

ISSN 1723 - 7750

Anno VIII - N. 4  
Dicembre 2010  
TRIMESTRALE

# I luoghi della cura

4/2010

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

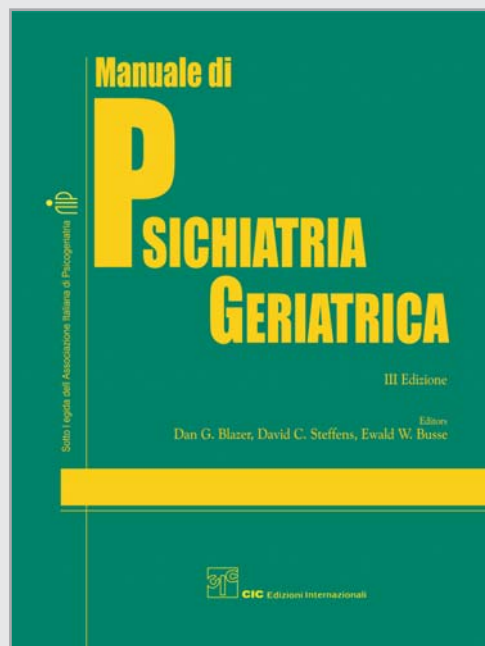
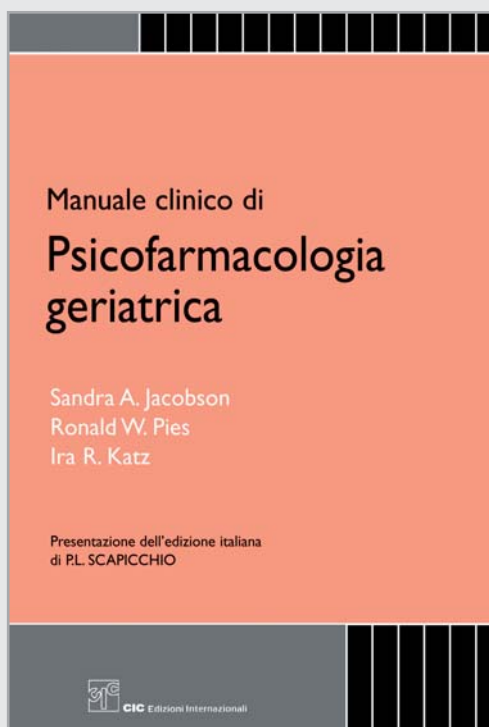


**CIC** Edizioni Internazionali

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

# Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

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



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

# MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

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

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



**CIC** Edizioni Internazionali

### 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 novembre 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

### Fragilità e federalismo

Marco Trabucchi, Antonio Guaita, 5

## ASPETTI CLINICI ED ASSISTENZIALI

### La cura della persona affetta da demenza in pronto soccorso

Stefano Boffelli, 6

## MATERIALI DI LAVORO

### Federalismo e Servizi Domiciliari

Gianbattista Guerrini, 12

### Federalismo e Residenza

Enrico Brizioli, Filippo Masera, 17

## ESPERIENZE

### Alzheimer in movimento: l'attività motoria con le persone affette da demenza

Gianbattista Guerrini, Giuseppina Giorgi Troletti, 21

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

### Infermieri stranieri in Italia

Silvia Blasi, Boubakar Daou, Giovanni Muttillio, Miriam Magri, 25

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

### Quali politiche per gli anziani non autosufficienti?

Cristiano Gori, 30



# 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 .....

## Fragilità e federalismo

Marco Trabucchi\*, Antonio Guaita^

\*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia e Associazione Italiana di Psicogeriatrica

^ Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

**P**rima di ogni considerazione tecnico-organizzativa sul funzionamento di un sistema federale in ambito sanitario e assistenziale si deve ricordare che, rispetto ad alcune tematiche, i cittadini hanno una particolare sensibilità e quindi guardano con preoccupazione alle alchimie della politica, dell'economia, delle dinamiche istituzionali. Recentemente il Censis ha pubblicato uno studio sulle paure degli italiani, nel quale figurava al primo posto la paura della non autosufficienza: è la dimostrazione che, indipendentemente dalle circostanze specifiche, ed anche dei livelli di benessere, le incertezze per il futuro riguardano in primis la condizione di dipendenza e il bisogno di sentirsi protetti quando si potrebbe perdere l'autonomia.

Ovviamente questo richiamo all'inizio di un editoriale sul federalismo fa capire quali sono le scelte di chi scrive, perché la fragilità psichica di chi teme per il proprio futuro e la fragilità psichica e fisica di chi si trova in una condizione di non autosufficienza hanno bisogno di attenzione e di cura, indipendentemente dal luogo di vita, da qualsiasi altra circostanza esterna, compresi i pur importanti aspetti organizzativi ed economici.

Una considerazione solo apparentemente utopica ci porta ad affermare che su questioni di così alto rilievo il livello di omogeneità degli interventi dovrebbe collocarsi a livello europeo, addirittura sopra a quello nazionale. Infatti, la cultura della protezione delle persone più deboli, che sta alla base della convivenza nella comunità europea, dovrebbe prevedere un sistema concretamente omogeneo.

Non sappiamo quando ciò potrà avvenire, ma è un obiettivo assolutamente necessario se si vuole sottrarre il futuro dell'Europa alle logiche puramente burocratico-mercantili e costruire un reale capitale sociale, di importanza almeno pari al celebratissimo (e onoratissimo) PIL. Peraltro, negli Stati Uniti, che hanno una lunga storia di autonomie locali, il sistema Medicare a protezione dei vecchi ammalati è regolato e governato a livello federale.

In Italia la legge sul federalismo fiscale è stata approvata a larghissima maggioranza, forse senza valutare in modo adeguato le conseguenze che ne sarebbero derivate sull'organizzazione dei servizi sanitari e assistenziali. Nel momento

dell'applicazione concreta delle indicazioni generali appare in tutta la sua gravità la mancanza di una premessa, che riguarda in particolare le aree più marginali del sistema sanitario, cioè la definizione dei livelli essenziali di assistenza. Si rischia in questo modo di costruire un sistema che si preoccupa della propria sopravvivenza sul piano economico, ma al quale mancano punti di riferimento chiari rispetto a quello che deve essere fatto per garantire la copertura del bisogno dei cittadini. A questo proposito è indispensabile ricordare che i servizi sanitari più "forti" riescono ad imporre le proprie logiche anche indipendentemente da "supporti" esterni (i Lea), perché l'insieme di apparati scientifici, tecnologici, culturali e organizzativi ne garantiscono il funzionamento, senza eccessivi scompensi, anche in momenti di difficoltà economiche. Ciò non vale per le aree della fragilità, delle malattie di lunga durata, dell'assistenza ai marginali e ai cronici, perché queste non sono in grado di mettere in campo alleanze con poteri forti. Si constata che anche in questo ambito si sta verificando, pur con rilevanti differenze, quanto avviene nel mondo del lavoro, dove chi è collocato all'interno continua a godere di forti protezioni, mentre chi deve entrare nel sistema si scontra con enormi difficoltà e sostanzialmente con il disinteresse del sistema stesso. Un federalismo senza Lea continuerà a finanziare i servizi sanitari già funzionanti, ma tenderà a dimenticare il bisogno delle persone fragili, in particolare i vecchi ammalati che saranno sempre di più. Infatti, recenti report statistici riferiscono di una riduzione non solo della mortalità precoce, ma anche di quella in età avanzata che riguarda, per la maggior parte, persone molto vecchie e ammalate che, grazie alla medicina, riescono a prolungare la propria sopravvivenza.

Un ulteriore momento di preoccupazione, rispetto ad un sistema federale, riguarda il futuro dell'assistenza ai fragili nelle regioni del sud. Vi è infatti il rischio che, a fronte di una crisi della famiglia, che colpisce anche aree del paese fino ad ora protette, la scelta di adottare i costi standard per i servizi sarà gravemente punitiva, perché è necessario finanziare la fase di inizio dei servizi stessi, non facile sul piano culturale ed economico-organizzativo.

# La cura della persona affetta da demenza in pronto soccorso

Stefano Boffelli

Gruppo di Ricerca Geriatrica e Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia

**I**l ricovero in ospedale della persona anziana con malattia acuta rappresenta uno degli aspetti più discussi nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari; infatti, non è stato ancora definito se l'ospedale rappresenti realmente la risposta più adatta ai bisogni degli anziani, soprattutto se affetti da decadimento cognitivo (Rozzini et al., 1998; Rozzini et al., 2000). A fronte dell'evidenza di possibili effetti negativi dell'ospedalizzazione (immobilizzazione, stato confusionale acuto con conseguente sedazione, rischio di caduta, subocclusione intestinale), negli ultimi anni si è osservato un sempre maggiore ricorso all'ospedale, ed in particolare ai servizi specialistici ad alta intensità tecnologica (Pompei et al., 1994; Inouye, 1999). Indipendentemente dai vantaggi apportati dal ricovero (diagnosi strumentale rapida e trattamento della patologia somatica acuta), nelle persone affette da demenza bisogna identificare le caratteristiche della persona (gravità del deficit cognitivo, stato funzionale, comorbilità somatica, stato sociale e familiare), i suoi bisogni e, di conseguenza, quali obiettivi diagnostico-terapeutici devono essere ipotizzati per quella persona malata durante quello specifico ricovero ospedaliero. A tale scopo è fondamentale il ruolo di valutazione e di orientamento diagnostico che viene effettuato nel Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA) che prevalentemente accoglie i pazienti in ospedale, quando inviati dal medico di medicina generale o dal medico curante della RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale). Prima ancora del ricovero in ospedale, pertanto, è fondamentale verificare quanti sono i pazienti anziani affetti da decadimento cognitivo che afferiscono al DEA, e quali sono i loro bisogni.

## I DATI EPIDEMIOLOGICI

Negli ultimi 10 anni una percentuale crescente di persone anziane, e soprattutto quelle con demenza, ha fatto ricorso al DEA: gli anziani, rispetto ai giovani ed

agli adulti, hanno in media più visite urgenti, restano più a lungo nel dipartimento (sia per diagnosi sia per terapia), utilizzano più risorse e tempo del personale (Aminzadeh, 2002). Nonostante un numero maggiore di esami e procedure, le diagnosi tendono ad essere meno accurate: questa condizione viene spiegata dalla presentazione atipica di molte malattie, dalla comorbilità clinica e farmacologica, che tendono a complicare presentazione, diagnosi, e cura della malattia acuta o cronica riacutizzata (Boffelli et al., 2007). Inoltre, spesso le persone anziane afferiscono al DEA per malattie che richiedono cure intensive: in uno studio effettuato per 5 anni su 352 ospedali, negli USA ed in Inghilterra, è stato rilevato che la percentuale di ricovero in terapia intensiva polifunzionale (TIP) dei pazienti sopra i 65 anni è molto elevata (superiore al 50%). Nel gruppo totale dei pazienti afferiti al DEA, il successivo ricovero in TIP è stato prevalentemente per patologie mediche (53% in Inghilterra, 63% in USA), e meno per patologie chirurgiche acute (48 versus 41%, rispettivamente) (Wunsch et al., 2006). Il dato dimostra che i pazienti anziani che afferiscono al DEA, e tra questi anche i pazienti affetti da demenza, si presentano all'ospedale per patologie somatiche o chirurgiche acute e gravi che richiedono tutte un trattamento, spesso intensivo. Si evidenzia, inoltre, un diverso atteggiamento di intensività diagnostico/terapeutica fra i differenti Paesi: negli USA il ricovero in TIP dei pazienti anziani provenienti dal DEA è maggiore, soprattutto per patologie somatiche acute. Questo riflette solo in parte la differente prevalenza della popolazione anziana, e rappresenta probabilmente un diverso atteggiamento nelle decisioni di ricovero dei pazienti anziani fra i due Paesi. Da uno studio effettuato in Italia emerge che il 21% delle persone che afferiscono al DEA presenta un'età superiore ai 65 anni. La percentuale di coloro che vengono ricoverati aumenta con l'età: va dall'1% di chi ha meno di 65 anni, al 56% degli ultranovantenni. La maggior parte dei pazienti ricoverati dal DEA nei reparti medici è ultrasessantacinquenne (60%), ma

rappresenta solo il 25% nei reparti chirurgici. Tra tutti i pazienti afferiti al DEA e poi ricoverati, il 6% è affetto da demenza di grado severo (Trabucchi, 2006). Il malato anziano e affetto da demenza che arriva al DEA, pertanto, viene spesso ricoverato in quanto la gravità della sua patologia somatica acuta necessita di un trattamento ospedaliero: lo dimostra anche il DRG medio degli anziani rispetto ai giovani (rispettivamente 1.7 versus 1.3 per i maschi, e 1.4 versus 0.4 nelle donne). Inoltre, proprio per la maggiore gravità della patologia, anche la durata della degenza si protrae rispetto al giovane: nello studio sono proprio gli ultraottantenni che rimangono più a lungo ricoverati, per la necessità di maggiore intensità di cura rispetto ai giovani (rispettivamente 7.9 versus 5.8 giorni per i maschi, 6.8 versus 4.1 nelle donne) (Trabucchi, 2006). Un altro studio, effettuato nel Nord Italia, ha riscontrato un aumento dei pazienti che afferiscono al DEA, e del successivo ricovero in ospedale, negli ultraottantacinquenni: 71% contro il 65% della popolazione generale. Tra questi pazienti, più dell'80% è rappresentato da malati di demenza, dei quali il 30% da demenza severa, ed il 20% da forma moderata di malattia (pazienti seguiti al domicilio da una badante) (Bianchetti et al., 2006). Altro dato interessante che emerge dallo studio è la causa del ricovero: il 43% i pazienti viene valutato per una patologia somatica acuta, mentre il 33% per una malattia cronica scompensata. La percentuale aumenta per gruppo di età: sono sempre gli ultraottantacinquenni (tra i quali i dementi rappresentano l'80%) che hanno la maggiore percentuale (41%) di ricovero per malattia somatica acuta. Gli studi finora effettuati dipingono pertanto uno scenario preoccupante: un elevato numero di pazienti anziani e, tra questi, un'alta percentuale di malati di demenza, afferiscono ad una struttura per acuti, storicamente più preparata per la gestione dell'acuzie nel giovane ed adulto. Lo scenario futuro deve necessariamente modificarsi, poiché il numero di pazienti con queste caratteristiche tende ad aumentare nel tempo (Aminzadeh et al., 2002). Tra le possibili spiegazioni di questo fenomeno, oltre all'aumento dell'età media della popolazione ed all'aggravarsi delle malattie somatiche croniche e della comorbidità (soprattutto nelle persone affette da demenza), emerge in generale la visione del DEA come sostituto più rapido e tecnologico del medico di base, e la carenza di un adeguato supporto sociale/assistenziale al domicilio (Donnan et al., 2008).

