scale di valutazione, e ora anche l'apporto delle neuroscienze, sono tutti elementi di innegabile valore, ma che non tolgono significato a una storia comune che, se il paziente sta meglio, cresce e cambia insieme al suo terapeuta, acquista il valore di "evidenza" e di autoconvalida, contribuendo all'aumento dell'autostima di ambedue. Un fattore, quest'ultimo, fondamentale non solo per il paziente, che si può così rispecchiare nella capacità del suo terapeuta di credere in lui, ma anche per l'identità professionale dello stesso terapeuta, chiamato a operare nella condizione di costante incertezza tipica delle professioni di aiuto.

Questa incertezza, del resto, è anche una spinta alla conoscenza dell'altro in un'ottica ermeneutica, in cui la fenomenologia e la psicodinamica orientano nella re-

lazione, e questa è la premessa dell'agire psichiatrico. Viene spontaneo, in una riflessione come questa dedicata ai pazienti che invecchiano e al nostro invecchiare con loro, ripensare alla funzione cruciale assegnata dalla fenomenologia alla ricerca del senso dell'Altro, del Tu; una ricerca che, se si resta nella dimensione dell'ascolto e dell'immedesimazione, può diventare una salvaguardia proprio contro la tentazione dell'invecchiamento. Osserva Eugenio Borgna: «Non mi è possibile cogliere il senso, la dimensione *anche* clinica di una sintomatologia (psicotica e non psicotica) se non ascoltando, e decifrando, i modi infiniti con cui ogni paziente rivive il suo dolore e le sue sofferenze, le sue angosce e la sua disperazione. I sintomi, *questi* sintomi, cambiano nei loro contenuti, e nella loro forma, nella misura in cui ci confrontiamo con essi (con le persone che li manifestano) in un atteggiamento di disponibilità dialogica e di partecipazione emozionale, e non invece in un atteggiamento di neutralità e di freddezza: di distanza psicologica e umana» (Borgna, 1999).

È possibile che un'impostazione di questo genere aiuti a non "cronicizzarsi" e a non "cronificare", un termine, quest'ultimo, che, introdotto negli anni della lotta all'istituzione manicomiale, ha tuttora una sua incisività. Cronificazione significa infatti reificazione forzata e quantificante della qualità di un comportamento - la follia - che si ripropone nel tempo e che viene trasformata in sintomo privo di ogni significato; è osservazione distorta della cronicità considerata come stato inevitabile e, in questo senso, è una conseguenza dell'atteggiamento di chi osserva e non una specifica condizione di chi è osservato: è, insomma, una realtà artificiale costantemente *costruita* dall'osservatore e, in quanto tale, non è ridicibile a una lontana e ormai superata strategia dell'istituzione manicomiale, ma costituisce una grande tentazione per gli operatori della salute mentale. Il "manicomio", infatti, può ben essere presente nella nostra testa, e per ricrearlo è sufficiente mettere tra parentesi la ricerca del senso di ciò che si osserva.

Nel lavoro formativo con gli operatori di base capita spesso di raccogliere la fatica di contrastare la spinta a restare schiavi dei propri codici di osservazione e azione, a cronificare sintomi e tratti caratteriali che si ripresentano e si stabilizzano. È un rischio che corriamo tutti, ma in modo particolare i giovani operatori che, con il loro grande bagaglio preformato, sono impreparati a pensare che la tensione terapeutica non basta a modificare immediatamente la realtà psichica. Il pa-

ziente è "vecchio" prima ancora di invecchiare se si smette di cercare il senso di ciò che accade e si dimentica che, nonostante le innegabili e sempre possibili cronicità della malattia, questa si situa all'interno di una interazione Io-Tu continuamente riscritta. Forse che anche noi non ci cronicizziamo nelle risposte date, nei gesti terapeutici, nelle parole dette?

Non meno frequente che significativo, da questo punto di vista, il particolare sgomento provato dagli operatori più giovani di fronte alla percezione dello scorrere del tempo, così diversa da quella dei pazienti. Con i loro progetti educativi e riabilitativi confezionati essi si sentono immobili, inchiodati a limiti apparentemente invalicabili, e hanno bisogno di saturare di contenuti ogni tempo trascorso, per il timore di un'apatia terapeutica. Spesso lamentano un sentimento depressivo di fronte a un tempo vissuto come sospeso e indeterminato, e non riescono a pensare che, in molti casi, solo in un tempo non riempito dal dover-fare e dover-essere i pazienti possono sviluppare delle relazioni non colpevolizzate dalla loro incapacità produttiva: un tempo dilatato e tranquillo che permetta una vicinanza emotiva e renda possibile l'espansione di un Sé negativo. Analogo il disorientamento che essi sperimentano di fronte all'incapacità affettiva e all'ottundimento emotivo: una condizione, quest'ultima, schiacciante per i pazienti che la provano, ma del pari raggelante per gli operatori che vorrebbero comprenderla, riscaldarla e scaldarla.

Così la reazione di impotenza che si instaura con certi pazienti, e che talora risulta estenuante, può innescare il processo di cronicizzazione di cui si diceva, inibendo la possibilità stessa dell'agire terapeutico. L'osservatore diventa parte della cronicizzazione della malattia, e non è più in grado di permettere a sé e all'altro la crescita, la comprensione - ciascuno con le proprie modalità - e la costruzione di una storia reciproca che crei significato all'esistere professionale non meno che a quello patologico. Inevitabilmente il ruolo dell'operatore si cristallizza in una dimensione concreta desimbolizzata, in cui il paziente deposita una tendenza difensiva rigida che non tollera un'eccessiva complessità. Insomma, la condizione indispensabile perché il paziente non invecchi ai nostri occhi è che noi non invecchiamo: solo così, infatti, la funzione terapeutica può farsi progetto, arricchirsi di innovazioni creative e di spazi aperti in cui porre e far lievitare una valenza di cambiamento. «Ogni ruolo-progetto nel suo divenire - scrivono Giulio Gasca e Laura Motras-

sino - è caratterizzato da tre momenti in continua interazione tra loro: a) il *momento della progettualità*, proteso all'attualizzazione di potenzialità future e che, in relazione a queste, dà un senso al mondo circostante; b) il *momento della necessità*, inteso come tutto ciò che è già dato, il passato immutabile come fondamento del presente, le sue conseguenze inevitabili, legate alla causalità, e quindi le conseguenze delle stesse scelte del soggetto che, una volta confrontate con possibilità future, si irrigidiscono in necessità di un passato già accaduto (...); c) il *momento del caos*, cioè tutto ciò che è incompiuto, i diversi significati che eventi determinati possono assumere a seconda di nuovi punti di vista introdotti dai nostri progetti. Esso è lo spazio in cui la nostra progettualità può muoversi per superare i limiti della necessità» (Gasca e Motrassino, 1999).

