



ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno XIII - N. 1
Marzo 2015
TRIMESTRALE

1/2015

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



ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali



I luoghi della cura



ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

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

DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia,
Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori,
Gianbattista 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 - Lungotevere Michelangelo 9 - 00192 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruppic.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 garantire la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma



SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

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

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Antonella Onori - onori@gruppcic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppcic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Lungotevere Michelangelo, 9 - 00192 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppcic.it
Sito web: www.gruppcic.com

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003
R.O.C.: 6905/128611

Stampa: LITOGRAFTODI 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 marzo 2015

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 2015



CIC Edizioni Internazionali

EDITORIALE

Neuroprotezione: 14.902 citazioni su PubMed al 4-1-2015, ... non a caso

Mauro Colombo, 4

QUADRO DI RIFERIMENTO

Il Governo Clinico e le Residenze per anziani

Francesco Della Croce, 6

ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Valutazione della complessità assistenziale nelle cure intermedie

Rosaria Tararà, Anna Castaldo, 11

MATERIALI DI LAVORO

La valutazione multidimensionale geriatrica trent'anni dopo: riflessioni storiche e attuali

Antonio Guaita, 17

SPUNTI DI DIBATTITO

L'accompagnatore spirituale in Hospice

Giuseppe Costanzo, 22

ESPERIENZE

Ospedalizzazione a domicilio: cronaca di un'esperienza

Renata Marinello, Maurizio Rocco, Vittoria Tibaldi, Benedetta Bardelli, Cristina Tamone, 27



Neuroprotezione: 14.902 citazioni su PubMed al 4-1-2015, ... non a caso

Mauro Colombo

Istituto Geriatrico "Camillo Golgi" - Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrasso (MI)

“Il proliferare di studi neurobiologici, neuropsicologici e di neuro *imaging* definisce l'invecchiamento cerebrale come un fenomeno caratterizzato da una marcata variabilità inter-individuale e intra-individuale, composta da modificazioni macro e micro-scopiche a livello anatomico-strutturale, biochimico e funzionale, che si esprimono in maniera variabile tra gli individui e la cui comparsa dipende dall'interazione tra fattori genetici e ambientali, che si manifestano a livello delle funzioni cognitive, motorie, del ritmo sonno-veglia e delle funzioni psico-affettive". Queste parole di Patrizia Mecocci e Antonio Cherubini, scritte nel 2002, sono state riprese nelle proposte per la creazione di linee guida sulla valutazione cognitiva dell'anziano, in "Psicogeriatrics" 2014, N° 3 (pag. 15).

Una visione così ampia apre spazi di "neuroplasticità", già dall'età adulta: uno stile di vita salutare nella 4^a e 5^a decade – con particolare attenzione alle abitudini alimentari – può favorire una buona transizione alla maturità nella 7^a decade (1). In particolare, la dieta mediterranea può proteggere dalla perdita tessutale. In soggetti adulti cognitivamente normali (prevalentemente nella 6^a decade), una scarsa aderenza a tale dieta si associa – a parità di altri fattori – ad un assottigliamento della corteccia nelle medesime aree interessate dalla malattia di Alzheimer: giri temporali medio e inferiore, lobulo parietale inferiore, cingolo posteriore, versante mediale della corteccia orbito-frontale (2). In visione diacronica, alcuni fattori presenti nell'età di mezzo comportano un rischio di demenza in età avanzata: un'analisi che ha abbinato l'opinione di esperti, secondo il metodo Delphi, con la rassegna della letteratura, ha individuato l'ipertensione arteriosa e l'obesità in età adulta quali fattori di rischio modificabili per la demenza in generale, assieme a depressione, inattività fisica,

diabete, iperlipidemia e fumo (senza esprimere un parere definitivo su coronaropatia, cattiva funzionalità renale e attività cognitiva) (3).

Con riferimento alla demenza di Alzheimer – che peraltro condivide molti fattori di rischio collegati allo stile di vita con le malattie cardiovascolari e il diabete – un gruppo di esperti (anche italiani) ha individuato sette linee guida che sottolineano il ruolo degli oligoelementi (minimizzare gli apporti di ferro, rame e alluminio – invocando un "principio di precauzione" di stampo tossicologico) e delle vitamine (favorendo apporti alimentari per la vitamina E e supplementi e dosaggi per la B12). Accanto alle raccomandazioni dietetiche e di attività motoria già promosse altrove, sono caldeggiati – sia pure "ufficiosamente" – un riposo notturno di 7-8 ore, e un coinvolgimento per 30', 4-5 volte la settimana, in attività che richiedano apprendimento di nuove nozioni, per accrescere la "riserva cognitiva" (4).

Attività piacevolmente stimolanti – magari compiute con strumenti tecnologici di ampia diffusione, e che non richiedono particolare dimestichezza – sembrano offrire spazi di neuro protezione in situazioni di malattia e di rischio, quali il morbo di Parkinson (5) e il deterioramento cognitivo lieve (6), oltre che negli anziani in genere (7). La stimolazione cognitiva ha prodotto un guadagno nel punteggio al test MoCA (cognitività globale) rispetto a un intervento di "controllo attivo", in soggetti con storia familiare di demenza (8). Il detto di Giovenale "*mens sana in corpore sano*" trova oggi una spiegazione biologica anche nelle nuove ricerche sulle miocchine e in particolare sulla irisina (9-11). Anche in persone con deterioramento cognitivo lieve di tipo amnestico l'attività fisica multicomponente, che stimoli attenzione e memoria, condotta per 90' al giorno, due volte alla settimana, per 40 sedute in 6 mesi, si è mostrata capa-

EDITORIALE

ce di modificare non solo la memoria logica e le capacità cognitive globali, ma di sostenere il neurotrofismo corticale (12). Lo studio EXCEL ha confermato la capacità dell'allenamento aerobico e di resistenza nel modificare la traiettoria cognitiva delle persone con deterioramento cognitivo lieve, in particolare l'attenzione selettiva e la capacità di risolvere conflitti, abilità rappresentative delle funzioni esecutive (13). Non sembra esservi ancora certezza che nei soggetti a maggiore rischio genetico di sviluppare la demenza di Alzheimer l'attività fisica risulti protettiva, anche se sembra capace di proteggere la memoria semantica, e di stabilizzare le capacità cognitive nelle persone con deterioramento cognitivo lieve; la stessa rassegna attribuisce all'attività fisica la capacità di ridurre la deposizione di β amiloide nei portatori dell'allele APOE- ϵ 4, e collega il condizionamento cardiorespiratorio a maggiori volumi encefalici negli stadi precoci della demenza di Alzheimer (14). Con riferimento alla citazione introduttiva, la ricerca sulla demenza negli ultimi 25 anni è senz'altro evoluta verso un "meta-paradigma" preventivo, che coinvolge scienza e società (15). Per questo sono benvenute le revisioni che hanno ridimensionato gli ambiti quantitativi di prevedibilità dal 50 al 33%, tenendo conto della non-indipendenza dei fattori di rischio modificabili (16). In fin dei conti, se in scienza il dato è tutto, Antonio Pascale ci ricorda che "cultura è capacità di conoscere e misurare".

BIBLIOGRAFIA

1. Cadar D, Pihkart H, Mishra G, Stephen A, Kuh D, Richards M. The role of lifestyle behaviors on 20-year cognitive decline. *Journal of Aging Research*. 2012;2012:304014. doi: 10.1155/2012/304014. Epub 2012 Sep 4
2. Mosconi L, Murray J, Tsui WH, Li Y, Davies M, Williams S, Pirraglia E, Spector N, Osorio RS, Glodzik L, McHugh P, de Leon MJ. Mediterranean diet and magnetic resonance imaging-assessed brain atrophy in cognitively normal individuals at risk for Alzheimer's disease. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*. 2014;1:23-32.
3. Deckers K, van Boxtel MPI, Schiepers OJG, de Vugt M, Muñoz Sanchez JL, Anstey KJ, Brayne C, Dartigues J-F, Engedal K, Kivipelto M, Ritchie K, Starr JM, Yaffe K, Irving K, Verhey FRJ, Köhler S. Target risk factors for dementia prevention: a systematic review and Delphi consensus study on the evidence from observational studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014; 2014 Dec 12. doi: 10.1002/gps.4245. [Epub ahead of print]
4. Barnard ND, Bush AI, Ceccarelli A, Cooper J, de Jager CA, Erickson KI, Fraser G, Kesler S, Levin SM, Lucey B, Morris MC, Squitti R. Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*. 2014;574-578.
5. Hershey LA. Comment: performance improvement with computer training in Parkinson disease. *Neurology*. 2014;82:1224.
6. Hosseini SM, Kramer JH, Kesler SR. Neural correlates of cognitive intervention in persons at risk of developing Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2014 Aug 26;6:231. doi: 10.3389/fnagi.2014.00231. eCollection 2014
7. Kueider AM, Parisi JM, Gross AL, Rebok GW. Computerized cognitive training with older adults: a systematic review. *PLoS ONE*. 2012 7(7): e40588. doi:10.1371/journal.pone.0040588
8. Polito L, Abbondanza S, Vaccaro R, Valle E, Davin A, Degrate A, Villani S, Guaita A. Cognitive stimulation in cognitively impaired individuals and cognitively healthy individuals with a family history of dementia: short-term results from the "Allena-Mente" randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014;2014 Sep 3. doi: 10.1002/gps.4194 [Epub ahead of print]
9. Wrann CD, White JP, Salogiannis J, Laznik-Bogoslavski D, Wu J, Ma D, Lin JD, Greenberg ME, Spiegelman BM. Exercise induces hippocampal BDNF through PGC-1 /FNDC5 pathway. *Cell Metabolism* 2013;18: 649-659.
10. Xu B. BDNF (I)rising from exercise. *Cell Metabolism*. 2013;18:612-614.
11. Phillips C, Baktir MA, Srivatsan M, Salehi A. Neuroprotective effects of physical activity on the brain: a closer look at trophic factor signaling. *Frontiers in cellular neurosciences*. 2014 Jun 20;8:170. doi: 10.3389/fncel.2014.00170. eCollection 2014
12. Suzuki T, Shimada H, Makizako H, Doi T, Yoshida D, Ito K, Shimokata H, Washimi Y, Endo H, Kato T. A randomized controlled trial of multi-component exercise in older adults with mild cognitive impairment. *PLoS ONE*. 8(4): e61483. doi:10.1371/journal.pone.0061483
13. Davis JC, Bryan S, Marra CA, Sharma D, Chan A, Beattie BL, Graf P, Liu-Ambrose T. An economic evaluation of resistance training and aerobic training versus balance and toning exercises in older adults with mild cognitive impairment. *PLoS ONE*. 2013;8(5):e63031. doi:10.1371/journal.pone.0063031
14. Smith JC, Nielson KA, Woodard JL, Seidenberg M, Rao SM. Physical activity and brain function in older adults at increased risk for Alzheimer's disease. *Brain Sciences*. 2013;3:54-83.
15. Whitehouse P, George DR. Prevention: how the paradigm is shifting. *The Journal of prevention of Alzheimer's disease*. 2014;1:51-55.
16. Norton S, Matthews FE, Barnes D, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *The Lancet Neurology*. 2014;13:788-794.

Il Governo Clinico e le Residenze per anziani

Francesco Della Croce

Direttore Socio-Sanitario Azienda di Servizi alla Persona, Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio, Milano

Per Governo Clinico si intende un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità. Questa spiegazione sintetica del Ministero è tratta da un documento del Dipartimento della Salute londinese (1) che nel 1998 descriveva la *Clinical Governance* come una modalità di gestione dei servizi sanitari da promuovere al fine di mettere in atto attività sistematiche di valutazione e di miglioramento della qualità professionale. Più precisamente, veniva definita come "l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso i quali le istituzioni del SSN assumono una diretta responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati livelli di servizio attraverso la realizzazione delle condizioni necessarie per favorire l'espressione dell'eccellenza professionale".

Questo documento incoraggiava, tra l'altro, lo sviluppo di tre principi fondamentali su cui si reggono le organizzazioni:

1. La necessità di riconoscere e valorizzare le capacità degli operatori.
2. Il loro coinvolgimento nel monitoraggio delle risorse disponibili, dell'ambiente in cui operano e dei risultati ottenuti in termini di efficacia delle cure.
3. La promozione di cambiamenti in funzione delle esperienze acquisite dai singoli, dandogli la possibilità di garantire lo sviluppo di nuove conoscenze anche attraverso la formazione specifica.

Il modello sotteso richiede ulteriori elementi al fine della sua realizzazione, in particolare le condizioni per cui:

- Ognuno condivida l'obiettivo finale del lavoro da realizzare; sia responsabilizzato nello sviluppo del

proprio lavoro; sia a conoscenza del lavoro degli altri e ne condivida l'utilità e l'opportunità; non interferisca nella realizzazione del lavoro altrui.

- L'organizzazione sia valutata e misurata in termini di quantità (efficienza) e di qualità (efficacia) delle prestazioni rese.
- Sia soddisfatto chi usufruisce del risultato finale del lavoro (cliente).