## LE PRINCIPALI CONDIZIONI PATOLOGICHE

La maggior parte dei pazienti affetti da demenza afferisce al DEA per una malattia acuta somatica o chirurgica, oppure per una patologia cronica scompensata. Le patologie che più frequentemente spingono l'anziano a chiedere una valutazione urgente sono cardiovascolari (angina, scompenso cardiaco, aritmie, sincope) o respiratorie (riacutizzazione di bronchite cronica, asma bronchiale; polmonite); inoltre, i tumori (carcinoma del polmone, della mammella, del grosso intestino), le malattie neurologiche (vasculopatie cerebrali acute, alterazioni dello stato di coscienza), (Birolleau et al., 2006; Rozzini et al., 2005). Tra le emergenze chirurgiche, la diagnosi più frequente è legata a traumi e fratture, causate prevalentemente da caduta a terra. Altre patologie che determinano l'arrivo al DEA sono le emergenze cliniche che richiedono un differente livello di intervento: talora meno tecnologico e più clinico (disidratazione, infezioni delle vie urinarie, subocclusione intestinale, delirium, inquadramento di disturbi comportamentali e conseguente prescrizione terapeutica), altre volte più specifico per il setting di cura (insufficienza respiratoria acuta da infezione delle vie aeree, infarto miocardico acuto, sepsi). Infine, in alcuni casi, il paziente affetto da demenza viene inviato al DEA per problemi clinici legati ad una gestione domiciliare non corretta: sedazione da eccesso di terapia psicofarmacologica, effetti collaterali da farmaci (ipotensione iatrogena, ipoglicemia iatrogena). In queste situazioni, un'accurata anamnesi clinica e farmacologica è il necessario strumento (a bassa tecnologia, ma legato alla prassi di una buona attività clinica) che permette di giungere alla diagnosi ed alla soluzione del problema. Va inoltre considerato che esiste una diversa prevalenza delle malattie somatiche nelle differenti fasi della malattia di Alzheimer e delle altre forme di demenza. Quelle che usualmente sono associate alla demenza in fase lieve o moderata sono le neoplasie, le broncopneumopatie croniche, il diabete, le malattie gastrointestinali, mentre quelle associate alla demenza grave sono le polmoniti e le altre malattie infettive, lo stroke, la malnutrizione, le fratture di femore, le piaghe da decubito (Kay et al., 1991). In questo caso, la demenza complica la gestione delle patologie croniche, compromettendo l'abilità dei pazienti di percepire la presenza di un malfunzionamento incipiente, di rileva-



re la severità della malattia, di riportare accuratamente i sintomi, di seguire con attenzione le prescrizioni mediche (Teri et al., 1995).

## LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO

Un problema complesso nella gestione clinica e nell'assistenza alle persone affette da demenza è rappresentato dalla compromissione nell'abilità a riferire sintomi somatici: tale capacità sembra direttamente legata all'insight di malattia, differente da persona a persona (Bianchetti e Pezzini, 1998). I pazienti affetti da demenza tendono generalmente a sottovalutare i sintomi di malattia organica, e pertanto possono essere a maggiore rischio di malattie somatiche: di conseguenza, molte condizioni patologiche potenzialmente trattabili vengono misconosciute. Inoltre, le manifestazioni cliniche delle malattie somatiche possono essere atipiche nei pazienti affetti da demenza; la comparsa di malattie acute o la riacutizzazione di patologie persistenti può manifestarsi, piuttosto che con segni e sintomi classici, con stato confusionale: delirium ipercinetico oppure ipocinetico, il secondo ancor più difficile da rilevare ed interpretare. Infine, le malattie somatiche possono manifestarsi con improvvisa comparsa di disturbi comportamentali, oppure una loro modificazione se preesistenti: abitualmente si rileva un incremento di frequenza e gravità dei BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia), quali agitazione, insonnia, affaccendamento, deliri o allucinazioni. Uno studio ha evidenziato come esista una differenza evidente fra sintomi dolorosi somatici riferiti spontaneamente dalla persona affetta da demenza, rispetto a quelli richiesti da un osservatore (Frisoni et al., 1999). Considerando sia i sintomi riferiti spontaneamente sia quelli evocati dopo richiesta, i malati con decadimento cognitivo lieve e molto lieve lamentavano un numero significativamente maggiore di sintomi rispetto ai cognitivamente integri. Il numero dei sintomi dolorifici cambiava nei malati affetti da demenza di varia gravità (da molto lieve a grave): a maggiore gravità del decadimento cognitivo corrispondeva un minor numero di sintomi somatici riferiti (Geroldi, 2001). Poiché in medicina l'orientamento diagnostico si basa soprattutto sui sintomi riferiti, è possibile che molte patologie, potenzialmente trattabili, non vengano diagnosticate nella persona con decadimento cognitivo. Questa condi-

zione rappresenta un punto centrale nel trattamento clinico della malattia organica nel paziente affetto da demenza, poiché il non riscontro (ed il conseguente mancato trattamento) delle patologie somatiche influenza in modo significativo sia la salute somatica sia l'evoluzione della cognitivtà e dello stato funzionale (Burns et al., 1990).

## ASSESSMENT CLINICO

La valutazione delle malattie somatiche in corso di demenza è una fase dell'assessment multidimensionale che spesso risente dei problemi legati alla comorbilità, o che viene del tutto trascurata. Uno dei target della "care" dei pazienti dementi è infatti la prevenzione delle possibili complicanze (infezioni, malnutrizione, incontinenza o delirium) che determinano un aumentato rischio di ospedalizzazione ed un incremento della mortalità a breve e medio termine (Teri et al., 1995). Una gestione attenta delle possibili comorbilità potrebbe quindi rallentare il declino funzionale e limitarne le complicanze. Nei pazienti affetti da demenza, anche nelle fasi precoci della malattia, l'anamnesi dovrebbe essere raccolta o per lo meno confermata dal principale caregiver o da una persona che ne conosce la storia personale. Il medico impegnato nella valutazione del paziente dovrebbe saper rilevare la presenza di segni e sintomi somatici in fase acuta (Trabucchi, 2006).

Il rischio in cui si può incorrere, quindi, più che una sovrastima del dolore nel paziente affetto da demenza è quello di una sottostima del sintomo nei soggetti più compromessi cognitivamente. Come è possibile rilevare i sintomi somatici in pazienti che hanno problemi di comunicazione e disturbi di memoria? È intuitivo che, mentre per i sintomi cronici ci si deve affidare alla memoria e all'osservazione del caregiver, per la rilevazione del dolore acuto ci si può avvalere di segni che possono accompagnare la sintomatologia ed essere osservati direttamente. In primo luogo, una variazione improvvisa dello stato cognitivo di un paziente è sempre un campanello d'allarme. Quando i familiari riferiscono un rapido peggioramento, o un'inusuale "confusione", la possibilità che il paziente abbia dolore va sempre indagata. Bisogna osservare i gesti ed i movimenti, chiedendo al paziente senza stancarsi e senza spazientirsi di riferire il disagio. Lo stesso processo deve essere attuato quando il paziente manifesta im-



provvisamente agitazione, quando compaiono insonnia oppure insolita apatia e assopimento. Stabilire l'entità del dolore è molto più difficile. L'atteggiamento corretto è quello di cercare comunque la causa del dolore e di trattare sia la malattia sia il sintomo. Il rischio di una condotta troppo conservativa è quello di lasciare i pazienti più compromessi – quelli che non sanno comunicare e non esternano in nessun modo la propria sofferenza – soli con il proprio dolore. Oltre alla valutazione del sintomo, l'assessment della salute somatica del paziente demente si basa sui concetti ormai definiti dalla valutazione multidimensionale geriatrica associata alla valutazione clinica del malato (Boffelli et al., 2007). Nella persona affetta da demenza l'esame obiettivo riveste un'importanza particolare, al fine di cogliere segni significativi che siano la spia di una patologia organica sottostante non riferita o sottostimata dal malato e dal familiare. Parimenti, stante la difficoltà di comunicazione del paziente, vanno valutati attentamente i segni clinici: la fatica respiratoria o una tachipnea sono segno di una sottostante patologia respiratoria o cardiaca, indipendentemente dal sintomo riferito (dispnea). Infine, atteggiamenti posturali scorretti potrebbero dipendere da effetti collaterali di un trattamento neurolettico prolungato, così come atteggiamenti antalgici danno l'indicazione relativa ai distretti interessati dal dolore (Trabucchi e Boffelli, 2004). Inoltre, la presentazione delle patologie somatiche o chirurgiche acute può essere atipica: per esempio, la polmonite si manifesta raramente con febbre, dolore toracico e tosse, ma semplicemente con un effetto catastrofico sullo stato funzionale, evento che rappresenta la manifestazione clinica più rilevante. Di fronte a sintomi e segni aspecifici ed atipici di malattia somatica acuta (sopore, delirium, rapido decadimento funzionale), è importante che la valutazione del paziente affetto da demenza che affrisce al DEA sia il più possibile completa ed accurata. Nel DEA i ritmi sono serrati, e vi è spesso la necessità di valutare molti malati in tempi brevi, con il rischio di trascurare i particolari: per questa ragione è possibile che l'atipia delle malattie del paziente affetto da demenza sia trascurata, con conseguente ritardo sulla diagnosi e sul trattamento della patologia. Diventa pertanto necessario, di fronte a malati complessi, recuperare quella buona pratica clinica che ricerca tutte le cause possibili, iniziando da un'accurata anamnesi patologica remota e prossima. Spesso eventi interpretati come "normali" per l'adulto, non lo sono per l'anziano affetto da de-

menza: la recente comparsa di febbre, una ridotta idratazione, spingono a cercare patologie differenti di fronte ad un malato che non comunica, e che manifesta solamente uno stato soporoso. Ancora, l'anamnesi farmacologica è importante, soprattutto se pensiamo che molti farmaci (ad esempio ipoglicemizzanti orali, antiipertensivi, neurolettici) possono determinare effetti collaterali, soprattutto se somministrati da persone non preparate dal punto di vista clinico (badanti, familiari) (Rozzini e Sabatini, 2002). La valutazione dei parametri vitali, infine, è fondamentale per la migliore comprensione delle condizioni generali del paziente: la determinazione della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della saturazione ossiemoglobinica (oppure emogasanalisi), la temperatura corporea e la glicemia. Sulla base dell'anamnesi "geriatrica" e della valutazione clinica, diventa più facile guidare l'esecuzione di analisi ematochimiche e strumentali nel DEA, evitando esami inutili e costosi, sia in termini di sofferenza del paziente (tempi di esecuzione, disagio per il malato ed i familiari) sia economici. La valutazione del paziente affetto da demenza che affrisce al DEA, pertanto, richiede una maggiore attenzione rispetto all'adulto, poiché necessita di un approccio specifico ed attento, che consideri ogni possibile causa di malattia somatica o chirurgica, per giungere ad un buon orientamento diagnostico, premessa per la scelta di un corretto regime terapeutico (Boffelli et al., 2007).

## IL PERCORSO NEL DEA

Quando i pazienti affetti da demenza affriscono al DEA per problemi somatici o per l'accentuazione dei disturbi cognitivi o comportamentali, il problema fondamentale è rappresentato dal capire la reale necessità ed utilità di un ricovero ospedaliero. Ovvero, se il problema per cui il paziente affetto da demenza si presenta al DEA è risolvibile nello stesso pronto soccorso, oppure se diventa necessario un ricovero in ospedale per diagnosi e cura. Infatti, in alcuni casi sintomi aspecifici (confusione, agitazione, ansia, o, al contrario, apatia e sopore) possono rappresentare l'esordio di una patologia somatica acuta (infezione polmonare, scompenso cardiaco acuto, infarto miocardico acuto, fratture) che richiede giustamente l'ospedalizzazione. In questo caso, la capacità diagnostica, clinica e strumentale del personale del DEA permette di giungere ad un orientamento di patologia che "deve essere

trattata" in ospedale (Trabucchi e Boffelli, 2004). Talora, al contrario, dalla valutazione del DEA non emergono condizioni cliniche tali da richiedere l'ospedalizzazione: spesso sono proprio i familiari del malato che lo portano al DEA, spaventati da una serie di sintomi aspecifici che non riescono a comprendere (disturbi del comportamento, algie osteoarticolari, dolori addominali da stipsi cronica, dispepsia). I problemi clinici "minori" possono venire risolti direttamente nel DEA, per cui il paziente può venire trattato in loco (terapia antidolorifica, antibioticotera orale, clistere evacuativo) ed essere rinviato al domicilio, oppure alla Residenza Sanitaria Assistenziale di provenienza. Tale atteggiamento presenta un duplice vantaggio: in primo luogo risolve direttamente il problema al paziente ed ai suoi familiari, riducendo il disagio e la scomodità di un ricovero ospedaliero, spesso gravoso da un punto di vista organizzativo. D'altra parte, permette al malato di ritornare al proprio luogo di residenza, evitando il rischio di delirium, che è elevato per il paziente affetto da demenza che viene ricoverato in ospedale (Rozzini et al., 2006). Alcune condizioni negative vanno tuttavia ricordate: ancora oggi, troppo spesso, il malato affetto da demenza è un malato "scomodo". Quando il paziente arriva al DEA il medico sa che, con molta probabilità, dovrà affrontare una serie di problemi che caratterizzano un malato complesso. Spesso il rischio è quello di ridurre la propria attenzione, di effettuare una valutazione superficiale, dando per scontata una serie di patologie croniche non modificabili, e pertanto non degne di considerazione. Superficialità e disattenzione, purtroppo, non consentono una valutazione globale del malato, col rischio di disattendere le attese del malato e dei familiari, o di trascurare il reale problema del paziente (ad esempio, trattare il malato agitato con sedativi senza pensare alla causa-qualche una polmonite-dell'agitazione). Infine, un'attenzione particolare va posta all'ambiente: spesso il DEA è un luogo rumoroso, affollato, dove tutti i malati hanno comprensibilmente fretta: soffrono di una patologia, cercano una risposta in tempi rapidi, non comprendono i ritardi né le procedure, anche perché pochi sanitari trovano il tempo di soffermarsi a spiegarglieli. Lo stress legato al dolore, al rumore, all'ambiente non familiare, si riflettono pesantemente ancor più sul malato affetto da demenza, che si viene a trovare in una "torre di Babele" dove pochi si fermano a parlare con lui, a cercare di capire i suoi disturbi, a rincuorarlo. Poca attenzione viene data ai suoi bisogni, anche fisiolo-

gici: se si deve attendere nel DEA alcune ore prima di venire visitato, è difficile, per chi non chiede, come il malato di demenza, dare attenzione ai bisogni: idratare, accompagnare in bagno, alimentare il malato, curare il suo dolore somatico. Il rischio è quello di accentuare i sintomi, compresi quelli comportamentali, ed arrivare al momento della visita con un malato ancora più confuso e pertanto, ai nostri occhi, ancora più incomprensibile. Il futuro del DEA, se vuole diventare efficiente ed efficace, è quello di "specializzarsi" su questi malati, che avranno sempre più bisogno di risposte rapide e competenti (Rozzini et al., 2006; Schumacher et al., 2006).