LE SCELTE ATTUALI

Un'ultima osservazione preoccupata: nell'ottica di aziendalizzazione che oggi si sta progressivamente ampliando, e risulta prevalente, questi aspetti, centrali dal punto di vista teorico e terapeutico, si scontrano sempre più con necessità produttive e insieme di risparmio economico, di limitazione delle risorse umane, di moltiplicazione delle mansioni che ogni operatore è chiamato a svolgere. Per fare un solo esempio: il venerdì prima di Pasqua, di passaggio in un ambulatorio di salute mentale verso l'ora di chiusura, un collega incontra un'infermiera alle prese con una richiesta di primo colloquio da parte di una signora visibilmente sofferente. È sola ed è costretta a farla attendere. Vedendo il collega, lo guarda sgomenta (proprio così: sgomenta, non lamentosa) e dice: «I pazienti sono sempre di più e noi sempre di meno!». In queste condizioni come può il desiderio di non lasciare invecchiare i pazienti non smorzarsi miseramente!

Così, di fronte ad alcuni giovani di passaggio in un Day Hospital per un breve periodo di ricovero in seguito a un esordio o a una riacutizzazione psicotica, e di fronte alla loro mancanza di un contesto familiare supportivo, di una collocazione sociale di riferimento, di una rete amicale stabile o minimamente affidabile, ecco rinascere l'antica (non vecchia!) idea della Comunità Terapeutica: un luogo in cui trovare le condizioni per una relazione intensa e protetta, che aspiri a diventare occasione di esperienza emoziona-

le correttiva (Alexander, 1993). Un luogo in cui le persone siano ospitate non perché hanno esaurito le proprie risorse o sono troppo onerose per altri budget, ma affinché abbiano una possibilità in più per prevenire il loro precoce invecchiamento nella malattia.

BIBLIOGRAFIA

Alexander F. L'esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e Scienze Umane* 1993;27:85-101.

Borgna E. Noi siamo un colloquio. Ed. Feltrinelli, Milano 1999:33-45.

Galli PF. L'identità terapeutica nel regno dell'incertezza. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2009;43:47-58.

Gasca G, Motrassino L. Possibilità terapeutiche. In: G. Gasca et al. (a cura di), *Psicopatologia della comunità terapeutica*. Ed. Lindau, Torino 1999:137-58.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Cazzullo LC. Storia breve della psichiatria italiana. Vista da un protagonista. Ed. Masson, Milano 2000.

Galli PF. Conversazione-intervista di Giovanna Gallio. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2008;42:89-106.

Galli PF. La psiche delle riforme. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2008;42:523-34.

Le Gouès G. La psicoanalisi e la vecchiaia. Ed. Borla, Roma 1995.

Merini A. Il lavoro di équipe nella pratica territoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane* 1995;29:87-99.

Pellegrini P. Riflessioni sull'identità degli operatori in psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2009;43:545-58.

Searles HF. La schizofrenia e l'ineluttabilità della morte. In: Id., *Scritti sulla schizofrenia*. Ed. Boringhieri, Torino 1974:471-502.

Spagnoli A. «...e divento sempre più vecchio». Jung, Freud, la psicologia del profondo e l'invecchiamento. Ed. Bollati Boringhieri, Torino 1995.

Indicatori di priorità socio-sanitaria nella presa in carico della persona anziana

Gruppo Triage Sociosanitario, Torino

GRUPPO di lavoro: Alba Baratta, Paolo Betemps, Daniela Bodda, Sergio Cabodi, Franco Cirio, Claudia Contratto, Silvia Ambrosi, Paola Di Giulio, Tiziana Gazzetto, Irene Gili Fivela, Pietro Landra, Ileana Leardini, Silvia Leoni, Maurizio Lorenzatto, Fulvia Mantino, Luciana Moio, Gelsomina Mucci, Sabrina Palaia, Sandra Pasquino, Margherita Peloso, Miriam Petti, Francesca Piroddi, Cristiana Pregno, Franca Vittorino

Presso i servizi sociali torinesi già nel 2005 si è costituito un Gruppo di lavoro "triage", nato dalla necessità di identificare dei criteri che definiscano la priorità dei cittadini per l'accesso ai servizi.

Il concetto di triage nei servizi sociali nasce in analogia con quanto già da qualche tempo è avvenuto presso i Dipartimenti di Emergenza degli ospedali (D.E.A.) (D. lgs 502/1992).

A fronte di un'importante letteratura sanitaria, quella per i servizi sociali è piuttosto scarsa e i riferimenti legislativi non sono sufficienti a definire le priorità di accesso di tutti i cittadini (D.lgs 196/03; Comune di Torino-Determinazione Dirigenziale 22/01).

La Regione Piemonte, con la *cartella geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica* (UVG) e le *Linee guida del Piano Assistenziale individuale* (PAI) (D.G.R. 42/2008; D.G.R. 17/2005; D.G.R. 14/1998) ha definito gli strumenti per la valutazione socio-sanitaria degli anziani e le modalità per l'individuazione del livello d'intensità assistenziale e per determinare il corrispondente massimale di spesa possibile. I punteggi risultanti dal processo valutativo non riescono appieno a definire i casi prioritari. Ad esempio, un anziano può avere una situazione gravemente compromessa (non essere autonomo, avere una rete insufficiente) ma essere benestante, e quindi in grado di pagare un'assistente familiare. Questa situazione ha punteggi più alti di quella di un altro anziano con deficit cognitivi non importanti, ma indigente e senza rete sociale, che richiederebbe invece una risposta urgente proprio perché non in grado, né con la possibilità, di provvedere a se stesso.