LE RACCOMANDAZIONI UTILI PER PROMUOVERE IL GOVERNO CLINICO NELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

Valorizzare questi fattori come elementi indispensabili per garantire il cambiamento e la qualità ha favorito la stesura delle "raccomandazioni", sinteticamente riportate qui di seguito, per inquadrare e promuovere azioni utili per il miglioramento della qualità nelle strutture, indipendentemente dal loro ruolo nella rete dei servizi socio-sanitari:

- Creare i presupposti per garantire la partecipazione di tutti i professionisti ad audit clinici (valutazione e miglioramento di qualità).
- Incrementare la collaborazione multidisciplinare e stimolare la diffusione di pratiche basate sulle evidenze scientifiche e sull'utilizzo di linee guida.
- Valutare le competenze e la professionalità del personale, anche al fine di promuoverne una costante formazione o *training*, attraverso sistemi di misurazione dei risultati ottenuti dalle attività svolte.
- Implementare la rilevazione delle informazioni per monitorare l'assistenza clinica e valutare gli esiti (*outcome*), migliorando costantemente la completezza e l'accuratezza dei dati raccolti e la gestione della documentazione sanitaria.



QUADRO DI RIFERIMENTO

- Attuare un sistema di segnalazione, di indagine e di prevenzione degli eventi avversi.
- Sviluppare competenze comunicative finalizzate soprattutto a coinvolgere i pazienti e i loro familiari, facilitandogli anche la comunicazione dei reclami o segnalazioni, sia come strumento di conoscenza di eventuali carenze, sia come dato di qualità (qualità "percepita").

La *Clinical Governance* impegna quindi le organizzazioni sanitarie su più fronti e responsabilizza le strutture a sviluppare in modo attendibile e misurabile (*accountability*) un sistema organizzativo centrato sui bisogni del paziente, stimolando da un lato l'uso efficiente delle risorse disponibili per il raggiungimento dei massimi livelli di sicurezza e di qualità delle cure e/o dei servizi forniti e, dall'altro, valorizzando il ruolo e la responsabilità dei professionisti per assicurare l'efficacia con i migliori risultati possibili.

GOVERNO CLINICO E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO (2)

Tra gli elementi che testimoniano il buon governo dell'organizzazione deve essere annoverato lo sviluppo di specifici modelli di controllo del rischio clinico, poiché ben rappresentano la tendenza della struttura ai principi di miglioramento della qualità delle cure centrate sui bisogni del paziente, impliciti nel concetto di Governo Clinico. Il Rischio Clinico è definito, infatti, dai più come la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, subisca un danno o disagio imputabile, anche in maniera involontaria, alle prestazioni sanitarie ricevute durante la degenza e che possano prolungare la durata della degenza, peggiorare la salute o causare la morte.

Gestire il Rischio è possibile ricorrendo a metodologie di lavoro che permettano:

- La pianificazione di decisioni e azioni finalizzate all'individuazione e alla valutazione dei rischi.
- La gestione e il controllo delle procedure, dei progetti e dei protocolli individuati come efficaci a tale scopo.
- La gestione dei successivi processi decisionali.

Spesso la possibilità che si verifichi un evento avverso non dipende solo da "errori" legati a comportamenti anomali o superficiali del singolo operatore (errori "attivi"), ma da insufficienze o errori di progettazione, organizzazione e controllo, che restano

silenti nel sistema, finché un fattore scatenante non li rende manifesti in tutta la loro potenzialità, causando danni più o meno gravi (errori "latenti"). L'individuazione dell'errore attivo non esonera dalla ricerca degli errori latenti, perché sono le insufficienze del sistema che devono essere rimosse se si vuole ridurre la probabilità che si verifichi un errore (attività di prevenzione) e contenere le conseguenze dannose degli errori comunque verificatisi (attività di protezione).

Ne consegue che la Gestione del Rischio Clinico può essere promossa attraverso due processi gestionali e culturali tra di loro legati:

- Approccio Reattivo: imparare dagli errori commessi dalle proprie azioni (errori attivi).
- Approccio Proattivo: promuovere una costante verifica dell'efficacia e dell'efficienza dei processi assistenziali (errori latenti).

LA FORMAZIONE PER IL GOVERNO CLINICO (3)

Per creare le condizioni e per realizzare il sostanziale sviluppo culturale del Governo Clinico nel contesto delle strutture sociosanitarie, è necessario tener presente che i principi e i valori contenuti nelle "raccomandazioni" citate dal documento inglese devono rappresentare il motivo conduttore dei processi formativi utili al cambiamento o al miglioramento delle azioni intraprese per la cura dei pazienti.

Sviluppo professionale: è necessario costruire occasioni che facilitino gli operatori nell'approccio a nuovi modelli di apprendimento cognitivo e culturali alla base dell'agire professionale, così da trasferire le loro conoscenze senza perderne il "valore" maturato nel tempo e garantendogli l'acquisizione della flessibilità "cognitiva" necessaria a gestire le innovazioni e i cambiamenti dentro i contesti di cura.

Responsabilizzazione: lo scopo della responsabilizzazione degli operatori è rendere trasparente la qualità dell'assistenza. Tale obiettivo si raggiunge con un monitoraggio e una valutazione del loro operato basato su principi condivisi di misurazione e di confronto con standard professionali identificabili e misurabili; gli operatori devono essere consapevoli che lo sviluppo di un meccanismo di monitoraggio delle prestazioni ha come premessa la condivisione degli obiettivi e una partecipazione "proattiva" alla loro realizzazione:



occorrono quindi relazioni tra i professionisti basate sulla fiducia, da costruire attraverso il loro coinvolgimento nel governo delle organizzazioni sanitarie. Fiducia e partecipazione rappresentano due dei principi su cui si fonda la formazione, che deve sempre coinvolgere i partecipanti nella costruzione del percorso di apprendimento attraverso l'analisi dei bisogni e la contrattazione degli obiettivi formativi.

Condivisione multidisciplinare e interprofessionale: nel Governo Clinico, un'attività formativa efficace deve fondarsi su principi di condivisione, integrazione e collaborazione tra attori diversi, per ruolo e professionalità. Si tratta di sviluppare, oltre alle competenze tecnico-specifiche, le meta-competenze che consentono un agire comune delle diverse professioni poiché la qualità e la sicurezza della pratica clinica e dei processi assistenziali si fondano sulla competenza non solo del singolo operatore quanto, piuttosto, dei team che si costruiscono nei diversi punti della rete, dal loro grado di coordinamento e integrazione.

Formazione basata sull'evidenza (Evidence-based training): la formazione "evidence-based" deve avvalersi di metodologie e strumenti "basati sull'efficacia", ovvero di sistemi di verifica dell'impatto e dell'efficacia formativa. La verifica *ex post* della formazione sui comportamenti professionali, così come sul rimodellamento dell'organizzazione o sui risultati ottenuti sulla salute dei pazienti, deve essere parte integrante dei processi formativi e deve riuscire a prevedere i cambiamenti che essa produrrà nel contesto di riferimento. Questo necessita che a priori sia favorito:

- L'orientamento all'*Evidence-based medicine* (EBM), intesa come capacità di "integrare l'esperienza clinica individuale con la migliore evidenza clinica esterna disponibile, prodotta da una ricerca sistematica" (4).
- L'utilizzo di "linee guida", ovvero "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche" (DPR 14.1.1997).
- La definizione di profili di cura o percorsi diagnostico-terapeutici, intesi come i risultati degli adattamenti delle linee guida alle situazioni locali, con le loro specifiche caratteristiche organizzative e gestionali.

Imparare dall'esperienza: nel contesto formativo il concetto rimanda alla formazione sul campo, fondata sulla premessa che persone e sistemi sociali "imparano facendo" e che la stessa esperienza di lavoro, se pensata come "progetto di apprendimento", riesce a offrire molteplici opportunità di formazione. Formarsi sul campo significa imparare dal fare e considerare i problemi di lavoro come opportunità per analizzare le situazioni e gestirne il cambiamento; significa anche riconoscere nell'azione professionale un elevato valore formativo, esito del confronto con i colleghi, con se stessi, con l'organizzazione, con la letteratura scientifica. Nel contesto dell'imparare dall'esperienza deve essere sottolineato il ruolo preminente dell'Audit clinico.

Audit Clinico. L'Audit Clinico è una metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, finalizzato a identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di *best practice*, così da attuare le opportunità di cambiamento individuate e il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

L'audit clinico spesso è confuso con la discussione relativa a casi clinici, a dati relativi alle attività sanitarie, all'introduzione di cambiamenti delle prassi esistenti: questi metodi sviluppano un meccanismo di analisi non specificamente orientato al confronto con altre situazioni "simili" e non usano, ad esempio, dati di letteratura, linee guida o statistiche epidemiologiche per verificare che l'oggetto della valutazione possa essere considerato di volta in volta corretto, utile, giustificabile, inevitabile, ecc. in funzione di evidenze già annoverate come riferimenti utili, appunto le *best practice e/o gold standard*.

È pertanto importante che il gruppo di audit sia multidisciplinare e interprofessionale, ovvero composto da professionisti le cui competenze possano affrontare un'analisi approfondita del processo di cura o del particolare problema individuato.

L'audit clinico, poiché verifica la buona qualità della pratica corrente rispetto a standard diventa uno strumento importante anche per il governo del Rischio Clinico, in quanto valuta aspetti relativi a struttura e risorse (ad es. personale sanitario, logistica, apparecchiature, dispositivi), processi (ad es. documentazione clinica, appropriatezza e applicazione delle procedure clinico assistenziali, organizzazione



QUADRO DI RIFERIMENTO

dei processi clinici, tempi di attesa e modalità di accesso), esiti (ad es. recidive, mortalità, soddisfazione dei pazienti, riammissioni in ospedale non programmate). L'approccio metodologico all'audit tiene conto della disponibilità di standard di riferimento, di dati affidabili e accessibili, alla possibilità di sviluppare interventi di miglioramento. Ne consegue che il processo di audit deve essere previsto in funzione delle ricadute in termini di:

- Alti volumi/frequenza e/o alta rischiosità/criticità dell'attività.
- Alti costi/processi che comportano elevato impegno di risorse, ovvero alta complessità o numerosità di prestazioni ad elevato livello clinico-assistenziale e organizzativo.
- Alta variabilità/eterogeneità, che determinano interesse e importanza per i professionisti e loro opportunità di sviluppo professionale.
- Rilevanza per l'attività della Struttura (nel suo complesso o per Unità funzionale) rispondente agli obiettivi di miglioramento.
- Rilevanza per i cittadini e i pazienti in termini di efficacia e sicurezza delle cure.
- Alto contenuto innovativo inseribile nel contesto di lavoro.

In particolare, per le innovazioni "tecnologiche" si sta sviluppando una specifica metodologia (*Health Technology Assessment-HTA*), che utilizza il meccanismo dell'Audit, sinteticamente definibile come un approccio multidimensionale e multidisciplinare utile per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo che questa comporta nella sua diffusione e utilizzo.

IL "PERCHÉ" DEL GOVERNO CLINICO NELLE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

I principi della *Clinical Governance* possono essere recuperati nelle RSA già nella descrizione dei requisiti minimi organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e assistenziali nelle RSA così riportati nel DPR 14/1/1997:

"La R.S.A. deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità sanitarie locali, garantisca:

- *Valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente;*
- *Stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati;*
- *Lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare;*
- *Raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della R.S.A.;*
- *Coinvolgimento della famiglia dell'ospite;*
- *Personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate".*

Gli elementi descritti devono necessariamente trovare integrazione e coordinamento tra loro per rispondere ai bisogni assistenziali del paziente e assicurarli la miglior cura possibile; questo comporta un meccanismo di gestione in cui interagiscono molteplici fattori tra loro eterogenei e in costante evoluzione che condizionano, ad esempio, l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso competenze specialistiche e ruoli professionali diversi, determinando l'eterogeneità dei processi e dei risultati da conseguire.

Questo è il motivo per cui i principi dichiarati per lo sviluppo del Governo Clinico sono implicitamente da riaffermare nel buon governo delle attività clinico-assistenziali nelle RSA: l'instabilità clinica e la complessità assistenziale necessitano costantemente di un loro monitoraggio e di un orientamento delle cure intraprese come garanzia della tutela della salute dei pazienti.

Il fatto che in questi ultimi anni le Regioni abbiano avviato processi di analisi e controllo del Governo Clinico nelle RSA attraverso iniziative di coinvolgimento delle strutture e degli operatori nella raccolta di dati relativi al rischio clinico (cadute, decubiti, polifarmacoterapia, gestione dei dispositivi medici, infezioni nosocomiali, ecc.) non nasconde le criticità nel garantire un impianto costante e coinvolgente del Governo Clinico in questi luoghi.

L'aleatorietà delle risorse economiche, lo scarso investimento "culturale" sul personale sanitario, le differenti situazioni organizzative delle RSA e delle reti sociosanitarie locali rimandano alla disponibilità dei singoli e/o dei team per la salvaguardia dei principi "fondatori" del Governo Clinico: responsabilizzazio-



ne, apprendimento sul campo, condivisione multidisciplinare e intraprofessionale sono elementi fondamentali per l'avvio di questo processo, che necessita però di un investimento importante anche sulla formazione e sulle opportunità di sviluppo professionale attraverso, ad esempio, l'estensione ad un confronto sistematico tra professionisti e organizzazioni, promuovendo e pilotando inizialmente audit clinici tra RSA, al fine di tradurre queste occasioni in un approccio a nuovi modelli di apprendimento e nuove conoscenze che arricchiscano il proprio sapere attraverso l'uso di strumenti e metodologie di confronto/controllo altrimenti non utilizzabili.

BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV. A first class service: Quality in the new national health service - Londra, Department of Health, 1998.
2. Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III ex D.G.PROG: Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico -Manuale per la formazione degli operatori sanitari - Roma, 2010.
3. Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III ex D.G.PROG: L'Audit clinico - Roma, aprile 2013.
4. Sackett DL, et al. EBM: What it is and what it isn't. BMJ. 1996;212:71-72.