## CONCLUSIONI

Un numero elevato di persone che arrivano al DEA soffre di una forma severa di demenza: il 12% dei pazienti che vengono ricoverati in reparto medico dal Pronto Soccorso è affetto da demenza severa, per cui è possibile ipotizzare una percentuale doppia se consideriamo anche i malati di demenza in fase lieve-moderata e con minore compromissione dell'autosufficienza (Trabucchi, 2006). L'ospedale ed il personale del DEA, in genere, non sono preparati a fronteggiare le continue (e progressivamente crescenti nel tempo) richieste di cura da parte della popolazione affetta da demenza, indipendentemente dalla sua gravità. Infatti, con l'aumentare dell'età, aumenta anche la complessità clinica dei malati che afferiscono all'ospedale. È necessario che il personale del DEA venga preparato (e non solo sul campo) alla valutazione ed alla pianificazione dell'intervento sul paziente anziano demente: saper riconoscere deficit cognitivi, sensoriali, identificare lo stato funzionale del malato e le risorse sociali/assistenziali al domicilio, sono fattori fondamentali che guidano sia l'orientamento diagnostico sia le scelte terapeutiche (ricovero in ospedale versus la cura al domicilio). Il rischio che si corre è di utilizzare il desueto metodo "disease-oriented" che non aiuta alla comprensione dei fenomeni geriatrici. Come rilevato in un recente studio, la maggior parte dei medici che lavora nei DEA negli USA riporta alti livelli di ansia, come conseguenza dell'elevato numero di pazienti anziani che afferiscono in ospedale, e della loro incapacità a fronteggiare la complessità del malato. Il basso livello di esperienza, nonché la mancanza di una specifica formazione in medicina geriatrica per acuti e nella rela-

zione con il paziente anziano ed i familiari, sono fattori che spiegano un maggiore stress del personale (Schumacher et al., 2006). Lo scenario futuro dovrebbe prevedere un piano di miglioramento della qualità delle cure, attraverso una specifica formazione – teorica e pratica – per tutto il personale sanitario che lavora in un DEA: l'obiettivo è di formare operatori qualificati nel gestire l'urgenza del giovane e dell'adulto, ma anche specializzati nella cura delle patologie acute del paziente anziano affetto da demenza (McCusker et al., 2001).

## BIBLIOGRAFIA

- Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002;39:238-47.
- Bianchetti A, Pezzini A. L'insight nel paziente demente. *Dementia Update* 1998;2:22-30.
- Bianchetti A, Ranieri P, Cozzaglio G. L'attività di un reparto ospedaliero di medicina: spunti di riflessione su una funzione da rinnovare. *Tendenze Nuove* 2006;3:217-28.
- Birrolleau ROP, Lefort Y, et al. Acute respiratory failure in the elderly: etiology, emergency diagnosis and prognosis. *Critical Care* 2006;10:R82.
- Boffelli S, Mattanza C, Morandi M. Il paziente demente in Pronto Soccorso. In: *La persona affetta da demenza e l'assistenza ospedaliera. A cura di Marco Trabucchi, Carocci Ed, 2007.*
- Burns A, Jacoby R, Luthert P, Levy R. Cause of death in Alzheimer's disease. *Age Aging* 1990;19:341-4.
- Donnan PT, Dorward DWT, Mutch B, Morris AD. Development and Validation of a Model for Predicting Emergency Admissions Over the Next Year (PEONY). A UK Historical Cohort Study. *Arch Intern Med* 2008;168(13):1416-22.
- McCusker J, Cole M, Abrahamowicz M, et al. Environmental Risk Factors for Delirium in Hospitalized Older People. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1327-34.
- Frisoni GB, Fedi V, Geroldi C, Trabucchi M. Cognition and the perception of physical symptoms in the community-dwelling elderly. *Behav Med* 1999;25:5-12.
- Geroldi C. La valutazione del dolore nel paziente demente. *Demenze* 2001;1:45-9.
- Inouye S. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized medical patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10:393.
- Kay DWK, Holding TA, Jones B, Littler S. Dependency in old age: a comparison of mental and physical factors. *Int J Geriatr Psychiatry* 1991;6:833.
- Pompei P, Foreman M, Rudberg M, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcome and predictors. *J Am Geriatr Soc* 1994;42:809.
- Rozzini R, Franzoni S, Frisoni GB, Trabucchi M. Cognitive impairment and survival in very elderly people. Decreased survival with cognitive impairment seems not be related to comorbidity. *BMJ* 1998;316(7145):1674.
- Rozzini R, Sabatini T, Barbisoni P, Bellelli G, Trabucchi M. Dementia is a Major Predictor of Death Among the Italian Elderly. *Neurology*, 2000;54:1014.
- Rozzini R, Sabatini T. La geriatria nell'ospedale per acuti. *Recenti Prog Med* 2002; 93:221-6.
- Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, Boffelli S, Ferri M, Barbisoni P, Frisoni GB, Trabucchi M. Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly persons with medical illness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005;60(9):1180-3.
- Rozzini R, Boffelli S, Cassinadri A, Mattanza C, Morandi A, Ricci A, Sabatini T, Travaglini N, Trabucchi M. L'ospedalizzazione per patologia somatica acuta dell'anziano affetto da demenza di Alzheimer: analisi dei bisogni e ottimizzazione delle risposte. *Demenze* 2006;IX (2/3): 22-8.
- Schumacher JG, Deimling GT, et al. Older adults in the emergency department: predicting physician's burden levels. *J Emerg Med* 2006;30:455-60.
- Teri L, McCurry SM, et al. Cognitive decline in Alzheimer's disease: a longitudinal investigation of risk factor for accelerated decline. *J Gerontol* 1995;50A:M49-M55.
- Trabucchi M, Boffelli S. Le complicanze somatiche. In (Trabucchi M, Boffelli S): *La gestione del paziente demente*, Roma Critical Medicine Publishing Ed, 2004: pp 184-210.
- Trabucchi M. L'anziano in ospedale: una recente indagine epidemiologica. *Panorama della Sanità, Maggio* 2006: 34-5.
- Wunsch H, Harrsion D, et al. Differences in ICU admissions for the elderly between the United States and the United Kingdom. *Critical Care* 2006;10:429.

## Federalismo e Servizi Domiciliari<sup>1</sup>

Gianbattista Guerrini

Fondazione Brescia Solidale, Brescia

### INTRODUZIONE

Le profonde trasformazioni demografiche (prime tra tutte l'aumento della speranza di vita e la riduzione dei tassi di natalità), sociali (la riduzione delle dimensioni medie della famiglia e l'aumento del tasso di occupazione delle donne) ed epidemiologiche (l'incremento delle patologie croniche ad evoluzione invalidante) che hanno interessato il nostro Paese negli ultimi decenni rendono ragione di un aumento della domanda di cure continuative (*long term care*), all'interno delle quali le cure domiciliari rappresentano il pilastro fondamentale.

In Italia, purtroppo, i servizi domiciliari resi alle persone non autosufficienti segnano ancora un significativo ritardo rispetto alla media dei Paesi europei (Tab. 1). Se all'invecchiamento della popolazione italiana, ed al conseguente prevalere, nel quadro epidemiologico nazionale, della patologia cronica, hanno fatto riscontro un ripensamento dei modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, che ne ha accentuato la capacità di rispondere con intensività ed elevata specializzazione alle emergenze ed alle fasi acute di malattia, nonché l'aumento dell'offerta di presidi riabilitativi, resta ancora largamente inadeguato l'investimento economico, organizzativo, professionale e culturale sulle cure domiciliari, che in altre nazioni si è dimostrato in grado di migliorare la gestione della malattia cronica, di ridurre significativamente il ricorso al ricovero ospedaliero e di perseguire programmi di riduzione dell'offerta di servizi residenziali.

### LE CRITICITÀ ATTUALI

L'insufficienza dell'offerta di servizi domiciliari in Italia è documentata dalla Tabella 2, che riporta alcuni dati sulla percentuale della popolazione anziana assistita dal Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) e dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)<sup>2</sup> e sull'intensità media degli interventi erogati.

Gli ultrasessantacinquenni assistiti dal SAD rappresentavano, nel 2006, soltanto l'1.8% della popolazione anziana (ISTAT, 2009), senza significativi incrementi rispetto agli anni precedenti (erano l'1.6% nel 2004 e l'1.7% nel 2005); né la situazione finanziaria dei Comuni autorizza ad ipotizzarne un aumento ulteriore negli anni successivi. Non sono disponibili dati precisi sulla tipolo-

**Tabella 1** - Utenti anziani dei servizi domiciliari in Europa (Gori e Casanova, 2009, mod.).

Paese / Macroarea	Utenti anziani %
Danimarca	21
Svezia	9
<b>Europa settentrionale</b>	<b>13</b>
Germania	7
Francia	8
<b>Europa Centrale</b>	<b>8</b>
Spagna	4
Italia	5
<b>Europa meridionale</b>	<b>4</b>
<b>EUROPA a 15</b>	<b>10</b>

<sup>1</sup> L'articolo rappresenta una sintesi del capitolo "Lo sviluppo dell'offerta dei servizi domiciliari" del report del Progetto "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi" promosso dal Ministero del Welfare e coordinato da Cristiano Gori per l'Istituto per la Ricerca Sociale (IRS), scaricabile dalla sezione "Studi e statistiche" del sito del Ministero del lavoro (<http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/Strumenti/Studi/Statistiche>). La bibliografia non citata nelle note seguenti è disponibile alla fine del capitolo.

<sup>2</sup> Non vengono prese in considerazione altre modalità di intervento a domicilio, in particolare l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), rappresentata dalle prestazioni domiciliari erogate dal medico di medicina generale a persone non in grado di accedere all'ambulatorio, e l'Ospedalizzazione Domiciliare (OD).



**Tabella 2 - I servizi domiciliari in Italia.**

UTENTI	% sulla popolazione	% utenti anziani
Utenti anziani <b>SAD</b> (2006) <sup>1</sup>	1.8%	77%
Utenti SAD + ADI	0.6%	
Utenti voucher e assegni sociali	0.5%	
Utenti telesoccorso	0.6%	
	(3 ore medie settimanali /utente) <sup>2</sup>	
Utenti anziani <b>ADI</b> (2008) <sup>3</sup>	3.4%	84.8%

(<sup>1</sup> = ISTAT, 2009; <sup>2</sup> = Pesaresi, 2007; <sup>3</sup> = Ministero dello sviluppo, 2010)

gia degli utenti, anche se sembra riscontrarsi una tendenza del SAD a farsi carico di persone gravemente non autosufficienti e con bisogni assistenziali più complessi. A fronte di questa crescente complessità della domanda, fanno peraltro riscontro (anche in questo caso i dati sono molto scarsi e frammentari) livelli organizzativi ancora del tutto inadeguati: un numero medio di ore settimanali erogate di poco superiore a 3 ed una scarsa garanzia del servizio nelle ore serali e notturne e nelle giornate festive (Pesaresi, 2007).

Benché caratterizzata da un trend di crescita maggiore, anche l'utenza dell'ADI (il 3.4% della popolazione anziana nel 2008) resta nettamente inferiore alla media dei paesi europei (Tab. 1), con una scarsa continuità dell'assistenza erogata (una media di sole 24 ore di assistenza all'anno nel 2008) ed un basso livello di in-

tegrazione tra gli interventi sanitari e quelli sociali (erogati contemporaneamente solo allo 0.5% di tutti gli anziani) (Ministero dello Sviluppo, 2010).

A questa insufficiente offerta di servizi domiciliari si accompagnano, nel nostro Paese, profonde differenze territoriali, sia sul versante quantitativo (percentuale di utenti sulla popolazione e spesa pro capite: per lo più – ma non costantemente – con un gradiente negativo Nord-Sud) (Tab. 3) che sul versante dell'organizzazione dei servizi (modalità di attivazione, modelli gestionali, metodologia di valutazione degli utenti, tipologia dell'intervento). L'eterogeneità dei diversi modelli regionali rende, tra l'altro, difficilmente confrontabili tra di loro i dati – peraltro scarsi – relativi alle caratteristiche dell'utenza (complessità del bisogno e dimensioni della rete informale) ed alla tipologia delle

**Tabella 3 - I Servizi domiciliari nelle Regioni italiane (anni 2006-2008).**

REGIONE	SAD <sup>1</sup> %	ADI <sup>2</sup> %	TOT %	REGIONE	SAD <sup>1</sup> %	ADI <sup>2</sup> %	TOT %
Piemonte	1.4	1.9	3.3	Marche	1.0	4.1	5.1
Valle d'Aosta	4.9	0.4	5.3	Lazio	1.8	3.3	5.1
Lombardia	1.8	4.0	5.8	Abruzzo	2.4	4.2	6.6
Bolzano	3.9	0.5	4.4	Molise	3.1	3.4	6.5
Trento	3.6	1.0	4.6	Campania	1.6	1.9	3.5
Veneto	1.7	6.1	7.8	Puglia	0.8	1.9	2.7
Friuli	2.9	7.4	10.3	Basilicata	1.1	4.0	5.1
Liguria	1.3	3.2	4.5	Calabria	1.4	2.6	4.0
Emilia Romagna	2.4	6.1	8.5	Sicilia	3.4	0.9	4.3
Toscana	1.3	2.0	3.3	Sardegna	2.5	2.1	4.6
Umbria	0.6	5.1	5.7	ITALIA	1.8	3.4	5.2

<sup>1</sup> ISTAT. Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni (dati relativi all'anno 2006)

<sup>2</sup> Ministero dello Sviluppo (dati relativi all'anno 2008)

prestazioni erogate (mix di figure professionali impiegate, intensità, continuità nella giornata/settimana, qualità).