Dato il progressivo aumento della domanda di supporto assistenziale da parte degli anziani e delle loro famiglie a fronte di risorse limitate, si è avviato il progetto per

la definizione dei Codici Rossi Socio-Sanitari (utenti che devono avere accesso con priorità alle prestazioni), in stretta collaborazione tra il Comune di Torino e le ASL TO 1 e TO 2.

LA VALUTAZIONE UVG

L'anziano che fa richiesta di intervento socio-sanitario viene valutato dall'UVG, che compila una Cartella Geriatrica in cui vengono raccolti:

- i dati socio anagrafici;
- le condizioni economiche, in base alla Dichiarazione Sostitutiva di Situazione Economica, che comprendono il reddito, i beni immobili e mobili e le spese per l'assistenza; le condizioni ambientali (tipo di abitazione, presenza di barriere architettoniche, ecc.); quelle assistenziali (capacità della famiglia di prendersi cura dell'anziano, difficoltà relazionali, lontananza dei familiari) e le condizioni assistenziali e familiari. Tutti questi elementi andranno a comporre la scheda di valutazione sociale;
- lo stato di salute ed autosufficienza, con l'uso di scale ADL (*Index of Activities of Daily Living scale*) (Katz et al., 1963), IADL (*Instrumental Activities of Daily Living scale*) (Lawton e Brody, 1969) DISCO (disturbi cognitivi e del comportamento) (Morgagni et al., 1999), DMI (Indice Medico di Non Autosufficienza) (Fabris et al., 1989), SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*) (Pfeiffer et al., 1975). Tutti questi elementi andranno a comporre la scheda di valutazione sanitaria;
- la definizione della complessità e intensità assistenziale in relazione al progetto di intervento (domiciliare, semiresidenziale o residenziale).

ESPERIENZE

I dati danno luogo a punteggi che contribuiscono ad una graduatoria per la presa in carico. Il punteggio massimo è 28 (14 punti per la valutazione sanitaria e 14 per quella sociale).

Il progetto per identificare i criteri di priorità di accesso ai progetti domiciliari si è svolto in più fasi:

1. Un gruppo di lavoro con rappresentanti della componente sociale e sanitaria, ha identificato criteri per definire le priorità. Per la componente sociale sono stati identificati i criteri che evidenziassero le situazioni di maggior solitudine e fragilità della rete e la fragilità economica; per quella sanitaria le situazioni di fragilità, non autonomia ed elevata intensità assistenziale. È stato considerato criterio di priorità assoluta la segnalazione all'Autorità Giudiziaria da parte dei servizi. I criteri identificati dovevano essere facilmente desumibili dalla cartella compilata dall'UVG.

2. È stato selezionato un campione casuale di 100 su 170 Cartelle Geriatriche di casi in lista di attesa, di cinque sedute di valutazione multidisciplinare dell'UVG ASL TO2 - Circoscrizione 6 e 7, compilate da gennaio a marzo 2009. È stato valutato: "Il progetto per identificare i criteri di priorità di accesso ai progetti domiciliari si è svolto in più fasi":

- quanti anziani venivano definiti "codice rosso" secondo i criteri;
- i tempi necessari per identificare i criteri dalle cartelle (in particolare quelli sanitari rilevabili dalla lettura dell'anamnesi e da informazioni presenti in parti diverse della scheda);
- la necessità di migliore definizione delle voci e la loro eventuale ridondanza.

Il 7% dei pazienti erano "codice rosso" (presenza di un criterio sociale + sanitario + economico). Alcuni criteri sono stati in parte modificati perché ridondanti o poco discriminanti.

Si doveva, a questo punto, verificare la capacità discriminante e la validità dei criteri: in altre parole, se i casi definiti prioritari sarebbero stati riconosciuti tali anche dagli operatori sanitari e sociali.

METODI

In assenza di un gold standard, viene considerato tale la definizione di priorità data dagli operatori. Sono stati selezionati 5 casi che avevano un punteggio sociosanitario elevato e di intensità assistenziale medio alta e 5 casi definiti come codice rosso. Le cartelle sono state valu-

tate in modo indipendente da due coppie di operatori (sociale e sanitario) che non conoscevano il caso dell'anziano, non avevano partecipato alla costruzione dei criteri né erano al corrente di quali e quanti casi fossero "codice rosso". Dopo l'esame della cartella gli operatori hanno attribuito un punteggio di priorità da 1 a 10 (1 non prioritario, 10 massima priorità) e definito i motivi in base ai quali il caso era stato considerato prioritario o meno. Le risposte date ed i criteri sono stati discussi con gli operatori e da un gruppo multidisciplinare per verificare il perché dell'attribuzione e le eventuali discordanze nell'attribuzione del codice.

Anche se agli operatori era stato chiesto di non mettere i casi in graduatoria, inevitabilmente la presenza di una situazione molto grave/prioritaria mette le altre su un piano di gravità/priorità più basso. Per questo si è concordato di considerare "codice rosso" una valutazione ≥ 8 degli operatori perché indica il riconoscimento di priorità, e pertanto la validità del criterio.

RISULTATI

L'analisi dei casi ha prodotto i risultati presentati nella Tabella 1.

Tabella 1 - La priorità secondo i criteri e secondo gli operatori.

Caso	Codice rosso	Punteggio di priorità assegnato dagli operatori	
		Coppia A	Coppia B
FR	SI	10	10
CB	SI	9	9
CG	SI	9	7
RR	SI	8	9
GT	SI	0	5
BL	NO	6	8
AB	NO	10	10
LR	NO	10	10
LG	NO	5	7
CM	NO	10	10

C'è stata assoluta concordanza in un caso sui 5 classificati codici rossi, ma ricevono un punteggio ≥ 8 3 casi (CB, CG, RR); tra i casi non codice rosso 3 (AB, LR, CM), ricevono un punteggio 10 da entrambe le coppie. Salvo che in un caso (GT), i punteggi assegnati sono comparabili.