Valutazione della complessità assistenziale nelle cure intermedie

Rosaria Tararà¹, Anna Castaldo²

¹Unità Cure Intermedie, ASP Golgi Redaelli, Abbiategrasso (MI)

²Ufficio Formazione e URP, Provincia Religiosa di San Marziano di Don Orione - Piccolo Cottolengo di Milano

INTRODUZIONE

Storicamente il fabbisogno di personale era determinato sulla base del livello di intensità di cura e dai carichi di lavoro rilevati attraverso varie metodiche. La valutazione del carico di lavoro, inteso come tempo impiegato per lo svolgimento di una serie di attività "tangibili" appare tuttavia riduttivo perché non considera il processo di presa in carico del paziente nella sua globalità di cui l'infermiere è responsabile. Pertanto, recentemente, tale limite ha sollecitato lo sviluppo di un diverso paradigma che consiste nel misurare il carico di lavoro degli infermieri partendo dall'analisi della complessità assistenziale dei pazienti. Per complessità assistenziale in ambito infermieristico si intende l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza, espressi in termini d'intensità di impegno e qualità lavoro dell'infermiere, con riferimento ad un modello concettuale (1, 2).

Il tema della complessità affonda le sue radici nella necessità di documentare e classificare l'assistenza infermieristica; il focus dell'attività di classificazione è di riuscire a cogliere tutte le varietà e i continui mutamenti della persona assistita (3). In particolare, la complessità assistenziale degli anziani disabili e fragili richiede un approccio sistemico e una modalità di risposta personalizzata e adeguata ai loro bisogni (4). La misurazione della complessità assistenziale è oggi più che mai una priorità per le direzioni infermieristiche, che sono sollecitate a mantenere/garantire prestazioni di qualità a fronte di una riduzione delle risorse disponibili (umane, materiali), aggravata dalla crisi economica. In Italia negli ultimi decenni sono stati sviluppati e diffusi, soprattutto in ambito ospedaliero, tre metodi per valutare la complessità dei pazienti: Indice di Complessità Assistenziale (ICA), Sistema Informativo

della Performance Infermieristica (SIPI), Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP) (1,2,5).

Il Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI), promosso da un gruppo di infermieri dell'Azienda Ospedaliera di Monza, nasce come metodo per monitorare la fluttuazione della complessità assistenziale legata al soddisfacimento del bisogno di assistenza infermieristica delle persone assistite, come strumento capace di sviluppare dati oggettivi e confrontabili per una gestione quotidiana del personale infermieristico nelle unità operative e in grado di adattare efficacemente il personale disponibile alla domanda di assistenza (1,2). Il SIPI si fonda sul modello delle prestazioni infermieristiche, che include nel suo concetto di prestazione infermieristica il raggiungimento di un risultato riconducibile all'assistenza infermieristica (6). È stato validato nel 2008 attraverso uno studio multicentrico che ha coinvolto 25 Aziende Sanitarie, per un totale di 17.803 rilevazioni. Gli elementi informativi dell'assistenza infermieristica contenuti nella scheda di rilevazione elaborata dagli Autori sono:

1. le prestazioni infermieristiche: 8 prestazioni suddivise in 18 attività cui è attribuito uno specifico peso (si veda Tab. 5);
2. la complessità percepita dall'infermiere rilevatore (1,2).

OBIETTIVI

Obiettivi di questo studio pilota sono:

- a) valutare la complessità assistenziale dei pazienti accolti in un'unità di Cure Intermedie (ex riabilitazione generale geriatrica) attraverso il SIPI, evidenziando le attività riconducibili alle prestazioni infermieristiche maggiormente rappresentate;



- b) valutare l'applicabilità del SIPI in tale *setting*, differenzialmente per modello/cultura organizzativa dalle realtà ospedaliere, evidenziandone limiti e punti di forza.

METODI E STRUMENTI

È stato condotto uno studio osservazionale su un campione di persone ricoverate presso l'Unità Operativa Cure Intermedie (ex Riabilitazione Generale Geriatrica) dell'ASP Golgi-Redaelli Istituto "Camillo Golgi" di Abbiategrasso, nel periodo compreso fra il 17 febbraio e il 9 maggio 2014.

L'unità operativa è costituita da 40 posti letto; la degenza media è di 58 giorni. Costituiscono la dotazione organica: 3 medici, 1 infermiere coordinatore, 6 infermieri, 18 tempi pieni suddivisi in 10 OSS e 12 ASA, di cui 4 a part time.

La rilevazione è stata realizzata attraverso l'analisi della documentazione clinica (scheda infermieristica, schede di anamnesi e valutazione infermieristica, schede di registrazione procedure diagnostiche/terapeutiche, progetto e programma riabilitativo individuale), utilizzando la scheda di rilevazione proposta dal metodo SIPI.

La complessità è definita con una scala da 0 a 100, dove il valore 0 corrisponde a nessuna complessità (che in realtà in una situazione di degenza è inottemperabile, poiché anche se a tutte le prestazioni infermieristiche si attribuisse il livello di complessità più basso, il punteggio assegnato da SIPI sarebbe 36,3) e 100 corrisponde alla massima complessità.

La complessità percepita costituisce il riferimento con il quale è confrontata la complessità rilevata ed è distinta in:

- complessità percepita 1 a due livelli (bassa-alta);
- complessità percepita 2 a quattro livelli (bassa, medio-bassa, medio-alta, alta).

Per ciascun paziente reclutato un infermiere addestrato ha condotto tre rilevazioni durante il periodo di degenza:

- entro il 7° giorno dalla presa in carico del paziente (T0);
- dopo 28 giorni dalla presa in carico (T1);
- 7 giorni prima della dimissione - che in genere è nota poiché pianificata e comunicata al paziente una settimana prima (T2).

In caso di dimissione anticipata del paziente (volontaria, non volontaria, trasferimento ad altra unità

operativa, decesso) le rilevazioni (T1/T2) sono state effettuate nel giorno della dimissione.

L'analisi statistica è stata condotta sui punteggi ottenuti dalle risposte ai 18 item della scheda SIPI, secondo uno schema di pesatura delle prestazioni. Sulla base delle indicazioni dello studio condotto precedentemente dagli Autori del SIPI, la complessità rilevata è stata classificata in 4 livelli (bassa, medio-bassa, medio-alta, alta) e in due livelli (bassa, alta) utilizzando come *cut/off* il valore soglia di 49,2 (valore al di sotto del quale la persona assistita è classificata a bassa complessità di assistenza infermieristica e al di sopra ad alta complessità).

RISULTATI

I risultati si riferiscono a T0 a 54 pazienti, di cui 19 maschi e 35 femmine, con un'età media di 81,6 anni. La durata media della degenza è di 49 giorni, rilevata solo su 20 pazienti poiché 34 erano ancora ricoverati al termine dello studio. A T1 i risultati si riferiscono a 36 pazienti e a T2 a 16 pazienti (Tab. 1). Riguardo alla complessità percepita 1, distinta su due livelli (bassa e alta), si evince che il 42,6% dei pazienti alla presa in carico (T0) era ritenuto dall'infermiere rilevatore ad alta complessità, che si riduce progressivamente durante la degenza, soprattutto a T2 (Tab. 1). La complessità percepita 2 nei tre momenti di rilevazione (T0, T1, T2) è pressoché sovrapponibile al grado di complessità percepita su due livelli (bassa-alta) quando si sommano rispettivamente i quattro livelli (bassa, medio bassa, medio alta, alta).

Dall'analisi della complessità rilevata, sommando i punteggi delle 18 attività, si osserva che la mediana e la media si riducono da T0 a T2, anche se non si osservano differenze significative (Tab. 2).

Più specificamente, il livello di complessità osservata, considerando il *cut off* di 49,2, è alto nella maggior parte dei pazienti sia alla presa in carico (T0) sia dopo un mese (T1). All'opposto, a una settimana dalla dimissione, due terzi dei pazienti presentano una bassa complessità (Tab. 3).

Tuttavia a T0 e a T1 la complessità ottenuta in base al *cut off* non coincide con quella classificata in quattro livelli. Infatti a T1 rispetto ai 45 pazienti con una complessità alta, in base al *cut off* (Tab. 3), solo 34 risultano con livello di complessità medio alta o alta; nessun paziente è stato classificato a bassa complessità in tutte le rilevazioni (Tab. 4).



ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

Tabella 1 - Grado di complessità percepita I.

Complessità percepita	T0		T1		T2	
	N	%	N	%	N	%
Bassa	31	57,4	21	58,3	11	68,8
Alta	23	42,6	15	41,7	5	31,3
Totale	54	100,0	36	100,0	16	100,0

Tabella 2 - Grado di complessità rilevata.

Complessità rilevata	T0 (54 pz)	T1 (36 pz)	T2 (16 pz)
Media (Deviazione standard)	61,49 (16,15)	52,44 (19,95)	53,19 (23,28)
Mediana	57,95	51,55	38,60
Minimo	36,5	25,2	32,3
Massimo	98,2	98,2	98,2

Tabella 3 - Grado di complessità rilevata a T0-T1-T2.

Complessità con cut off 49,2	T0		T1		T2	
	N pz	%	N pz	%	N pz	%
Bassa	9	16,7	16	44,4	10	62,5
Alta	45	83,3	20	55,6	6	37,5
Totale	54	100,0	36	100,0	16	100,0

Tabella 4 - Complessità rilevata (4 livelli) a T0-T1-T2.

Livelli di complessità osservata	T0		T1		T2	
	N pz	%	N pz	%	N pz	%
Bassa (< 22,6)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Medio Bassa (22,6-53,1)	20	37,0	20	55,6	10	62,5
Medio Alta (53,2-88,6)	30	55,6	13	36,1	4	25,0
Alta (> 88,6)	4	7,4	3	8,3	2	12,5
Totale	54	100,0	36	100,0	16	100,0

È stata effettuata un'analisi statistica incrociata tra la complessità percepita sui due livelli (Bassa-Alta) e il grado di complessità rilevato, definito in base al *cut off* (49,2). A T0, su 31 pazienti che erano stati giudicati dall'infermiere a bassa complessità, solo 8, in ba-

se al punteggio assegnato dal SIPI, sono stati classificati a bassa complessità. A T1 (rilevazione a 28 giorni dall'ingresso) il livello percepito trova una maggior corrispondenza con la complessità rilevata (Figg. 1, 2). Infine a T2 (7 giorni prima della dimissione o il gior-



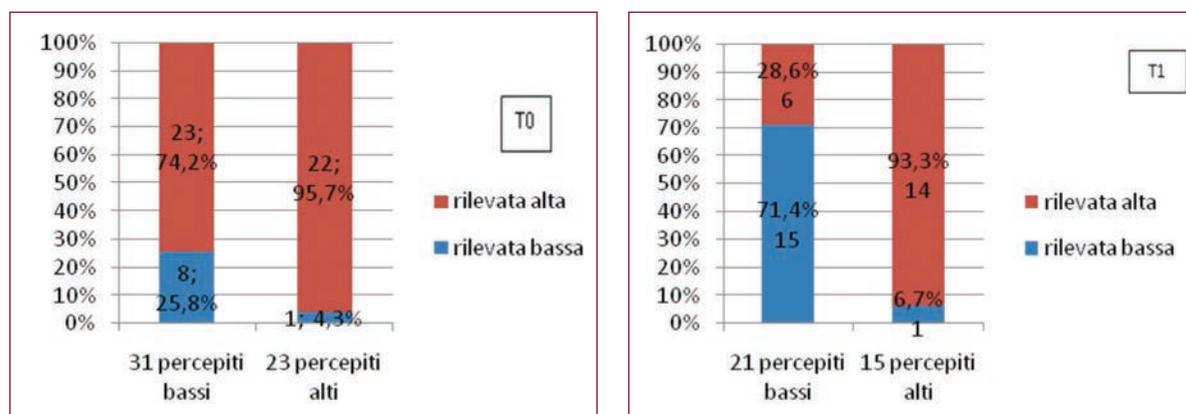


Figure 1 e 2 - Confronto tra complessità percepita e rilevata.

no stesso della dimissione) la complessità percepita e quella rilevata sono quasi del tutto sovrapponibili. Dall'analisi delle singole prestazioni assistenziali, che includono sia le azioni erogate direttamente dagli infermieri sia quelle erogate dagli operatori di supporto (Ausiliari Socio Assistenziali e Operatori Socio Sanitari), si sono estrapolate quelle prevalenti: movimento, eliminazione urinaria e intestinale, igiene, procedure diagnostiche e terapeutiche. Queste attività richiedono un impegno dell'infermiere e degli operatori di supporto più intenso rispetto ad altre attività erogate ai pazienti ricoverati nell'unità riabilitativa. A T1, tra le prestazioni erogate esclusivamente dagli infermieri, quelle relative alla respirazione, alla funzione cardiocircolatoria e alle procedure diagnostiche/terapeutiche sono quelle più rappresentate (Tab. 5).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nello studio condotto, si è osservato che i pazienti accolti nell'unità riabilitativa geriatrica presentano profili di alta complessità alla presa in carico e nella prima settimana di degenza. Tale risultato è sovrapponibile a quello rilevato dello studio di validazione del SIPI in cui le unità di geriatria ospedaliera emergevano come la specialità medica con una più elevata percentuale di profili di alta complessità assistenziale (Moiset, 2009).