La necessità di adeguare agli standard delle altre nazioni europee il livello dei servizi domiciliari erogati nel nostro Paese, e di superare le marcate differenze territoriali che lo caratterizzano, suggerisce un intervento specifico del livello statale che, pur rispettoso delle competenze regionali, incentivi con appositi finanziamenti lo sviluppo dei servizi domiciliari – in particolare nelle Regioni più “in ritardo” – e, in tutte le Regioni, promuova, quale debito informativo indispensabile per accedere ai finanziamenti, l'adozione di strumenti di valutazione dell'utenza e di modalità di reporting dell'attuazione dei servizi che consentano una lettura più omogenea e confrontabile della realtà delle cure domiciliari.

## FEDERALISMO E DIFFERENZE TERRITORIALI

Contro l'opportunità di un intervento dello Stato nel riequilibrare l'offerta dei servizi domiciliari sul territorio nazionale viene invocata, oltre alle difficoltà ad aumentare le risorse a disposizione della spesa socio-sanitaria, la necessità di responsabilizzare le Regioni che, di tale spesa, hanno competenza. D'altra parte, le differenze nello sviluppo dei servizi domiciliari potrebbero anche riflettere un diverso livello di bisogni – legato a differenti contesti socio-familiari – e non obbligatoriamente una diversa (e in alcune Regioni insufficiente) capacità di rispondere a tali bisogni, mentre la disponibilità di servizi aggiuntivi potrebbe indurre richieste non motivate da bisogni reali.

Queste argomentazioni in realtà non appaiono convincenti. Infatti, pur tenendo conto delle differenze del quadro socio-economico e delle dimensioni quantitative e valoriali del tessuto familiare che caratterizzano il Paese, è difficile assegnare solo a questi fattori le significative differenze territoriali nello sviluppo dei servizi. Regioni molto “vicine” tra loro, anche per caratteristiche socio-economiche e culturali, presentano infatti percentuali di assistiti molto differenti: il 3.3% per il Piemonte (tra ADI e SAD) contro il 5.8% della Lombardia; l'8.5% dell'Emilia contro il 3.3% della Toscana; il 2.7% della Puglia contro il 6.5% del Molise! Analoghe differenze si riscontrano, peraltro, in altri settori della spesa socio-sanitaria: lo sviluppo dei servizi residenziali

li segue spesso lo stesso andamento di quelli domiciliari, e non viceversa.

Inoltre, se le competenze in materia di spesa socio-sanitaria attengono alle Regioni, è al livello statale che competono la tutela dell'esigibilità concreta dei diritti alla salute ed all'assistenza su tutto il territorio nazionale, e la conseguente definizione dei livelli essenziali di prestazioni da garantire. La stessa legge di “Delega al Governo in materia di federalismo fiscale”, approvata lo scorso anno, prevede in proposito che i livelli essenziali in sanità ed assistenza siano calcolati sulla base di un fabbisogno standard e facendo riferimento non più alla spesa storica di ogni Regione ma ad un costo standard delle prestazioni.

La definizione più precisa dei livelli di assistenza e dei costi standard appare, nei servizi domiciliari destinati agli anziani non autosufficienti, compito particolarmente arduo se si tiene conto della specifica dimensione diacronica e dell'instabilità clinico-funzionale della patologia cronica e della complessa interazione di molteplici problematiche di ordine biologico, psicologico e sociale: caratteristiche cui consegue la necessità di un intervento longitudinale e multidisciplinare e dell'integrazione socio-sanitaria.

Un valido punto di partenza può essere rappresentato dalla proposta della Commissione nazionale LEA sulla “Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”. Un confronto, alla luce di questo documento, dei diversi strumenti di valutazione multidimensionale utilizzati, dei criteri di accesso alle prestazioni e delle modalità organizzative dei servizi, può consentire la costruzione di livelli essenziali in grado di ridurre le attuali disuguaglianze: declinando il Federalismo “non solo come decentramento di responsabilità e di governo, ma anche come garanzia dei diritti soggettivi su tutto il territorio nazionale” (Banchemo, 2009).

## IL SUPERAMENTO DELLE DIFFERENZE TERRITORIALI: IPOTESI E COSTI

Nel progetto “Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti”, promosso dal Ministero del Welfare, il superamento delle differenze territoriali rappresenta uno degli obiettivi di sviluppo dei servizi

**Tabella 4 - Costi annui dei servizi domiciliari (SAD + ADI) nelle diverse opzioni di intervento sulle differenze territoriali.**

	status quo	Ipotesi 1		Ipotesi 2		Ipotesi 3	
<b>I triennio</b>		> spesa	> %	> spesa	> %	> spesa	> %
Italia	1.424.561.922	73.609.039	5.2	236.499.676	16.6	431.979.422	30.3
Nord-Ovest	368.511.747	13.356.851	3.6	54.952.591	14.9	129.054.002	35.0
Nord-Est	436.498.452	3.329.741	0.8	58.654.020	13.4	3.736.820	0.9
Centro	333.130.945	16.393.275	4.9	61.619.372	18.5	125.929.861	37.8
Mezzogiorno	286.420.778	40.529.171	14.2	61.273.692	21.4	173.258.739	60.5
<b>II triennio</b>							
Italia	1.424.561.922	284.113.275	19.9	1.057.706.207	74.2	1.175.102.195	82.5
Nord-Ovest	368.511.747	75.167.058	20.4	262.356.333	71.2	374.087.543	101.5
Nord-Est	436.498.452	9.613.916	2.2	315.551.310	72.3	36.467.974	8.4
Centro	333.130.945	72.089.608	21.6	246.534.618	74.0	349.529.121	104.9
Mezzogiorno	286.420.778	127.242.693	44.4	233.263.945	81.4	415.017.557	144.9

**Ipotesi 1** = finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono l'indice minimo di copertura dei servizi domiciliari;  
**Ipotesi 2** = aumento del numero degli utenti e contestuale riduzione delle differenze territoriali;  
**Ipotesi 3** = definizione di un indice programmatico vincolante per tutte le Regioni.

domiciliari per le persone non autosufficienti<sup>3</sup>. Tre sono le ipotesi di cambiamento delineate nel progetto:

- il finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono un indice minimo di copertura dei servizi domiciliari (individuato, in quel documento, nel 3.7% della popolazione anziana alla fine del primo triennio attuativo, e nel 5% nel secondo triennio);
- l'incremento dell'utenza media dei servizi, sul territorio nazionale, al 6% ed al 9% rispettivamente nei due trienni, con il raggiungimento degli indici minimi sopra riportati da parte di tutte le Regioni;
- la definizione di un indice programmatico vincolante per tutte le Regioni (rispettivamente il 6% ed il 9% a 3 e 6 anni) ed il finanziamento delle sole Regioni che non raggiungono tale indice.

Si tratta di ipotesi costruite arbitrariamente, sulla base di evidenze empiriche, con l'obiettivo di verificare la fattibilità operativa e le ricadute economiche di programmi di potenziamento dell'assistenza alle persone non autosufficienti<sup>4</sup>.

Senza soffermarsi in modo analitico su tali ipotesi, ap-

pare evidente come le scelte da compiere debbano tener conto di molti fattori: oltre alla sostenibilità economica, la capacità dello Stato di governare il progetto fornendo, in particolare alle Regioni più "arretrate", una decisa azione di consulenza metodologica e di monitoraggio; la disponibilità a condividere il progetto da parte delle Regioni eventualmente escluse (come nella prima ipotesi) o interessate in minor misura dai finanziamenti; la difficoltà per almeno alcune delle Regioni con un minor sviluppo di servizi domiciliari di saper riorganizzare in pochi anni i servizi ampliandone in misura così significativa (soprattutto nella terza ipotesi) le capacità operative.

Una considerazione particolare merita il problema dei costi. La Tabella 4 – costruita sulla base delle elaborazioni di Emanuele Ciani del Centro Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena – riporta il costo di ogni opzione in termini di aumento, sia assoluto sia percentuale, della spesa rispetto all'attuale<sup>5</sup>, e la sua suddivisione per macro-regioni.

È evidente come anche il più deciso investimento sul-

<sup>3</sup> Vengono analizzate (vedi nota 1) anche ipotesi di intervento relative allo sviluppo quantitativo dell'offerta dei servizi (in termini di aumento del numero degli utenti e/o dell'intensità degli interventi domiciliari) ed all'individuazione ed introduzione, nei servizi, di criteri qualitativi (continuità del servizio, sviluppo nelle équipe domiciliari delle capacità di accompagnamento, educazione e counseling, utilizzo di progetti assistenziali individuali, individuazione in ogni situazione complessa del case manager).

<sup>4</sup> In tutte le ipotesi elaborate sono stati mantenuti, anche per semplificare la valutazione dei costi, gli attuali rapporti quantitativi tra SAD e ADI, nonché l'attuale intensità delle prestazioni.

<sup>5</sup> La "spesa attuale" è stata calcolata utilizzando i dati relativi rispettivamente all'anno 2006 per il SAD ed al 2008 per l'ADI (ultimi dati disponibili) rapportati alla popolazione residente all'1.1.2009. I valori di spesa sono stati espressi in euro 2009, applicando l'indice ISTAT dei prezzi al consumo.

lo sviluppo omogeneo dei servizi domiciliari su tutto il territorio nazionale appaia nel primo triennio del tutto sostenibile per il bilancio pubblico, mentre l'impegno economico richiesto dall'ulteriore incremento dei servizi domiciliari nel secondo triennio potrebbe essere almeno in parte compensato dalla riduzione degli accessi alle strutture ospedaliere. Né va dimenticato che gli aumenti percentuali sono da riferire ad una spesa – quella per l'assistenza continuativa a domicilio – che in Italia rappresentava, nel 2007, solo lo 0.25% del PIL, a fronte di un 49.1% della spesa pubblica complessiva (Gori e Lamura, 2009).

## CONCLUSIONI

L'invecchiamento della popolazione ed il progressivo aumento della (poli)patologia cronica rendono sempre più impellente l'esigenza di spostare risorse dal comparto ospedaliero alla *long term care* e di potenziare, in particolare, le cure domiciliari, aumentando la platea degli assistiti e l'intensità e la continuità dei servizi erogati.

Nell'assumere un simile obiettivo, che lo avvicina alla realtà delle altre nazioni europee, il nostro Paese è chiamato al tempo stesso a ridurre le profonde diffe-

renze territoriali così da garantire a tutti i cittadini eguale opportunità di essere assistiti al loro domicilio, e alle loro famiglie un aiuto concreto in un impegno assistenziale oggi affrontato in solitudine pressoché totale.

Si tratta di un compito non facile, che il Governo centrale, in una fase di federalismo "nascente", deve assumere con decisione attraverso un intervento finanziario straordinario e/o la definizione e il controllo rigoroso dei livelli essenziali delle cure domiciliari.

## BIBLIOGRAFIA

Banchero A. Non autosufficienza e federalismo. In: Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009, Maggioli, Rimini 2009.

Gori C, Casanova G. I servizi domiciliari. In: C. Gori (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009. Network Non Autosufficienza, Maggioli Rimini 2009.

Gori C, Lamura G. Lo scenario complessivo. In: Network Non Autosufficienza (a cura di), L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009, Maggioli, Rimini 2009.

ISTAT Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali nei comuni, 2009.

Pesaresi F. Il Sad per anziani in Italia. Prospettive Sociali e Sanitarie 2007;18:1-5.



## Federalismo e Residenzialità

Enrico Brizioli\*, Filippo Masera^

\* Gruppo KOS e Gruppo Santo Stefano, Milano

^ Dipartimento della Post-Acuzie e continuità dell'assistenza – INRCA (IRCCS), Ancona

**I**l dibattito sul federalismo ha assunto particolare vivacità dopo l'approvazione della legge 5 maggio 2009 n. 42 e del Decreto Legge del 7 ottobre 2010 sull'autonomia di entrata da parte delle regioni, e sui costi standard in sanità: in altre parole la modifica dei criteri di finanziamento del sistema sanitario. La nuova normativa introduce gli elementi per condizionare la capacità di spesa delle Regioni in relazione a parametri di efficienza, alla compatibilità con le finanze dello Stato ed alla effettiva capacità regionale di produrre ricchezza e gettito fiscale. Queste novità hanno un impatto particolare sulla Sanità, che rappresenta la maggior voce di spesa nei bilanci delle Regioni.

Il Decreto 7 ottobre 2010 definisce una nuova modalità di finanziamento che parte dal fabbisogno nazionale, nel rispetto dei vincoli di spesa pubblica, e si trasferisce alle Regioni sulla base di coefficienti di costo standard rilevati su tre Regioni scelte tra quelle in equilibrio economico nel secondo esercizio precedente che abbiano rispettato i parametri di qualità, appropriatezza ed efficienza.

Il costo standard viene calcolato per macrolivelli assistenziali (assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), come media di spesa pro-capite pesata per l'età.

L'impianto logico del decreto appare molto chiaro e sostanzialmente condivisibile: se ci sono Regioni che riescono a garantire i LEA con adeguati livelli di appropriatezza e qualità spendendo una certa somma, è necessario che tutte le altre individuino queste come "benchmark" e si misurino nel raggiungere lo stesso risultato. Inoltre, il sistema dei costi standard per macrolivelli assistenziali consentirà di indirizzare le Regioni verso una spesa più equilibrata, ad esempio nel rapporto tra spesa per i servizi ospedalieri e i servizi residenziali o domiciliari.

I criteri effettivi di rilevazione dei costi standard non vengono tuttavia definiti dal Decreto, ma sono rinviati ad una specifica intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Nella realtà, infatti, l'attuazione del decreto presenta molti problemi, proprio in relazione alla "lettura" dei Livelli Essenziali di Assistenza ed alla valutazione dei costi di erogazione dei servizi, a partire da quelli dell'assistenza ospedaliera in tutte le Regioni in cui non sia effettivo il finanziamento a prestazione degli ospedali, ma anche di quelli di sistemi complessi come l'area socio-sanitaria, e questo sia in relazione alla rilevazione dei costi che all'effettiva quantificazione dei bisogni.