Secondo gli operatori i motivi che hanno determinato l'attribuzione dei 4 codici rossi sono stati la presenza di disturbi del comportamento (2 casi); assenza o compromissione della rete di caregiver (2 casi) e cecità (1 caso, associato all'assenza di rete). Queste osservazioni confermano la bontà dei criteri utilizzati, anche se i casi identificati come codice rosso non coincidono.

I 4 codici rossi non sono riconosciuti come tali dagli operatori per le seguenti motivazioni: in un caso non sono stati considerati sufficientemente documentati i problemi sanitari dei figli; 2 casi, nei quali il criterio sociale era determinato solo dall'età, non sono stati ritenuti codice rosso per la presenza, anche se saltuaria, dei figli; in un caso (GT) la situazione non è stata ritenuta prioritaria né dal punto di vista sociale né sanitario.

La discussione dei casi fa emergere alcuni problemi:

- a. GT ha come criterio sanitario la sola presenza di ossigenoterapia a lungo termine: negli altri 99 casi il criterio "presenza di presidi" è sempre associato ad altri criteri sanitari. Si concorda pertanto di modificare il criterio.
- b. Due dei casi Codice Rosso (CG ed RR) (priorità <10 per gli operatori) avevano come unico criterio sociale l'età ≥ 95 anni. Il criterio dell'età va mantenuto perché non è etico tenere in lista d'attesa persone con un'aspettativa di vita limitata, ma non deve essere da solo un criterio di priorità sociale.
- c. Al caso di CG è stato attribuito un punteggio di 9 e 7, perché era stato già attivato un PAI (Piano Assistenziale Individuale), pertanto la situazione non è stata ritenuta altamente prioritaria. A regime, quando i casi saranno valutati in itinere, questa situazione non dovrebbe verificarsi.
- d. Il caso di LR è stato considerato ad elevata priorità da entrambi gli operatori. La situazione della paziente è molto compromessa, vive sola, però dato che è parzialmente autonoma nelle ADL e cognitivamente integra, pur avendo un grave handicap (cecità) non ha nessun criterio sanitario. Si concorda di comprendere tra i criteri sanitari la grave compromissione della vista.
- e. AB, BL e CM hanno disturbi cognitivi; BL non viene considerato ad elevata priorità perché i 3 figli si fanno carico a turno del caso, ma hanno fatto richiesta di intervento perché la situazione comincia a diventare poco sostenibile. Nelle altre due situazioni c'è un unico caregiver responsabile, in un caso (CM) con importanti problemi di salute, nell'altro (AB) a rischio di burnout perché assiste il caso, che

ha comportamenti aggressivi, da 4 anni. Nessuna delle situazioni ha un criterio sociale, ma se non si interviene con una certa urgenza la rete di sostegno rischia di non tenere. In tutte le situazioni di cronicità il rischio di burnout è concreto, ma non oggettivamente misurabile: il gruppo si dà come obiettivo quello di cercare di individuare un set di criteri per evitare di discriminare famiglie che, con sacrifici, si sono fatte carico di un problema e che hanno bisogno di un sostegno (anche temporaneo) che, se non fornito con tempestività, rischia di mandare in frantumi la rete.

Dato che su un campione limitato di casi sono emersi suggerimenti utili per ottimizzare i criteri, la valutazione, in cieco, è stata ripetuta con le stesse modalità da altri due operatori, su un nuovo set di 10 casi ed utilizzando i criteri modificati.

SECONDA VALUTAZIONE

I casi selezionati sono riportati nella Tabella 2.

Tabella 2 - Le priorità secondo i criteri e secondo gli operatori.

Caso	Codice rosso	Punteggio operatori
FR	SI	9
CB	SI	5
CM	NO	9
CG	SI	7 (solo età)
LR	SI	10
LL	SI	10
GP	NO	8
VB	NO	2
AC	SI	6 (solo età)

Nella seconda valutazione erano stati proposti 6 casi "codice rosso" di cui 2 avevano come unico criterio sociale l'età (AC e CG). C'è stata concordanza in 3 casi (2 punteggio 10 ed un punteggio 9). Ai due casi che avevano come unico criterio sociale l'età (AC e CG) è stato attribuito un punteggio basso perché non è stata riconosciuta la priorità della situazione. La situazione di CB era stata oggetto di discussione anche nella prima valutazione perché mancavano le certificazioni sulle condizioni di salute dei 3 figli che potrebbero alternarsi e/o aiutare economicamente la madre; pertanto, anche in

ESPERIENZE

questo caso gli operatori non hanno ritenuto di dare una priorità.

Dei 4 casi non codice rosso, uno non è stato valutato perché mancava la cartella, ad uno è stato attribuito un punteggio di 9 perché è stato dato un peso elevato all'esaurimento del caregiver, ritenuto in condizioni da non reggere a lungo. Si ripropone dunque il problema della valutazione del "burnout" del caregiver, che ha pesato molto anche nell'attribuzione di priorità a GP: la signora richiede un elevato livello di assistenza, il marito ha 77 anni e non può sostenere a lungo questa situazione.

I risultati ottenuti sono stati discussi con i responsabili delle UVG e, alla luce dei problemi emersi, sono state concordate le seguenti modifiche:

- Non utilizzare il termine "Codice Rosso", che evoca il triage sanitario, ma chiamare i casi INTERvento PRIoritario (INTERPRI).
- Considerare criterio unico da INTERPRI l'età uguale o superiore a 99 anni.
- Tenere conto dei tempi di attesa (0.5 punti per ogni mese di attesa dalla presentazione della domanda).

Ai pazienti con età ≥ 95 anni va attribuito 1 punto per ogni mese di attesa.