Alla presa in carico l'infermiere percepisce un livello di complessità inferiore a quello attribuito ai pazienti attraverso il SIPI: tale sottostima sottolinea l'im-

portanza di basare la misurazione su un'attenta e documentata valutazione dei bisogni assistenziali.

Le prestazioni assistenziali erogate dagli infermieri e dagli operatori di supporto sono prevalentemente di tipo educativo, di supporto o di aiuto parziale, cioè orientate al recupero dell'autonomia. Tuttavia si è rilevato che nel SIPI è assegnato un peso maggiore alle prestazioni sostitutive, piuttosto che a quelle di supporto. Ad esempio eseguire le cure igieniche (azione di tipo sostitutivo) in base al SIPI ha un peso maggiore nel determinare la complessità rispetto a fornire un aiuto parziale. C'è da chiedersi però se un'azione di supporto o di aiuto parziale (ad es. portare in bagno una persona per lavarsi), sia effettivamente una modalità assistenziale con una complessità inferiore rispetto alla sostituzione (lavarla a letto). Se si ritiene fondamentale il recupero delle abilità funzionali e/o il mantenimento delle capacità residue degli anziani, in quanto elemento cardine del *care* riabilitativo, allora la risposta è verosimilmente negativa.

L'adozione del metodo SIPI in un *setting* riabilitativo necessita di ulteriori approfondimenti sulla pesatura delle prestazioni che tenga conto delle condizioni funzionali e cognitive del paziente e di alcuni interventi/valutazioni assistenziali, attualmente non previsti, che vengono effettuati costantemente nell'ambito geriatrico: come la rilevazione del peso, la compilazione del diario alimentare, il monitoraggio delle lesioni da decubito, la valutazione del sonno.

Le rilevazioni dei profili di complessità sono state effettuate sulla base di una documentazione infermieristica non orientata ad un modello concettuale e da un

**Tabella 5** - Complessità assistenziale rilevata/prestazioni infermieristiche a T0-T1-T2.

	Peso	T0		T1		T2	
		N. Pz	Peso *	N. Pz	Peso *	N. Pz	Peso *
<i>Prestazioni infermieristiche</i>			N Pz		N Pz		N Pz
1. Respirazione							
1.a mantenere pervie le vie aeree	7,5	28	210	8	60	5	37,5
1.b monitorare la respirazione	2,5	27	67,5	17	42,5	8	20
<i>Totale rilevazioni</i>		55	277,5	25	102,5	13	57,5
2. Alimentazione e idratazione							
2.a favorire l'assunzione di alimenti e/o bevande	4,8	49	235,2	27	129,6	14	67,2
2.b alimentare e idratare per via enterale naturale e/o per via enterale artificiale	12	5	60	5	60	2	24
<i>Totale rilevazioni</i>		54	295,2	32	189,6	16	91,2
3. Eliminazione urinaria e intestinale							
3.a favorire l'eliminazione volontaria spontanea	6	28	168	17	102	10	60
3.b mantenere il deflusso di urine e gas	15	26	390	15	225	6	90
<i>Totale rilevazioni</i>		54	558	32	327	16	150
4. Igiene							
4.a fornire un aiuto parziale per l'igiene e l'abbigliamento	7,2	40	288	27	194,4	13	93,6
4.b eseguire l'igiene	18	14	252	5	90	3	54
<i>Totale rilevazioni</i>		54	540	32	284,4	16	147,6
5. Movimento							
5.a favorire la deambulazione e la mobilizzazione spontanea	3,6	11	39,6	13	46,8	9	32,4
5.b fornire un aiuto parziale per la deambulazione e/o la mobilizzazione e/o il posizionamento	10,8	33	356,4	15	162	4	43,2
5.c muovere e posizionare la persona	18	10	180	4	72	3	54
<i>Totale rilevazioni</i>		54	576	32	280,8	16	129,6

(continua)



Tabella 5 - (Cont.).

	Peso	T0		T1		T2	
		N. Pz	Peso *	N. Pz	Peso *	N. Pz	Peso *
<i>Prestazioni infermieristiche</i>			N Pz		N Pz		N Pz
6. Funzione cardiocircolatoria							
6.a monitorare la funzionalità cardiocircolatoria	8	44	352	20	160	12	96
<i>Totale rilevazioni</i>		44	352	20	160	12	96
7. Procedure diagnostiche							
7.a prelevare materiale biologico	4,6	54	248,4	20	92	16	73,6
7.b monitorare lo stato di coscienza	2,4	52	124,8	10	24	5	12
<i>Totale rilevazioni</i>		106	373,2	30	116	21	85,6
8. Procedure terapeutiche							
8.a. somministrare sostanze terapeutiche	3,6	52	187,2	32	115,2	16	57,6
8.b introdurre e/o mantenere la funzionalità di sonde, cateteri e drenaggi	2,4	8	19,2	2	4,8	1	2,4
8.c posizionare o rimuovere i presidi ortopedici	1,8	9	16,2	4	7,2	0	0
8.d. eseguire fasciature e medicazioni	4,2	30	126	16	67,2	8	33,6
<i>Totale rilevazioni</i>		99	348,6	54	194,4	25	93,6

unico rilevatore, che di fatto non corrisponde ad una situazione reale. L'utilizzo sistematico del SIPI da parte di tutti gli infermieri dell'unità operativa richiederebbe una formazione specifica sulle modalità di rilevazione. Consapevoli che il metodo SIPI non ha l'obiettivo di determinare il fabbisogno di personale e che siano necessari ulteriori studi che considerano anche altri elementi organizzativi, l'analisi delle attività di competenza esclusiva dell'infermiere (ad es. procedure diagnostiche e terapeutiche), potrebbe servire da spunto per rivedere lo standard di personale, attualmente previsto nell'unità riabilitativa.

La complessità assistenziale correlata ai bisogni presentati dai pazienti ricoverati in un *setting* riabilitativo dovrebbe poter orientare in modo flessibile il fabbisogno di personale, superando la logica degli standard definiti sulla base di profili di intensità di cura predefiniti e il paradigma prevalente secondo il

quale le persone che necessitano di una risposta sostitutiva sono sempre ad alta complessità.

BIBLIOGRAFIA

1. Moiset C, Vanzetta M, Valicella F. Misurare l'assistenza: un modello di sistema informativo delle performance. Milano, Mc Graw Hill. 2003.
2. Moiset C, Vanzetta M. Misurare l'assistenza. Il SIPI: dalla progettazione all'applicazione. Milano, Mc Graw Hill. 2009.
3. Guerriero G, Regonasi N, Busi P. La complessità assistenziale: tra personalizzazione delle cure e urgenza classificatoria del nursing. *Tempo di Nursing*, Collegio Ispasvi di Brescia. 2009;54:8-12.
4. Zanetti E. Anziani in ospedale: complessità e continuità dell'assistenza. *Collegio Ispasvi di Brescia*. 2009;54:12-14.
5. Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica (3 ed.). Milano, McGraw-Hill. 2009.
6. Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano, Masson. 1996.



La valutazione multidimensionale geriatrica trent'anni dopo: riflessioni storiche e attuali

Antonio Guaita

Direttore Fondazione Golgi Cenci, Abbiategrosso

“... che cosa caratterizza la sua professione?” “La modalità di approccio, cioè la valutazione globale, multidimensionale della persona ...”.

(Carlo Vergani, Giangiacomo Schiavi “Ancora giovani per essere vecchi” *Corriere della Sera* edizioni Grandi Saggi, Milano 2014, pag. 151)

A dicembre del 1984 usciva sul *New England Journal of Medicine* un articolo di Rubenstein (1) che avrebbe portato la valutazione multidimensionale geriatrica alla ribalta internazionale del mondo medico non solo geriatrico. Sono passati trent'anni, eppure la sua attualità non è per niente in discussione.

In accordo con le conclusioni del *Consensus Statement del National Institute of Health* (USA) e della *Comprehensive Geriatric Assessment Position Statement dell'American Geriatrics Society* (2) la Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD_G) è una valutazione multidisciplinare nella quale:

- sono identificati, descritti e spiegati i molteplici problemi di un individuo anziano;
- sono definite le sue capacità funzionali;
- è stabilita la necessità di servizi assistenziali;
- è sviluppato un piano di trattamento e di cure, nel quale i differenti interventi siano commisurati ai bisogni e ai problemi.

La VMD_G è spesso identificata con le “scale di valutazione”: più appropriatamente è un modo diverso di guardare al malato e al suo contesto, valorizzando, superando i molti limiti che la diagnosi dimostra di fronte alle malattie cronico degenerative, tipiche del nostro tempo.

Questo articolo è rivolto ad illustrare il significato e i contenuti di questo cambiamento di punto di vista,

almeno per come i geriatri della mia generazione l'hanno sperimentato.

CAMBIAMENTO DELLA PATOLOGIA

“Nell'attuale scenario demografico le malattie cronicodegenerative, legate al processo di invecchiamento dell'organismo, si confermano le principali cause di morte: le malattie del sistema circolatorio e i tumori rappresentano, ormai da anni, le prime due più frequenti cause di morte, responsabili nel 2008 di ben 7 decessi su 10. Le malattie del sistema circolatorio sono prerogativa delle fasce più anziane della popolazione. Esse rappresentano la causa principale di morte dopo gli 85 anni di età sia per gli uomini sia per le donne e fra queste ultime lo sono già a partire dai 65 anni”. *Relazione sullo stato sanitario del paese 2009-2010, Ministero della Salute.*

Tra gli anziani le malattie croniche sono una condizione frequentissima (Fig. 1): una malattia cronica colpisce 5 persone su 100 a 35-50 anni e 50 persone su 100 a 80 anni (ISTAT, Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari - anno 2005, 2007).

LIMITI DELLA DIAGNOSI DI FRONTE ALLE MALATTIE CRONICHE E IL CAMBIO DI PARADIGMA DELLA VMD

“...We are still practicing acute care medicine in a world of chronic disease, 19th century models at the dawn of the 21st century ...” (Robert L. Kane “Geria-



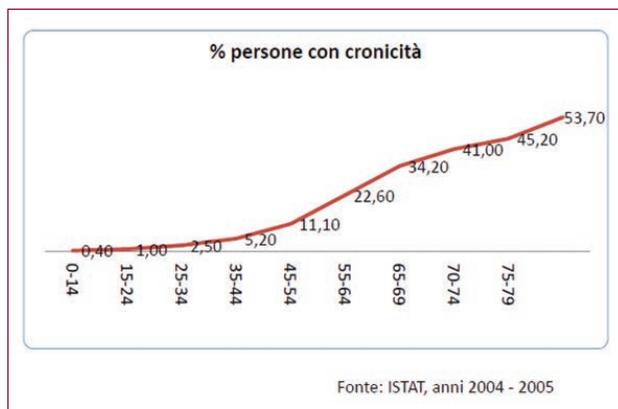


Figura 1 - Prevalenza di soggetti affetti da patologie croniche per fasce di età.

trics as a Model of the New Chronic Disease Paradigm” 50° Congresso Nazionale Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, 9-13 novembre 2005) (3) (Fig. 1).

“... Il primato della diagnosi riflette una confusione dei mezzi con i fini. Lo scopo della medicina è di alleviare le sofferenze, di aiutare e di guarire. La diagnosi corretta, basata sulla comprensione della fisiopatologia, è solo uno dei mezzi per raggiungere quello scopo ...”.

(James S. Goodwin “Geriatrics and the Limit of Modern Medicine” New Engl J Med. 1999:1283-1285).

L'approccio valutativo multidimensionale geriatrico nasce quindi dalla necessità di confrontarsi con i problemi posti dalla modificazione delle patologie

prevalenti che si è osservata nel secondo dopoguerra: le patologie cronico degenerative hanno preso nettamente il sopravvento su quelle acute infettive delle epoche precedenti. A lungo non è stato compreso il cambiamento che questo comporta, ammesso che oggi lo sia. Già nel 1990 su “Lancet” si scriveva: “... un importante compito è aiutare gli studenti (di medicina) a vedere gli anziani in termini funzionali. È vitale stabilire che cosa una persona anziana è capace di fare, piuttosto che semplicemente attaccare un'etichetta diagnostica alla sua malattia...” (4).

La diagnosi è un elemento necessario, ma quasi mai sufficiente per identificare i bisogni di cura e assistenza delle persone affette da patologie croniche e va necessariamente integrata con le informazioni di contesto biologico, funzionale e sociale (Tab. 1) per formulare un piano di cura. La tendenza ad assolutizzare il valore della diagnosi è in discussione da molto tempo e le voci critiche non sono mancate: dall'OMS nel 1959, a successive e ormai lontane voci critiche autorevoli (5).

I benefici attesi della VMD_G sono:

- Per il paziente: portare a un miglioramento degli outcome clinico-funzionali e della qualità di vita.
- Per gli operatori: migliorare l'attenzione alla specificità di ogni paziente focalizzando il loro intervento sulla realizzazione di un piano di assistenza individualizzato.
- Per la popolazione: contribuire ad ottimizzare l'assistenza attraverso il miglioramento dell'utilizzazione delle risorse, l'organizzazione dei servizi, la regolamentazione dell'assistenza, la gestione dei finanziamenti.

Tabella 1 - Caratteristiche della diagnosi e della valutazione multidimensionale a confronto.