Del resto, la valutazione dei costi standard dovrà necessariamente tener conto dei Livelli Essenziali di Assistenza effettivamente garantiti, ma anche dei costi sostenuti per prestazioni offerte oltre il perimetro dei LEA, che dovranno rimanere in carico alla fiscalità regionale.

Questa rilettura del sistema di offerta imporrà un'attività analitica che non può essere svolta sulla sola base dei dati di spesa, ma presuppone un approfondimento sulle condizioni effettive di erogazione dei servizi. Un elemento appare tuttavia incontrovertibile: le Regioni con maggior disavanzo e con peggior rapporto tra spesa e livelli di assistenza garantiti, sono

**Tabella 1** - Criteri base per i Costi Standard in Sanità.

- Omogeneità dei livelli di assistenza erogati
- Costi standard della rete di offerta per macrolivelli
- Costi standard dell'offerta per singolo livello
- Costi standard di produzione della prestazione
- Livelli standard di servizio
- Fonti di finanziamento e partecipazione alla spesa

quelle che continuano a mostrare un forte squilibrio tra spesa ospedaliera e spesa distrettuale, con una implicita necessità di riequilibrio che sembra da tutti condivisa.

In questo panorama, le prestazioni residenziali dovrebbero teoricamente beneficiare di un incremento dei tetti di spesa, almeno in un'ottica tendenziale. Nella realtà, tuttavia, gli scenari potrebbero presentarsi diversi in relazione ai criteri di calcolo adottati in sede di Conferenza Stato Regioni, ove non potranno non emergere interessi contrastanti e tentativi di forzare i criteri nell'ottica di equilibri politici e territoriali. Con le medesime modalità, del resto, è stato gestito fino ad oggi il riparto del Fondo Sanitario Nazionale, che solo per un 50-60% è costruito su parametri oggettivi (consistenza dell'offerta, copertura dei LEA, appropriatezza, profili epidemiologici, indice di vecchiaia), mentre per la restante parte è basato su criteri di spesa storici e su accordi politici.

In prospettiva, queste dinamiche tipiche della Conferenza Stato-Regioni potranno sicuramente riprodursi, mentre i dati oggettivi di efficienza e di spesa potrebbero non essere così certi in assenza di dettagli analitici per singoli livelli prestazionali.

Nell'attuale elenco delle Regioni "virtuose" convivono Regioni con differenze molto forti in termini di spesa per assistenza residenziale, come ad esempio la Lombardia e le Marche: la scelta dell'una o dell'altra come benchmark della residenzialità potrà comportare differenze molto rilevanti.

Del resto le prestazioni di assistenza sanitaria residenziale a soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio costituiscono oggi uno dei più evidenti esempi di disomogeneità di offerta nel territorio nazionale.

La distribuzione regionale dei posti letto (che costituiscono unità di riferimento essenziale per il dimensionamento dell'offerta e conseguentemente delle prestazioni) mostra, in rapporto alla popolazione anziana, differenze eclatanti tra le regioni del Nord e quelle del Sud, con picchi che vanno dai 60 posti letto per 100 anziani che registriamo a Trento, ai 6 posti letto per 1000 anziani rilevati in Basilicata.

In assenza di fenomeni epidemiologici che possano giustificare tali differenze, la prima reazione di fronte a questi dati è quella di denunciare una drammatica carenza di offerta in tutte le regioni del Sud.

In realtà, questi dati vanno letti con cautela in quanto nessun'altra prestazione sanitaria presenta così elevati indici di interdipendenza con gli altri livelli di offerta dei

servizi sanitari e con fattori socio-economici e culturali.

Una riflessione particolare meritano i presupposti di appropriatezza per la prestazione residenziale, che è rivolta a soggetti "non autosufficienti" che siano anche "non assistibili a domicilio". Se, sul criterio di non autosufficienza, siamo in grado di utilizzare strumenti di misura ormai abbastanza oggettivi e condivisi che indicano indici di bisogno età correlati non particolarmente diversi nelle differenti aree geografiche, sul criterio della non assistibilità a domicilio ci avventuriamo in un terreno molto più complesso.

Il concetto di non assistibilità a domicilio implica infatti una valutazione congiunta delle condizioni di bisogno del paziente e della capacità di risposta del nucleo familiare e dei servizi esterni da esso attivabili.

A loro volta, i bisogni dei pazienti vanno distinti in bisogni "assistenziali" e "sanitari".

La capacità di risposta del nucleo familiare deve invece tener conto dei seguenti parametri:

- Composizione del nucleo familiare
- Disponibilità della rete familiare e sociale esterna al nucleo
- Presenza di ulteriori caregivers formali o informali (essenzialmente le badanti)
- Situazione economica del nucleo familiare
- Condizioni abitative (igieniche, barriere architettoniche, accessibilità, comfort, ecc.)
- Disponibilità di servizi domiciliari sanitari
- Disponibilità di servizi domiciliari sociali
- Organizzazione della rete della Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie
- Organizzazione della rete ospedaliera
- Possibilità di ricoveri di sollievo
- Fruibilità di servizi residenziali idonei per qualità percepita.

L'insieme di questi parametri varia in maniera significativa nelle diverse regioni italiane in relazione a differenti condizioni socio-economiche, culturali e di organizzazione dei servizi.

In conseguenza della diversa composizione di questi parametri non deve sorprendere che la domanda di servizi assistenziali per anziani si manifesti in modo diverso da Regione a Regione, anche se l'ultimo punto dell'elenco, quello dell'offerta (inteso come effettiva fruibilità di servizi di livello adeguato) assume un ruolo fondamentale nell'espressione della domanda.

Senza entrare in questa sede nelle valutazioni di dettaglio su come questi parametri interagiscono tra di lo-

## MATERIALI DI LAVORO

ro, sarà necessario tenere fermo il principio che consiglia una certa elasticità nella programmazione dei servizi in aree a diversa espressione della domanda, pur prevedendo un progressivo allineamento dell'offerta dei servizi.

Tuttavia, come abbiamo già rilevato, il nuovo sistema di finanziamento non sarà basato sulla valutazione dei bisogni rilevati nelle singole Regioni, quanto sulla base di un sistema a cascata che partirà dalle compatibilità finanziarie nazionali per ribaltarsi alle Regioni secondo criteri demografici e di efficienza. Una riflessione a parte merita invece l'aspetto normativo e di contenuto del servizio, che è caratterizzato da una estrema variabilità regionale.

Con il progetto Mattoni e con il parallelo lavoro della Commissione LEA si è giunti recentemente ad una classificazione e definizione delle prestazioni (vedi documento "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_733\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_733_allegato.pdf) e D.M. 17.12.2008) che tenta di individuare almeno alcune macrotipologie di prestazioni in questo livello assistenziale. Con l'applicazione del D.M. 17/12/2008, che fissa regole e criteri per l'alimentazione del Flusso Informativo Nazionale per le prestazioni residenziali, ci si aspetta, da parte delle regioni, una rilettura del proprio sistema di offerta all'interno dei criteri di classificazione delle prestazioni adottato dal NSIS (Nuovo Sistema Informativo Nazionale) sulla base del citato decreto.

Gli atti normativi ed i documenti citati hanno portato a definire le prestazioni residenziali (*complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore*), a chiarire i termini dell'organizzazione per Nuclei (*area distributiva delle degenze omogenea ed autonoma per livelli assistenziali e dotazioni e servizi, articolata di norma su 20 posti letto*), a individuare i criteri di accesso (*diritto all'assistenza per tutti i soggetti non autosufficienti non assistibili a domicilio, per tutto il tempo nel quale perdurano le predette condizioni*).

Il Documento della commissione LEA indica anche la necessità di adottare strumenti di Valutazione Multidimensionale (VMD), definita come: *metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. La VMD deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno su scala regionale. Gli strumenti di VMD devono consentire l'individuazione di un indice sin-*

*tetico di misurazione del case-mix assistenziale e/o della "fragilità", e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.*

Lo stesso Documento giunge poi a definire 4 classi di prestazioni, successivamente riprese dal DM 17.12.2008 e caratterizzate da diversi livelli di complessità:

Livello R1 – Assistenza sub-intensiva in regime residenziale (hospice, comi ecc.)

Livello R2 – Assistenza residenziale ad elevata integrazione sanitaria

Livello R2 D – Assistenza residenziale specialistica per soggetti con demenza senile

Livello R3 – Assistenza residenziale a bassa integrazione sanitaria.

Questi atti di indirizzo, se correttamente applicati, consentiranno una progressiva omogeneizzazione dell'offerta residenziale, anche nell'ottica di rendere effettivamente paragonabili le varie tipologie di strutture diversamente denominate nelle singole regioni. Rimane aperto il problema del costo standard di produzione delle prestazioni residenziali: non sembra che negli obiettivi del governo e delle Regioni ci sia quello di arrivare a definire precisi costi standard di produzione (quindi costi presunti di erogazione del singolo servizio e relative tariffe). Tuttavia, nell'allegato tecnico n. 5 della relazione del governo alle Camere sulla legge 41/2009 del luglio 2010 ([www.regioni.it/upload/Relazionefederalismofiscale.pdf](http://www.regioni.it/upload/Relazionefederalismofiscale.pdf)) viene fortemente ripreso il tema della necessità di un effettivo finanziamento a prestazioni dei servizi come unico strumento per monitorare i livelli di efficienza nell'erogazione dei servizi a gestione diretta delle aziende sanitarie pubbliche.

Su queste basi è prevedibile una ripresa dell'attività della definizione di costi standard di produzione e tariffe definite su base nazionale, attività abbandonata ormai da anni anche per le prestazioni ospedaliere.

Un'attività di questo tipo, riferita alle prestazioni residenziali, comporterebbe l'individuazione di ben definite tipologie di servizio, per gradi di complessità, con i relativi standard organizzativi e di assistenza. In attesa di una procedura di questo tipo i costi di erogazione delle prestazioni sono fatalmente determinati oggi dai singoli strumenti tariffari adottati dalle Regioni, che presentano una estrema variabilità ed una proporzionale difformità di standard assistenziali erogati.

## **BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA**

AA.VV. Relazione del governo alle Camere in ottemperanza alla disposizione dell'art. 2 comma 6 della legge 5 maggio 2009 n.42. Camera dei Deputati, Atti parlamentari 2010.

Brizioli E. La Remunerazione delle prestazioni residenziali. In: La remunerazione delle prestazioni sanitarie. Falcitelli e Langiano eds., Il Mulino, Bologna 2006:177-202.

Brizioli E. Il Documento LEA sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali per anziani. *I Luoghi della Cura*. 2007(4):7-10.

Brizioli E, Grechi F. L'utilizzo delle risorse in funzione del carico assistenziale in RSA. *Giornale di Gerontologia* 2007(5):317-8.

Campione V, Poggi A. Sovranità Decentramento Regole. Il Mulino, Bologna 2009.

Comas-Herrera A, Wittemberg R. European Study of Long Term Care Expenditure. Report to the European Commission ESA DG dp 1840, 2003.

Gori C, Zanardi A. Le Politiche sociali in un contesto di federalismo fiscale. In: (a cura di MC. Guerra e A. Zanardi) *La finanza pubblica italiana*. Rapporto 2008.

ISTAT, L'assistenza residenziale in Italia: regioni a confronto, anno 2003.

Jorio E. Costi Standard in cerca di autore. In: *Il Sole24ore-Sanità*, n. 43 del 4-10 novembre 2008.

Pesaresi F, Brizioli E. I Servizi Residenziali. L'Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti in Italia: Rapporto 2009. Maggioli Editore, San Marino 2009.



# Alzheimer in movimento: l'attività motoria con le persone affette da demenza

Gianbattista Guerrini<sup>°</sup>, Giuseppina Giorgi Troletti\*

<sup>°</sup> Fondazione Brescia Solidale, Brescia

\* Uisperlagrandetà, Torino

## L'ATTIVITÀ MOTORIA CON GLI ANZIANI

Sono passati poco più di 30 anni dalla comparsa, anche nel nostro Paese, delle prime esperienze di attività fisica per la terza età [per gli "anziani in movimento", come fu felicemente denominata l'associazione nata nell'ambito dell'Unione Italiana Sport per tutti (UISP) a Torino e rapidamente diffusa in tutta Italia]: non interventi riabilitativi proposti a persone colpite da eventi invalidanti, né attività agonistiche destinate a sportivi che per tutta la vita avevano coltivato l'abitudine all'esercizio fisico, ma proposte motorie "di mantenimento", finalizzate ad attivare (o "riattivare") capacità motorie mortificate da decenni di vita sedentaria.

È importante ricordare – oggi che tutti i dubbi sull'efficacia dell'attività motoria nella promozione di un invecchiamento "di successo" sono stati fugati da una enorme massa di dati – che queste prime iniziative furono accolte con diffidenza dalle istituzioni, dagli operatori del settore, dagli stessi interessati e dalle loro famiglie. Anche tra i medici prevalsero, all'inizio, le perplessità, talora una vera e propria ostilità: in alcune realtà si ritenne necessario sottoporre gli anziani, prima di iniziare l'attività motoria, a test da sforzo; in altre situazioni addirittura i corsi si tenevano solo alla presenza di medici!

La testimonianza diretta dei primi pionieri della "ginnastica per anziani", le ricerche condotte d'intesa tra gruppi di geriatri ed istruttori, la progressiva diffusione

della cultura gerontologico-geriatrica, favorirono da subito un rapido diffondersi di simili iniziative, una miglior definizione delle modalità e dei contenuti delle proposte motorie ed un progressivo ampliamento della platea dei destinatari.

Le prime esperienze erano rivolte prevalentemente a soggetti in età presenile e a "giovani vecchi", per lo più in buona salute, ma grazie all'accresciuta consapevolezza, tanto negli istruttori quanto nei destinatari, del significato e dei limiti della motricità nelle diverse condizioni di equilibrio psico-fisico, e all'attenzione nel rapportare alle capacità funzionali della persona l'intensità ed il ritmo della proposta motoria valorizzandone gli aspetti ludici e relazionali, si estesero presto a persone più avanti con gli anni, agli anziani più "fragili", agli utenti dei Centri Diurni, agli ospiti delle strutture residenziali. Proprio tra questi ultimi utenti, più "decondizionati" all'attività fisica, si poté confermare l'ampio beneficio dell'attività motoria sulle funzioni somatiche, sul benessere psicologico, sulle stesse prestazioni cognitive.