- Non tenere conto, per l'assegnazione dell'INTERPRI, dell'esaurimento del caregiver che potrà però far originare un codice "arancione" che comporti, ad esempio, da parte dell'UVG, un monitoraggio quadrimestrale.
- Considerare, inoltre, come criterio per l'assegnazione del codice arancione l'età compresa tra i 95 e 98 anni.

CONCLUSIONI

I punteggi della cartella geriatrica contribuiscono per l'85% al punteggio per la graduatoria. La definizione degli INTERPRI che tiene conto della compresenza di un criterio sanitario, uno economico e uno sociale consente di ribilanciare il peso delle condizioni sociali ed economiche, dando maggiore visibilità alle condizioni di fragilità e solitudine, che non sono necessariamente le più gravi dal punto di vista sanitario, ma che richiedono priorità di in-

Criteria sociali e sanitari per determinare la priorità di accesso alle progettualità domiciliari definite dall'UVG

Criteria sociali

Il **codice rosso sociale** è dato dalla combinazione di una o più delle seguenti voci.

- A persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (art. 433 C.C.)
 - B1 presenza "solo" del coniuge / "solo" altra persona convivente valutato UVG/UVH non autosufficiente o con dipendenza o disturbi psichiatrici o comportamentali
 - B2 problemi del coniuge/persona convivente non valutata UVG/UVH (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, ecc...)
 - B6 al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti
 - B7 elevato carico di cura per la presenza nel nucleo familiare (di parenti non conviventi) di minori e/o di persone con gravi problemi (non auto, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc...) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi alla elevata età e alla salute
 - C1 persona che vive da sola con rete parentale non convivente con elevato carico di cura per la presenza nel nucleo familiare di minori e /o di persone con gravi problemi e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi alla elevata età e alla salute
 - C7 la rete parentale è composta esclusivamente da parenti non tenuti agli alimenti (art. 433 C.C.) che non se ne occupano o se ne occupano in modo inadeguato
 - C8 età ≥ 99 anni
- La presenza di A o B1+B6 o B1+B7 o B2+B6 o C1 o C7 indica situazione di solitudine e quindi priorità sociale. Il C8 da solo può determinare priorità di accesso.

Criteria economici

Di norma, punteggio di Condizione Economica pari a 3 o 4 (range 0-4). In generale vengono considerate con presenza di criterio economico le si-

tuazioni in cui risulti una contribuzione, anche parziale, a carico del Comune.

Criteria sanitari

Il **codice rosso sanitario** è dato dalla presenza di uno o più dei seguenti criteri:

CS1 Anziano affetto da disturbi comportamentali in demenza o sindromi correlabili. Punteggio di 1 o 2 alla DISCO.

CS2 Anziano con stati confusivi o condizione di acriticità delle proprie limitazioni fisiche.

Anamnesi è positiva per demenza, stato confusivo, disturbi comportamentali.

CS3 Anziano affetto da handicap gravi che compromettono la capacità di accudire sé stesso e/vivere da solo.

Ad esempio cecità, incapacità a scendere da solo dal letto o spostarsi, alimentarsi.

CS4 Anziani con grave perdita dell'autonomia motoria.

Punteggio ADL 5 o 6.

CS5 Anziani dimissibili dal luogo di cura di acuzie / post acuzie che hanno rifiutato l'inserimento in residenza dichiarando di preferire gli aiuti domiciliari: per esempio anziano dimissibile da casa di cura dopo una riabilitazione ma che per la diminuita autonomia motoria irreversibile non è in grado di vivere solo e non ha una rete parentale di supporto, fa richiesta di presa in carico per gli aiuti domiciliari e rifiuta l'inserimento in una casa di riposo (dato rilevabile dal database della centrale operativa).

CS6 Anziani dimissibili dal luogo di cura di acuzie/post acuzie che, nell'ultimo anno, hanno avuto più di due prese in carico in strutture del Servizio Sanitario (es: ricovero ospedaliero, ricovero in casa di cura, cure domiciliari, ecc.) **per la mancata attivazione di una lungoassistenza domiciliare.** Si tratta di persone che se trattate al domicilio con una presa in carico dei servizi socio-sanitari avrebbero evitato di ricorrere a più ricoveri presso l'ospedale, la casa di cura, ecc.

tervento dato il potenziale rischio per la situazione dell'utente. Si tratta infatti di soggetti che non sono in grado, economicamente o per mancanza di capacità, di provvedere a se stessi, e non hanno una rete di supporto che può garantire la quotidianità della presa in carico o tamponare la situazione.

L'applicazione dei criteri per definire gli INTERPRI sarà considerata sperimentale per un anno. Si concorda che, per monitorare l'uso della scheda, la componente sociale e la componente sanitaria delle diverse UVG discutano e documentino tutte le eccezioni, esplicitando le motivazioni per quelle individuate come prioritarie.

BIBLIOGRAFIA

Comune di Torino Determinazione della Direzione Generale n. 22 del 20/3/2001 Organizzazione dei Servizi Socio Assistenziali Circostrizionali.

D.G.R. n. 14-26366 del 28 dicembre 1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. Unità di Valutazione Geriatrica", sempre in applicazione del P.O.A. regionale, si fornivano alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere indicazioni sulla costituzione e sul funzionamento delle U.V.G. e U.V.G.O..

D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti, B.U. Piemonte n. 14 del 7/04/2005

D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG". B.U. Piemonte n. 11 Suppl. Ord. n. 3 del 13 marzo 2008.

D. lgs 502/92 e s.m.i., Gazzetta Ufficiale n. 305 Suppl.Ord. del 30/12/1992.

D. lgs 196/03 Codice di protezione dei dati personali, Gazzetta Ufficiale n. 174 del 29 luglio 2003 - Supplemento Ordinario n. 123.

Fabris F et al. D.M.I.: Indice Medico di Non Autosufficienza. Min Med 1989;80(suppl.1).

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW et al. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963;185:914-9.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86.

Morgagni S et al. Disturbi cognitivi e del comportamento (DISCO). Sanitas Domi 1999.

Pfeiffer E. S.P.M.S.Q: Short Portable Mental Status Questionnaire. J Am Geriatr Soc 1975;23:433-41.