Diagnosi	Valutazione multidimensionale
La diagnosi è “negativa” si basa su ciò che non funziona, sui danni	Valuta e rende evidente il positivo, anche ciò che funziona
La diagnosi è statica, non si modifica con le diverse fasi di gravità	Si modifica con il modificarsi della gravità della situazione
La diagnosi astrae dai contesti personali, biologici e sociali	Valorizza gli intrecci fra gli elementi di contesto biopsicosociale
La diagnosi è insufficiente per definire i bisogni di cura individuali	Fornisce gli elementi fondamentali per il piano di cura individuale



MATERIALI DI LAVORO

VMD_G COME PRATICA

Storia e dimostrazione di efficacia

Nel 1979 apre a Sepulveda la "Evaluation Unit" di Rubenstein, che pubblicherà i primi risultati di efficacia del metodo, ma i primi ad attuare reparti ospedalieri con finalità di valutazione e trattamento funzionale (cioè con obiettivo principale la definizione e il trattamento dell'autonomia e non solo della malattia) sono stati, nei primi anni Settanta, i Canadesi della *British Columbia*, rafforzati dall'istituzione di un ampio settore del ministero della sanità dedicato alle malattie croniche, il "Continuum Care".

Il lavoro fondamentale per la dimostrazione di efficacia della VMD_G è quindi di Rubenstein del 1984 (1). Con un accurato studio caso controllo fu seguito il destino di 63 persone dimesse dalla "Evaluation Unit" (EU) e 60 con le stesse caratteristiche, dimesse da un reparto normale dello stesso ospedale. A un anno la mortalità fu del 23,8% per il gruppo EU contro il 48,3% degli altri; così il ricovero in residenza per cronici riguardò il 12,7% del gruppo EU contro il 30,0% degli altri.

Già nel 1993 fu possibile condurre una meta analisi degli studi pubblicati sulla VMD_G (6) che confermò la diminuzione di mortalità (-14%) e dei re-ricoveri (-12%) soprattutto per le unità ospedaliere con qualche incertezza per l'intervento sul territorio.

Nel 1995 fu replicato lo studio randomizzato controllato a Sepulveda (Los Angeles) per i servizi domiciliari (7). Dai dati di questo studio risultò che a tre anni il 12% del gruppo della VMD_G e il 32% dei controlli avevano una dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana. Così il 4% del gruppo VMD_G e il 10% degli altri erano stati ricoverati in residenze per cronici. In più, nei tre anni, il 21% del gruppo VMD_G contro il 12% dei controlli aveva partecipato a iniziative sociali, tipo università della terza età. L'articolo così conclude: "...The results of our study support the view that a program of comprehensive in-home geriatric assessments may help prevent disability".

Aree e modalità di valutazione

La storia non si è fermata e proseguono lo studio e la ricerca. Dai numerosi studi pubblicati (più di 1200 sotto la voce "comprehensive geriatric assessment" in "PubMed" dal 1969 a oggi) la letteratura internazionale ha dimostrato che la VMD_G e il piano di intervento che da essa deriva:

- costituiscono l'elemento specifico, caratterizzante dell'assistenza continuativa al paziente anziano.
- La VMD_G aumenta l'accuratezza diagnostica e la messa in opera di interventi capaci di rallentare il declino funzionale, ridurre la mortalità e migliorare la qualità della vita di anziani fragili.
- L'uso della VMD_G potrebbe permettere anche una maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse, una riduzione dei costi, e un miglioramento dell'organizzazione e della qualità assistenziale, ma le evidenze in questo senso sono indirette e molto limitate.
- Dalla letteratura si riconosce chiaramente che la VMD_G è particolarmente efficace quando è applicata in una rete di servizi ospedalieri e territoriali organizzati in un unico progetto.
- È stato dimostrato che la cura dell'anziano in un servizio sanitario è più efficace quando si tengono in considerazione e si affrontano gli elementi che contribuiscono allo sviluppo della "fragilità" in età avanzata.

Questi elementi sono identificabili con la procedura di VMD_G, che esplora le seguenti aree:

- salute fisica
- stato cognitivo
- stato psico-emozionale
- stato funzionale
- condizione socioeconomica
- ambiente di vita.

Ciascuna di queste aree può essere esplorata e misurata con apposite scale validate internazionalmente, che sono ben conosciute e per le quali si rimanda alle revisioni dedicate. Ogni selezione sarebbe arbitraria, legata alla propria esperienza poiché complessivamente se ne dovrebbero elencare diverse centinaia, anche solo limitandosi alle più note e applicabili in ambiente non specialistico! Nel 2001 la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria ha pubblicato un ampio lavoro sul tema che si consiglia di consultare, perché, pur essendo in qualche punto datato, è per la gran parte utile anche oggi (8).

Si è quindi imposta la necessità di gestire in modo appropriato una massa tale di informazioni e l'avvento della tecnologia informatica è stata fondamentale. Si sono così proposte sintesi efficaci delle molte aree coinvolte nella VMD_G (9) e, soprattutto, si sono sviluppati strumenti di uso estensivo che integrano in un sistema complesso ma armonico, una gran quantità di informazioni come il sistema



RAI – MDS (VAOR in Italia) che è applicato in tutte le *Nursing Homes* americane dal 1987 e obbligatorio dal 1990. Il sistema è in uso in 37 paesi di tutto il mondo e adottato in Italia da diverse realtà regionali, mentre altre sono in procinto di farlo (10, 11).

VMD_G e le “Unità di Valutazione Geriatrica-UVG”

Il nome di “Unità valutativa geriatrica” (UVG) compare per la prima volta in Italia nel 1992 nel “Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani”, come strumento che regola l’accesso ai servizi socio sanitari per gli anziani. In Italia da allora a oggi vi è stata una crescita delle UVG che ha contribuito

a una visione integrata dei problemi della non autosufficienza, sia sul piano dei contenuti sia del metodo. È però anche difficile riferirsi in modo univoco a questa esperienza perché, sia a livello internazionale che nazionale, dietro questo termine si intendono configurazioni piuttosto diverse (12).

Sono 6 le regioni italiane che hanno previsto l’Unità di Valutazione “geriatrica” e 11 Unità di Valutazione senza il termine “geriatrica” ma variamente denominate (UVM: multidimensionale; UVD: distrettuale, ecc.). Pur essendo di fronte alla solita disastrosa pleora di inutili originalità messe in campo dalle regioni, l’operatività delle UVG – UVM è però abbastanza simile (Tabb. 2 e 3).

Tabella 2 - Le Unità di Valutazione Geriatrica: caratteristiche di un servizio di “valutazione”.

• mantenere la valenza clinica e valutativa rivolta alla persona, al malato e alla sua famiglia
• evitare ogni tentazione di diventare un servizio “autorizzativo”
• essere persone che aiutano altre persone
• non emettere sentenze, ma farsi carico del risultato
• non “classificare” il bisogno, ma aiutare a perseguire il miglior risultato possibile
• non diventare un servizio di “ <i>management</i> ” del caso al posto della famiglia, se presente, ma impostare una metodologia di “ <i>counseling</i> ” e di sostegno alle scelte

Tabella 3 - Aspetti positivi e negativi delle Unità di Valutazione Geriatrica.

Aspetti positivi	Aspetti negativi
Aver introdotto la valutazione multidimensionale, le scale di valutazione, l’uso di indicatori formali.	Vi è stata una sostanziale incapacità di condividere, almeno a livello nazionale, strumenti e metodologie di lavoro.
Aver obbligato operatori di diversa professionalità, soprattutto sanitaria e sociale, a lavorare insieme su un terreno condiviso e con un obiettivo comune.	Si sta garantendo sempre più solo una gestione “autorizzativa” dell’accesso ai servizi sociosanitari.
Aver reso trasparente il meccanismo di accesso ad alcuni servizi: ad esempio in Campania l’accesso alle RSA, o alle residenze in generale come in Emilia o in Veneto, quasi ovunque per l’ADI.	Non rimettere in discussione il percorso che ha portato la persona verso la non autosufficienza.
Aver introdotto la stesura di un progetto assistenziale individualizzato, anche se non dappertutto e con modalità molto diverse da regione a regione.	Aver privilegiato una visione “collocativa” (dove “mettere” non dove “curare” la persona).
Aver creato, pure se in modo ancora insufficiente, una partnership con i familiari nella ricerca della soluzione assistenziale.	Tendere all’anonimato dell’“ <i>équipe</i> ”, non garantire rapporto personalizzato.



MATERIALI DI LAVORO

Per quanto riguarda il ruolo delle Unità Valutative, si registra un sostanziale accordo tra le diverse Regioni. L'Unità valutativa è un'equipe professionale, con competenze multidisciplinari (Friuli-Venezia Giulia, Marche, Piemonte, Trento), in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno (Marche, Piemonte, Trento, Basilicata), per disegnare il percorso assistenziale ideale di trattamento del paziente (Marche, Piemonte, Trento, Basilicata), da attuarsi con il consenso della persona interessata e della sua famiglia (Trento) (13).

CONCLUSIONI

Passare da una classificazione per "diagnosi" a una classificazione per "scale" non è un grande passo avanti, se non si supera il ruolo passivo di "registrazione del caso" per divenire anche dei revisori critici del bisogno che è portato in valutazione. Trascurare gli strumenti anche narrativi e clinici di interpretazione delle storie personali, infatti, non consente di mettere in discussione il percorso fra malattia e disabilità che il malato sta compiendo, per dargli eventualmente nuove *chance* di cura, ma obbliga ad accettarlo così come è non per curarlo, ma per "collocarlo" al meglio.

Alla tecnologia delle "macchine" la geriatria ha anteposto la strategia dell'organizzazione sanitaria, e un approccio al malato anziano di tipo umanistico, che tende a privilegiare gli aspetti di qualità della vita alla semplice cura delle malattie. Ciò non significa rifiutare il progresso della scienza e della tecnica e il concetto della medicina intensiva, ma piuttosto inserire l'intensività e la tecnologia in un progetto assistenziale globale di cui l'intervento sulla malattia acuta è solo un elemento. In altre parole, la geriatria rifiuta l'intervento puntiforme dopo il quale, alla dimissione dall'ospedale tecnologico, il paziente anziano è lasciato a se stesso. La stabilizzazione, la riabilitazione, i supporti sociali, l'intervento dei servizi territoriali e l'assistenza alla famiglia sono ugualmente importanti. La "tecnica" necessaria ad affermare questo modello di cura nella prassi quotidiana è proprio

la VMD_G. Gli elementi forniti dalla VMD_G al processo diagnostico sono infatti essenziali per la pianificazione del progetto individuale di assistenza che si attua nella filiera dei servizi. Solo se si riuscirà a fare in modo che i medici e tutti gli altri operatori sanitari diventino pienamente coscienti di questa filosofia e riescano a vedere il progetto assistenziale nella sua globalità, sarà possibile ricostruirne la partecipazione attiva e l'entusiasmo.

BIBLIOGRAFIA

1. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med.* 1984;311:1664-70.
2. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: geriatric assessment methods for clinical decision-making. *J Am Geriatr Soc.* 1988;36:342-7.
3. <http://www.sigg.it/public/doc/DASCARICARE/484.pdf?r=0,214864>
4. Dickinson EJ, Young A. Framework for medical assessment of functional performance. *Lancet.* 1990;335:778-9.
5. McCormick JS. Diagnosis: the need for demystification. *Lancet.* 1986;2(8521-22):1434-5.
6. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993;42:1032-36.
7. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, Ershoff DH, Fishman LK, Ambrosini VL, Liu Y, Rubenstein LZ, Beck JC. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med.* 1995;1345-50.
8. Ferrucci L, Marchionni N. Linee Guida sull'utilizzazione della Valutazione Multidimensionale per l'Anziano Fragile nella Rete dei Servizi. *Giorn Gerontol.* 2001;49:1-76. <http://www.sigg.it/vmd/index.htm>
9. Vergani C, Corsi M, Bezze M, Bavazzano A, Vecchiato T. A polar diagram for comprehensive geriatric assessment. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;38:139-44.
10. Landi F, Mannarella F. Il sistema VAOR. *I luoghi della cura.* 2011;9(4):8-11.
11. Falsiroli C, Colloca G, Landi F. VAOR: storia di questi ultimi 20 anni. *I luoghi della cura.* 2014;12(4):8-9.
12. Guaita A. Le UVG tra benessere dell'anziano ed efficienza della rete. In: *Network Non Autosufficienza. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia Rapporto.* Maggioli Editore. 2009;143-156.
13. Pesaresi F, Simoncelli M. Le unità di valutazione multidimensionale. *Prospettive sociali e sanitarie.* 2006;9:8.



L'accompagnatore spirituale in *Hospice*

Giuseppe Costanzo

Centro Studi e Formazione Fondazione VIDAS, Milano

PREMESSA

L'accompagnamento spirituale in *Hospice* si realizza nella drammaticità dell'evento conclusivo dell'esperienza umana. Non è semplice individuare una regola d'intervento che garantisca risultati quantificabili, perché l'intervento di supporto si compie nell'incertezza di un rapporto in cui l'altro è solo di fronte al dolore e al mistero. È, inoltre, un rapporto disequilibrato perché nel morente, l'approssimarsi della fine, è talora associato alla condizione del dolore che provoca risentimento e accettazione passiva.

Eppure, nelle pieghe della sofferenza, non è raro rintracciare quel desiderio di accompagnamento necessario per manifestare la propria inquietudine e inseguire il significato che illumina, più o meno intensamente, il cammino verso l'ignoto.

Questo desiderio ha una dignità intrinseca perché, al di là dell'esito, testimonia una tensione che si impone e rimanda, in una situazione spesso medicalizzata e tecnicizzata, ad un fiorire dell'umano che insegue l'intuizione indispensabile per riscattare la condizione di sofferenza. Ecco perché, come afferma Viktor Frankl, *"l'uomo è perfino disposto a soffrire, a condizione però di sapere che le sue sofferenze hanno un significato"*(1).