Col passare degli anni, la pratica motoria nelle strutture residenziali e semiresidenziali dovette confrontarsi con il progressivo aumento degli utenti affetti da demenza, mentre nascevano i primi nuclei Alzheimer e i primi centri diurni destinati a questi pazienti. Esperienze di attivazione psico-motoria di gruppi di persone cognitivamente compromesse, sia pure inizialmente sporadiche e non collegate fra loro, si sono andate consolidando ormai da una decina d'anni.

## ESERCIZIO FISICO, FUNZIONI COGNITIVE E DEMENZA

Ci sono ormai pochi dubbi sul fatto che l'attività fisica sia in grado di migliorare le prestazioni cognitive di persone anziane non dementi: gli effetti più significativi si osservano in particolare a carico delle funzioni esecutive e sono ottenuti con programmi motori che comprendono diversi tipi di attività motoria (aerobica, di flessibilità, di potenziamento muscolare) (Kramer et al., 2006a), ma si è dimostrata efficace anche un'attività di entità moderata, purché continuativa (Yaffe et al., 2001).

Numerose sono anche le dimostrazioni che il mantenimento di un adeguato livello di attività fisica previene l'insorgenza della demenza:

- una ricerca, che ha seguito un vasto numero di persone dalla mezza età fino alla vecchiaia, ha evidenziato come coloro che si mantenevano attivi avessero meno probabilità di ammalarsi di demenza rispetto a chi seguiva una vita sedentaria;
- una serie di studi condotti su persone anziane ha dimostrato che, nell'arco di pochi anni, il rischio di ammalarsi di demenza era inferiore per gli anziani attivi rispetto ai coetanei sedentari in una percentuale che oscilla, secondo i diversi Autori, tra il 20% ed il 50% (Fratiglioni et al., 2004);
- anche in persone anziane che all'inizio dello studio presentavano elevate prestazioni cognitive, una regolare attività motoria (condotta 3 o più volte alla settimana) ha ridotto il rischio di demenza, nell'arco di 6 anni, del 38% (Larson et al., 2006): osservazione importante, il beneficio maggiore si è osservato proprio nel gruppo di persone fisicamente più fragili all'inizio dello studio;
- in un grosso studio, l' Honolulu-Asia Health Study, uomini anziani che camminavano più di 3 chilometri al giorno avevano un rischio di demenza del 40% inferiore a coloro che percorrevano ogni giorno un tragitto più breve (Abbott et al., 2004); analogo beneficio è stato dimostrato per le quasi 19.000 donne incluse nel Nurses' Health Study (Weuve et al., 2004);
- anche il recente studio pilota LIFE, condotto su anziani sedentari (70-89 anni) ad alto rischio di disabilità coinvolti in attività motoria di moderata intensità, ha confermato, a distanza di un anno, il miglioramento delle funzioni cognitive in parallelo col po-

tenziamento delle prestazioni fisiche (Williamson et al., 2009).

Altri riscontri infine segnalano l'influenza positiva dell'attività motoria su persone già affette da demenza. Osservazioni condotte su pazienti dementi che vivono al loro domicilio o in casa di riposo (Heyn et al., 2004; Eggermont e Scherder, 2006; Williams e Tappen, 2007) hanno dimostrato che l'attività fisica non solo migliora globalmente lo stato di salute ritardando la perdita dell'autonomia funzionale, ma è in grado di:

- rallentare il declino delle funzioni cognitive,
- contrastare la depressione,
- migliorare la quantità e la qualità del sonno,
- ridurre i disturbi comportamentali, in particolare l'agitazione e l'irrequietezza.

L'effetto dell'attività motoria sulle funzioni cognitive sarebbe mediato (nei modelli animali) da un'aumentata produzione di fattori neurotrofici, in particolare il Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) nell'ippocampo e da un'aumentata espressione dell'RNA messaggero (mRNA), alle quali conseguirebbe un aumento della long-term potentiation (LTP); è stata documentata neurogenesi nel giro dentato tanto nei giovani quanto nei vecchi animali. L'esercizio fisico aumenterebbe anche i livelli cerebrali della dopamina, della serotonina e dell'acetilcolina (Kramer et al., 2006b), mentre ridurrebbe l'accumulo di radicali liberi e di marcatori dell'infiammazione.

Nell'uomo, i benefici dell'esercizio fisico si associano ad un aumentato flusso cerebrale (Rogers et al., 1990) e ad un aumento dell'attività metabolica e dello spessore della corteccia nelle regioni frontali e temporali (Colcombe et al., 2004; Kramer et al., 2006a). L'efficacia dell'attività motoria sulle funzioni cerebrali è anche mediata da un più globale miglioramento della funzione cardiorespiratoria e dalla riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare (l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'ipercolesterolemia), che aumentano la probabilità di ammalarsi di Alzheimer.

Ma nella persona affetta da demenza l'attività fisica esercita un beneficio molto più ampio, migliorando le prestazioni motorie e l'autonomia nelle ADL, riducendo i sintomi depressivi, migliorando qualità e quantità del sonno e riducendo i disturbi comportamentali, in particolare l'irrequietezza e l'agitazione (Heyn et al., 2004; Rolland et al., 2007).

## L'ATTIVITÀ MOTORIA CON LE PERSONE DEMENTI

L'abitudine a camminare fuori casa, mezz'ora al giorno, tutti i giorni, a passo sostenuto, è senz'altro efficace per la persona demente che vive a domicilio, non solo per l'impatto sulle sue prestazioni motorie: la percezione della propria autonomia motoria e il contatto con la realtà esterna ne migliorano infatti il tono dell'umore e riducono – come abbiamo visto – i disturbi comportamentali. È utile anche per i familiari: li aiuta a mantenere il benessere fisico, a ridurre lo stress, a migliorare la qualità del sonno.

Nelle prossime righe intendiamo soffermarci però sulle attività di gruppo, da noi sperimentate nell'ambito di strutture diurne e residenziali destinate a questi pazienti (Guerrini e Troletti, 2008) che, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, sono senz'altro da preferire perché in grado di offrire una maggiore varietà di stimoli.

Accostarsi a questa particolare tipologia di utenti richiede peraltro particolari attenzioni. Dobbiamo innanzitutto ricordare che ognuno di loro presenta un complesso di deficit cognitivi, di problemi neurologici e sensoriali, di disturbi della comunicazione, non solo differenti da individuo ad individuo, ma altamente variabili nel corso del tempo, spesso da un giorno con l'altro, che influiscono pesantemente sulla sua capacità di ascolto e di comprensione dei messaggi esterni e sulla sua possibilità di recepire gli stimoli offerti e di formulare le risposte. Anche le loro condizioni fisiche possono condizionare la scelta delle attività: gli esercizi condotti a terra (in posizione supina o laterale) non sono alla portata di tutti, per problematiche di ordine articolare o muscolare o per mancanza di un'abitudine precedente. Nella situazione di gruppo, infine, entrano in gioco altre variabili, legate al tono dell'umore, ai rapporti dei pazienti tra di loro, ma anche alla loro relazione con il conduttore e con l'operatore della struttura (che, preferibilmente, partecipa all'attività del piccolo gruppo coadiuvando il conduttore). Diventa pertanto difficile individuare proposte comprensibili e realizzabili da tutti, ed è necessaria la massima flessibilità da parte dell'operatore nell'adattare il programma alle condizioni del gruppo.

D'altra parte, l'esperienza e gli studi effettuati sul comportamento di anziani non autosufficienti hanno dimostrato che l'attività psicomotoria condotta in grup-

po ha rilevanti possibilità di riuscita perché la disposizione in circolo delle persone favorisce la comprensione e l'esecuzione della proposta motoria, arricchisce gli stimoli, sollecita le competenze relazionali.

Nei pazienti cognitivamente compromessi l'esercizio fisico basato sulle tecniche di attivazione psicomotoria attua una stimolazione più ampia e completa coinvolgendo contemporaneamente le funzioni sensoriali – con una serie di sollecitazioni rivolte alla sfera visiva, uditiva, tattile – le capacità cognitive, relazionali, di orientamento nello spazio, e le prestazioni neuromuscolari, attraverso esercizi atti a incrementare la mobilità, la coordinazione ed una contenuta tonificazione muscolare.

La stimolazione visiva avviene mediante la percezione di forma, colore e destinazione abituale degli attrezzi-oggetti impiegati (ad esempio, la palla che si lancia, si batte a terra o si scambia con un altro, tenendo conto del colore, il cerchio che si rotola, il palloncino che si manda in alto). Riguardo l'aspetto uditivo, si può associare l'azione ad un suono, come ad esempio camminare per il locale al suono di una musica, fermandosi quando la musica tace e ripartendo quando questa riprende. La stimolazione tattile è ottenuta dalla manipolazione di piccoli oggetti e attrezzi, tra cui è significativo il massaggio con una pallina su varie parti del corpo (auto massaggio).

La stimolazione cognitiva accompagna ogni fase dell'attività: può essere potenziata con qualche proposta specifica come, ad esempio, cercare di ricordare i nomi dei partecipanti: in circolo lanciare la palla ad un compagno che si è preventivamente chiamato per nome. Se la persona non ricorda il nome può essere aiutato da tutti gli altri componenti del gruppo.

Per l'orientamento nello spazio è utile impostare degli spostamenti di tutta la persona (cammino) o di segmenti del corpo (consegnare una palla) in modo da variare la direzione di solito anteriorizzata. Perciò, camminare a serpentina tra una fila di sedie, impostare con la musica una semplicissima danza, in circolo uno dietro l'altro, consegnare all'indietro un pallone.

Lo stimolo relazionale si attua in tutti gli esercizi in cui ci si scambiano attrezzi o in cui ci si aiuta per compiere certi movimenti tenendosi per mano o col contatto di altre parti del corpo: dorso contro dorso, ad esempio, oppure seduti di fronte con le piante dei piedi che si toccano; o ancora coinvolgendo i partecipanti in semplici coreografie di danze popolari, e soprattutto nel ballo in coppia.

Il ballo compendia molti elementi importanti per lo svolgimento di questo programma fra cui, non certo trascurabile, il suo gradimento anche da persone spesso poco partecipi, se non addirittura indifferenti. È un discorso che vale per la musica in genere, che mette in atto una serie di emozioni legate spesso alla partecipazione delle persone, al senso ludico, alle sensazioni di un passato forse non completamente dimenticato.

In ogni momento della proposta motoria si cerca di favorire l'autonomia delle risposte piuttosto che la precisione nell'esecuzione: non è raro che qualcuno risponda in modo personale e creativo, anche compiendo movimenti appresi in passato e facenti parte di una memoria motoria ancora risvegliabile.

I malati dimostrano in molti modi il loro gradimento per l'attivazione motoria; anzitutto con la loro presenza al gruppo, poi esprimendo spesso verbalmente ciò che provano, disappunto o compiacimento, ma soprattutto attraverso il linguaggio non verbale che il conduttore deve essere pronto a cogliere per indirizzare al meglio la scelta di quanto proporre negli incontri.

Non possiamo chiudere queste brevi note senza accennare all'intervento con i caregiver, finalizzato a far loro acquisire la capacità e l'abitudine al rilassamento. Si tratta di un percorso di consapevolezza corporea basata essenzialmente sulla coscienza del proprio respiro e del proprio stato di tensione muscolare e psicologica. Un percorso di questo genere è più facile e redditizio se fatto in gruppo con la guida di un esperto, ma è possibile anche in modo autonomo seguendo le indicazioni opportune. La capacità di praticare il rilassamento consapevole può essere di grande sollievo alla situazione in cui spesso si trova a vivere per anni il caregiver, oppresso dalla pena di vivere la distruzione del proprio congiunto senza poter arrestare il percorso negativo dell'evoluzione della malattia.

## BIBLIOGRAFIA

- Abbott RD, White LR, Ross W, Masaki KH, Curb D, Petrovitch H. Walking and Dementia in Physically Capable Elderly Men. *JAMA* 2004;292:1447-53.
- Colcombe SJ, Kramer AF, Erickson KI, Scalf P, McAuley E, Cohen NJ, Webb A, Jerome GJ, Marquez DX, and Elavsky S. Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging. *Proc Nat Acad Sci USA* 2004;101:3316-21.
- Eggermont LHP, Scherder EJA. Physical activity and behaviour in dementia

- A review of the literature and implications for psychosocial intervention in primary care. *Dementia* 2006;5:411-28.

Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004;3:343-53.

Guerrini G, Giorgi Troletti G. Alzheimer in movimento. L'attività motoria con le persone affette da demenza: manuale per familiari e operatori, Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna 2008.

Heyn P, Abreu BC, and Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004;85:1694-704.

Kramer AF, Erickson KI, Colcombe SJ. Exercise, cognition, and the aging brain. *J Appl Physiol* 2006a;101:1237-42.

Kramer AF, Colcombe SJ, Erickson KI, Paige P. Fitness Training and the Brain: From Molecules to Minds. Proceedings of the 2006 Cognitive Aging Conference, Atlanta, Georgia, 2006b, Georgia Institute of Technology.

Larson EB, Wang L, Bowen JD, McCormick WC, Teri L, Crane P, and Kukull W. Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age or older. *Ann Intern Med* 2006;144:73-81.

Rogers RL, Meyer JS, and Mortel KF. After reaching retirement age physical activity sustains cerebral perfusion and cognition. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:123-8.

Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, Reynish E, Thomas D, Andrieu S, Riviere D, Vellas B. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease: a 1-year randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:158-65.

Weuve J, Kang JH, Manson JE, Breteler MM, Ware JH, Grodstein F. Physical activity, including walking, and cognitive function in older women. *JAMA* 2004;292:1454-1461.

Williams CL, Tappen RM. Effect of exercise on mood in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Am J Alzh Dis* 2007;22:389-97.

Williamson JD, Espeland M, Kritchevsky SB, Newman AB, King AC, Pahor M, Guralnik JM, Pruitt LA, Miller ME for the LIFE Study Investigators. Changes in Cognitive Function in a Randomized Trial of Physical Activity: Results of the Lifestyle Interventions and Independence for Elders Pilot Study. *J Gerontol* 2009;64A:688-94.