Complessità e assistenza

Ermellina Zanetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia
Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

In questi ultimi anni si è molto parlato di complessità assistenziale e sono stati proposti e sperimentati anche nel nostro Paese più strumenti di valutazione (Cavaliere e Susmel, 2001; Silvestro et al., 2009; Moiset e Vanzetta, 2009) con lo scopo di misurare e “pesare” la complessità e allocare le risorse necessarie.

Con l'avvio, negli anni 90 del secolo scorso, del processo di aziendalizzazione si è di fatto superato il rigido concetto di “pianta organica” definita sulla base dei minuti/posti letto e sono state introdotte sostanziali trasformazioni sulle modalità di calcolo del fabbisogno di personale infermieristico che identificano nella misurazione del carico di lavoro la metodologia per la definizione del fabbisogno di personale.

Più recentemente, la necessità di ridefinire lo standard di assistenza infermieristica nelle degenze ospedaliere è conseguenza di due importanti evoluzioni: evoluzione della normativa della professione infermieristica, che ora garantisce all'infermiere la diretta responsabilità e la gestione delle attività di assistenza e delle funzioni di supporto, ed evoluzione degli ospedali verso un modello per complessità/intensità di cura e di assistenza.

Nel frattempo in letteratura sono apparsi più lavori che documentano l'evidenza di un rapporto tra il numero di ore di assistenza erogate da infermieri e i risultati di salute per il paziente (Needleman et al., 2002; Aiken et al., 2002a; Aiken et al., 2002b; Cho et al., 2003). Si è avviato così il dibattito sul “nurse-to-patient ratio” ottimale, ovvero quale deve essere il numero di pazienti affidato a ciascun infermiere per minimizzare il rischio che una situazione di “understaffing” sia causa diretta di outcome negativi (mortalità e eventi avversi).

A ciò si aggiunge la necessità per il singolo infermiere, e per l'unità operativa, di stimare il bisogno e l'intensità dell'assistenza in tempo reale, attraverso uno strumento di valutazione semplice, affidabile, che richieda un tempo ragionevole per la compilazione.

Vi sono a questo proposito alcuni aspetti da chiarire anche attraverso il contributo dei nostri lettori:

complessità dell'assistenza o complessità dell'assistito? Non si tratta di un gioco di parole, ma di definire qual è il focus della valutazione. Ovvero è ciò che l'infermiere fa o piuttosto la condizione clinica, la prognosi, la dipendenza, la capacità di collaborare e autodeterminarsi dell'assistito, che concorrono a definire la complessità? Nel primo caso il rischio è di descrivere e pesare l'assistenza erogata, che non sempre corrisponde all'assistenza necessaria. Alcuni strumenti oggi presenti in letteratura descrivono l'assistenza erogata: Oulu Patient Classification (O.P.C.) (Fagerstrom et al., 2000), Zebra System (Levenstan e Engberg, 1997). Nel secondo caso sono probabilmente necessari più strumenti in relazione al setting (residenza, domicilio, ospedale), al target di riferimento (bambini, anziani, adulti) e alle variabili che concorrono a definirne la complessità. La definizione delle variabili è certamente l'aspetto determinante.

1. **Relazione tra complessità e organizzazione:** qual è il ruolo della dirigenza, dei coordinatori e delle équipe di professionisti rispetto ad un'organizzazione che renda possibile pianificare ed erogare l'assistenza in relazione alla complessità clinica degli assistiti? Come integrare i concetti di flessibilità organizzativa e personalizzazione dell'assistenza, che conseguono la valutazione della complessità, nell'organizzazione del moderno ospedale, dove la diffusione e l'importanza crescente degli standard, dei protocolli, dei clinical pathway costituiscono elemento determinante per la riproducibilità delle procedure, l'efficienza del sistema e la sua equità?

2. **Valutazione della complessità e outcome:** il “nurse-to-patient ratio” è finalizzato a ridurre il rischio del verificarsi di eventi avversi. La valutazione della complessità clinica (o assistenziale) quali obiettivi si prefigge nei diversi setting e nei diversi target di pazienti?

BIBLIOGRAFIA

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mor-

tality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002a;288(16):1987-93.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DP. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Intl J Qual in Health Care* 2002b;14(1):5-13.

Cavaliere B, Susmel M. La qualità nell'assistenza infermieristica: uno strumento di rilevazione e di elaborazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (I.C.A.). *Nursing Oggi* 2001(2).

Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, et al. The effects of nurse staffing on adverse outcomes, morbidity, mortality, and medical costs. *Nurs Res* 2003;52(2):71-9.

Fagerstrom L, et al., Validation of a new method for patient classification, The

Oulu Patient Classification, *Journal Adv Nursing* 2000;31(2):481-90.

Levenstan A. K. Engberg I.B., How to translate nursing care into posts and staffing requirements: part two in The Zebra System. *J Nurse Management* 1997;5(2):105-14.

Moiset C, Vanzetta M, Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica. McGraw-Hill, Milano 2009.

Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002;346(22):1715-22.

Silvestro A. et al., La complessità assistenziale, McGraw-Hill, Milano 2009.

Le nuove incertezze del passaggio all'età anziana

Carla Facchini¹, Marita Rampazi²

¹ Facoltà di Sociologia, Università degli Studi di Milano – Bicocca

² Facoltà di Economia, Università degli Studi di Pavia

Oggi sono in atto mutamenti strutturali che incidono sul corso della vita, de-standardizzando e generando elementi di incertezza nuovi, che mettono, fra l'altro, in discussione modalità e tempi del tradizionale modello di transizione alla fase anziana. Secondo tale modello, l'età tardo-adulta è un momento di passaggio, fatto di bilanci, più che di progetti, dominato da una logica di *disengagement* (Cummings e Henry, 1961) in cui, alla perdita di identità sociale, con il pensionamento, fa riscontro una ridefinizione identitaria legata prevalentemente all'evoluzione dei ruoli familiari. In questo scenario, l'incertezza su di sé e sul proprio ruolo, tipica di ogni transizione, si declina soprattutto in termini "negativi", di *insicurezza* generata dal timore di una triplice perdita: della salute (con l'invecchiamento); del benessere economico e del ruolo sociale (con il pensionamento); della stabilità affettiva (con la vedovanza e l'uscita di casa dei figli).