La ricerca di un senso, che impreziosisce la resistenza al male, la necessità di confrontarsi, che diventa percorso comune ed "essere con l'altro", e il bisogno di conforto e supporto, che possono tradursi in pratica religiosa o in consolazione laica, sono i cardini dell'accompagnamento spirituale.

Tuttavia, se si considerano veritiere le conclusioni della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) sul tema in questione - *"i bisogni spirituali nascono con l'uomo stesso ed evolvono con lo sviluppo della persona. Tali bisogni possono manifestarsi come sofferenza spirituale durante la fase avanzata della malattia, in modo particolare con l'avvicinamento alla morte"*- (2) è necessario porsi delle domande riguardo la gestione

dell'accompagnamento spirituale negli *Hospice* e la formazione degli accompagnatori spirituali che operano nell'ambito delle cure palliative.

Sono tre le domande più urgenti:

1. Quale spiritualità è utile proporre in *Hospice*?
2. L'assistente spirituale deve svolgere il suo ruolo solo quando interpellato dal paziente o deve essere comunque coinvolto nel lavoro d'équipe?
3. Perché perdura una tendenza che associa l'accompagnamento spirituale all'assistenza religiosa? Il problema è di natura culturale o scaturisce dalla volontà, più scientifica che religiosa, di tecnicizzare tutti gli interventi connessi alla gestione della malattia (quindi l'assistente spirituale è un prete o qualcuno comunque riconosciuto da un'istituzione)?

La relazione tra il malato e l'assistente spirituale è la più delicata, perché esplora il non conosciuto, ponendo in evidenza il limite dell'uomo e l'imperscrutabilità del mistero della morte. Di certo c'è che, se la relazione funziona, *"insieme possono condividere, come pochi altri, la meraviglia, il terrore e l'esaltazione di essere sull'orlo dell'essere, fra il naturale e il soprannaturale"* (3).

L'ACCOMPAGNAMENTO DEL MORENTE IN *HOSPICE*. COME INTERVENIRE?

È difficile definire con precisione le emozioni e i sentimenti di un malato terminale. È più semplice individuare i bisogni più frequenti e definire l'approccio dell'accompagnatore.

Sono tre le aree di bisogno principali: quella riguardante l'io, anche in riferimento "all'essere con gli altri", quella relativa alle attese e alle speranze e quella che, più in generale, include il mistero del dopo. La prima area include le tematiche legate direttamente alla persona. La malattia e l'approssimarsi del-

SPUNTI DI DIBATTITO

la morte, implicano lo schiudersi di domande introspettive su di sé, sulla propria vita, sugli affetti che hanno arricchito il cammino nei giorni. Non esiste un approccio sicuro per favorire l'emergere dei ricordi e l'analisi del proprio vissuto. Si può, però, affermare che un "accompagnamento biografico", inteso come incoraggiamento ad approfondire e raccontare i significati della propria vita, la qualità di ciò che è stato e di ciò che si è avuto, la rilevanza di affetti che hanno valorizzato la quotidianità, induca a predisporre nei confronti della morte con un atteggiamento attivo.

In questa fase, "l'uomo che finisce" può vivere lo stupore della sua esistenza. Ripercorrendo con l'altro la sua storia, ha l'opportunità di considerare la morte come valore che legittima la vita, trasformando il cammino umano in esperienza, anziché in passaggio. La fase di riscoperta di se stessi è centrata su questo intendimento: riscoprire la propria esistenza come esperienza dotata di dignità, valutata non sulla qualità o quantità dei giorni vissuti, ma sui significati di questi, considerati nella loro accezione più profonda, ovvero quella che permette di rintracciare un filo di bellezza che legittima lo sforzo dell'esistenza. In tal modo, sarà possibile approfondire altre due urgenze importanti per il morente: il bisogno di riconciliazione e il bisogno di sentirsi in comunione con gli altri (4).

Sono due necessità che, pur incluse nel più ampio insieme spirituale, hanno caratteristiche proprie ed esprimono tutta la loro bontà quando sono interiorizzate nella loro espressione umana. Riconciliarsi con l'altro, riconoscersi in un Noi che perdura nonostante la sua fine, pone il morente in uno stato di accettazione indispensabile per congiungersi a quel filo logico valido per legittimare l'esistenza, affermando, contemporaneamente, la propria umanità in tutti gli elementi positivi e negativi che la caratterizzano.

La seconda area d'interesse riguarda le aspettative di fronte alla morte, la speranza, la disperazione che può annullare ogni bagliore di attesa positiva. È difficile rispondere alle paure di un uomo che muore. Anzi, porsi l'obiettivo di giungere ad una conclusione riguardo ai temi in questione, può generare un distacco da parte del morente, che non riconosce come attendibili risposte non generate dall'esperienza, bensì dalla deduzione di una condizione non vissuta. La fase in questione può essere sostenuta da un "accompagnamento culturale". Nel confronto con l'altro, l'attesa non è più solo un percorso straziante e di-

sperato, il processo di morte non più atto solipsistico, ma condivisione comunitaria di speranza e accettazione. L'attesa della morte diventa momento di rinnovamento delle speranze, che mutano, ma confermano il desiderio di un senso valido, anche nell'ateo, per gratificare la lotta contro la sofferenza.

L'accompagnamento diventa, in questa fase, sostegno silenzioso di chi vive l'agonia, intesa nel suo significato originale, come fatica dell'uomo per resistere al male che opprime il corpo. L'accompagnatore è colui che si sforza di essere presente durante l'evolversi dell'avvenimento che trasforma definitivamente la vita di un individuo. Si può definirlo "accompagnamento culturale" perché si realizza nell'interiorizzazione del proprio limite umano, nel riconoscimento minimalista della propria presenza.

Le paure che angosciano il morente, possono essere combattute solo con l'invito a resistere, ad individuare ogni segno che possa chiarire e rafforzare nel cammino. Come ricorda Turollo, "ci sono dolori per cui non esistono parole in nessun dizionario. Dolori e angosce davanti alle quali la risposta migliore è il silenzio. Di fronte a certe tragedie, a certe sofferenze non servono né filosofie, né prediche. E il rimedio migliore, dico rimedio, non risposta, sarà semplicemente la tua partecipazione di amico, la tua presenza amorosa, il tuo «essere con» la persona sofferente, l'ammalato. La migliore risposta pratica quindi è «l'essere con», è il silenzio, l'accettazione per quanto possibile. Anche se questo non deve significare rinuncia a lottare, a cercare ogni sforzo per guarire. L'importante è non darsi mai per vinti e ricominciare ogni volta da capo" (5).

Inoltre, è culturale perché può essere accompagnato dalla condivisione di spunti letterari, filosofici, artistici, la cui profondità può essere utile per affrontare il disagio del dolore fisico e della sofferenza esistenziale.

Infine l'area che comprende le domande sul dopo, sul mistero della morte e sulle paure di quello che può succedere. Si tratta dell'area più rilevante per due motivi. Innanzitutto è quella che riflette l'interrogativo di ogni morente. Il giudizio sulla propria esistenza, su ciò che questa ha rappresentato, cambia in base ai valori che la persona accosta agli eventi vissuti nel tempo. Il problema legato al dopo, invece, accomuna tutti, perché azzerà le conoscenze degli individui che lo affrontano. In seconda istanza, riflettere sul dopo significa ragionare nuovamente sulle prime due aree, perché pone una domanda sul sen-

so dell'esistenza, chiamando in causa il nostro vissuto, le nostre speranze e aspettative, che trovano conforto o confronto nella spiritualità e, più nello specifico, nella religiosità.

Entriamo nella terza fase, "*l'accompagnamento spirituale*", ovvero l'evolversi del servizio di assistenza da parte di chi, avendo ripercorso l'esistenza del morente ("*l'accompagnamento biografico*"), avendo portato conforto con la compagnia silenziosa e compenetrata nella drammaticità dell'evento ("*l'accompagnamento culturale*"), muove dalle domande emerse in questo percorso, aiutando ad elaborare quel "significato" che può favorire l'accettazione attiva della morte e, di conseguenza, migliorare la fine della vita. Si entra così nell'ambito spirituale che è "*quella dimensione interiore dell'uomo che gli consente di dare senso e significato al proprio agire, alle proprie scelte, insomma, alla propria storia, fatta di vissuti, di desideri, di timori, di relazioni. Aiutare la persona a prendere atto della propria dimensione spirituale significa quindi, prima di tutto, aiutarla a interrogarsi sui significati profondi e ultimi dell'esistenza*" (6).

L'accompagnatore svolge, pertanto, la delicata funzione di indurre l'altro a meditare sugli aspetti che lo aiutino a trovare un suo significato, che può tradursi in tensione religiosa, quindi in un contenuto che si oggettivizza perché fondato su una credenza. Se nel primo caso l'accompagnamento si limita a rinvenire le tracce che compongono un senso, nel secondo l'accompagnamento diventa religioso e propone percorsi ulteriori che approfondiscono le domande sul dopo e sulla speranza di una continuità differente. Si instaura, in entrambi i casi, un rapporto interpersonale in cui accompagnatore e malato ricercano un collegamento tra le loro esistenze e qualcosa che trascende la realtà conosciuta, ed aiuta il morente ad accettare la morte e l'accompagnatore a riconoscerla ed interiorizzarla per raffinare il suo aiuto e prepararsi, a sua volta, ad un passaggio obbligatorio per ogni uomo.

Il processo termina quando il morente riconosce nel senso e, quando possibile, nella speranza di una continuità, le basi che giustificano la propria esistenza, il dolore e la morte. Quando questo avviene, "*il morente avrà raggiunto la sensazione che il suo destino si stia compiendo e sia inutile resistere all'ordine naturale dell'universo*" (7).

Ogni area include strumenti d'intervento differenti e personalizzati. La compenetrazione è forse il modo

più efficace per generare affidamento vicendevole, l'invito al racconto può aiutare il morente a comprendere se stesso e le domande che richiedono una risposta, la rilettura di alcuni momenti della vita passata può far emergere significati trascurati. In ogni caso, gli strumenti indispensabili per accompagnare verso l'accettazione della morte, sono il silenzio e l'ascolto attivo.

Il silenzio e l'ascolto sono gli atti spirituali che consentono la compenetrazione e chiariscono la comprensione del messaggio dell'altro. In una prospettiva religiosa, si elevano a sacramenti liturgici.

L'ACCOMPAGNAMENTO AL MORENTE IN HOSPICE. CHI INTERVIENE?

La letteratura scientifica e l'esperienza in *Hospice* convergono nel riconoscere come accompagnatore, ogni operatore socio-sanitario che sappia valorizzare la dimensione umana e spirituale del paziente, sostenendolo nel percorso verso la morte e aiutandolo a considerare la fine come un momento di valore nella sua vita. È una posizione condivisibile che esalta l'umanità dell'operatore e lo aiuta ad osservare non solo la malattia, ma soprattutto il paziente.

È, però, utile chiedersi quale caratteristica comune debba avere l'accompagnatore del morente e se è opportuno valutare la presenza in *équipe* dell'assistente spirituale.

L'impressione è che l'accompagnatore spirituale non debba possedere competenze specifiche in ambito tecnico. Anzi, si potrebbe affermare che il suo compito sia di restituire al paziente la sua morte. È un operatore che, pur consapevole dell'importanza del contributo scientifico (medico, psicologico, ecc.), riporta l'attenzione esclusivamente sull'uomo, avanzando una proposta totalmente antropocentrica. Illich, ricorda come, nel mondo moderno esista la tendenza di rendere "*la sofferenza, la malattia e la morte da impegno personale a problema tecnico, espropriando così la gente d'ogni capacità di misurarsi autonomamente con la propria condizione umana*" (8). La competenza principale dell'accompagnatore non dovrebbe, pertanto, essere di natura psicologica o teologica, ma prettamente umana, poiché il suo compito consiste, innanzitutto, nel sostenere il morente nel suo percorso di riscoperta del proprio vissuto e dei significati ad esso legati.

SPUNTI DI DIBATTITO

Prevale, quindi, in particolare nelle prime due fasi, la necessità di avere competenze umanistiche, che sappiano offrire una cornice ad uno sfondo di racconti e sentimenti spesso confusi e contraddittori. Occorre un umanista che sappia ritrovare nell'attrattiva della propria umanità il limite che rimanda a qualcosa che trascende l'esistenza umana e che si trasforma, nell'incontro con il morente, in ricerca di un senso il quale, in una prospettiva religiosa, si traduce a sua volta in affidamento a Dio, garanzia di questa intuizione di significato. Di conseguenza, l'operatore o l'assistente *"che si fa vero compagno di un morente diventa egli stesso un segno attraverso il quale chi muore può fare un'esperienza del trascendente forse decisiva"* (9).

Chi accompagna, quindi, è un individuo sempre in ascolto, che si pone il problema della propria esistenza e lavora sui suoi significati. Riflettere e crescere umanamente su questa domanda di senso, aiuta a valorizzare gli strumenti necessari per accompagnare il morente. In particolare, aiuta a perfezionare il silenzio e l'ascolto, a riconoscere il proprio limite, quindi ad accettare la propria impotenza, a non ridurre l'importanza dei sentimenti, anche quelli più strazianti, perché ammettendone il valore, accetta la presenza di un mistero che sconcerta e, infine, a predisporre relazioni autentiche, senza le quali ogni tentativo di accompagnamento sarebbe vanificato.