Yaffe K, Barnes D, Nevitt M, Lui LY, and Covinsky K. A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women. *Arch Int Med* 2001;161:1703-8.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Coyle JT. Use it or Lose It – Do Effortful Mental Activities Protect against Dementia? *N Engl J Med* 2003;348:2489-10.
- Rovio S, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomilehto J, Soininen H, Nissinen, and Kivipelto AM. Leisure time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol* 2005;4:705-11.
- Vergheze J et al. Leisure Activities and the Risk of Dementia. *N Engl J Med* 2003;348:2508-16.

## Infermieri stranieri in Italia

Silvia Blasi\*, Boubakar Daou<sup>^</sup>, Giovanni Muttillio<sup>°</sup>, Miriam Magri<sup>°°</sup>

\*Laureata in economia aziendale e management presso l'Università commerciale Luigi Bocconi di Milano

<sup>^</sup>Consigliere del Collegio IPASVI Milano/Lodi, infermiere libero professionista

<sup>°</sup>Presidente del Collegio IPASVI Milano/Lodi

<sup>°°</sup>Vice presidente del Collegio IPASVI Milano/Lodi

### IL CONTESTO NAZIONALE

In Italia, soprattutto nel Centro-Nord, vige una grave carenza di personale infermieristico. Secondo l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) il rapporto tra personale infermieristico e popolazione dovrebbe essere attorno a 6,9 infermieri ogni mille abitanti. L'Italia, con 5,4 infermieri ogni mille abitanti si colloca nelle ultime posizioni europee, dopo Islanda, Irlanda, Olanda (13 per mille abitanti) e seguita da Corea, Turchia, Messico, Grecia (4 per mille abitanti). Abbiamo, inoltre, a differenza degli altri Paesi industrializzati, un numero di medici (354.000) superiore a quello degli infermieri (342.000): basti pensare che in Italia vi è un medico ogni 165 abitanti (FNOM-CEO, 2006) per cui l'incidenza percentuale è dello 0,60 (Blasi, 2010).

Secondo la Federazione Nazionale dei Collegi degli Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici di Infanzia – IPASVI – (2006), l'ordine professionale di categoria, gli infermieri attivi sono in totale 342.000, di cui il 70% opera all'interno del sistema sanitario nazionale (SSN), il 20% presso strutture private e il 10% come liberi professionisti. Il numero degli iscritti, tuttavia, sta registrando una progressione importante: infatti, si è passati da 134.449 iscritti nel 1985 a 338.245 nel 2004. Nonostante questo lento ma progressivo incremento negli anni, l'Italia necessita di ulteriore personale infermieristico. Nell'ultimo dossier statistico sull'immigrazione edito dalla Caritas/Migrantes (2006) viene indicata una stima del fabbisogno di nuovi infermieri sulla base dei dati forniti dal Ministero della Salute: esso afferma che nel 2004 tale fabbisogno è oscillato tra le 62.000 e le 99.000 unità (circa 37.000 nel Nord, 15.000 nel Cen-

tro, 31.000 nel Sud e 14.000 nelle Isole). L'ipotesi massima si basa sul calcolo del fabbisogno di infermieri stimato sulla media auspicata dall'OCSE del 6,9 per mille abitanti. A livello regionale le situazioni più critiche si registrano in Lombardia (-12.000 infermieri) e in Campania (-10.000). Altre regioni che necessitano di nuovo personale infermieristico sono Sicilia (-7.700), Piemonte (-7.500), Calabria (-5.000), Lazio (-4.600), Puglia (-4.100), Trentino Alto Adige (-3.500) e Veneto (-3.200).

L'emergenza è tale che nel 2005 il governo ha autorizzato, con un decreto, la riassunzione dei pensionati o, ancora, il pagamento, con tariffe da liberi professionisti, delle prestazioni extra-orario di chi è di ruolo (Caritas Migrantes, 2006), e nel 2008 il ministero della Salute ha siglato un accordo con le università perché aumentino i posti disponibili nelle facoltà di scienze infermieristiche. La soluzione più efficace per colmare il deficit appare comunque l'assunzione di infermieri stranieri, tanto che nel triennio 2005-2007 gli infermieri immigrati iscritti ai Collegi sono quadruplicati passando da 6.735 a 30.639 unità in tutta Italia. Tra i Paesi più rappresentati vanno annoverati la Polonia, la Romania e la Bulgaria in Europa, il Perù, la Colombia, il Brasile in America Latina, la Tunisia in Africa, l'India in Asia. La distribuzione degli infermieri stranieri nel territorio italiano non è però uniforme; essa è pari all'11-12% nel Centro-Nord, mentre scende al 5% nel Sud. In alcuni casi la loro concentrazione raggiunge quote importanti: è il caso di Trieste, dove il 10% di infermieri è di nazionalità slovena, o di grandi strutture private, come il San Raffaele di Milano, che conta il 18% di infermieri non italiani, o ancora di numerose residenze sanitarie assistenziali del territorio lombardo che accolgono molti infermieri stranieri sia in regime di di-



pendenza che con altre forme contrattuali (soprattutto cooperative). Il lavoro in RSA e a domicilio (in molti casi iniziando come "badanti") rappresenta spesso il primo impiego in Italia.

Molto interessanti sono le stime del fabbisogno espresse dalle aziende del settore sanitario privato. Nell'indagine annuale Excelsior (Unioncamere, 2010) risulta che, a causa della crisi, la variazione occupazionale tra luglio 2009 e giugno 2010 sarà negativa; sono infatti previsti 102 mila dipendenti in meno (-0,9%), anche se sanità e servizi sanitari privati rientrano tra i cinque settori a migliore tenuta occupazionale registrando una flessione pari allo 0,3%. Nonostante il calo delle assunzioni (ne sono previste 4.480), ben il 60% risulta di difficile reperibilità in quanto queste figure professionali sono scarsamente presenti sul mercato.

## IL CONTESTO LOMBARDO E MILANESE

I risultati ottenuti dall'indagine, condotta dal Coordinamento dei 10 Collegi IPASVI della Regione Lombardia, indicano che complessivamente gli infermieri italiani e stranieri iscritti agli Albi della regione Lombardia, al 31 dicembre 2009, sono pari a 53.916 unità (di cui circa 4.000 stranieri) a cui si sommano 1.023 infermieri pediatrici. Si evidenzia, pertanto, che i 9.742.676 cittadini residenti in Lombardia al 31 dicembre 2008 potevano contare su una presenza di 5,6 infermieri ogni 1000 abitanti, dato ben al di sotto della media nazionale, che si attesta al 6,2/1000, o di quella europea, pari a 8,9 infermieri per 1.000 abitanti (dati OCSE).

Secondo i dati forniti dal Collegio Ipasvi di Milano Lodi, il totale del numero degli infermieri iscritti all'albo nel primo semestre del 2009 è pari a 21.000: di questi, circa il 10% è composto da personale straniero (1200 comunitari e 1000 extracomunitari). Rispetto alla provenienza degli infermieri la situazione si presenta come segue:

- Africa: 12,64%;
- America del Nord: 0,24%;
- America centrale: 1,08%;
- America del Sud: 51,26%;
- Asia: 13,00%;
- Europa: 21,78%.

I singoli paesi maggiormente rappresentativi sono Perù (315), Albania (103), Tunisia (57), Filippine (52) e Colombia (45).

## IL PERCORSO LEGISLATIVO

L'assunzione di personale infermieristico straniero è stata sempre considerata un modo per coprire il gap tra domanda e offerta. Gli interventi normativi che hanno preso in considerazione la struttura giuridica di questo fenomeno economico-sociale risalgono alla fine del 1989. Il decreto n.416 del 30 dicembre 1989, poi convertito con modificazioni nella Legge n.39 del 28 febbraio 1990, (legge Martelli) prevede la possibilità di impiegare lavoratori extracomunitari per l'esercizio di profili professionali infermieristici nell'ambito del SSN e di stipulare con i lavoratori interessati contratti biennali di diritto privato. Esso stabilisce, inoltre, che i cittadini extracomunitari in possesso di laurea o di diploma conseguiti in Italia, o che abbiano riconoscimento legale del titolo conseguito all'estero, hanno il diritto di sostenere gli esami di abilitazione professionale o di chiedere l'iscrizione negli albi professionali, in deroga alle disposizioni che prevedono il possesso della cittadinanza italiana.

Una circolare del Ministero della Sanità del 1995 sostiene che le strutture sanitarie locali devono verificare, per l'esercizio della professione infermieristica, il possesso dei titoli abilitanti sia per i cittadini comunitari che per gli extracomunitari, specificando che l'esercizio dell'attività professionale sanitaria, in assenza di titolo abilitante o con titolo abilitante all'estero non riconosciuto dal Ministero della Sanità, costituisce esercizio abusivo della professione. Alla stessa conclusione si giunge anche nel caso in cui non sia stata effettuata l'iscrizione all'Albo professionale. La circolare specifica che per l'iscrizione agli albi è richiesta la cittadinanza italiana o quella di uno Stato dell'Unione Europea; pertanto i cittadini extra-comunitari non possono essere iscritti presso questi albi, salvo nel caso in cui non sussistano accordi internazionali bilaterali di reciprocità. Successivamente, la legge del 6 marzo 1998 n. 40 (Turco-Napolitano, 1999) congela il requisito della cittadinanza italiana consentendo, di fatto, l'iscrizione agli ordini o collegi professionali agli stranieri (comunitari ed extracomunitari) regolarmente soggiornanti. Può quindi iscriversi chi è in possesso di titolo abilitante all'esercizio di una professione conseguito in Italia, o in possesso di un titolo riconosciuto se conseguito all'estero. La circolare del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale n. 53/2001 ha disposto che gli Sportelli Unici presso le Prefetture rilascino le autorizzazioni al lavoro per l'ingresso di infer-

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

mieri purché in presenza del riconoscimento da parte del Ministero della Sanità del titolo professionale conseguito all'estero. La legge del 30 luglio 2002 n. 189 (Bossi-Fini) ha riformato la disciplina delle leggi precedenti, eliminando di fatto qualsiasi limite legato all'accesso a questa professione a causa della cronica carenza di infermieri e sottraendo gli extracomunitari addetti a questa attività alle norme sui flussi. Il decreto del Ministero della Salute 18 giugno 2002 autorizza le regioni Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e le provincie autonome di Trento e Bolzano a compiere gli atti istruttori di verifica per il riconoscimento dei titoli abilitanti all'esercizio di una professione sanitaria conseguita in Paesi non appartenenti all'Unione Europea. Al termine dell'istruttoria, la copia della documentazione relativa ad ogni singola domanda di riconoscimento viene inviata al Ministero della Salute, Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie, che provvede alle opportune verifiche. Il decreto di riconoscimento del titolo, o del diniego, una volta adottato, è trasmesso all'interessato all'indirizzo indicato, e contestualmente viene informato l'Ente che ha istruito la pratica. Con tale decreto il passaggio al Ministero della Salute non risulta eliminato e nel contempo il procedimento amministrativo prevede un ulteriore passaggio alle Regioni.

## INSERIMENTO DEGLI INFERMIERI STRANIERI NELLE STRUTTURE SANITARIE

Nonostante la Legge Bossi-Fini (Legge n. 189 del 30 luglio 2002) abbia introdotto una "corsia preferenziale" per gli infermieri extracomunitari, il loro accesso alle strutture pubbliche rimane ostacolato dai requisiti richiesti per accedere ai concorsi pubblici, in particolare il requisito di cittadinanza (D. Lgs.n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modifiche). Tuttavia, l'inserimento nelle strutture pubbliche, seppure non in organico, è possibile in altre forme, o attraverso una chiamata diretta con un contratto a tempo determinato o tramite l'assunzione da parte di cooperative appaltatrici di servizi infermieristici riconosciute dal Ministero della Salute, o anche tramite le agenzie interinali di lavoro abilitate dalla nota legge Biagi (Legge 14 febbraio 2003, n. 30 e successive norme operative) a operare direttamente anche all'estero.

Le cooperative possono inserirsi nel mercato sanitario solo gestendo in appalto intere strutture o singoli reparti, mentre le agenzie interinali possono effettuare un vero e proprio affitto di manodopera che va a compensare temporanee carenze di personale. Sono note le problematiche legate a queste ultime forme di inserimento nelle strutture, ove spesso si assiste ad un vero caporalato.

Gli stranieri extracomunitari possono altresì essere assunti da presidi ed istituzioni private con contratto di diritto privato a tempo determinato e/o indeterminato. Secondo i dati dell'Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) negli anni 2003-2004 le assunzioni di infermieri non comunitari nel sistema sanitario italiano privato sono così ripartite:

- Nord Ovest: 3420;
- Nord Est: 3090;
- Centro: 1371;
- Sud: 500;
- Isole: 164.

I dati di Unioncamere (2004) forniscono ulteriori indicazioni riguardo al personale straniero solitamente assunto presso strutture sanitarie private; ad essere richiesto è generalmente il personale giovane (tra i 25 ed i 30 anni) che, nei due terzi dei casi, ha un contratto a tempo indeterminato e in un quinto ha un contratto a tempo parziale. Le assunzioni sono destinate nel 27,3% dei casi alle donne, nel 6,8% agli uomini e nell'86,9% ad entrambi i sessi; nei quattro quinti dei casi viene richiesta un'esperienza pregressa anche generica e limitata ad un solo anno (solitamente questo periodo basta nel 52% dei casi).

Secondo una ricerca Ires-Cgil il giro d'affari per le agenzie interinali che si occupano di reclutare infermieri dall'estero e di portarli in Italia è attorno ai 300 milioni di euro l'anno (Pasotti, 2009).

Negli ultimi anni tutti gli Stati stanno promuovendo politiche volte a coprire il gap esistente tra domanda e offerta: Regno Unito, Finlandia e Irlanda, ad esempio, prevedono un periodo di adattamento e/o di supervisione iniziale. Molti Paesi si sono serviti e si servono di specifici programmi per facilitare l'integrazione di operatori sanitari stranieri. Il governo del Canada ha investito 75 milioni di dollari canadesi (ad oggi circa 53 milioni di euro) per integrare completamente 1.000 medici e 500 operatori sanitari che si trasferiranno in Canada nei prossimi cinque anni. L'Australia ha finanziato programmi di acquisizione delle competenze realizzando risultati molto positivi. In Portogallo esiste un

programma supportato da organizzazioni non governative, che assistono gli infermieri immigrati nell'ottenimento del diploma.

In Italia, nonostante gli sforzi normativi per il soggiorno e l'assunzione di infermieri stranieri, a differenza dei Paesi sopracitati non vi sono, a livello governativo generale, misure atte a favorire l'inserimento di personale infermieristico straniero nelle strutture sanitarie pubbliche.