Per gli attuali 55-65enni, l'incertezza assume un significato diverso, più ambivalente: accanto a nuove ragioni di insicurezza, infatti, emergono anche aspetti leggibili "in positivo" come sintomi di una *non scontatezza* del futuro, che trasforma il presente in un campo di opportunità da esplorare. Questo cambiamento è osservabile a tre livelli: quello delle capacità psico-fisiche, quello delle risorse economiche, quello delle risorse affettive e delle responsabilità familiari.

Dal punto di vista psico-fisico, il sensibile miglioramento della cura per la salute e la forma fisica, oltre a comportare un incremento della popolazione anziana, contribuisce anche a conservare ben al di là della tarda maturità la vitalità di adulto. A fronte del minor impatto degli anni sulla salute, si pone, però, specie per le donne, il problema di metabolizzare i cambiamenti che l'età costruisce sul proprio corpo, in una società che as-

segna all'immagine esteriore un ruolo del tutto centrale (Jong, 1994). La capacità fisica di rimanere attivi più a lungo consente, a chi ha risorse culturali ed economiche adeguate, di vivere il "pensionamento", molto meno che in passato, come l'inizio di un inesorabile processo di *disengagement* (Guillemard, 2003). L'insicurezza legata al timore della triplice perdita sopraccennata si attenua nella misura in cui si profilano concrete chances per continuare ad essere attivi e presenti sulla scena sociale, impegnandosi in nuove attività o, addirittura, costruendosi un "nuovo inizio", in altri luoghi e/o con altre persone (Gauillier, 1988), in una prospettiva che potremmo definire di *re-engagement*.

Sotto il profilo economico, non si può ignorare la nuova incertezza connessa alla precarizzazione del lavoro, in atto da tempo nei paesi occidentali (Beck, 1986). Vi sono, in particolare, dei contesti in cui la *deregulation* del mercato del lavoro e la crisi del sistema moderno di welfare sono state precoci e massicce, creando una situazione di forte insicurezza non solo per i giovani, ma anche per gli attuali 55-65enni. Questi soggetti non sanno se e quando andranno in pensione, fino a quando avranno un'occupazione e un livello di reddito dignitoso, che cosa succederà quando non avranno più la forza di lavorare. In altri contesti, tuttavia, molti tardo-adulti continuano a godere delle garanzie del tradizionale sistema di welfare, con livelli pensionistici dignitosi, quando non decisamente buoni.

Anche al livello delle risorse affettive si profilano nuovi motivi di incertezza, derivanti dalla progressiva de-standardizzazione della vita di coppia e dei modelli familiari. Gli attuali 55-65enni, in quasi tutti i paesi occidentali hanno sperimentato, già negli anni della piena maturità adulta, l'incertezza connessa all'instabilità coniugale. Si tratta di un'incertezza che va aumentando anche in

paesi, come l'Italia¹, nei quali, per un insieme di ragioni storiche e culturali, il divorzio è stato introdotto molto più tardi che altrove.

Ulteriori motivi di nuova incertezza riguardano le responsabilità dei singoli rispetto ai ruoli familiari, in connessione con i mutamenti in atto nelle scansioni e modalità dei "normali" cambiamenti del ciclo di vita di una famiglia. Due fenomeni, in particolare, profilano un tipo di incertezza che noi definiamo 'riflessa' (Facchini e Rampazi, 2009).

Il primo fenomeno è alimentato dall'incremento della speranza di vita. Se gli anziani genitori vivono più a lungo, i tardo-adulti sperimentano la fine della propria condizione di figli in età più avanzata che in passato². Inoltre, i progressi nelle terapie sanitarie aumentano la speranza di vita anche degli anziani non autosufficienti, prolungando il periodo in cui essi necessitano di cura. Per i 55-65enni aumenta, dunque, l'incertezza circa i tempi e i modi in cui dovranno prendersi cura di genitori sempre più longevi ma che, prima o poi, avranno bisogno di assistenza (Stuifbergen et al., 2008).

Il secondo riguarda il prolungarsi dei tempi di transizione dalla giovinezza alla vita adulta. Da un lato, ne deriva uno slittamento dell'età in cui i tardo-adulti si devono confrontare con l'uscita di casa dei figli e la loro autonomizzazione dalla famiglia; dall'altro lato, ciò significa che eventi importanti per le scelte personali di questi genitori diventano imprevedibili. Essi non sanno, ad esempio, se e quando potranno/dovranno tornare a sperimentare una convivenza solo di coppia; se e quando diventeranno nonni; se e quando potranno disporre del proprio tempo e delle proprie risorse senza essere vincolati dalle esigenze dei figli. Nello stesso tempo, il fatto di sentirsi a lungo genitori di figli eternamente 'giovani' può contribuire a ritardare il momento in cui si inizia a maturare il senso del proprio invecchiamento.

Considerando le differenze di contesto, vediamo che la declinazione "in negativo" della nuova incertezza - come insicurezza personale - tende a prevalere nelle realtà in cui:

a) i modelli coniugali sono stati influenzati precocemente

da separazioni, divorzi, secondi matrimoni;
b) il mercato del lavoro è stato più fortemente toccato dalla precarizzazione e da un basso livello di tutela da parte del sistema di welfare, rispetto ai rischi di disoccupazione e di povertà.

Tali caratteristiche incidono anche sulla maggiore o minore esposizione all'incertezza riflessa, nella misura in cui riguardano i modelli coniugali e di inserimento lavorativo dei giovani, la diffusione e l'incisività delle politiche a sostegno della loro autonomia economica e abitativa, l'esistenza o meno di adeguati servizi domiciliari e residenziali per anziani non autosufficienti.