La proposta di una relazione di accompagnamento basata su questi presupposti, determina la riproposizione della seguente domanda: ha senso prevedere la presenza stabile dell'assistente spirituale in *équipe*?

La SICP ricorda che è *"auspicabile che ci sia in ogni équipe una sensibilità ed un'apertura ai bisogni spirituali dei malati e, dopo il riconoscimento di tali bisogni, si giunga ad un intervento dell'assistente spirituale. È inoltre augurabile l'inserimento dell'assistente spirituale nell'équipe al fine di realizzare tali potenzialità e rispettare appieno la definizione stessa delle Cure Palliative proposta dall'OMS in cui si fa esplicito riferimento a questa dimensione"* (10). Se, pertanto, c'è un impulso ideale ad inserire l'assistente spirituale nell'*équipe*, d'altro canto, si assiste tuttora ad una bassa presenza e ad un limitato coinvolgimento.

Per comprendere tale fenomeno, è bene porre un ulteriore quesito: le cure palliative propongono davvero l'umanizzazione del morire o viceversa si collocano in continuità con la propensione alla medicalizzazione sterilizzante della morte? La medicina palliativa si trova davanti ad una scelta, affidare alla tecni-

ca ogni aspetto della cura e della ricerca ("multidisciplinarietà tecnica") o riconoscere e diffondere un approccio che includa anche un contributo realmente umanistico ("multidisciplinarietà olistica").

La prima opzione tradisce la storia delle cure palliative, la seconda la valorizza perché produce, oltre all'importante contributo clinico, contributi sociali, spirituali, culturali e tanatologici.

La presenza dell'accompagnatore spirituale non può, pertanto, realizzarsi in forme di supporto esterno, ma deve inserirsi nel lavoro dell'*équipe* (11). Questo gli offrirà un quadro ampio sulla condizione del malato, ma anche sulle direzioni intraprese dai membri nella cura del morente, e, più in generale, sulla dimensione esistenziale dei pazienti in *Hospice*. Supporterà gli operatori nel loro percorso di accompagnatori umani, oltre che sanitari. Proporrà, inoltre, i riferimenti letterari, filosofici, artistici, spirituali e teologici, necessari per sviluppare una riflessione comune, ricongiungendo gli eventi della malattia e della morte all'umano. Potrà, infine, riflettere costantemente sul suo operato, sull'approccio nei confronti del malato e delle persone a lui care, su storie che, pur non seguendo direttamente, arricchiranno il suo contributo in *Hospice*.

Infine, è un formatore in continua azione, perché aiuta gli operatori a comprendere la sofferenza spirituale e ad accompagnare nel percorso verso la morte. Infatti, se il sistema formativo e l'esperienza sul campo, rafforzano le competenze dei professionisti sanitari, le difficoltà comunicative e relazionali e la poca attenzione formativa ai temi spirituali e filosofici, rendono più complesso il potenziamento delle conoscenze culturali ed esperienziali dei membri dell'*équipe*.

Confidare nel supporto in *équipe* dell'assistente spirituale facilita la decifrazione di situazioni ed eventi, dispone gli operatori ad affrontare con serenità tematiche complesse, contribuisce ad umanizzare il processo clinico. Quella che emerge, quindi, è l'esigenza di un accompagnatore/assistente spirituale che, formato su aspetti filosofici, sociologici, religiosi, psicologici ed etici, sappia affrontare la drammaticità della malattia e della morte.

Sebbene l'accompagnamento possa diventare religioso, includendo un servizio che solo un sacerdote ha il diritto di compiere, le fasi sopra descritte propongono una figura svincolata da un indirizzo tecnico (scientifico, culturale o religioso), e da funzioni

che ne limitano l'efficacia. L'assistente spirituale può essere un prete, ma non si può ridurre la categoria a questa figura, perché si limiterebbe la proposta formativa in *équipe* e rischierebbe di non incidere a causa del più problematico confronto con chi proviene da esperienze diverse.

L'assistente spirituale non è, tuttavia, la sintesi sincretista di culture e religioni diverse. È, piuttosto, un individuo con un personale percorso culturale e religioso, che propone un rapporto basato sull'incontro umano e accompagna il morente utilizzando gli strumenti che la sua storia gli offre, ripensandoli sull'altro e lasciandosi provocare positivamente da una diversità che può rappresentare l'occasione per aiutare nel cammino verso la morte e accrescere il proprio bagaglio di conoscenze e credenze umane, culturali e spirituali.

CONCLUSIONE

Ripensare l'accompagnamento spirituale alla luce di un percorso complesso che affronta le questioni umane e spirituali del morente, agevola il compito della medicina palliativa.

Morire in pace, o comunque in ascolto, aiuta a garantire la difesa di tre aspetti indispensabili per l'accettazione della malattia e della morte.

In primo luogo, il malato non perde la sua individualità, perché fino all'ultimo istante si lascia sfidare dalla sua storia, dalle sue relazioni e dalle sue domande esistenziali. Ne consegue la tutela della sua dignità, rispettata e valorizzata. Infine, la persona che muore protegge la sua umanità, e di fronte al mistero che lo attende, prova a confrontarsi con un compagno di

viaggio, sul senso dell'esistenza, esaltando quel desiderio d'infinito tipico di ogni essere umano. Individualità, dignità e spiritualità sono così celebrate come fondamenti indispensabili per godere attivamente e criticamente dei momenti finali e predisporre ad una morte, impossibile per noi viventi da definire, ma vissuta coralmemente, perché sostenuta da un accompagnamento umano e spirituale responsabile.

BIBLIOGRAFIA

1. Frankl VE. Homo Patiens, soffrire con dignità. Queriniana. 1998.
2. Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa. 2007.
3. Broyard A. La morte asciutta. Bur. 2008.
4. Brusco A. Quale spiritualità per le cure palliative? www.oasinforma.it
5. Vinco R. "Il poeta di Dio sfida la morte", intervista a D.M. Turolfo, pubblicata sul Gazzettino, edizione di Verona «Il nuovo Veronese», 1/11/1991.
6. Campanello L, Sala G. La dimensione spirituale e religiosa alla fine della vita, in Migliorare la qualità delle cure di fine vita - Un cambiamento possibile e necessario. Costantini M, Borreani C, Gubrich S. (a cura di), Erikson. 2008.
7. Petrini M, Caretta R, Bernabei R. La cura nella fase terminale della vita: processi di comunicazione e di accompagnamento nel percorso del morire. G Gerontol. 2004;52:465-471.
8. Illich I. Limits to Medicine: Medical Nemesis - The Expropriation of Health, Marion Boyars. London. 1976.
9. Caretta F, Petrini M. Ai confini del dolore. Salute e malattia nelle culture religiose. Città Nuova. 1999.
10. Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa. 2007.
11. Kubler-Ross E. La morte e il morire. Edizioni Cittadella. 1970.



ESPERIENZE

Ospedalizzazione a domicilio: cronaca di un'esperienza

Renata Marinello, Maurizio Rocco, Vittoria Tibaldi, Benedetta Bardelli, Cristina Tamone

Servizio di Ospedalizzazione a Domicilio, Struttura Complessa Unità Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso, Torino

INTRODUZIONE

La popolazione anziana nel nostro Paese è in continua crescita e, in particolare, il gruppo che aumenta di più è quello composto da individui di età più avanzata. L'invecchiamento, pur non essendo sinonimo di malattia, si associa a un'augmentata prevalenza di malattie croniche, spesso disabilitanti, così come a un progressivo allungamento dell'aspettativa di vita in condizioni di cronicità e disabilità. L'*Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA)* (1) ha dimostrato come la comorbilità, la disabilità, soprattutto quella grave, le ricatizzazioni delle plurime patologie croniche rappresentino una realtà assai comune nella popolazione anziana che si associa a un sempre maggiore ricorso alle cure mediche e ai ricoveri ospedalieri. Contestualmente, l'elevato consumo di risorse sanitarie associato alla necessità di contenere i costi hanno spinto molti paesi quali l'Australia, il Nord America, il Regno Unito e la Spagna a sperimentare modelli organizzativi alternativi al ricovero ospedaliero, sviluppando servizi di ospedalizzazione domiciliare (2). In ambito geriatrico è inoltre noto che la prolungata degenza ospedaliera, la perdita dei punti di riferimento ambientali e relazionali, può associarsi, specie per i pazienti più fragili, ad un aumentato rischio di perdita dell'autonomia funzionale, scompensi psichici con episodi di *delirium*, una maggiore esposizione al rischio di complicanze iatrogene legate all'ambiente ospedaliero.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO

Il servizio di Ospedalizzazione a Domicilio (OAD) di Torino è attivo sin dall'ottobre 1985 presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Città della Salute e della Scienza e la Delibera della Regione Piemonte del 16 marzo 2010, n. 85-13580 ha definito questo servizio

come "una forma di assistenza sanitaria di carattere ospedaliero, che prevede l'organizzazione delle cure presso il domicilio dei pazienti affetti da patologie in fase acuta, ma che non richiedono attrezzature ad alta complessità tecnologica, monitoraggio intensivo/invasivo, in alternativa al ricovero ospedaliero. Essa si caratterizza per la totale presa in carico di tipo clinico del paziente da parte di una struttura ospedaliera ad opera di personale sanitario espressamente formato e dotato di documentata esperienza nella gestione del paziente in fase acuta al di fuori dello stretto ambito ospedaliero". La Delibera, inoltre, ha stabilito una specifica remunerazione delle attività clinico-assistenziali: Euro 165 al giorno per i DRG appartenenti alle MDC 1, 4, 5, 16, 17 (che corrispondono rispettivamente alle patologie del sistema nervoso, respiratorio, cardio-vascolare, del sangue e organi ematopoietici e a quelle oncologiche) ed Euro 145 per i DRG appartenenti alle altre MDC.

Il servizio è gestito da un team multidisciplinare che comprende 4 medici geriatri, 14 infermieri (tra cui un coordinatore e un case manager); inoltre 1 *counselor*, 1 assistente sociale e 2 fisioterapisti della Struttura Complessa Geriatria collaborano con il servizio. Il servizio è operativo tutti i giorni, compresi i festivi, dalle ore 8 alle ore 20. È stato stipulato un protocollo di intesa con il Servizio di Emergenza Regionale "118" per la gestione delle eventuali emergenze notturne. Sono in media 25 i pazienti seguiti ogni giorno e sono considerati come ricoverati in reparto di degenza tradizionale; l'ospedale detiene la responsabilità legale e finanziaria, fornisce i farmaci, materiale sanitario e non, tecnologie.

Caratteristica del servizio è la gestione realmente in *équipe* (medici e infermieri) delle prestazioni; il momento fondamentale è l'organizzazione comune dei piani di intervento dei singoli pazienti durante una



riunione quotidiana di aggiornamento. Per ogni paziente è compilata una Cartella Clinica Geriatrica orientata per problemi che è mantenuta al domicilio; inoltre è disponibile in sede una scheda medico-infermieristica informatizzata che consente un rapido orientamento in caso di interventi di emergenza.

Oltre all'attività di routine con visite domiciliari programmate sulla base delle diverse necessità clinico-assistenziali dei pazienti, è garantita la possibilità, da parte del team di cura, di rispondere tempestivamente alle chiamate in emergenza e di effettuare accertamenti diagnostici complessi (Tab. I). Criteri di ammissione all'OAD sono:

- consenso informato del paziente e del familiare,
- domicilio nell'area geografica di operatività del Servizio di OAD,
- adeguato supporto familiare,

- caratteristiche cliniche tali da richiedere il ricovero ospedaliero ma non un monitoraggio invasivo o intensivo.

L'attivazione del servizio può avvenire su diretta richiesta del medico di Medicina Generale in alternativa all'invio del paziente in Pronto Soccorso (15% dei casi), su richiesta dei medici dei reparti di degenza del nostro ospedale (dimissioni precoci ma protette, 25%) o direttamente dal Pronto Soccorso (60%) dal quale, i pazienti eleggibili, espletati gli accertamenti diagnostici necessari, sono trasferiti a domicilio nell'arco di poche ore (in media 7-8 ore).

L'infermiere-*case manager*, avvalendosi della cartella geriatrica multidimensionale, procede a una valutazione di tutti i pazienti segnalati e dei loro *caregiver* per analizzare la possibilità di ospedalizzare a casa il paziente e per fornirgli informazioni sulle caratteristi-

Tabella I - Prestazioni erogabili in Ospedalizzazione a Domicilio.

Trattamenti non farmacologici
Valutazione Multidimensionale Geriatrica
Visite mediche ed infermieristiche programmate ed in urgenza
Fisioterapia
<i>Counselling</i>
Consulenze specialistiche
Procedure e trattamenti farmacologici
Prelievi ematici (venosi ed arteriosi)
Terapia endovenosa (inclusi antibiotici e citostatici) e gestione terapia orale (inclusa TAO)
Trasfusione di emoderivati
Posizionamento di catetere vescicale e di Sondino Naso Gastrico
Posizionamento ecoguidati di cateteri venosi centrali e periferici tipo Midline e PICC
Paracentesi e toracentesi ecoguidate
Trattamento chirurgico di lesioni da decubito
Posizionamento di strumenti tipo Holter (pressorio, cardiaco)
Spirometrie
Elettrocardiogrammi
Ecografie internistiche
Eco-color Doppler
Eco-cardiografie
RX a domicilio
Telemonitoraggio

ESPERIENZE

che e l'organizzazione del Servizio. L'infermiere valuta attentamente, in questa prima fase, l'effettiva disponibilità del familiare attraverso un colloquio strutturato: importante è instaurare sin da subito un rapporto di fiducia senza il quale non sarebbe possibile la gestione a domicilio di un paziente in fase acuta. Si procede già dal Pronto Soccorso alla Valutazione Multidimensionale (VMD) che è uno degli strumenti fondamentali della disciplina geriatrica: Geriatra e Infermiere valutano l'aspetto clinico, i deficit funzionali, sono compilate la cartella medica e la cartella infermieristica che consentono una lettura globale e dettagliata del paziente e della sua famiglia. La valutazione del paziente consente, già in Pronto Soccorso, di predisporre le richieste per la domanda di invalidità se necessaria, per i presidi che possono essere utili al domicilio; è possibile richiedere con procedura d'urgenza l'ossigeno liquido che sarà consegnato a casa in poche ore.