La situazione della Lombardia, e di Milano in particolare, non fa eccezione rispetto al contesto generale, anche se alcune singole strutture si stanno muovendo con iniziative isolate per migliorare la situazione.

Ad esempio, l'azienda lombarda per l'edilizia residenziale (ALER), l'azienda che gestisce buona parte del patrimonio di edilizia pubblica del capoluogo, consegna all'azienda ospedaliera Fatebenefratelli 36 monolocali; si tratta di miniappartamenti inferiori ai 28 metri quadrati che per legge possono essere dati in affitto solo temporaneamente. Di qui la decisione di firmare patti con gli ospedali per metterli a disposizione degli infermieri, spesso in difficoltà per il caro-affitti.

"Su 800 infermieri che lavorano nel nostro ospedale, già ottanta hanno fatto richiesta – spiega Gerolamo Corno, direttore generale del Fatebenefratelli –. Sono appartamenti nei quartieri qui intorno". Il canone mensile sarà di circa 200 euro e gli infermieri potranno rimanervi per 18 mesi. Accordi simili ci sono già col San Paolo, il Sacco e il San Carlo Borromeo" (Pierandrei, 2009).

La politica del Consiglio Direttivo del Collegio Ispasvi Milano-Lodi, espressa attraverso l'organizzazione di diverse iniziative in questi ultimi anni a cura di una commissione ad hoc, è sempre stata quella di considerare la componente degli iscritti stranieri come un'importante risorsa per la crescita professionale, una ricchezza e un valore aggiunto alla categoria, nonostante le problematiche legate all'inserimento nelle strutture, in particolare quelle linguistiche. La presenza, da oltre dodici anni all'interno del suddetto Consiglio Direttivo, di un consigliere di origine straniera, l'apertura di uno sportello di ascolto per gli iscritti stranieri e le numerose vendite all'estero del "Manuale della professione infermieristica", predisposto proprio dall'ordine professionale di Milano e oramai alla terza ristampa, ne sono esempi significativi.

Le seguenti riflessioni del Presidente dell'Ordine spiegano meglio i continui sforzi del Consiglio Direttivo:

"Il fenomeno dell'immigrazione sta divenendo sempre più pressante e importante, e molti sono gli infermieri che cercano nel nostro Paese uno sbocco professionale attinente al percorso formativo intrapreso. L'iter d'inserimento lavorativo è anche un viatico d'integrazione. Per l'ammissione all'albo (condizione essenziale per accedere alla professione) è necessario l'apprendimento della lingua italiana, che diventa quindi il presupposto per approfondire e conoscere gli aspetti più significativi della professione infermieristica in Italia: pratiche, consuetudini, normativa, linguaggi, ma anche organizzazione delle attività e strumenti a disposizione. Superato questo esame bisogna poi dimostrare di conoscere a fondo la deontologia. L'inserimento lavorativo dei nostri colleghi provenienti da lontano deve essere efficacemente presidiato, a tutela naturalmente dei degenti, ma anche in vista di un'integrazione agevole e graduale" (Muttillio, 2010).

Inoltre, i processi di integrazione degli infermieri stranieri risulteranno più efficaci se sono considerate e comprese le loro singole culture e se sono conosciuti i percorsi di formazione vigenti nei vari paesi. Il loro inserimento non può essere lasciato al caso, ma presidiato e guidato da uno o più infermieri tutor nel medio-lungo periodo.

L'apporto di forza lavoro straniera rappresenta certamente per il nostro Paese una fonte indispensabile affinché possa essere garantito un adeguato servizio, data la situazione di forte carenza di personale infermieristico. In effetti, se "gli infermieri stranieri decidessero un giorno di scioperare, in Lombardia sarebbe il caos" (Muttillio, 2010).

D'altra parte, il fenomeno della mobilità nazionale e internazionale degli infermieri (soprattutto stranieri che dopo pochi anni di servizio mirano al rientro nel proprio paese d'origine) è un ulteriore elemento che riduce la presenza infermieristica nelle strutture sanitarie, soprattutto del Nord e della Lombardia.

È chiaro che, per quanto gli stranieri siano una risorsa importante, non possono soddisfare da soli il fabbisogno infermieristico. Occorrono politiche che prendano in considerazione non solo la formazione di base, ma anche l'organizzazione e la gestione del personale all'interno delle strutture sanitarie, sia in termini quantitativi ma anche e soprattutto in un'ottica qualitativa.

## BIBLIOGRAFIA

---

Blasi S. Il personale infermieristico immigrato come risorsa del sistema sanitario italiano: il caso della città di Milano, tesi di laurea in economia aziendale e management, 2010.

Caritas/Migrantes, Immigrazione, Dossier Statistico, XVI rapporto, 2006.

Federazione Nazionale Collegi IPASVI, [www.ipasvi.it](http://www.ipasvi.it), rapporto iscritti 2006.

Federazione nazionale ordine medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCEO), atti 2006.

Muttillo G. In: Scavo N. Boom di infermieri stranieri. Numeri in crescita. «Senza operatori extracomunitari sanità in tilt», *Avvenire*, 10/1/2009.

Pasotti A. Ospedali e case di riposo: 10mila infermieri stranieri e la corsia è una babele, *Il giornale.it*, 6/12/2009.

Pierandrei E. *La Repubblica Metropoli*, 25 giugno 2009.

Unioncamere, *Indagine annuale Excelsior sul mercato del lavoro*, 2010.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

---

Decreto-legge 30 dicembre 1989, n. 416 (gu n. 303 del 30/12/1989), Norme urgenti in materia di asilo politico, di ingresso e soggiorno dei cittadini extracomunitari e di regolarizzazione dei cittadini extracomunitari ed apolidi già presenti nel territorio dello stato (convertito in legge n. 39 del 28 febbraio 1990).

Legge 6 marzo 1998, n. 40, Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.

Ministero del lavoro e della previdenza sociale, Direzione Generale per

l'Impiego, Servizio per i problemi dei lavoratori immigrati extracomunitari e delle loro famiglie, CIRCOLARE N. 53 del 18 maggio 2001, "D.P.R. del 30.3.2001 - Documento Programmatico 2001/2003. DPCM del 9.04.2001 Decreto di programmazione dei flussi per l'anno 2001. Disposizioni attuative".

Legge 30 luglio 2002, n. 189, Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo.

Decreto Ministro della Salute del 18 giugno 2002, Autorizzazione alle regioni a compiere gli atti istruttori per il riconoscimento dei titoli abilitanti dell'area sanitaria conseguiti in Paesi extracomunitari ai sensi dell'art. 1, comma 10-ter; del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito in legge dall'art. 1 della legge 8 gennaio 2002, n. 1. (*Gazzetta Ufficiale* n. 159 del 09 Luglio 2002).

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n.502, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (*G.U. Serie Generale* n. 305 del 30 dicembre 1992).

Legge 14 febbraio 2003, n. 30, Delega al Governo in materia di occupazione e mercato del lavoro.

Decreto Legislativo 10 settembre 2003, n. 276, Attuazione delle deleghe in materia di occupazione e mercato del lavoro, di cui alla legge 14 febbraio 2003, n. 30.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

---

Collegio IPASVI Milano Lodi, rapporto iscritti 2008 e 2009.

Inail, rapporto 2003-2004.

Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale (2001, maggio 24). Decreto flussi 2001. Ulteriori disposizioni alla circ. n. 53/2001.

## Quali politiche per gli anziani non autosufficienti?

Cristiano Gori

Università Cattolica; Istituto per la Ricerca Sociale, Milano e London School of Economics, Londra

**S**ono disponibili i risultati di un progetto – commissionato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – che esamina le principali ipotesi riguardanti le politiche nazionali di assistenza continuativa alle persone non autosufficienti da realizzare nei prossimi anni. Il lavoro si occupa delle politiche pubbliche di assistenza continuativa (o *long-term care*) rivolte alle persone non autosufficienti di ogni età, anziane e disabili. La prospettiva è quella del decisore statale, promotore della ricerca, che discute le azioni che potrebbe svolgere.

Si tratta di una valutazione *ex-ante*<sup>1</sup> delle principali ipotesi per le politiche nazionali di assistenza continuativa<sup>2</sup>. Sono state scelte le più accreditate opzioni oggi al centro del dibattito, non fermandosi a quelle condivise dagli Autori, bensì cercando di costruire il quadro complessivo delle alternative che ottengono maggior credito<sup>3</sup>. Per ogni ipotesi è stato simulato come cambierebbero l'assistenza erogata e il profilo dell'utenza con la sua introduzione, per poi stimare quali sarebbero le conseguenze sul bilancio pubblico in termini di spesa e immaginare come si articole-

rebbe la sua graduale attuazione nel tempo. Infine, è stata esaminata ogni ipotesi secondo un insieme di criteri valutativi pertinenti<sup>4</sup>, in modo da offrire un insieme di giudizi fondati sui principali punti di vista – tra loro divergenti – considerati nel dibattito. Gli elementi così raccolti hanno reso possibile la costruzione di un confronto, basato sui dati empirici, tra le diverse strade percorribili<sup>5</sup>. L'arco temporale di riferimento è 6 anni, con alcuni spunti sulle conseguenze di lungo periodo.

Il testo è scaricabile dal sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali all'indirizzo [www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it). Sul medesimo sito si trova, per ogni capitolo, una presentazione in powerpoint con la sintesi dei principali risultati.

Il progetto è stato ideato e coordinato dal sottoscritto e realizzato dall'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano, che si è avvalso di numerose autorevoli collaborazioni.

La prima parte valorizza i messaggi che l'esperienza (le politiche del passato, il contesto internazionale, gli interventi regionali) manda alle politiche future. Nella

<sup>1</sup> Bezzi definisce valutazione *ex ante* quella realizzata "prima dell'approvazione della successiva implementazione di un programma o un progetto; in questo caso la valutazione aiuta i decisori a scegliere fra scenari alternativi (derivati da possibili diversi impatti dell'azione da avviare), o tra programmi e progetti alternativi, o tra modalità di esecuzione alternative dello stesso programma o progetto, oppure ancora, nel caso non ci sia una reale possibilità di scelta, aiuta a stimare i diversi effetti, positivi o negativi, del processo o evento in via di implementazione" (Bezzi C. *Cos'è la valutazione*, Milano, Angeli 2007, p. 198).

<sup>2</sup> La denominazione ufficiale del progetto è "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi".

<sup>3</sup> L'unico vincolo inserito consiste nella scelta di non considerare le opzioni che prevedono una riduzione dell'intervento pubblico perché ritenute incompatibili con lo stato attuale dell'assistenza continuativa e con le previsioni demografiche future. Per ogni servizio o prestazione monetaria abbiamo considerato l'ipotesi di mantenere la situazione attuale (*status quo*) e le 3 o 4 ipotesi di cambiamento più accreditate nel dibattito.

<sup>4</sup> Questi i criteri valutativi impiegati: finanza pubblica, efficacia, equità, differenziazioni territoriali, fattibilità ed effetti di lungo periodo.

<sup>5</sup> Ad esempio, ecco le ipotesi esaminate nel capitolo 10, dedicato alle prestazioni d'invalidità civile: a) mantenimento dello *status quo*, b) rimuovere le principali criticità del sistema vigente, c) trasformare l'indennità di accompagnamento in Prestazione Assistenziale di Base (PAB), d) potenziare il sostegno ai soggetti più svantaggiati, mantenendo i livelli attuali di spesa, e) incentivare l'uso di servizi alla persona. Alla fine – come in tutti i capitoli – si confrontano le diverse ipotesi tra loro.



## REVISIONE PERIODICA

### DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

seconda parte, per ognuno dei servizi o prestazioni monetarie vengono illustrate le principali ipotesi per il futuro. Ogni ipotesi viene simulata e valutata secondo il procedimento indicato sopra e, infine, le varie opzioni vengono messe a confronto tra loro. La terza parte colloca i ragionamenti sui diversi servizi e interventi nello scenario dei cambiamenti istituzionali dovuti all'introduzione del federalismo. La quarta parte, infine, confronta gli scenari d'insieme dell'assistenza continuativa in Italia.


Il progetto costituisce la prima valutazione ex-ante mai commissionata, in Italia, dall'amministrazione statale in materia di assistenza continuativa alle persone non autosufficienti. La prima volta, detto altrimenti, che si chiede a un gruppo di tecnici di mettere a confronto le diverse azioni che si potrebbero realizzare nelle politiche di assistenza continuativa rivolte alle persone non autosufficienti, utilizzando i dati e le conoscenze disponibili al fine di simularne il percorso attuativo e i cambiamenti prodotti. In passato, diversi Esecutivi hanno chiesto a gruppi di tecnici di elaborare specifiche proposte, e tre sono le commissioni/ i gruppi di nomina istituzionale che hanno operato dalla metà degli an-

ni '90 ad oggi. Nel 1997, l'allora Presidente del Consiglio Prodi nominò la "Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale" – nota come Commissione Onofri – che elaborò una proposta complessiva di riforma del welfare, contenente anche indicazioni per la non autosufficienza. Nel 2002 gli allora Ministri della Salute, Sirchia, e del Lavoro e delle Politiche Sociali, Maroni, istituirono la "Commissione di studio sulla prevenzione e il trattamento della non autosufficienza con particolare riferimento agli anziani", che formulò alcune proposte concernenti l'assistenza continuativa. In anni più recenti la Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Commissione Lea) in Sanità presso il Ministero della Salute ha dato vita ad un sottogruppo responsabile del sociosanitario: il sottogruppo ha presentato nel 2006 una proposta di revisione dei livelli riguardanti le cure domiciliari rivolte ai non autosufficienti di ogni età e nel 2007 una proposta di revisione in merito alla residenzialità. L'obiettivo di tutti i gruppi menzionati era formulare le proprie proposte mentre, in questo caso, si valutano scenari alternativi.

Il testo e i powerpoint di sintesi sono scaricabili dal sito del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali all'indirizzo  
[http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/md/AreaSociale/Disabilita/Studi\\_Ricerche/](http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/md/AreaSociale/Disabilita/Studi_Ricerche/).



**TEOFARMA s.r.l.**

A large, stylized graphic of a mountain range in shades of blue and white, positioned on the left side of the page. It consists of several white peaks of varying heights against a light blue background.

# **Plactidil** **300 mg** *picotamide* *monoidrata*