Il grado di rilevanza dell'incertezza riflessa derivante dalla precarietà dei giovani dipende, tuttavia, anche dalle caratteristiche dei modelli culturali prevalenti nelle relazioni genitori-figli. In particolare, essa è maggiore in presenza di un sistema di welfare familistico, che favorisce la persistenza di una forte solidarietà fra le generazioni e si connette spesso a stili educativi tendenti a dilazionare nel tempo la responsabilizzazione dei giovani. È, invece, meno rilevante nelle culture orientate all'autonomizzazione precoce dei figli dalla famiglia - favorita da adeguate politiche pubbliche - anche indipendentemente dall'instabilità di coppia e dalla precarietà del mercato del lavoro.

Rispetto a questo quadro, ci sembra importante sottolineare che, in Italia, gli elementi di nuova incertezza hanno assunto una fisionomia del tutto particolare.

Il nostro paese è stato, infatti, caratterizzato da:

- a) una posticipazione dei mutamenti nei modelli familiari, che ha comportato livelli contenuti di instabilità coniugale;
- b) una specifica 'problematicità' dell'inserimento lavorativo dei giovani³, associata a una lunga permanenza nella famiglia d'origine⁴;
- c) un sistema pensionistico che ha tutelato in modo consistente l'attuale generazione di 55-65enni⁵;
- d) una versione familistica del welfare, che ha tendenzialmente attribuito alle famiglie il ruolo fondamentale di sostegno economico ai figli e di assistenza agli anziani non autosufficienti, e che si è fondata sulla cen-

¹ Basti citare che, attualmente, un quarto dei divorzi riguarda persone coniugate da oltre 20 anni (Istat, 2008).

² Secondo una ricerca comparativa in dieci paesi europei, ha almeno un genitore ancora in vita il 54% dei 50-59enni, il 16% dei 60-69enni, il 4% degli over 75 (Borsch-Supran et al., 2005).

³ A fronte di un tasso medio di disoccupazione pari all'8%, quella giovanile è del 25% (Istat, 2007).

⁴ I dati censuari del 2001 indicano che, nella classe d'età 30-34 anni, il 33,2% dei ragazzi e il 20,1% delle ragazze vivevano ancora con i genitori. Inoltre, nella classe di età 55-64 anni viveva ancora con i figli il 58,7% degli uomini, il 48,6% delle donne (www.istat.it).

⁵ I dati Banca Italia rilevano che a disporre dei redditi più elevati sono i nuclei il cui capofamiglia è in età 50-59 anni e 60-69 anni (Banca d'Italia, 2010).

FAMIGLIA E VOLONTARIATO

tralità delle figure femminili nel garantire il lavoro di cura (Saraceno, 2008).

Per molti tardo-adulti italiani, quindi, sussistono condizioni di relativa sicurezza economica e stabilità affettiva, associate a una crescente incertezza riflessa, la cui intensità varia secondo l'appartenenza socio-culturale dei soggetti, da un lato, e il genere, dall'altro.

Dal primo punto di vista, ricordiamo che la posticipazione dell'autonomia economica e delle scelte di coppia dei giovani riguarda maggiormente i laureati, e che esiste un forte nesso tra la scolarità dei giovani e quella dei genitori. Molti tardo-adulti ad elevata scolarità, inoltre, appartengono al ceto medio dipendente, con redditi relativamente modesti. È questa la categoria maggiormente colpita dall'incertezza riflessa: genitori che a un'elevata scolarità intrecciano risorse economiche inadeguate a consentire loro di fronteggiare con serenità la precarietà lavorativa e di coppia dei propri figli.

Per quanto riguarda, invece, il genere, la centralità delle donne nel lavoro di cura si declina, per le 55-65enni, specie in Italia, in un forte impegno nei confronti sia dei figli - sempre 'accuditi' anche se adulti, finché vivono in famiglia - sia degli eventuali nipotini, sia dei familiari anziani. Queste donne non sono solo esposte a tutti i motivi di incertezza richiamati in precedenza, ma sperimentano anche un'incertezza generazionale specifica. Esse hanno alle spalle anni di impegno per emanciparsi - per prime in modo massiccio e consapevole - dal confinamento in ruoli familiari esclusivi, acquisendo visibilità e identità sociale, soprattutto con l'inserimento nel mercato del lavoro. Nel presente e nel futuro, tuttavia, si prospetta loro un enorme carico di lavoro di cura familiare, che rischia di fagocitare tempo ed energie, mettendo in discussio-

ne il senso stesso di quella emancipazione conquistata negli anni giovanili e della piena maturità.

BIBLIOGRAFIA

Banca d'Italia, I bilanci delle famiglie italiane, Roma 2010.

Beck U. Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt a/M, Suhrkamp, 1986.

Borsch-Supran A, Brugiavini A, Juerges H, Mackenbach JP, Siegrist J, Weber G. Health behaviour: Health, aging and retirement in Europe, Mannheim, Strauss GmbH, 2005.

Cummings E, Henry WE. Growing Old. The Process of Disengagement, New York, Basic Books, 1961.

Facchini C, Rampazi M. No longer young, not yet old. Biographical uncertainty in late-adult temporality, *Time & Society* 2009; 18(2/3):351-72.

Gaullier X. La deuxième carrière. Âges, emplois, retraites, Paris, Le seuil, 1988.

Guillemard AM. L'âge de l'emploi. Les sociétés à l'épreuve du vieillissement, Armand Colin ed., Paris 2003.

Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro, Istat, Roma 2007

Istat, Separazioni e divorzi, Istat, Roma 2008.

Jong E. Fear of Fifty, Harper Collins Publishers, New York 1994.

Saraceno C. (a cura di) Families, Ageing and Social Policy. Inter-generational Solidarity in European Welfare States, UK, Edward Elgar, Cheltenham 2008.

Stuifbergen MC, Van Delden JMM, Dykstra PA. The implications of today's family structures for support giving to older parents *Ageing & Society* 2008;28(3):413-34.

SITOGRAFIA

www.almalaurea.it

www.istat.it



TEOFARMA s.r.l.

Plactidil

300 mg

*picotamide
monoidrata*