Le più comuni cause di ricovero in OAD sono: scompenso cardiaco acuto con necessità di terapie infusionali, cerebrovasculopatie quali ictus ischemico acuto, gravi insufficienze respiratorie, anche con necessità di ventilazione non invasiva, infezioni con necessità di somministrazioni multiple giornaliere di antibiotico endovena, malattie neurologiche in fase avanzata (SLA, sclerosi multipla), gravi scompensi metabolici, patologie oncologiche e patologie ematologiche ad elevato fabbisogno trasfusionale.

Nell'anno 2013 i pazienti seguiti in OAD sono stati 478, con età media di 84 anni, ma con un *range* molto ampio, dai 19 ai 105 anni, con un peso medio del ricovero in base al DRG pari a 1,57, sovrapponibile a quello dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti del nostro ospedale. Molto intensa è la collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i servizi di assistenza domiciliare territoriali: al momento della dimissione, specie nelle situazioni più problematiche il MMG è contattato e si concorda la dimissione, ove necessario si organizza la prosecuzione delle cure in regime di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o è attivata l'Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP). Al momento della dimissione è chiesto ai familiari di compilare un questionario anonimo sulla soddisfazione rispetto al servizio, che è risultata molto elevata (il 98% ritiene che il servizio sia molto soddisfacente).

LA TECNOLOGIA TRASFERIBILE A DOMICILIO

La possibilità di curare a domicilio pazienti affetti da patologie acute, spesso complesse, è oggi favorita dallo sviluppo tecnologico che rende possibile il trasferimento, non solo al letto del paziente come avviene in ospedale, ma anche al domicilio, di strumenti diagnostici leggeri ma affidabili (3). Gli ecografi portatili di ultima generazione consentono, infatti, l'esecuzione di procedure invasive, quali il posizionamento di cateteri venosi periferici e centrali, paracentesi e toracentesi ecoguidate, così come prevedono le linee guida internazionali.

Un'altra potenzialità è rappresentata dalla radiologia domiciliare, l'utilizzo di strumentazioni a raggi X leggere e semplici che consentono di trasferire fuori dalle mura ospedaliere alcune funzioni del servizio di radiologia. È attualmente in corso uno studio clinico randomizzato sull'utilizzo della diagnostica radiologica a domicilio (tele-radiologia), in collaborazione con i servizi di radiologia del nostro ospedale. Lo studio consiste nel confrontare l'esecuzione di esami radiologici a domicilio con l'effettuazione dei medesimi accertamenti in ambito ospedaliero, in termini di costi, efficacia e qualità del servizio. Un veicolo attrezzato trasferisce al domicilio del paziente l'apparecchiatura radiologica ed è in grado di trasmettere, tramite internet e la tecnica UMTS, le immagini ottenute al *Picture Archive and Communication System* (PACS) dell'ospedale, dove vengono visualizzate e refertate in tempo reale. I dati preliminari di questa sperimentazione dimostrano come tale metodica sia fattibile, apprezzata dai pazienti e dai loro familiari, sia sostenibile economicamente e consenta una sicurezza clinico - diagnostica pari ai radiogrammi eseguiti in ospedale. A questi risultati si aggiunge il dato relativo al fatto che spesso i pazienti, di età media avanzata, presentano deficit cognitivi e sensoriali, sono affetti da plurime patologie e il trasporto in ospedale per eseguire accertamenti radiologici può causare o aggravare disturbi cognitivi - comportamentali (4, 5).

Molto diffusi sono i sistemi di telemonitoraggio che consistono in sistemi avanzati che prevedono la possibilità di fornire assistenza al paziente presso il proprio domicilio o presso la struttura residenziale protetta in cui eventualmente risiede, attraverso la valutazione telematica dei parametri clinici rilevati a distanza mediante l'utilizzo di opportuni strumenti in

grado di inviare i dati a una piattaforma e da questa essere visualizzati dai sanitari referenti. Il servizio di OAD, grazie ad una collaborazione tra Ospedale, Istituto Superiore Mario Boella (ISMB) del Politecnico di Torino, ha avviato nel 2008 la sperimentazione MyDoctor@Home che permette di misurare alcuni parametri clinici dei pazienti (quali la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la saturazione dell'ossigeno, il peso corporeo, la glicemia, la spirometria), al proprio domicilio e trasmetterli in tempo reale ai sanitari dell'OAD. Tra aprile 2009 e maggio 2010 è stato condotto uno studio preliminare randomizzato per valutare la fattibilità e l'efficacia di un sistema di tele monitoraggio clinico applicato a pazienti anziani affetti da scompenso cardiaco acuto o da BPCO riacutizzata, ricoverati in regime di OAD. I risultati di questo studio hanno dimostrato come questo tipo di dispositivi sia facilmente utilizzabile dai pazienti e dai loro *caregiver* e come il tele monitoraggio abbia una funzione rassicurante, favorendo in modo significativo un miglioramento del tono dell'umore dei pazienti e riducendo lo stress del *caregiver*. Inoltre, la visualizzazione dei dati in tempo reale può favorire una riduzione del numero di visite medico-infermieristiche, consentendo un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse sanitarie (6, 7).

ALCUNI RISULTATI

Nel corso della quasi trentennale attività del servizio, sono stati condotti alcuni *trial* clinici per valutare i risultati di questo modello organizzativo in termini di fattibilità, efficacia e costi.

In collaborazione con il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e con il Servizio di Neurologia del Pronto Soccorso del nostro Ospedale è stato condotto uno studio clinico randomizzato per verificare la fattibilità del trattamento a domicilio di pazienti anziani ultrasettantacinquenni affetti da ictus ischemico in fase acuta in alternativa al ricovero ospedaliero. A parità di mortalità e di recupero funzionale e neurologico, nei pazienti curati a casa si è verificata una modificazione positiva del tono dell'umore più significativa rispetto ai pazienti ricoverati in ospedale ($p < 0.001$) e un tasso di istituzionalizzazione più basso ($p < 0.001$). Il *database* di questo *trial* è stato incluso in una meta-analisi condotta dall'inglese Shepperd sui servizi di ospedalizzazione a domicilio

alternativi al ricovero ospedaliero pubblicata nella *Cochrane Library* (8).

Successivamente è stato condotto uno studio su pazienti anziani affetti da demenza afferiti al Pronto Soccorso del nostro ospedale per patologie internistiche in fase acuta che ha dimostrato come il trattamento a domicilio, rispetto al ricovero in reparto di degenza tradizionale, riduca in modo significativo la comparsa di disturbi comportamentali, l'uso di farmaci antipsicotici, lo stress dei *caregiver* e il ricorso all'istituzionalizzazione. Rivalutando a 2 anni i pazienti sopravvissuti si è visto che l'88% dei pazienti viveva ancora al proprio domicilio, nonostante il livello di stress dei *caregiver* fosse molto elevato. Questo studio conferma che, laddove esiste un supporto formale efficace, la famiglia è in grado di fornire un'assistenza completa ai propri cari affetti da demenza, anche nelle fasi più avanzate di malattia (9).

Un *trial* clinico randomizzato condotto su pazienti anziani fragili affetti da BPCO riacutizzata ha rilevato come l'attivazione dell'ospedalizzazione a domicilio possa consentire di ridurre le complicanze (soprattutto infettive) e il numero dei reingressi in ospedale, con ripercussioni positive sul tono dell'umore e sulla qualità di vita dei pazienti, sul livello di tensione emotiva del *caregiver* ed anche sui costi (10). Risultati analoghi sono emersi da uno studio condotto su pazienti ultra settantacinquenni con diagnosi di scompenso cardiaco riacutizzato: confrontando i risultati dei pazienti seguiti in OAD con quelli dei pazienti ricoverati in ospedale, solo nei pazienti curati a domicilio si è osservato un miglioramento del tono dell'umore, dello stato nutrizionale, della qualità della vita e tempi di riammissione in ospedale significativamente più lunghi (11).

CONCLUSIONI

Portare i servizi ospedalieri al domicilio corrisponde a un profondo cambiamento di prospettiva: non è più il malato che ruota intorno alla struttura sanitaria, ma è l'ospedale con tutte le sue risorse tecnologiche e umane a ruotare intorno al malato, al *caregiver* e alla sua famiglia che in tal modo assumono un ruolo centrale e il luogo di vita del malato, nel quale ha costruito e mantenuto negli anni i suoi affetti più cari, le sue abitudini, diventa parte integrante del sistema di cura. L'OAD può essere considerata un servizio "ponte" tra l'ospedale e il territorio, favorendo la continuità di cura tra queste due strutture che spesso hanno rigidità

ESPERIENZE

organizzative che poco si adattano alla fragilità dei pazienti anziani.

Negli ultimi anni, peraltro, si è registrato un forte aumento di pazienti, non solo anziani, che hanno necessità di cure di livello ospedaliero anche per lunghi periodi, che spesso chiedono di essere curati a domicilio. Si tratta di pazienti affetti da gravi insufficienze d'organo in attesa di trapianto, pazienti oncologici con percorsi terapeutici lunghi, spesso gravati da pesanti effetti collaterali tradizionalmente gestibili solo in regime ospedaliero, pazienti in età pediatrica o adolescenti affetti da patologie neurologiche degenerative con necessità di supporto ventilatorio e nutrizionale, tutti pazienti che in alternativa ad un trattamento domiciliare dovrebbero trascorrere lunghi periodi di ricovero ospedaliero. La sfida è garantire un'evoluzione dei modelli di cure domiciliari affinché siano in grado di rispondere alle crescenti esigenze ricordando che l'OAD è un modello complesso, la cui forza è data sia dalla specifica competenza professionale degli operatori sanitari, sia dal legame con la struttura ospedaliera. La disseminazione di un tale modello richiede una costante ricerca sia sugli *outcome* clinici, sia sui modelli organizzativi e sui costi e deve essere parte di una programmazione sanitaria che preveda una rete integrata di servizi che rispetti le competenze specifiche (Medicina Generale, specialistica territoriale, ospedaliera, ...) garantendo una reale continuità di cura. L'ospedale a domicilio non sostituirà mai l'ospedale in assoluto ma può operare al meglio come un elemento della rete dei servizi in grado di mantenere fuori dall'ospedale quei pazienti che possono trarre maggior vantaggio dalle cure a domicilio, favorire la transizione dall'ospedale a casa e consentire un miglior utilizzo delle risorse ospedaliere.

BIBLIOGRAFIA

1. Amaducci L, Scarlao G, Baldereschi M, et al. Italian Longitudinal Study on Ageing Resource Data Book. Consiglio Nazionale delle Ricerche. 1996.
2. Landers SH. Why health care is going home? *N Eng J Med.* 2010;363:1690-1691.
3. Martin S, Kelly G, Kernohan WG, et al. Smart home technologies for health and social care support. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;CD006412.
4. Aimonino Ricauda N, Isaia G, Tibaldi V, et al. Telecare and Telemedicine in home care practice: field trial results. In: Rajendra Acharya U, et al (Eds). *Distributed Diagnosis and Home Healthcare (D2H2) – Vol.2.* American Scientific Publishers. 2010.
5. Minniti D, Grosso M, Murotto S, et al. Radhome: la radiologia domiciliare come driver di sviluppo della sanità digitale in ambito territoriale. *Sanità Pubblica e Privata.* 2010;2:96-104.
6. Aimonino Ricauda N, Isaia G, Tibaldi V, et al. Il telemonitoraggio nel paziente anziano: studio di fattibilità. *Geriatrics.* 2010;22:101-7.
7. Tibaldi V, Aimonino Ricauda N, Rocco M, et al. L'innovazione tecnologica e l'ospedalizzazione a domicilio. *Recenti Prog Med.* 2013;104:181-188.
8. Shepperd S, Doll H, Angus RM, et al. Admission avoidance hospital at home (Review). *Cochrane Database of Systematic Review.* 2008; Issue 4. Art. No: CD007491. DOI: 10.1002/14641858.CD007491
9. Tibaldi V, Aimonino Ricauda N, Ponzetto M, et al. A randomized controlled trial of a home hospital interventions for frail elderly demented patients: behavioral disturbances and caregiver's stress. *Arch Gerontol Geriatr.* 2004;Suppl. 9:431-436.
10. Aimonino Ricauda N, Tibaldi V, Leff B, et al. Substitutive "hospital at home" versus inpatient care for elderly patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomized controlled trial. *J Am Ger Soc.* 2008;56:493-500.
11. Tibaldi V, Isaia G, Scarafioti C, et al. Hospital at home for elderly patients with acute decompensation of chronic heart failure. A prospective randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2009;169:1569-1575.

